

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale

De la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Cadre de santé

Cadre de proximité : nouveau métier en recherche d'identité

Présenté par : LEBEC, Mélanie

En vue de l'obtention du
diplôme de Cadre en soins de santé

Année scolaire 2015-2016

Institut d'Enseignement et de Promotion Sociale

De la Communauté Française

Rue Saint-Brice, 53

7500 Tournai

Enseignement Supérieur Paramédical

Cadre de santé

Cadre de proximité : nouveau métier en recherche d'identité

Présenté par : LEBEC, Mélanie

En vue de l'obtention du
diplôme de Cadre en soins de santé

Année scolaire 2015-2016

Remerciements

Ma plus profonde reconnaissance

... à toi Jean-Christophe pour ton soutien continu, pour ton réconfort dans les moments de doutes et pour ton intérêt sincère.

... à vous, Aurélien et Héloïse pour vos attentions touchantes et pour vos nombreux sacrifices consentis.

Merci également à Monsieur Patrick Vantomme pour son encadrement et ses remarques pertinentes tout au long de mon cursus.

Merci à Frédérique pour ton soutien et à tous mes collègues « Pegasus » pour ces trois années passées ensemble.

.

Table des matières

| | |
|-------------------------------------------------------------------------|----|
| Introduction | 1 |
| Chapitre I : De l'identité à l'identité professionnelle | 3 |
| 1. L'identité personnelle | 3 |
| 2. De l'identité sociale à l'identité professionnelle | 5 |
| 2.1. Le lien social et la socialisation | 6 |
| 3. Identité professionnelle produit du processus de socialisation | 7 |
| 4. Conclusion | 9 |
| Chapitre II : Complexité et organisation hospitalière | 11 |
| 1. La complexité hospitalière | 11 |
| 1.1. Réforme et financement des hôpitaux | 12 |
| 1.2. L'hôpital entreprise | 13 |
| 1.3. Efficience et qualité | 14 |
| 2. L'organisation hospitalière et sa structure | 15 |
| 2.1. La structure organisationnelle selon Mintzberg | 17 |
| 2.2. Les configurations structurelles selon Mintzberg | 19 |
| 3. Les caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle | 20 |
| 4. L'hôpital, une bureaucratie professionnelle | 22 |
| 5. Stratégie des acteurs et jeux de pouvoir | 23 |
| 6. Conclusion | 24 |
| Chapitre III : Malaise identitaire du cadre de proximité | 26 |
| 1. Notions inhérentes à la fonction de cadre de proximité | 26 |
| 1.1. Historique de la catégorie des cadres | 26 |
| 1.2. De la surveillante au cadre de santé | 27 |
| 1.3. Le cadre de proximité hospitalier | 28 |

| | | |
|------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------|
| 1.4. | Le métier de cadre de proximité hospitalier..... | 29 |
| 1.5. | Le management | 31 |
| 1.6. | Le sentiment d'appartenance | 34 |
| 1.7. | La reconnaissance | 35 |
| 2. | Malaise identitaire : symptômes..... | 37 |
| 2.1. | Le cadre de proximité hospitalier manager | 37 |
| 2.2. | Le sentiment d'appartenance chez le cadre de proximité hospitalier | 39 |
| 2.3. | Travail et reconnaissance chez le cadre de proximité hospitalier | 41 |
| 3. | Cause du mal-être : la multiplication des rôles | 44 |
| 3.1. | Les rôles du cadre de proximité | 44 |
| 3.2. | Conséquences de cette multitude de rôles | 48 |
| 4. | Conclusion..... | 51 |
| Conclusions et perspectives | | 53 |
| Bibliographie..... | | 56 |

Introduction

Ce travail trouve son origine dans notre propre expérience professionnelle. Cadre de proximité depuis trois années dans un centre hospitalier régional, nous avons pu faire certains constats. Notre métier actuel est aux antipodes de notre métier d'origine. Cela avant d'être dans « la fosse aux lions » nous n'en n'étions pas conscients. Quelle remise en question, quel travail sur soi. Projetés dans la cour des grands après seulement quelques mois de formation à l'école des cadres, la tâche n'allait pas être facile. La réalité du terrain allait bien vite nous rattraper. Comment faire pour manager une équipe ? Et comment faire pour atteindre les objectifs d'une organisation ? Notre identité de soignant avec ses valeurs, son prendre soin nous l'avions choisie, elle nous était connue et reconnue. Et maintenant nous voilà en eaux troubles plus tout à fait soignants mais pas tout à fait managers. Il y a de quoi s'y perdre. Pourquoi ? Qu'est ce qui rend ce passage d'une fonction à l'autre si difficile ? La fonction de cadre de proximité a évolué. De plus, les progrès médicaux et techniques de l'activité de soins ont engendré une spécialisation croissante des tâches. L'hôpital, sans cesse en mouvement, doit s'adapter aux nouveaux besoins, à l'aube de changements rapides et restructurant qui induisent de nouvelles organisations de travail d'une part et d'autre part, des exigences en terme de qualité et de sécurité des soins. L'encadrement est touché de plein fouet par les conséquences des changements de ces organisations. Parmi les soignants, les cadres de proximité occupent une place stratégique au sein de l'organisation hospitalière, au carrefour de tous les courants d'informations, en interface avec toutes les logiques d'acteurs, en interaction avec les équipes. Pourtant, nul ne sait vraiment ce que fait le cadre. De telles mutations requièrent une adaptation de son identité professionnelle d'origine. Il est vrai que le système de santé actuel est évolutif et subit régulièrement des transformations majeures suite aux nombreuses réformes sociétales. Et nous cadres de proximité au cœur de cette mouvance et de ces changements, nous devons endosser de nouveaux rôles. Inévitablement, ces nouvelles réformes hospitalières se répercutent d'emblée sur nos fonctions, nous sommes amenés à cautionner de nouvelles missions totalement différentes de celles de notre profession d'origine. Au cours de notre exercice professionnel, nous avons pu mesurer

les difficultés des cadres de proximité à occuper leur fonction dans la mouvance des mutations et des réformes hospitalières et à adapter leur organisation et leur management à un environnement changeant. Au carrefour de différentes logiques administratives, médicales et de soins, ils ont souvent du mal à se positionner étant les interfaces indispensables pour conduire les équipes dans la mise en œuvre des démarches de changements et d'amélioration des processus de soins. Ces nouveaux rôles bouleversent leurs repères, ils deviennent hybrides puisqu'à une activité initiale de soins, sont demandées des compétences de gestionnaire. Ces changements ne peuvent se faire sans heurts et remises en question identitaire. Pris entre « le marteau et l'enclume », tiraillés par les logiques différentes des acteurs professionnels, difficile de ne pas y perdre son latin. Par la force des choses, nos valeurs d'origine sont mises à mal. Comment alors nous construire une identité professionnelle forte et valorisante pour soi, mais surtout valorisante pour l'ensemble de notre fonction ? Afin de répondre au mieux à notre problématique de départ, notre travail se déclinera en trois parties. Dans le premier chapitre, nous aborderons la notion d'identité, nous proposerons dans un premier temps de réfléchir aux concepts d'identité, de socialisation identitaire et d'identité professionnelle. Dans le second chapitre, nous nous intéresserons au monde hospitalier actuel. Nous découvrirons comment est né l'hôpital moderne. Ensuite nous analyserons la structure hospitalière et sa complexité. Le troisième chapitre quant à lui s'intéressera au cadre de proximité hospitalier. Nous partirons de ses missions d'origines à ses missions actuelles, ses nouveaux rôles au sein d'une organisation hospitalière et enfin les conséquences que ces rôles impliquent sur sa fonction et le malaise identitaire qui en découle.

Chapitre I : De l'identité à l'identité professionnelle

En cette époque de crispations et de revendications identitaires, nous parlons tous d'identité en croyant savoir ce dont il s'agit, comme si cette notion allait de soi. L'identité ne peut pas se penser de manière univoque et déterministe. Sur le plan conceptuel, le terme d'identité est largement utilisé mais rarement défini. Il s'agit en effet, d'une notion fourre-tout aux contours flous. Ainsi, ce chapitre a pour objectif de définir diverses composantes de l'identité afin d'en saisir la quintessence même et de permettre une meilleure compréhension du concept. C'est pourquoi dans un souci de compréhension, nous proposons au lecteur de se pencher sur cette construction identitaire. Pour ce faire, dans un premier temps, nous nous pencherons sur l'identité personnelle et sociale. La compréhension de ces notions nous permettra ainsi par la suite, d'amorcer la construction de l'identité professionnelle.

1. L'identité personnelle

Plusieurs doctrines traduisent l'identité d'une personne comme une essence c'est-à-dire une réalité définitivement fixée destinée à durer n'existant que par elle-même et qui n'a besoin de rien d'autre qu'elle-même pour exister. Il n'en est rien, au contraire l'identité personnelle est un parcours aux multiples changements permanents dans nos trajectoires de vie, dans lequel nous devenons acteurs. Pour preuve, de nombreux auteurs et sociologues en ont une perception différente. L'identité constitue l'un des champs importants de la recherche en sciences sociales. Le langage courant nous présente l'identité comme un concept déterminant une personne ou un groupe. La base latine du mot identité permet de clarifier son sens : la racine du mot identité est « idem » signifiant le même. Pour mieux comprendre cette notion, intéressons-nous à l'épigenèse de celle-ci. Erikson¹ est l'un des premiers à systématiser l'analyse du concept d'identité. Pour celui-ci, le sentiment d'identité est « *un sentiment subjectif et tonique d'une unité personnelle et d'une continuité temporelle* ». En d'autres termes,

¹ Erikson E., <https://osp.revues.org/1716> (consulté le 15/09/2015)

l'identité impliquera deux dimensions : celle d'ipséité, notre identité propre, celle qui restera la même à travers tous les changements de notre histoire, et la dimension d'une expérience dynamique entre l'individu et les autres et qui font partie de son environnement. Bien que centrée sur l'individu, nous constatons que l'approche d'Erikson n'en néglige pas les aspects sociaux. En effet pour celui-ci, le développement de l'identité résulterait de l'interaction entre le moi du sujet et son environnement social. Un autre sociologue Jean-Marc Barbier² décrit l'identité comme « *un ensemble de composantes représentationnelles opératoires et affectives produit par une histoire particulière et dont un agent est le support et le détenteur à un moment donné de cette histoire* ». Cette notion est intéressante par son approche multidimensionnelle car nous pouvons en déduire que l'identité présente une certaine stabilité mais est aussi le produit d'un cheminement individuel marqué par nos vécus et nos positionnements sociaux divers. L'identité est aussi un processus, puisque nos composantes identitaires peuvent se modifier sans cesse au fur et à mesure que se développent de nouvelles pratiques et expériences. Ce sentiment d'identité ne pourra se faire sans crises, ni ruptures. Et pour ce faire, il est nécessaire de s'adapter constamment à des transformations. Chaque expérience est source d'évolution des composantes identitaires. Notre identité ne se réduit pas à l'image que nous avons de nous, celle-ci s'incarne dans nos actes avec autrui. Que nous en soyons conscients ou non. L'identité serait donc constituée de ce qu'un individu est capable de faire, de ce qu'il sait, de la manière dont il se représente les choses et lui-même, ses besoins et ses valeurs. Claude Dubar³ nous présente l'identité sous quatre approches différentes. La première, « l'approche essentialiste » est d'origine philosophique. L'identité est vue comme identique, immuable et permanente dans le temps. La deuxième, « l'approche psychologique » reconnaît la pluralité des identités en tant que définition de « Soi ». L'identité est vue comme un processus sociale car elle est changeante de par les différents rôles joués par l'individu. La troisième, « l'approche interactionniste » définit l'identité comme une relation entre assignation par les autres et revendication par soi. Il existe une réciprocité. Les autres définissent le sujet et l'individu se définit lui-même de façon autonome par rapport aux autres. La quatrième, « l'approche nominaliste » lie l'identité à l'interprétation biographique de l'individu. Il s'agit d'un processus biographique lié au parcours de vie et expériences de l'individu. Dans leur ouvrage

² Barbier JM, *L'analyse des pratiques : questions conceptuelles*, Editions Savoir et Formation, 1996, 49 pages

³ Dubar C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, 2ème édition Armand Colin, 2010, 255 pages

« Méthode pour une sociologie de l'entreprise », Piolet et Sainsaulieu définissent deux types d'identités : l'identité pour soi et l'identité pour autrui. « *Par identité il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité du soi. L'identité est aussi un système de repères conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différents des autres. C'est l'identité pour autrui* »⁴. Cette définition est intéressante car elle nous apporte un complément utile dans la perception qu'ont les acteurs sur leur identité et les relations qu'ils tissent autour. L'identité est donc constituée de ce qu'un individu est capable de faire mais aussi de ce qu'il sait, de la manière dont il se représente les choses et lui-même, du sens qu'il leur accorde, de ses besoins et de ses valeurs. C'est avec toutes ces composantes qui le caractérisent que l'individu va s'engager dans les actions qui comptent à ses yeux. Chaque expérience est potentiellement source d'évolution des identités.

2. De l'identité sociale à l'identité professionnelle

L'identité sociale repose sur un ensemble cohérent d'informations et permanent qui renvoie à une singularité au sein d'un groupe social. Au travers de cette appartenance, il faut noter certains éléments. Nous avons besoin d'une conception de soi positive, ce qui amène à valoriser le groupe d'appartenance par comparaison avec d'autres groupes ; si ce n'est pas possible on change de groupe d'appartenance. Nous avons besoin d'appartenir à un groupe ayant un minimum de prestige et de reconnaissance sociale. Une situation de minorité produit chez les individus une conscience accrue de la ou des catégories sociales qui les rendent minoritaires. Plus l'identité sociale est forte, plus le besoin de singularité à l'intérieur du groupe est fort. L'identité sociale renvoie donc à une identité qui n'existe « que par rapport à ». Nous avons des caractéristiques communes aux autres membres du groupe et en même temps nous savons ce qui nous différencie et nous les revendiquons. Cela sous-entend un conflit entre la différence individuelle et la similitude à autrui. L'autre représente à la fois une nécessité et une menace. L'autre nous est nécessaire car il renvoie les informations qui confirment notre identité et en même temps il est menaçant car il peut entamer notre

⁴ Piolet F., Sainsaulieu R., *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*, Presses de la fondation nationales des Sciences politiques Sociales, ANACT, Paris 1994, 377 Pages.

noyau identitaire, notre singularité. L'identité sociale d'un individu est liée à la conscience qu'il a d'appartenir à un groupe. Cette appartenance à un groupe implique une situation émotionnelle et évaluative. Tajfel souligne que l'identité sociale est « *la connaissance individuelle que le sujet a du fait qu'il appartient à certains groupes sociaux, avec en même temps les significations émotionnelles et les valeurs que ces appartenances de groupe impliquent chez lui* »⁵. L'appartenance à un groupe fournit à l'individu les points de repère qui lui permettent de se référer à ce groupe, de se comparer et de valider ses modes de pensée, ses attitudes et opinions.

2.1. Le lien social et la socialisation

Un groupe ne peut fonctionner que si des éléments fondamentaux créent un lien entre les individus membres. Pour devenir membre d'un groupe, l'individu passe par une phase de socialisation qui lui permet de revêtir les caractéristiques de ce groupe. En psychologie sociale, la socialisation compte trois types de fonctions. La première, permet l'apprentissage des rôles. Un rôle correspond au déroulement des comportements liés au positionnement social, au statut. Et il définit un système d'attentes réciproques. La seconde produit le processus d'enculturation, qui désigne l'ensemble des opérations par lesquelles le sujet prend possession de la culture. Et enfin la dernière, est un moyen d'acquisition du contrôle des pulsions. Pour les sociologues la socialisation est un phénomène nettement plus contraignant. Il s'agit d'un processus d'assimilation des individus aux groupes, la socialisation a alors trois fonctions principales. Elle est un processus de transmissions des valeurs. Elle pousse à la standardisation des personnalités. Et pour terminer, elle a une fonction adaptatrice. Le processus d'adaptation, au sein d'un groupe, correspond à une conception des valeurs, de l'idéologie, des croyances du groupe. Ces trois fonctions montrent à quel point la socialisation pèse sur la formation de la personne. Etre conscient de ce phénomène permet de comprendre des attitudes et des comportements propres à l'appartenance à certains groupes.

⁵ Tajfel, www.prejuges-stereotypes.net/espaceDocumentaire/autinIdentiteSociale.pdf (consulté le 21/01/2016)

3. Identité professionnelle produit du processus de socialisation

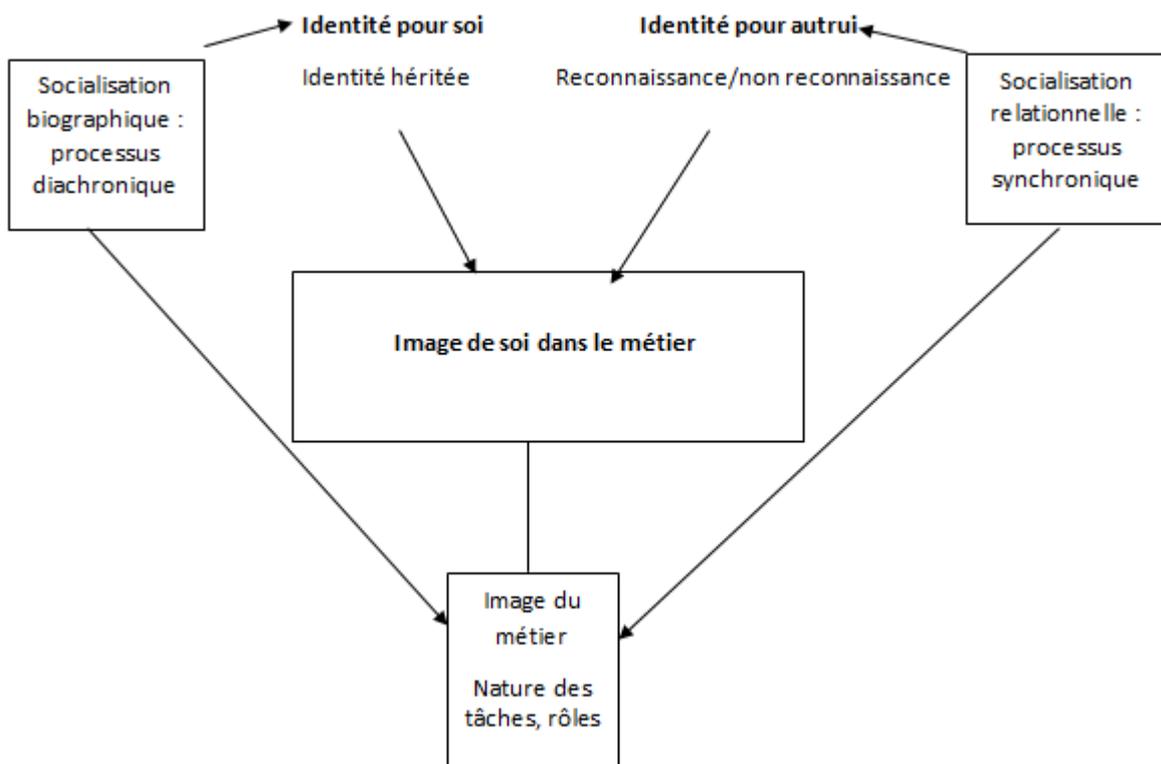
L'identité professionnelle consiste en une identité, qui comme dans tout autre groupe social, va résulter d'une transaction entre une perception d'une intériorité et les sollicitations des différents acteurs dans la vie professionnelle. L'identité professionnelle est avant tout une composante de l'identité globale de la personne et elle se développerait sur la base de l'identité personnelle par l'inscription de la personne dans des formes de vie sociale⁶. D'un point de vue globale, la notion d'identité professionnelle renvoie à trois éléments principaux. Premièrement la représentation que l'individu se fait de son travail, la signification que celui-ci lui accorde. Deuxièmement, la perception que l'individu se fait des relations avec ses pairs et son sentiment d'appartenance aux groupes informels. Et enfin, l'importance que l'individu accordera à son avenir professionnel et aux étapes de changements nécessaires à sa trajectoire professionnelle. R. Sainsaulieu définit l'identité professionnelle comme « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes. L'identité est fondée sur des représentations collectives distinctes* »⁷. Il nous rappelle ainsi que l'identification aux pairs, au chef ou au groupe est un élément important qui caractérise cette identité professionnelle, identité fondée sur des représentations collectives distinctes. L'identité professionnelle proposée par Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir. En d'autres mots, une identité professionnelle va s'élaborer sur la base d'une culture de métier. Cette identité va se construire et se transformer au gré des luttes sociales qui animeront le groupe professionnel. Ces luttes permettront ainsi au groupe professionnel d'asseoir ou d'améliorer sa place dans l'espace du monde professionnel. Claude Dubar⁸ généralise l'analyse de R. Sainsaulieu avec la notion d'identité sociale. Pour lui, l'espace de reconnaissance et l'identité sociale dépend de la reconnaissance ou de la non reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi. Il reconnaît avec lui que l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cette espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance. Les individus appartiennent donc, à des espaces identitaires variés au sein desquels ils se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés. Cette transaction entre d'une

⁶ Gohier, 2000 : <https://www.erudit.org/revue/rse/2003/v29/n1/009501ar.pdf> consulté le 15/02/2016

⁷ Sainsaulieu R., op cit

⁸ Dubar C., op cit

part les individus porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance et d'autre part les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissance peuvent être conflictuelles. Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples : les collègues de travail, la hiérarchie de l'institution ou encore l'univers de formation. Les travaux de C. Dubar apportent un éclairage intéressant sur la manière dont se construit l'identité. Il la présente comme le produit de socialisation successive. La socialisation étant envisagée comme un ensemble de transactions entre l'individu et les instances sociales qui l'entourent. A la socialisation primaire fait suite la socialisation secondaire, l'individu participe progressivement à des groupes sociaux formels ou informels. Ces différents groupes peuvent avoir des règles contradictoires, toutefois ces règles contradictoires permettent des reconstructions successives de l'individu lui légitimant ainsi une certaine singularité. La socialisation professionnelle fait partie de cette socialisation secondaire. Afin de mieux comprendre ce processus complexe qu'est la construction de l'identité professionnelle, nous allons nous aider d'un schéma reprenant les différentes étapes permettant cette construction identitaire.



Ces processus de socialisation sont de deux ordres, l'un diachronique qui est lié à l'histoire de vie de l'individu, et l'autre synchronique, qui se produit dans le même

temps. La socialisation biographique est diachronique, car elle construit l'identité pour soi. C'est donc le résultat entre une identité visée et celle qui est héritée, une identité que la personne revendique comme sienne. La socialisation relationnelle est synchronique, car nous avons à faire à des acteurs ayant des interactions dans un contexte précis où les enjeux sont divers. La socialisation relationnelle quant à elle, consiste en un processus d'attributions d'identités par des institutions ou des acteurs en interactions avec l'individu. La socialisation relationnelle est le vecteur d'une identité pour autrui. Cette identité pour autrui est le fondement de la reconnaissance : « comment les autres me voient ? ». N'oublions pas de rappeler que dans un lieu de travail, les praticiens d'un métier partagent des façons de faire mais aussi de penser qui peuvent être reconnues et validées par le milieu professionnel. Dans le cadre du travail existent des pratiques communes qui renvoient à la notion « d'être du métier ». L'intériorisation de cette nouvelle identité est progressive et fluctuante pour ceux qui « entrent dans le métier » et qui ne font pas encore partie de ceux qui « ont du métier ». Au cœur de ce processus d'incorporation s'exerce une tension entre deux tendances contradictoires : une tendance à l'identification et une tendance à la différenciation. Claude Dubar nous rappelle que l'identité pour autrui relevant du processus de socialisation relationnelle suppose une transaction entre les identités attribuées par autrui et les identités incorporées. Cette transaction renvoie à la dualité reconnaissance et non reconnaissance. En définitive, l'image que l'individu se construit lui-même dans l'exercice du métier et la manière dont il anticipe sa carrière se situe à l'articulation de ces deux processus de socialisation.

4. Conclusion

L'individu est tiraillé entre ses identités multiples. Qui suis-je ? Que dois-je faire de ma vie ? Nous sommes en proie à une interrogation permanente qui nous suit tout au long de notre vie. Il s'agit d'une « quête de soi » perpétuelle. Cette identité personnelle renvoie à des notions comme conscience de soi et définition de soi. Elle contient également les sentiments, les représentations, les expériences et les projets d'avenir se rapportant à un individu. Nous pouvons affirmer que cette identité personnelle est constamment reproduite, car elle est affectée par chaque relation et interaction. L'identité sociale quant à elle, correspond à tout ce qui permet à autrui d'identifier de

manière pertinente, un individu par les statuts et les attributs partagés avec les autres membres des groupes auxquels il appartient ou souhaiterait appartenir. Relevons cependant, que l'homme ne peut pas être uniquement considéré comme un individu en proie aux déterminations sociales, ou aux interactions permanentes. Mais que celui-ci est un sujet capable d'intervenir sur ce qui lui semble primordial. En effet, déterminer son identité, ce n'est pas simplement revendiquer une appartenance à une communauté, un pays ou un groupe quelconque. Décliner son identité c'est pouvoir affirmer sa position dans la société. N'omettons pas de rappeler, que la société dans laquelle nous affirmons notre position repose sur des liens sociaux. Ces liens sociaux sont bien évidemment multiples et ont des origines diverses. Mais quelle que soit l'origine de ces liens, leur création repose sur le processus de socialisation reprenant, les normes et valeurs ou encore les statuts et les rôles. La socialisation permet donc de comprendre les mécanismes de transmission de ces statuts, normes, valeurs et rôles sociaux. Ce processus de socialisation se déroulera tout au long de la vie de l'individu et se décline en deux périodes. La première, la socialisation primaire, met en place les structures mentales permettant à l'individu d'être apte à s'intégrer dans sa société. La seconde, la socialisation secondaire, représente une étape supplémentaire dans la construction des identités qui nécessite l'apprentissage de nouveaux rôles. L'intégration de l'individu dans la société s'effectue dans des milieux de socialisation et aux contacts de différents agents de socialisation. L'entreprise est l'un de ses agents, elle constitue non seulement un lieu de travail mais aussi un facteur d'identité professionnelle et d'appartenance sociale. L'identité professionnelle se construit par le travail mais aussi par les interactions au sein du groupe professionnel. Cette identité professionnelle renvoie à des processus d'identification en lien avec la culture de la profession d'appartenance et ses valeurs, d'où résulte ensuite une adhésion et un soutien mutuel au sein des groupes. Mais Claude Dubar nous rappelle que l'identité professionnelle est avant tout contingente, c'est-à-dire qu'elle dépend à la fois du contexte organisationnelle dans lequel se trouve l'individu et son propre parcours individuel. La transaction entre d'une part les individus porteurs de désirs d'identification et d'autres part les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses peut être conflictuelle. Ces propos nous permettent de faire un lien avec notre chapitre suivant, qui s'intéresse aux nouvelles organisations hospitalières et leurs complexités.

Chapitre II : Complexité et organisation hospitalière

Afin de mieux comprendre l'évolution de la fonction de cadre de proximité et son positionnement actuel, il est nécessaire dans un premier temps de faire un point sur l'hôpital, son fonctionnement, ses réformes et le flou identitaire que cela engendre. C'est ainsi que dans un premier temps nous analyserons d'abord la complexité de ce système suite aux différentes réformes. Dans un deuxième temps nous nous demanderons si l'hôpital peut être comparé à une entreprise. Et enfin, nous analyserons sa structure organisationnelle et les conséquences qui en découlent sur la fonction du cadre de proximité.

1. La complexité hospitalière

Dès le V^{ème} siècle, de nombreux établissements sont créés pour accueillir indigents et malades. L'hôpital est conçu comme lieu d'hébergement des exclus. La vie à l'hôpital est rythmée par la vie monastique. Les normes religieuses sont la référence. Durant tout le Moyen Âge, l'hôpital est pensé et organisé comme un lieu d'accueil plus que comme un centre de soins.

A la Renaissance, le pouvoir Royal tente de maîtriser le pouvoir religieux en favorisant l'implication des laïcs dans la gestion de ces établissements. Une taxe communale finance ainsi une partie des dépenses hospitalières, l'autre partie reste largement financée par les dons des fidèles. C'est ainsi que sont créés des « hôtels-Dieu » pour y enfermer les infectieux et des hôpitaux généraux pour y recevoir pauvres, mendiants et vagabonds. Cette période de laïcisation sera également marquée par l'arrivée de soignantes laïques aux côtés des religieuses et d'officiers royaux dans la haute administration hospitalière.

Avec l'arrivée de la révolution française, les hôpitaux sont nationalisés. Mais l'Etat ne peut pas faire face seul à l'augmentation des dépenses hospitalières. Les pouvoirs publics vont alors se dégager de la gestion des hôpitaux. Ces derniers seront confiés

aux communes. La médicalisation des hôpitaux se met en place fin XVIII^{ème} siècle. Le siècle des lumières marque un tournant dans l'histoire de la médecine et de l'hygiène. Grâce aux nombreux progrès scientifiques, cette évolution se poursuivra et s'accélénera tout au long du XX^{ème} siècle. Au début des années 40, les hospices sont supprimés. La loi consacre juridiquement l'hôpital comme un établissement public sanitaire et social, doté de la personnalité morale et de l'autonomie financière, mais rattaché à une collectivité territoriale. Viennent ensuite les premiers centres hospitalo-universitaires, rassemblant praticiens et chercheurs chargés d'effectuer soins et recherches. L'hôpital, secteur économique en pleine croissance devient un pôle d'excellence médicale.

1.1. Réforme et financement des hôpitaux.

De nos jours, les établissements hospitaliers appartiennent à un système de soins financé par l'Etat qui en a fixé le cadre législatif et structurel. La loi sur les hôpitaux du 23/12/1963 a régi pendant près de 25 ans le domaine complexe du réseau et du fonctionnement hospitalier. Une nouvelle définition de la notion d'hôpital est fixée dans la coordination officielle de la loi sur les hôpitaux. *« Sont considérés comme hôpitaux les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médicotechnique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des personnes qui y sont admises et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais »*⁹. De nos jours, l'hôpital est un établissement public ou privé, où sont dispensés des soins médicaux, paramédicaux et chirurgicaux. Pour faire face à une demande croissante des soins, le fonctionnement de l'hôpital connaît des évolutions qui changent radicalement les conditions de travail de ses membres. Suite au contexte de mondialisation accélérée basé sur un modèle économique ultra-dominant, l'univers hospitalier a dû s'adapter à son environnement et aux besoins croissants de la population. L'Arrêté Royal du 07/08/1987 mettra en place les principes de bases du nouveau concept de l'hôpital entreprise applicable à tous les

⁹ Arrêté Royal du 7/08/1987- MB du 07.10.1987

hôpitaux tant publics que privés et identifiera les responsabilités des gestionnaires au niveau de la politique générale et celle du directeur au niveau de la gestion quotidienne. Cet arrêté donne une première définition officielle du terme hôpital en Belgique. Depuis la mise en place des systèmes de maîtrise des dépenses hospitalières, les établissements hospitaliers sont dans l'obligation d'allouer le mieux possible les ressources humaines, matérielles et financières pour répondre aux principes de base de la politique de santé : le libre accès aux soins, la maîtrise des dépenses de santé, le développement de nouvelles technologies et l'amélioration de la qualité des soins. L'hôpital est sollicité par les pouvoirs publics et doit prouver qu'il produit de façon optimale des soins et des services. Nous voyons ainsi apparaître de nombreux contrôles externes gouvernementaux synonymes de renforcement de l'engagement des responsabilités des professionnelles. Ces changements d'organisation du monde hospitalier ont attiré l'attention de managers. Ceux-ci ont appliqué à l'hôpital les grandes théories des organisations anciennement réservées aux entreprises et aux administrations privées ou publics. Ces caractéristiques de l'entreprise appliquées à l'hôpital révèlent des similitudes et font ressortir des éléments propres à ce type d'organisation.

1.2. L'hôpital entreprise

Peut-on comparer l'hôpital à une entreprise ? L'hôpital est soumis à de profondes évolutions comparables à celles que connaissent les services de l'industrie. Traditionnellement, l'activité des établissements de santé se comptabilisait en lits, journées d'hospitalisation, entrées de malades, durées de séjour. Mais ces outils sont actuellement inadaptés par leur absence de qualité économique et managériale. En effet, la nouvelle réforme a pour finalité d'inciter les acteurs du milieu hospitalier à fournir des prestations qui satisfassent aux critères d'économicité et de concurrence prévus par le législateur. Nous pouvons considérer que les hôpitaux sont entrés dans une phase de rationalisation qui ne touche pas uniquement à la manière dont les moyens sont mis au profit d'une fin mais à la définition même de l'activité. Comme une entreprise, l'hôpital a pour organe de décision un conseil d'administration, de gestion et des organes sociaux, tels que le conseil d'entreprise et le comité de sécurité et d'hygiène. Ce qui les différencie d'une entreprise traditionnelle, ce sont les organes professionnels reprenant par exemple le comité d'éthique et de transfusion. A la

manière d'une entreprise, l'hôpital actuel prend les caractéristiques suivantes, quel que soit son statut ou sa localisation il est constitué d'un ensemble de ressources de natures humaines, techniques et financières. Leurs utilisations doivent pouvoir être justifiées de manière efficiente vis-à-vis des différentes parties. Parties qui regroupent les patients, les collaborateurs, les autorités de financement et les autorités de contrôle. Tout comme une entreprise en terme managériale, l'hôpital doit pouvoir gérer des flux multiples dans un souci permanent d'efficacité multiple, le tout au moindre coût. Il doit coordonner l'ensemble des ressources humaines, matérielles et financières de l'organisation. Et enfin, il doit pouvoir déployer une stratégie claire et efficace, en regard des attentes et des objectifs des acteurs de l'organisation. L'hôpital est de nos jours pris entre le devoir de soigner, de satisfaire le besoin des malades et l'obligation de se soumettre aux contrôles de l'état et de ses financeurs. Il ne faut cependant pas oublier le patient qui est au cœur du fonctionnement de l'hôpital, et qui présente un certain nombre de caractéristiques qui le rendent spécifique, objet vivant avec des attentes et des besoins différents. De ce fait, l'hôpital peut être assimilé à une entreprise, mais une entreprise particulière avec des spécificités et un niveau de sécurité, d'efficacité et de qualité attendus.

1.3. Efficacité et qualité

Le terme « efficacité » est un anglicisme qui pourrait se définir par la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles, obtenir un maximum de résultats pour un budget fixé ou diminuer les coûts pour un résultat donné. C'est le contexte économique, l'augmentation des dépenses de santé qui a poussé le législateur à modifier les règles de fonctionnement des établissements de santé. Les restructurations hospitalières induisent de ne plus cumuler les moyens mais de les rationaliser avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins. En contrepartie de leur financement, l'hôpital doit rendre un service de qualité au meilleur coût. Selon l'OMS, la qualité « *c'est délivrer à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiqués et thérapeutiques qui lui assureront le meilleur résultat en terme de santé conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour un meilleur résultat, au moindre risque iatrogène et pour sa plus grande satisfaction en termes de*

procédures, résultats et de contacts humains à l'intérieur du système de soins »¹⁰. La notion de qualité renvoie à l'un des concepts de la théorie managériale. Elle renvoie au contrôle des étapes d'un processus de type industriel, avec comme objectif un produit sans défaut. Le concept de qualité des prestations hospitalières s'est imposé comme le moyen pour les établissements de santé de s'affirmer sur le marché des soins ou la concurrence ne fait que croître. Cette qualité cherche à améliorer en permanence les processus de travail en mettant en œuvre des outils d'analyse. Cette qualité se mesure par des normes que l'hôpital doit respecter, en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Cette mesure est plus connue sous le nom de certification. L'accréditation fait partie de cette démarche. La compétitivité de l'institution hospitalière n'est pas uniquement liée à des questions de coûts mais relève également de l'image de marque de l'hôpital et de son aptitude à satisfaire ses patients. La démarche qualité concerne l'ensemble des professionnels d'un établissement de soins. Elle apparaît à la fois comme un enjeu organisationnel pouvant mettre en lumière les dysfonctionnements managériaux ou les défauts de l'organisation.

2. L'organisation hospitalière et sa structure

Selon Maroy Ch. l'organisation peut se concevoir comme « *une entité orientée vers des buts largement connus et orientés, buts en fonction desquels la structure organisationnelle ou la technologie utilisée constituent les moyens de les atteindre de la façon la plus rationnelle* »¹¹. Une organisation est un groupe humain structuré par une ou des actions communes. L'action en commun et les buts sont les conditions même de l'existence du groupe. L'organisation est donc caractérisée par les traits suivants, la division des tâches et la distribution des rôles. Pour la division des tâches, le travail est réparti et formalisé entre les individus. Quant à la distribution des rôles, celle-ci contribue à un des enjeux principaux de la définition des organisations. Le mot « rôle » renvoie à celui d'acteur et chacun peut interpréter son rôle comme il l'entend. En effet, pour un poste identique nous pouvons avoir deux interprétations. La contribution des membres d'une organisation peut donc être difficile à évaluer. Certains membres peuvent agir à l'encontre des buts de l'organisation. Les particularités de cette

¹⁰ OMS : www.saintluc.be/services/infirmiers/qualite.php (consulté le 15/10/2015)

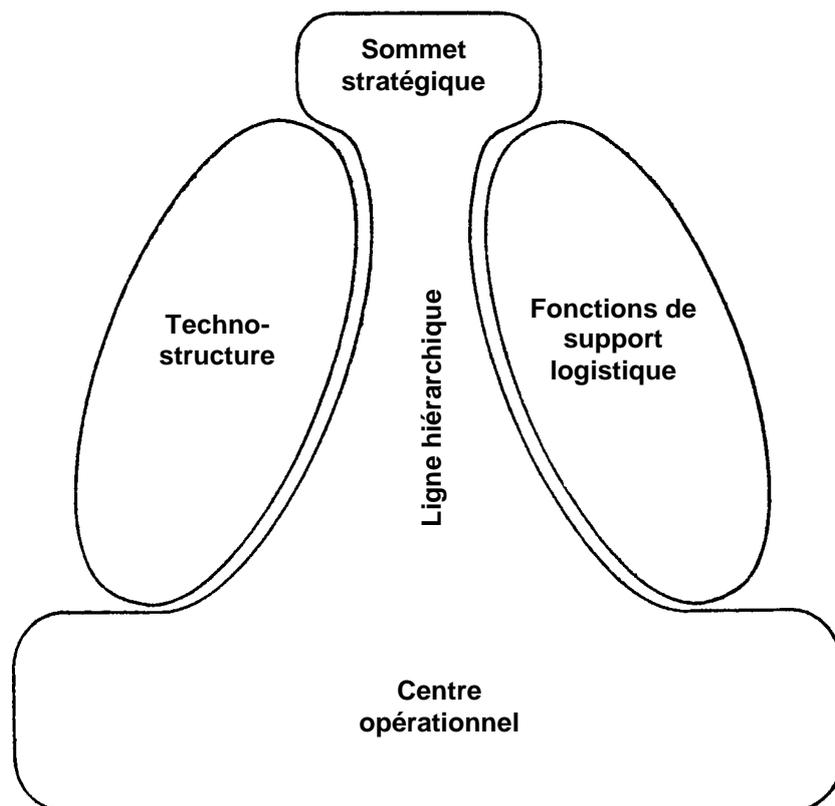
¹¹ Maroy Ch, *L'identité chrétienne des institutions sociales et de santé ;analyse sociologique des transactions symboliques*, Facultés universitaires St-Louis, centre d'étude Sociologique, Bruxelles, janvier 1991, 287 pages , P4

organisation sont qu'elle est orientée vers l'atteinte de résultats et qu'elle est un lieu de création de lien social. Cela entraîne comme conséquence un renforcement du groupe social sur les individus et l'apparition de spécificités liées à l'action collective. En effet, pour se sentir exister les individus éprouvent le besoin réel ou imaginaire du regard des autres. L'organisation de par son implication dans l'action avec d'autres est pourvoyeuse de statut social. Elle va attribuer des places sur une échelle de responsabilité et de hiérarchie. L'individu puise dans son appartenance à l'organisation des raisons de se rassurer sur sa propre valeur en tant qu'être humain et en tant que professionnel. Les individus ne retirent pas toujours des organisations auxquelles ils se consacrent l'identité qu'ils recherchent. Les insatisfactions plus ou moins grandes qui en résultent font souvent des organisations des univers traversés de tensions. Depuis plusieurs années, l'organisation hospitalière se trouve confrontée à des enjeux et défis majeurs. Nous nous proposons d'analyser l'aspect statique de l'organisation mais aussi sa facette dynamique recouvrant la division du travail, la coordination, les objectifs et pouvoirs des acteurs. Nous avons ainsi jugé pertinent d'intégrer les travaux de Mintzberg ayant trait au management des organisations.

2.1. La structure organisationnelle selon Mintzberg

Mintzberg¹² définit la complexité de l'organisation et la place des différents acteurs en divisant l'organisation en cinq parties : le sommet stratégique, la ligne hiérarchique, le centre opérationnel, la technostucture et les fonctions de support logistique.

Figure 1. Les formes organisationnelles



13

Appliquons ce schéma à l'organisation hospitalière afin de mieux comprendre son organisation et sa structure.

Le centre opérationnel est constitué de l'ensemble des membres de l'organisation dont le travail est directement lié à la production des biens et des services. A l'hôpital, il correspond à l'ensemble des professionnels qui concourent directement à la production des soins. Ils agissent de manière autonome de par leur expertise et qualification professionnelle.

¹² Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation, 1982.

¹³ Mintzberg H., http://www.wikiberal.org/wiki/Henry_Mintzberg (consulté le 02/04/2016)

Le sommet stratégique regroupe ceux qui ont en charge de diriger l'organisation et administrer l'hôpital. Il s'agit de la direction générale, des équipes de direction et du conseil d'administration.

La ligne hiérarchique fait référence à la ligne d'autorité qui joint le sommet stratégique au centre opérationnel. Il s'agit des cadres infirmiers et médecins ayant une autorité formelle et une supervision directe sur le centre opérationnel. L'organisation est donc régie par un certain nombre d'échelons hiérarchiques.

La technostructure est le moteur de standardisation dans l'organisation. Elle assure la coordination du travail pour le rendre efficient. Il s'agit des prestataires internes nécessaires au fonctionnement de l'hôpital.

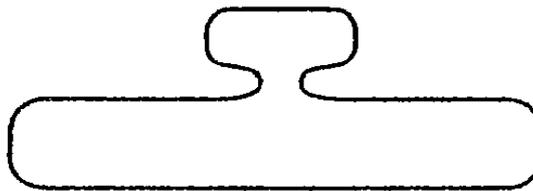
Les fonctions de supports logistiques sont des unités spécialisées qui ont une fonction particulière à remplir. Elles ont une fonction de support pour les unités du centre opérationnel, leur collaboration avec le centre opérationnel est essentielle.

Ce schéma nous montre les grands rôles que toute organisation doit assurer et la nature des relations qui s'instaurent entre les acteurs internes. Ensuite Mintzberg décrit cinq types d'organisation appelés « configurations structurelles ».

2.2. Les configurations structurelles selon Mintzberg

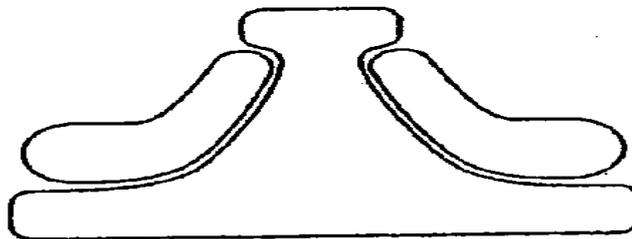
A chacune de ces configurations correspondent à la fois des normes d'organisation préférentielles, des acteurs internes clés et des caractéristiques de l'environnement favorisant leur émergence. Ces cinq configurations définies par Mintzberg sont :

- La structure simple, fondée sur la supervision directe. Elle est donc dominée par le sommet stratégique



14

- La bureaucratie mécaniste, fondée sur la standardisation des procédés. Elle se caractérise par la formalisation poussée du travail, le poids des experts techniques

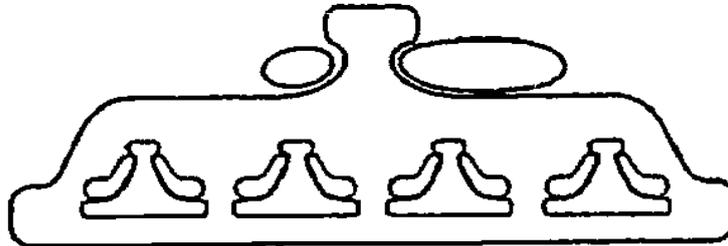


- La bureaucratie professionnelle, fondée sur la standardisation des qualifications. Elle se caractérise par une décentralisation en faveur des opérationnels ; ceux-ci sont qualifiés et disposent d'un pouvoir fort.

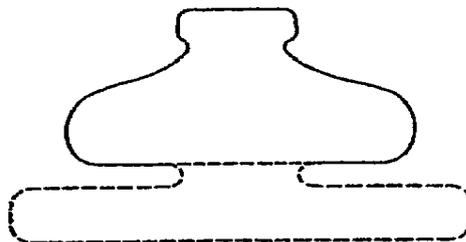


¹⁴ Mintzberg H. , <http://www.slideshare.net/apdevries/quinn> (consulté le 02/04/2016)

- La bureaucratie divisionnalisée, fondée sur la standardisation des résultats. Il s'agit d'une forme voisine de l'une ou de l'autre des deux précédentes. Le contrôle de ces unités s'effectue par le moyen d'objectifs à atteindre.



- L'adhocratie, fondée sur l'ajustement mutuel. Elle est rendue nécessaire dans des environnements complexes, changeants, où la standardisation n'est pas efficace. Les décisions y sont décentralisées, la formalisation du travail y est peu poussée.



Au sein de la structure hospitalière se trouve de multiples catégories professionnelles : paramédicales, médicales, techniques et administratives. Ces différentes fonctions développent des logiques différentes. Entre ces fonctions existe une hiérarchie, mais aucune d'elles ne disposent de connaissances globales permettant une décision unique. Mintzberg définit l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle.

3. Les caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle

Un système bureaucraté de manière péjorative est décrit comme étant caractérisé par l'inertie, la dilution des responsabilités, engendrant irresponsabilité et lenteur dans la prise de la décision, considéré comme un processus d'accroissement du pouvoir des

services administratifs qui soumet l'ensemble des organisations et de ses activités à l'esprit tatillon des bureaux. La vision politique de la bureaucratie fait de cette dernière un choix volontariste d'organisation sociale ; la notion sociologique privilégie la vision de la bureaucratie comme modalité de fonctionnement de l'organisation. Le modèle bureaucratique est mis en place par Max Weber¹⁵, il le décrit comme un mode d'organisation rationnel, fondé sur le droit et les règlements. L'autorité est fondée sur la compétence, et non sur la tradition ou le charisme du chef. Le pouvoir est hiérarchisé, la division du travail y est effective et il y a un degré élevé des responsabilités. Selon Weber, le développement de la bureaucratie serait dû à son incontestable supériorité d'un point de vue technique sur toute autre forme d'organisation. Michel Crozier¹⁶ dans sa définition de la bureaucratie met l'accent sur ses faiblesses : trop de structures formelles, de procédures et protocoles. Très peu de relation de face à face, les procédures sont la cause de ce manque de contact, une routine et un ritualisme, un grand nombre de stratifications et spécialisations, et enfin, un fonctionnement par réseaux parallèles, la plupart du temps en dehors de la ligne hiérarchique normale. La bureaucratie professionnelle est donc fondée sur la standardisation des qualifications, elle se caractérise par une certaine décentralisation en faveur des opérationnels ; ceux-ci sont qualifiés et disposent d'un pouvoir fort. « *L'organisation professionnelle, pour coordonner ses activités, s'appuie sur la standardisation des qualifications qui est elle-même réalisée à travers la formation. Elle recrute des spécialistes dûment formés des professionnels et leur laisse une latitude considérable dans le contrôle de leur propre travail* ». ¹⁷ Dans la bureaucratie professionnelle, ceux qui font le travail sont ceux qui décident quoi faire et comment le faire. Le centre opérationnel se caractérise par un travail qualifié. Ce sont des experts qui assurent la mission de l'organisation et de manière générale sa gestion. La planification et le contrôle y sont faibles et les seuls mécanismes de liaison observables se trouvent dans sa partie administrative. La ligne hiérarchique est contrôlée par les professionnels, et l'accent est davantage mis sur la formation et la socialisation que sur la formation des comportements. Après avoir décrit les caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle, tentons de comprendre en quoi l'hôpital est dénommé comme tel.

¹⁵ Weber M., *La domination légale à direction administrative bureaucratique*, Les Presses de l'Université du Québec, 1991, 347 pages

¹⁶ Crozier M., *Le phénomène bureaucratique*, Paris, Editions du Seuil, 1963, 416 pages

¹⁷ Mintzberg H., op. cit.

4. L'hôpital, une bureaucratie professionnelle

Le modèle de bureaucratie professionnelle a longuement été considéré comme un cadre de référence pour l'analyse des hôpitaux par nombre de chercheurs en sciences sociales. Henry Mintzberg décrit d'ailleurs l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle où domine le pouvoir de l'expert. La partie clé de l'organisation est le centre opérationnel où la spécialisation horizontale est importante et où le regroupement en unité se fait par fonctions. Il y a donc présence d'hétérogénéité au sein du centre opérationnel de par les fonctions, statuts et rémunérations différentes. Cette diversité fait que ce centre opérationnel est loin d'être un bloc homogène ayant les mêmes intérêts, objectifs et contraintes. L'expert s'identifie davantage à son corps professionnel qu'à l'organisation. Celui-ci dispose d'une large autonomie. Le personnel est scindé entre professionnels et non professionnels, entre médicaux et paramédicaux, personnels administratifs et personnels techniques. L'organisation est donc orientée vers le métier, le centre opérationnel est donc la partie clé de celle-ci. Une départementalisation joue en faveur d'un cloisonnement entre les différents services. En créant au sein de chaque département une forme de concentration de pouvoirs donnant lieu à une forme hiérarchique, dans laquelle toutes les informations convergent vers les échelons supérieurs. Tous ces membres de l'organisation participent à l'activité hospitalière et à la conduite de stratégies. Chaque corps de profession essaye de légitimer son pouvoir et sa place au sein de l'hôpital. L'organisation du travail y repose sur une hiérarchisation des fonctions, qualifications et professions avec à son sommet la profession médicale. Les compétences et savoirs professionnels confèrent pouvoir et autorité au corps médical et lui assurent une grande autonomie. En effet, le seule véritable contrôle hiérarchique est celui exercé par les pairs, selon les critères de la profession. L'organisation hospitalière est également caractérisée par la coexistence de deux lignes hiérarchiques : l'une administrative et non professionnelle, l'autre professionnelle et médicale. Cette double ligne hiérarchique place les cadres infirmiers en porte à faux car ceux-ci assument plusieurs fonctions, ils représentent les administrateurs non médicaux dans les services de soins, ils sont responsables de l'application des directives médicales, et ils sont chargés de la mise en œuvre des actes relevant du rôle propre infirmier. Entre les soignants dont le souci premier est d'apporter une réponse médicale à une souffrance et les administratifs qui cherchent à gérer des ressources humaines de manière efficace et efficiente

conformément aux réformes hospitalières, les incompréhensions et conflits peuvent être multiples. De plus, le manque de transversalité entre les services rend aléatoire l'élaboration de projets fédérateurs et la mise en commun de ressources humaines et matérielles. A cette complexité de l'institution hospitalière, il faut prendre en compte la technique et les acteurs extérieurs qui font partie de l'environnement de l'hôpital. Nous pouvons conclure que l'organisation hospitalière se caractérise par une juxtaposition de fonctions qui s'ignorent la plupart du temps. Chaque fonction dispose de sa hiérarchie, avec son propre personnel. La fonction de cadre de proximité se trouve à l'intersection de différentes fonctions et en subit les conséquences. Chacun ayant des buts et enjeux différents.

5. Stratégie des acteurs et jeux de pouvoir

Les individus n'adhèrent souvent que partiellement aux buts de l'organisation. Ils respectent rarement toutes les règles édictées au sein de cette organisation. Car il y a toujours autour des règles qui régissent ces partages des luttes pour les modifier formellement ou dans les faits. Ces stratégies peuvent mener à des jeux de pouvoir dans la mesure où les individus sont à la fois en concurrence et dépendants les uns des autres pour obtenir les ressources convoitées et où ils n'y parviennent que par leur capacité à modeler le comportement des autres. M. Crozier et E. Friedberg deux des principaux théoriciens de ces phénomènes l'expriment ainsi : « *Le jeu pour nous est bien plus qu'une image. C'est un mécanisme réel, grâce auquel les hommes organisent et structurent leurs relations de pouvoir, leur imposent des règles, tout en laissant, en même temps, à ces relations ainsi qu'aux hommes une grande liberté* »¹⁸. Ils décrivent les diverses ressources que les acteurs peuvent mobiliser et utiliser pour maximiser leur pouvoir. Leurs conduites sont construites en vue de certains buts. Pour atteindre ces buts, les acteurs vont poursuivre leurs propres stratégies. Ils vont utiliser des ressources dont ils disposent. Leur conduite n'est donc pas prévisible puisqu'elle est changeante. L'acteur va ajuster sa conduite aux données nouvelles auxquelles il se trouve confronté, en recherchant son intérêt personnel. Ces stratégies ne sont pas toujours négatives ni nuisibles pour l'organisation. Elles sont même parfois une aide pour le fonctionnement quotidien. Un exemple classique est celui des arrangements

¹⁸Crozier M., Friedberg E., L'acteur et le système, Paris, seuil, 1977, 500 pages.

entre le cadre de proximité et ses infirmiers. Il s'établit fréquemment entre eux une sorte de donnant-donnant : l'encadrement est accommodant sur certains points, en échange de bonne volonté des infirmiers pour faire face aux aléas de l'organisation. Certaines de ces stratégies peuvent renforcer la cohésion du groupe social et sa culture ou solidifier le système de dispositifs organisationnels parce que les valeurs et intérêts des acteurs vont dans le même sens. Elles peuvent être une aide dans le fonctionnement quotidien. Mais elles peuvent aussi affaiblir le pouvoir de la cohésion lié à la culture, diminuer l'efficacité des dispositifs organisationnels. La complexité organisationnelle s'intensifie selon le nombre d'acteurs qui entrent en jeu dès qu'il s'agit d'appliquer la coordination d'une série d'actions. Cette multiplicité d'acteurs traduit une implication de ceux-ci dans l'organisation. Les luttes de pouvoir au sein de la hiérarchie hospitalière s'intensifient et ont des conséquences sur les collectifs de terrain que doivent gérer les cadres de proximité. Ces luttes de pouvoir se traduisent par des changements organisationnels fréquents, qu'il faut ensuite répercuter sur le terrain. Ce qui complique le travail du cadre de proximité, qui doit justifier auprès du groupe les raisons de ces changements et leur donner du sens.

6. Conclusion

Depuis les « hôtels-Dieu », les hôpitaux ont subi maintes transformations. Les évolutions technologiques et techniques ont modifié le fonctionnement et l'organisation hospitalière. De par leur entrée dans une phase de rationalisation, nous passons d'un régime où nous attendions la meilleure qualité de soins possibles en tant qu'accomplissement d'une mission, vers une situation où il s'agit d'accomplir des tâches au meilleur coût tout en gardant une qualité de soins performants. La mise en œuvre de ces réformes place les hôpitaux face à de nombreux défis d'envergure. Pour y répondre, les directions hospitalières sont amenées à entreprendre des changements organisationnels tant sur les plans stratégiques, managériales, qu'en terme de gestion des ressources humaines. Les conditions d'exercice dans l'hôpital actuel sont dominées par les impératifs de la qualité et les règles de bonnes pratiques rendant plus difficile la construction d'une identité professionnelle. Dans cet environnement en changement, les employés des hôpitaux sont confrontés à de nouvelles méthodes de management inspirées des pratiques de l'entreprise. L'hôpital peut donc être comparé

à une entreprise mais une entreprise particulière avec une spécificité propre, différente du monde industriel, le patient. Défini par son système bureaucratique, l'hôpital est confronté à une parcellisation importante que nous devons croiser avec une division hiérarchique du travail, où chaque corps de métier essaye de légitimer sa place. La standardisation et technicisation des pratiques influencent les comportements des professionnels. Cependant les fonctions exercées par chaque groupe humain sont interdépendantes et complémentaires. Chaque collectif a besoin l'un de l'autre. Nous ne pouvons que le constater, l'hôpital moderne est condamné à se reformer de manière permanente à la performance, à l'efficacité. Mais, si ces nouvelles méthodes managériales touchent l'ensemble des collectifs de travail, les cadres de proximité au sein de ces collectifs nous paraissent refléter de manière évidente la mise en œuvre des décisions prises par la hiérarchie. Placés entre la direction et leurs collaborateurs, les cadres de proximité ont une fonction d'interface souvent inconfortable étant assigné à mettre en œuvre des décisions qu'ils n'ont pas prises eux-mêmes. Dans leur organisation professionnelle, leur autonomie ne disparaît pas mais celle-ci doit se soumettre à la prescription d'objectifs. Dans leur travail quotidien, l'organisation se fait souvent entre ordre et désordre, tensions et conflits. Les réformes hospitalières ont des effets sur la manière dont les cadres perçoivent leurs rôles et leurs missions.

Chapitre III : Malaise identitaire du cadre de proximité

1. Notions inhérentes à la fonction de cadre de proximité

Afin de mieux comprendre le malaise identitaire des cadres de proximité hospitalier, il nous paraît nécessaire d'expliquer un certain nombre d'éléments, de notions inhérentes à la fonction actuelle de cadre de proximité. Une fois ces notions définies, nous les appliquerons au cadre de proximité afin d'analyser les symptômes qui découlent de ce malaise identitaire.

1.1. Historique de la catégorie des cadres

Avant de s'intéresser à l'histoire sociale du cadre, il nous paraît judicieux de définir ce terme. Qu'est-ce qu'un « cadre » ? A quelle fonction correspond ce terme ? « *Un cadre d'entreprise est un employé ou dirigeant d'une entreprise appartenant à la catégorie supérieure des salariés* »¹⁹. Cette notion est une notion complexe, recouvrant des significations multiples en termes de statut et de représentations sociales. Les cadres en tant que groupe professionnel font l'objet d'une attention renouvelée de la part des sociologues. L. Boltansky, dans un ouvrage qui y fait référence « *Les cadres. La formation d'un groupe social* »²⁰, explique l'émergence d'un groupe « cadre » au vingtième siècle, en prenant pour objet la conjoncture historique dans laquelle cette catégorie s'est constituée. Le mot « cadre » appliqué à un ensemble d'individus qui exercent une fonction sociale, est d'origine militaire. A la fin du XVII^e siècle, il désigne les officiers et sous-officiers, chargés de former le carré et qui s'interposent entre l'état-major et le soldat. Au cours du XX^e siècle ce mot se diffuse dans l'industrie. A la fin du XVIII^e siècle, le mot commence à être utilisé pour désigner les cadres de l'économie et de la nation. Il se diffuse au cours du XX^e siècle dans l'industrie. Selon Boltanski, dans les années d'entre-deux-guerres, le discours sur l'union et la

¹⁹ <https://fr.wikipedia.org/wiki/cadre>. Consulté le 14/04/2016.

²⁰ Boltanski L., *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minit, 1982, 523 pages, P65.

mobilisation des classes moyennes rencontre une écoute très attentive. Les cadres en entreprise apparaissent suite aux luttes sociales et politiques qui ont marqué l'Europe à la fin des années trente. Les « classes moyennes » se mobilisent, elles désirent créer un nouveau statut et leur déroulement de carrière. Pour ce faire, celles-ci vont s'approprier les méthodes managériales venues des Etats-Unis. Les « Trente-Glorieuses » marqueront leur consécration identitaire, le cadre sera symbole de la promotion sociale. C'est dans les années soixante que se sont profondément transformées les représentations sociales des cadres. Ces modifications sont liées à l'importation du système de valeurs, des technologies sociales et des modèles d'excellence d'origine américaine. Dans un ouvrage récent consacré aux cadres, P. Bouffartigue²¹ reprend la thèse de L. Boltanski qu'il qualifie de « forte et cohérente ». Toutefois, il considère que Boltanski a surestimé les effets symboliques de la catégorie. Ce qui est critiquable dans l'approche des cadres tels qu'ils étaient il y a une vingtaine d'années devient pour celui-ci un obstacle majeur pour la compréhension des dynamiques présentes. Cet auteur avance plusieurs facteurs contribuant à une remise en question du modèle historique du cadre à la française. Ces derniers sont de plus en plus soumis à une condition salariale accompagnée d'une incertitude d'emploi. Le fossé s'est considérablement accru entre l'élite des cadres dirigeants et la masse des autres cadres. La dénomination du terme « cadre » est lui-même en recul. Le terme « manager », venu du monde anglo-saxon, est aujourd'hui le terme à la mode pour les cadres. Peut-on faire un parallèle avec la situation des cadres de santé à l'hôpital ?

1.2. De la surveillante au cadre de santé.

La catégorie « cadre de santé » est issue de la transformation de la catégorie « surveillante des hôpitaux ». Il s'agit d'une catégorie ancienne dont la fonction a évolué dans le monde de l'hôpital, lequel comme nous l'avons vu précédemment s'est professionnalisé au cours du XX^{ème} siècle. Rappelons-nous que la vie à l'hôpital est rythmée par la vie monastique et que les normes religieuses font office de référence. Dans cet esprit religieux, des hommes et des femmes s'occupent des déshérités. A travers leurs activités, se constitue la fonction de personnel soignant. Les soins et les tâches annexes sont sous la surveillance des religieuses. L'origine de la profession de

²¹ Bouffartigue P., *Les cadres : fin d'une figure sociale*, Paris, La Dispute, 2001, 240 pages, P23

cadre remonte aux occupations de ces religieuses ; elles contribuent à la gestion de ces lieux spécialisés dans l'enfermement des pauvres. Au tournant du XVIII^{ème} siècle et XIX^{ème} siècle, le modèle de l'infirmier chef prend forme et se diffuse. L'institution hospitalière progresse, se structure et lui confie davantage de responsabilités. La conjonction des progrès de la médecine, de l'extension et de la généralisation de la protection sociale, ainsi que la croissance économique conduisent à une transformation radicale de l'hôpital à partir des années cinquante. Un univers professionnalisé se constitue et s'adapte aux conditions nouvelles de la médecine. Le passage par des cursus de formations et l'obtention de diplômes deviennent obligatoires pour accéder aux professions paramédicales. Le marché du travail des professions de santé à l'hôpital devient de plus en plus fermé. Une diversification des métiers s'opère, le nombre des personnels augmente et une division très poussée du travail soignant se développe. A l'initiative de la Croix Rouge française, la première école de cadres infirmiers est fondée en 1951. La construction de la catégorie de surveillantes à cette époque est marquée par des évolutions s'inscrivant dans deux axes. D'une part, la fonction de surveillante se développe dans le sillage de la médecine scientifique et va tenter d'en tirer parti. D'autre part, la professionnalisation de cette catégorie professionnelle se fait dans l'ombre de la catégorie infirmière qui occupe le devant de la scène, de par son nombre plus important. En 1975 est officialisée l'appellation de cadre infirmier. Cet infirmier cadre voit son rôle se préciser. Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et médicale, à la définition des objectifs et des projets de l'unité de soins, il est responsable de la gestion d'une unité. L'expression « cadre de santé » est officielle depuis le 31 décembre 2001. Elle remplace le terme de surveillante ou infirmière chef utilisé dans les hôpitaux jusqu'à cette date.

1.3. Le cadre de proximité hospitalier

Arrêtons-nous sur cette notion de proximité dont la subjectivité est bien souvent fonction des représentations de chacun. Sur un plan étymologique, le terme vient du latin « proximitas », dont le sens premier est le voisinage d'une chose à l'égard d'une autre. Il n'existe pas de définition précise du cadre de proximité hospitalier. Ce terme emprunté au monde de l'entreprise fait référence au premier niveau de l'encadrement, au plus proche de l'animation et de la gestion des équipes de soins, sans être impliqué directement dans les choix stratégiques de l'institution hospitalière. L'évolution de la

fonction de cadre est indissociable de l'apparition des contraintes économiques qui caractérisent l'hôpital actuel. Le cadre de proximité depuis quelques années a vu son métier se complexifier, d'une fonction qualifiée de « domestique » héritée des activités des religieuses dans les hôpitaux, ils deviennent des gestionnaires qui participent au développement des fonctions administratives et financières de l'hôpital. Cette évolution gestionnaire de leur fonction heurte une culture professionnelle qui s'appuie sur une longue histoire. Le cadre de proximité voit son rôle se préciser. Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire et médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité de soins. Il est responsable de la gestion d'une unité et il organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à des besoins de santé. Il a un rôle d'animation et d'encadrement des personnels de l'unité mais il a également un rôle de formation, de coordination et de recherche. Il est responsable du soin dans le domaine de compétences propres à sa fonction, de l'organisation de l'application de la prescription médicale et de la gestion administrative de l'unité. Au travers de ces nouvelles dimensions qui lui sont demandées dans le cadre de sa fonction, nous constatons que les missions de nature « managériale » circonscrivent désormais l'ensemble du champ d'activité du cadre. Ainsi le soin est uniquement considéré dans une dimension de « qualité » et de « sécurité ». Au regard du cheminement historique de la fonction d'encadrement infirmier, cette nouvelle définition du métier de cadre de santé consacre une rupture avec « la culture soignante » qui prévalait antérieurement.

1.4. Le métier de cadre de proximité hospitalier

Référons-nous à la définition que nous en donne le dictionnaire, « *Métier, genre de travail déterminé, reconnu ou toléré par la société, dont on peut tirer ses moyens d'existence* »²². Le métier est le lieu de tensions et de conflits entre imaginaire et technique, entre principe de plaisir et principe de réalité. C'est l'utilisation de nos savoirs, de notre style personnel, de nos logiques d'action, de nos stratégies et de nos compétences dans notre activité qui constituent notre identité professionnelle. La position du cadre de santé a longtemps été considérée comme une fonction consacrée par un niveau d'études, des responsabilités qui correspondaient à un besoin réel dans

²² Dictionnaire Larousse 2013

l'organisation des soins infirmiers. Par fonction, on entendra les tâches à accomplir dans le cadre d'un métier ou d'une profession, dans l'exercice d'une charge ou d'une responsabilité. La définition de la fonction comporte deux éléments, le rôle tenu par la personne dans la société et la place occupée dans un ensemble. Le premier élément participe à la reconnaissance sociale liée à la fonction exercée, le second fait écho à l'intégration du tenant de la fonction dans une organisation ou cette dernière s'exerce. Cette marche forcée vers un métier de plus en plus déspecialisé et standardisé serait responsable d'un ressenti difficile d'un certain nombre de cadres. Ce ressenti pourrait être comparé, au premier contact qui s'établit lors de notre première immersion dans le milieu du travail. En effet, chaque fois que l'on change de métier s'enclenche un processus qui peut être potentiellement source de déséquilibre. Hugues, cité par C. Dubar²³ décrit trois mécanismes qui peuvent surgir à chaque fois que l'on change d'emploi.

Premièrement, le passage à travers le miroir, c'est-à-dire que l'immersion dans la culture professionnelle fait apparaître de nombreuses contradictions avec la culture profane. L'image du métier relativement à la nature des tâches, la conception des rôles peut entrer en conflit net avec l'anticipation et la carrière de soi dans le métier. La crise et le dilemme entre l'envie de reconnaissance et l'identification difficile avec le rôle ne peuvent se dissiper que par un renoncement avec les stéréotypes professionnelles. Il s'agit d'une dilution de l'identité culturelle. Dans un second temps, s'installe une forme de dualité entre le modèle idéal et le modèle pratique à partir des rôles, nature des tâches, anticipation de carrière et l'image de soi dans le métier. Et pour terminer l'individu ajuste «la conception de soi » c'est-à-dire qu'il reconstitue son identité en prenant en compte ses capacités physiques, mentales et personnelles en intégrant ses goûts et dégoûts, ainsi que le choix de carrière qu'il peut espérer. L'exercice de la fonction de cadre de proximité hospitalier suppose d'endosser de nouvelles missions. Les tâches de gestion sont indissociables à la fonction d'encadrement soignant. Cette dimension de gestion a été avancée en position prioritaire par les autorités sanitaires, comme le décrit Robert Coulon, professeur d'économie et de gestion dans une recherche sur l'activité des cadres de santé : « *Les réformes hospitalières mises en œuvre à partir de 2002 ont été accompagnées d'une évolution des attentes pesant sur les cadres d'unité en matière de contrôle de gestion. un ensemble de rapports et de mesures visent à faire de ces managers de proximité des gestionnaires soucieux du*

²³ Dubar C., op. cit.

contrôle et de mesure. En plus de l'activité de mobilisation des équipes sur la question du soin, il s'agit d'amener les cadres à se préoccuper de la performance économique de leur unité et d'assister le médecin responsable d'unité en matière de pilotage économique. »²⁴. Héritier de la fonction de surveillante maternant son équipe, le cadre infirmier suite aux nouvelles réformes hospitalière, doit désormais assurer un rôle de management et d'organisation des soins d'une équipe d'infirmiers dont il est le supérieur hiérarchique direct. La fonction consiste désormais en un « nouveau métier » dont la finalité est résumée par la formule management des soins.

1.5. Le management

Le management est défini comme « *le pilotage de l'action collective au sein d'une organisation. Il comprend l'ensemble des techniques mises en œuvre dans une organisation afin qu'elle atteigne ses objectifs* »²⁵. Les origines théoriques du management se fondent dans l'histoire et la culture industrielle. Un certain nombre de théoriciens ont constitué le corpus du management à partir de la fin du XIX^{ème} siècle. Les figures les plus connues sont Taylor et Mintzberg. Les savoirs de gestion des organisations se sont constitués en une discipline qui étudie et propose des méthodes de pilotage des individus et des groupes en fonction de la structure de leur organisation et des projets économiques dans lesquels ils sont engagés. Les savoirs de gestion des organisations se sont, au fil du temps et des différents apports, constitués en une discipline sociale, qui étudie et propose des méthodes de pilotage des individus et des groupes, en fonction de la structure de leur organisation et des projets économiques dans lequel ils sont engagés.

²⁴ Robert Coulon, *Le cadre de santé entre logique d'utilité et logique de soins hospitaliers*, Université de Bourgogne : <http://leg.u-bourgogne.fr/wp/1100401.pdf> (consulté le 4/02/2016).

²⁵ <https://fr.wikipedia.org/wiki/Management> (consulté le 15/03/2016)

Il est d'usage de présenter le management par l'énoncé des divers « modèles » d'exercice de l'autorité qui s'offrent au manager :

| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Modèle directif | Modèle délégatif |
| La négociation n'existe pas, le but recherché est l'efficacité | Le manager fixe les résultats à obtenir en négociant avec l'équipe le choix des méthodes, dans le but de provoquer l'adhésion |
| Modèle persuasif | Modèle situationnel |
| Le manager donne les grandes lignes du résultat à obtenir, une grande place est laissée à l'autonomie tout en gardant un contrôle sur la finalité | Il combine les modèles précédents en les appliquant en fonction des situations |

De plus selon H. Mintzberg, le manager est une personne investie de l'autorité formelle de l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir les efforts pour atteindre les objectifs attendus. Ainsi dans son ouvrage « Le manager au quotidien », H. Mintzberg décrit les dix rôles du manager :

| Rôles liés à l'information | Rôles interpersonnels |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Observateur actif - Diffuseur - Informateur cohérent | <ul style="list-style-type: none"> - Agent de liaison - Leader / Coach - Médiateur |
| Rôles de contrôle | Rôles décisionnels |
| <ul style="list-style-type: none"> - Superviseur du projet - Evalueur des progrès réalisés - Maintien d'un climat de travail stable | <ul style="list-style-type: none"> - Négociateur - Entrepreneur - Allocateur de ressources - Régulateur |

Enfin, il n'est pas de définition possible du management sans qu'il lui soit adjoit son concept quasi indissociable, l'efficacité. Nous allons rappeler la définition de cette notion vue précédemment dans le chapitre sur l'organisation hospitalière. Cette notion consiste en l'obtention, de la part d'un collectif de travail, d'un produit de la meilleure qualité possible, dans les plus grandes quantités possibles, dont les paramètres peuvent être vérifiés par des méthodes chiffrables, tout en consommant le minimum de moyens humains et matériels. De plus cette, cette notion d'efficacité est associée à celle de performance. La performance renvoie à l'effort d'un collectif professionnel, dans un but de dépasser les objectifs attendus.

1.6. Le sentiment d'appartenance

Les théories de l'appartenance professionnelle se répartissent entre deux catégories : celles qui relèvent de la définition de l'appartenance, c'est-à-dire l'appartenance définie, et celles qui relèvent du sentiment d'appartenance éprouvé par l'individu lui-même, soit l'appartenance ressentie. C'est au second aspect que nous allons nous attacher. Notons que l'appartenance professionnelle définie et l'appartenance ressentie sont souvent confondues. En effet, un individu estime appartenir à un groupe professionnel parce qu'il en fait objectivement partie. La notion de sentiment d'appartenance ressentie regroupe deux éléments : le constat que soi-même ou les autres peuvent en établir, d'une part, ainsi que le désir que l'on a de cette appartenance d'autre part. Le premier de ces éléments est relatif à l'identité même de l'individu, en lien ou non avec son travail. Le second est davantage lié à son travail sans nécessairement engager sa personnalité. Ce désir d'appartenance peut s'exprimer de différentes manières chez l'individu : mobilisation, implication ou encore engagement professionnel. Le sentiment d'appartenance s'inscrit donc dans une dimension biographique et institutionnelle. C.Dubar²⁶ associe les processus biographiques de construction « d'une identité pour soi » et les mécanismes structurels de reconnaissance « des identités pour autrui ». C'est d'abord la marque d'appartenance à un collectif qui permet aux individus d'être identifiés par les autres mais aussi de s'identifier eux-mêmes face aux autres. La plupart des auteurs travaillant sur la notion d'identité voient celle-ci comme un phénomène conscient relevant d'une stratégie. L'identité est donc vue comme une dynamique. Dans cette perspective le sentiment d'appartenance rejoint curieusement la notion d'identité. Le sentiment d'appartenance désigne la conscience individuelle de partager une ou plusieurs identités collectives et d'appartenir à un ou des groupes de références. L'individu a intégré un certain nombre de valeurs et modèles comportementaux afférents à ces groupes. Les sentiments d'appartenance constituent l'aspect collectif de l'identité et du sentiment de soi. Le sentiment de soi se construit par un processus d'identification à trois polarités : identifier autrui, s'identifier à autrui et être identifié par autrui.

- Identifier autrui : chaque groupe humain crée ses propres catégories identitaires. Ce sont de véritables répertoires de références permettant à l'individu d'assigner

²⁶ Dubar C., *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel*, Traité de sociologie du travail, Edition de Boeck, Bruxelles, 1994, 420 pages, P377-378

une identité à autrui. Ces répertoires sont évolutifs dans le temps en fonction des expériences sociales de l'individu. Les identités auxquelles renvoient les sentiments d'appartenances sont donc de véritables représentations sociales.

- S'identifier à autrui : ce processus va permettre celui d'auto-identification. Les interactions sociales auxquelles l'individu prend part vont créer la conscience de soi. Il ne s'agit pas d'un processus individuel, l'individu va pouvoir se reconnaître dans le système de normes, de valeurs de personnes ou de groupe.
- Etre identifié par autrui : pour que l'identité soit effective, il ne suffit pas seulement d'éprouver un sentiment d'appartenance. Il faut également l'acceptation des membres du groupe et la reconnaissance de cette appartenance par des individus n'appartenant pas à ce groupe. Si l'individu peut librement affirmer son identité et afficher celle-ci, nous pouvons dire que le groupe accepte cette appartenance.

1.7. La reconnaissance

Les origines de la reconnaissance sont philosophiques. Paul Ricœur, philosophe, nous rappelle que c'est une notion importante, provenant de multiples besoins et revendications de renvois d'images positives de soi. Reconnaître c'est d'abord distinguer, identifier quelque chose ou quelqu'un au sein d'un contexte, quel qu'il soit, et être reconnu c'est être distingué pour ce que l'on fait ou ne fait pas. La notion de reconnaissance correspond à un processus d'identification où chaque membre du groupe pose un regard sur l'autre membre. Il s'agit d'un système d'interaction d'échanges qui implique l'intériorisation ou l'assimilation de normes, de valeurs à partir de sa propre histoire, de son milieu familial et de sa trajectoire personnelle et professionnelle. La reconnaissance est donc multidimensionnelle, car elle est à la fois individuelle et collective. Elle concerne autant la personne que le travail. Nous avons tous besoin d'être reconnu par autrui pour exister. Que l'on cherche à être perçu comme leur semblable ou différents d'eux, les autres nous confirment notre existence. Le cadre de notre épreuve intégrée nous incite à souligner les points suivants : la reconnaissance de ce qu'est un individu, reconnaissance par lui-même ou par les autres. La reconnaissance est un élément fondamental de son identité, elle convoque des aspects cognitivo-socio-affectifs mais aussi existentiels.

Selon la typologie de Honneth²⁷ le désir de reconnaissance relève de trois sphères distinctes. Premièrement celle de l'amour ou de l'affection reçue et donnée, elle nous permet d'obtenir notre confiance en soi. Deuxièmement, celle de l'espace public qui doit apporter égale reconnaissance et condition de respect de chacun. Et enfin, celle de la division du travail où tout individu est en attente d'estime au regard de ses actions. C'est la troisième sphère au regard de notre travail qui nous intéresse. La reconnaissance professionnelle correspond à un ensemble de faits, de témoignages, d'agissements appréciant à leur juste valeur la dynamique d'un groupe professionnel, la qualité de son action, sa coopération et son engagement à la vie et à l'évolution du lieu professionnel. La quête de reconnaissances dans les organisations constitue une dimension fondamentale pour l'identité professionnelle de l'individu et un paramètre incontournable d'évaluation de la qualité de vie au travail. Dans notre travail, en échange d'une contribution, nous attendons une rétribution. Cette reconnaissance passera par deux grandes formes de jugement, deux modalités distinctes. Le premier sera le jugement d'utilité et portera sur le service rendu par le travailleur. Ce sont les supérieurs hiérarchiques mais aussi les subordonnés qui porteront un jugement sur cette utilité. Ils émettront un avis sur la rentabilité sociale, économique ou encore technique du travailleur. Le deuxième jugement est celui de la beauté. Celui-ci confirmera que le travail accompli respecte bien les règles établies et demandées pour la réalisation d'un tel travail ; ce jugement confèrera à celui qui le recevra, l'appartenance à un métier, à un collectif de travail. Il sera émis par les pairs ainsi que par les collègues qui jugeront la qualité du travail effectué. Acquérir ce jugement de conformité permet d'accéder à une identité professionnelle. Car dans le travail la reconnaissance porte avant tout sur le faire. La reconnaissance correspond donc à des besoins identitaires : besoin d'exister, d'être intégré, d'être valorisé et de se sentir individualisé. Bien que la logique de reconnaissance en milieu de travail soit simple, son implication s'avère complexe et empreinte d'ambiguïté pour certains. Evoquons par exemple, la peur de perdre du pouvoir, exprimer sa reconnaissance peut donner l'impression de l'affaiblissement d'un sentiment d'autorité. Ou encore le manque de temps, manifester de la reconnaissance peut être considéré comme un aspect peu urgent. Il peut aussi s'agir d'une méconnaissance d'autrui et du travail accompli. Cette liste n'est cependant pas exhaustive, il existe de nombreuses entraves potentielles à la reconnaissance. La pluralité des aspects pris en compte montre la complexité et la

²⁷ Honneth A., *La lutte pour la reconnaissance*. Revue philosophique de Louvain. Année 2001/ volume 99/Numéro 1/ p 135-139.

richesse de cette notion. Nous pouvons comme le fait F. Osty²⁸ dans son ouvrage, considérer que la notion de reconnaissance est un leurre, tout en étant un besoin légitime.

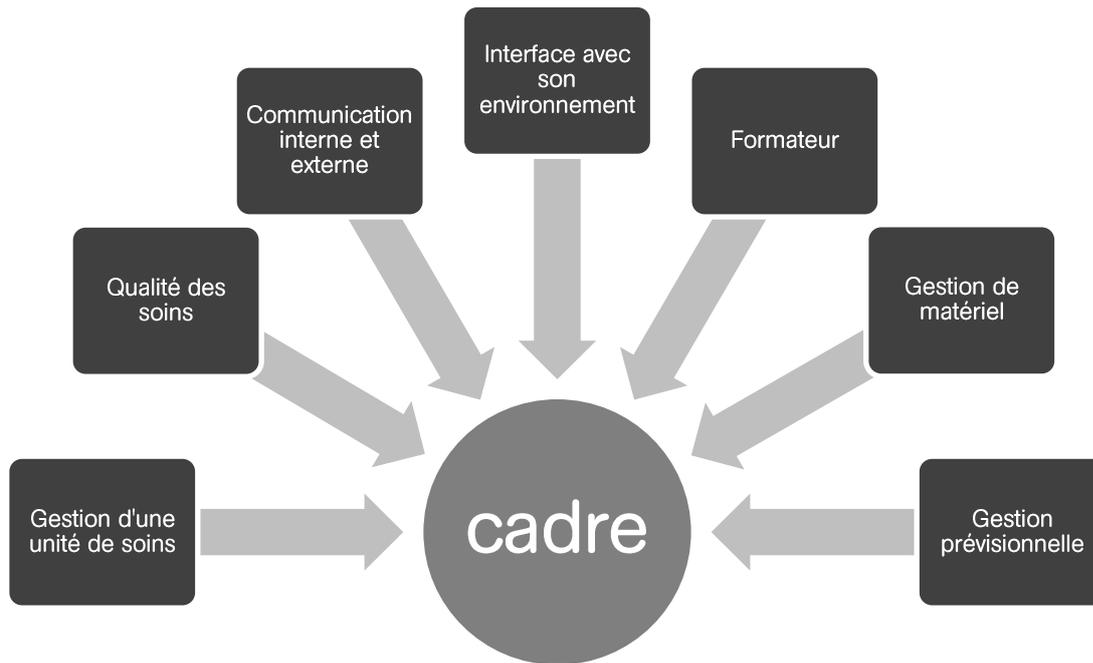
2. Malaise identitaire : symptômes

Après avoir expliqué ces différentes notions, nous pouvons dès à présent les appliquer aux cadres de proximité hospitalier et telle une maladie, constater quels en sont les symptômes qui en découlent.

2.1. Le cadre de proximité hospitalier manager

Le cadre de proximité à un rôle de management d'une équipe dont il est le supérieur hiérarchique et un rôle d'organisation des soins à côté des médecins chefs de service. Si de nombreux cadres de proximité ont d'abord exercé le métier de soignant, ils effectuent aujourd'hui plus de tâches relevant de la gestion managériale. Le cadre occupe un lieu stratégique de l'organisation hospitalière, proche des réalités quotidiennes du service, mais aussi proche de la hiérarchie pour laquelle il conduit les décisions opérationnelles et transmet au mieux les problèmes et demandes des soignants. Dans le cadre d'exercice de sa fonction plusieurs missions lui sont demandées, illustrons cela par un schéma :

²⁸ Osty F., *Le Désir de métier, engagement, identité et reconnaissance au travail*, Presses Universitaires de Rennes, 2003, 244 pages.



Nous pouvons constater, que les missions de nature « managériale » sont nombreuses et circonscrivent désormais l'ensemble du champ d'activité du cadre. Ce management recouvre une grande diversité de pratiques. Elles concernent tout autant la dimension stratégique et visionnaire que la dimension opérationnelle. Ainsi le soin est uniquement considéré dans une dimension de « qualité » et de « sécurité ». Au regard du cheminement historique de la fonction d'encadrement infirmier, cette nouvelle définition du métier de cadre de santé consacre une rupture avec « la culture soignante » qui prévalait antérieurement. Les cadres semblent s'éloigner de plus en plus de leur fonction d'origine. Il s'agit de passer d'une culture où la priorité absolue est celle du patient à celle de gestionnaire. Dans les services de soins, le cadre de proximité devient la personne compétente dans la coordination de l'ensemble des acteurs de soins en réponse aux contraintes de l'organisation. Les rôles du cadre impactent ses postures quotidiennes. Le cadre de proximité manager est alors en capacité de disposer du pouvoir ou d'autorité afin de diriger, coordonner l'ensembles des activités d'un groupe de professionnels. Mais sa principale mission est de mettre en sens le changement. Il doit pouvoir expliquer au groupe professionnel d'appartenance les raisons qui justifient les changements organisationnels ou managériaux. Celui-ci doit pouvoir traduire les décisions de la hiérarchie en les replaçant dans le contexte de la pratique professionnelle et faciliter la mise en œuvre. De par sa position entre le

marteau et l'enclume, le cadre de proximité est confronté à une double contrainte. Etre loyal envers sa hiérarchie en mettant en œuvre ses injonctions, tout en cherchant le soutien du groupe professionnel d'appartenance. En qualité de manager et membre d'une profession, ils utilisent des marges de manœuvre pour préserver la qualité du cadre de travail. Le cadre de proximité est désormais placé comme une cheville ouvrière d'une efficacité productive, qui dans le langage managériale rejoint la notion de qualité. Cette nouvelle fonction implique, l'abandon de la profession originelle. Ce passage de l'identité d'origine à l'identité de santé est fréquemment complexe et son acquisition souvent difficile. J-M Revillot cadre de santé et docteur en sciences de l'éducation, identifie les enjeux de cette transformation de fonction en métier « *L'écueil de cette évolution de la fonction est de voir émerger une fonction strictement managériale et organisationnelle qui pourrait être attribuée à tout professionnel de l'univers hospitalier, voire de l'entreprise, s'il ne s'agit que de diriger des hommes. Le risque alors est une perte de l'identité infirmière alors que c'est de cette profession qu'a émergé la fonction de cadre de santé et qu'ainsi la clinique s'est inscrite au cœur du métier* »²⁹. Le basculement dans le management des soins, n'est pas sans conséquences sur le cadre de proximité, le métier de base est minimisé, et a pour conséquence un ressenti difficile, dû à une dépossession des actions du prendre du soin. Le cadre de proximité hospitalier se sent alors dirigé vers un « métier » de plus en plus déspecialisé et standardisé.

2.2. Le sentiment d'appartenance chez le cadre de proximité hospitalier

L'école des cadres constitue un rôle initiatique et donc un socle commun pour les cadres de proximité. Il y a donc une légitimité externe incontestable à leur nouvelle fonction et titre. Mais cela suffit-il à développer un sentiment d'appartenance fort ? Il est courant d'entendre certains cadres de proximité s'exprimer de la sorte : « je suis avant tout une infirmière ». S'ils ne contestent pas leur groupe d'appartenance, leur groupe de référence reste le groupe des infirmiers qui a une plus grande visibilité sociale et qui incarne des valeurs plus dignes que celles véhiculées par le management. En effet, la tâche du personnel d'un hôpital se distingue peu de celles assurées dans d'autres secteurs d'activité, à l'exception de la relation humaine avec le patient qui forme la

²⁹ Revillot J-M., *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*, éditions Lamarre, 2010, 235 pages, P18-19

spécificité irréductible des métiers de soins. Lorsque les professionnels deviennent cadres de santé, cette spécificité va être moins vécue dans leur quotidien. Les cadres de proximité doivent alors redéfinir leur sentiment d'appartenance, tout en s'assurant une fluidité dans les relations professionnelles. Ses compétences antérieures servent toujours les valeurs du soins, mais celles-ci se cristallisent non plus au chevet du patient mais autour de ce qui fait que le patient est soigné dans les meilleures conditions en qualité et sécurité. C'est au cadre de proximité au travers de ce qu'il est, de ce qu'il a été, de donner un sens à ses nouveaux dispositifs de soins. Il apparaît nécessaire au cadre de proximité de prendre du recul pour accéder à ce nouveau sentiment d'appartenance. Ne plus être dans l'équipe mais travailler avec, en prenant de la distance et du recul par rapport aux pratiques professionnelles initiales, avoir un regard différent en prenant conscience que sa mission est autre. Son sentiment d'appartenance est à penser dans un contexte institutionnel et non plus uniquement à l'équipe de soignants qu'il gère. Cette nouvelle appartenance, donne au cadre une légitimité face à ses interlocuteurs, il peut leur proposer un champ plus large que celui de son service. Cela ne se fait pas sans conséquence, cela oblige les cadres de proximité à adopter de nouvelles valeurs, à laisser de côté des représentations attachées à leur primauté de service ou de spécialité. Cela est générateur de conflits internes pour le cadre de proximité. Leur appartenance doit pouvoir être double, appartenir à son service mais également à un collectif de cadres. Cette double appartenance sera vécue au début comme une dualité mais deviendra par la suite une complémentarité, un enrichissement de soi permettant au cadre de proximité de construire son identité et de cohabiter au sein d'un système aux structures différentes : l'hôpital actuel. Le cadre de proximité doit pouvoir s'éloigner du prescrit afin de se créer un espace d'autonomie à la fois par rapport à ses collègues mais aussi sa hiérarchie. Mais cette espace d'autonomie peut ne pas être toujours bien accepté par l'un ou par l'autre et conduire à un isolement du cadre de proximité. C'est son travail qui est l'objet de jugement, le cadre de proximité se réappropriant ensuite des jugements portés sur les résultats de son travail, pour les articuler à la problématique de son identité. Nous pouvons donc avancer l'hypothèse que c'est le décalage entre les deux sentiments d'appartenance, défini et ressenti, qui est en partie à l'origine du mal être qui affecte la fonction de cadre de proximité et son identité professionnelle au sens exprimé par C.Dubar. Les cadres de proximité au sein des hôpitaux ont été exposés à des changements organisationnels qui ont fortement modifié les conditions d'exercice de travail et ont pu ainsi modifier leur identité professionnelle. Ils sont exposés à ces

changements de par leur position à l'interface de différentes logiques d'acteurs. Les cadres de proximité sont alors en perte de repères. Un commentaire de l'ouvrage de Claude Dubar précise « *la construction de l'identité apparaît à la fois comme une construction d'une image de soi ; un sentiment d'exclusion ou de participation à des groupes sociaux plus ou moins organisés, et une acceptation ou rejet des valeurs et significations. Elle est à la fois inculquée à travers les attributions d'étiquettes et de statuts, acceptée et intériorisée à travers le sentiment d'appartenance* »³⁰.

2.3. Travail et reconnaissance chez le cadre de proximité hospitalier

La reconnaissance au travail semble occuper une place prépondérante ces dernières années. Le travail en tant qu'activité humaine a depuis toujours été étudié par les philosophes. Plus récemment les sociologues se sont intéressés à cette question et en ont fait une discipline. La sociologie du travail naît en même temps que la sociologie au XXI^{ème} siècle. A cette période, le travail devient autonome de la vie sociale. Ces quinze dernières années, différents auteurs se sont consacrés à la description et aux débats sur les métiers. Toutes les organisations affichent des profils de poste, définissent des activités caractéristiques des métiers, tentent de rendre visible à des fins de gestion comptable le travail effectué. Or le travail ne se réduit pas au métier ou encore au poste. Dans des documents diffusés à l'hôpital, le travail est abordé en termes de tâches à réaliser, de résultats à produire. Dans cette mouvance, de nombreux savoirs ont été mobilisés pour concevoir et prescrire le travail, tels que les protocoles et procédures. Les référentiels métiers, eux, précisent les règles de l'art de l'exécution du travail. Leur but est double : permettre d'offrir la meilleure prestation, mais aussi faciliter la tâche du travailleur, cet objectif n'est pas toujours atteint. En effet, les protocoles et procédures peuvent contribuer à déréaliser le travail. Le travail contribuerait à répondre à de nombreux besoins, en participant à la construction identitaire, à une certaine réalisation de soi, et au besoin de sécurité. La communauté hospitalière, de par ses changements conduit les cadres de proximité à de nombreuses interrogations à propos de la reconnaissance, de leurs apports et de leurs contributions spécifiques à l'organisation. La problématique de la reconnaissance au travail des cadres de proximité hospitalier est particulière. Précédemment, nous avons vu que l'organisation

³⁰ C., Dubar, op cit.

hospitalière a subi plusieurs transformations au cours de ces décennies, du fait des nouvelles technologies, de l'augmentation des savoirs et des nouvelles formes de gestion. Cela se traduit pour les cadres de proximité par des exigences fortes en terme de performance et rentabilité qui elles-mêmes se traduisent par diverses contraintes. Les cadres de proximité doivent s'adapter aux transformations organisationnelles. Si les travailleurs ont de plus en plus de contraintes, il est légitime qu'il y ait une demande croissante de reconnaissance au sein du monde professionnelle. Il semblerait selon F. Gonnet³¹ que la constitution d'identité professionnelle permette aux acteurs à la fois de se situer les uns par rapport aux autres dans leur rôle global et leur spécificité propre. Rappelons que la reconnaissance correspond à des besoins identitaires : besoin d'exister, d'intégration, de valorisation et d'individuation. B. Beauchamp³² note que, c'est l'écart entre l'identité adoptée par le cadres de santé et l'identité attendue par les autres acteurs qui crée un malaise générateur du sentiment de non reconnaissance. Chacun souhaite en effet être visible aux yeux des autres, et être reconnu dans sa singularité. Nous avons vu que le cadre de proximité actuel est un cadre « multitâches ». Toute la complexité de son travail réside dans la mise en lien de missions et des acteurs afin d'assurer la fluidité des soins. Mais visiblement ce travail de fond n'est pas facilement reconnu, ni connu par les autres professionnels de santé. Le rapport de C. de Singly sur la mission des cadres hospitaliers aborde ce problème. Il évoque le travail ménagé aperçu quand il est mal fait et le compare au travail du cadre. Comme dans un ménage, le cadre résout quotidiennement les problèmes qui se posent, règle les conflits, « bouche les trous » du planning. Par contre, dans un service où il manque du personnel, où se produisent des erreurs et du mécontentement, la hiérarchie ou l'équipe remarquera vite que le cadre « *ne fait pas correctement son travail. Il y aura donc une sorte de visibilité négative du travail des cadres qui ne contribue pas à le valoriser.* »³³. Rendre compte du travail, c'est ne pas être du côté des caractéristiques des situations mais du côté du monde vécu. Cela consiste à faire apparaître ce qui ne se voit pas : « l'invisibilité du travail ». En effet, dans des métiers tels que les soins ou l'éducation, des formes d'engagement sont considérées comme naturelles et font perdre de vue l'effort dans l'utilisation de soi que ces dernières requièrent. Les travaux sur la catégorie des cadres de santé nous renseignent assez faiblement sur leur travail, sur ce qu'ils font concrètement. De manière générale, notre travail de cadre de proximité consiste à manager, encadrer le travail des autres. Nous

³¹ Gonnet F., *L'hôpital en question*, Edition Lamarre, Paris 1991, 272 pages, P41

³² Beauchamp B., *Du malaise identitaire à la reconnaissance*, ENSP Rennes, 2002, 70 pages, P41-61

³³ De Singly C., [Http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-chantalde-singly.pdf](http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-chantalde-singly.pdf). (consulté le 11/02/2016).

ne réalisons pas nous-mêmes les soins. Notre travail ne peut pas être défini précisément ; il est aléatoire, protéiforme. Toute la complexité de celui-ci réside dans la mise en lien des missions et des acteurs afin d'assurer la fluidité des activités de soins. Mais notre travail est la plupart du temps peu reconnu par les autres professionnels de la santé. Nous, cadres n'effectuons plus à proprement parlé ni un travail d'infirmier, ni une supervision directe de leur travail. Nous sommes dans une position délicate vu que notre travail est évalué sur nos savoirs et expériences par les membres que nous encadrons. Toutes ces contraintes mettent à mal notre position, nous nous sentons coincés entre une logique gestionnaire et des soignants attachés à leur métier. Selon Paule Bourret³⁴ infirmière sociologue, ce sentiment d'invisibilité serait lui-même dû à l'invisibilité de la présence du cadre, liée à l'étendue de son espace de travail ; tantôt en réunion, tantôt à la direction des soins ou avec d'autres collègues, le cadre n'est pas toujours dans le service. Quand à Chantal de Singly, elle attribue l'invisibilité à la culture du dévouement à autrui dans le monde hospitalier d'une part et la difficulté de distinguer l'activité d'encadrement des métiers d'origine d'autre part. Le fait que cette distinction soit peu formalisée n'aide pas à admettre le travail réel du cadre et son rôle, il se fond dans la masse soignante. Mise à part les plannings qui sont la preuve du travail fait, les soignants se demandent si le cadre travaille vraiment car le fruit de ce qu'il réalise n'est pas vraiment observable. C'est un travail invisible dans la mesure où il mobilise des éléments de connaissances souvent imperceptibles, à la différence des soins qui sont repérables. Nous avançons donc l'hypothèse que médecins et soignants connaissent mal les rôles du cadre. Chacun est absorbé par ses propres tâches et ne prend pas le temps de s'intéresser au travail de ses collègues. Le médecin conçoit le cadre comme un coordinateur qui prévient, gère les conflits et maintient la cohésion de l'équipe. Quant aux équipes, elles souhaitent de l'écoute, de la disponibilité et une certaine compétence technique. N'oublions pas la hiérarchie, qui attend des cadres qu'ils soient porteurs de projets et qu'ils amènent les équipes à adhérer à des fonctionnements organisationnels de plus en plus contraignants. De plus le travail du cadre est moins mesurable, moins observable que celui des infirmières, aides-soignantes ou médecins. En effet, dans les unités de soins les actions sont justifiées dans leur rapport au vital. Les autres tâches sont secondaires. Le travail de bureau n'est pas reconnu. Pour la sphère médicale n'est-il pas plus noble de sauver des vies que de s'attarder à des tâches administratives contraignantes et mesquines ? Pour pallier à ce manque, nous avons tendance à offrir notre présent. Nous nous montrons

³⁴ Bourret P., les cadres de santé à l'hôpital, Paris, Seli Arslan, 2006, 283 pages .

disponibles à tout moment. Etant la seule personne pouvant être dérangée. Comme si cette disponibilité était le prix à payer pour s'être éloigné des soins. Nous en déduisons que la mission de cadre n'est pas remise en cause mais plutôt qu'elle demeure incomprise et inconnue par les différents acteurs que nous côtoyons.

3. Cause du mal-être : la multiplication des rôles

Le ressenti difficile d'un certain nombre de cadres résulterait d'un sentiment de marche forcée en direction d'un métier de plus en plus déspecialisé et standardisé. Cette crise a notamment été soulignée par J-L Stanislas³⁵. Pour cet auteur, les causes pourraient être référées à plusieurs effets de « dilution » au niveau de l'identité. Premièrement, une dilution de l'identité culturelle : le cadre de santé d'origine infirmière n'est plus un infirmier au sens du métier, de la culture. Il fait désormais partie des managers. Deuxièmement, une dilution du rôle d'articulation : le cadre de proximité est tenu d'inverser ses priorités, du soin vers la gestion, avec en ligne de mire une efficience par objectif. Souvenons-nous qu'au départ, la surveillante contrôlait l'activité des personnels de l'unité tout en participant aux soins. Un peu plus tard, le cadre infirmier contrôlait toujours l'activité mais y ajoutait en plus une fonction d'animateur d'équipe, en se distanciant des soins. Aujourd'hui, le cadre de proximité a de nouveaux rôles. Ceux-ci ne sont pas exhaustifs, nous allons donc, en reprendre quelques-uns afin de comprendre les difficultés que ceux-ci peuvent engendrer et provoquer ce problème identitaire.

3.1. Les rôles du cadre de proximité

Cadre de proximité, gestionnaire de son unité de soins

Un des grands rôles demandé au cadre est d'être un gestionnaire au quotidien. Ce rôle implique de répondre aux nouvelles missions managériales, le management de l'activité et des hommes. Le cadre de proximité à un rôle de « leader » visant à motiver, entrainer et assurer le développement du personnel soignant du service. Il est tenu de

³⁵ Stanislas Jean-Luc, *Cadre de santé : quels professionnels voulons nous former ?*, Objectif soins n°206, mai 2012.

motiver ses troupes face aux injonctions de la hiérarchie. Une de ses principales missions est donc de mettre en sens le changement, être capable d'expliquer les raisons qui justifient les changements organisationnels et managériaux. Toutefois, sa liberté de manager dépend en grande partie du pouvoir que lui délègue sa direction et du bon vouloir de l'équipe dans l'investissement de projets. Les nouvelles organisations hospitalières changent la culture et les rôles des cadres. Cette structuration de l'encadrement infirmier est contingente aux réformes menées sur le secteur sanitaire, induisant de ne plus cumuler les moyens mais de les rationaliser avec l'objectif d'améliorer la qualité des soins. Le cadre de proximité hospitalier est donc considéré comme une personne ressource. En effet, la relation entre le cadre de proximité et son personnel doit être comprise comme un partage et un échange favorisant la coresponsabilité dans la dispensation des soins infirmiers. Dès lors, il doit adopter une forme d'autorité basée sur la collaboration et la consultation.

Cadre de proximité, promoteur de la qualité des soins

Le rôle du cadre de proximité dans la dispensation de soins infirmiers de qualité au patient est non négligeable. En effet, quelle que soit la prise en charge de ce patient, le cadre de proximité doit pouvoir adapter l'activité infirmière et paramédicale en fonction des besoins repérés. Le cadre de proximité occupe une situation stratégique au cœur de l'action hospitalière. Il est responsable de l'efficacité et des activités de soins qui véhiculent l'image du service. De par l'organisation mise en place, il permet aux patients de bénéficier de soins efficaces et personnalisés. Les cadres de proximité sont donc invités à répondre aux nouvelles missions managériales par la conduite de nouveaux projets, en ne négligeant pas le management « humain ». Responsable de l'unité de soins conjointement avec le médecin chef de service, il est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients. Il doit donc être à l'écoute des besoins du patient et de sa famille, et doit apporter des solutions de prévention en cas d'une gestion inappropriée de situation de soins. Définir le niveau de la qualité de dispensations des soins infirmiers devient un objectif clé dans la réalisation du rôle du cadre de proximité. Le cadre de proximité a donc, une responsabilité vis-à-vis des patients mais également vis-à-vis de l'équipe qu'il encadre. Il s'agit en quelque sorte d'un double rôle, à la fois formateur et pédagogue.

Cadre de proximité, rôle d'interface avec l'environnement

Le cadre de proximité remplit un rôle d'interface en assurant une coordination entre département médical, infirmier et administratif, sans oublier l'extérieur du fait de ses relations avec le patient et sa famille. Il doit être un interlocuteur capable de collaborer avec tous les autres partenaires de l'institution. Il doit pouvoir assurer une régularité permanente entre le maintien d'un état d'équilibre du système unité de soins et les interférences de l'environnement. Celui-ci doit être capable de créer un réseau de coordinations efficaces entre les différents composants du système hospitalier. Ce rôle d'interface confère au cadre de proximité « *une place centrale dans la hiérarchie infirmière car elle apparaît, en étant le premier échelon du cadre infirmier et par son contact quotidien avec le staff infirmier, comme l'élément devant concrétiser les objectifs définis en amont par la direction du département infirmier. Alors que, en aval, elle assure l'organisation et la répartition du travail dans des équipes fonctionnant en continu, composées de personnes de qualifications différentes* »³⁶. Cette coordination entre unités et professionnels joue un rôle primordial dans la cohésion des équipes et dans l'efficacité de leurs prestations. Mais ce maillage interdisciplinaire dépend en grande partie du cadre de proximité de l'unité. Une mauvaise gestion du service peut complexifier l'organisation et avoir un impact négatif sur le niveau de performance de l'unité.

Cadre de proximité, formateur et gestionnaire des ressources humaines

La législation hospitalière insiste sur le fait qu'un des rôles du cadre infirmier est de promouvoir fortement la formation au sein de son service. La formation représentant un axe de développement de la performance sociale. Le manque de compétences lié aux tâches engendre à la fois des attentes et des insatisfactions de la part des équipes mais est également une source de dysfonctionnement dans la pratique de la qualité des activités de soins. Il est donc demandé au cadre d'être sensible aux besoins de formations de son équipe, par l'observation des activités de soins et l'écoute de ses collaborateurs. Evoquons le rôle lié à la gestion des ressources humaines. Pour beaucoup, cette gestion se résume à la réalisation des plannings. Ces activités

³⁶ Demarest S., Destroyer M., D'Heterfelt G., Duchaine A., Henderickx E., Alaluf M., Bundervoet J., Molitor M., *Les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu des fonctions du personnel infirmier et soignants dans les unités de soins des établissements hospitaliers et des cliniques*. Rapport final-Mars 1993.

quotidiennes et mensuelles consommatrices de temps, ne reflètent pas d'articulation liée à la gestion du personnel, et pourtant les définitions du management mettent en avant ces activités, occultant par la même les activités réelles des cadres en matière de management de personnel. Retenons par exemple, le travail fait pour respecter les règles d'organisation du travail en prenant en compte chacune des situations individuelles, ainsi que le travail effectué pour trouver des personnes qui effectueront le travail des soins en cas de manque de personnel. Tout cela souvent réalisé dans un contexte de limitation de dépenses et en menant à bien des projets organisationnels. Rappelons également, que ces projets doivent pouvoir être réalisés, en les articulant avec les logiques des administrateurs, des médecins, des paramédicaux, des patients et de leur famille.

Cadre de proximité, gestionnaire des biens matériels

Le cadre de proximité assure la gestion des flux de biens matériels. En effet, le déroulement du processus de soins infirmiers exige du matériel et un équipement adéquat, fonctionnel, en quantité suffisante afin d'aboutir à des soins de qualité. Une qualité de gestion du matériel et de l'équipement de l'unité appartient aux facteurs organisationnels de l'unité de soins.

Selon Myriam Hubinon³⁷, la gestion efficace des ressources matérielles sous la supervision du cadre de proximité repose sur plusieurs objectifs. Tels que l'utilisation rationnelle du matériel de soins, assurer une réponse correcte et rapide aux besoins de santé du patient par la disponibilité du matériel et la fonctionnalité de celui-ci, améliorer la productivité des soins par la disponibilité d'un matériel efficace, satisfaire le personnel par l'utilisation d'un matériel conforme, ou encore améliorer les conditions de travail du personnel par l'octroi d'un équipement répondant à des qualités d'ergonomie. En effet, du matériel non approprié peut avoir des répercussions importantes sur les soins dispensés aux patients. Le cadre de proximité doit donc veiller à une gestion efficace des ressources et matérielles, sa mission est de veiller à ce qu'un savoir être « contamine » son équipe de soins. L'importance accordée à ses ressources matérielles et aux personnes qui en dépendent sont de la responsabilité du cadre de

³⁷ Hubinon M., *Management des unités de soins. De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité.* Edition De Boeck, 1998, 389 pages, P192

proximité. Il s'agit d'un enjeu primordial pour celui-ci car cela ne peut qu'apporter une image de qualité de service auprès des patients.

3.2. Conséquences de cette multitude de rôles

Notons que cette hyper sollicitation du cadre, son implication dans de nombreux projets le rend absent du service et limite ainsi son rôle d'accompagnant du soignant. L'élargissement du rôle du cadre par l'investissement dans des projets hors service peut être générateur de conflits ou de dysfonctionnements dans la vie du service par la distanciation managériale que cet investissement induit. Force de constater que le rôle du cadre est loin d'être cantonné à un seul rôle d'organisation et de gestion d'un service. Cet élargissement des rôles s'avère contraignant pour les cadres de proximité, ceux-ci se retrouvent coincés entre ordre de management et attentes du personnel. Ils se retrouvent ainsi confrontés à un dilemme fonctionnel entre activités professionnels et activités managériales et à un dilemme hiérarchique, entre positionnement managérial et positionnement opérationnel. Dans la première partie de ce travail, nous évoquons que l'univers hospitalier est obligé de comprendre un vocabulaire appartenant au domaine de l'économie. Ces restructurations induisent de ne plus cumuler des moyens mais de les rationaliser avec comme objectif l'amélioration de la qualité des soins. Ces renforcements de contraintes juridiques et règlementaires qui nécessitent une attention accrue sur l'application des procédures et la traçabilité des activités prennent de plus en plus de temps et font le quotidien du cadre de proximité. Cependant, cette efficience dépendra en grande partie de l'engagement des professionnels. Le cadre de proximité est soumis à une sollicitation de plus en plus intensive. Il doit être capable de maîtriser les outils et méthodes du management de la qualité et les adapter aux projets institutionnels. Pour ce faire, il doit pouvoir utiliser un certain nombre d'outils en privilégiant les artéfacts matériels et organisationnels locaux. Son travail est marqué par une amplification des normes et du chiffre. Il gère, planifie, organise, dirige et contrôle les ressources humaines et matérielles. Et ce, pour atteindre avec le plus d'efficacité possible les objectifs de l'organisation. Le résultat est attendu avant même la finalité du travail. La qualité devient le maître mot du discours managérial, elle peut être source supplémentaire de pression, car ses exigences ne correspondent pas toujours à la réalité du terrain. Le cadre de proximité se voit ainsi soumis à une sollicitation de plus en plus intensive avec pour conséquence une diminution de son

activité de soignant. Il devient un gestionnaire d'unité de soins et exerce plusieurs dimensions dans le cadre de l'exercice de sa fonction. Tout cela conjugué avec des valeurs n'appartenant pas à sa culture et surtout entrecroisé par des notions empruntées au monde de l'entreprise avec les concepts d'évaluation de la qualité des soins infirmiers. Dans le contexte de rationalisation de l'hôpital, le contrôle de gestion d'une unité de soins fait désormais partie du quotidien du cadre de proximité. Ceux-ci doivent désormais instaurer dans leur vocabulaire de nouveaux termes. Tel que traçabilité, efficience, évidence bases nursing, accréditation sans omettre la qualité des soins. Ces nouvelles règles et normes rendent le travail du cadre de proximité de plus en plus complexe. Suite aux réformes de nos systèmes de santé, le changement perpétuel règne sur le monde hospitalier, dans le courant de l'idéologie managériale « le changement » constitue une valeur en soi. De par nos différentes lectures nous avons pu constater que ce mode de fonctionnement s'appuie sur deux postulats. Le premier est que le changement permettrait d'être toujours prêt face à l'inattendu, signe de performance dans le monde organisationnel actuel en constante évolution. Ce thème de performance organisationnelle a acquis une popularité au sein de nos institutions hospitalières sans que soient souvent maîtrisés les tenants et les aboutissants de cette orientation par les cadres hospitaliers. Le second est d'être toujours en avance, autre gage de réussite. L'origine de ces deux postulats est vraisemblablement la recherche d'efficience qui semble constituer l'exigence première de l'idéologie managériale. Ces nouveaux défis ne sont pas sans effets sur les cadres de proximité. Véronique Haberey-Knuessi, professeure à la Haute Ecole de Santé ARC de Neuchâtel en Suisse explique : « *Les cadres avouent avoir plus souvent l'impression de parer au plus pressé, de travailler à flux tendus et en permanence dans l'urgence. Dans ces conditions, comment concevoir une gestion de travail qui puisse à la fois être pertinente et efficace sur la durée ? Comment assurer une répartition des tâches équitables et gérables qui ne conduise pas à l'épuisement des équipes ? La tension induite par cette lutte quotidienne est génératrice d'un stress certain pour les cadres. A ce stress s'ajoute celui des objectifs institutionnels à atteindre, en particulier au travers de projets divers. Mais comment assurer la conduite de projets de façon adéquate lorsque l'autonomie est plus ou moins instrumentalisée et contrôlée dans la majeure partie des institutions ?* »³⁸. De par ces écrits, nous nous rendons compte de toute la difficulté du métier de cadre de proximité. Son rôle s'apparente très souvent à

³⁸ Haberey-Knuessi V., *Les cadres une catégorie professionnelle de prédilection pour les phénomènes de stress et de burnout*, Soins cadres, n°77, février 2011.

l'exercice de multiples activités de bricolage alors qu'il est le pilier dans l'organisation du service. Ses nouveaux rôles l'amènent à modifier son attitude de travail entraînant une nouvelle vision de son rôle au sein de l'organisation. Rajoutons que cette démarche de qualité peut entraîner une pression supplémentaire sur les cadres de proximité, car ses exigences ne correspondent pas toujours à la réalité et aux besoins du terrain. Cela rend le quotidien à la fois plus complexe et plus assujettissant. La fracture entre le travail prescrit et travail réel, mesurée par Paule Bourret³⁹, se creuse alors davantage. *« Ces nouvelles méthodes d'outils et de gestions peuvent être comprises comme des instruments par lesquels la direction de ces organisations tente de contrôler à distance les pratiques des professionnels qu'elle emploie. Les conséquences pour les malades et le personnel étant l'absence d'évaluation de ce qui se passe dans l'activité réelle auprès des patients. Etre absorbé uniquement par la gestion et le travail à faire pour remplir et analyser les tableaux de bord conduirait à se couper des réalités de ce que vivent les malades et les personnels à leurs côtés. Il pourrait exister tout au long de la chaîne hiérarchique une dissociation entre d'un côté un hôpital fantasmé, rêvé, maîtrisé, et de l'autre l'hôpital réel »*⁴⁰. Le danger de toutes ces nouvelles techniques de performance réside dans le fait qu'à terme, elles deviennent le seul horizon du cadre de proximité et ainsi entraînent une standardisation des comportements et une altération de l'esprit créatif des équipes. Les cadres de proximité sont dans une posture délicate dans la mesure où pour conserver leur légitimité professionnelle et managériale, ils doivent à la fois se conformer aux us et coutumes de leur profession d'origine tout en revêtant les habits de manager d'équipe et donc se faire porte-parole de la direction de leur établissement hospitalier. Le cadre de proximité assume ses fonctions au contact d'autres professionnels, dont les qualifications et les fonctions sont multiples, mais qui ont en commun d'intervenir directement auprès des usagers et donc de délivrer au quotidien des pratiques professionnelles à incidence sur la qualité de la prise en charge et sur l'efficacité des prestations de service. Il est alors en première ligne entre les corps professionnels administratifs, médicaux, soignants, mais aussi des patients et de leur famille. Ceux-ci assistent à une complexification du référentiel de leurs « savoirs », « savoirs être » et « savoirs faire ». Cette complexification des rôles peuvent être sources de tensions et responsable du malaise identitaire du cadre.

³⁹ Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital*. Editions Seli Arslan. 2006. 283 pages, P24

⁴⁰ Bourret P., op cit

4. Conclusion

Le cadre de proximité n'est plus le soignant qu'il a été. Il en prend conscience au travers de la construction de son projet professionnel et sa formation en école de cadre. Mais ce n'est que le début. Il aura à la vivre et à la développer sur le terrain. Il devra faire en sorte que sa nouvelle fonction soit acceptée auprès des équipes de soins, fonction complètement différente de celle d'origine, fonction axée de plus en plus sur un management des soins. Le défi est d'autant plus grand que pour rester crédible auprès de son équipe, il ne peut complètement abandonner son âme de soignant, ses valeurs qui l'on construit. C'est concrètement prendre une autre place, avec d'autres actions à mener mais toujours avec le patient comme préoccupation centrale. L'activité de l'encadrement pour le cadre de proximité devient de plus en plus complexe, étant donné les diverses structures présentes au sein de l'hôpital. Reprenons les propos de Julia Evetts⁴¹ qui nous montre que nous serions passés, au sein des professions d'une régulation autonome par les pairs à une régulation « exogène » où les professions feraient l'objet de tentatives de régulations venant de l'extérieur, notamment par le rôle managériale de l'organisation. Il s'agirait d'améliorer les pratiques professionnelles, à l'aide de nouvelles méthodes de management afin d'augmenter la performance économique globale des institutions pour lesquelles elles travaillent, tout comme le degré de satisfaction de la clientèle. Pour que le contrôle sur les pratiques professionnelles puisse s'effectuer, il est nécessaire que l'organisation se dote de personnes jouant le rôle de relais. Les cadres de proximité jouent ce rôle de relais privilégié entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Nous avons vu que l'organisation hospitalière se composait de plusieurs structures. Une des difficultés du cadre de proximité vient du fait qu'il se retrouve entre des structures différentes, celle du personnel soignant, du personnel médical et du personnel administratif. Il est ainsi pris entre trois logiques différentes voir antagonistes. La logique soignante dont le cadre est issu, logique administrative et la logique médicale. A ces trois logiques, il est important de ne pas oublier le patient qui à l'heure actuelle se montre de plus en plus acteur de sa santé. L'encadrement infirmier comporte trois niveaux qui s'échelonnent, sur la ligne hiérarchique entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le cadre de proximité est sur le terrain, lieu de production des soins. Il est positionné au premier niveau de l'encadrement infirmier. Ancien soignant, nouveau manager il doit sans

⁴¹ Evetts J., La sociologie de groupes professionnelles : De nouvelles questions et des explications différentes, 2003, p10.

cesse légitimer sa place et son rôle entre ces différentes logiques et acteurs, c'est-à-dire son autorité. Chaque corps professionnels essayant de légitimer sa place. Le cadre de proximité doit gérer ce qu'Henry Mintzberg nomme les conditions de frontières, d'une part entre les unités et l'environnement de son organisation « *en règle général, le cadre de niveau intermédiaire à tous les rôles du cadre dirigeant, mais dans le contexte de la gestion de sa propre unité. Il doit servir de symbole pour son unité et en être le leader : développer un réseau de contacts ; contrôler l'environnement et les activités de son unité, au niveau supérieur de la hiérarchie et à l'extérieur de sa propre unité ; négocier avec des parties prenantes extérieures ; prendre l'initiative de changements stratégiques ; entraver des exceptions et des conflits* »⁴². Ils effectuent un travail d'articulation et de coordination et doivent se débrouiller quotidiennement. Les groupes professionnels au sein des hôpitaux ont été exposés à des changements organisationnels qui ont fortement modifié leur façon de faire au travail et ont pu affecter l'identité professionnelle de leurs membres. Parmi ces derniers les cadres de proximité sont les plus exposés à des changements, et donc les plus directement soumis à des pressions sur leur identité professionnelle, de par leur positionnement au sein de logiques sectorielles antagonistes. Cependant, comme nous le rappelle, Crozier et Friedberg, ni totalement dans le monde professionnel, ni totalement dans le monde managériale, les cadres de proximité semblent être soumis à un processus d'hybridation de leur rôle et donc leur identité professionnelle au sein des organisations.

⁴² Mintzberg H.,op. cit,

Conclusions et perspectives

Nous voilà arrivés au terme de notre épreuve intégrée. Travailler sur l'identité professionnelle des cadres de proximité en milieu hospitalier fut une opération complexe de par ses approches conceptuelles multiples dans des champs théoriques non stabilisés. Nous avons dû faire des choix et imposer certaines limites à notre travail, au risque de se perdre dans la profusion d'idées. De ce fait, ces champs peuvent apparaître réducteurs tant le sujet est vaste. Cet exercice s'est avéré difficile, il a fallu se faire violence, mais nous n'en pouvons que ressortir grandi. Après tout, dans notre pratique professionnelle ne sommes-nous pas confrontés quotidiennement à des difficultés, à devoir faire des choix ? Revenons à notre épreuve intégrée, la construction de l'identité professionnelle est une construction de soi, une seconde socialisation après la première. Nous avons vu que l'hôpital doit faire face à des évolutions constantes, structurelles, économiques et politiques. Ces nouveaux modes de management ont fait apparaître de nouveaux rôles, mêlant soins et management, deux fonctions totalement différentes. Il est alors demandé aux cadres de proximité de s'adapter et d'évoluer en changeant ses pratiques professionnelles. Celles-ci brouillent leurs repères identitaires. Ce flou identitaire peut s'expliquer de différentes façons. Auparavant, l'identité professionnelle du cadre de proximité reposait sur des compétences techniques et relationnelles. Avec les nouvelles réformes sa position est celle d'un manager, il lui est demandé de se projeter comme acteur et réalisateur de projets. Ces tâches administratives et de gestion place le cadre de proximité dans une situation inconfortable. Il doit pouvoir mettre en œuvre ces pratiques émanant des demandes des directions et les soumettre à son équipe. On est donc face à un problème de positionnement et de reconnaissance de ses nouvelles fonctions au sein des établissements de santé, mais également auprès des équipes qu'il encadre. A cela s'ajoute pour eux un conflit de valeurs, des interrogations sur le sens de leur travail. Étant amenés à exécuter des décisions organisationnelles dont ils n'en sont pas les auteurs. Alors que répondre à la question : « Quelle est l'identité professionnelle du cadre de proximité hospitalier ? » Notre réflexion et nos différentes lectures semblent démontrer que cette identité chez le cadre de proximité hospitalier est peu ancrée et fragile. Le passé de soignant et les valeurs qui y sont associées empêchent la visibilité et la promotion de ce groupe social, mais est-ce une véritable excuse ou une peur

d'avancer ? Rappelons qu'une identité ne s'acquière pas d'un bloc, ce n'est pas avec sa formation de départ que nous assurons automatiquement et définitivement une identité professionnelle. Si les rôles de l'individu changent, alors l'identité professionnelle se trouve au cœur de ces tumultes. Les cadres de proximité doivent se donner les moyens de se positionner en tant que groupe unifié, afin de permettre à l'encadrement d'être porteur de sens, de valoriser les initiatives émanant de ceux-ci, et ainsi de se faire reconnaître comme groupe professionnel à part entière. Il est utopique de penser que ce changement se fasse du jour au lendemain. Il est évident qu'une transition professionnelle est nécessaire, afin d'assurer une fluidité entre l'identité d'origine et celle de cadre de proximité. Différents moyens et possibilités peuvent aider le cadre de proximité à trouver ce cheminement. Nous allons évoquer quelques pistes, celles-ci sont loin d'être exhaustives, mais elles nous paraissent primordiales. Avancer, demande d'adapter sa fonction, la renforcer, cheminer vers une professionnalisation. Au cours de notre formation en école de cadres, nous avons acquis des savoir-faire et savoir-être indispensables à notre fonction d'encadrement. Hors, cela ne suffit pas, nous restons persuadés que notre construction identitaire n'est pas uniquement élaborée via un ensemble de compétences acquises lors de notre formation. Nous devons pouvoir nous former tout au long de notre cursus professionnel. Non seulement, cela nous permettra de nous adapter aux changements liés aux évolutions majeures de l'hôpital mais aussi d'asseoir notre position en tant que professionnels. Il est évident que les institutions doivent avoir la volonté d'accéder à ces formations continues. Reprenons les propos de C. de Singly « *une organisation dont la structure et le fonctionnement favorise les apprentissages collectifs en développant une logique de « professionnalisation » est dite une organisation apprenante. Dans une organisation apprenante s'opère une réflexion intellectuelle qui crée et développe la compétence collective* »⁴³. Ces formations peuvent être un outil de taille pour notre positionnement en tant que cadre de proximité, elles sont une aide essentielle dans notre gestion d'équipe, de délégation, d'affirmation de soi et bien d'autres choses encore. Mais il serait préférable, bien plus utile et intéressant que ces formations concernent l'ensemble des cadres du milieu hospitalier. Rappelons-nous notre stage en entreprise, nous étions dans un monde complètement différent de notre milieu et pourtant les incertitudes des encadrants étaient les mêmes. Cette mixité ne peut que permettre une réflexion commune visant à définir les missions du management, elle ne peut être que stimulante et créatrice d'une réelle équipe soudée, acceptant la différence et la

⁴³ de Singly C., op cit

complémentarité. Y inclure d'autres cadres non soignants peut constituer une opportunité de mieux travailler ensemble et surtout de faciliter le décloisonnement d'un monde hospitalier trop souvent divisé en corporatismes multiples. Echanger des regards sur chaque profession « cadre » de l'hôpital, peut tous nous aider à saisir la complexité organisationnelle hospitalière et ainsi clarifier les rôles et positionnement de chacun. Rappelons que nous acquérons de l'expertise dans le cadre de notre travail et que peut-être par modestie nous ne l'identifions pas toujours comme telle. Le fait d'échanger nos pratiques managériales avec d'autres cadres provenant d'institutions hospitalières différentes pourrait permettre de nous mettre en valeur et faire ainsi preuve d'une véritable expertise. Favoriser des expertises mettrait en valeur des projets que nous avons fait naître et ainsi cheminer vers une identité propre.

Bibliographie

Livres :

- Abel P-C., Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?, Identités et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin, de Boeck-Estem, coll. « Sciences du soin », 2014, 111 pages
- Alexandre-Bailly F., Bourgeois D., Gruère J-P., Raulet- Croset N., Roland-Lévy Ch., Comportements humains et management, 4^{ème} édition, Pearson, coll . « Apprendre toujours », 2013, 393 pages
- Abel Paul Christophe, Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ?, Editions De Boeck Estem, 2014, 111 pages
- Ballé M., Beauvallet G., Le management Lean, Pearson, coll. « Apprendre toujours », 2013, 242 pages
- Balle M., Champion-Daviller N-M ., Organiser les services de soins : le management par la qualité, 2^{ème} édition, coll. « Encadrer à l'hôpital », Masson, 2004, 214 pages
- Barbier JM, l'analyse des pratiques : questions conceptuelles, Editions Savoir et Formation, 1996, 49 pages
- Berger P., Luckman T., La construction sociale de la réalité, 3^{ème} édition, Armand Colin, 2012, 255 pages
- Boltanski, L., *Les cadres. La formation d'un groupe social*, Paris, Minuit, 1982, 523 pages
- Bouffartigue P., Les cadres : fin d'une figure sociale, Paris, La Dispute, 2001, 243 pages
- Bourgeon D., Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, Editions Lamarre, 2012, 344 pages
- Bourret P., Les cadres de santé à l'hôpital, Editions Seli Arslan, 2014 , 283 pages
- Causer J-Y., Durand J-P., Gasparini W., Les identités au travail , Analyses et controverses, Octares Editions, coll. « Le travail en débats », 2009, 333 pages
- Colignon G., Comment leur dire..., La process communication, 2^{ème} édition, InterEditions, 2010, 268 pages
- Crozier M., Le phénomène bureaucratique, Paris, Editions du Seuil, 1963, 416 pages

- Crozier M., Friedberg E., L'acteur et le système, Paris, Editions du Seuil, 1977, 500 pages
- Dubar C, La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles, 2^{ème} édition, Coll. « Colin U », Armand Colin, 2010, 255 pages.
- Dubar C, *Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel* , Traité de sociologie du travail, Edition de Boeck, Bruxelles, 1994, 420 pages
- Gonnet F., L'hôpital en question, Edition Lamarre, Paris 1991, 272 pages
- Hubinon M., Management des unités de soins, de l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité, de Boeck, « Savoirs et santé », 2010, 389 pages
- Dictionnaire Larousse 2013
- Maroy Ch, *L'identité chrétienne des institutions sociales et de santé ;analyse sociologique des transactions symboliques*, Facultés universitaires St-Louis, centre d'étude Sociologique, Bruxelles, janvier 1991, 287 pages
- Mintzberg H., Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre, 2^{ème} édition, coll. « Références-poches », Editions d'Organisation, 2006, 284 pages
- Mintzberg H., Structure et dynamique des organisations, Paris, Editions d'Organisation, 1982, 440 pages
- Kaufman J-C., L'invention de soi, une théorie de l'identité, Coll. « pluriel », Hachette Pluriel Référence, 2010, 351 pages
- Osty F., Le Désir de métier, engagement, identité et reconnaissance au travail, Presses Universitaires de Rennes, 2003, 244 pages
- Piolet F., Sainsaulieu R., Méthodes pour une sociologie de l'entreprise, Presses de la fondation nationales des Sciences politiques Sociales, ANACT, Paris 1994, 377 Pages
- Revillot J-M., Pour une visée éthique du métier de cadre de santé, Editions Lamarre, 2010, 235 pages
- Sainsaulieu R., L'identité au travail, 4^{ème} édition, coll. « Références Sociétés en mouvement », SciencesPo. Les Presses, 2014, 604 pages
- Weber M., La domination légale à direction administrative bureaucratique, Les Presses de l'Université du Québec, 1991 , 347 pages

Sites internet

- <http://lereservoir.eu/> : Vantomme P.
- <http://www.prejuges-tereotypes.net/espaceDocumentaire/autinIdentiteSociale.pdf>
Frédérique Autin, La théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner.
- <http://social-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly> , Chantal de Singly , Rapport de la mission cadres hospitaliers
- <http://leg.u-Bourgogne.fr/wp/1100401.pdf> Coulon R., le cadre de santé entre logiques d'utilités et logiques de soins hospitaliers.
- <https://www.erudit.org/revue/rse/2003/v29/n1/009501ar.pdf> Gohier, Revue des sciences de l'éducation
- <http://fr.wikipedia.org/wiki:management>
- <https://osp.revues.org/1716>
- www.saintluc.be/services/infirmiers/qualite.php (consulté le 15/10/2015)

Revues

- Beauchamp B., Du malaise identitaire à la reconnaissance, ENSP Rennes, 2002, 70 pages
- Crozier M., Le phénomène bureaucratique, revue française de sociologie, 1964, p337-340
- Demarest S., Destroyer M., D'Heterfelt G., Duchaine A., Henderickx E., Alaluf M., Bundervoet J., Molitor M., "les conditions de travail, l'organisation du travail et le contenu des fonctions du personnel infirmier et soignants dans les unités de soins des établissements hospitaliers et des cliniques ». Rapport final-Mars 1993
- Evetts J., La sociologie de groupes professionnelles : De nouvelles questions et des explications différentes, 2003, p10
- Habery-Knuessi V., Les cadres une catégorie professionnelle de prédilection pour les phénomènes de stress et de burnout, Soins cadres, n°77, 2011

- Honneth A., *La lutte pour la reconnaissance*. Revue philosophique de Louvain. Année 2001, volume 99, Numéro 1, p 135-139
- Stanislas J-L, Cadre de santé l'identité professionnelle en question ?, Objectifs soins n°206, mai 2012
- Stanislas J-L, Cadre de santé : quels professionnels voulons nous former ?, Objectif soins n°206, mai 2012

Cours

- Vantomme P., Psychosociologie appliquée aux relations de travail

Divers

- Arrêté Royal du 7/08/1987- MB du 07.10.1987

Abstract : Qui ne s'est jamais demandé qui il était comme sujet pour lui-même et pour les autres dans sa profession ? Les interrogations identitaires chez les cadres de proximité hospitalier sont de plus en plus d'actualité. Cette problématique complexe provient-elle uniquement des nouvelles réformes hospitalières ? Depuis quelques décennies le milieu hospitalier s'est profondément métamorphosé, entraînant avec lui une mutation complète de la fonction de cadre de proximité.

Mots-clés : cadre de proximité - identité - hôpital - organisation - complexité - rôles