



HAL
open science

Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?

Sophie Reinhardt

► **To cite this version:**

Sophie Reinhardt. Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?. Sociologie. Université Paris VIII Vincennes-Saint Denis, 2011. Français. NNT: . tel-00657653

HAL Id: tel-00657653

<https://theses.hal.science/tel-00657653>

Submitted on 8 Jan 2012

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université Paris8 - Vincennes Saint-Denis
Ecole Doctorale de Sciences Sociales

Thèse Doctorat
Sociologie

Sophie REINHARDT

**Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels
processus de construction des compétences ?**

Sous la direction de Régine BERCOT

Soutenue le 30 mars 2011

Jury :

CHARLES Frédéric, Professeur, Université de Picardie Jules Verne, président

CRESSON Geneviève, Professeur, Université de Lille 1, rapporteur

MISPELBLOM BEYER Frederik, Professeur, Université d'Evry, rapporteur

SAINSAULIEU Ivan, Chercheur assistant à l'Université de Fribourg, Suisse

Résumé

Auparavant appelés surveillants, ou plutôt surveillantes puisque l'activité est largement féminine, les cadres de santé exercent une activité qui existe dans les établissements hospitaliers depuis leur origine : l'organisation et la supervision des services de soin. Ils peuvent également exercer dans les Ecoles d'infirmières (IFSI) en tant que cadres formateurs. Cependant, les missions et le statut de ces surveillants ont beaucoup évolué. En effet, les progrès médicaux et techniques de l'activité de soin ont engendré une spécialisation croissante des tâches, mais aussi des changements politiques et organisationnels. Si tous les cadres de santé ont d'abord exercé le métier de soignant, ils effectuent aujourd'hui des tâches relevant avant tout de la gestion et du management. De plus, ils doivent suivre une formation dans une école de cadres pendant un an et appartiennent désormais à un corps unifié qui comprend trois filières, rassemblant douze métiers paramédicaux.

Les cadres de santé sont pour l'instant en France toujours issus de la filière soignante paramédicale, le soin restant leur cœur de métier. Nous analysons dans cette recherche ce qui se joue dans ce passage d'un métier soignant à une fonction d'encadrement dans la construction des compétences. Il s'agit en effet de passer d'une culture où la priorité absolue est celle du patient à une posture de gestionnaire, comptable de l'équilibre budgétaire lié à l'activité. Nous nous demandons surtout comment ces soignants acquièrent des compétences d'encadrement.

Mots-clés : cadre de santé, compétences, fonction, hôpital public, formation continue.

Indexation Rameau : personnel paramédical orientation professionnelle, cadres (personnel), qualifications professionnelles, professions, hôpitaux personnel infirmier.

Between activities, trajectories and training of nurse management, what processes of construction of the skills ?

Previously called ward sister because the activity is widely feminine and marked by the presence of nuns to this post, the nurse managers exercise an activity that exists in hospitals from their origin: the organization and supervision of care services.

They can also practice in nurses' schools as master trainers. However, the missions and the status of these supervisors evolved a lot, because of medical advances and technology of care activity that generate an increasing specialization of tasks, but also political and organizational changes. If all nurse managers were first worked as a "caregiver", they are now carrying out duties related primarily to management. In addition, they must be trained in an executive's school for a year and now belong to a unified category which comprises three sectors, together twelve allied trades.

Nurse managers are currently still in France from the health paramedical care, care remains the heart of their business. We analyze in this research what is played in the passage of a trade to a nursing management function in construction skills. It is indeed moving from a culture where priority is the patient to a manager posture, accountant of a balanced budget-related activity. We wonder especially how "caregivers" acquire executive's skills.

Keywords: nurse manager, ward sister, skills, occupation, public hospital, formation in continu.

Centre de Recherches Sociologiques et Politiques de Paris – CRESPPA-GTM
UMR 7217- (CNRS - Université de Paris 8)
Site CNRS Pouchet
59 rue Pouchet
75849 Paris

Remerciements

Je tiens en premier lieu à remercier chaleureusement ma directrice de thèse Régine Bercot, pour sa confiance et son soutien durant toutes ces années. Son écoute et ses conseils m'ont été des plus précieux.

Je remercie ensuite tous les membres du jury pour l'attention portée à mon travail de thèse.

Une pensée à tous mes collègues doctorants pour nos échanges constructifs lors de nos multiples rencontres. Merci aux différents membres du laboratoire Cresppa GTM pour leur aide et leur encouragement.

Je tiens à exprimer ma profonde gratitude à Mme Perrasse, Mr Touchard et Mr Toulouse pour l'intérêt porté à ma thèse et pour m'avoir permise de mener à bien ma recherche sur le terrain. Merci également à leurs collègues pour leur aide précieuse.

Merci surtout à tous les cadres de santé que j'ai pu rencontrer, sans qui, cette thèse n'aurait pu aboutir. Elle vous est dédiée. Merci pour votre engagement dans cette recherche. Merci aussi à leurs collègues soignants et médecins pour avoir accepté ma présence à leur côté.

Merci à tous ceux qui ont contribué, par nos rencontres et nos discussions, à cette thèse.

Enfin, je tiens particulièrement à remercier tous mes amis et ma belle-famille qui s'impatientaient de me voir terminer cette thèse. Merci à mes parents pour leur aide au quotidien, et sans qui entamer une thèse n'aurait pu être possible.

Ces remerciements ne peuvent s'achever, sans une pensée pour mon premier moteur, mon fiancé. Je le remercie pour son soutien indéfectible et pour avoir cru en moi et en cette recherche. Sa présence et son enthousiasme m'ont été nécessaire.

Table des matières

	Pages
Introduction générale	7
1- Présentation de la recherche	8
2- Les cadres de santé parmi les cadres	18
3- Méthodologie.....	39
4- Plan de la recherche.....	46
Partie I – Evolution de la fonction de surveillante des soins dans le contexte hospitalier actuel	49
Chapitre 1 : Structure hospitalière et positionnement du cadre de proximité	53
1- L’hôpital, d’une fonction de charité à une fonction d’assistance	54
2- Des services aux pôles.....	56
3- Réformes et financements de l’hôpital public	64
4- Peut-on comparer l’hôpital à une entreprise ?.....	68
5- Rationalité et qualité.....	77
Conclusion Chapitre 1	79
Chapitre 2 : De l’origine d’une fonction, retour sur la profession d’origine des cadres de santé	81
1- Incise sur l’évolution de la profession infirmière.....	82
2- Carrière de soignante, mobilité infirmière, mobilité de cadre de santé.....	105
Conclusion Chapitre 2	123
Chapitre 3 : Naissances des « cadres de santé »	125
1- Evolution et professionnalisation du travail de « surveillante ».....	126
2- De la surveillante au manager gestionnaire, de nouvelles compétences pour une nouvelle fonction.....	133
3- Place du cadre de santé dans les différentes hiérarchies hospitalières	141
4- Changement d’appellation, changement de fonction	151
Conclusion Chapitre 3	159
Chapitre 4 : Les éléments de construction institutionnelle d’une profession	161
1- Les cadres de santé : une profession ?.....	162
2- L’Ecole des cadres, une étape dans la conversion identitaire.....	185
Conclusion Chapitre 4	200
Conclusion de la Partie I	202

Partie II – Evolutions des activités et construction de compétences de l'encadrement soignant	205
Chapitre 5 : Au cœur du service	209
1- Les relations des cadres de santé avec l'ensemble des professionnels au sein de l'établissement.....	210
2- Le pivot du service	225
3- Soigner son équipe	233
4- Un travail invisible et rarement reconnu	247
Conclusion Chapitre 5	253
Chapitre 6 : Une polyvalence nécessaire	255
1- « On doit tout faire et tout être »	256
2- Le quotidien des cadres de santé	260
3- Les autres activités du cadre	278
Conclusion Chapitre 6	291
Chapitre 7 : Comment le cadre de santé créé ses compétences	293
1- De la théorie des compétences.....	294
2- Les compétences infirmières mobilisées par le cadre de santé	300
3- La période de faisant fonction, le bénéfice de l'apprentissage en action	304
4- Quelle acquisition de compétences au sein de l'Ecole des cadres ?.....	314
5- L'entrée dans un nouveau service	344
6- Les formations complémentaires.....	353
7- Définition des cadres de santé par eux-mêmes.....	361
Conclusion Chapitre 7	371
Conclusion de la Partie II.....	373
Conclusion générale :	
Cadre de santé, une référence soignante avant tout	375
Bibliographie	385
Annexes	401
Annexe 1 – Fiche métier de la Fonction Publique Hospitalière.....	401
Annexe 2 - Grille d'entretien des étudiants en IFCS	405
Annexe 3 - Grille d'entretien des cadres de santé	407
Annexe 4 – Tableaux typologie des interviewés.....	409

Introduction générale

1- Présentation de la recherche

Dans l'organisation hospitalière, le cadre de santé assure la conduite générale du service ou du département, organise son fonctionnement technique, élabore avec le conseil de service ou de département un projet qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité ainsi que les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.¹ Dans un univers aussi hiérarchisé que celui de l'univers hospitalier, les cadres de santé sont le pivot de ce système. Ils constituent le premier niveau d'encadrement de la filière soignante, au niveau de l'unité fonctionnelle ou du service. On évoque alors le cadre de santé comme un cadre de proximité assurant ses missions de coordination et de gestion, directement au contact de l'équipe soignante (qui comporte selon l'unité de vingt à quarante agents), des médecins ainsi que des patients et leur famille.

Le cadre de santé exerce soit en milieu hospitalier, soit en Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) en tant que formateur. La profession de cadre de santé constitue une évolution de carrière. Après quatre ans d'exercice de soins, le soignant peut entamer une formation permettant d'accéder au diplôme et donc à la fonction de cadre de santé.

Les cadres de santé ont la possibilité d'exercer dans trois fonctions différentes. En premier lieu, ils peuvent exercer leur fonction d'encadrement dans les unités fonctionnelles, services ou départements. Ils sont alors nommés de "proximité", car au plus proche des équipes, des patients et des soins. Ensuite, les cadres de santé, dénommés "formateurs" exercent leur activité au sein des instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation ou médico-technique. Ils prennent alors part en tant que formateurs à l'enseignement théorique et pratique et à la formation générale des étudiants. Enfin, les cadres de santé peuvent exercer des missions communes à plusieurs services ou être chargés de projet au sein d'un établissement. Ils sont alors nommés "cadres experts" en mission transversale. Ils sont les moins nombreux en effectif, et également les moins visibles.

Les cadres de santé en soin ou les cadres de santé formateurs forment les deux images les plus visibles des fonctions du cadre de santé. Les cadres de santé ont la possibilité tout au long de leur carrière d'évoluer d'une fonction à l'autre. Les transferts d'une fonction à l'autre sont très

¹ Code de la Santé Publique Partie Législative, Art. L.6146-5

fréquents entre ces deux activités, permettant ainsi d'alimenter l'évolution des connaissances et des savoirs nécessaires à leur profession de cadre de santé.

Outre les passerelles entre ces trois fonctions de l'encadrement, la carrière du cadre de santé peut se poursuivre au bout d'un minimum de trois ans de services effectifs, dans l'intégration du corps des cadres supérieurs de santé, par simple nomination.

Le cadre supérieur de santé exerce ses fonctions au sein des établissements de santé par l'encadrement de plusieurs unités fonctionnelles, services ou départements, regroupés aujourd'hui en pôles ; en mission transversale ; ou en tant que formateur en IFCS (Ecole des cadres) ou directeur adjoint d'IFSI (Ecole d'infirmière).

La carrière d'un soignant peut continuer jusqu'à la direction des soins. Le directeur des soins exerce ses responsabilités soit en établissement hospitalier, soit en tant que directeur d'un établissement de formation préparant aux professions paramédicales (IFSI), soit en tant que directeur d'IFCS, selon sa classe. Ce poste est ouvert par concours externe aux candidats du secteur privé titulaires du diplôme cadre de santé, ayant exercé l'une des professions appartenant aux filières infirmières, de rééducation ou médico-technique pendant au moins dix ans, dont cinq en équivalent temps plein en tant que cadre.

Les directeurs des soins peuvent être chargés de la coordination générale des activités de soins ou de la direction du service de soins infirmiers, de la direction des activités de rééducation ou des activités médico-techniques, selon leur formation d'origine ; de la direction d'un établissement de formation ; de missions ou de coordination d'études. Ils peuvent également, par détachement ou mise à disposition, auprès de l'Etat ou de l'école nationale de la santé publique, être chargés des fonctions de conseillers techniques ou de conseillers pédagogiques à l'échelon régional ou national.

Les cadres de santé sont classés dans la famille des paramédicaux. Qu'entend-t-on par "paramédical" ? Le terme s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent sous le contrôle des médecins. Selon Eliot Freidson, ce contrôle se manifeste de plusieurs façons (Freidson, 1984, p.56-59). Tout d'abord, les connaissances techniques acquises et utilisées par les paramédicaux sont pour la plupart le fait des médecins qui les ont découverts ou rendues applicables. Ensuite, l'activité paramédicale consiste à assister plus qu'à remplacer dans la tâche décisive de diagnostic et de traitement. Enfin, les emplois paramédicaux sont presque toujours subordonnés dans la mesure où ils ne s'exercent qu'avec l'aval du médecin, c'est à dire à sa demande et sous son contrôle.

En France, les professions paramédicales sont les professions de la santé qui ne sont pas exercées par un médecin, un pharmacien, un dentiste, une sage-femme ou un vétérinaire.

Composées essentiellement par les infirmières, les aides-soignantes et les puéricultrices, les professions de soin forment le plus gros bataillon du secteur paramédical. Leur rôle principal de dispensation des soins aux patients hospitalisés les met en contact direct avec la maladie et la souffrance des patients et de leur famille. Placés sous une double autorité, les soins dispensés par les soignants se réalisent toujours sous l'autorité d'un médecin-chef, leur hiérarchique direct étant le cadre de santé.

La division des tâches paramédicales se constitue de strates dans lesquelles les métiers sont plus ou moins disposés autour du travail du médecin. En outre, une hiérarchie de prestige et d'autorité existe au sein des paramédicaux. Les infirmiers par exemple ont le pas sur les aides-soignantes.

Les cadres de santé peuvent donc être issus d'origines professionnelles très diverses de différents métiers de la famille des paramédicaux. En tout, ce sont quatorze professions qui composent la filière paramédicale : infirmiers, aides-soignants, auxiliaires de puériculture, pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens, manipulateurs d'électroradiologie médicale, techniciens de laboratoire, opticiens-lunetiers, audioprothésistes. Elles se partagent généralement en trois groupes distincts :

Le premier groupe, celui qui compte les métiers les plus connus du grand public, est celui des professions de soin. Après le diplôme d'Etat infirmier (IDE), trois spécialisations sont possibles : puéricultrice, infirmier(ère) de bloc opératoire, infirmier(ère) anesthésiste. Nous trouvons également dans les professions de soin les aides-soignantes, les auxiliaires de puériculture, les pédicures-podologues. Les infirmiers et les aides-soignantes, constituent les groupes les plus nombreux en termes d'effectifs.

Le deuxième groupe englobe les professions de rééducation : ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes et psychomotriciens, les diététiciens, les opticiens-lunetiers et les audioprothésistes.

Le dernier groupe des paramédicaux est constitué des assistants techniques que sont les manipulateurs en électroradiologie médicale, les préparateurs en pharmacie et les techniciens de laboratoire.

Les cadres de santé ne doivent pas être confondus avec les autres cadres hospitaliers.

Tableau 1 : Taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2007.²

Filière	Effectif physique de cadres	Effectif physique total	Taux d'encadrement	Proportion sur l'ensemble des cadres
Administrative	9 356	92 295	10 %	21%
Soignante et de rééducation (1)	24 515	562 544	4%	55%
Socio-éducative	419	11 187	4%	1%
Médico-technique	2 766	39 002	7%	6%
Technique et ouvrière	7 656	90 636	8%	17%
Ensemble	44 712	795 664	6%	100%

(1) La filière soignante et de rééducation comprend les cadres de santé infirmiers, de rééducation et les cadres de santé sages-femmes. Source : SPE 2004 redressée avec SAE 2007. Champ : Personnels titulaires et non titulaires sur les emplois permanents des établissements publics de santé de la France entière (hors champ militaire).

Selon les catégories de cadres, les effectifs de cadres se décomposent comme suit :

- Les cadres administratifs sont 9 356 et représentent 1 cadre sur 5 à l'hôpital (21%).
- Les cadres de santé sont constitués à plus de 85% par les cadres infirmiers (Singly, 2009, p.26). Ils représentent près de 27 281 personnes (cadres infirmiers et cadres médico-techniques), c'est-à-dire près de 61% de l'ensemble des cadres hospitaliers.
- Les cadres socio-éducatifs sont 419 (1%).
- Les cadres techniques sont 7 656 et représentent 17% des cadres hospitaliers ;

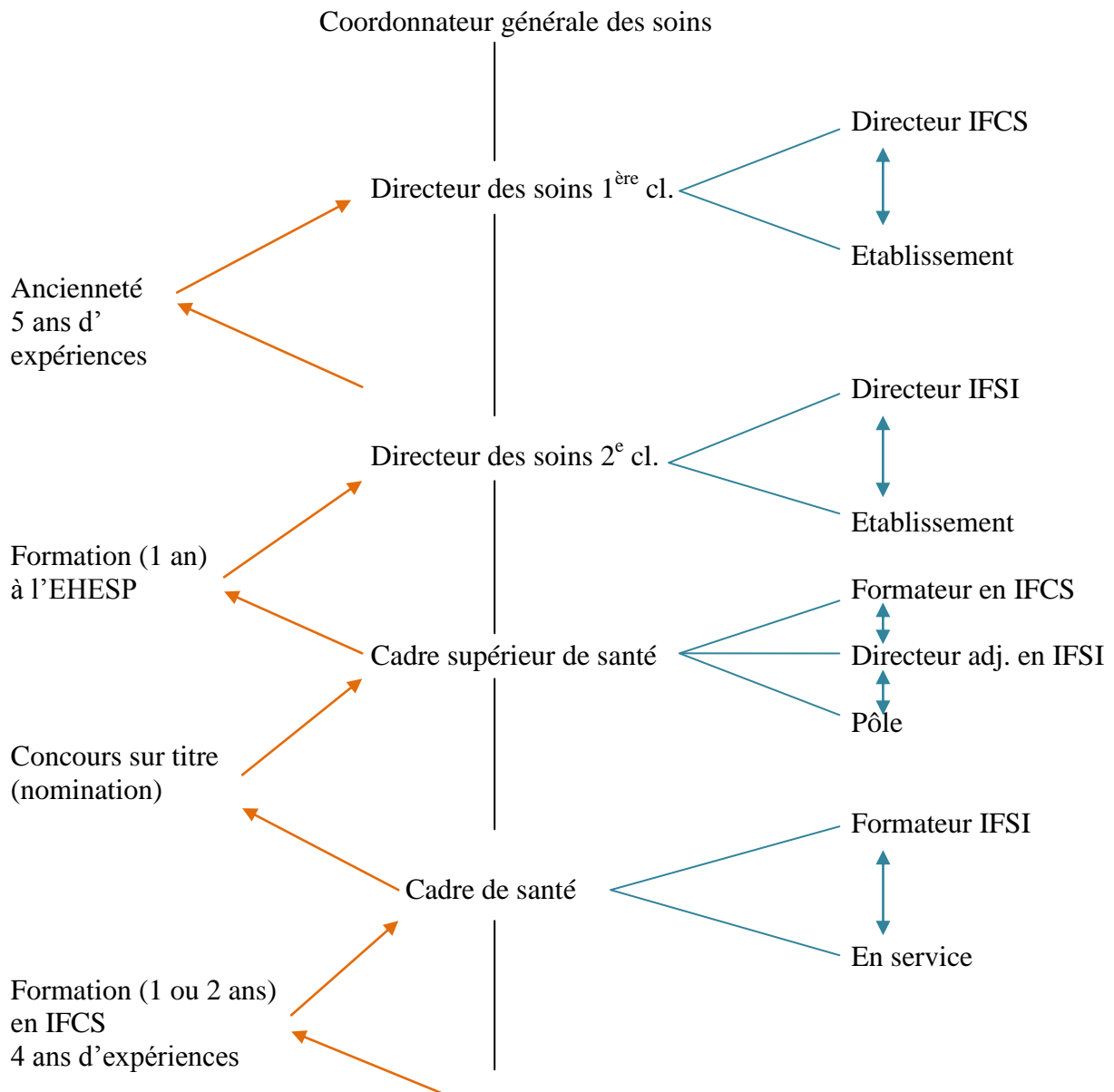
La filière infirmière représente ainsi la principale masse de professionnels au sein des établissements de santé, d'où une part si importante des cadres de santé parmi les cadres hospitaliers.

Cadre de la recherche et problématique

Notre recherche se concentre principalement sur le groupe des professions de soins, en particulier des cadres de santé d'origine infirmière. Néanmoins, le groupe des cadres de santé regroupe l'ensemble des paramédicaux, il est donc impossible de se borner exclusivement à l'étude des cadres de santé d'origine infirmière. Voici un schéma représentatif de la ligne de carrière des cadres de santé.

² Tableau extrait et modifié par le rajout du calcul de la proportion des cadres de chaque filière sur l'ensemble des cadres des établissements publics. SINGLY C. (de) (présenté par) (2009), p.104

Schéma 1 : Ligne de carrière des cadres de santé.



Professionnels de la filière infirmière :

infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésiste, puéricultrices

Professionnels de la filière rééducation :

pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes, diététiciens

Professionnels de la filière médico-technique :

préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoires, manipulateurs d'électroradiologie médicale

Les cadres de santé représentent le premier niveau de l'encadrement soignant ou paramédical. Après quatre années d'expérience professionnelle et une formation obligatoire en Institut de Formation des Cadres de Santé, ce sont des professionnels issus des différentes filières paramédicales qui prennent le statut de cadre de santé. Cette réunion des filières pose

certaines interrogations que nous soulèveront au cours de notre recherche. Par la suite, le cadre de santé peut continuer son évolution de carrière en devenant cadre supérieur de santé, directeur des soins, ou coordinateur des soins.

Il existe également une catégorie intermédiaire d'encadrant juste sous le niveau de cadre de santé qu'il est cependant nécessaire de signaler, bien que n'apparaissant pas dans ce graphique, ni dans les statistiques officielles liées à l'encadrement soignant. Ce sont les "faisant-fonction". Sans possibilité d'obtenir des chiffres sur cette catégorie, les "faisant fonction" semblent pourtant représenter une masse importante d'encadrants dans les unités de soin ou les centres de formation. Ce sont des soignants mis à un poste d'encadrant d'une unité ou dans un IFSI, effectuant les tâches dévolues à ce poste, mais sans en avoir ni le statut, ni les compétences. C'est une spécificité du milieu hospitalier, largement répandue, permettant de combler la pénurie de cadres. Mais nous reviendrons à plusieurs reprises sur cette configuration.

Notre terrain de recherche se limitera ainsi à l'hôpital public, laissant de côté les hôpitaux et cliniques privés, ainsi que les cabinets indépendants. L'activité salariée concerne 86% des infirmiers. L'hôpital public constitue de loin le plus gros employeur avec un peu plus de 54% des effectifs. Au total, 73% des infirmiers exercent dans des hôpitaux publics ou privés (Studyrama, 2004, p.18).

Le cadre, pour être efficace, doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. En effet, l'hôpital se caractérise par sa réglementation, son organisation complexe, ses divisions du travail et ses hiérarchies. Des médecins aux agents administratifs, en passant par les techniciens, de multiples métiers et professions doivent coopérer et légitimer leur place dans cet environnement.

L'hôpital a également à faire face à des changements constants, structurels, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et, eux aussi, évoluer. De ce fait, les cadres sont sollicités pour accompagner ces changements. Nous montrerons que les cadres doivent actuellement faire le grand écart entre leurs métiers d'origine, leurs cultures soignantes de base et une nouvelle culture de manager. Pour cela ils sont conduits à apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir. Dans quelle mesure cela les conduit-il à se défaire de leur métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'ils doivent devenir : des cadres de santé à part entière.

Le premier modèle de l'encadrement soignant était la surveillante, marquée par une image d'autorité. Un autre modèle professionnel est advenu progressivement avec le cadre infirmier.

Aujourd'hui, le nouveau modèle vers lequel tend le cadre de santé est gestionnaire et managérial. Le statut et la fonction n'ont cessé d'évoluer, aidés par l'obligatoire passage par la formation.

Un cadre a pour mission de comprendre et de structurer son environnement, de communiquer avec ses partenaires, de mettre en place une organisation pour assurer la prestation, d'évaluer le service rendu et viser la qualité, de mobiliser les hommes dans une unité forte, d'élaborer des options de communication interne.

La fiche métier de la fonction publique hospitalière³ définit le rôle du cadre de santé responsable d'une unité de soin comme ci : « *Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ».

Les activités du cadre de soin en unité de soin peuvent se résumer ainsi :

- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting;
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles;
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels;
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité;
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité;
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité;
- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine;
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations;
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés);
- Veille spécifique à son domaine d'activité.

Les cadres de santé sont pour l'instant en France toujours issus de la filière soignante paramédicale, le soin restant leur cœur de métier. **Nous analyserons dans cette recherche ce qui se joue dans ce passage d'un métier soignant à une fonction d'encadrement dans la construction des compétences. Nous nous demanderons comment ces soignants acquièrent des compétences d'encadrement.** Il s'agit en effet de passer d'une culture où la

³ Cf. Annexe 1

priorité absolue est celle du patient à une posture de gestionnaire, comptable de l'équilibre budgétaire lié à l'activité.

En effet, cadre n'est pas un métier de base mais constitue une évolution de carrière. Les professions paramédicales ont un déroulement de carrière limité : les paramédicaux ne peuvent évoluer professionnellement qu'en modifiant leur orientation de départ. Ce qui signifie pour un professionnel du soin, devenir un professionnel de l'encadrement ou de la formation, exception faite de quelques spécialités pour les infirmiers. C'est donc un tout autre métier que celui d'origine mais consécutif à ce dernier. On ne peut pas être cadre sans avoir d'abord été un professionnel de la santé. Mais peut-on gérer un service de soin sans avoir été infirmier ?

Le désir de devenir infirmier participe d'un choix que certains évoquent en termes de vocation, mais qu'en est-il de celle de cadre de santé, cela correspond-il à un choix positif ? La profession de cadre de santé est méconnue, en particulier par les jeunes. On souhaite devenir infirmier. Devenir cadre constitue, ensuite, lorsqu'on est dans la réalité du milieu hospitalier, une continuité de carrière pour ceux qui le désirent. Tous les infirmiers ne souhaitent pas devenir cadres, beaucoup préfèrent rester dans les soins et se spécialiser dans un service moins général et plus technique (IBODE, IADE etc.⁴). Qu'est-ce qui conduit alors certains infirmiers à changer de fonction ? Ce changement correspond-il à un changement de métier ? Entre continuité et rupture du métier de soignant, comment le cadre gère-t-il ce passage, au moment même où son rôle de surveillant devient de plus en plus un rôle de gestionnaire ? Le passage obligatoire par l'école des cadres apparaît à ce titre comme essentiel pour la construction et la prise de position de leur future fonction.

Pour comprendre les termes de la rupture et de la continuité, il est nécessaire d'étudier l'activité de cadre et ce qu'elle implique de renoncements et d'acquisitions.

Quelle place, quel rôle pour le cadre de proximité dans l'établissement et au quotidien auprès de ses équipes ? Nous verrons que nombre de cadres de santé sont toujours attachés à leur métier et à leurs valeurs de soignants au moment même où leurs nouvelles responsabilités de managers d'un secteur d'activité, de gestionnaires, les mettent en position de rupture et d'affirmation d'une nouvelle identité.

Notre recherche vise donc à clarifier les rôles attendus et réels des cadres de santé, la manière dont ils gèrent le quotidien. Nous nous demanderons **quelles compétences sont nécessaires aux cadres de santé, sachant que leurs missions sont éparses entre la formation et la**

⁴ IBODE : Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat, IADE : Infirmier Anesthésiste Diplômé d'Etat

gestion d'un service ? Comment sont créées ou acquises ces compétences ? Nous faisons l'hypothèse que ces compétences ne s'acquièrent pas seulement par le passage en formation cadre en IFCS. Du fait du flou entourant parfois cette fonction au sein du milieu hospitalier et dans l'ensemble de la société, ainsi que du fait des changements historiques, les cadres de santé sont un bon exemple de la manière dont un professionnel acquiert des compétences d'encadrement.

L'encadrement des équipes soignantes constitue une fonction de proximité, un métier de contact, ce qui apparaît commun à l'ensemble des cadres. Mais, un ensemble de compétences sont en outre nécessaires pour assurer la qualité et la sécurité des soins en milieu sanitaire et social. Quels sont-ils ? Peuvent-ils être acquis par tout professionnel paramédical ou une formation d'origine infirmière est-elle nécessaire ? La question posée ici est celle des ruptures totales ou partielles entre les deux mondes, celui des infirmières et celui des cadres. Enfin on peut se demander s'il existe un noyau de savoirs communs techniques essentiels pour tenir cette fonction de cadre.

Enfin au-delà de la question des compétences, nous avons repéré la manière dont les acteurs cadres de santé eux-mêmes se positionnent en référence à leur métier d'origine. Devenir cadre de santé, c'est pour le professionnel passer d'une logique de soin à une logique de gestion des soins, ce qui correspond, nous le verrons, à un changement de métier. La fonction de cadre de santé est aujourd'hui très différente de l'ancien métier de surveillant qui était généralement associé à une spécialité infirmière. Cette coupure entre métiers n'est pourtant, encore actuellement, pas toujours bien assimilée par les plus hauts décideurs. Une mutation identitaire est nécessaire au professionnel devenant cadre de santé. Cette mutation doit s'organiser dans un contexte hospitalier où son évolution demande des compétences nouvelles au cadre de santé, notamment la gestion et le management. Les restructurations hospitalières sont nombreuses : fusion, absorption, déplacement d'activités, fermeture de service et mise en place de réseaux sont des éléments que le cadre doit intégrer dans sa pratique quotidienne. La logique des soins intégrant la gestion des coûts oblige le cadre à développer des compétences plus variées.

Nous nous intéresserons particulièrement aux cadres de santé dits de proximité, c'est à dire au premier niveau de l'encadrement infirmier, exerçant ses fonctions au sein des services hospitaliers ou en tant que formateur en Institut de formation.

La redéfinition des missions du cadre de santé - à l'occasion de la création en 1995 du diplôme national, qui conditionne en France l'accès à cette fonction⁵ - s'inscrit dans un projet plus vaste de décloisonnement des services hospitaliers et d'ouverture sur l'extérieur au travers des réseaux de soins. L'ancien métier de surveillant auquel a succédé celui de cadre infirmier oriente l'activité vers une vision pluri-professionnelle ; d'une part avec la réunion des différents métiers paramédicaux du premier échelon de l'encadrement sous le terme de "cadres de santé" ; d'autre part, la fonction de surveillant a évolué pour arriver à une responsabilité managériale et gestionnaire.

Le cadre de santé dit de proximité est en prise directe avec le terrain soignant. Ses multiples rôles l'amènent à être un organisateur en charge de la gestion des personnels et du planning ; un coordinateur veillant à l'articulation des activités de soins et à la continuité de la prise en charge des patients ; un animateur chargé d'impulser une dynamique et de décliner de façon opérationnelle les projets de pôle et d'établissement. Il se retrouve engagé dans un faisceau de relations multiples au carrefour de logiques diverses : médecins, direction, familles, soignants, personnels techniques ou de support. Il est responsable de l'engagement coopératif des différents acteurs œuvrant autour du patient. En position d'interface des filières administratives, soignantes et médicales, il doit assurer une qualité optimale de prise en charge des patients tout au long et après leur parcours de soins. Ce rôle d'articulation et de coordination le place au centre de l'activité de soin.

Le statut d'un individu implique des conduites qui constituent son rôle. A chaque statut correspond des rôles qui répondent à des normes, lesquelles sont sous-tendues par des valeurs. (Chappuis, Thomas, 1995, p.20-21) Ce sont ces rôles et ces valeurs que nous allons étudier afin de comprendre ce qui se joue dans le passage d'une fonction professionnelle à une autre.

La catégorie des cadres de santé renvoie ostensiblement aux problématiques autour des cadres en général. Il nous semble nécessaire de faire en premier lieu un point sur la littérature autour de la catégorie des cadres afin de pouvoir mieux cerner la catégorie des cadres de santé.

⁵ Décret n°95-926 du 18 août 1995 (JO 20 août 1995, n°12468), portant création du diplôme cadre de santé

2- Les cadres de santé parmi les cadres

Il apparaît essentiel dans cette introduction de thèse de revenir sur les travaux existants qui entourent les cadres car les questions que nous nous posons sur les cadres de santé rejoignent des interrogations et les débats plus généraux sur les cadres.

Quelle homogénéité du groupe ?

Dans un ouvrage devenu une référence, Luc Boltanski avait montré en quoi l'émergence de cette catégorie dans le monde professionnel français n'était en rien du au hasard, mais reposait largement sur un travail actif de distinction de la part de ses membres. (Boltanski, 1982)

Il soulignait que le problème particulier que la catégorie des cadres pose à la sociologie est celui-là même de son existence : qu'y a-t-il en effet de commun entre un grand patron parisien issu de la vieille bourgeoisie et sorti d'une Grande École, un ancien ouvrier devenu chef d'atelier, un représentant de commerce, un ingénieur de recherche de l'aérospatiale passé par le C.N.R.S. ? Chacun peut prétendre au titre de cadre. Pourtant presque tout les distingue : les diplômes, les revenus, l'origine sociale, le type d'activité professionnelle et jusqu'au genre de vie ou aux opinions politiques. Ainsi, on ne peut dire de ce groupe qu'il existe en substance, ni même comme un ensemble homogène. Il n'apparaît pas de manière générale comme un métier : « *Encadrer, un métier comme un autre ? Pourtant, peu d'encadrants affirment sans sourciller savoir très précisément en quoi consiste leur travail quotidien. Dans ce domaine, le vague des définitions l'emporte tant la variété des tâches et des missions semble telle qu'on ne peut pas vraiment comprendre ce qu'on y fait* » (Mispelblom Beyer, 2006, p.13). Mais on ne peut pas dire non plus qu'il n'existe pas. Pour sortir du cercle où s'enferment les débats sans fin sur la "position de classe" des cadres, il faut prendre pour objet la conjoncture historique dans laquelle le groupe s'est constitué. Commencant avec la crise de 1936, son histoire sera étroitement mêlée à celle des luttes sociales et politiques qui accompagnent la reconversion de la bourgeoisie et de la petite bourgeoisie traditionnelles. Pourtant le regroupement des cadres n'est pas le simple résultat d'une fatalité économique ou technique. Il a supposé la mise en œuvre de multiples technologies sociales de mobilisation,

d'identification et de classement. Et c'est au terme d'un immense travail collectif que le groupe s'est incarné dans ses institutions et a fini par faire reconnaître son existence comme fondée. (Boltanski, *op.cit.*)

Cette nébuleuse aux limites mal définies à laquelle s'identifient, par exemple, le patron prestigieux issu de la vieille bourgeoisie et diplômé d'une grande école et le chef d'atelier ancien ouvrier, pose depuis longtemps des interrogations. C'est, en effet, durant la crise des années 30 que les cadres sont apparus. Le mouvement des cadres émerge entre 1934 et 1938, lors du débat sur les classes moyennes, thème de regroupement de la bourgeoisie et de la petite bourgeoisie face au renforcement du mouvement ouvrier. Cette "classe tampon" propose une "troisième voie" entre le capitalisme et le collectivisme. « *Le propre des cadres en tant que groupe social est d'être pris en position intermédiaire entre la classe ouvrière et le patronat* » (Gadéa, 2003, p.118).

Ces "boucs émissaires", selon l'expression, se rassemblent contre la classe ouvrière, le gouvernement de Front populaire et, secondairement, contre le grand patronat accusé de "complicité". Pendant l'occupation, le gouvernement de Vichy établit des institutions corporatives et officialise le terme cadre dans sa charte du travail. En 1944, à la libération, la Confédération générale des cadres qui se crée assure la continuité du mouvement des ingénieurs et des classes moyennes. Elle s'oppose alors vivement aux pouvoirs issus de la Résistance soupçonnés de vouloir resserrer l'éventail des salaires. Elle milite pour conserver les avantages acquis et pour obtenir ceux qui ont été conquis par les ouvriers.

Dans les années 1947-1950, la Confédération des classes moyennes se reconstitue et tente de réunir des salariés, les petits patrons, les indépendants et les directeurs. Elle échouera parce que s'est opéré un retournement des mentalités. C'est le temps de la "troisième voie", où les cadres et les "nouvelles classes moyennes" sont présentés. Les classes dominantes ont, en effet, découvert l'Amérique et importé ses technologies sociales. Ainsi l'AFAP (Association française pour l'accroissement de la productivité), indique Luc Boltanski, enverra quatre cent cinquante "missions de productivité", soit quatre mille personnes, aux États-Unis durant ces années. Que constatent-elles ? Que la France n'a pas de retard technologique mais manque de "saines méthodes" dans la gestion des rapports humains et des facteurs psychologiques à l'intérieur des entreprises. Il ne s'agit plus que de gérer les conflits, communiquer, faire passer le message, tester, lever les inhibitions, neutraliser les défenses. La société américaine s'impose comme l'inéluctable modèle pour Luc Boltanski.

Le discours sur le management amène les cadres à prendre conscience de leur existence, en tant que groupe et, par là, à se réaliser. Au début des années 60, le groupe se reconnaît dans ses institutions : centres de formation, séminaires, caisses de retraite spécifique, associations pour l'emploi, fédération nationale d'achat. Les cadres ont achevé l'invention de leur groupe social. *« La figure du cadre, loin de tirer à sa fin, s'élargit et se diversifie en intégrant ces nouveaux groupes transformés - fut-ce à leur corps défendant - en porteurs de la rationalisation managériale, dans laquelle on peut voir une des faces du processus séculaire de rationalisation de la vie »* (Chéronnet, Gadéa, 2009, p.83).

Mais cela ne suffirait pas à assurer la cohésion des troupes si la plupart des petits cadres, et des autodidactes, en particulier, n'adhéraient à l'image socialement dominante, au style de vie, aux valeurs du groupe, s'ils n'avaient le sentiment de figurer parmi l'élite, et s'ils ne croyaient entamer une carrière.

La crise actuelle, par exemple, touche en priorité les autodidactes. Le cadre autodidacte accède rarement au stade supérieur, ne disposant pas des qualités acquises dans une famille d'origine sociale élevée telles que distinction, bonnes manières, finesse, bon goût. Soumis à une période d'initiation à l'esprit maison, le cadre passe par une remise en cause de soi, première étape, écrit Luc Boltanski, de la remise de soi à l'entreprise.

Dans cet univers incertain, où s'impose l'organisation dispersée des grands groupes, où des cadres sont toujours plus cadres que d'autres, où le droit des sociétés permet de brouiller la distinction entre patron et cadre, entre autodidacte et bourgeois diplômé, novateur et converti au salariat, où les différences sont vécues comme un malaise, les supérieurs et les subalternes ont besoin du prestige des uns et du nombre des autres pour croire en leur existence collective. La catégorie des cadres n'éclate pas parce qu'elle constitue justement, "un ensemble flou", écrit Luc Boltanski.

Depuis, le cadre est partout. Le terme a fait fortune, désignant des catégories de salariés très étendues et disparates, allant du directeur général à sa secrétaire, du chercheur de pointe au chef d'atelier. Être cadre, c'est, tout simplement échapper à la condition prolétarienne, ne pas se salir les mains. *« Ils représentent et incarnent le principe méritocratique, à travers la collation de diplômes ou la promotion interne et les carrières « maison ». Le cadre n'est ni un propriétaire, ni un héritier, mais il n'est pas non plus un simple agent technique. Son savoir-faire dépasse la seule maîtrise technique, tout comme il échappe à la seule logique de la rentabilité financière. Il reste donc doublement vulnérable, pris entre une gestion de*

proximité reposant sur sa légitimité technique, et une participation aux objectifs définis par les gouvernements des organisations » (Karvar, Rouban, 2004, p.18). Hélène Chéronnet et Charles Gadéa constatent que le processus de catégorisation aboutissant à ce que certains professionnels soient qualifiés de "cadres" s'est propagé au cours de la période récente dans le travail social, dans l'enseignement et dans les établissements de santé, c'est à dire dans des métiers qui étaient jusqu'alors restés à l'écart des impératifs de productivité et de rentabilité habituellement inhérents à l'activité des cadres d'entreprise. « *Ce processus est lié à l'influence de l'idéologie libérale et à la diffusion de logiques de rationalisation managériale dans les administrations et les services publics* » (Chéronnet, Gadéa, *op.cit.*, p.73).

À cet ensemble flou, il est impossible pourtant de dénier des caractères communs ; d'abord parce que les organisations qui les représentent et qui ont acquis droit de cité sont très nombreuses. Ensuite parce que des symboles particuliers sont attachés au cadre : tenue vestimentaire stricte ; matériel de bureau ; langage qui témoigne d'un certain type d'insertion professionnelle ; nomenclature codée qui est d'ailleurs dépourvue de signification : chef de projet, chef de produit, directeur de marketing, cadre technico-commercial.

En outre, le cadre est attaché à l'entreprise non seulement par la rétribution, mais par un engagement de fidélité réciproque. Il fait corps avec elle, et cette absorption est reconnue par des droits particuliers. Ainsi s'explique le gonflement extraordinaire du nombre des cadres en quelques années, au point qu'ils n'encadrent parfois plus qu'eux-mêmes. « *Le statut social des cadres est étroitement lié à l'idée d'une organisation du travail. Il tient à un savoir-faire particulier, permettant de faire travailler en équipe des personnes aux compétences et aux talents différents, d'ajuster les ressources humaines ou techniques dans des ensembles complexes. Les cadres c'est l'organisation* » (Karvar, Rouban, *op.cit.*, p.17).

Le plus intéressant, dans l'ouvrage de Boltanski, tient peut-être aux conséquences subjectives de ce phénomène de masse : les cadres, socialement triomphants, se sentent néanmoins mal aimés. Ne possédant le pouvoir que par délégation toujours révocable par un chef, menacés dans leur statut, en position de concurrence constante, souvent rejetés par le bas de la hiérarchie, psychologiquement manipulables et fragiles, vulnérables au vieillissement, s'estimant les forces vives de la nation, ils croient que leurs mérites ne sont pas suffisamment reconnus. Ce malaise chronique, qui est lié à la structure même des entreprises, est sans doute au cœur de leur identité de cadre.

Comme le souligne Olivier Cousin, les cadres, à la différence des ouvriers, qui constituent à la fois le groupe repoussoir et le point de référence, n'existent pas formellement comme groupe (Cousin, 2004). Il n'y a pas de conscience de classe propre à cette catégorie. L'homogénéité n'existe pas, et les cadres se composent d'une myriade d'entités dont les ingénieurs ne représentent qu'un des sous-groupes. Pourtant, ainsi que l'analyse Boltanski, le groupe cadre se perçoit et se vit comme un ensemble cohérent et uni, qui repose sur la puissance attractive du titre. Etre cadre fonde l'unité symbolique du groupe. Dans la réalité, objectivement, chacun sait bien et a pleinement conscience de l'extraordinaire distance qui existe et oppose les cadres dirigeants issus des grandes écoles et les cadres autodidactes.

Boltanski écrit que la catégorie des cadres repose sur l'illusion à laquelle ils adhèrent. Chacun croit en ses chances et l'existence même du groupe cadre repose sur l'idée de mobilité. Etre cadre, c'est finalement être dans une perspective ascensionnelle permanente. Perspective qui est à la fois potentiellement réelle et statistiquement faible.

Il est souvent question, à la suite de Luc Boltanski, de l'invention des cadres à la fin des années 30, et du fait que le terme aurait alors migré de façon assez soudaine du langage militaire vers la taxinomie sociale en prenant son sens actuel.

Le parallèle entre l'armée avec ses officiers (membres du cadre au sens étymologique) et l'industrie avec ses ingénieurs et techniciens est fort ancien, datant de la fin du XIXe. Les premières thèses utilisent le terme de cadre comme synonyme de technicien. (Gadéa, 2003, p.53-54)

Charles Gadea souligne d'ailleurs qu'étrangement, c'est peut-être le britannique Harold Laski, issu d'un pays où il n'existe pas de cadres mais des *professionnals*, qui donne la définition des techniciens la plus proche de ce qu'on appelle un cadre : « *J'entends par technicien quelqu'un qui, en raison de ses connaissances particulières ou de sa spécialité reconnue, est engagé dans un travail impliquant soit des responsabilités pour diriger l'effort des autres, soit l'exercice d'une fonction qui exige initiative et réflexion personnelles* » (1949), et il ajoute une intéressante remarque au sujet de la part inévitable d'engagement de soi et de créativité que comporte ce travail qui ne peut être prescrit. (*Ibid.*, p.55)

La question de l'homogénéité de groupe se pose quelque peu différemment pour celui qui nous intéresse ici. Voyons donc maintenant quels traits communs l'on peut repérer dans la

catégorie des cadres de santé, pour ce faire, nous nous référerons au statut qui les définit en tant que tel.

Catégorie des cadres de santé, des traits communs

Les cadres sont un relais essentiel des directions et des conduites de projets. Si les cadres ne constituent pas un groupe homogène, il en est de même dans le contexte hospitalier où les cadres sont loin de posséder une forte unité. Ils forment plus un conglomérat de professions : les cadres soignants, les cadres administratifs et les cadres de la filière logistique et technique ne sont pas dotés de connaissances et de représentations communes. Avant d'entrer dans le domaine hospitalier revenons sur la catégorie cadre telle qu'elle est définie pour l'ensemble de la fonction publique.

Les cadres de santé de la Fonction publique

Parmi les trois fonctions publiques, la fonction publique hospitalière est celle qui compte la plus faible proportion de cadres (environ 45 000). Sans grande visibilité sociale la catégorie des cadres de santé a contribué aux évolutions des établissements de santé. Dans les années 1980 des mouvements sociaux ont eu lieu avec en point d'orgue les manifestations du personnel soignant en 1988. Les cadres étaient présents dans ce mouvement mais leur rôle et leurs revendications sont passés en arrière plan de ceux des infirmières.

Les cadres de santé qui appartenaient à la catégorie B de la fonction publique hospitalière sont désormais intégrés à la catégorie A avec une grille indiciaire valorisée. *« A ce jour, malgré ces nouvelles mesures, les cadres de santé continuent à souligner les difficultés qu'ils rencontrent sur le terrain face à une réforme qu'ils jugent en demi-teinte. Ce retour des cadres sur le devant de la scène n'est pas spécifique à l'hôpital et se constate dans d'autres organisations »* (Bourret, 2007, p.1).

Etre désigné comme cadre, c'est tout d'abord se voir attribuer un statut spécifique.

Charles Gadea (Gadéa, 2003, p.188) nous rappelle que la loi du 19 octobre 1946, relative aux Statut général des fonctionnaires, a réparti ces derniers en quatre groupes A, B, C, D (art.24). Les cadres de la fonction publique appartiennent à la catégorie A et leur statut sera une des sources dont s'inspirera l'INSEE. Mais ce n'est qu'après la mise en exécution des décrets

Parodi, du 22 septembre 1945 (parus au JO du 27 septembre), que l'existence réglementaire des cadres des entreprises se manifeste dans les catégories statistiques.

Selon l'article 2 de ces décrets, sont considérés :

1) Comme ingénieurs - Les collaborateurs qui, sans exercer de fonctions de commandement, ont une formation technique, constatée généralement par un diplôme ou reconnue équivalente, qui occupent dans l'entreprise un poste où ils mettent en œuvre les connaissances qu'ils ont acquises.

2) Comme cadres – Les agents possédant une formation technique, administrative, juridique, commerciale ou financière et exerçant, par délégation de l'employeur, un commandement sur des collaborations de toutes natures : ouvriers, employés, techniciens, agents de maîtrise, ingénieurs, collaborateurs administratifs ou commerciaux.

« Le plus important est de constater à quel point les principes énoncés par Weber [pouvoir légal-rationnel] trouvent un écho dans la manière dont les cadres se perçoivent eux-mêmes et définissent leur rapport à l'autorité. Une des rares constantes qui ressort des travaux empiriques est bien cette revendication des cadres d'une compétence, qui les prédispose à prendre des décisions rationnelles, au nom desquelles ils demandent à être sinon toujours obéis, du moins consultés et pris en considération » (Ibid., p.238).

Une position d'intermédiaire

Les cadres constituent un groupe intermédiaire entre les dirigeants-propriétaires et la base des salariés qu'ils sont précisément supposés encadrer. Cette position ambiguë, accompagnée de nombreux avantages matériels mais résidant également dans une certaine marge d'autonomie dans l'organisation de leur travail, les rend a priori difficilement enclins à la contestation. Ce serait cependant oublier le revers de cette médaille, qui peut se résumer par un envahissement de la sphère professionnelle dans la sphère privée plus marqué que chez les autres salariés. Qu'il s'agisse d'un coup de fil à 22h un soir de week-end.

La loyauté a longtemps défini le lien particulier unissant les cadres à leur entreprise. En échange de leur fidélité, l'entreprise garantissait en partie leur carrière. Le principe s'affaiblit et laisse la place à une autre logique où la défection domine, ce qui suppose que les cadres deviennent les acteurs et les sujets de leur histoire.

Ils sont autonomes et fortement contraints. Ils sont attachés à leur entreprise et pourtant ils ne maîtrisent rien de ses orientations et ne partagent pas toujours ses choix politiques et stratégiques.

La situation des cadres de santé dans la fonction publique hospitalière présente bien des similitudes avec celle des cadres de proximité d'autres organisations. *« Comme pour les cadres de la fonction publique territoriale une transformation de leur rôle est attendue en lien avec des nouvelles exigences de l'action publique. Cette hiérarchie en première ligne fait l'objet de nombreuses critiques que l'on retrouve dans d'autres secteurs par exemple les assurances. Ces « encadrants eux-mêmes encadrés » ne sont pas les cadres attendus par la hiérarchie soignante et administrative, les médecins et leurs subordonnés : infirmières et aides-soignantes »* (Bourret, *op.cit.*, p.2).

Les cadres hiérarchiques, et donc les cadres de santé, sont certes des cadres encadrant, mais aussi encadrés. *« Ils sont généralement responsables de leurs résultats devant des cadres dirigeants, ou devant d'autres cadres hiérarchiques, avec lesquels ils sont supposés négocier des objectifs et des moyens. Les objectifs qui leur sont fixés sont des objectifs d'équipe ou de service dont la réalisation ne dépend pas seulement d'une action de producteur. Elle résulte surtout de leur efficacité dans des tâches d'animation, de stimulation, d'organisation et d'optimisation du travail de leurs subordonnés. Leur département, leur service ou leur équipe sont une sorte d'entreprise dont ils seraient le chef. Au lieu d'être sanctionnée sur le marché, la réussite de leur entreprise l'est par leur hiérarchie. C'est sans doute la catégorie pour laquelle la tension est la plus forte entre l'aspiration à la RTT et la difficulté de l'appliquer à soi-même. [...] Solidaire de son équipe, ce type de cadre a un rôle d'exemplarité »* (Bouffartigue, 2001, p.108).

Selon Bouffartigue, on peut noter une banalisation du statut des cadres. La sécurité de l'emploi n'est plus garantie et l'identification à l'entreprise ne s'opère plus.

Selon Boltanski, les cadres incarnent l'émergence des classes moyennes, dont l'efficacité et la méritocratie sont les piliers. Ils occupent dans l'entreprise une place particulière, n'appartenant ni à la catégorie des exécutants (ouvriers, employés, techniciens) ni à la catégorie des décideurs (cadres dirigeants, patrons). Ils sont en fait le relais dans la chaîne de commandement et bénéficient, en échange d'une disponibilité extensive et sans vraie limite, d'une autonomie de leur travail et d'une opacité dans leur emploi du temps, celui-ci n'étant pas a priori contrôlé. L'autonomie repose sur la loyauté, elle alimente ce que Bouffartigue nomme le salariat de confiance.

Concernant la fonction des cadres, le changement est d'un autre ordre. Les cadres sont de plus en plus soumis à la condition salariale. Leur activité est davantage prescrite et les critères

d'efficacité, de rentabilité et d'objectifs dominant. Leur autonomie n'est pas formellement contestée, mais elle se heurte à la contrainte des procédures et à l'obligation de résultats qui limitent parfois leur capacité d'action et qui surtout encadrent leur travail. « *De relais d'une politique, les cadres deviennent des animateurs d'équipes devant conduire leur projet* » (Ibid., p.36).

« *Enfin, faire carrière change de sens. L'entreprise en se mettant en retrait oblige les individus à devenir acteur de leur devenir et de leur carrière* » (Ibid., p.37).

Selon Olivier Cousin, l'obligation de résultats laisse aux cadres le choix de l'organisation et des moyens pour y parvenir. Elle accroît leur autonomie au point d'assimiler leur fonction à celle d'un chef d'entreprise lié par une relation de sous-traitance à un donneur d'ordre. On entend d'ailleurs souvent les cadres de santé dire qu'ils laissent une forte part d'autonomie et de responsabilité à leur équipe. « *L'obligation de résultats révèle surtout le pouvoir des cadres, elle leur confère des capacités de jouer et de négocier, alors même qu'ils ne peuvent pas échapper à sa logique. Pour les cadres, la vraie question n'est pas de s'étendre sur la pertinence de ce mode d'organisation du travail, elle est de connaître qu'elle est la marge de manœuvre dont ils disposent. [...] Le pouvoir de négocier et d'intervenir à la source de la définition des objectifs manifeste la revendication d'être un acteur à part entière capable de peser sur les orientations de l'entreprise* » (Ibid., p.120-121).

Sous cette autonomie des cadres se cachent cependant une réelle contrainte. Elle s'exerce à travers toutes les procédures de contrôle. Le contrôle est omniprésent et tout est contrôlable. Ainsi, les cadres de santé sont régulièrement contrôlés au travers des coups de fil de leur supérieur aux alentours de 18h pour vérifier que le cadre est toujours à son poste. Voici un extrait d'observation illustrant cet exemple.

17h17 : « J'ose même pas partir ! Des fois qu'un truc leur tomberait dessus. » Pourtant, cette cadre a fini ce qu'elle devait faire pour ce jour, elle est présente depuis 9h ce matin, et cela fait trois semaines qu'elle ne part pas avant 20h du service.

S. [la cadre observée] imprime le planning de janvier, février et mars prochain pour les AS et les ASH.

La téléphone sonne : c'est sa cadre supérieure qui appelle pour le planning. Elles discutent d'une employée qui travaille 116 heures de trop. S. : « De toute façon, vous me l'avez écrit quelque part, que je sache... » Plus de dix minutes passent au téléphone avec sa cadre supérieure.

17h34 : L'agent de service arrive avec un charriot bourré de cartons car la réserve est remplie. Elles rangent tout dans un placard du bureau fermé à clés.

17h40 : S. fouille dans ses placards, « ça aussi faut que je range. Ma prédécéptrice ne rangeait rien, et moi qui suis maniaque... »

Range son classeur planning, liste vacataire etc. en mettant des intercalaires.

17h45 : S. ferme son ordinateur et range ses papiers.

18h : S. s'en va en passant dire au revoir à chaque membre de l'équipe.

«Comme le propose Dejours, pour surmonter la peur, les salariés s'engagent dans une conduite qui les entraîne à en faire plus. Il y a donc une servilité consciente de la part des cadres, au motif qu'ils occupent une place à part » (Ibid., p.167).

La fonction de cadre intermédiaire s'est créée autour d'une logique de métier de base et non sur une réelle compétence à diriger, à décider. Il semble cependant que l'on reconnaisse aux cadres intermédiaires un certain nombre de compétences : les compétences techniques et procédurales (savoir gérer un budget, monter un projet, organiser les journées de travail...) ; les compétences managériales ; les capacités de distance critique et d'analyse des situations. A cela s'ajoutent plusieurs caractéristiques reconnues à la fonction cadre : une complexification croissante liée aux contraintes et aux demandes externes, aux missions de régulation de l'activité et de commandement d'équipe, aux missions d'expertise, etc.; une dimension d'interface, de médiation et de traduction ; une fonction à géométrie variable prise dans des tensions permanentes ; une fonction qui se construit et qui s'apprend.⁶

Dans l'environnement hospitalier acteur, il ne s'agit plus pour le cadre de santé *« d'être le contremaître, issu de la base et validé sur la foi de son expérience et de la maîtrise du travail, promu pour tenir le groupe dans la reproduction séculaire du savoir faire, mais d'être à un niveau intermédiaire de décision, de conception, de relation ou de négociation »* (Desbonnets, 2008, p.3).

Poly-activité

Les cadres de santé et l'encadrement ont en commun leur forte polyactivité car comme le souligne Mispelblom Beyer, les cadres doivent savoir exercer différentes tâches et fonctions au sein de leur fonction de cadre et *« les enjeux de pouvoir dans l'entreprise peuvent apparaître à tout moment, à des occasions et des lieux extrêmement variés : une panne de machines, un refus d'obéissance, des clients mécontents etc »* (Mispelblom Beyer, 2006, p.34).

De plus, les discours managériaux valorisent le décloisonnement entre les catégories professionnelles, les ajustements et la coordination entre les différentes interventions ; ils préconisent la coopération. Mais *« L'encadrement et le personnel encadré ne peuvent se parler que dans la mesure où il y a des « terrains d'entente » entre eux. [...] Si l'on veut*

⁶ Caractéristiques évaluées par l'Institut Régional du Travail Social

éviter que le quotidien devienne un enfer permanent, il faut composer avec les gens qu'on encadre, prendre en compte certaines de leurs demandes, leur parler d'une certaine manière, bref, s'y adapter » (Ibid., p.16). Les cadres de santé sont poly-actifs du fait même de leur position de coopérateurs avec différents professionnels qu'ils doivent gérer ou avec lesquels ils doivent collaborer.

Unité de la catégorie

Benguigui, Griset et Monjardet (Benguigui, Griset et Monjardet, 1978) mettent en avant un autre principe au fondement de l'unité de cette catégorie. Ils insistent sur l'unité fonctionnelle qui relie entre eux les cadres et plus généralement tous ceux qui exercent des fonctions d'encadrement. Les cadres, écrivent-ils, sont des agents des appareils, leur fonction est de les gérer, de faire marcher la machine, qu'il s'agisse d'une entreprise ou d'une administration. L'unité s'effectue autour de la fonction d'encadrement qui a pour objectif d'opérer la traduction de l'intention économique en activité technique. C'est pourquoi, dans l'analyse qu'ils font du travail des cadres, ils y incluent une partie des techniciens et des agents de maîtrises.

« [Xavier] Groux pointe encore un autre élément qui accrédite l'idée d'unité de cette catégorie sociale. Dans ces deux univers [privé et public], la fidélité est au cœur de la gestion des carrières et repose sur une logique du donnant-donnant » (Cousin, 2004, p.22-23).

Les analyses insistent sur le lien particulier qui lie les cadres à l'entreprise ou à l'administration. Ce lien résulte de plusieurs logiques :

- 1) Intégration au sein de l'entreprise ou de l'organisation, qui suppose une relation de confiance et de réciprocité, où, en échange d'un investissement important, l'entreprise, ou l'organisation garantit des perspectives.
- 2) Leur fonction. Ils sont, en tant qu'agents des appareils, les courroies de transmission de la politique des entreprises. Comme tels, ils bénéficient d'une forte autonomie dans l'exercice de leur travail, tout en assurant leur fonction de relais entre la direction et les exécutants.
- 3) La construction de leur carrière, qui n'est en quelque sorte que la récompense de leur intégration et de leur fidélité.

« On peut en tirer un axiome qui nourrit l'univers des cadres et fonde leur unité symbolique : plus l'intégration à l'entreprise est forte et plus l'identification à la fonction est grande, plus les promesses d'une carrière sont donc importantes » (Ibid., p.23). Etre cadre, au-delà de l'identification symbolique qui structure le groupe et lui donne son existence, c'est s'identifier

à un rôle social. La fonction de cadre induit une conduite particulière pour les acteurs aussi bien dans qu'en dehors de l'entreprise.

L'encadrement de proximité fait également l'objet d'un certain nombre de travaux spécifiques. Nous allons dès lors faire le point sur les rôles du cadre de proximité.

L'encadrement de proximité

Dans son enquête sur le « Travail ouvrier aux usines Renault » (1950) Alain Touraine analyse comment les changements dans les stratégies patronales à l'égard des ouvriers modifient le rôle, l'importance et le pouvoir de l'encadrement, en premier du contremaître. Ce dernier, est sensible à toutes les tensions car placé entre les cadres techniques et les ouvriers. Alain Touraine analyse comment ces agents de maîtrise sont progressivement dépossédés de leur pouvoir d'embauche et de licenciement, puis du pouvoir de "distribuer le travail". Mais, l'agent de maîtrise ne peut distribuer mécaniquement le travail, il doit l'adapter à la valeur de chacun, ce qui exige de lui une connaissance approfondie du métier et des hommes, c'est-à-dire une haute compétence professionnelle. Si le travail est difficile, ou si l'ouvrier est jeune, nouvellement embauché, inexpérimenté, l'agent de maîtrise exécute lui-même les premières pièces ou règle la machine et donne à l'ouvrier des consignes de travail. « *L'agent de maîtrise met donc lui-même parfois la main à la pâte, mais comme « tuteur », instructeur, éducateur de l'ouvrier nouvellement embauché, et non comme « technicien »* » (Ibid., p.65).

Cette description que fait Touraine des agents de maîtrise est semblable à celle que l'on peut faire en observant le travail du cadre de santé : une connaissance nécessaire de l'équipe et de la fonction pour assurer sa fonction située entre le cadre supérieur et le personnel paramédical, contrôle du travail de l'équipe et aide si la situation l'exige par une intervention dans les soins.

Nous prenons comme base de notre réflexion cette définition du cadre de proximité selon Hart et Lucas. (Hart, Lucas, 2002)

Un cadre de proximité est :

- Un acteur central dans sa filière professionnelle : il détient une connaissance des services pour occuper et négocier une position stratégique.

- Un régulateur du fonctionnement du système de travail : de la gestion des flux d'activité, dont sont responsables les médecins, dépend la gestion de l'organisation des soins, dont sont responsables les cadres de proximité. Exercer la fonction cadre relève tant du "système D" que des théories managériales. Par leur connaissance du monde si particulier qu'est l'hôpital, les cadres se "débrouillent" en permanence au sein de leur système de travail.

- Un des maillons du management hospitalier : le cadre de proximité est un maillon de mise en œuvre des projets institutionnels puisque c'est à son niveau « *que l'opérationnalité s'exerce, que les évaluations des projets s'opèrent, que la contribution à la qualité se mesure et que le lien s'établit avec l'organisation du travail et les conditions de travail, donc avec le rapport des professionnels à leur travail.* [...] »

Ainsi les cadres sont-ils soumis à une double contrainte qui les empêche de prendre des décisions tranchées car, quel que soit leur choix, ils mécontenteront un de leur partenaire. Or, leur pouvoir sur l'organisation du travail tient à la bonne coordination inter-partenaires » (Ibid., p.77).

Pour les cadres de santé, il a fallu tout de même attendre le décret de 1993 (article R.4312-31 du Code de la santé publique) sur les règles professionnelles pour avoir un article 31 qui dispose que : « *L'infirmier ou l'infirmière chargé d'un rôle de coordination et d'encadrement veille à la bonne exécution des actes accomplis par les infirmiers, aides-soignants et auxiliaires de puériculture et par les étudiants infirmiers placés sous sa responsabilité* ». Nous pouvons nous demander s'il est normal que la définition de l'encadrement soit écrite dans un texte concernant les infirmières. Il s'agit ici de nous poser la question si on peut devenir cadre infirmier sans avoir été infirmier auparavant. « *Au fond, le principe même de l'encadrement d'une unité de soins n'a pas véritablement évolué depuis toutes ces années. En revanche l'environnement du soin est complètement bouleversé par rapport à ce qu'il était il y a seulement vingt ou trente ans* » (Eggers, 2008, p.45).

Mise en œuvre des projets institutionnels et management

Selon Henri Fayol, le management recouvre l'ensemble des décisions et actes de toutes natures (technique, économique, financière, sociologique, psychologique) et vise à faire fonctionner un système productif. Pierre Goguelin nous propose la définition suivante qui, à notre avis, complète celle d'Henri Fayol : « *Le management englobe toutes les décisions et les actes de toutes les personnes qui, à un moment quelconque, ont une influence sur le fonctionnement d'une système de production. Le management ne se réduit pas à l'organisation ou à la gestion classique ; il les déborde en intégrant toutes les qualités*

humaines de l'organisation du haut en bas de la hiérarchie » (Ribaut, Aromatario, 1991, p.120).

Selon Alglave, la "génération management" prend son sens dans notre contexte actuel de contrainte économique. Cette période durable de raréfaction des ressources conduit les principaux responsables des hôpitaux et cliniques à gérer autrement ces institutions atypiques. (Alglave, 1993, p.12). Alglave développe l'idée que les organisations sanitaires sont placées dans un nouvel environnement, celui de la concurrence exacerbée par des mécanismes de contraintes financières, de régulation et de déstabilisation. Aussi le management de ces institutions doit-il axer ses priorités sur des fonctions qui ne sont certes pas nouvelles, notamment dans le monde de l'industrie et des services purement commerciaux, mais qui doivent se développer de manière structurée dans les hôpitaux et cliniques. « *L'activité essentielle d'une institution sanitaire demeure la fonction de soins. L'accentuation des contraintes conduira alors ceux qui doivent assurer la pérennité de l'entreprise à la juste nécessité de consolider la prestation de soins par un ensemble de valeurs ajoutées* » (Ibid., p.68).

C'est vers la fin des années 1960 que le mot "management" est devenu un concept-clé aux Etats-Unis et qu'il a peu à peu envahi tout le champ de l'entreprise. Défini dès le début du siècle comme un art – l'art d'obtenir des gens que les choses soient faites, par exemple, ou tout simplement l'art du possible -, il requiert un subtil mélange de connaissances et de savoir-faire. « *Si le management consiste en effet dans le fait de planifier, d'organiser et de contrôler, toutes activités nécessaires à la gestion, il ne se réduit pas à cette seule dimension. Tout l'art, précisément, du manager, consiste d'une part à savoir adapter les méthodes et outils de gestion à l'organisation qu'il dirige et d'autre part à savoir prendre en compte la spécificité des hommes et des femmes qu'il doit mobiliser, entraîner et contrôler* » (Aubert, 2005, p.11).

Le terme "management" recouvre plusieurs éléments de nature différente selon Aubert et De Gaulejac :

1) Une structure d'organisation : Différente des organisations bureaucratiques et technocratiques fondée sur une structure pyramidale et hiérarchique. L'organisation managériale est fondée sur un modèle en réseau, constitué d'entités multiples en interaction constante.

2) Pour faire fonctionner ce type de structure, le management se met en place. Il recouvre un ensemble de pratiques de gestion dont la fonction essentielle est de réguler des systèmes complexes traversés par des logiques internes plus ou moins compatibles.

La fonction première du management est de produire des règles, des procédures, des modalités concrètes d'organisation du travail pour permettre une coexistence relativement ordonnée entre des éléments en tension permanente.

3) Ces pratiques de gestion sont sous-tendues par la production d'un discours qui véhicule un ensemble de représentations, d'images, de valeurs.

4) Le management correspond à un modèle de personnalité fondé sur le désir de réussir, d'être battant, d'aimer la compétition et le challenge etc. (Aubert, De Gaulejac, 2007, p.21-22)

Tout n'est pas prévu de manière intangible et le cadre intermédiaire est conduit à prendre des initiatives.

Pour Paule Bourret, ce travail de lien du cadre peut se définir comme une activité de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes, des groupes.

« *Le travail des cadres est toujours celui de professionnels chargés d'assurer un travail de lien mais les référents de leur action ont changé* » (Bourret, 2007, p.6).

Enfin, encadrer un service de soin ou une toute autre équipe, « *c'est se débrouiller entre la pression d'en haut et celle d'en bas.* » Ainsi, comme le démontre bien Mispelblom Beyer, « *contrairement à ce que laisse entendre toute une littérature managériale, les encadrants sont moins des motivateurs, des leaders ou des locomotives que des gens qui se débrouillent avec les contraintes imposées par leurs dirigeants et celles représentées par ceux qu'ils encadrent.* » « *Se débrouiller avec* » est d'ailleurs l'une des significations courantes ou populaires de l'anglais *to manage*, et ce verbe nous semble bien convenir à l'activité quotidienne de l'encadrement » (Mispelblom Beyer, 2006, p.72). Dans cet exercice de "débrouille", les encadrants doivent donc faire des choix, mais ces choix sont aussi confrontés aux attitudes de coopération ou de résistance de leurs équipes. Ils sont confrontés à ce que Mispelblom Beyer nomme des conflits d'orientations (*Ibid.*, p.154). Le terme d'orientation renvoie, en ce sens, à la politique globale du fonctionnement de l'entreprise.

« *Pour qu'encadrer reste possible, il faut dire, redire, et encore dire, quelles sont les limites à ne pas dépasser, quelle responsabilité relève de qui, affirmer constamment sa position, sans que cela ne s'arrête jamais. Et si on est trop contredit, soit « d'en bas », soit « d'en-haut », encadrer peut devenir carrément impossible* » (*Ibid.*, p.104).

Ce qui caractérise l'ensemble de l'activité du cadre de santé peut finalement être qualifié d'activité de rattrapage donnant une impression de travail inachevé, d'activité construite au fil des journées au gré des évènements. Pourtant, cette activité de rattrapage, comme le souligne également Bourret, regroupe tout le travail que le cadre est amené à faire pour que l'activité du service puisse se poursuivre. « *Au-delà de la gestion des lits et du personnel, elle concerne tout ce qu'il met en œuvre pour réparer des oublis ou des erreurs, rajuster des situations incohérentes de son point de vue* » (Bourret, *op.cit.*, p.9).

De la qualité et du contrôle

Le métier de cadre de santé évolue constamment depuis plus de dix ans, en lien avec les nouvelles exigences réglementaires. Une évolution sociétale marquée par un autre rapport au travail et des valeurs différentes semble interférer dans le management des individus. La responsabilité du cadre de santé est une responsabilité hiérarchique d'organisation et de contrôle. Le contrôle représente une des quatre étapes du principe d'amélioration continue de la qualité. Le cadre de santé, responsable de l'unité de soins, conjointement avec le médecin chef de service, est garant de la qualité et de la sécurité des soins dispensés aux patients et exerce de ce fait une fonction contrôle. Le référentiel qui détaille le métier de cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise qu'une des activités principales du cadre de santé est de contrôler l'activité, la sécurité des soins et les activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audit, suivi d'indicateurs. Pour ce faire, il doit savoir exploiter des tableaux de bord et les indicateurs de la qualité de la prise en charge des patients. Une des tendances d'évolution du métier est le renforcement des contraintes juridiques et réglementaires qui nécessite une attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités. Le contrôle prend de plus en plus de place et de temps dans le quotidien du cadre de santé. La vision souvent négative du contrôle met parfois mal à l'aise le cadre de santé pour exercer sa fonction, surtout si ce dernier n'est pas au clair avec la définition et les valeurs qui lui permettent de qualifier son action de contrôler.

Le cadre de santé a dans les faits une fonction d'évaluation permanente. C'est une fonction d'évaluation tout autant des organisations mises en place que de pratiques soignantes. C'est tout le sens des réflexions actuelles autour du management de et par la qualité. « *Le cadre doit se situer non dans la recherche absolue de la qualité, mais dans l'organisation d'un système intelligent capable de mesurer le niveau de qualité atteint afin de le faire progresser. L'amélioration continue de la qualité est obtenue grâce à l'amélioration systématique des*

processus, la réduction des dysfonctionnements et l'implication des personnes » (Rosenblatt, 2006, p.III).

Le cadre de santé a une fonction de prévision. C'est un management par projet où le cadre anime la construction d'un projet d'équipe sur la base d'une analyse des progrès technologiques et des pratiques soignantes d'une part et des évolutions des besoins des patients de l'autre. L'émergence d'une culture projet est aujourd'hui incontestable. Les ordonnances du 24 avril 1996 portant sur la réforme hospitalière viennent renforcer la loi du 31 juillet 1990 sur la nécessité et l'obligation de mettre en place des projets dans les établissements de soin : projet d'établissement, projet infirmier, projet d'unité etc. De même, le concept de projet revêt depuis ces dernières années une importance particulière pour les organisations modernes, notamment avec l'apparition de l'accréditation et de la démarche qualité. Le cadre de santé, garant de la qualité, continuité et sécurité des soins, peut utiliser le projet comme outil de management susceptible de mobiliser, dynamiser et fédérer une équipe. « *Le projet tend à développer chez les acteurs concernés un effort de prospective et une recherche de cohérence en laissant une marge de manœuvre et d'initiative à l'équipe. Le cadre, animateur de toute une équipe doit prendre en considération l'ensemble des particularités de chacun et utiliser le projet comme outil fédérateur* » (Servat, 2006, p.7).

Régulation des systèmes de travail

« *Les spécialistes de la direction du personnel s'accordent à reconnaître l'importance primordiale de la maîtrise dans le système social de l'entreprise. La situation du contremaître placé entre les cadres techniques et les ouvriers non seulement le rend sensible à toutes les tensions, mais encore lui donne le moyen d'accroître ou de réduire dans une mesure importante ces tensions ou du moins certaines d'entre elles. Mais la situation et le rôle de la maîtrise ne dépendent pas seulement de la politique du personnel de chaque entreprise : ils se transforment avec l'évolution du travail lui-même* » (Touraine, 1955, p.150).

Aujourd'hui, le nombre d'informations et de connaissances à manipuler est devenu très important. Personne ne détient ni la totalité des informations, ni la totalité des compétences pour obtenir la performance. L'activité à l'hôpital requiert de travailler ensemble, car l'action d'une seule personne, fut-elle médecin ne suffit pas pour atteindre le résultat. Dans leur étude sur l'hôpital, Grosjean et Lacoste insistent sur le fait que la plupart des dysfonctionnements repérés sont liés à un manque de coordination entre les groupes professionnels ou entre plusieurs types de tâches (Grosjean, Lacoste, 1999, p.225). Ce travail de lien des cadres est aussi à rapporter à leur place dans la division du travail. Leur position les conduit à faire un

travail de mise en relation, à jouer un rôle de médiation, d'intermédiaire, entre des logiques, des personnes et des groupes. Ce rôle de médiation est un rôle classique entre le haut et le bas. « *A l'hôpital, ce rôle prend une importance considérable, car l'organisation est construite sur un nombre important de professionnel appelés à travailler ensemble dans le même espace, et ce en présence du bénéficiaire de leur travail, le malade. Les professionnels occupent des territoires particuliers définis juridiquement et sont placés sous la contrainte de travailler ensemble. Cela suppose d'agencer leurs interventions de la manière la moins problématique possible. A cette exigence, s'ajoutent actuellement la contrainte financière et les restrictions budgétaires qui impliquent de tirer le meilleur parti de l'action de chacun. Les cadres coordonnent l'activité des personnes et des groupes ; mais aussi des mondes et des rationalités divergentes (système relationnel affectif et contractuel, système social de l'urgence et système technique, rationalité gestionnaire et rationalité pathique etc.)* » (Bourret, 2006, p.53).

A la suite de ses observations, Paule Bourret constate que les cadres de santé assurent un travail de coordination qui comporte peu de travail technique. En revanche, comme tous les cadres, ils assurent un travail de mise en cohérence du travail des personnels qu'ils encadrent. (Ibid., p.52) Selon Paule Bourret, les cadres relient ainsi l'intérieur du service avec la structure globale et avec l'extérieur de l'hôpital. Le travail des équipes médicales et paramédicales est aujourd'hui reconfiguré par la rationalisation des activités. « *La référence aux process industriels ne se limite pas à l'activité hôtelière et logistique, elle conditionne le cadre de l'activité soignante. Le travail médical et infirmier est transformé par son industrialisation. [...] Ceci affecte directement le travail des soignants qui devient de plus en plus subordonné à des exigences externes au service. Les cadres se trouvent ainsi dans la situation d'avoir à articuler des actions prédéfinies en dehors de leur service selon des conceptions de process de travail industriel. L'intégration de l'unité de soins se réalise aussi par la normalisation de pratiques à partir de protocoles et de règles. Les cadres subissent cette réglementation produite à des échelons de plus en plus lointains. Ils en prennent connaissance de moins en moins par voie hiérarchique, par contre tous les jours en ouvrant leur messagerie électronique ils découvrent des normes et des consignes dont ils doivent assurer la diffusion et la mise en œuvre. Dans tous les cas, les cadres relient leur service non pas à une hiérarchie définissant des orientations mais à de multiples interlocuteurs, autrement dit à un système* » (Bourret, 2007, p.7-8).

Si le travail d'articulation est indispensable pour l'atteinte de la performance, il est également peu visible, disqualifié par les personnels travaillant avec les cadres.

Mise en œuvre du rôle, articulation des systèmes

Voyons maintenant de plus près le rôle du cadre de santé sous l'aspect de la conception intériorisée des fonctions de manager. A partir d'un statut et d'attributions formelles, se constitue un "imaginaire du rôle" selon Bellini et Labit. Celui-ci est constitué d'obligations morales, de représentations associées à un statut, cadre ou agent de maîtrise, à une fonction, ici la gestion ou le management d'équipe, et à un type de relation aux autres. De même que le manager agit en fonction de ce qu'il pense être son devoir, il interagit non pas en fonction des attentes objectives des autres (subordonnés, supérieurs, collègues) mais en fonction de ce qu'il pense être les attentes des autres. (Bellini, Labit, 2005, p.250)

L'imaginaire du rôle, relatif à toute fonction, guide la personne dans son comportement social car il donne une légitimité symbolique à ses actes et à son rapport aux autres. Il est une manifestation de la production symbolique des organisations, plus ou moins harmonieuse ou conflictuelle avec la production de règles et de normes formelles. Les rôles sont finalement le résultat d'une construction conjointe.

« L'imaginaire du rôle, par nature subjectif, est alimenté d'éléments objectifs. Il prend sa consistance à partir d'actes concrets et ses conséquences sont également concrètes puisqu'elles se traduisent par des comportements. Les prescriptions, les techniques de management sont soumises au prisme interprétatif de l'imaginaire du rôle du manager, leur donnant plus ou moins de crédit et d'utilité » (Ibid., p.251).

Le cadre de santé a une fonction d'organisation. Il doit définir les rôles, les champs de compétence et la responsabilité de chaque acteur, mais aussi assurer les meilleures conditions pour réaliser les objectifs et missions du secteur.

Le cadre de santé a une fonction de motivation. Le cadre doit faciliter l'atteinte des objectifs ce qui ne peut se faire sans la motivation de l'ensemble des personnels. Cette fonction de motivation est essentielle, bien qu'elle soit difficile à définir. Elle passe certainement par une claire fixation d'objectifs individuels et collectifs, la création d'espaces de liberté et d'initiative, la reconnaissance et la valorisation des compétences.

Conclusion

Il nous apparaît clairement que les problématiques générales sur la catégorie des cadres valent aussi pour les cadres de santé. Nous verrons au cours de cette thèse que les cadres de santé ont une réelle position d'intermédiaire. Ils sont de ce fait des traducteurs, à la fois autonomes et fortement contraints. Pourtant les cadres de santé se détachent de la catégorie des cadres.

En effet, selon Mispelblom Beyer, « *pour comprendre l'activité d'encadrement, il ne faut donc pas seulement s'intéresser aux encadrants, mais aussi voire surtout à la manière dont les encadrés ont été préalablement formés, préparés, et donc aux conditions d'encadrement qui forment l'une des bases de son pouvoir* » (Mispelblom Beyer, 2006, p.42). Il est donc primordial de s'intéresser également à la population encadrée, à sa formation et aux rapports quotidiens entre ces deux populations.

Selon Bouffartigue et Gadéa, il faut considérer les cadres comme des salariés avant tout, vivant de la vente et de la mise à disposition d'employeurs de leurs capacité de travail, et relevant, eux aussi, d'une relation de subordination. Qu'ils deviennent cadres à la suite d'études supérieures – profil dominant de l'expert ou du professionnel – ou par la promotion en cours de la vie active – profil privilégié dans l'encadrement hiérarchique subalterne -, leur employeur leur délègue une parcelle d'autorité et leur reconnaît certaines formes d'autonomie associées à des espérances de carrières. (Bouffartigue, Gadéa, 2000, p.5)

Néanmoins, Prayez n'est pas tout à fait en accord avec la théorie selon laquelle le problème des cadres est soluble seulement par la formation. Pour Prayez, les cadres ne souffrent pas de lacunes techniques, mais plutôt d'une difficulté de positionnement, à laquelle s'ajoute celle des moyens. (Prayez, 2003, p.218)

Le cadre n'est pas celui qui fait. Il n'est pas non plus celui qui se contente de faire faire ; le cadre est celui qui organise les conditions pour que l'activité de soin puisse se faire. Pour exécuter cette mission, une formation adaptée est indispensable, notamment en termes de management. L'apprentissage en Institut de Formation des Cadres de Santé s'ouvre aujourd'hui au management des ressources humaines, à l'approche de la complexité des organisations, et l'encadrement se rapproche de l'entreprise pour s'intéresser de plus en plus aux sciences de la gestion. Mais plus encore, la formation doit permettre un travail de repositionnement nécessaire pour assumer sa place, son rôle et ses missions en tant que cadre de santé.

Enfin, les cadres de santé sont représentatifs du groupe cadre car ils occupent une position intermédiaire entre le management et les milieux professionnels encadrés. « *On peut parler d'une loyauté ambiguë ou d'une double loyauté, envers l'organisation et envers le groupe professionnel d'origine. Cantonnés à un niveau intermédiaire, les cadres de santé n'ont jamais réellement intégré le grand compromis social à l'origine de la particularisation du groupe cadre. Ils apparaissent handicapés par leur origine soignante, et donc indirectement par leur origine sociale* » (Langlois, 2008, p.161).

L'hôpital doit faire face à des évolutions constantes, structurelles, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et eux aussi évoluer. Ils doivent actuellement faire le grand écart entre leurs métiers d'origine, leurs cultures soignantes de base et une nouvelle culture de manager. Le cadre pour être efficace doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. Pour cela il doit apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir et se défaire de son métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'il est : un cadre de santé à part entière.

3- Méthodologie

Afin de mener à bien cette recherche, nous avons restreint notre population d'enquête. Nous avons ainsi fait le choix de nous focaliser sur la filière infirmière, celle-ci étant numériquement la plus importante de toutes les filières paramédicales, et historiquement la plus visible.

Dans un deuxième temps, nous nous sommes focalisés sur les cadres de santé en tant que cadres de proximité, c'est à dire sur les cadres en fonction au sein des services hospitaliers au quotidien des divers professionnels médicaux et paramédicaux, des patients et de leur famille, de la hiérarchie soignante.

Cette population des cadres de santé d'origine infirmière et de proximité se trouve au cœur des évolutions et réformes hospitalières. Ils sont les plus représentatifs des tensions qui touchent la fonction de cadre de santé.

Pour répondre à notre problématique, nous avons entrepris deux méthodes d'investigation : l'observation et l'entretien semi-directif sur deux terrains différents.

Le premier terrain concerne une immersion en école des cadres, au sein d'un IFCS de Paris que nous nommerons IFCS La Croix. Il nous a semblé nécessaire de nous plonger dans le vécu des étudiants en IFCS afin de comprendre les modalités et les contenus des savoirs enseignés. Grace à la directrice de l'établissement de cette année là et l'accord de l'ensemble des formateurs et des étudiants, nous avons eu accès à tous les enseignements dispensés et l'autorisation de nous fonder dans ce collectif.

Le Centre Hospitalier de La Croix est un pôle de référence en neurosciences et en psychiatrie tant sur le plan national qu'international et possède donc au travers de son IFSI et de son IFCS une mission d'enseignement. Cet IFCS, par sa capacité d'accueil, profite d'un large recrutement tant numérique (85 infirmiers et 5 manipulateurs en radiologie en formation continue) que géographique. La majorité des étudiants proviennent de la région parisienne - 71%, mais beaucoup viennent de province - 25%, voire d'outre-mer - 4%.⁷ La moyenne d'âge des étudiants, futurs cadres, est de quarante ans. Ces étudiants proviennent en grande majorité du secteur public au sein de services très divers, dans des établissements de santé de moyenne importance, de la fonction publique territoriale, des armées. Bien que majoritairement

⁷ Chiffres issus du projet de formation de l'IFCS La Croix de 2006-2007, basés sur les statistiques de la formation de 2005/2006

infirmiers diplômés d'Etat, certains étudiants étaient infirmiers psychiatriques ou manipulateurs en électroradiologie. « *Les expériences professionnelles des étudiants sont de plus en plus riches et variées (57% des étudiants ont fait fonction de cadre avant leur entrée à l'IFCS). Au travers de son projet pédagogique, l'IFCS prend en compte et valorise cette diversité. La grande majorité des étudiants est prise en charge soit par l'employeur (87,5%), soit par un organisme de financement : fongecif, promofaf... (4,5%), soit par convention avec le centre hospitalier [La Croix] (4,5%), le reste des étudiants s'auto-financent (3,5%)* »⁸ sachant que le coût des études revient à hauteur de 8 100 Euros.

Au sein de cette école de cadres, deux méthodes d'enquête ont été utilisées.

Tout d'abord, d'une période de janvier à mai 2007, des observations des cours et ateliers dispensés au sein de cette structure ont été menés afin d'analyser le contenu des cours dispensés et de suivre ces futurs cadres dans le quotidien d'apprentissage de leur futur statut. Nous étions assis au milieu des élèves, prenant note des cours dispensés, des savoirs enseignés, des attitudes des élèves envers ces enseignements, des commentaires et des discours divers. Au total, ce sont vingt-cinq cours différents qui ont pu être observés, la majorité se déroulant sur toute une journée.

L'IFCS étudié répartit les étudiants en deux "classes" : les "discontinus" (formation sur deux ans) et les "continus" (formation sur un an). Toute la difficulté de départ a été de nous intégrer. Notre première idée était de voyager de groupe en groupe, de cours en cours, un jour chez les uns, un jour chez les autres, de sélectionner les cours qui nous paraissaient les plus intéressants, les plus à même d'étayer notre recherche. Mais cette méthode, bien que nous donnant une bonne vision d'ensemble de la démarche pédagogique de cet institut de formation et nous permettant de décrire les différences entre les continus et les discontinus, nous empêchait de nous insérer totalement au groupe. Au bout de plus d'un mois, nous décidons de nous fixer à un seul groupe : les "continus". Nous décidons alors de laisser les "discontinus", pour différentes raisons :

- Ils forment un groupe beaucoup moins nombreux que les continus.
- Ils sont beaucoup moins présents à l'IFCS car en plus de continuer leur activité professionnelle, ils ont également des stages.
- C'était leur deuxième année de formation, leur moyenne d'âge est plus élevée que les "continus" et nous avions le sentiment de ne pas être acceptés. En plus de cette impression

⁸ Extrait du Projet de formation de l'IFCS La Croix, pourcentages calculés sur un panel de 442 étudiants correspondant à 10 promotions (c'est-à-dire calculés sur 5 ans).

que nous "dérangions", ils ne nous parlaient pas vraiment, ne venaient pas vers nous, et ne répondaient qu'évasivement à nos questions.

Les "continus" forment avec les "discontinus" deux groupes séparés, mais les cours qui leur sont dispensés, à des périodes différentes, sont pratiquement identiques, seul diffère l'enseignement de l'anglais dispensé aux "discontinus". Changement radical de climat, les étudiants venaient spontanément vers nous, et nous posaient des questions. Après nous être d'abord liés avec quelques étudiants, nous nous sommes finalement vite fondus dans la masse générale. Ils ont vite saisi l'intérêt d'avoir à leur côté une jeune étudiante en sociologie : nous les aidions beaucoup dans leur travail sur leur mémoire. Ils venaient nous voir pour des questions de bibliographie, d'écriture, de méthodes et même de relecture. Ce fut un don - contre don qui nous a permis de ne pas être mis à l'écart. Finalement, nous avons en commun d'être des étudiants, travaillant à l'élaboration d'un mémoire.

Ces observations et entretiens informels ont été accompagnés d'entretiens formels, semi-directifs et enregistrés⁹. L'entretien auprès de cette population d'étudiants et de formateurs a permis de mettre en évidence les parcours professionnels ainsi que les enjeux et les résultats de ces formations. Au total, huit entretiens ont été réalisés de façon formelle. Ces entretiens ont permis de comprendre le déroulé de leur carrière ainsi que leur volonté d'intégrer une école de cadre, ainsi que de faire un point sur leurs attentes et sur leur positionnement en tant que futurs cadres.

Cette immersion dans la formation cadre nous a permis d'une part de faire le bilan sur l'apport et l'efficacité de la formation, d'autre part de voir le changement identitaire des étudiants. Nous pouvons souligner que les étudiants apprennent à tenir un rôle plus qu'une activité. Les discours des étudiants soulignent d'ailleurs leur idéalisation de la fonction.

Le second terrain d'enquête s'est déroulé dans un centre hospitalier intercommunal de la région parisienne de mai à octobre 2008, que nous nommerons le centre hospitalier Bertrand. Composé de 10 cadres supérieurs et de 50 cadres infirmiers, le centre comporte également un IFSI avec 350 élèves dont des infirmières, des aides soignantes et des auxiliaires de puériculture. Il compte 2 400 salariés pour 834 lits sur 35 hectares. En tout, il y a environ 40 services. Comme aime à le souligner le directeur de l'établissement, il y règne un « *microclimat exceptionnel* » : l'hôpital est en équilibre budgétaire, et seuls 10% des centres

⁹ Cf. Annexe 2

hospitaliers dont les CHU en France sont en équilibre, les autres établissements étant soit en état de déficit, soit en report de charge.

90% des cadres de l'établissement sont des femmes. Certains se trouvent être encore des cadres non diplômés car nommés à l'ancienneté.

L'accès à l'hôpital est assuré tant par un réseau routier et autoroutier dense, que par les transports en commun (bus et RER). La vie de l'établissement s'articule autour d'un bâtiment principal entouré de structures pavillonnaires (les services de psychiatrie adulte, le moyen séjour et l'unité de rééducation et de réadaptation fonctionnelle).

La fonction de l'établissement dépasse largement les murs de l'hôpital par sa présence en ville, au plus près des malades (9 Centres Médico-Psychologiques), au sein même de l'aéroport (Zone d'Attente pour Personnes en Instance), dans une maison d'arrêt (Unité de Consultations et de Soins Ambulatoires). De plus, 20% environ des patients pris en charge n'appartiennent pas aux communes du ressort de l'établissement.

L'établissement assure en 2007 près de 1 809 naissances, 65 000 passages (au service des urgences 160 par jour), 21 953 admissions, 184 685 consultations.¹⁰ Aujourd'hui, l'établissement compte 1 502 agents dont : 209 administratifs, 994 soignants et socio-éducatifs, 146 médico-techniques, 153 techniques et logistiques ; ainsi que 350 médecins et internes. Dans la brochure interne à usage des patients, on trouve une description des différents membres du personnel que peuvent rencontrer les patients et leur famille. Les cadres de santé y sont décrits comme suit : « *Les cadres de santé sont responsables des soins infirmiers de l'unité dans laquelle vous êtes hospitalisé et garantissent le bon déroulement de votre hospitalisation. Ils sont à votre disposition pour recueillir vos demandes, vous informer et vous conseiller.* »

Après de premiers entretiens avec le directeur d'établissement et la directrice des soins, nous avons pu entamer notre investigation au sein de l'établissement à partir d'une réunion concernant l'ensemble des cadres de l'établissement (hospitaliers, de santé, supérieurs de santé, formateurs et faisant fonction). Cette réunion nous a permis de nous présenter et de présenter notre recherche, puis de pouvoir, selon la volonté individuelle de chacun, prendre leurs coordonnées afin de convenir d'un rendez-vous pour un entretien. La moitié des cadres ont laissé leurs coordonnées et au total, ce sont vingt-cinq cadres qui ont répondu

¹⁰ Chiffres issus d'une brochure interne

favorablement à notre demande. Nous avons pu interroger des cadres de services très différents : urgences, pneumologie, cardiologie, médecine, chirurgie, soins de suite, imagerie, diététique, laboratoire, rééducation, orthopédie, psychiatrie pour ne citer qu'eux. Nous avons également pu nous entretenir avec une cadre de santé de nuit, une directrice de crèche (ayant le titre de cadre de santé), des formateurs en IFSI. Les cadres ont donc été interrogés sur leur activité afin d'obtenir une description de leur taches, sur la définition qu'il donne de leur fonction et sur les réformes hospitalières en cours, sur les relations qu'ils entretiennent avec les différents professionnels, sur leur trajectoire, sur leur période de faisant fonction, sur la formation en IFCS et sur leur avenir.¹¹ Le but étant d'obtenir une image du quotidien du cadre de santé, des éléments qui jalonnent son parcours et de ses choix de carrière.

La plupart des cadres étaient très intéressés et flattés de contribuer à une recherche sur leur métier, acceptant de prendre du temps pour répondre à nos questions malgré souvent le dépassement de l'horaire que nous avions prévu. La difficulté pour eux a été finalement de décrire leur activité, retraçant plus leur mission de cadre que décrire réellement le quotidien. Difficulté qui n'est finalement pas si étonnante lorsque nous observons leur activité. Une autre difficulté a été de contrôler les débordements. Certains cadres s'appesantissaient sur les conflits avec leur direction des soins.

Suite à la période d'entretiens sur trois mois, des observations d'un à plusieurs jours ont été menées dans quatre services différents dans l'établissement : neurologie, rééducation, pneumologie et cardiologie. Le but de ces observations étant de suivre les cadres de santé durant l'ensemble de la journée, en les suivant comme leur ombre dans la totalité de leur activité. Si bien, que les cadres observés arrivaient même à oublier notre présence. Nous avons pu observer l'activité concrète des cadres, dans leurs multiples déplacements dans le service, dans les chambres, ainsi que dans l'ensemble de l'établissement. Nous avons également analysé les multiples interactions avec les différents professionnels interne et externe à l'hôpital. Tout ceci dans le but d'étudier les compétences mises en œuvre par les cadres de santé pour assurer leur fonction. Nous désirions également suivre une cadre de nuit, mais cela n'a pas été possible en raison des risques sécuritaires que le travail de nuit comporte, en particulier la violence de certains patients amenés aux urgences.

¹¹ Cf. Annexe 3

Dans un souci de confidentialité, les noms propres ainsi que les noms d'établissements ont été modifiés tout en essayant de ne pas dénaturer leur identité.

Parallèlement à l'enquête de terrain, nous avons procédé à l'analyse d'importantes sources documentaires. Nous nous sommes intéressés à de nombreuses lectures concernant l'histoire de l'infirmière et de la surveillante, sur l'hôpital et son fonctionnement. Nous nous sommes également intéressés aux théories sur la catégorie des cadres, sur les compétences et les savoirs, sur la formation, sur le concept de profession.

La littérature sur le milieu médical et soignant est florilège, mais plus rare sur la catégorie des surveillants ou cadres de santé. On note tout de même depuis ces quelques dernières années, une importante augmentation des travaux sur cette catégorie de professionnels, issus pour nombre par d'anciens professionnels du milieu soignant. Le passage obligatoire par l'école des cadres a permis aux cadres de contribuer eux aussi à la recherche sur leur catégorie professionnelle. D'innombrables mémoires ornent les bibliothèques d'IFCS, mais ne sont pas suffisamment diffusés, tout comme les forums sur internet, qui forment pourtant une importante source de documentation.

Outre la difficulté de trouver des traces historiques du quotidien et du vécu des surveillantes, la principale difficulté de recherche a concerné l'absence de chiffres et de références statistiques sur le groupe des cadres de santé. Les chiffres issus du ministère datent pour les plus récents de 2002, et le découpage des nomenclatures entre les cadres de santé et le reste des cadres hospitaliers n'est souvent pas assez clair. L'amalgame des catégories de cadres hospitaliers est encore trop courant. A cela s'ajoute une criante absence de statistiques sur la mobilité de ces cadres, sur leur origine, ainsi que sur leur pénurie. Aucun chiffre n'a pu être trouvé sur la quantité d'infirmiers faisant fonction de cadres.

Tout au long de cette thèse, nous tentons également de faire la distinction entre les projets politiques et la réalité du terrain observé.

En 2009, le gouvernement français lance la mission "cadres hospitaliers" dans le but de répondre aux difficultés des cadres hospitaliers qu'ils soient cadres de santé, cadres techniques ou cadres administratifs. Après le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires », le ministère de la santé continue ses investigations autour des conséquences des réformes hospitalières sur la catégorie des cadres au sein du milieu hospitalier. Décrits comme assumant déjà de lourdes responsabilités en termes de management, les cadres hospitaliers

sont dorénavant perçu comme les indispensables médiateurs et interfaces entre la direction (y compris médicale) et le terrain. Pour répondre aux difficultés que ces cadres rencontrent et leur permettre de trouver un équilibre optimal entre leurs différentes activités, la mission "cadres hospitaliers" décidée par Roselyne Bachelot, engage une réflexion sur différentes dimensions liées à cette fonction : rôle des cadres au sein de la gouvernance hospitalière, valorisation de leur activité, formation, recrutement et enrichissement des parcours professionnels. Au travers d'un forum et d'auditions auprès de ces professionnels, cette mission doit contribuer à redonner à ces professionnels toute leur place en tant qu'éléments cruciaux du système de soin hospitalier.

Rendu en septembre 2009, le rapport présenté par Chantal de Singly¹², retrace la diversité des métiers de l'encadrement hospitalier et ainsi des définitions des statuts et fonctions des cadres. Ce constat conduit la mission à proposer des organisations de travail portées par des cadres « *plus autonomes et dotés de capacités d'agir élargies* ».

Une évolution du recrutement et du développement des compétences des cadres, puis un réel positionnement des cadres dans l'organisation hospitalière accompagné d'une évolution de leurs rémunérations « *à la hauteur de leurs nouvelles responsabilités* » sont suggérés dans ce rapport. « *Nombre de dispositifs statutaires et indemnitaires sont aujourd'hui dépassés et inadaptés à la situation des cadres, à leur niveau de qualification, aux responsabilités élargies qu'ils assument et à leur place au sein de l'hôpital* ».

Pour l'instant, les propositions de réformes ou d'évolution des métiers de cadres de santé et de cadres hospitaliers sont toujours très attendues par ces professionnels dont le rôle central et pourtant mal appréhendé, même par les plus proches collaborateurs, en font un objet complexe, mais de plus en plus présent sur le devant de la scène des soins. C'est cette complexité qui nous avait décidés, il y a quelques années, à entreprendre notre thèse.

¹² SINGLY C. (de) (présenté par) (2009), directrice de l'Institut du management à l'Ecole des hautes études en santé publique (EHESP)

4- Plan de la recherche

Dans une première partie, nous effectuerons un bilan de l'évolution de la fonction de surveillante afin de comprendre comment elle s'est progressivement transformée en une fonction de cadre, et ce en lien avec le contexte hospitalier actuel.

Il conviendra dans un premier temps de faire un point sur le système hospitalier actuel et sur ses mutations. Nous analyserons ses évolutions et les différentes réformes qui y ont eu cours, que nous mettrons en lien avec le positionnement des cadres de proximité dans ce milieu.

Dans un deuxième temps, nous reviendrons sur l'origine de cette fonction de surveillante des hôpitaux en faisant un constat sur l'évolution de sa profession d'origine, la profession infirmière. L'évolution de la fonction d'encadrement des soins étant corrélée à l'évolution de la profession dont les acteurs sont issus et sur lesquels les cadres de santé agissent. Nous nous demanderons ainsi les raisons qui conduisent certains infirmiers à devenir cadres de santé. Nous reviendrons sur cette carrière de soignant qui se décline majoritairement au féminin. Nous en verrons les conséquences sur la profession dans son ensemble. Puis, nous verrons que dans cette carrière la mobilité tient une place particulière.

Cela nous conduira dans un troisième temps à mieux connaître la fonction qui se cache derrière le terme de "cadre de santé". Nous analyserons la professionnalisation de la surveillante au travers des nouvelles fonctions demandées aux cadres de santé et donc définir les nouvelles compétences en termes de management et de gestion. Cela nous permettra de comprendre la place des cadres de santé parmi les différentes structures hiérarchiques qui gouvernent l'hôpital. Une analyse des multiples termes associés aux cadres de santé nous permettra de faire le lien avec ces mutations mais également d'analyser la vision de la société sur les cadres de santé.

Dans un quatrième temps, nous nous interrogerons sur les éléments qui permettent, ou non, une construction institutionnelle d'une profession. Par les évolutions des missions et du statut des cadres de santé nous nous posons la question de l'éloignement avec le métier d'origine et donc d'une possible naissance d'une profession. Nous verrons que sous le terme de cadre se cachent en fait une pluralité de métiers aux activités et logiques diverses. Nous ferons également un passage par l'Ecole des cadres qui s'avère pourtant une étape essentielle dans la conversion identitaire du jeune cadre.

Une fois clarifiée la place et les rôles attendus des cadres de santé, nous nous concentrerons dans la seconde partie de cette recherche sur l'activité et les compétences de ces cadres.

Nous nous concentrerons tout d'abord sur ce qui se passe à l'intérieur des services hospitaliers. Nous y étudierons les relations qu'entretiennent les cadres de santé avec leurs équipes, les médecins, les secrétaires médicales, les patients et leur famille et avec leur direction et leurs collègues. Comment peut-on qualifier ces relations (de subordination, de coopération...)? Quel pouvoir tient le cadre de santé au sein du service dont il a la responsabilité? Nous y analyserons également son rôle de pivot au sein du service. Nous constaterons que ses anciennes fonctions soignantes ne sont pas totalement éradiquées dans sa mission d'encadrement, malgré le nécessaire "deuil des soins" engagé par ces anciens soignants. Mais surtout, nous verrons que son travail reste invisible et rarement reconnu.

Ensuite, nous entrerons au cœur de l'activité du cadre de santé. Nous analyserons toutes les activités du cadre de santé : ses multiples tâches de manager, de gestionnaire mais également de soignant. Nous verrons la polyvalence des compétences nécessaires pour l'exercice de cette fonction ainsi que la spécificité plurielle de la fonction de cadre de santé.

Puis, nous pourrions analyser les compétences que requiert l'activité de cadre de santé et leur acquisition. Nous ferons tout d'abord un point sur les théories autour des savoirs et des compétences afin de pouvoir analyser les compétences utilisées par les cadres de santé. Ceci nous permettra d'analyser le processus de construction des compétences que l'agent met en place dans son changement de profession, de soignant à cadre. Nous analyserons l'étape importante de faisant fonction, afin d'analyser les effets de l'apprentissage sur le tas. Nous ferons un détour par l'école des cadres, ses enseignements et surtout sur l'acquisition de nouveaux savoirs en formation. Nous nous demanderons si ces savoirs sont intégrés comme compétences à l'issue de cette formation. Ensuite, nous analyserons l'intégration d'un nouveau service dans cette nouvelle fonction de cadre à l'issue de l'école de formation. Nous comparerons ensuite les apprentissages sur le tas, ceux issus de l'école des cadres avec ceux de formations internes au milieu hospitalier. Pour finir, nous regarderons comment les cadres de santé définissent eux-mêmes leur profession, leur rôle et leurs compétences.

Cette recherche nous permettra de conclure sur le fait qu'un cadre de santé reste un soignant dans ses valeurs et dans sa manière de gérer un service de soin. Ses connaissances soignantes restent finalement fortement utilisées dans son activité d'encadrement. Néanmoins, nous ferons un point sur le malaise ressenti actuellement par les cadres de santé concernant une

hypothétique fin des cadres de santé de proximité et de la nécessité d'une compétence soignante pour gérer un service de soin.

Partie I

Evolution de la fonction de surveillante des soins dans le contexte hospitalier actuel

*Il y a des médecins pour soigner le cœur,
des médecins pour soigner les dents, des médecins pour soigner le foie,
mais qui soigne le malade ?*

Sacha Guitry

Partie I

Evolution de la fonction de surveillante des soins dans le contexte hospitalier actuel

Les cadres de santé regroupent sous ce terme unique de multiples filières d'origine soignantes : infirmière, de rééducation et médico-technique. Nous nous concentrerons dans cette thèse sur les cadres de santé d'origine infirmière car ils forment la masse principale de ce métier (à plus de 85%).

Pour étudier l'évolution de la fonction de surveillante, il est nécessaire dans un premier temps de faire un point sur l'hôpital, son fonctionnement et ses réformes afin de comprendre le positionnement des cadres de santé dans ce système. Pour comprendre l'activité et les compétences des cadres de santé, il semble essentiel, ensuite, de revenir sur l'histoire de la surveillante des hôpitaux, ainsi que sur les réformes qui ont conduit la surveillante des soins à devenir aujourd'hui un cadre de santé. Mais avant de nous interroger sur la surveillante, il convient avant tout de revenir sur la profession soignante d'infirmière. Un retour sur le métier d'origine de ces cadres nous permettra de mieux comprendre leur évolution, les enjeux professionnels ainsi que le rapport que les cadres tiennent avec une population dont ils sont issus et qu'ils encadrent.

C'est ainsi que dans le premier chapitre de cette thèse, nous entrerons d'abord dans la structure hospitalière afin d'y comprendre les réformes qui y ont eu cours et les effets sur la position tenue par les cadres de santé.

Nous ferons ensuite un retour sur la profession d'origine des cadres de santé. Nous verrons comment la profession infirmière a évolué et à quel point aujourd'hui elle reste toujours marquée par la féminisation de cette profession et son rapport au monde médical. Nous nous interrogerons sur ce qui pousse un soignant à devenir cadre de santé. Est-ce lié à une forme de

vocation ? La fonction cadre de santé fait partie donc de cette carrière au féminin, et nous étudierons l'importance de la mobilité dans cette carrière.

Dans un troisième chapitre, nous entrerons dans l'analyse de l'histoire de la surveillante. Nous étudierons son évolution historique de la religieuse au manager gestionnaire. Nous verrons comment cette fonction de contrôle c'est professionnalisé, ainsi que les rôles et compétences attendues aujourd'hui d'un cadre de santé. La place que tiennent aujourd'hui les cadres au sein des différentes hiérarchies professionnelles présentes à l'hôpital. Nous verrons d'ailleurs l'importance du changement d'appellation consécutif à ces évolutions.

Après avoir saisi les rôles actuels d'un cadre de santé, nous nous interrogerons sur les éléments qui permettent une construction institutionnelle d'une profession cadre de santé. Tous les éléments précédents nous permettront de faire un bilan sur le concept de profession et nous nous demanderons si les cadres de santé, dans leur processus de professionnalisation ont réussi à faire de leur métier une profession à part entière dans le milieu soignant. Nous ferons également un point sur l'Ecole des cadres, passage obligatoire depuis 1995 dans l'accès à la fonction, et sur la conversion identitaire qu'elle permet.

Chapitre 1

Structure hospitalière et positionnement du cadre de proximité

Ce premier chapitre de notre thèse nous permettra de faire un bilan sur les évolutions et les réformes qui ont touché l'hôpital afin d'en comprendre la complexité. Nous étudierons ainsi les effets des différentes réformes sur les acteurs du soin.

Ainsi, nous verrons tout d'abord comment l'hôpital est passé d'une fonction première de charité à celle d'assistance. Nous verrons les transformations de la conception de ce qu'est un hôpital, également les conséquences des évolutions technologiques sur son économie et son organisation.

Nous nous concentrerons ensuite sur le passage récent des services en pôles. Nous verrons quelles logiques politiques se cachent derrière et les effets qui en découlent.

Ceci nous permettra ensuite de faire le point sur les réformes du financement de l'hôpital public et sur l'entrée croissante des types de gestions privées dans les soins publics.

Nous nous demanderons ensuite si l'hôpital peut se comparer à une entreprise.

Enfin, nous nous interrogerons également sur la place de la qualité à l'hôpital et sur la conciliation que doivent opérer les professionnels entre réduction des coûts et augmentation de la qualité.

1- L'hôpital, d'une fonction de charité à une fonction d'assistance

Les hôpitaux, appelés également hospices sont une création religieuse de l'occident chrétien. Etymologiquement, le mot "hôpital" vient du latin "hostis", l'étranger. Les premiers hospices apparaissent au VI^{ème} siècle pour accueillir les pèlerins. A partir du Moyen Age, la dimension et la nature du champ hospitalier vont être profondément modifiées en raison d'une très forte expansion démographique. Le champ hospitalier va alors se construire sur l'intérêt commun des laïcs et des religieux d'enfermer les populations à risque, pauvres et malades, si possible à l'extérieur des villes. Au monde religieux, il revient de gérer à moindre coût l'hôpital, grâce au dévouement bénévole de ses soignants. Au XVII^{ème} siècle, les pauvres travaillent dans les hôpitaux et contribuent à ses ressources, car l'hôpital accueille de plus en plus de monde et coûte cher. Au cours du XVIII^{ème} siècle, la lutte de pouvoir entre l'Eglise et l'Etat va prendre une nouvelle ampleur. L'administration fiscale s'inquiète de l'importance du patrimoine catholique qui est exempté d'impôt. La Révolution Française, par un décret du 11 juillet 1794, nationalise finalement les hôpitaux et consacre l'hôpital comme lieu de soin, et transfère le pouvoir hospitalier du religieux au médecin. De la charité, l'hôpital passe à l'assistance.

La loi du 24 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, complétée par le décret du 17 avril 1943, transforme profondément la conception de l'hôpital public, en l'ouvrant aux malades payants. Ses recettes changent de nature en devenant de plus en plus liées à son activité de soins grâce à la généralisation et à l'extension du prix de journée et prévalent sur ses autres recettes (dons, legs etc.). La loi établit un classement géographique des hôpitaux, en distinguant les établissements à caractère communal ou à caractère départemental. (Molinié, 2005, p.5-11)

Les soins de la santé étaient auparavant considérés comme une dépense personnelle c'est-à-dire comme un objet de consommation que l'on achetait si on en avait les moyens ou alors que l'on recevait charitablement. L'accès au soin est devenu dans la société industrielle moderne un droit de citoyenneté, ce qui pose d'ailleurs des problèmes financiers à l'Etat. La première grande révolution de l'hôpital est venue avec l'introduction de la technologie. L'évolution technologique n'a pas seulement eu des conséquences économiques mais elle a

également bouleversé l'organisation¹³ et le fonctionnement de l'hôpital. De plus en plus lourdes et recouvrant parfois des champs d'application très vastes, ces nouvelles technologies devaient être concentrées en un même lieu. Ce qui a entraîné comme première révolution de l'hôpital, son architecture. Chaque établissement est désormais construit autour de son plateau technique. La technologie modifie les rythmes de travail du personnel, avec des actes de plus en plus techniques, une spécialisation toujours plus accrue du personnel.

L'évolution technologique entraîne une inévitable transformation de l'organisation des soins. La création des services, puis des pôles bouleversent l'organisation et ainsi l'activité et les relations entre professionnels.

¹³ Rappelons que selon Henry Mintzberg (1981), la structure d'une organisation peut être définie simplement comme la somme totale des moyens employés pour diviser le travail entre tâches distinctes et pour ensuite assurer la coordination nécessaire entre ces tâches.

2- Des services aux pôles

L'organisation médicale en "services" remonte à la loi du 21 décembre 1941. La loi hospitalière de 1958, généralement appelée "réforme Debré"¹⁴ est à l'origine de la structuration actuelle de notre système hospitalier. On doit en particulier à cette réforme la création des centres hospitaliers universitaires avec leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche. Pour mettre en forme cette réforme, la modernisation et l'agrandissement des anciens hôpitaux ont été nécessaires, ainsi que la multiplication des équipements dits lourds. Dans un tel contexte, la technique occupe progressivement une place de plus en plus prépondérante, le processus de spécialisation se met en marche. Aux côtés de l'hôpital public se dessinent les contours d'un secteur privé avec le décret du 24 avril 1959. « *La réforme de 1958, avec la création du plein-temps hospitalier, donnera des justifications administratives et médicales à cette organisation, et, progressivement, se développera chez les praticiens concernés un sentiment de propriété sur les installations mises à leur disposition. Aussi a-t-on évoqué une organisation médicale féodale, balkanisée, gouvernée par de véritables mandarins* » (Bonnici, 2007, p.100). C'est pourquoi, selon Bernard Bonnici, dès 1965 a germé l'idée d'un travail en équipes médicales interdisciplinaires, au sein d'une organisation plus vaste et transversale.

L'évolution très rapide des technologies médicales¹⁵, les aspirations des patients qui réclament une prise en charge globale de leur santé, l'explosion des dépenses hospitalières et l'évolution inquiétante de la démographie médicale ont justifié cette interdisciplinarité et l'apparition de la départementalisation en 1984¹⁶. La départementalisation avait aussi pour but une meilleure répartition des pouvoirs et l'association de personnels non médicaux à son organisation et à son fonctionnement. « *Mais, en dépit de la réussite d'expériences isolées, la départementalisation reste un échec et la loi du 24 juillet 1987 lui a ôté tout caractère obligatoire, laissant sa création à l'initiative locale comme l'a voulu le législateur de 1991 avec son "amendement liberté" qui abandonne cette autonomie d'organisation à la responsabilité du conseil d'administration* » (Ibidem).

De la dernière guerre jusqu'à l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁷, les hôpitaux français ont été organisés en services totalement indépendants les uns des autres. Ils étaient dirigés par des

¹⁴ Professeur Debré, alors président de l'Académie de médecine

¹⁵ Avant 1939, on dénombrait seulement 5 disciplines médicales : médecine, chirurgie, maternité, radiologie, laboratoire. On en compte aujourd'hui plus de 75.

¹⁶ Départementalisation qui sera à l'origine de grands mouvements de contestation hospitalière en 1985.

¹⁷ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé

chefs de service auxquels tous les médecins (non chefs de service) et tout le personnel paramédical étaient rattachés. Les services pouvaient être divisés en unités fonctionnelles, concept à la fois comptable, organisationnel et souvent architectural. Les unités fonctionnelles étant des ailes différentes d'un même étage et surtout la structure élémentaire de prise en charge des malades par une équipe soignante. Avec la spécialisation médicale, pratiquement chaque malade doit faire appel aux compétences de plusieurs spécialistes. C'est la raison pour laquelle les services ont été regroupés dans des entités plus larges nommés départements. (Kervasdoué, 2004, p.46)

Désormais, les établissements publics de santé sont organisés en pôles, exit des établissements de santé organisés en services ou en départements. La grande nouveauté des pôles est que chaque établissement peut s'organiser à sa convenance. Les services et les unités fonctionnelles ne disparaissent pas nécessairement. Un pôle peut être constitué à partir d'un ou de plusieurs services aux activités communes ou complémentaires. L'ordonnance du 2 mai 2005, tout en conservant les services et leurs chefs, fonde la nouvelle structure en pôles d'activités. Les unités fonctionnelles restent les structures élémentaires de prise en charge des malades par une équipe soignante ou médico-technique. Le responsable d'un service ou d'une unité fonctionnelle est désigné par le médecin responsable du pôle d'activité. Les pôles sont constitués d'unités fonctionnelles de la même discipline et sont placés sous l'autorité d'un médecin. « *Nombreux sont ceux qui estiment que l'on a fait disparaître un mandarinat médical de service au profit d'un super-mandarinat médical de pôle* » (Bonnici, *op.cit.*, p.101).

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) du ministère de la Santé et des Solidarités a identifié trois logiques non exhaustives de regroupement par pôles :

- une logique de cohérence médicale. Le classement des services en pôles se fait par discipline, par organe, par mode de prise en charge, par flux ou par type de population, par compétences, par logique client-fournisseur, notamment pour les activités médico-technique (imagerie médicale, laboratoire, bloc opératoire) ;
- une logique mixte médico-économique c'est-à-dire une logique médicale associée au poids financier du pôle, ou une logique mixte médico-architecturale c'est-à-dire une logique médicale associée à une cohérence physique ;
- une logique opportune basée sur une association de bonne volonté. (*Ibid.*, p.103-104)

Voici l'exemple d'une structure en pôles :

Structure en pôles du Centre Hospitalier Bertrand¹⁸	
<p>Pôle Médecine</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiologie et coronarographie • Cancérologie Oncologie • Dermatologie • Diabétologie • Médecine interne • Neurologie • Pneumologie • Rhumatologie • Infection VIH • Médecine Physique et de Réadaptation MPR <p>Psychiatrie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alcoologie • Pédopsychiatrie • Psychiatrie A • Psychiatrie B • Psychiatrie C • Toxicomanie • Victimologie <p>Pôle Médico-Chirurgical</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie maxillo-faciale, stomatologie, chirurgie plastique et esthétique • Chirurgie OPH (Ophtalmologie) • Chirurgie ORL (Otorhinolaryngologie) • Chirurgie orthopédique • Chirurgie Urologique • Chirurgie viscérale • Consultation anti-tabac du service ORL • Gastroentérologie • Soins de Suite ou de Réadaptation SSR 	<p>Pôle Femme & Enfant</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chirurgie infantile viscérale & orthopédique • Maternité & Gynécologie • Pédiatrie & Néonatalogie <p>Pôle Médico-Technique</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biochimie • Biologie médicale • Bloc opératoire • Organisation des prélèvements • Cytologie et anatomie pathologique • Dépôt de sang-Hémobiologiste • Imagerie médicale-radiologie • Pharmacie <p>DIEEM Le Département d'Information, d'Epidémiologie et d'Evaluation Médicale est rattaché au management de l'établissement.</p> <p>Pôle Anesthésie, Réanimation & Urgences</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anesthésiologie • Douleur • Réanimation polyvalente • Urgences

Ce découpage des services est assez simple ; les services sont répartis selon leur champ d'action : les spécialités médicales dans le pôle médecine, les spécialités chirurgicales dans le pôle chirurgie, tout ce qui touche à la natalité dans le pôle femme-enfant, tout ce qui touche la santé mentale dans le pôle psychiatrie, l'ensemble des services très techniques et mécaniques dans le pôle médico-technique.

¹⁸ Le Centre Hospitalier Bertrand est une structure intercommunale, renommée ainsi par souci de confidentialité dans lequel a été mené observations et entretiens.

Un établissement peut choisir de privilégier l'aspect technique en créant par exemple un pôle chirurgical. Il devra alors trouver le moyen de coordonner les spécialistes du même organe appartenant à des pôles différents : les cardiologues et les chirurgiens cardiaques seront dans des pôles différents. L'établissement peut également diviser sa structure en pôles en privilégiant l'âge des patients (enfants, personnes âgées), la fonction (urgences), la technique (chirurgie, imagerie, biologie), l'organe (cœur, poumons, appareil génital...), la discipline (psychiatrie...). (Kervasdoué, *op.cit.*, p.48)

Les pôles hospitaliers se découpent généralement par discipline et par qualification. Dans les hôpitaux de grande taille et les centres hospitaliers régionaux, universitaires ou non, la constitution en pôles des anciens services trouve une justification : disciplines médicales, parcours patients par exemple. Dans les établissements de taille modeste, la mise en pôles n'apporte pas de modifications substantielles, d'autant que le nombre de cadres supérieurs de santé dans ces établissements ne permet pas d'en mettre un sur chaque pôle.

« Les pôles, c'est une grosse connerie je pense. Parce qu'en fait c'est exactement le même problème... Parce qu'on en discutait avec mon chef de service ce matin. C'est exactement le même problème que la décentralisation. L'idée de la décentralisation, c'était de déléguer les pouvoirs sur la proximité. Et en fait, on n'a rien délégué du tout. On a maintenu une arme décisionnelle étatique en fait et on a multiplié les instances, parce qu'on n'a pas supprimé les instances qui existaient déjà, en plus. A l'hôpital, c'est pareil. Donc maintenant, pour prendre des décisions, c'est hallucinant. » (Céline, cadre de santé)

La structure en pôle apparaît pour certains comme une lourdeur institutionnelle qui se rajoute au système hospitalier. Le fait du rajout d'une hiérarchie supplémentaire fait craindre à certains cadres de santé une difficulté supplémentaire dans le passage de l'information ainsi que dans la prise de décision.

« Pôle médecine. Donc c'est bien pour nous, et on voudrait garder ça. A G., on les a mis dans le pôle management, alors déjà qu'on n'est pas vu... [...] Les histoires de pôle, pour nous, c'est pas simple parce qu'on fait partie de tous les services. Même si on est chapoté par la diabéto, on travaille partout. » (Fabienne, faisant fonction cadre de santé)

Pour certains services très spécifiques et particuliers qui travaillent sur l'ensemble de l'établissement, comme le service de diététique par exemple, l'entrée dans un pôle peut avoir des effets bénéfiques de reconnaissance. Généralement isolés des soins et des soignants, la diététique a désormais la possibilité de se rapprocher des autres services appartenant au même pôle.

Le responsable de pôle, c'est-à-dire le médecin chef, a l'autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, soignantes et d'encadrement. Il est assisté d'un cadre de santé et d'un cadre administratif. Il élabore avec le conseil de pôle un projet qui prévoit l'organisation générale, les orientations d'activité et les actions à mettre en œuvre pour développer la qualité et l'évaluation des soins.¹⁹ Dans cette triade de pôle, le cadre de santé précité est en fait le cadre supérieur du pôle. En fait, dans la réalité de fonctionnement de la plupart des hôpitaux, il est préférable de parler d'un triangle dont le médecin-chef de pôle constitue le sommet et les deux cadres la base. « *Le pouvoir médical, l'autorité générale du médecin, lui confèrent un pouvoir et une capacité d'intervention qui ne sont pas comparables à ceux des deux éléments du trio. Or, au regard des textes en vigueur, le médecin chef de pôle, n'a pas d'autorité hiérarchique sur eux* » (Singly, 2009, p.36).

« Logiquement dans la nouvelle gouvernance, vous devez avoir dans les pôles le responsable de pôle donc le chef de service, le cadre de pôle donc le cadre sup, qui devraient avoir un attaché d'administration. Moi, je l'ai vu faire dans certains hôpitaux, ici ma chef n'en a pas. [...] Le danger, c'est que quand on gère, faut pas voir que le côté gestion quoi, faut voir le côté humain, et qu'un gestionnaire pur et dur il risque de voir que le côté gestion. » (Sylviane, cadre de santé)

Dans la plupart des hôpitaux, les pôles sont constitués par un duo chef de service-cadre supérieur. Par manque de budget, le cadre administratif est rarement présent au sein de chaque pôle.

Les plans "hôpital 2007" et "hôpital 2012" font partie du plan plus large de nouvelle gouvernance qui est à la base de cette création des pôles. Ce concept de gouvernance trouve son origine dans la langue française au XVI^e siècle, et réapparaît dès les années 1990 pour devenir un nouveau concept. Il permet de rejeter l'analyse classique des rapports de pouvoir conçus sur le mode de la verticalité, et d'explorer une analyse en réseaux au sein desquels une pluralité d'acteurs échange et interagit, sur le mode de la coopération, vers un même but. (Panel, 2007, p.328) Il s'agit donc de coordonner l'action de tous les professionnels de l'hôpital. Le plan de la nouvelle gouvernance hospitalière implique de la part des acteurs de réaliser certaines activités en commun dans un cadre de coopération. Les pôles d'activité sont de taille suffisante pour être dotés d'autonomie et de responsabilité et contribuent à la déconcentration de la gestion. « *Dirigés par des praticiens, des administratifs et des cadres soignants, ces pôles sont, dans cet esprit, engagés dans une démarche de contractualisation*

¹⁹ Ordonnance 2005-406 – JO du 3 mai 2005

interne pour simplifier la gestion quotidienne et assurer la mise en œuvre des objectifs stratégiques de l'établissement. Au sein des pôles, des structures internes – services, unités fonctionnelles ou autres structures – ont pour mission d'assurer l'organisation de la prise en charge médicale des malades et de participer à l'évaluation des pratiques professionnelles. C'est un changement radical pour bien des responsables de service, qui doivent passer d'une logique de territoire (mon service, mes lits, mes infirmières) à une logique d'activité et à une vision transversale (regroupement de moyens humains, techniques, logistiques mis à disposition pour une activité donnée). L'activité devient donc le critère de référence : l'efficacité des pôles d'activité dépendra de la capacité de management des chefs de pôle, donc de leur motivation, de leur formation et de leur marge de manœuvre pour les structurer » (Ibidem).

La réforme de la gouvernance hospitalière s'inscrit dans le cadre d'une recherche de la performance. Le plan "hôpital 2007" ouvrait 5 chantiers pour un « *hôpital rénové, plus proche et plus souple* » :

- Une relance de l'investissement hospitalier avec le dégagement de six milliards d'euros sur cinq ans.

- Une réforme du financement des établissements par la "tarification à l'activité", aussi appelée TAA ou T2A.

- Une simplification de la planification par la suppression de la carte sanitaire.

- Une facilitation du rapprochement des structures publiques et privées par le recours à un nouvel instrument juridique, le groupement de coopération sanitaire ou GCS.

- La création d'une mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH).²⁰

Le plan "hôpital 2007" énonce également 7 propositions :

- recentrage du conseil d'administration des établissements publics de santé sur des fonctions stratégiques d'évaluation et de contrôle ;

- l'association de l'administration et du corps médical dans un conseil exécutif ;

- mise en place d'un dispositif de sécurité en cas de dérive de gestion entre les mains des Agences Régionales de l'Hospitalisation, avec un pouvoir d'injonction et de suspension à l'égard du Conseil d'Administration et du Conseil Exécutif ;

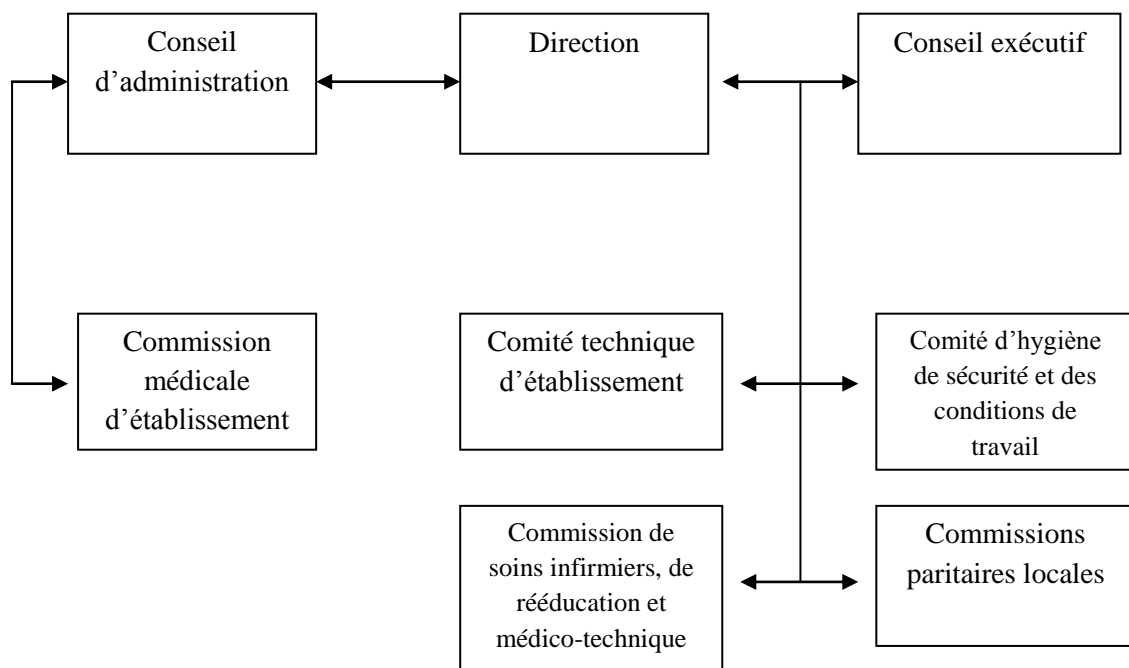
- limitation du nombre d'organes consultatifs et de comités internes au bénéfice essentiel de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement ;

²⁰ Plan hôpital 2007 sur www.sante.gouv.fr

- une organisation médicale interne simplifiée sous la forme de "pôles d'activité" placés sous la responsabilité d'un médecin coordinateur, désigné par le conseil exécutif, bénéficiant d'une large délégation de gestion dans le domaine des choix médicaux, de la gestion des ressources humaines, technique et logistique ;
 - une simplification des procédures de nomination et de gestion des directeurs d'établissement.
- (Bonnici, *op.cit.*, p.72)

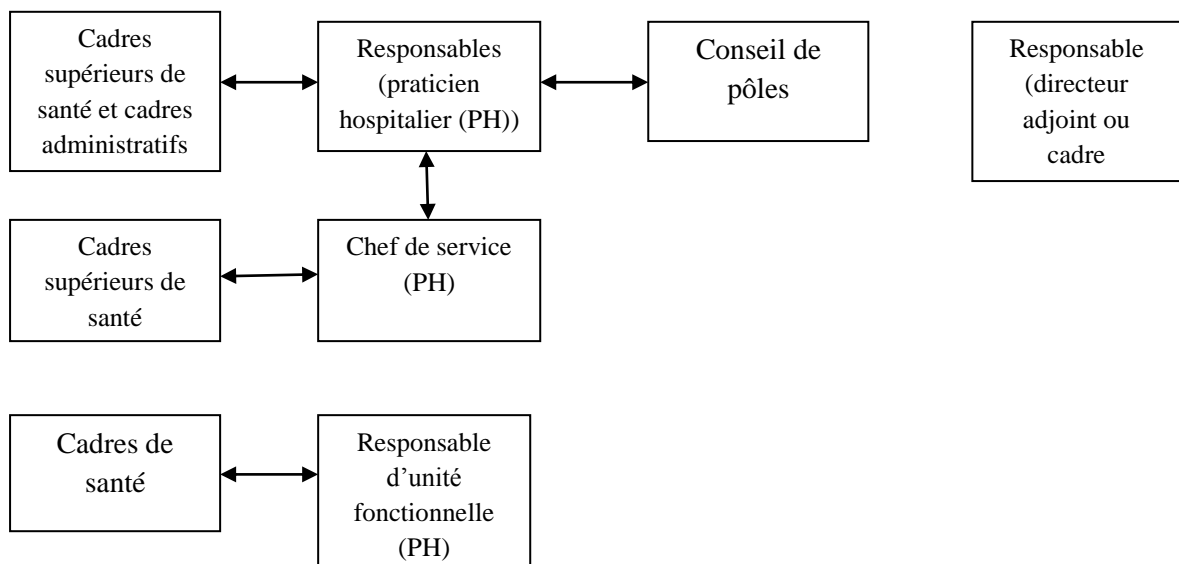
Voici comment peut se schématiser cette nouvelle gouvernance :

Schéma 2 : La nouvelle gouvernance des établissements publics de santé (Ibid., p.105)



Pôles médicaux et médico-technique

Pôles administratifs



Ce schéma permet de visualiser la position des différents acteurs dans la construction des pôles et de la direction des établissements hospitaliers. En nous concentrant plus sur les pôles de soins, nous voyons clairement qu'à chaque niveau cohabitent sur un même plan un cadre de santé et un praticien hospitalier. Sachant que selon la taille des établissements et des pôles, le chef de service peut tenir également le poste de responsable de pôle conjointement au cadre supérieur sans présence d'un cadre administratif.

Les professionnels hospitaliers ne sont pas seulement inscrits dans une organisation des activités mais ils doivent également faire face aux multiples réformes financières qui touchent l'hôpital et qui ont des effets quotidiens dans leur activité.

3- Réformes et financements de l'hôpital public

Essentiellement financés par la branche maladie de la Sécurité Sociale, au sein d'une enveloppe fermée votée chaque année par le Parlement, les établissements de santé constituent un enjeu économique, financier et budgétaire très important étant donné leur part dans les comptes nationaux de la santé.

A leur création, les hôpitaux n'ont subsisté qu'avec l'apport financier des dons et des legs. « *Cette forme de financement permettait à l'Eglise de disposer d'une sorte de monopole d'aide vis-à-vis des malades, indigents, aliénés et vieillards* » (Ibid., p.128). Par la suite et jusqu'à la Révolution Française, c'est le pouvoir royal qui eut la main mise sur le champ sanitaire et social pour le "bien public". Mais c'est à partir du XIX^{ème} siècle que l'Etat assure l'essentiel du financement des hôpitaux. Le système du prix à la journée a représenté une source de financement durable jusqu'en 1945 avec la naissance de la Sécurité Sociale. La loi du 19 janvier 1983 remplace ensuite ce prix à la journée par le système de "budget global", c'est à dire d'une dotation globale de financement²¹. (Mattei, 2007)

Le changement de rationalité à l'hôpital se situe à partir des années 1990 avec la loi portant réforme hospitalière en 1991.²² La composition du CTE varie numériquement selon le nombre de fonctionnaires entre les collèges A-B-C. Cette composition n'est plus fondée sur le paritarisme : l'administration n'est plus représentée que par le directeur de l'établissement, président de droit de cette instance, mais évoque par une représentation plus professionnelle ce qui prévaut dans les comités d'entreprise. (Stingre, 1999, p.97)

Cette réforme fixe un cadre réglementaire de gestion par objectifs sur la base de projets d'établissements. Le projet d'établissement, d'une durée maximale de cinq ans, sur la base du projet médical, définit la politique générale de l'établissement. Il prend en compte les objectifs de formation, de recherche et de gestion. Il comprend un projet de prise en charge des patients en cohérence avec le projet médical, le projet de soins infirmiers, de rééducation

²¹ Le système de l'enveloppe globale consistait à attribuer un budget global destiné à assurer l'ensemble du fonctionnement de l'hôpital pour l'année. Ainsi, avec une réduction de son activité d'une année sur l'autre, un hôpital se trouvait à l'aise avec une enveloppe surdimensionnée ; et inversement, les hôpitaux développant de nouvelles activités devaient les financer sur leur enveloppe globale par des économies réalisées sur leur fonctionnement antérieur. Pour les malades coûteux, certains pouvaient se trouver renvoyés au début de l'année suivante. Quant à la T2A, les établissements sont rémunérés en fonction de leur activité réelle. Tout le problème est de pouvoir comptabiliser cette activité.

²² Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière parue au JO n 179 du 2 août 1991. Cette loi prévoit notamment la création des schémas régionaux d'organisation sanitaire, établit l'obligation du projet d'établissement, définit la notion de contrat d'objectif et de moyens et fixe pour les cliniques l'objectif quantifié national (OQN).

et de médico-technique. Il prévoit également les moyens d'hospitalisation, de personnel et d'équipement de toute nature dont l'établissement doit disposer pour réaliser ces objectifs. La régulation des coûts de santé est devenue prioritaire et entraîne la rationalisation de la prise en charge des patients. Ceci a des effets sur le travail des personnels médicaux, paramédicaux et administratifs, ainsi que sur la professionnalisation des cadres de santé. Cette loi a également créé la catégorie juridique des établissements de santé qui s'est substitué à l'ancienne distinction entre hôpitaux publics et cliniques privées. Le terme d'établissement de santé recouvre dans un même concept les notions d'entité juridique qui renvoie à une structure institutionnelle possédant deux organes de décision que sont le conseil d'administration et la direction, et d'entité géographique renvoyant à un site de production des soins. Généralement, les deux entités se superposent sauf dans certaines grandes structures hospitalières publiques comme l'AP-HP et les centres hospitaliers intercommunaux où l'entité juridique regroupe plusieurs établissements. (Bonnici, *op.cit.*, p.49) Si la loi du 31 juillet 1991 instaure la notion d'établissement de santé, elle ne la définit jamais. La disposition fondamentale de cette loi pour l'hôpital public est l'élaboration et la mise en œuvre d'un projet d'établissement, qui se décline en différents projets interdépendants : projet médical, projet de soins infirmiers, projet de gestion etc. *« Le projet de soins infirmiers dans les établissements d'une certaine importance est préparé par la commission du service de soins infirmiers présidée par l'infirmier général, directeur du service de soins infirmiers, membre de l'équipe de direction. C'est là une très grande nouveauté, qui est une réponse institutionnelle au mouvement des infirmières de 1988 protestant à la fois pour de meilleures conditions de travail et, surtout, pour une véritable reconnaissance professionnelle »* (Molinié, 2005, p.121).

En 2012, la tarification à l'activité aura totalement remplacé la dotation globale. La tarification à l'activité comprenant des tarifs par séjours, des tarifs par prestations, et des paiements supplémentaires pour des dispositifs médicaux ou des médicaments onéreux.

La T2A représente le grand bouleversement de ces dernières années dans l'institution hospitalière. Ce nouveau système peut avoir des travers. Il est avantageux pour les praticiens hospitaliers qui génèrent une forte activité rémunératrice en actes (la cardiologie par exemple). La tarification à l'activité permet alors de créer ou de renforcer les moyens humains, médicaux, techniques et logistiques par une progression de l'activité. La T2A conduit donc à l'amélioration de la dotation des hôpitaux qui se développent, harmonise les sources de financement et encourage la recherche et l'innovation thérapeutique. A l'inverse, pour les

praticiens qui gèrent une moindre activité, le risque est grand que leur établissement subisse une restructuration ou un financement non pérenne de leur structure. En cela, le budget global était très protecteur et figeait les "rentes de situation". *« Il s'agit d'un véritable pari sur l'avenir qui place le corps médical hospitalier public face à de réelles responsabilités de gestion, au même titre que les gestionnaires administratifs. »* (Bonnici, *op.cit.*, p.137) Pour ses détracteurs, la T2A introduit aussi un mode de coordination économique conduisant à gérer l'hôpital comme une entreprise au détriment de l'équité de l'accès aux soins.

« On est passé d'une logique où l'argent tombait sans qu'on réfléchisse, à là, il faut produire pour avoir de l'argent. C'est pas bête en soi, mais dans ce cas là, tous les laissés pour compte faut quand même les soigner, donc bon. Et du coup, on a des contraintes financières qui sont de plus en plus pesantes quoi. » (Céline, cadre de santé)

Autre élément de la réforme du financement des hôpitaux, l'objectif de mise en place d'un tarif commun entre hôpitaux publics et hôpitaux privés. Les lois de financement de la sécurité sociale pour 2004 et 2005 ont ainsi prévu d'ici 2012 une harmonisation progressive des tarifs. Cette convergence des tarifs comporte en fait trois aspects : une uniformisation des tarifs au niveau de l'ensemble des hôpitaux publics d'une part, au niveau des établissements privés d'autre part. Enfin, l'objectif visé sera d'avoir un tarif commun aux hôpitaux publics et privés. Or, il s'avère dangereux de faire une comparaison entre le secteur public et le secteur privé alors que les organisations, les contraintes, les activités et les bénéficiaires des deux secteurs sont différents. Les hôpitaux publics accueillent les patients aux pathologies les plus lourdes et subissent plus fortement la charge des activités non programmées, notamment la gestion des services d'urgences. A cela s'ajoute encore pour le secteur public les différences de normes applicables aux établissements et liées aux conditions d'emploi des personnels. Le Plan Hôpital 2012 garantit donc, sans rupture, la poursuite de cette dynamique, avec un financement à hauteur de 10 milliards d'euros. Mais sur le contenu, ce nouveau plan est plus contraignant pour les établissements, car les investissements doivent accompagner la restructuration des hôpitaux, programmée dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS), qui prévoient des regroupements de plateaux techniques et davantage de coopération entre public et privé.

Plus l'hôpital public est performant, plus il coûte cher à la collectivité. Il est aujourd'hui écartelé entre deux finalités : l'efficacité économique et la charité. L'hôpital privé, en revanche, à but lucratif, s'efforce de traiter les affections courantes.

Les établissements publics sont caractérisés par la complexité de leur organisation administrative et médicale. Cette complexité est due au fait que « *l'hôpital s'est construit, au fil de l'histoire, par strates successives qui se sont empilées au gré des réformes et de l'évolution des rapports politiques, économiques et sociaux* » (Bonnici, *op.cit.*, p.71). Et c'est cette organisation qui constitue les différences majeures entre les établissements publics et les établissements privés.

Nous voyons bien que ces dernières réformes tendent à rapprocher le service public hospitalier des fonctionnements économiques privés. Nous pouvons nous interroger sur la possibilité d'une gestion entrepreneuriale de l'hôpital.

4- Peut-on comparer l'hôpital à une entreprise ?

L'approche économique hospitalière a vu le jour dans les années 1970 avec la crise économique française. Ce phénomène conjoncturel a favorisé les travaux sur l'"hôpital entreprise" dont toutes les analyses concourent à nous montrer la nécessité de maîtriser les dépenses de santé et plus singulièrement les dépenses hospitalières. « *L'hôpital figure parmi les organisations les plus complexes et ses administrateurs s'efforcent de lui appliquer des modalités de gestion et de rationalisation semblables à celles qui prévalent dans les grandes entreprises* » (Paicheler, 1995, p.8).

L'hôpital est soumis à de profondes évolutions comparables à celles que connaissent les services et l'industrie, issues des demandes diversifiées des patients et de leur famille et donc à la recherche de la qualité, d'interdépendance croissante entre services voire entre hôpitaux. Et ces évolutions se produisent dans un contexte de préoccupation budgétaire de maîtrise des dépenses de santé contraignant à rechercher une meilleure efficacité du système. « *La santé est un bien marchand, en ce sens qu'il est, d'une façon ou d'une autre, vendu et acheté. Il est acheté par une clientèle de mieux en mieux informée et de plus en plus exigeante sur la qualité du "produit". Il est vendu soit par des entreprises nationales (hôpitaux publics) soit par des entreprises privées (hôpitaux privés). [...] Il n'y a donc aucun monopole. La monnaie d'échange est assurée par la "sécu" et les assurances ou les mutuelles complémentaires* » (Iborra, Johanet, 1989, p.75).

Traditionnellement, l'activité des établissements de santé se comptabilisait en lits, journées d'hospitalisation, entrées de malades, durée de séjour et taux de remplissage des lits, en hospitalisation complète ou incomplète (de jour, de nuit ou de semaine). Mais ces outils sont désormais inadéquats par leur absence de qualité économique et managériale. « *Progressivement, les hôpitaux sont sortis du cadre d'une gestion essentiellement comptable, patrimoniale et passive pour entrer dans l'ère de règles ou de pratiques empruntées au management des entreprises modernes* » (Bonnici, 1998, p.14).

On peut considérer que les hôpitaux sont entrés dans une phase spécifique de rationalisation, qui, pour le dire en termes wébériens, ne touche pas seulement à la manière dont les moyens sont mis au profit d'une fin, mais aussi à la définition même de l'activité.

« *Dans les évolutions des systèmes de santé on peut constater des transformations liées aux dynamiques de la normalisation qui participent aux politiques de santé. On constate en effet*

un développement des certifications qualité, des règles de sécurité, des dispositifs gestionnaires au plus près de l'activité. Ainsi les politiques publiques de ces dernières décennies ont cherché à introduire progressivement la dimension économique dans la décision de soin. L'instauration d'un système d'information de santé n'a pas seulement une finalité comptable et statistique mais elle tend à évaluer l'efficacité des activités thérapeutiques et soumettre l'activité médicale au contrôle de la représentation nationale et aux services de l'administration. Ces transformations ne sont pas sans effet sur les charges de travail, la répartition des activités et l'échange des informations, notamment parce qu'elles introduisent de nouvelles dépendances entre services. Ce travail d'organisation est d'autant plus complexe que différentes réformes se succèdent et sédimentent des pratiques, des règles, des habitudes qui se superposent sans toujours permettre le fonctionnement souple et réactif nécessaire aux professionnels » (Bercot, Mayere, 2009).

Toute entreprise propose un produit qu'elle doit vendre pour en tirer les bénéfices et par là même rentabiliser le capital investi. La notion de santé et d'économie semblent s'opposer. Le patient est-il un client, c'est-à-dire un consommateur ? Economiquement, les rôles du consommateur, du décideur et du payeur sont tenus par la même personne. Or, pour la santé, le consommateur c'est le patient, le décideur c'est le médecin et le payeur est l'organisme de remboursement (Sécurité sociale, mutuelle). Le consommateur recherche le meilleur résultat à moindre coût. Pour la santé, le consommateur est privé de calcul économique par l'impossible connaissance de l'avenir sur l'évolution de sa santé.

« La régulation marchande se fonde sur la confrontation producteur-consommateur. Cette confrontation est quasi inexistante dans la relation médecin-patient. Cette absence de confrontation s'appuie sur trois singularités de l'activité ou consommation sanitaire :

- la consommation sanitaire a des effets collectifs (vaccinations), et du même coup, devient utile pour l'ensemble de la population ;*
- la consommation sanitaire est relative à l'incertitude. La maladie et l'accident sont imprévisibles ;*
- la consommation sanitaire se rattache à l'asymétrie d'information entre le médecin et le patient » (Ribaut, Aromatario, 1991, p.180).*

Les notions économiques de l'entreprise - prix de revient, marge, bénéfice - ne sont pas présents à l'hôpital. Néanmoins, le directeur d'hôpital a un rôle de gestionnaire au même titre qu'un directeur d'entreprise.

L'hôpital est avant tout un service public devant assurer la continuité, l'égalité des soins et l'adaptation de l'hôpital aux besoins de la population. Pourtant, aujourd'hui, les restrictions

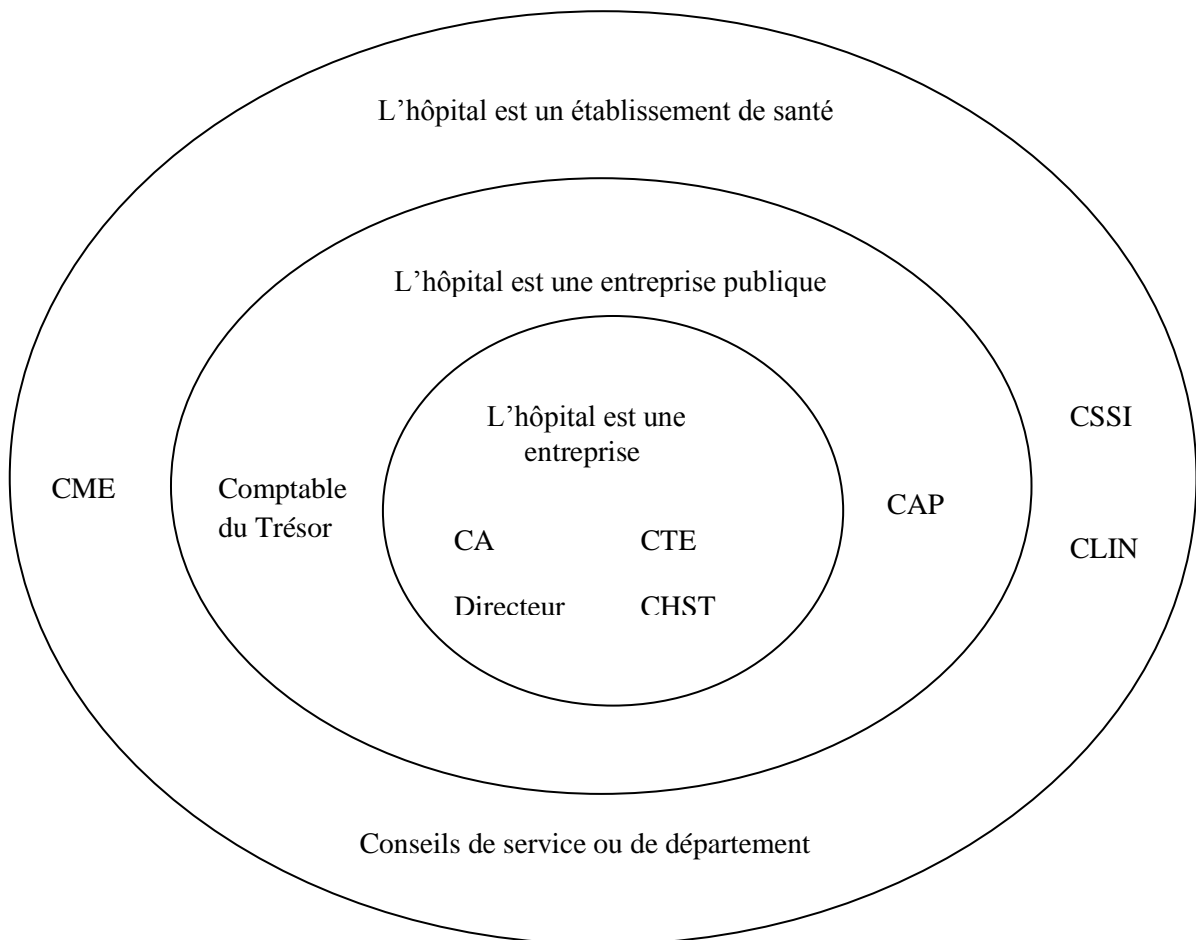
budgétaires s'imposent et les diverses mesures allant dans ce sens doivent être appliquées. L'hôpital est actuellement pris en étau entre le devoir de soigner, de satisfaire le besoin légitime des malades et l'obligation de se soumettre au contrôle de l'Etat et des financeurs, de soigner donc à moindre coût.

Jean De Kervasdoué montre que l'hôpital est à la fois une entreprise publique et un établissement de santé. (Kervasdoué, 2004, p.64) Selon lui, comme une entreprise, l'hôpital a pour organe de décision un conseil d'administration (CA) et un directeur, et pour organe consultatif un comité technique d'établissement (CTE) et un comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHST). De plus, l'hôpital peut, selon De Kervasdoué, être comparée à une entreprise publique puisque le directeur est ordonnateur des dépenses et les agents sont des fonctionnaires. Tout comme une entreprise publique, l'hôpital est soumis au contrôle financier et au Code des marchés publics et composé de commissions administratives paritaires (CAP). Le directeur d'établissement peut avoir à rendre des comptes devant la chambre régionale des comptes, la cour des comptes, les tribunaux administratifs, judiciaires ou pénaux. Il peut être contrôlé par l'Inspection générale des affaires sociales et plus rarement par l'Inspection générale des finances. Mais plus qu'une entreprise, l'hôpital est un établissement public de santé composé des commissions médicale d'établissement (CME) et du service de soins infirmiers (CSSI), d'un conseil de service et de département, et d'un comité de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN). Jean De Kervasdoué résume cet emboîtement institutionnel par le schéma suivant :

Schéma 3 : Emboîtement institutionnel (Ibid., p.71)

Instances décisionnelles

Instances consultatives



Le soin n'a pas de valeur économique, mais il est une valeur culturelle. Au sein de la structure hospitalière, les multiples catégories professionnelles développent des logiques différentes. Là où l'administrateur porte sur l'hôpital une logique de production de soins, le médecin ou l'infirmière y délivrent des soins et le malade les reçoit. Beaucoup d'auteurs considèrent de façon très schématique le soin comme une profession de service, mais un service qui implique la production d'un bien : le soin, des consommateurs : les patients, et des producteurs : les professionnels. Ce regard sur l'hôpital est également porté par nombre de politiciens dont les discours convergent pour freiner la croissance des dépenses de santé. « *L'institution hospitalière voudrait être gérée comme une entreprise économique où le rôle de l'Etat apparaît prépondérant* » (Autret, 2002, p.11).

L'organisation administrative de l'hôpital public est caractérisée par la lourdeur et la complexité organisationnelle. Selon Jean De Kervasdoué, « *l'hôpital est par nature une*

organisation complexe de par la multiplicité des rôles, des acteurs, des techniques et des attentes souvent contradictoires du public et des autorités de tutelle » (Kervasdoué, *op.cit.*, p.6). L'organisation hospitalière se caractérise par une multiplication de pouvoirs. Dans l'hôpital cohabitent de nombreuses fonctions : soignantes, médicales, techniques, administratives, etc. Il existe une hiérarchie entre ces fonctions, sans qu'aucune d'elles ne dispose de la connaissance globale permettant la seule décision. « *La hiérarchie entre les fonctions empêche la connaissance globale nécessaire à toute décision* » (Clément, 1993, p.171).

Selon Clément, aucun pouvoir au sein du système hospitalier n'aurait une prééminence sur l'ensemble au point d'assurer l'élémentaire coordination du système. (*Ibid.*, p.169) L'organisation hospitalière apparaît à ce titre dysfonctionnel et son caractère bureaucratique n'apparaît que plus évident. En fait, « *tout est fait par les soi-disant responsables pour qu'ils reportent sur leurs subordonnés leurs responsabilités. Le caractère hiérarchique n'est pas le moindre qui caractérise une institution bureaucratique. Cela va de pair avec l'élaboration d'une procédure qui permet l'expression de la hiérarchie en réglementant tous les aspects de la vie professionnelle de chacun* » (*Ibidem*).

Pour Max Weber, la bureaucratie constitue l'une des formes du "désenchantement du monde" et exprime le type même de la domination légale-rationnelle. (Weber, 1995) L'autorité y 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 de spécialisation des responsabilités, des droits et de l'autorité. Selon Max Weber, le type idéal de l'organisation bureaucratique est caractérisée par :²³

- une continuité des fonctions, l'agent n'est pas propriétaire de sa fonction et ne peut pas la transmettre ;
- un fonctionnement selon des règles impersonnelles et précises, sans affectivité et non adaptable à des cas particuliers ;
- une existence d'une hiérarchie et de modalités de contrôle ;
- une définition rigoureuse des postes, des fonctions et des compétences.

Si Weber voit dans cette impersonnalité un trait de la modernité garant de la rationalité, il méconnaît les effets pervers qui peuvent se développer au sein de telles structures.

Michel Crozier, dans sa définition de la bureaucratie, met l'accent sur ses faiblesses :

²³ Les critiques de cet idéal type sont néanmoins nombreuses : Merton, Selznick, Crozier, etc. sans être jamais fondamentalement remis en cause.

- un grand nombre de structures formelles, accompagnées d'un foisonnement de circulaires, notes de service, procédures, protocoles ;
- une peur de la relation en face à face, l'utilisation des procédures permet d'éviter cette relation ;
- une routine et un ritualisme. La rigidité et la référence à la réglementation deviennent des contraintes intégrées dans les comportements, l'importance donnée au facteur d'ancienneté amplifie ce phénomène ;
- une stratification et une spécialisation. De nombreux échelons hiérarchiques existent et la centralisation des décisions maintient éloignée l'instance de décision du niveau d'exécution. Les informations circulent difficilement entre la base et le sommet ;
- un fonctionnement par réseaux parallèles, le plus souvent en dehors de la ligne hiérarchique normale. (Crozier, 1971)

A priori, l'hôpital peut apparaître comme le type idéal de la bureaucratie. Henri Mintzberg décrit d'ailleurs l'hôpital comme une bureaucratie professionnelle²⁴ où domine le pouvoir de l'expert. (Mintzberg, 1981) L'expert s'identifie davantage à son corps professionnel qu'à l'organisation. Le professionnel dispose d'une expertise et d'une large autonomie²⁵ (c'est le cas en particulier des médecins). Cette bureaucratie professionnelle est décentralisée et démocratique. Pourtant, la complexité du système hospitalier est plus ardue encore.

Ainsi, d'après l'organigramme hospitalier, le personnel médical n'a pas de pouvoir hiérarchique, pourtant l'observation montre que les médecins exercent une autorité à tous les niveaux de la structure de l'hôpital : sur les infirmières, le personnel de service et sur les directeurs eux-mêmes lorsque les médecins font partie du conseil d'administration. Ainsi, *« on voit donc apparaître deux lignes d'autorité, l'une profane –représentée par l'administration- et l'autre professionnelle, incarnée par les médecins. La ligne d'autorité administrative s'impose à l'ensemble des personnels hospitaliers, il s'agit d'une autorité de nature bureaucratique qui fonctionne selon une hiérarchie clairement déterminée. En revanche, la ligne d'autorité médicale est de nature charismatique et l'une des caractéristiques du charisme est de braver les règles administratives »* (Carricaburu, Ménoret,

²⁴ Henri Mintzberg distingue la bureaucratie professionnelle de la bureaucratie mécanique, cette dernière étant fondée sur une autorité de position qui est de nature hiérarchique. Le pouvoir formel est clairement situé au sommet, les procédures sont très formalisées et les règles de communications formelles prolifèrent.

²⁵ Pour le dictionnaire Larousse, le terme d'autonomie dénote « l'indépendance, la possibilité de décider pour un organisme, pour un individu, par rapport à un pouvoir central, à une hiérarchie, à une autorité ». Mais ce terme a également une connotation plus vaste de valeurs affectives (comme l'indépendance et la liberté) qui viennent enrichir et perturber la signification du terme.

2004, p.28). La direction d'établissement et le corps médical disposent chacun de compétences et de zones de pouvoir spécifiques, leur activité est de nature différente, et de ce fait, la répartition du pouvoir est inégale. Selon Danièle Carricaburu et Marie Ménoret, le corps médical a un pouvoir d'influence largement plus important que celui de la direction administrative lorsque que l'on compare la complexité de leurs tâches, le statut professionnel des individus et l'importance sociale de l'activité. (*Ibid.*, p.29) Ainsi, bien que les médecins ne soient pas les hiérarchiques directes des infirmières, ils leur donnent des ordres. Jean De Kervasdoué part du constat que les hôpitaux existent pour permettre aux médecins et au personnel de soigner les malades qui se présentent. Or, il en déduit que l'organisation hospitalière fonctionnerait bien si l'on donnait le pouvoir aux seuls médecins. Mais il constate que cela n'a jamais été le cas : les ordres religieux, la royauté ou l'Etat sont toujours intervenus pour que le pouvoir des médecins ne soit pas absolu. (Kervasdoué, *op.cit.*, p.43) Dans l'organisation hospitalière, s'est mise en place une division du travail réglée autour de la profession médicale, prenant la forme d'une hiérarchie de paramédicaux. Anselm Strauss a montré comment le caractère professionnalisé du milieu hospitalier joue sur l'ordre qui s'y négocie. Des professionnels ou des "profanes", aux formations et aux objectifs divers se trouvent à des étapes différentes de leurs carrières et ainsi s'inscrivent dans des modes distincts d'investissement dans le métier. (Arborio, 2009, p.51)

Chaque corps de profession essaye de légitimer son pouvoir et sa place au sein de l'hôpital. Pour exemple, la commission médicale d'établissement est l'instance consultative la plus importante dans les établissements publics de santé. A côté, la commission du service de soins infirmiers, composée de trois collèges : cadre infirmier, infirmier et aide-soignante, et présidée par le directeur de service de soins infirmiers, sert surtout à légitimer la place et le rôle du personnel soignant non médical dans l'établissement public de santé. A cette complexité de l'institution hospitalière, il faut également de plus en plus prendre en compte la place grandissante de la technique, mais aussi les acteurs extérieurs qui font partie de l'environnement de l'hôpital : les réseaux, et les patients qui deviennent eux aussi de nouveaux acteurs du soin. *« Le nombre et la diversité des intervenants de l'hôpital vont en augmentant : en une semaine d'hospitalisation, un malade pourra voir jusqu'à une cinquantaine de personnes différentes se succéder auprès de son lit. La spécialisation extrême des praticiens, l'intervention massive de consultants externes renforcent la segmentation et l'éclatement du collectif de soin, avec des risques de retentissement sur les malades comme sur les personnels, plus spécialement les infirmières, car ce sont elles qui assurent l'interface*

principale entre les patients et la "machine" de l'hôpital » (Grosjean, Lacoste, 1999, p.4). L'hôpital doit repenser sa gestion dans le cadre de financements limités et redéfinir ses orientations en tenant compte des autres acteurs impliqués dans le système local de soins : le secteur privé, les médecins libéraux ou les CHU par exemple.

Dans ce système d'organisation hospitalière, l'individu est toujours le chef de quelqu'un et le subordonné de quelqu'un d'autre. C'est ce qui fait, selon Jean-Marie Clément que personne n'est réellement au sommet puisque même le Directeur est soumis à la tutelle de l'Etat. (Clément, 1993, p.170) Ce système de fonctionnement est autant présent entre les différentes fonctions qu'à l'intérieur de chacune de ces fonctions. « *L'hôpital n'est pas une entreprise mais une fédération de micro-entreprise que sont les services* » (Perot, 1989, p.30).

L'organisation hospitalière se caractérise pourtant par une juxtaposition de fonctions qui s'ignorent délibérément. « *L'ignorance entre les fonctions permet la toute-puissance de la hiérarchie* » (Clément, *op.cit.*, p.172). Ainsi, chaque fonction dispose de sa hiérarchie avec ses chefs et ses agents. La fonction soignante se trouve à l'intersection des fonctions administrative et médicale, et en subit les contrecoups. « *Pour les uns, l'encadrement soignant doit être un écran vis-à-vis de l'administration, pour les autres le même encadrement doit être un porte-parole et une courroie de transmission vis-à-vis des médecins* » (*Ibid.*, p.173).

Michel Crozier et Erhard Friedberg étudient l'organisation comme un phénomène autonome, obéissant à ses propres règles de fonctionnement, non dictées par des contraintes extérieures. L'hôpital est alors envisagé comme un ensemble systémique à l'intérieur duquel les différentes parties (c'est-à-dire de multiples systèmes) sont en interaction. Le système est ainsi caractérisé par l'importance de chacune de ses parties, dont il constitue au final plus que la somme, dans un "construit" humain collectif et contingent, au sein duquel la liberté des acteurs, réelle et relative, intervient à tout moment. (Crozier, Friedberg, 1977)

Depuis la fin des années 1960, la question de l'organisation hospitalière se complique pour trois raisons principales :

- Les avancées constantes et rapides de la recherche. Le domaine médicale et paramédicale se spécialisent toujours plus et les connaissances ne cessent d'augmenter accompagnées des outils, des méthodes et des savoirs-faires qui s'y rattachent.
- Les sommes engagées deviennent considérables et leur usage est bien entendu à surveiller

- L'exigence de qualité et de sécurité passe dans la pratique et exige des procédures écrites qui ne font pas partie des habitudes plus orales de l'hôpital. (*Ibid.*, p.45)

L'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur la compétence des professionnels. « *La notion de bureaucratie professionnelle développée par Henri Mintzberg met l'accent sur l'originalité de l'organisation hospitalière où les services, unité de production indépendantes et spécialisées, dominant. La spécialisation des unités hospitalières est forte et les tâches de coordination constituent une fonction critique essentielle. [...] Par ailleurs l'expertise spécialisée des professionnels n'est plus le seul fondement de l'organisation du travail : la logique statutaire joue un rôle de plus en plus important* » (Schweyer, 2003, p.247-248).

La loi "Hôpital, patients, santé, territoire"²⁶ de Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, a pour objectif de réorganiser le système hospitalier et surtout de répondre à son état de crise, de réformer en profondeur la régulation de la démographie médicale, et d'amener les hôpitaux publics à l'équilibre budgétaire en 2012. Globalement, les adversaires de la loi dénoncent une logique d'"hôpital entreprise" contenue dans cette réforme.

La rationalité et l'efficacité des coûts se retrouvent de plus en plus au cœur de la fonction hospitalière. C'est sans doute grâce à ses caractéristiques bureaucratiques qui présentent des aspects d'efficacité, comme le souligne Weber, que paradoxalement on parvient en partie à sauvegarder la qualité des soins. La multiplication des acteurs, l'augmentation quantitative et qualitative du personnel infirmier rendent nécessaire une organisation rationnelle. A ce titre, la production de protocoles, la définition rigoureuse des postes, des fonctions et des compétences permet de continuer à apporter des soins de qualité aux patients.

Les professionnels du soin doivent désormais intégrer la gestion dans leur activité, mais comment peuvent-ils équilibrer qualité de service et économie ?

²⁶ Le texte de loi a été adopté le 23 juin 2009 par l'Assemblée nationale et le 24 juin 2009 par le Sénat. Il est paru au Journal Officiel le 22 juillet 2009. Les textes d'application seront publiés vers la fin du premier semestre 2010.

5- Rationalité et qualité

Où se situent les soignants entre mission de soin et contraintes budgétaires ?

« Je pense que c'est plus la direction, parce qu'on est constamment dans un discours de restriction budgétaire, de faire de l'activité, d'être productif. On est constamment dans ce discours là. Le malade, où il est, on n'en sait rien, ils connaissent pas ; les soignants, on n'en parle pas. C'est quand même lui [le malade] le centre d'intérêt ! » (Emilie, cadre de santé)

Les professionnels du soin portent les valeurs de la profession soignante. Ils mettent en avant leur mission de soin et surtout la priorité de leurs activités donnée aux patients. Les cadres de santé se retrouvent en position difficile de faire et de faire faire de la qualité tout en devant gérer leur service à moindre coût.

La recherche de la qualité reste un facteur de réforme du management interne des établissements de santé. Selon Bernard Bonnici, cette pression économique conduit les établissements à privilégier la qualité et surtout à rechercher des solutions alternatives à l'hospitalisation classique. (Bonnici, 1998, p.83) Le concept de qualité des prestations hospitalières s'est imposé comme le moyen pour les établissements de s'affirmer sur le marché de soins où la concurrence n'a fait que croître. Néanmoins, entre pression économique et qualité, les professionnels semblent devoir travailler avec des ordres contradictoires. L'hôpital et donc les professionnels qui s'y trouvent doivent en effet fournir plus de qualité et de sécurité, tout en étant plus rationnel et en réalisant des économies.

Le concept de qualité à l'hôpital renvoie à la "démarche qualité" mise en œuvre dans les établissements. La qualité peut se mesurer par rapport à des normes en matière de matériel, de processus ou de qualification du personnel. Cette mesure est plus connue sous le terme de certification. Depuis 1996, tous les établissements de santé, du secteur public et privé, doivent s'engager dans cette démarche de certification.²⁷ L'accréditation fait partie de cette démarche. C'est une évaluation externe aux établissements de l'ensemble de leur fonctionnement et de leurs pratiques sous tutelles de la Haute Autorité de Santé (HAS). Le référentiel d'accréditation définit un certain nombre de critères permettant aux professionnels d'adopter

²⁷ Site du ministère de la santé et des sports, www.sante-sports.gouv.fr

un comportement "idéal". Ce référentiel porte principalement sur la coordination des soins et la formalisation des actions de chaque acteur dans le processus de soin.²⁸

La "démarche qualité" concerne ainsi l'ensemble des professionnels d'un établissement de soin. Elle apparaît à la fois comme un enjeu organisationnel pouvant mettre en lumière les dysfonctionnements managériaux ou les défauts de l'organisation, et un enjeu financier permettant d'éviter les dysfonctionnements coûteux. *« L'accréditation est ainsi présentée comme un outil de changement dans les établissements de santé, par la « qualité totale ». En fixant à chacun, quelle que soit sa place dans l'établissement, l'objectif inattaquable de l'amélioration de la qualité, l'accréditation est censée produire de l'action collective allant dans le sens d'une plus grande « rationalisation » des comportements (homogénéisation des pratiques soignantes, développement des actions transversales et amélioration de la coordination entre les différents services, etc.) et d'une plus grande participation de tous (élaboration collective des solutions aux « dysfonctionnements » rencontrés dans le travail quotidien) »* (Fraisie, 2003, p.155-156). Pourtant comme le rappelle Stéphane Fraisie, les médecins et les soignants ont toujours travaillé dans un souci de qualité, bien avant l'arrivée de l'accréditation. *« La « traçabilité » est censée régler désormais les rapports entre professionnels de santé, secteurs d'activité et directions d'établissements »* (Ibidem). La qualité se définit d'ailleurs différemment selon les professionnels. Les soignants la définissent selon des aspects plus relationnels : prise en charge, satisfaction, soins ; tandis que le corps médical s'appuie plus sur un référentiel technique : prise en charge, service, bon geste. Le vocabulaire des cadres de santé semblent se situer entre les deux logiques soignante et médicale. Ainsi, selon les recherches de Stéphane Fraisie, les cadres de santé négocient avec la direction les moyens de mise en œuvre de la démarche qualité dans l'établissement. Ils opèrent de fait une traduction entre direction et professionnels. (Ibidem)

²⁸ Disponible sur www.anaes.fr

Conclusion Chapitre 1 :

L'hôpital a subi de grandes révolutions depuis l'introduction de la technologie. L'évolution technologique a modifié l'organisation et le fonctionnement de l'hôpital, révolutionnant son architecture. La technologie modifie les rythmes de travail, la technicité des actes et entraîne une spécialisation toujours accrue.

Les dernières réformes, les plans "hôpital 2007" et "hôpital 2012", modifient le calcul des coûts du soin. La tarification à l'activité prend la place de la dotation globale. L'arrivée des pôles réunit des services aux activités communes ou complémentaires, positionnant les cadres supérieurs au sein d'une triade composée également d'un médecin et d'un cadre administratif. Le contexte de préoccupation budgétaire et de maîtrise des dépenses de santé contraigne les professionnels à rechercher une meilleure efficacité du système. La régulation des coûts devient une priorité. Des politiques de gestion privée sont de plus en plus intégrées dans la gestion du service public hospitalier. Mais l'hôpital est-il comparable à une entreprise ? Assurément non, le soin n'étant pas une marchandise et les patients n'étant ni des consommateurs ni des clients. La rationalisation définit désormais l'activité et les dépenses de santé doivent être maîtrisées. Définir l'hôpital comme une entreprise apparaît comme une source de facilité pour gérer son aspect économique. L'arrivée du concept de productivité à l'hôpital fait apparaître chez les soignants une préoccupation nouvelle de maîtrise des dépenses qui semble s'opposer à la culture professionnelle soignante, celle-ci étant plus tournée vers une logique de qualité de réponse aux besoins des patients plutôt qu'une logique de moyens. L'hôpital est une organisation bureaucratique professionnelle, caractérisée par une juxtaposition de fonctions et de hiérarchies, qui ne permet pas de l'assimiler à une entreprise. Paradoxalement, l'hôpital est également toujours plus en recherche de qualité.

En même temps qu'une maîtrise des dépenses, les professionnels s'inscrivent dans une "démarche qualité" d'accréditation et de certification. Mais la qualité revêt des définitions différentes selon les professionnels. Les cadres de santé sont alors les traducteurs de ces logiques.

Chapitre 2

De l'origine d'une fonction. Retour sur la profession d'origine des cadres de santé

Pour comprendre la fonction actuelle de cadre de santé, il est essentiel de revenir sur la profession d'origine, celle dont il est issu et qu'il encadre. La fonction de surveillante est issue de l'évolution de la fonction d'infirmière. Nous ne pouvons comprendre les activités et les compétences de l'encadrement si nous ne regardons pas les transformations de l'activité des infirmières. En effet, la fonction d'infirmière est une étape dans la carrière du cadre de santé issu de cette filière. Nous faisons ainsi l'hypothèse que le cadre en garde des valeurs et un certain rapport au soin et au patient. Ceci imprégnait certainement les manières de voir et le fonctionnement du cadre infirmier.

Ainsi, nous rappellerons rapidement l'évolution de la profession infirmière. Nous montrerons que le métier d'infirmière présente les attributs d'une profession et quelles sont les différentes étapes de conquête d'un statut reconnu. Nous ferons ensuite un point sur la génération actuelle des infirmières et des réformes sur leur formation. Nous nous demanderons pourquoi, à l'issue de ce passage dans le monde infirmier, certains d'entre eux décident de quitter le soin pur pour devenir cadre. Nous tracerons des catégories de motivation à l'entrée dans la fonction.

Ceci nous permettra dans un second temps de nous intéresser plus en avant à la carrière de ces soignants. Nous verrons les effets du genre sur cette fonction toujours surféminisée et sur les parcours. Nous ferons un point sur l'influence de la mobilité infirmière dans l'intégration à la fonction cadre. Ceci, afin de mettre en évidence le fait qu'au départ un cadre de santé est un professionnel attaché à des savoirs de métier spécifiques qui font référence dans la pratique de soin.

1- Incise sur l'évolution de la profession infirmière

Le métier d'infirmière se constitue institutionnellement à partir de 1870 et présente dès le début du XX^{ème} siècle toutes les caractéristiques d'une profession bien circonscrite : formation et recrutement spécifiques, déroulement de carrière, syndicalisation et organes propres d'expression, constitution d'un groupe social. (Leroux-Hugon, 1987, p.55) Les bonnes sœurs ne sont plus assez efficaces pour les médecins : elles sont trop ignorantes et trop prisonnières d'habitudes surannées. (Knibiehler, 1984, p.44) Passant d'un rôle d'accueil, de refuge pour les malades et les indigents, l'hôpital passe à une mission véritablement thérapeutique. « *Pour cette mission, l'hôpital veut recruter un personnel plus compétent, et dont les activités domestiques seront remodelées au service de l'hygiène. Le corps médical souhaite s'entourer d'auxiliaires, féminines de préférence, formées de telle sorte qu'elles sachent seconder l'action thérapeutique sans jamais empiéter sur le pouvoir du médecin* » (Ibid., p.47-48). Voulant rapidement laïciser le personnel hospitalier, des jeunes filles d'origine rurale sont formées hâtivement à des travaux essentiellement ménagers. Pour les former, des écoles municipales d'infirmières sont organisées. Ce sont des cours du soir, quotidiens, axés sur des cours primaires (lecture, écriture, calcul) et des cours professionnels. Cette formation, bien trop lourde, ne semble pas assez efficace. L'Assistance Publique décide d'ouvrir ses écoles d'infirmières. « *Pour gouverner ces jeunes filles [...] qui sont immédiatement intégrées à l'AP et rémunérées, on met au point un règlement intérieur strict et des programmes, alternant cours théorique le matin et applications l'après-midi au chevet des malades, sous la direction de monitrices. Les cours traitent d'anatomie, physiologie, hygiène, pharmacie, soins spécialisés, administration, cours d'électrothérapie et radiologie, mais aussi de cuisine et de service domestique. Les deux années d'études sont sanctionnées par un examen et la délivrance d'un brevet d'infirmière* » (Leroux-Hugon, op.cit., p.59). L'enseignement à l'école est ainsi mieux conçu : alternance entre théorie et pratique. Il permet la création d'un langage commun entre infirmières et médecins. Avec les évolutions thérapeutiques, sont créés des manuels qui décrivent exactement les formes codifiées du travail d'infirmière. Le corps médical commence à chercher des infirmières spécialistes, par exemple des panseuses en chirurgie. Malgré l'évolution indiscutable jusqu'en 1914 d'une répartition des tâches et d'une qualification plus accentuées, une « *ambivalence demeure et affecte pour longtemps l'image de l'infirmière* ». La description des tâches de l'infirmière entend faire appel aux compétences naturelles féminines. « *L'idéal de "la bonne ménagère"* »

imprègne les cours ». Comme le décrit le « *Manuel de l'infirmière* : « *La propreté est une des vertus essentielles de l'infirmière. [...] Vous êtes là pour nourrir [le malade], le soigner et le panser, le laver avec patience, avec précaution, avec délicatesse comme si vous étiez sa mère ou sa sœur...* » » (*Ibid.*, p.60).

A ces tâches se rajoutent les tâches administratives et thérapeutiques. L'évolution des soins se traduit par l'apparition de fonctions et de gestes nouveaux. L'infirmière doit respecter des actes précis : à un soin précis répond un geste adéquat, voire tout un mouvement du corps de l'infirmière. Certains rôles du médecin, peu à peu considérés comme viles, sont confiés aux infirmières.

Les actes techniques des infirmières n'ont cessé de croître en nombre et en difficulté suivant les progrès de la médecine. Dans le même temps, les infirmières ont essayé de « *contourner le problème de leur subordination à la profession médicale en élaborant une stratégie de professionnalisation avec la délimitation d'un champ d'exercice autonome placé hors de la responsabilité médicale, et désigné dans les textes officiels sous le terme de "rôle propre"* » (Bourret, 2006, p.35).²⁹ Les infirmières ont fait émerger des savoirs infirmiers spécifiques afin de s'adapter aux exigences techniques de la médecine. Le rôle propre infirmier peut être compris en s'inspirant des théories nord-américaines qui dissocient la prise en charge de la pathologie - le cure, de celle de la personne - le care. Il y a dès lors distinction entre les savoirs infirmiers issus de la médecine (cure) et ceux issus des sciences humaines (care). En 1988, un mouvement de contestation infirmière demande l'abrogation du décret Barzach de décembre 1987. Celui-ci propose d'ouvrir la formation d'infirmière à des personnes non titulaires du baccalauréat ou d'un niveau équivalent. Ce décret, motivé par un manque d'élèves dans les écoles d'infirmières, fut analysé par le mouvement infirmier comme une dépréciation du niveau de la formation. Au-delà de la demande d'abrogation de ce décret, d'autres revendications apparaissent. Ces dernières portent sur la reconnaissance du champ de compétence de l'infirmière, de son rôle propre et de son statut et s'accompagnent d'un refus des notions de vocation et de charité héritées des religieuses. (Acker, 2003, p.283-284) En

²⁹ Article R. 4311-3 : « Relèvent du rôle propre de l'infirmier ou de l'infirmière les soins liés aux fonctions d'entretien et de continuité de la vie et visant à compenser partiellement ou totalement un manque ou une diminution d'autonomie d'une personne ou d'un groupe de personnes. Dans ce cadre, l'infirmier ou l'infirmière a compétence pour prendre les initiatives et accomplir les soins qu'il juge nécessaires conformément aux dispositions des articles R. 4311-5 et R. 4311-6. Il identifie les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier, formule des objectifs de soin, met en œuvre les actions appropriées et les évalue. Il peut élaborer, avec la participation des membres de l'équipe soignante, des protocoles de soins infirmiers relevant de son initiative. Il est chargé de la conception, de l'utilisation et de la gestion du dossier de soins infirmiers. » ; Décret n°81-539 du 12 mai 1981, reconnaissant les actes de soins infirmiers du rôle propre.

1993, la publication des règles professionnelles infirmières constitue l'aboutissement de cette démarche de professionnalisation.

Dès le début de la profession infirmière, l'infirmière s'est référée à un modèle médical pour exercer le soin. Aujourd'hui, c'est le soin qui définit son rôle en s'appuyant sur un modèle conceptuel infirmier, dans une dimension holistique de la santé avec le support d'un raisonnement basé sur le diagnostic. « *Cette spécificité infirmière se traduit par deux types d'intervention : des actes de soins que l'infirmière est habilitée à accomplir sur prescription médicale ; des actes de soins relevant de son rôle propre. Elle identifie alors les besoins de la personne, pose un diagnostic infirmier³⁰, formule des objectifs de soins, met en œuvre des actions et les évalue* » (Accart, Pasty, 1995, p.25).

Dans leur ouvrage, « Les infirmières, ni nonnes ni bonnes », les auteurs montrent que tout en assumant des tâches de plus en plus techniques, les infirmières gardent une forte polyvalence. Dans les services de pointe en particulier, l'infirmière fait contrepoids à l'hyperspécialisation médicale et à la dépersonnalisation du malade que cette hyperspécialisation induit. Les infirmières gèrent l'interdépendance dans les soins entre le technique et le relationnel. Malgré cette polyvalence ces auteurs démontrent que peu d'actes de soin leur sont exclusifs. Leur activité est en effet définie dans les termes d'"actes en délégation". (Saliba, Bon-Saliba, Ouvry-Vial, 1993, p.82-85) Le médecin délègue à l'infirmière des gestes médicaux. L'infirmière délègue elle aussi à l'aide-soignante certains gestes ou ceux que les auteurs nomment des attributions d'ordre relationnel. Cette logique de transfert a donc lieu vers le bas. C'est un glissement de rôles qui permet au statut inférieur une promotion de l'activité, mais cela peut aussi créer un flou dans la délimitation des rôles et des compétences de chaque groupe de professionnels. Les délégations sont ainsi le résultat de jeux d'influence constants et évolutifs entre la profession et ses partenaires. (Paicheler, 1995, p.6)

« *L'activité technique occupe 89% des textes après 1950 nécessitant en 1955 la création de la fonction d'aide-soignante pour suppléer l'infirmière dans les autres activités. [...] Dans le programme de 1979, la profession est décrite à but technique, le décret de compétence de 1984 contient 60% de technique* » (Jouet Le Pors, 2004, p.33). Dans le décret de compétence de 1993, 36 actes relèvent du rôle propre infirmier.

³⁰ A la différence du diagnostic médical, dont le but est un examen clinique de la personne afin de poser un diagnostic médical puis la description de la pathologie en vue d'une prescription médicale, la démarche du diagnostic infirmier est de s'intéresser avant tout au patient et notamment à son comportement quant aux symptômes et la maladie. Le diagnostic infirmier s'effectue dès le début de la prise en charge du patient. Ce diagnostic permet de mettre en avant les besoins du malade.

La fonction infirmière comprend l'analyse, l'organisation et l'évaluation des soins infirmiers et leur dispensation soit sur prescription médicale, soit dans le cadre du rôle propre infirmier. Les infirmières concourent à l'établissement du diagnostic, effectuent des soins spécifiques sur prescription ou conseil médical, et réalisent divers travaux administratifs nécessaires à l'exécution de ces soins et à la bonne marche du service. « *Les soins infirmiers, eux, visent à protéger, maintenir, restaurer ou promouvoir la santé et l'autonomie des fonctions vitales des personnes, en tenant compte des données physiques, psychologiques, socio-économiques et culturelles de la personne soignée* » (Accart, Pasty, *op.cit.*, p.25). Les soins infirmiers ne sont donc pas uniquement de nature technique, mais également de nature relationnelle et éducative. On demande aux infirmières qu'elles assurent la pratique des soins avec une compétence technique indiscutée, mais également qu'elles assurent une présence humaine, à l'écoute du malade et de son entourage. D'un service à l'autre, la nature du travail est très différente. Certains services demandent davantage de compétences techniques que de faire appel aux compétences relationnelles.

La dimension relationnelle de la profession soignante est fortement investie par les infirmières. « *Beaucoup la regardent comme la dimension spécifique du travail infirmier, alors même que le caractère technique de leur activité tend, dans les faits, à s'accroître* » (Saliba, Bon-Saliba, Ouvry-Vial, *op.cit.*, p.83). Certains courants professionnels représentés par des cadres de santé ont cherché à faire reconnaître une méthodologie d'approche du malade, la démarche de soins. Cette démarche « *vise à ordonner les étapes du processus de soins et à offrir, aux soignantes et surtout aux enseignantes, un cadre conceptuel qui permette d'aborder le soin infirmier – y compris dans ses aspects techniques – à travers une "prise en charge globale" du malade* » (*Ibid.*, p.84). Afin de favoriser l'apprentissage d'une prise en charge personnalisée du malade, dès 1974 est introduit dans l'enseignement des écoles d'infirmières le "plan de soins", c'est-à-dire une programmation des interventions de l'infirmière au lit de chaque malade et adaptée à son cas individuel.

Les infirmières ne font plus de simples gestes d'exécution mais ceux d'infirmières autonomes, décidant d'actes engageant leur responsabilité. Ainsi le rôle propre infirmier ne se réduit pas qu'aux seuls soins d'hygiène et de réconfort, mais ce rôle demande à l'infirmière de s'approprier la démarche de soins. (Ripoche, 2007, p.33-34) La prévention et les soins des escarres, par exemple, relèvent du rôle propre de l'infirmière. Il appartient alors à l'infirmière de prendre les précautions qui s'imposent. Si des complications surviennent et que la preuve

peut être apportée qu'aucune prévention n'a été mise en œuvre par l'infirmière, il y a alors une négligence de sa part, ce qui constitue une faute professionnelle en raison d'un défaut de soins. Comme le terme le mentionne "rôle propre" signifie que l'infirmière ne doit pas attendre de directives. Quand elle pose une perfusion par exemple, il lui appartient d'en assurer la surveillance.

« Je veux dire, une infirmière ne peut pas se contenter de faire un rôle qu'on lui demande de faire. C'est-à-dire distribuer des médicaments, prendre des tensions, faire des pansements, y'a tout autour, faut regarder autour du patient ce qu'il se passe. Y'a plein de choses qui ne sont pas dites et qu'on peut voir. » (Sabine, cadre de santé)

L'infirmière doit écouter et observer le patient. Ce rôle propre est ainsi fait d'un ensemble de compétences relationnelles et d'analyse.

« Je pense pas qu'on forme un profil d'infirmière. Y'a des valeurs et des qualités indispensables, hein : la rigueur, la disponibilité, l'écoute etc., mais y'a pas vraiment de profil. On est tous différents, c'est ce qui fait qu'on a une richesse, et en étant différent, on peut répondre à des besoins différents de la population, puisque la population est aussi différente. Par contre, je pense qu'il y a des traits de caractère qui sont rédhibitoires dans ce métier là. L'égoïsme, l'antipathie, le ras le bol de l'humain, ça oui par contre. On peut avoir des défauts qui ne peuvent pas être en raccord avec ce métier. Par contre, je ne pense pas qu'on ait vraiment un profil d'infirmières. » (Léonie, cadre formateur IFSI)

Ce rôle propre de l'infirmière ne crée pas pour autant une unique infirmière stéréotypée. Il n'existe pas un métier d'infirmière mais une multitude d'infirmières, chacune avec sa manière d'assumer son rôle propre. Le rôle propre de l'infirmière lui donne de l'autonomie. L'aspect plus relationnel ou plus technique de l'infirmière est fonction de ses aspirations individuelles mais également du service dans lequel elle travaille. Un service de soins de suite par exemple qui consiste en une rééducation physique du patient, à sa réadaptation à la vie quotidienne, exigera de l'infirmière d'utiliser un aspect plus relationnel que technique de son rôle propre. Les soins de suite c'est essentiellement accompagner la vie quotidienne des gens : les toilettes, les repas, les déplacements, très peu de soins techniques en bref. A l'inverse, un service de chirurgie dans lequel le patient se trouve la majorité du temps de son séjour sur la table d'opération exigera de l'infirmière d'utiliser plus son rôle technique. L'infirmière est-elle alors réellement polyvalente comme l'on peut le croire ?

« La polyvalence, on a commencé à parler de polyvalence quand on a commencé à parler de pénurie. Les gens sont polyvalents sur des axes de soins, c'est-à-dire une infirmière est capable de faire un pansement dans n'importe quel service, de faire une prise de sang dans n'importe quel

service. Par contre, si on considère l'infirmière comme une exécutante, oui, elle est polyvalente. Si on considère que l'infirmière, c'est autre chose qu'une exécutante, mais qu'elle a aussi toute une expertise clinique, la polyvalence a ses limites. » (Céline, cadre de santé)

L'infirmière doit adapter son rôle propre à l'exigence du service. La polyvalence est alors un apprentissage. La polyvalence infirmière doit restée sectorielle, managée et organisée. Ainsi, une infirmière peut intervenir soit

- dans un domaine d'activité sur une seule spécialité (exemple : plusieurs service de médecine neurologique) ;
- dans un même domaine d'activité sur deux spécialités (services de médecine urologique et néphrologique) ;
- dans une même spécialité sur plusieurs domaines d'activité (la cardiologie en médecine, chirurgie, réanimation, consultation)
- dans un même secteur géographique (chirurgie cardiaque et gériatrique) (Le Gougec, 2007, p.17).

Pourtant, la position des infirmières reste dominée dans l'espace hospitalier du fait même de sa subordination au corps médical. *« On peut se demander si les cadres ont accompli leur mission de défense des membres du groupe dans leur rapport collectif aux autres professionnels et de conquête de territoires autonomes. La persistance d'une place mineure dans les relations professionnelles est un échec pour les élites du groupe qui n'ont su imposer leurs intérêts collectifs »* (Langlois, 2008, p.133).

En effet, bien que la mise en place de la ligne hiérarchique infirmière ait tenté de compenser cette position globalement dominée, l'écart avec le corps médical et la position de subordonnée ont été maintenus. Isabelle Feroni parle à ce sujet d'une « impasse collective » de la profession soignante qui n'est que trop partiellement compensée par l'accès aux carrières de cadres. (*Ibidem*) En outre, les conditions de travail infirmier ont été modifiées par les évolutions des politiques de santé ; la multiplication des normes, les exigences de traçabilité alourdissent le travail. Les infirmières ne paraissent plus avoir un temps suffisant pour s'occuper des patients et réaliser ce qui constitue le cœur du métier : le soin. *« Nous faisons l'hypothèse que les inflexions actuelles des politiques de santé et de gestion des institutions ont des effets sur le travail des infirmières et rendent plus difficile l'articulation entre les représentations des soins développées par la profession et les conditions réelles de leur mise en œuvre quotidienne »* (Acker, 2003, p.304).

Les nouvelles générations d'infirmières

Depuis 2000, 26 000 futurs infirmiers entrent chaque année en IFSI³¹ ; en 2008, ce sont 28 900 inscrits en école d'infirmière. (Jakoubovitch, 2009, p.19) En 2004, 947 instituts de formation aux professions paramédicales ont formé 108 601 étudiants inscrits dans ces filières. Plus des deux tiers d'entre eux se préparent au métier d'infirmier, et 17 % à celui d'aide-soignant. Plus de la moitié des étudiants sont aidés financièrement, essentiellement les formations d'infirmier, d'aide-soignant et d'auxiliaire de puériculture. Entre 28 % et 59 % des étudiants suivant l'une de ces trois formations travaillaient déjà l'année précédant leur inscription. (Dantan, Marquier, 2006, p.1) Les nouveaux inscrits en 2008 sont majoritairement des bacheliers, issus des séries Scientifique et Science Médico-Sociale. Sur 24 081 étudiants présentés au diplôme, 21 566 l'ont obtenu. (Jakoubovitch, *op.cit.*, p.19)

Tableau 2 : Situation principale des nouveaux inscrits en 1^{ère} année de formation en 2008, l'année précédant leur formation (Ibid., p.22)

Situation principale au cours des douze derniers mois précédant l'entrée en formation	Nombre de nouveaux inscrits
Etudes secondaires (niveau inférieur ou égal au bac)	6 920
Classe préparatoire à l'entrée dans la formation actuelle	6 669
Emploi dans un autre secteur	3 709
Emploi dans le secteur hospitalier	3 493
Etudes supérieures (hors préparation formation actuelle)	2 730
Première année d'étude du 1 ^{er} cycle des études médicales en faculté de médecine (PCEM1)	1 991
Chômage	1 255
Autre formation paramédicale que celle suivie actuellement	342
Même formation suivie dans un autre établissement	119
Participation à un dispositif de formation professionnelle	109
Inactivité liée à la maladie ou à la maternité	128
Autre cas d'inactivité	394
Non réponse	435
Total des nouveaux inscrits en 1 ^{ère} année	28 294

Au travers de ce tableau, nous voyons que la majorité des entrants en école d'infirmière ou IFSI est issue du lycée ou d'une classe préparatoire au concours d'entrée. Viennent ensuite les personnes ayant déjà une activité professionnelle dans un autre secteur que le secteur hospitalier, et les individus exerçant déjà à l'hôpital (aide-soignant etc.)

³¹ Rapport Mission « Démographie des professions de santé » (2002), p.93

Actuellement en France, la formation infirmière est assurée par des Instituts de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) agréés par le ministère chargé de la santé. Les IFSI appartiennent majoritairement à la fonction publique hospitalière et sont donc gérés financièrement par les hôpitaux, quelques instituts appartiennent à la Croix-Rouge française, et quelques uns dépendent de l'éducation nationale.

Les instituts en soins infirmiers ont pour mission :

- la formation initiale des infirmières et des aides-soignantes ;
- la formation préparatoire à l'entrée dans les instituts de formation en soins infirmiers ;
- la formation continue incluant la formation d'adaptation à l'emploi ;
- la documentation et la recherche en soins infirmiers.

Les instituts sont gérés par des directeurs, généralement cadres de santé ayant exercé la fonction de formateur dans un IFSI auparavant. Ces directeurs sont accompagnés d'une équipe pédagogique constituée de formateurs, ayant souvent des statuts différents : cadre de santé, surveillant des services médicaux détaché à l'enseignement, infirmière faisant fonction. Actuellement, le nombre de formateurs constituant l'équipe pédagogique est établi sur une base théorique d'1 formateur pour 18,5 étudiants.

« L'hôpital a besoin de nous, parce que chaque année, y'a 25 infirmières qui restent à B. C'est important, parce que si y'aurait pas ça, l'hôpital aurait fermé je pense. Il y a un manque de lien entre l'école et les besoins de recrutements. L'hôpital est en manque d'infirmières, mais aussi de manipulateurs radio. Il faut travailler plus avec la direction des soins, je pense qu'on va aller plus dans ce sens en septembre, après je vais peut-être avoir des désillusions avec les contraintes économiques. Y'a des cadres qui me disent : « on a plein de stagiaires mais finalement on n'a pas d'infirmières qui viennent. » - « Mais tu te trompes, on vous en donne un peu près 25 chaque année. » Ils ont l'impression de travailler pour rien, mais y'a tellement de pénurie que... Etouffer à encadrer des élèves et que finalement y'a pas de retour. Mais c'est complètement faux. Mais pour eux, c'est insuffisant. Mais je pense que si on travaillait plus ensemble, on arriverait encore plus à retenir les gens. Je dis que nous en tant que formateurs, on n'est pas assez sur l'hôpital, on devrait être plus présents. »
(Léa, cadre de santé formateur et directrice adjointe d'IFSI)

Le lien IFSI – hôpital est nécessaire, d'une part au recrutement des nouveaux agents opérationnels grâce aux stages, et d'autre part pour assurer une continuité de formation entre théories et pratiques. Le nouveau programme d'enseignement depuis septembre 2009 accentue d'ailleurs ce lien en augmentant le nombre d'heures de stage des étudiants.

Nouveau programme d'enseignement en IFSI, 2009 :

La refonte de la formation des élèves infirmiers a mis en place un nouveau programme en 2009. Le programme d'études en IFSI étant resté inchangé depuis celui de 1992. Le programme de 1992 reste en vigueur jusqu'en 2011 pour les étudiants en cours mais le nouveau programme est applicable aux étudiants entrant en première année de formation à compter de la rentrée de septembre 2009.

Les champs d'apprentissage du diplôme recouvrent dix compétences :

➤ Cinq compétences "cœur de métier" :

- 1) Évaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine des soins infirmiers
- 2) Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- 3) Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
- 4) Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
- 5) Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs

➤ Cinq compétences "transverses", communes à certaines professions paramédicales et qui doivent être validées pour le métier d'infirmier :

- 1) Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- 2) Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
- 3) Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- 4) Organiser et coordonner des interventions soignantes
- 5) Informer et former des professionnels et des personnes en formation

L'ensemble de la formation se déroule sur trois ans, soit six semestres de vingt semaines chacun, soit 4200 heures: 2100 heures de formation théorique et 2100 heures de formation clinique. Le temps de travail personnel complémentaire est estimé à 900 heures. La charge globale de travail de l'étudiant est de 5100 heures.

Répartition des 180 crédits européens

1. Enseignement en institut de formation : 120 ECTS, dont
 - Sciences contributives au métier infirmier : 42 ECTS
 - Sciences et rôles infirmiers : 66 ECTS
 - UE transversales : 12 ECTS
2. Enseignement clinique en 7 stages : 60 ECTS
 - S1, un stage de 5 semaines
 - S2, S3, S4, S5, un stage de 10 semaines
 - S6, un stage de 15 semaines au total en deux périodes de 10 semaines maximum

Les unités d'enseignement sont en lien les unes avec les autres et contribuent à l'acquisition des compétences. Elles couvrent six champs :

- 1 : Sciences humaines, sociales et droit,
- 2 : Sciences biologiques et médicales,
- 3 : Sciences et techniques infirmières, fondements et méthodes,
- 4 : Sciences et techniques infirmières, interventions,
- 5 : Intégration des savoirs et posture professionnelle infirmière,
- 6 : Méthodes de travail.

Le référentiel de formation du diplôme d'Etat d'infirmier est ainsi constitué de 36 matières de formation réparties dans 59 unités d'enseignement pour permettre une progression pédagogique cohérente.

Avec ce nouveau programme, l'accent est donc mis sur le temps passé en stage, c'est-à-dire sur la pratique sur le terrain.

« Y'a des savoirs, et les savoirs ils les apprennent aussi dans les stages, les savoirs, les savoirs-être et les savoir-faire bien sur. Ils acquièrent des choses ici, mais beaucoup de choses en stage. Leur métier, je pense que c'est dans les stages qu'ils l'apprennent. » (Léa, cadre formateur et directrice adjointe d'IFSI)

Autre nouveauté, l'apparition des crédits européens, donc d'une passerelle vers l'université.

Le programme de formation infirmière de 1992, dans une approche par contenu à deux dimensions, alternait connaissances théoriques et pratiques. Le programme 2009, dans une approche par compétences intégrées, doit permettre de construire des savoirs, dans une approche par concepts, constituant les ressources (Unités d'enseignement disciplinaires et professionnelles). Les quatre types de stages constituent les "familles de situation", par lesquelles tout étudiant doit être passé et avoir pratiqué les activités professionnelles spécifiques à la famille considérée. Le but est que l'étudiant soit capable d'analyser sa pratique et faciliter les transferts à d'autres situations, à s'adapter. L'étudiant sera alors capable d'agir avec compétence en situations. Guy Le Boterf distingue « Avoir des compétences », c'est-à-dire avoir des ressources pour agir, sans forcément être capable de les combiner au bon moment dans la situation et « Agir avec compétences » qu'il définit comme être capable de mettre en œuvre des pratiques professionnelles et des combinaisons de ressources pertinentes. (Rufin, 2009)

« Mais les patients se plaignent que les infirmières rentrent dans leur chambre faire les soins et qu'après elles repartent aussi tôt. Elles ont plus le temps de rester cinq minutes à discuter. Et encore moi, je suis en soins de suite, où les infirmières n'ont pas trop de soins techniques, donc elles peuvent se permettre de rester un peu plus longtemps dans les chambres. La prise en charge relationnelle, c'est un soin. On apprend ça à l'école d'infirmière. Les gens sont frustrés dans leur métier en ce moment. » (Sabine, cadre de santé)

Quelle place l'émotionnel tient-il dans l'apprentissage des techniques ? *« L'impression première est en effet que chaque soignant, avec sa propre personnalité, son éthique personnelle, se débrouille pour gérer ses émotions dans la relation avec le malade. Pourtant, en ce domaine, les conseils et les réflexions sont de plus en plus nombreux et précis. Dans le sillage de la psychanalyse puis, de plus en plus de la psychologie cognitive comportementale,*

le "travail émotionnel" que doit nécessairement réaliser tout "professionnel" est de plus en plus formalisé par les manuels à destination des soignants, dans les discours des cadres et des formateurs » (Loriol, Weller, 2005, p.46-47). Ce travail émotionnel comporte deux faces : un contrôle par le soignant de ses propres émotions, et l'introduction d'émotions désirables chez le patient permettant de faciliter le soin. Pour être efficace, ce travail émotionnel doit bien entendu être invisible et ne pas apparaître comme un travail. « *Ce travail est proche des compétences sociales ordinaires que chacun met en œuvre dans sa vie de tous les jours et implique plus la personnalité de celui qui le met en œuvre que d'autres types d'activités. De fait, il est généralement géré de façon informelle et spontanée par le collectif de travail* » (Ibidem). Le risque étant d'arriver à une prescription de techniques émotionnelles qui entraînerait une déshumanisation du soin.³²

« Comme j'ai des manques d'infirmières ou d'aides-soignantes, j'ai des infirmières du 2eB qui sont venues aider et qui disaient à leur cadre qu'elles voyaient pas pourquoi elles venaient parce qu'il n'y avait rien à faire en soins de suite. Je pense que c'est parce qu'elles voient que le côté technique des soins et pas assez le relationnel. On est rentré un peu dans ce cercle là avec les nouveaux diplômés. [...] Au début des études, nous la première année, on faisait que des soins de confort, c'est-à-dire que le rôle d'aide-soignante, notre rôle propre en fait. La première année, on faisait que ça, on apprenait que ça : toilette, aller aux WC, enfin que ces choses là. Maintenant elles n'ont plus à faire ça. Dès la première année, elles ont droit de faire des pansements, des prises de sang, des médicaments. » (Sabine, cadre de santé)

La nouvelle génération semble, selon les cadres de santé actuels, ne pas assez se préoccuper de la partie care de leur fonction. Cette évolution est soulignée par les cadres comme provenant de la formation qui s'est trop orienté vers la technique. Pourtant, les infirmières actuelles mettent en avant leur rôle propre. Il semble donc y avoir un écart dans l'idéal du travail de care entre les deux générations.

Par l'évolution de sa formation, la profession infirmière gagne en reconnaissance. En se dotant d'un statut académique en sortant la formation de l'hôpital pour la transposer à l'université, la formation infirmière se rapproche de la formation médicale. Les changements de terminologie sont un indice de cette volonté de changement de statut. Le décret de 1992³³ instaure le terme d'étudiant à la place de celui d'élève infirmier, et celui d'Institut de

³² Marc Loriol et Jean Marc Weller traitent plus en détail de l'enquête d'Angelo Soares au Canada sur une "McDonaldisation du travail infirmier" dans laquelle nous ne rentrerons pas ici.

³³ Décret n°92-264 du 23 mars 1992, article 4, JO n°72 du 25 mars 1992

formation en soins infirmiers à la place d'école d'infirmières. Mais c'est l'année 2002 qui marque une accélération dans ce sens. L'arrêté du 8 janvier 2002³⁴ stipule que le diplôme d'Etat d'infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licence de sciences de l'éducation. La réforme en cours de la formation des professions de santé donnerait à l'ensemble des professions de santé une première année universitaire commune. Cette réforme entraînerait un changement juridique des structures des IFSI, ainsi qu'une refonte de l'enseignement pour la profession infirmière. Le but est de permettre à tous ces professionnels d'acquérir une culture commune dans un but de décroisement, et de multiplier les chances d'accéder à une profession de santé et de se réorienter plus facilement. (Meyer, 2003 ; Debouzie, 2003) Cette proposition de loi n'a pas été adoptée selon les mêmes termes à l'Assemblée Nationale en décembre 2008 ni au Sénat en février 2009. Les sénateurs ont repoussé les dispositions de cette proposition d'un an. Finalement, après adoption, cette année commune concerne uniquement les études médicales, odontologiques, pharmaceutiques et de sage-femme. Cette année s'ouvre également à certaines formations paramédicales dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de l'enseignement supérieur.³⁵

La question de l'avenir de la profession infirmière, en termes d'effectifs, est préoccupante, en atteste la pyramide des âges, qui au 1^{er} janvier 2002 relevait un vieillissement de la population. (Sellier, 2005, p.3) Il faut espérer que l'élargissement des quotas comble *a minima* cette pénurie. Ainsi, les quotas d'entrée des étudiants en première année d'IFSI étaient en 2001-2002 de 25 402 étudiants (Jakobovitch, *op.cit.*), et de 30 514 étudiants en 2009-2010.³⁶ (Isambart, 2009)

La pénurie que connaît actuellement la profession peut donner une autre image de ce métier aux nouvelles générations. Cette pénurie est-elle due à un désengagement des nouvelles générations vis-à-vis d'une profession qui n'aurait plus une image attractive (contraintes horaires et spatiales, rémunérations, conditions de travail...) ? Il faut être prudent car la pénurie actuelle des professions de soin est due à un cumul de plusieurs explications. Le premier facteur de pénurie généralement pointé par l'ensemble de la profession est

³⁴ Arrêté du 8 janvier 2002 relatif aux diplômes d'Etat préparés en trois ans ou plus permettant l'exercice d'une profession de santé ou d'une profession paramédicale donnant accès de plein droit à certains diplômes nationaux de licence, JO n°34 du 9 février 2002

³⁵ Loi 2009-833 relative à la première année commune aux études de santé (PAES), JORF n°0266 du 17 novembre 2009 ; et arrêté du 28 octobre 2009

³⁶ Sur l'ensemble des régions françaises, métropolitaines et outre-mer

l'institution du quota limitant le nombre annuel d'entrées dans les instituts de formations. Une mauvaise estimation des besoins pourrait conduire à cette pénurie.

Dernièrement, les quotas d'entrée en première année ont été revus à la hausse.

« Les étudiants, ils sont dans une galère, moi je les ai trouvé très... C'est beaucoup de social. C'est vrai que les quotas ont été augmentés, donc c'est vrai qu'ils sont de plus en plus bas dans la liste, donc c'est vrai qu'il y en a certains qui sont pas forcément au niveau pour poursuivre correctement. Y'en a aussi qui sont rentrés dans cette branche en se disant : voilà j'aurai un métier derrière, alors qu'ils sont pas forcément faits pour. » (Corinne, étudiante IFCS)

Associer la pénurie que connaît actuellement la profession infirmière à une dévalorisation de la profession est donc un raccourci trop rapide. D'autres facteurs entrent certainement en ligne de compte. Fabienne Midy, dans un document de travail réalisé dans le cadre d'une initiation à la sociologie, s'est interrogée sur ce sujet. Elle fait l'hypothèse que certains déterminants sociaux pourraient expliquer cette représentation erronée qui incombe à ces professionnels :

➤ Le premier déterminant est la place des femmes dans la société en général et dans les relations professionnelles, ce que nous étudierons un peu plus loin dans notre thèse.

➤ Le deuxième déterminant est relatif à la place des sciences et des techniques dans la société. Fabienne Midy se demande si la promotion de la science médicale que connaît notre société depuis la seconde moitié du XX^e siècle ne fait pas ombre à la profession infirmière qui elle a toujours joué la carte du côté humain et relationnel du soin, installant alors la fonction infirmière dans une position de subordination. Néanmoins, l'auteur avoue que le mouvement inverse s'est initié : la notion de soins glisse vers la notion de santé, privilégiant ainsi les notions de confort et de qualité de vie. La profession infirmière a pris conscience de cette opportunité en confirmant son rôle spécifique (son rôle propre) et la plus-value qu'elle apporte par rapport au médecin.

➤ Le dernier déterminant proposé par Midy est le déni que la société française fait actuellement de la mort qui s'étend aux professionnels chargés de cet aspect du soin. (Midy, 2002, p.18-19)

L'explosion technologique au niveau des soins a contribué à l'amélioration de certaines tâches très répétitives, très fastidieuses, que les soignants n'ont finalement plus à faire aujourd'hui. Cela peut créer une différence de rapport à son métier entre les générations qui ont connu la réalité passée et les générations actuelles. Faisons un point sur ces progrès :

① Apparition et utilisation d'un matériel stérile et jetable. Cela a donné aux professionnels un gain de temps en supprimant les procédés de stérilisation.

② Apparition du matériel de manutention et de prévention. Les lits électriques, les matelas anti-escarres permettent d'offrir des soins de meilleure qualité, tout en soulageant les infirmières des tâches physiques lourdes.

③ Les nouvelles technologies. Elles permettent d'automatiser et de sécuriser certains actes : les scopes, appareils à dialyse, scanners, imagerie etc. (Midy, 2003, p.5)

Dans le même temps, les infirmières perçoivent de nouvelles contraintes : réductions des durées de séjour hospitalier, manque d'effectifs et augmentation du travail administratif, qui pèsent sur la charge de travail.

Après un retour rapide sur la profession infirmière, il nous reste à comprendre pourquoi certains professionnels du soin décident d'entamer une carrière d'encadrement.

Vocation à devenir cadre ?

Le choix de devenir cadre de santé n'est pas anodin dans un parcours professionnel car il engage la personne vers une autre fonction, un autre métier. La transition sera d'autant plus réussie que l'individu aura entrepris une réflexion approfondie sur son choix de carrière. On peut considérer que « *la motivation concerne l'aspect dynamique de l'entrée en relation d'un sujet avec lui-même et avec le monde* » (Aubert, 2005, p.15). La motivation est ce qui pousse l'individu à agir. En ce sens, l'individu est actif. La motivation oriente les comportements vers un objectif déterminé. « *Crozier estime que la motivation première de chaque acteur est de chercher à maximiser sa position dans l'organisation et à influencer pour faire passer ses intérêts* » (Montserrat, 2004, p.115). De la théorie de Maslow sur la pyramide des besoins (Maslow, 1943) au modèle d'Herzberg sur les différents facteurs intervenants sur la motivation (Herzberg, 1975), les recherches sur la motivation sont multiples. Nous allons voir quels facteurs poussent ou non un infirmier à devenir cadre de santé.

Regardons tout d'abord les raisons, évoquées par les cadres de santé, qui freinent l'entrée dans la fonction d'encadrement. Les éléments que nous allons évoquer sont mobilisés chez plusieurs auteurs dont Françoise Acker. (Acker, 2000, p.36-39)

➤ Le premier frein à la fonction d'encadrement est le désir du soignant de rester sur le "terrain", au "contact" du patient. Le cadre de santé est alors perçu par ces professionnels

comme purement gestionnaire, trop éloigné du cœur du métier soignant. Les actes professionnels de soignant, l'image des soins réparateurs peuvent fournir aux infirmiers des « *bénéfices narcissiques* » (Gerard, Plazanet, Roger, 2004, p.125). Beaucoup de soignants ne désirent donc aucunement quitter le soin et leur activité auprès des patients.

➤ Dans la continuité du désir de contact avec le patient, nous trouvons, comme autre raison de ne pas devenir cadre, le désintérêt pour la fonction d'encadrement. Cette raison est généralement liée à la précédente. En plus de ne pas vouloir quitter le soin, certains individus ne désirent pas du tout gérer le personnel et le service ou prendre des responsabilités plus hautes. Ce nouveau métier ne les intéresse tout simplement pas.

« Oh la, la, si tu savais Sabine, je suis contente de ne pas avoir réussi mon école de cadre et d'être restée infirmière ». J'ai une autre collègue en médecine interne, éventuellement elle voulait faire l'école des cadres, mais bon. Sa collègue infirmière qui m'a remplacé quand je suis partie de médecine interne, elle me dit : « Quand je vois comment vous galérez, je reste infirmière ». Donc elle a développé d'autres capacités au niveau infirmière, elle a fait un DU éducation diabète, tout ça. Mais non, ça lui donne pas envie. Et quand on discute comme ça, non, les infirmières nous disent : « on est bien à notre place ». » (Sabine, cadre de santé)

➤ Le désintérêt pour la fonction d'encadrement peut d'ailleurs souvent s'accompagner d'une image négative et dévalorisée de cette fonction. Les soignants ont souvent une image négative et dévalorisante de la fonction d'encadrement. Vue comme trop gestionnaire, stressante et pas assez reconnue, la plupart des soignants ne désirent pas, malgré le fait d'effectuer des remplacements réguliers pour certains, entrer dans cette fonction.

« Ici, en pneumologie, non. Non, pas d'infirmière qui souhaite faire l'école des cadres. J'ai trois personnes qui me remplacent quand je suis absente, d'accord, mais ils ont pas du tout le projet de faire l'école des cadres. Ils ont pas du tout le projet, c'est parce qu'ils connaissent bien le travail, parce qu'ils remplacent le cadre quand elle est pas là, ils le font parce qu'ils ont l'habitude de le faire et que ça ne les gêne pas, mais le projet de l'école des cadres, non. Parce qu'ils ont dit : « on peut pas tout faire en même temps. Gérer l'équipe et les plannings, on a toujours le nez sur les plannings. » Le planning, ça c'est un truc, ils en avaient assez. Même quand ils me remplacent, ils sont toujours sur le planning. C'est quelque chose de vraiment très lourd pour eux. » (Kaori, cadre de santé)

« Non. Alors là, non. Bon, on n'avait pas demandé qu'à moi, mais en dehors de moi je ne sais même pas si quelqu'un a répondu favorablement. Et là, pareil. Bein quand ils voient un petit quand même ce que ça représente en charge de travail etc., en soucis aussi, non. » (Marina, faisant fonction cadre supérieur de santé)

➤ Enfin, une dernière raison évoquée par les enquêtés est leur appartenance à un service en perpétuelle avancée technologique, où l'apprentissage est constant. *« Les infirmières qui acquièrent une expertise dans un domaine clinique, ne souhaitent pas ou retardent le moment d'entrer dans la fonction cadre. Il est vrai que l'expertise nécessite un temps de contact long avec les patients et un investissement professionnel lourd. Si l'infirmière sait faire évoluer et valoir cette expertise, il est probable qu'elle juge cette progression professionnelle suffisamment riche pour ne pas être incitée à devenir cadre »* (Schabanel, 2007, p.75). Certains services, en particulier tous ceux qui relèvent d'une grande technicité et machiniste (laboratoire, imagerie, radiologie etc.) ont la particularité d'être en constantes avancées technologiques. Les soignants rentrent ainsi beaucoup moins vite que dans les autres services dans une routine. Ils ont alors l'impression de toujours apprendre et d'avoir encore beaucoup à recevoir de leur fonction.

« Quand on est technicien de laboratoire, en plus un laboratoire polyvalent, on peut apprendre toute sa vie. Parce qu'ici, il y a de l'hémato, de l'immunomatho, de la bactério, de la viro, de la paratho. Donc j'ai fais plusieurs secteurs. Mais quand vous quittez un secteur pendant six mois, un an, vous revenez dans un secteur que vous avez connu, les choses ont déjà évolué, les techniques, enfin bon. Donc on peut apprendre toute sa vie. En plus on travaille avec des médecins. Ils sont toujours disposés à nous répondre quand on leur pose des questions. Vraiment on peut apprendre. » (Marina, faisant fonction cadre supérieur de santé)

Quels sont donc les éléments déclencheurs d'une motivation à devenir cadre ?

L'image que les infirmiers ont de leurs cadres peut influencer sur leur motivation à devenir cadre. La plupart des enquêtés ont une image négative de leurs cadres, mais cela ne les empêche pas de vouloir devenir cadre à leur tour. *« Inconsciemment, tous les enquêtés sont aussi dans une forme de reconstruction et de réparation de leurs anciens parcours professionnels. On retrouve donc chez eux la phraséologie du changement positif avec cette tendance à vouloir finalement imposer le changement. [...] Autrement dit, devenir cadre pourrait être la seule issue permettant à la fois de "réparer" une image professionnelle ternie ou heurtée tout en s'éloignant d'un univers chargé d'émotions et de souvenirs refoulés »* (Benevise, 2000, p.38 et 41).

Plusieurs autres raisons poussent ainsi le soignant à devenir cadre, si l'on se réfère aux recherches de Françoise Acker : enseigner et devenir formateur pour transmettre des savoirs et des expériences ; faire évoluer la profession au travers des projets et de leur proximité avec la hiérarchie soignante ; exercer des responsabilités ; découvrir d'autres aspects de la profession ;

et enfin par projet professionnel d'évolution de carrière. (Acker, *op.cit.*, p.36-39) Nous retrouvons ces raisons suite à nos entretiens. Après avoir évoqués, avec les cadres interrogés, leur parcours, nous les avons questionné sur les éléments qui les ont incités ou menés à devenir cadres de santé. Quatre grands types de motivations à devenir cadre en sont ressortis.

① Intéressons nous tout d'abord à la motivation économique. Selon Frederick Taylor, le travail est un besoin économique. C'est la première approche de la motivation fondée sur l'aspect financier et la recherche de gain. (Montserrat, *op.cit.*, p.28)

Les deux tableaux suivants font voir la situation de rémunération des cadres de santé comparativement à celle des autres cadres hospitaliers et selon les spécialités infirmières.

Tableau 3 : Rémunérations des cadres de santé et primes selon les spécialités (en Euros, avec primes annuelles incluses) (Jacques, 2007, p.28-29)³⁷

Emplois	Début de carrière	Fin de carrière
Infirmier cadre de santé	1 741,72	2 732,26
Infirmier cadre supérieur de santé	2 428,86	2 934,85
IADÉ cadre de santé	1 937,82	2 934,33
IADÉ cadre supérieur de santé	2 629,72	3 138,76
IBODE cadre de santé	1 850,07	2 846,58
IBODE cadre supérieur de santé	2 540,50	3 050,02
Infirmière puéricultrice cadre de santé	1 850,07	2 846,58
Infirmière puéricultrice cadre supérieur de santé	2 540,50	3 050,02
Directeur des soins 2 ^e classe	2 264,02	3 195,82
Directeur des soins 1 ^{ère} classe	2 691,10	3 527,99
Coordonnateur des soins	2 691,10	3 674,66

Tableau 4 : Rémunération mensuelle nette de certaines catégories de personnels non médicaux de la fonction publique hospitalière (en euros, hors primes et indemnités, valeur novembre 2005) (Bonnici, 2007, p.121)

Emplois	Début de carrière	Fin de carrière
Personnel de direction	1 530,21	4 359,66
Cadre administratif	1 431,22	3 225,40
Cadre de santé	1 542,59	2 643,84
Sage-femme	1 435,34	3 023,30
Agent administratif	1 480,72	1 620,95
Infirmier	1 266,24	2 198,39
Manipulateur en électro-radiologie	1 266,24	2 198,39
Aide-soignant	1 134,25	1 559,08

³⁷ Notes de bas de page, chiffres identiques selon le « Guide des carrières des personnels de la fonction publique hospitalière » édité par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS).

Ces deux tableaux font apparaître que la spécialisation infirmière d'origine est un facteur important de différenciation des rémunérations des cadres. Dans le même temps, un cadre de santé en fin de carrière touche (hors prime) moins qu'un cadre administratif. Le cadre de santé est en fin de carrière la catégorie du personnel d'encadrement qui est la moins bien rémunérée. En fait, les interviewés soulignent clairement que l'aspect financier est loin d'être une motivation à l'encadrement.

« La petite différence est que les infirmières anesthésistes sont dans la catégorie des cadres A. Donc, nous avons un salaire plus élevé puisque nous avons fait la spécialité. Nous sommes payés par rapport à la grille comme un cadre A. En faisant la formation de cadre, on passe dans cette catégorie de cadre A, mais que je suis déjà. Donc, en termes de salaire, je pense que ça ne m'amènera rien, peut-être même que je perdrai de l'argent. [Elle rit] Je ne pense pas que je vais perdre de l'argent mais je ne vais pas en gagner. Peut-être qu'entend que cadre, je serais moins rémunérer, parce que en tant qu'infirmière anesthésiste je pouvais effectuer des gardes et travailler les dimanches et jours fériés et parvenir ainsi à augmenter mon salaire de 500 à 1000€. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

En effet, les infirmiers, et d'autant plus lorsqu'ils sont spécialisés, reçoivent une rémunération supérieure liée aux heures supplémentaires. A l'inverse des cadres de santé qui ne comptent pas leurs heures, les infirmiers ont la possibilité de travailler en plus les week-ends et jours fériés, pouvant ainsi encore augmenter leur rémunération.

La motivation pour le changement de statut correspond donc plus à l'attrait des avantages que peuvent offrir cette fonction qu'au seul besoin économique. Cela concerne d'ailleurs plus les cadres de santé formateurs.

« Parce que les élèves m'intéressaient, parce que j'étais cadre et que j'avais vu le type d'infirmières que je voulais et surtout quel type d'infirmières je ne voulais pas. Voilà, et je me suis dit bien tiens je vais m'orienter vers la formation. Et parce qu'il faut se l'avouer aussi, dans ma vie personnelle, il m'était plus profitable d'intégrer un IFSI où j'avais plus des horaires de bureau, même si j'ai beaucoup de travail personnel à la maison, et comme j'ai des enfants de bas âges, ça me profitait de commencer à 9h et de finir à 17h. Ça me permet d'emmener les enfants à l'école par exemple. » (Léonie, cadre formateur IFSI)

« Le fait de travailler que du lundi au vendredi, à heures fixes, d'avoir toujours le samedi-dimanche de repos, de ne pas faire de nuit, non, non, non, les bénéfiques secondaires... A un moment donné, ça faisait pencher la balance du côté cadre, mais là, non. » (Sabine, cadre de santé)

Néanmoins, le profil de cadre motivé par le seul aspect économique est assez rare. Les avantages que peut offrir la fonction ne suffisent pas à la motivation de devenir cadre, il faut

qu'elle soit combinée à un autre profil. En effet, ces petits avantages sont vite contrebalancés par les ingérences de la fonction. 12% des cadres voulaient surtout devenir formateur du fait de leur attrait pour l'enseignement et la formation. La presque totalité d'entre eux reconnaissent néanmoins un certain nombre d'avantages qu'ils peuvent tirer de ce poste : horaires fixes sans modification intempestive, les congés du week-end, l'autonomie dans le travail et les plages horaires par exemple.

Cette motivation se combine finalement avec les deux autres motivations suivantes que nous avons tirées de nos enquêtes.

② Le deuxième type de motivation à l'encadrement, analysé dans notre recherche, est la mobilité. La mobilité peut être un facteur de motivation. Elle peut contribuer à satisfaire les besoins de reconnaissance d'autrui et de réalisation de soi. Elle permet l'accomplissement de soi, le développement de la responsabilité et l'intérêt du travail. Elle est une des modalités de l'accroissement des compétences et des expériences identifiées par Deci et Ryan. Leur théorie repose sur le principe que la motivation interne est suscitée par le besoin de chaque travailleur de se sentir compétent et autodéterminé. (Le Gouguec, 2007, p.13) L'individu cherche à satisfaire des besoins de compétence à travers l'accroissement de ses capacités à agir efficacement sur l'environnement par l'accumulation de connaissances et d'expériences. La mobilité volontaire qui permet à l'individu de s'autodéterminer en construisant son parcours professionnel, et de mieux agir sur son environnement en accumulant les expériences rentre dans ce cadre. La motivation peut aussi s'inscrire dans un désir d'apprendre. (Bercot, 1999)

L'expérience, la maîtrise des actes infirmiers, la connaissance de l'organisation des soins et de quelques activités inhérentes à la fonction (suite ou non à une délégation : commandes, animation de groupe en tant que référent etc.) sont autant de déclencheurs possibles d'une décision d'évolution professionnelle. L'infirmière évoque alors son impression d'avoir fait le tour de sa fonction. Les différentes spécialisations des infirmières leur permettent également de renouveler l'intérêt de la pratique. L'évolution constante de la profession, dans son innovation technologique et technique, explique aussi le choix de rester infirmière. Cependant, l'absence de perspectives d'évolution peut peser à un certain nombre d'infirmières. C'est alors un désir de sortir d'une certaine routine et de se lancer de nouveaux défis qui ressort.

« Et moi à un moment donné, je me suis dit j'apprends, j'apprends, j'apprends, et je ne donne rien, j'avais envie de sortir... On est un peu la tête dans le guidon, et moi j'avais envie de sortir et essayer de faire partager ces données. » (Marina, faisant fonction cadre supérieur)

Les futurs cadres se retrouvent alors dans une optique de projet professionnel, de choix de carrière.

Selon les phases du cycle de vie d'occupation d'un emploi décrit par Montserrat, le professionnel passe par plusieurs phases marquant des performances. Au départ, il se situe dans une phase exploratoire, puis en situation d'apprentissage, pour arriver dans la phase de maîtrise de son activité. A ce moment du cycle, soit le professionnel tombe dans une phase de routine et de démotivation marquant une baisse de ses performances ; soit il rentre dans une phase d'innovation et d'évolution professionnelle afin d'améliorer encore ses performances. (Montserrat, 2004, p.184) Ce cycle résume bien les phases d'occupation d'un emploi de soignant. A un moment donné de sa carrière, la routine provoque chez le soignant le besoin d'évoluer afin de ne pas se démotiver. C'est alors la possibilité de devenir cadre qui s'offre à lui. Les infirmières évoquent souvent dans leur parcours une impression d'avoir fait le tour de leur fonction au bout de quelques années et le besoin d'aller voir ce qui se passe dans un nouveau service, d'apprendre une nouvelle façon de faire. Certaines infirmières arrivent à un point où elles ont l'impression d'avoir totalement fait le tour de la fonction infirmière. Il ne leur reste alors que la possibilité de changer totalement de lieu d'exercice (quitter le public pour le libéral ou le privé) ou d'évoluer hiérarchiquement en devenant cadre de santé.

« Et puis, j'avais l'impression d'avoir fait le tour, et puis je me disais mince j'en ai un peu marre d'être tout le temps entre les jambes des patients, et si je vais dans un autre service au bout de deux ans j'aurais à nouveau l'impression d'avoir fait le tour, et puis je voulais faire autre chose. [...] Donc j'avais l'impression d'avoir fait le tour de la fonction infirmière, c'est partout pareil. C'est pas qu'on n'a pas d'autres connaissances, on acquiert d'autres connaissances, mais dans la fonction en elle-même j'avais l'impression d'avoir fait le tour. » (Kaori, cadre de santé)

Quelques cadres de notre enquête disent être devenues cadres de santé parce qu'ils avaient le sentiment d'avoir fait le tour de leur métier d'infirmiers. C'est alors souvent plus une envie de soignant de « faire autre chose » qu'une réelle envie de devenir cadre de santé qui ressort de ce type de motivation.

③ Autre type de motivation à la fonction cadre développé par nos enquêtés, le goût du management et le désir de prise de responsabilité. « Parmi les motivations à la fonction, figure également le besoin, avoué ou inavoué, de pouvoir. Selon l'ampleur de ce besoin, les pratiques managériales seront différentes et auront des répercussions plus ou moins positives sur les équipes » (Schabanel, 2007, p.75).

« Moi la prise de responsabilité m'a toujours intéressé quoi. C'est pour ça que j'ai eu ce parcours rapide quoi. Voilà, moi j'avais pas l'intention de rester professionnel de base, quoi. Je n'ai rien contre..., mais je me sentais des qualités de management, à l'époque je le disais pas comme ça mais voilà [Rire]. J'étais capable d'entraîner, de mobiliser une équipe autour des projets. » (Nadine, cadre supérieur de santé)

Beaucoup de cadres révèlent ce goût qu'ils avaient déjà infirmiers de la prise de décision, du souci du travail bien organisé et bien fait.

« Petit à petit j'ai commencé à prendre des initiatives. Quand je voyais qu'un soin n'était pas fait, je commençais à dire à mes collègues, j'aurai peut-être pas du à certains moments, je leur disais : « ouais mais attends, tu dois faire ton travail là. » Je me suis un peu fait ramasser à certains moments, ils avaient raison de toute façon. Donc je voyais que petit à petit... et je me suis dit bien pourquoi pas. D'autant plus que moi j'ai jamais été quelqu'un qui adore les soins techniques. J'ai toujours été plus dans le relationnel. Donc je savais qu'en étant cadre, j'allais pas regretter tout ce qui est technique. Au contraire, j'allais être débarrassée. » (Sylviane, cadre de santé)

20% des cadres interrogés sont devenus cadres de santé parce qu'ils avaient envie de prendre des responsabilités et de manager une équipe. 16% des interrogés évoquent une volonté de faire « changer les choses ». « Le positivisme se fait particulièrement ressentir par l'absence de considérations matérielles dans la satisfaction apportée par la situation de cadre : ni le salaire (12%), ni les rythmes de travail (17%), ni le statut cadre (4%) ne jouent sensiblement sur les motivations. A l'inverse, se sont des facteurs positifs qui sont explicatifs : le goût de faire changer les choses (48%), de l'autonomie professionnelle plus grande (56%), du management de personnes (59%), de la vision d'ensemble (61%) » (Sainsaulieu, 2008a, p.54). La paie, le statut et l'avis de l'autorité hiérarchique (médicale, paramédicale ou direction) importent dans ce cas moins que ce que l'on fait pour le patient. Les professionnels qui deviennent cadres de santé car portés par une volonté collective plutôt qu'une réelle motivation personnelle à exercer des fonctions managériales s'engagent finalement dans cette fonction sans avoir renoncé à la fonction soignante. Ils rencontrent dès lors des difficultés à mobiliser les ressources organisationnelles et humaines aidantes lors de leur immersion dans la fonction.

④ Un dernier profil d'infirmiers devenus cadres ressort de nos analyses. Il rassemble ceux qui ne semblent pas avoir eu de motivations particulières à devenir cadre, mais qui ont intégré cette fonction « *par la force des choses* », de « *façon progressive* » ou en « *faisant progressivement des remplacements* » au sein de leur service.

« Ça c'est fait de façon progressive en fait. J'avais commencé progressivement à faire les plannings, à organiser le service, à faire les remplacements pendant les vacances et après, ça s'est fait naturellement disons. » (Etienne, cadre de santé)

« Lors de mon deuxième congé maternité, donc en 92, avant de reprendre, j'ai ma cadre sup et ma cadre qui m'ont téléphoné : ils m'ont proposé de remplacer ma collègue de cardiologie qui partait en congé mater à son tour, pour 6 mois. J'ai dit oui pourquoi pas, je savais déjà que je ne voulais pas rester infirmière, être cadre. Donc, pendant six mois je l'ai remplacé. Non, non, moi je me voyais infirmière jusqu'à la fin de ma carrière. Ça est arrivé petit à petit, un cadre de santé à l'époque était assez dynamique, qui avait bien vu chacune d'entre nous dans quoi on était doué en fait. Donc comme je suis quelqu'un de très organisée, elle m'a mis très tôt à la remplacer. Elle m'avait mis à la remplacer un jour par ci, par là, ou une semaine entière quand elle s'absentait. A l'époque on avait encore la chance de mettre une infirmière, à la remplacer. Donc c'est venu petit à petit. » (Sabine, cadre de santé)

Beaucoup de cadres ont atterri dans cette fonction poussés par leurs supérieurs hiérarchiques qui voyaient en eux des capacités de cadre et qui leur ont offert des remplacements. Pour beaucoup ce n'était pas une volonté délibérée de base de devenir cadre de santé. 28% des cadres témoignent qu'ils ont été poussés par leur hiérarchie pour devenir cadres. 8% seulement parlent d'une logique de carrière et d'une « *continuité naturelle* » dans leur profession. Comme soulignée par Nicole Béneise, cette recherche de promotion est plus présente encore chez les infirmières qui ont fait faisant fonction ou effectuées des remplacements, ou qui ont débutées comme agents ou aides-soignantes. C'est alors surtout une motivation au pouvoir que leur confère leur nouvelle situation qui les pousse vers l'encadrement. (Beneise, 2000, p.26)

Ainsi, le souhait de devenir cadre est en majorité lié aux conseils et à l'incitation de leurs supérieurs hiérarchiques. Le soutien de la candidature au concours d'entrée pour la formation cadre de santé par la hiérarchie est d'ailleurs déterminant. En effet, la réussite au concours d'entrée n'est pas le seul enjeu, le financement par l'établissement de soin est un facteur de décision de rentrer en formation. Geneviève Picot montre que les femmes se présentent au concours lorsqu'elles sont soutenues par leur hiérarchie et encouragées par leur entourage.

Les hommes, eux, n'attendent pas ce soutien : se présenter au concours correspond à une suite logique après quelques années d'exercice infirmier. (Picot, 2008, p.108-109)

⑤ Le dernier type de motivation à la fonction cadre est liée à la "fuite des soins", mais ce facteur est un facteur rarement évoqué par les cadres. On pourrait supposer que monter au niveau de l'encadrement peut permettre de s'éloigner des patients dans le contact direct à la souffrance. Monter cadre serait une sortie par le haut des difficultés du métier soignant. Pourtant être cadre en service de soin, n'éloigne pas du patient, de sa famille, de la promiscuité et des souffrances. Au contraire, s'y rajoute le mal-être de l'équipe. Prendre de la distance physique avec le patient n'empêche en rien le piège fusionnel du prendre soin du malade, de sa famille et de l'équipe soignante. Les cadres se retrouvent en première ligne pour gérer les conséquences des souffrances par rapport à l'absentéisme et au burn-out des agents, mais également par rapport à l'agressivité des familles.³⁸

Selon Emmanuel Langlois, « *l'orientation vers le métier de cadre permettrait aux infirmières de se soustraire à ce qu'Eliot Freidson appelle les "dilemmes du métier d'infirmières". En épousant le cercle administratif et gestionnaire, elles espèrent s'affranchir de l'emprise médicale et du champ clinique. Vouloir devenir cadre, c'est chercher à sortir du malentendu historique qui entoure la profession infirmière, d'une image qui n'a jamais été totalement nette* » (Langlois, 2008, p.153). Pourtant cette image de femme mue par une vocation, à l'ordre d'un homme (le médecin) et faisant partie d'une sous-profession ne disparaît pas lorsqu'elle devient cadre, au contraire.

Les raisons ou motivations à devenir cadre sont multiples et surtout sensiblement entremêlées. Nous venons de voir que le désir de mobilité est une raison forte du choix du passage du soin à l'encadrement. Nous allons donc maintenant nous concentrer sur cet aspect important dans la carrière d'un soignant, mais également sur les effets du genre dans le choix du parcours professionnel.

³⁸ Nous reposerons cette question de la fuite des soins au chapitre 4, en particulier dans le cas des formateurs qui ne sont plus au contact direct des patients, de leur famille et donc de sources de souffrance.

2- Carrière de soignante. Mobilité infirmière et mobilité de cadre de santé

La fonction soignante est désignée par l'apparition du mot "infirmier ou enfermier" en 1398, dérivé du terme d'enfermerie (1288), issu lui-même du latin "infirmus" signifiant faible, qui manque de force, qui est atteint d'infirmité. L'appellation d'infirmière est devenue courante dès la fin du XV^e pour désigner la sœur infirmière. (Duboys Fresney, Perrin, 2002, p.9)

Les métiers de femmes s'inscrivent dans le prolongement des fonctions dites naturelles, maternelles et ménagères. Ce modèle de femme qui aide, soigne et console s'épanouit dans les professions d'infirmière, d'assistante sociale ou d'institutrice. (Perrot, 1987, p.3) « *Des qualifications réelles déguisées en "qualités" naturelles et subsumées dans un attribut suprême, la féminité : tels sont les ingrédients du "métier de femmes", construction et produit du rapport des sexes* » (Ibid., p.4).

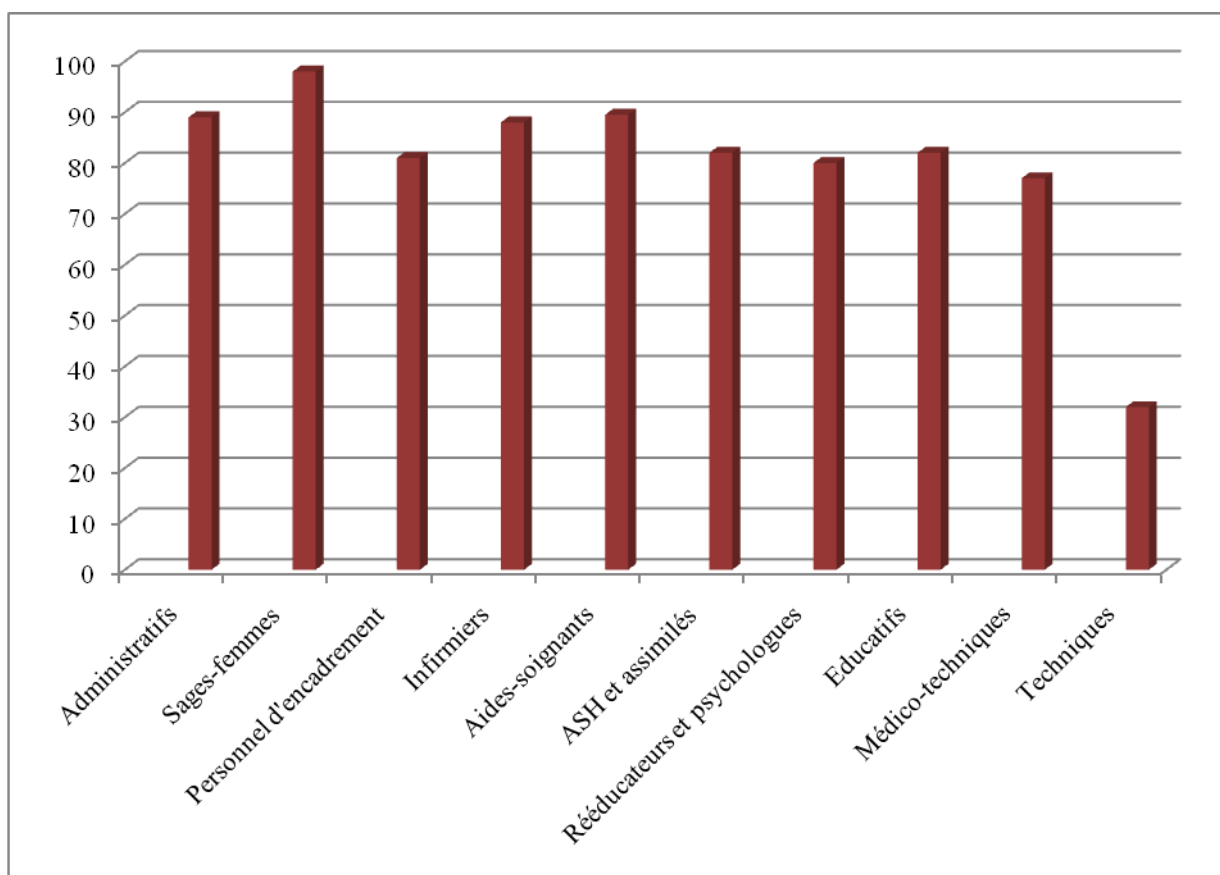
Métier féminin, dès son début, comment se positionnent les rôles féminins et masculins dans les différents services hospitaliers ? Pour comprendre le rôle de l'encadrement soignant, il semble nécessaire d'étudier l'attribution genrée des rôles.

Au 1^{er} janvier 2007, 87,2% des infirmiers étaient des infirmières.³⁹ En 2003, 76% des professionnels de la santé⁴⁰ étaient des femmes, elles n'étaient que 71% en 1983. Selon Sabine Bessière cette tendance à la féminisation devrait se poursuivre avec l'arrivée des promotions nouvellement diplômées de plus en plus féminisées, en particulier dans les professions médicales restées jusqu'alors les plus masculines. (Bessiere, 2005, p.19)

³⁹ Ministère de la santé et des solidarités, DRESS, répertoire ADELI, www.ordre-infirmiers.fr

⁴⁰ Professionnels médicaux et paramédicaux

Graphique 1 : Taux de féminisation en 2007 (en pourcentage)



Champ : France métropolitaine et DOM
Sources : DREES, SAE 2007, données statistiques

La plupart des professions de santé sont traditionnellement féminines telles sage-femme, orthophoniste, orthoptiste, aide-soignant, agent de service hospitalier, infirmier, psychomotricien, ergothérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, qui compte plus de 70% de femmes. Seul le secteur technique est majoritairement représenté par un personnel masculin. La part des hommes dans les différents services féminisés augmente pourtant progressivement : elle a doublé sur les trente dernières années dans le secteur hospitalier public (6,7% en 1975, 14,5% en 2002)⁴¹.

« Assister les malades dans ces fonctions [se lever, manger, se laver, s'habiller, dormir etc.] a longtemps été assuré dans le seul cadre domestique, suivant les usages socialement constitués : quels que soient les essais de rationalisation a posteriori par les professionnels de l'hygiène, ces gestes relèvent d'abord de savoirs profanes, de savoir-faire socialement acquis, dans le cadre de la famille ou de l'école » (Arborio, 1996, p.87).

⁴¹ Rapport 2004 de l'Observatoire nationale de la démographie des professions de santé

Ainsi, Anne-Marie Arborio explique que les médecins se sont entourés d'un ensemble de collaborateurs afin que ces fonctions de soin soit assurées. Une hiérarchie de métiers s'est peu à peu construite créant les métiers paramédicaux. Le savoir-faire domestique (nettoyage, hébergement etc.) étant délégué aux paramédicaux. D'ailleurs aujourd'hui ces mêmes soins d'hygiène ont été confiés aux aides-soignantes.

Jusqu'en 1978⁴², la profession infirmière était juridiquement déterminée par la définition de l'infirmière. L'infirmière se trouvait assimilée aux soins qu'elle prodigue, au point d'être confondue avec eux. Ses qualités, ses attitudes, ses motivations étaient analysées afin d'identifier une "bonne" d'une "mauvaise" infirmière, et non la nature des soins qu'elle prodiguait. *« Cette identification de la prestation à l'infirmière est donc un des aspects cruciaux du malaise infirmier. Ce mythe fusionnel laisse beaucoup de désillusion et créé une grande insatisfaction, en raison de la difficulté d'acquérir une maîtrise et une capacité d'explicitation la raison et la nature de la prestation infirmière : les soins »* (Colliere, 2000, p.40-44).

Le rôle de l'infirmière et non la nature de la prestation déterminait alors seule sa fonction. L'infirmière était alors définie par son attitude et son savoir-être. Ses missions et actes n'étant alors pas pris en compte. *« Nous sommes donc là devant une profession massivement féminisée où les rôles sociaux demandés aux travailleuses sont : des rôles féminins, renvoyant de plus en plus à des qualités individuelles. Cela a pour conséquence une construction très difficile de la notion de qualification »* (Kergoat, Imbert, Le Doare, Senotier, 1992, p.61).

« Quand je suis rentré dans le monde du travail, j'ai fait différents boulots, avant d'être à l'hôpital. En 73, j'avais envisagé de faire des études d'infirmier. Et puis à cette époque là, si tu veux, A. [son épouse, aide soignante] m'avait dit : « Oh non, non, c'est pas un métier pour un homme, etc., etc. » Et donc, j'ai laissé tomber alors que j'avais la possibilité d'avoir les études payées, enfin bon... Donc, j'ai laissé tomber. Donc, j'ai continué à bosser, je bossais en usine. Et puis en 75, on est parti en région parisienne, [...] et là, donc je suis rentré à l'hôpital de M. comme brancardier de nuit. » (Claude, étudiant IFCS)

En analysant les parcours de nos interviewés masculins⁴³, nous avons pu constater que les hommes voulant intégrer un métier connoté féminin passent par des activités dans lesquelles les attributs dévolus aux hommes sont susceptibles d'être mobilisés : travail de nuit, de brancardier, en psychiatrie, en spécialité comme l'anesthésie pour enfin devenir cadre de santé.

⁴² Loi n°78-615 du 31 mai 1978, définissant la personne exerçant le métier d'infirmière

⁴³ Cf. Annexe 4

Chez les soignants, c'est la force physique des hommes qui est considérée comme une compétence à part entière et qui introduit une distinction sexuelle du travail. Sabine Fortino nous montre dans ses différentes recherches que les hommes soignants sont visiblement plus présents dans les services où leur force physique, "réelle ou fantasmée", est des plus utiles. Dans les services d'urgence et de psychiatrie en particulier, leur statut biosocial d'homme et leur force physique servent de barrage aux violences verbales et physiques des patients. C'est aux infirmiers hommes que l'on fait appel lorsqu'un patient devient violent. (Fortino, 2002, p.154-155) Cela fait partie du sale boulot que les soignantes, par leur supériorité numérique et historique dans l'histoire de la profession, délèguent aux soignants masculins. Pour les infirmiers, les caractéristiques reconnues propres aux hommes et congruentes aux activités infirmières sont donc l'utilisation de la force physique, la maîtrise technique (dépannage) ou encore le positionnement en tant que régulateur relationnel.

« Les hommes dispensent aussi des soins, mais ils semblent peu portés au nursing. Aussi les retrouve-t-on surtout dans les services les plus techniques, en réanimation, dans la surveillance d'appareils. Souvent, enfin, ils ne restent pas infirmiers diplômé d'Etat [...] et suivent des formations pour devenir infirmiers spécialisés » (Saliba, Bon-Saliba, Ouvry-Vial, 1993, p.180). Les hommes s'occupent préférentiellement des malades dominateurs, exigeants, des autres hommes pour les soins intimes et se trouvent éloignés des soins intimes aux femmes. De même, on retrouve les soignants plutôt dans la filière médico-technique, là où la technique porte plus sur l'utilisation des machines que sur les techniques de soin.

« Tout ce qui est paramédical, généralement c'est une majorité de femmes. Les infirmières c'est beaucoup plus important, nous c'est un peu plus technique, donc il y a quelques hommes qui s'y intéressent un peu plus. Mais ça reste encore en majorité des femmes. » (Etienne, cadre de santé)

La relation aux patients dans les services médico-technique relève moins du care mais plus d'une relation basée sur l'aspect machiniste de ce type de soin. Ces services sont en outre des services techniques purs, non classés comme services de soin. On n'y fait pas des soins à proprement dit mais des analyses permettant d'informer et d'analyser l'état de santé. Ainsi, c'est au niveau de la spécialité paramédicale que s'opère la principale division sexuelle du travail soignant. En s'éloignant des services faisant le plus appel au rôle propre infirmier (valeurs féminines), les hommes investissent les activités médico-techniques à valeur masculine. *« Eléments masculins de la profession, réduits au choix silencieux d'être les traîtres de leur camp sexuellement assignés par l'histoire culturelle (les médecins) et leur groupe professionnel (les infirmières), [...] les infirmiers ne purent, et continuent de ne*

pouvoir, que se réfugier dans tous les espaces réputés masculins par l'histoire de leur évolution : le pouvoir (les écoles de cadres), la technique (les services d'anesthésie réanimation) et, à un moindre degré, les sous-espaces les plus intellectualisés du champ hospitalier (services de psychiatrie, unités de soins palliatifs) » (Gilioli, 2000, p.62-63).

Claude en est la parfaite illustration, intégrant tour à tour les secteurs les plus masculinisés de l'hôpital. Ces passages dans des spécialités valorisant la masculinité se font dans une certaine inconscience :

« Et donc, si tu veux, je me suis dirigé naturellement là-dessus, c'est un truc qui me plaisait. » (Claude, étudiant IFCS)

Ces savoirs et aptitudes genrés font également partie des représentations que les patients ont des rôles infirmiers et infirmières. La confiance du patient envers les soignants est aussi fonction de ses représentations : un homme soignant est immédiatement assimilé au corps médical masculinisé.

« J'ai également eu l'occasion de discuter avec plusieurs de ses patientes qui m'ont dit qu'elles avaient plus confiance si c'était un homme qui leur posait le cathéter. Et j'ai eu l'explication du pourquoi avec une patiente super. Elle m'a expliqué que la plupart des chirurgiens qu'elle connaissait étaient des hommes et qu'un homme était probablement plus qualifié et plus capable qu'une femme.... Bref elle avait plus confiance, qu'elle se sentait plus en sécurité donc plus détendue » (Extrait d'entretien sur un forum infirmier)

Dans les représentations, les hommes sont donc mis sur un niveau de compétences plus haut que les autres soignants femmes, car par leur sexe ils sont plus vite reliés au corps médical.

Il est maintenant nécessaire de regarder où se situent les soignants hommes en particulier.

Tableau 5 : Taux de masculinisation des soignants en 1999 sur un effectif de 686 300 personnes.⁴⁴ (Cazette, 2000, p.36)

Grade	Nombre d'effectif masculin	Masculinisation
Infirmier	184 000	13,9%
IADE	6 300	26,5%
IBODE	4 100	11,7%
Infirmier général	600	19,7%
Puériculteur	6 400	0,9%
Cadre infirmier	3 500	21,1%
Cadre infirmier IADE	130	25,4%
Cadre infirmier IBODE	120	1,8%
Cadre infirmier puériculture	140	0,8%
Formateur	830	9%
Total	206 120	30%

⁴⁴ Des statistiques plus récentes n'ont pu être trouvées.

Dans la filière infirmière, on note clairement que les hommes sont plus présents dans la spécialité d'anesthésiste, c'est-à-dire dans une spécialité très technique, alors qu'ils sont pratiquement absents des services de puériculture dont les soins comportent aussi des interventions axées sur le care auprès des mères et des enfants. En étudiant le niveau hiérarchique supérieur, celui des cadres, en prenant en compte leur spécialité d'origine, on relève les mêmes proportions.

Si l'on prend l'exemple des infirmiers sans spécialité, on note que la proportion d'hommes cadres infirmiers sur l'ensemble des cadres est supérieure à la proportion d'infirmiers hommes dans l'ensemble des infirmiers. Ainsi, les infirmiers sans spécialité technique ont une propension importante à devenir cadre de santé, poste plus prestigieux dans la division sexuelle du travail. A l'inverse, seuls 1,8% des cadres IBODE sont des hommes alors que la proportion d'hommes infirmiers IBODE est plus importante (11,7%). Le bloc opératoire étant un service technique mais surtout de prestige, on peut faire l'hypothèse que les hommes ressentent moins le besoin de quitter ce métier pour le poste de cadre. Regardons le tableau suivant pour confirmer nos analyses.

Tableau 6 : Répartition de l'effectif de l'AP-HP par sexe en 1999 (Ibid., p.37)

Grade	Nombre d'effectif masculin	Masculinisation
Infirmier	2 133	12,86%
Infirmier psychiatrique	7	21,88%
IADE	174	29,19%
IBODE	62	10,30%
Puériculteur	1	0,28%
Infirmier général	6	10%
Cadres	391	12,47%
Total	2 774	

On note que les infirmiers hommes s'orientent davantage vers les spécialités à forte technicité (IADE) ou vers les spécialités où sont mise en valeur leur force masculine (psychiatrie). Il ressort de nos entretiens que l'IADE n'est pas placé comme peut l'être un autre infirmier par rapport au médecin. Il n'est pas considéré comme un subalterne mais comme formant un binôme avec le médecin. Cette différence s'explique par la haute spécificité de la spécialité d'anesthésiste. Ce type de spécialité infirmière fait rupture avec l'habituel rapport de soumission médecin/infirmière qui structure la profession depuis sa naissance. Ceci explique que les hommes ont tendance à plus intégrer ces spécialités qui permettent aux infirmiers de collaborer avec les médecins sur un plan technique.

Les infirmiers (hommes) semblent établir des stratégies d'orientation pour échapper à l'identité de profession infirmière. Ces stratégies suivent deux logiques :

- une logique de métier : projection dans une filière (médico-technique), une spécialité impliquant une identité structurante de professionnalisme (services techniques, psychiatrie et spécialité IADE) ;
- une logique d'entreprise : projection dans une zone de pouvoir hiérarchique et de responsabilité (libéral, cadre de santé).

Ainsi, selon la recherche de Christophe Cazette, « *les infirmiers ne viennent pas à la profession pour sa valorisation technique. Pas exclusivement, mais ils semblent la découvrir au travers de leur parcours* ». A travers ses stratégies d'orientation, « *l'infirmier témoigne de son aspiration consciente ou pas à être représenté socialement sur une modalité masculine, qu'il estime ne pas avoir et dont il est en souffrance* » (Ibid., p.65 et 67).

La pratique professionnelle pour un infirmier spécialisé ou cadre de santé permet d'obtenir une meilleure adéquation entre son identité d'attribution et son identité visée au sein du travail. « *L'homme "vraiment homme" est celui qui se sent tenu d'être à la hauteur de la possibilité qui lui est offerte d'accroître son honneur en cherchant la gloire et la distinction dans la sphère publique* » (Bourdieu, 1998, p.76).

En 2004, un cadre de santé sur cinq et 17,8% des cadres de santé infirmiers sont des hommes. Donc la masculinisation des cadres de santé est en constante augmentation. « *Ce n'est que depuis les années 1980 que les hommes infirmiers investissent la catégorie des cadres dans les services de soins, dans une période qui coïncide avec le développement des préoccupations gestionnaires à l'hôpital et du management hospitalier* » (Picot, 2008, p.89).

Toujours en 2004, les hommes représentent 10,5% du personnel infirmier, 17% des cadres infirmiers de proximité, 21,4% des cadres supérieurs infirmiers et 25,9% des directeurs de soins. (Ibidem) Les hommes semblent gravir plus rapidement les grades de la hiérarchie infirmière.

Sabine Fortino souligne que la mixité entre les sexes ne procède jamais de l'évidence. La mixité est un construit social et historique. (Fortino, *op.cit.*, p.9) Depuis les études de Danièle Kergoat, nous savons que les caractéristiques principales de la division sexuelle du travail sont l'assignation des hommes à la sphère productive et des femmes à la sphère reproductive,

et de surcroît la captation par les hommes des fonctions à forte valeur ajoutée⁴⁵. « *Dans la seule sphère professionnelle, la division sexuelle du travail s'organise en outre autour de deux principes, largement complémentaires. Le premier est le principe de séparation : il y a des travaux d'hommes et des travaux de femmes ; le second est le principe hiérarchique : un travail d'homme vaut plus qu'un travail de femme* » (Fortino, op.cit., p.10). A cela s'ajoute le coût professionnel de la vie conjugale qui se trouve d'ailleurs être inverse pour les deux sexes comme l'analyse François De Singly. Les hommes vont mieux réussir dans leur carrière professionnelle lorsqu'ils se marient et deviennent pères. A l'inverse, pour les femmes, la vie conjugale et familiale se solde par un sous-investissement professionnel (De Singly, 2003), tout au moins pour les générations plus anciennes. En effet, de récents travaux montrent que ce sous investissement est loin d'être généralisable (Lapeyre, 2006 ; Bercot, 2010). La permanence d'une prise en charge inégalitaire du travail domestique et l'assignation de ces tâches aux femmes nous interroge. En effet, les femmes infirmières ont une forte charge de travail, des horaires irréguliers, parfois peu prévisibles.

Outre le genre, nous devons nous interroger sur l'influence du milieu social d'origine dans l'intégration à la fonction de soignant.

Mobilité sociale

Il est question ici de s'interroger sur la mobilité sociale effective des infirmières et cadres de santé. Le tableau suivant nous permet de faire le point sur l'origine des candidats à la fonction soignante et à la fonction cadre.

⁴⁵ Le genre semble également influencer sur le mode d'exercice. La proportion de femme est très élevée parmi les salariés non hospitaliers, notamment dans les PMI, en santé scolaire etc. Et les femmes s'orientent moins vers les établissements privés à but non lucratif.

Tableau 7 : Origine sociale des nouveaux inscrits en 1^{ère} année d'IFSI et d'IFCS en 2008
(Jakoubovitch, 2009, p.22 et 73)

Catégorie socioprofessionnelle du parent chef de famille	Etudiants IFSI	Etudiants IFCS
Agriculteur	2,5%	5%
Artisan, commerçant et chef d'entreprise	13,2%	12,8%
Cadre et profession intellectuelle supérieure	7%	22,5%
Profession intermédiaire	17,2%	14,9%
Employé	42,6%	27,8%
Ouvrier	12,7%	14,2%
Inactif	1,9%	0,4%
Sans réponse	2,9%	2,4%
Total	22 294 (100%)	1 685 (100%)

Les cadres et les infirmiers sont donc plutôt issus du milieu des employés. Devenir soignant et surtout cadre de santé permet une mobilité sociale. Il est néanmoins intéressant de noter une plus forte proportion de cadres que d'infirmiers ayant un parent issu de la catégorie cadre et profession intellectuelle supérieur.

Lorsque l'on analyse le parcours de nos interviewés⁴⁶, il en ressort que seul trois d'entre eux ont un de leur parent au moins travaillant dans le milieu de la santé en tant que médecin ou soignant. Ainsi, la plupart des interviewés avaient souvent une image idéalisée et donc méconnue du milieu de la santé.

Pour certains, la volonté parentale pousse l'individu à entamer des études médicales.

« Ma mère voulait qu'après le bac je fasse le concours de sage-femme, mais moi, à l'époque, je ne voulais pas... Et finalement, tu vois, quelques années après : « Maman, j'ai fait le concours et je suis prise ». » (Annie, cadre sage-femme)

La volonté des parents ou des individus eux-mêmes est bien souvent d'entamer des études de médecine.

« Je pense que, à ce moment-là c'était pour plaire un petit peu aux parents. Parce que peut-être être médecin, c'était une forme de réussite pour la famille. Ma maman est aide-soignante, mon père est chauffeur-livreur. Pour eux, ils étaient venus en France, et euh... Ils avaient beaucoup travaillé et ils attendaient peut-être que leurs enfants réussissent. Alors peut-être que mon choix s'est porté sur la médecine plus pour faire plaisir aux parents ; mais aussi parce que j'avais ce goût de, de... du savoir. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Lorsque ces études deviennent infranchissables, les interviewés veulent toujours rester dans le milieu soignant, c'est alors vers la profession infirmière qu'ils se tournent.

⁴⁶ Cf. Annexe 4

« Ah bien, je suis un peu tombée dans la marmite quand j'étais petite ! Hein ! [Rires] Donc en fait, j'ai des parents qui sont médecins, les deux. Donc, ça paraît logique qu'ils m'aient demandé... Enfin, pas qu'ils m'aient demandé, personne ne m'a rien demandé ! Mais enfin, ça paraissait logique que je commence par des études de médecine. [...] Pour moi, il était inenvisageable de ne pas travailler à l'hôpital. » (Violette, étudiante IFCS)

La profession infirmière peut aussi faire figure de réorientation après l'échec.

L'accès au métier d'infirmière a toujours constitué une voie de promotion sociale pour les femmes, pour les ruraux et ceux issus des classes populaires. C'est ce que constate Emmanuel Langlois lorsqu'il compare les jeunes infirmières avec d'autres diplômés de même niveau (bac+2 de la santé et du social). Les jeunes infirmières appartiennent aux couches sociales les plus modestes. *« Le groupe infirmier est celui où la proportion de père ouvrier et employé (41,6%) est la plus importante et où la proportion de père cadre (14,3%) est la plus faible »* (Langlois, 2008, p.154).

« Ouais, c'est des ratés. J'étais pompier volontaire en attendant d'être pompier professionnel.

Je suis fils de rien moi. Mon nom est anonyme. Bon voilà quoi. Je me suis fait tout seul. Je passe le concours, j'ai le concours, je suis 3^e sur une liste de 500 personnes. Donc je me dis que même si on ne me nomme pas parmi les 20 premiers, que je ferai partie des 25 premiers.

Et bein, on nomme 20, puis 25 pompiers, j'en fais pas partie. [...] Donc bon je me suis dit il ne me reste que des concours. Donc je me suis mis à passer des concours, je me suis dit le premier que j'aurai, voilà. Comme par hasard, le premier que je décroche, c'est infirmier. Et voilà, je suis arrivé infirmier comme ça. J'ai travaillé donc comme infirmier pendant deux ans et puis comme je vous ai dit, ils m'ont appelé aux Antilles parce qu'on m'avait repéré malgré tout quand même. [...] Je suis reparti mais j'avais déjà goûté à la fonction infirmière. Je suis resté un an. Au niveau des pompiers, j'ai trouvé un peu leur commandement un peu cynique, je suis reparti. » (Constant, cadre de santé)

Pour d'autres, devenir infirmier apparaît clairement comme une promotion.

Nous devons maintenant voir ce qu'il en est de la mobilité d'infirmier à cadre de santé.

Parcours de soignants

« Si l'accès au statut de cadre s'inscrit indubitablement dans un cycle de promotion professionnelle, il ne faut pas mésestimer pour autant le malédiction qui frappe les professionnels infirmiers. L'ascension statutaire du groupe – ou d'une partie de ses

membres – semble toujours remise en cause. Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith parlent ainsi de "déclin de l'encadrement français" (Feroni, Kober-Smith, 2005, p.478). Cette ascension perturbée ou minimisée traduit dans l'ordre professionnel des effets de concurrence entre groupes sociaux pour l'accès aux positions statutaires prestigieuses. Les infirmières mais aussi leur encadrement sont constamment "rattrapés" par leur origine sociale et cantonnés à des niveaux de pouvoir intermédiaire. Une sorte de loi d'airain veille à la moyennisation permanente des cadres de santé » (Langlois, *op.cit.*, p.155).

Dans cette carrière de soignant, la mobilité tient donc une place importante pour les hommes et les femmes exerçant cette profession.

Les mobilités peuvent se répartir sur plusieurs axes : géographique (changement de service ou d'établissement), fonctionnelle et horizontale (changement de métier ou spécialisations), verticale (promotion hiérarchique).

Les infirmiers hommes semblent ne pas rester longtemps dans les soins de base, mais qu'ils partent plus rapidement en secteur libéral, se spécialisent ou qu'ils accèdent à la profession de cadre assez rapidement. « Les hommes sont moitié plus nombreux en proportion dans la catégorie des cadres ayant moins de cinq ans d'ancienneté dans l'exercice de la profession d'infirmier (10,1% des hommes, 3,3% des femmes) alors que les femmes sont plus nombreuses à avoir accumulé une ancienneté de plus de dix ans (86,7% des femmes, 82,6% des hommes) » (Picot, 2008, p.108).

Il est établi que 25% des infirmiers abandonnent la profession après deux années d'exercice. Puis, aux alentours de la 5^e ou 6^e année de diplôme, les effectifs se stabilisent à 60% du nombre initial de diplômés. La durée de vie professionnelle des infirmières est évaluée aujourd'hui à 15 ans. Les infirmières fuient la profession en changeant régulièrement de poste de travail, en se spécialisant ou en atteignant des postes de commandement. (Boudier, 2004, p.116)

L'enquête Génération du Céreq analyse le parcours professionnel des infirmiers au cours des sept années suivant leur sortie de formation. Concernant la génération sortie de formation en 1998, il en ressort qu'elle s'insère plus rapidement que les autres sur le marché du travail (moins de trois semaines, la pénurie aidant) et qu'elle est rarement contrainte à quitter sa région. Parmi les infirmiers interrogés en 2005, 70% n'ont quitté leur région d'origine ni pour leur formation, ni durant leur parcours professionnel. Lorsqu'il y a mobilité géographique,

cela peut s'expliquer par l'offre plus ou moins importante dans la région d'origine et par les possibilités d'insertion professionnelle plus ou moins forte selon la région. Le secteur public rémunère mieux que le privé bien que l'exercice en établissement hospitalier public soit moins prisé par les tranches les plus jeunes de la population infirmière.⁴⁷ La dispersion des salaires est plus élevée dans le privé que dans le public. A niveau équivalent entre privé et public, le public rémunère mieux les infirmiers spécialisés ou à l'échelon hiérarchique supérieur. Mais surtout, comparés aux jeunes diplômés de niveau équivalent, les infirmiers sont ceux qui font le moins de reconversion professionnelle. Sur 1 120 répondants à cette enquête du Cereq en 1995, 1 095 sont toujours infirmiers sept ans après leur formation. Au cours des sept premières années, ils suivent moins de formation que les autres. L'ancienneté moyenne dans le premier emploi est de quatre ans et cinq mois.

Ainsi, sept ans après l'obtention de leur diplôme d'infirmier, 98% exercent toujours la profession infirmière. Sur ces 98%, la majorité (82%) est infirmière en soins généraux, 9% sont spécialisés (IADE, IBODE, puériculture, psychiatrie), 1% sont cadres infirmiers et assimilés, 8% exercent en libéral. Au bout de quatre ans, 65% des IDE exercent dans le public. Au-delà, la proportion de femmes qui travaillent dans le public reste stable alors que les hommes se tournent plus vers l'activité libérale, ce qui se traduit par une diminution de la proportion d'hommes salariés dans le secteur public. (Ferretti, Garrouste, 2008)

Le choix du secteur public correspond bien souvent à une certaine conception du soin, du service au patient, mais également à un rejet possible des manières de travailler du secteur privé comme l'illustre l'extrait d'entretien ci-dessous.

« Dans le public, quelqu'un qui arrive, on le prend dans l'hôpital et euh on le respecte. [...] Moi, j'ai pris une claque. Je me suis dit : mais les patients, c'est pas de la marchandise ! Et voilà ! Donc, non le privé. Bon, c'était un stage, j'en ai profité, j'ai récupéré quelques petits trucs. Ce qui m'intéressait, c'était pouvoir voir l'ensemble du parcours de la personne soignée. Mais ce tri là, j'ai pas du tout apprécié ! Donc, le privé, non, tant que je pourrai éviter, j'éviterai. » (Corinne, étudiante IFCS)

L'absence de mobilité ou de stabilité dans une structure tient beaucoup à l'ambiance et au collectif de travail qui s'y construisent.

« Globalement ici, y'a une vie de famille que dit-on on ne sent pas ailleurs. Nous, on le sent pas, on est dedans. Mais c'était l'avis de gens qui venaient de l'extérieur, des visiteurs d'accréditation, de certification. Et puis on est bien quoi. On est un groupe d'anciens, on se connaît bien. Y'a des médecins,

⁴⁷ Rapport Mission « Démographie des professions de santé » (2002), p.36

ils étaient là comme internes, d'autres des élèves infirmières et chacun a fait son parcours et on se retrouve là. Vous voyez on a quand même des rapports privilégiés. On a globalement la chance de pouvoir dire les choses, peut-être de moins en moins avec les nouveaux médecins qui arrivent. Y'a encore cet esprit de grande famille, de on travaille ensemble. » (Nadine, cadre supérieur de santé)

La grande majorité des cadres interviewés ont effectué toute leur carrière dans cet unique établissement, depuis l'école d'infirmière jusqu'à leur statut actuel. Les cadres restent profondément attachés à leur établissement. D'ailleurs, ils semblent bien plus attachés à leur établissement qu'à un service en particulier.

« Je suis venue à B. faire mes études, je les ai terminés en 92. Il y avait comme maintenant, le système de pré-recrutement. C'est-à-dire que l'établissement vous fait un contrat où vous êtes pré-recruté, et après votre diplôme vous devez travailler à l'hôpital. Donc moi j'ai bénéficié d'un contrat de pré-recrutement en 2^e année, et donc je devais cinq ans à l'hôpital B. après mon diplôme. » (Kaori, cadre de santé)

La mobilité entre établissements est également contrôlée par l'engagement envers l'établissement qui a payé les études de l'agent.

Selon Ivan Sainsaulieu dans son étude sur le cadre animateur, le profil dominant du cadre de santé est de sexe féminin, âgé d'environ 50 ans, avec une famille à charge, d'où une mobilité réduite. En effet, selon ses statistiques, 45% des cadres n'ont pas connu d'autre établissement lors de leur carrière professionnelle, malgré leur ancienneté dans leur précédente profession d'infirmière et dans leur profession actuelle. (Sainsaulieu, 2008a, p.53)

Mobilité interne à un établissement

Mais qu'en est-il de la mobilité interne, c'est à dire du taux de rotation au sein de l'établissement ? Considérons d'abord la mobilité des infirmiers puis nous en viendrons à celle des cadres infirmiers.

« Dans les services hyper techniques comme l'anesthésie ou la réanimation, la mobilité devient une nécessité quasiment incontournable, en cela qu'elle est garante d'un maximum de compétences, de connaissances, de polyvalence » (Morin, 2001, p.60). En effet, la mobilité permet un changement du personnel qui permet d'insérer de nouveaux membres apportant de nouvelles compétences issues de ses expériences antérieures dans les autres services. La mobilité permet également un renouvellement professionnel, atténuant une routine menaçante pour

les services de soin. Le turn-over⁴⁸ n'est pas *a priori* un phénomène négatif : il a de bons aspects tel que l'apport de "sang neuf", d'enthousiasme et d'engagement. Il peut permettre de débloquent des conflits, d'innover, d'apporter de nouvelles compétences et en corollaire de voir partir des agents en "burn-out"⁴⁹. Le turn-over reste une mesure du climat social du service et/ou de l'établissement. Une certaine stabilité des agents d'un service, leur expérience et leur mémoire est nécessaire au bon fonctionnement du service.

« Alors les vieilles, c'était à peu près 54, 55 ou qui étaient dans la place depuis 20 ans, 22 ans. Donc des filles qui avaient commencé à 20 ans et qui avaient 45 ans, quoi. Et c'était dur. C'était dur parce qu'elles dominaient les jeunes, les jeunes qui étaient beaucoup plus rapides qu'elles. »
(Bernadette, étudiante IFCS)

Néanmoins Anne Vega souligne le risque pour une infirmière de se transformer en "pilier de service" dès lors qu'elle dépasse les dix ans d'ancienneté. (Vega, 2000, p.47-49) Ces "piliers de service", enchaînées à leur service font d'ailleurs l'objet de crainte chez les jeunes soignants qu'ils soient infirmières ou médecins. En effet, comme nous l'a décrit Bernadette, ces anciennes infirmières régissent le travail des autres, n'ayant cure de la hiérarchie (médicale ou infirmière) et se caractérisant par un « *insupportable conservatisme* ».

Selon Patricia Benner, une infirmière ayant plus de cinq ans de service peut devenir un handicap dans une équipe de soignant. « *En effet, si celle-ci a l'impression à la fois de maîtriser parfaitement son métier et de ne plus être en mesure d'évoluer dans l'institution, elle peut être tentée de mettre en œuvre différentes stratégies pour conserver son pouvoir fondé sur l'expertise : restreindre l'accès à l'expertise de ses collègues moins anciennes, contester les décisions de la direction grâce à une légitimité forte, liée au soutien du médecin qui l'identifie comme le pilier de son équipe d'infirmière* » (Le Gouguec, 2007, p.14-15)⁵⁰. La mobilité est vue par nos enquêtés comme une condition d'enrichissement et d'apprentissage.

« Un agent qui est par exemple depuis plus de 10 ans dans un service, qui ronronne tranquillement, on peut vivement l'inciter à en changer. Infirmier, c'est un métier où tu peux aller visiter d'autres spécialités qui permettent... C'est une bouffée d'air, apprendre autre chose, donc ça c'est la richesse de notre boulot. » (Céline, cadre de santé)

Néanmoins, il reste assez rare dans les services hospitaliers que les infirmières restent dans un même et unique service ou qu'elles ne se spécialisent pas. « *De façon très paradoxale, [...] on*

⁴⁸ La rotation de l'emploi ou renouvellement du personnel renvoie au phénomène de rotation rapide du personnel.

⁴⁹ Par contre nous n'évoquerons pas ici les causes d'abandon du métier. Pour cela, lire ESTRYN-BEHAR M., NEGRI J-F., LE NEZET O. (2007). Pour plus d'information sur le burn-out : LORIOU M. (2001)

⁵⁰ Patricia Benner, *De novice à expert : excellence en soins infirmiers*, 1995, cité par Le Gouguec

pourrait dire que ce métier "si particulier" n'est pas fait pour être exercé durant toute une vie » (Vega, op.cit., p.47-49). Néanmoins, les soignants, malgré leur goût pour la mobilité, aiment à rester dans une catégorie de soin spécifique. Changer de services, oui, mais à condition qu'il se situe dans un secteur d'activité soignante identique.

« Oui, je ne me vois pas travailler en soins généraux. C'est vraiment pas ma conception. Je ne suis pas... Soins généraux c'est très technique. On travaille avec du matériel, parce qu'en psy aussi c'est technique mais c'est un autre aspect. Et moi je suis pas, non, non, c'est pas mon domaine. C'est plutôt dans l'échange, dans la compréhension des autres et dans l'accompagnement. Je ne dis pas qu'il n'y a pas ça en soins généraux, mais il y en a moins qu'en psychiatrie. Je suis dans le relationnel moi, oui, j'ai trouvé ma voie. Je vais pas changer. » (Constant, cadre de santé)⁵¹

« Les services stables au niveau des infirmiers à A. : bloc opératoire, réanimation, urgences, cardiologie. Les infirmiers s'y impliquent beaucoup, cas lourds de patients, grande conscience professionnelle. Les jeunes infirmiers choisissent en priorité ces services. Sur 1600 salariés non médicaux, 50-60 changent (départ et arrivée) » (Directeur d'établissement)

Certains services apparaissent donc plus stables que d'autres dans la rotation des soignants.

La mobilité infirmière est également un avantage lors du concours d'entrée en école de cadres.

La mobilité entre services est un gage de maturité pour le jury du concours d'entrée à la fonction cadre de santé.

La cadre à une jeune infirmière se préparant au concours d'entrée à l'école des cadres : « Avant, ils aimaient qu'on soit un pur produit hospitalier. Maintenant, ils aiment bien qu'on ait bourlingué ».
(Extrait d'observation, service 2)

La mobilité en tant que cadre de santé ou infirmier, est aussi souvent due à de véritables stratégies de carrière.

« Et bein non, bizarrement, là au jour d'aujourd'hui, j'envisage de retourner en service. C'est très stratégique, c'est un choix. Pourquoi ? Parce que j'ai 28 ans, j'ai quand même une longue carrière qui s'annonce devant moi, que j'ai des cycles courts que j'ai déjà analysée, en gros c'est 5 ans. Donc dans 5 ans, je pense qu'il faudra que je refasse autre chose, ou changer enfin je ne sais pas quoi. Que ce qui m'intéresse c'est la formation et que si j'y retourne trop tôt, ce sera un point négatif ». (Violette, étudiante IFCS)

⁵¹ Constant, est le cas type du soignant attaché une spécialité, psychiatrique dans son cas. Son parcours professionnel l'a mené dans tous les services de psychiatrie, puis aux urgences par mobilité forcée au niveau de la direction. Lors de l'entretien, il venait juste d'intégrer les urgences, avec beaucoup d'amertume, doutant de ses capacités, pensant à changer d'établissement.

Ce type de stratégie concerne plus particulièrement les cadres de santé formateurs qui ont besoin de faire des allers-retours dans les soins afin de pouvoir exercer au mieux leur fonction de formation en remettant à jour leur connaissances.

Concernant, les cadres de santé, la mobilité entre services encadrés peut également être importante. Selon le directeur de l'établissement observé, il n'y a pas beaucoup de mobilité chez les cadres, quelques départs pour raisons personnelles ou alors changement de service au bout de 5-6 ou 10 ans. Pourtant, lors de mon retour sur le terrain de l'hôpital Bertrand, deux à trois mois après mes entretiens, beaucoup de cadres ont changé de poste, voire d'hôpital.

Le retour de l'Ecole des cadres est un moment indiscutable de mobilité. Le changement du service au retour du cadre s'avère être une véritable politique d'établissement, ceci dans un souci d'acquisition de compétences, mais surtout dans un souci de détachement avec son ancienne fonction. Il est d'autant plus aisé pour un jeune cadre de se positionner dans son nouveau rôle qu'il occupe un nouveau service avec une nouvelle équipe.

Les mobilités forcées, comme dans le cas de cette première observation, sont finalement assez courante dans certains hôpitaux.

Lorsque j'ai interviewé Sabine en juin, elle était en Soins de suite et s'y plaisait vraiment beaucoup. Suite à la fermeture de ce service du au manque de personnel, elle a été contrainte par la direction de prendre la Neurologie, service qui rebute tous les cadres anciens et jeunes. Lors de cette observation, Sabine n'a pris son poste que depuis 4 semaines. C'est un service à mouvements. En trois ans, changement total des infirmières, des aides-soignantes et des ASH. (Extrait d'observation, Service 1)

La direction a fait comprendre à cette cadre qu'elle ne choisirait pas son nouveau service. Pour la direction, un cadre de santé est légalement un encadrant de n'importe quel service de soins, il peut être transféré sur n'importe quel service, qu'il y ait déjà séjourné en tant qu'infirmier ou non. Le cadre doit alors apprendre la gestion de ce nouveau service, ainsi que les habitudes et conflits déjà présents dans cette équipe. Pour exemple, cette cadre me raconte le problème qu'elle a eu avec la gestion des stocks. Ne sachant pas exactement les besoins d'un service de neurologie et étant données les difficultés qu'avait déjà eu la précédente cadre, elle s'est servie de commandes encore plus anciennes pour se faire une idée de base des stocks nécessaires.

Mais cette politique de changement de service n'est pas toujours appréciée par les cadres qui ne se sentent compétents que dans un certain type de secteur médical. L'extrait suivant l'illustre bien.

« Alors, ça a été une grosse bataille, parce qu'en fait, sous prétexte que j'avais un parcours chirurgicale, fallait que je prenne autre chose. [...] On m'a jamais emmené là où je ne voulais pas aller. Je pense qu'il faut aussi bien connaître ses limites. Je pense que tu peux faire correctement ton travail là où tu te sens bien. Donc moi, en tant qu'infirmière, je ne me sentais pas aller ni dans les services d'enfants, ni dans les services de médecine. Je n'en n'ai jamais fait, et en tant que cadre, je persiste et je signe, et je continuerai en tant que cadre sup et voilà. » (Céline, cadre de santé)

Les mobilités forcées ne concernent pas uniquement le déplacement du cadre, mais également le déplacement des équipes, pour cause de fermeture de leur service ou pour cause de fusion. Ainsi la deuxième cadre observée, Sandrine, a vu son équipe fusionnée avec celle d'un autre service qui a fermé. Le service de Sandrine est donc passé de 15 à 25 patients. Les deux équipes ne se mêlent pas vraiment, elles ne collaborent pas ensemble, mais Sandrine doit jongler entre les deux, ne sachant pas combien de temps cette fusion va durer, et donc quelle place elle doit vraiment accorder à ce nouveau personnel. *« Etre déplacé dans un autre service ou une autre unité est souvent vécu par les soignants, comme une difficulté, une contrainte, parfois même comme une mise à l'écart. Le cadre est alors perçu comme "l'instigateur" de cette mobilité et non comme un membre à part entière de l'équipe soumis à des impératifs institutionnels » (Morin, 2001, p.5).*

Si le cadre doit gérer seul sa mobilité, c'est à dire la négocier puis la faire accepter par la nouvelle équipe, il doit également pallier à un certain nombre de méconnaissances. C'est alors la solidarité entre cadres qui pallient à ces inconvénients.

La cadre appelle sa collègue (l'ancienne cadre du service) pour son problème de nouveaux matelas à commander. Elle ne sait pas si pour les pathologies de ses patients il est préférable de prendre des matelas à aire ou en mousse. Sa collègue lui conseille de prendre un matelas en mousse.
(Extraits d'observation, service 1)

Le recours à l'ancienne cadre du service ou aux agents est alors courant. Le précédent cadre du service ainsi que l'équipe en place sont alors les soutiens nécessaires au nouveau cadre par leur connaissance du service.

Paule Pérez s'est intéressée à la question de la transférabilité des savoirs, savoir-faire et savoir-être. L'auteur s'est aperçue que le changement de logique (arrivée d'une gestion des compétences) touchant le monde de la santé est semblable au mouvement qu'a connu le monde de l'entreprise dans les années 1981. (Perez, 2007) Ainsi, dans le contexte de modernisation et de restructuration touchant le monde du travail, les métiers, en particulier ceux comportant des dimensions technologiques, ont du évoluer. Parallèlement, la répartition des affectations des salariés à leur poste s'est vue bousculée à l'intérieur des secteurs. Ces travaux internes aux entreprises : formation, évolution des activités des postes, ont permis de limiter considérablement les licenciements des personnels et même de leur offrir des perspectives d'avenir. Finalement, la fonction pour laquelle a été formé initialement un individu est loin de celle exercée dix ans après, ou du moins, cette fonction ne sera plus exercée de la même façon.

Ce mouvement revêt des accents paradoxaux : on tend vers une spécialisation toujours plus poussée alors que dans le même temps on demande aux individus d'être polyvalents et mobiles. Cette question de la mobilité suppose chez l'employé une capacité de changement et d'adaptation, c'est-à-dire une certaine "élasticité" de ses compétences pour reprendre le terme de Paule Pérez. « *Mais par élasticité, nous entendons plusieurs dimensions. De manière "holographique", il s'agit non seulement de changer pour faire "plus ou moins" dans un domaine, pour aller ailleurs "géographiquement" ou pour diriger plus ou moins de collaborateurs, ou encore pour faire la même chose mais dans un autre service* » (Ibid., p.2).

Conclusion Chapitre 2 :

L'évolution de la fonction infirmière va de la soumission à la prise de décision, de la référence à la vocation à celle de mission sociale. Les compétences de l'infirmière ont depuis le départ été attachées aux compétences naturelles féminines, et le sont toujours en partie. Avec l'évolution technique, les infirmières ont acquis des gestes nouveaux, devant respecter des actes précis.

Essayant de se soustraire à la domination médicale, les infirmières font émerger des savoirs spécifiques afin de s'adapter aux exigences techniques de la médecine. C'est la création du concept de rôle propre. Ce rôle propre renforce la polyvalence de l'infirmière. Mais il reste tout de même l'activité principale de sa fonction : les actes en délégation. De ce fait, pour se soustraire à la domination médicale, les infirmières investissent le relationnel. Prenant de l'autonomie, les infirmières restent dominées dans l'espace hospitalier. Elles sont toujours subordonnées aux médecins malgré la mise en place de la ligne hiérarchique infirmière.

Cette subordination est même renforcée par l'attribution genrée des rôles : les hommes investissent les services valorisant leurs capacités dites masculines. Loin du nursing, ils investissent les services à haute technicité ou l'encadrement.

Le passage d'infirmier à cadre est une étape importante à franchir pour le soignant. La transition n'est pas anodine car le soignant passe d'un métier à un autre, et doit quitter le soin à proprement parler. L'étude des motivations nous a permis d'analyser les raisons qui poussent un soignant à faire ce choix. Une image négative de la fonction freine certains soignants à devenir cadres. Cependant, l'impression d'avoir fait le tour de sa fonction soignante, le désir de mobilité, de découverte d'autres aspects de la profession, de monter des projets professionnels, d'avoir une plus large connaissance de l'organisation des soins, ou l'envie de faire évoluer la profession, et de former sont autant de facteurs entraînant une carrière de cadre de santé. Cependant, c'est également le fait d'être poussé voire forcé par la direction qui fait qu'un soignant est conduit à devenir cadre. La fuite des soins, évoquée particulièrement chez les formateurs, n'est pas une motivation mentionnée par les soignants.

Cette volonté d'ascension est présente dans la mobilité de ces professionnels. Il y a ascension sociale pour la plupart des soignants car issus du milieu ouvrier-employé, ils intègrent au départ cette fonction suite à une image souvent idéalisée. La mobilité est présente dans la

carrière des soignants, avec une volonté d'apprentissage constant, des possibilités de découvertes qu'offre cette profession et surtout le désir de ne pas rentrer dans une routine trop lourde.

Chapitre 3

Naissance des "cadres de santé"

Comment et pourquoi est née l'expression de "cadre de santé" et que se cache-t-il derrière ? C'est ce à quoi nous allons répondre dans ce chapitre. Nous allons voir que la surveillante, ancien terme attribué à la catégorie des cadres de service de soin, date des religieuses et que son rôle n'était pas si différent de celui attribué aux cadres de santé actuellement. Encore bien souvent utilisé par les patients, leur famille et certains professionnels, le terme de surveillante a connu plusieurs changements avant de devenir celui de cadre de santé.

Nous allons donc dans ce chapitre faire un retour historique et législatif sur la fonction d'encadrement. Nous verrons ainsi comment cette activité a évolué. Nous nous concentrerons sur les nouvelles fonctions attribuées aux cadres de santé et sur les nouvelles compétences qui leur sont demandées. Puis, nous ferons un point sur la place que tient le cadre de santé actuellement dans les différentes hiérarchies hospitalières. Pour finir, nous ferons un bilan des différents termes attribués aux cadres de santé et le sens que cela donne à leur activité d'encadrement.

1- Evolution et professionnalisation du travail de "surveillante"

Les cadres de santé étaient auparavant dénommés "surveillantes"⁵² des hôpitaux". La profession est une catégorie ancienne mais sa fonction a constamment évolué tout comme le monde de l'hôpital.

La surveillante n'est à vrai dire pas la forme la plus ancienne de l'encadrement soignant, c'est la supérieure. Appartenant aux congrégations religieuses, les supérieures vivaient selon des règles strictes et une hiérarchie fortement structurée. C'est donc en premier lieu la hiérarchie ecclésiastique qui jouait le rôle d'encadrement.

Deux modèles d'encadrement prévalaient en France. Le premier modèle est issu de la congrégation des filles de la charité fondée en 1617 par Saint Vincent de Paul. Ces filles de la charité aussi nommées Sœurs cheftaines avaient déjà pour mission la surveillance des infirmiers, mais également des cuisines, des celliers, des buanderies et des lingeries des hôpitaux. Elles étaient sous l'autorité d'une hiérarchie directe composée par la Supérieure de leur hôpital, de la Supérieure Générale et du Supérieur des Pères Lazaristes à Paris. Mais surtout, les administrations hospitalières n'avaient alors aucune autorité ou influence sur leur nomination ou mobilité entre les divers hôpitaux.

Le second modèle se situait dans les hôpitaux de Lyon. Dans ce modèle, dominait la collaboration entre le personnel religieux et les professionnels hospitaliers. Ainsi, un administrateur-directeur désignait dans son hôpital des mères des novices choisies pour diriger les salles des malades. La cheftaine de ces novices avait pour mission de surveiller, diriger et étudier les nouvelles recrues et de tenir l'administration au fait de leur capacité à être de bons agents hospitaliers. Marc Catanas note d'ailleurs qu'à chaque départ d'une cheftaine, le médecin chef de service était consulté pour le recrutement de la nouvelle mère. (Catanas, 2008a)

Les religieuses restent cependant toujours plus liées à leur supérieur religieux qu'aux médecins. « *Leur dépendance intellectuelle et hiérarchique s'inscrit dans le champ de la religion, ce qui les fixe hors du champ de la médecine. D'ailleurs cette dépendance entraînera des tensions avec les médecins au fur et à mesure qu'ils prendront une place importante dans l'hôpital* » (Bourret, 2007, p.4). Il faut souligner que ce personnel religieux n'effectue pas les soins aux malades. Les religieuses ont une fonction exclusive

⁵² Surveillantes et non surveillants car alors tenu uniquement par des femmes.

d'encadrement d'un personnel placé sous leurs ordres, tant en ce qui concerne la transmission des prescriptions médicales que l'ensemble des soins organisés en marge de la médecine et en lien avec leur culture religieuse. (Hebrard, 2004, p.182) Les similitudes avec les missions attribuées aux cadres de santé de nos jours sont frappantes. Cependant, les missions des religieuses étaient animées par le seul bénévolat dans un cadre vocationnel.

Fin XIX^e, avec la révolution pasteurienne, les techniques médicales étaient de plus en plus perfectionnées. Les médecins se trouvent alors dans la nécessité de déléguer certaines tâches. L'auxiliaire médicale apparaît alors et les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes. « *Le personnel religieux assume, à cette époque, l'intendance et la surveillance des salles de malades, tandis que les gros travaux et les soins sont à la charge d'un personnel infirmier frustré et totalement illettré. L'apparition dans les hôpitaux de l'auxiliaire médicale sous l'impulsion du Docteur Bourneville va ouvrir le débat intense entre personnels laïcs et religieux. Ce médecin voulait chasser les religieuses des hôpitaux et former des infirmières professionnelles dévouées aux prérogatives médicales avec une hiérarchie propre* » (Catanas, *op.cit.*). Néanmoins, ce fut un échec, sachant qu'il fallait au moins sept ans d'apprentissage et d'expérience pour faire de ces infirmières des surveillantes. Ainsi, sans jamais avoir été infirmières, des "personnes convenables" étaient formées en quelques mois pour devenir surveillantes. « *Cette tentative d'enrichir l'encadrement fut dans un premier temps vouée à l'échec et celui-ci toujours occupé par les religieuses se résuma alors à surveiller et à punir* » (*Ibidem*).

« *Avec la laïcisation de cette fonction d'encadrement, à la fin du 19^{ème} siècle, la position de travail des premières femmes laïques surveillantes devient d'une certaine manière plus difficile à tenir que celle des religieuses. En quelque sorte leur positionnement dans le champ de la médecine les place dans une position de subordination par rapport aux médecins alors que les religieuses appartenant à un champ social distinct, avec ses propres normes et règles, bénéficiaient de plus d'autonomie par rapport au corps médical. La division du travail avec inscription des surveillantes laïques dans le travail médical est potentiellement source de tensions liées à des conceptions différentes du soin selon les priorités accordées à la médecine, à la science, à la religion ou encore à l'argent* » (Bourret, *op.cit.*, p.4-5).

Ce n'est qu'au début du XX^{ème} siècle que les infirmières laïques ont pu accéder, après sept années d'exercice, à un poste de sous-surveillante puis à un poste de surveillante deux ans plus tard.

Durant cette période émerge déjà une dichotomie entre la fonction soignante qui consiste à aider autrui et une fonction d'encadrement consistant à diriger autrui. Cette dichotomie est d'ailleurs toujours d'actualité actuellement.

Les prémices d'un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière étaient prévus avec le décret du 18 février 1938⁵³ qui aurait permis à ces infirmières d'exercer des fonctions de responsabilité, mais rien ne fut institué en raison de la déclaration de la guerre. Il s'adressait aux infirmières ayant plus de cinq années de diplôme dont trois ans minimum de service et ayant atteint l'âge de 30 ans. Pendant la Seconde Guerre mondiale, le gouvernement de Vichy tente de reprendre le décret de 1938 pour créer une formation spécifique à l'encadrement mais cette fois tournée vers l'enseignement. Le décret du 10 août 1942⁵⁴ crée un diplôme d'Etat moniteur. Le texte d'application de ce décret ne verra jamais le jour mais il servira de base à la création du certificat de 1958, que nous étudierons plus loin.

Entre 1938 et 1942, on peut noter au total trois tentatives de création de formation à l'encadrement dont deux officielles. Quant à la troisième tentative, officieuse, celle de la Croix-Rouge française, a ouvert la voie à une véritable formation des cadres soignants hospitaliers infirmiers. (Eggers, 2008, p.12) Jusqu'en 1995, huit certificats ou diplômes différents ont été créés pour la formation supérieure des infirmières en vue d'assurer la mission d'encadrement des soins et la formation des futures infirmières.

Finalement, il n'existe aucune définition précise de la fonction de surveillante dans les textes législatifs avant le décret du 17 avril 1943⁵⁵ relatif aux hôpitaux et aux hospices : « *Les surveillants et surveillantes dirigent des infirmiers et des infirmières et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. [...] Les agents du grade de surveillant sont chargés de fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification* ».

Après la Seconde Guerre mondiale, avec les progrès médicaux, l'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité. Les infirmières s'approprient ainsi de nouvelles connaissances médicales. Dans le même temps, de nouvelles professions apparaissent : diététiciennes, manipulateur en électroradiologie entre autres. « *L'hypertechnicité entraîne une hiérarchie professionnelle*

⁵³ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmier ou infirmière hospitalier et d'assistant et assistante du service social de l'Etat, JO 22 février 1938, n°2163.

⁵⁴ Décret n°2484 du 10 août 1942, JO du 30 septembre 1942, n°3335

⁵⁵ Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, JO 27 avril 1943.

construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle. C'est à cette époque que l'on assiste à l'explosion des vade-mecum et fiches de soins qui dictent d'une façon drastique les façons de faire. La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif » (Catanas, op.cit.).

Grâce aux avancées médicales, en particulier des techniques, les infirmières acquièrent un vrai savoir-faire et s'organisent en corps professionnel. Leur niveau évoluant, il devient alors plus facile de former des infirmières laïques.

En 1951 est créée la première école de cadres par la Croix-Rouge. A côté, une école catholique des cadres est créée en 1954 ainsi qu'une école des cadres de l'Assistance Publique en 1956. (Chinot, 2004, p.15) Les différents programmes de formation se sont succédés⁵⁶, essayant de suivre les progrès dans le domaine de l'organisation et de l'administration hospitalières. A la fin de la décennie 1960-1970, chaque région possède une école de cadres infirmiers, voire deux pour certaines. C'était le cas de la Région Ile de France et de la région Rhône-Alpes. Progressivement, le dispositif de formation a été confié à des cadres infirmiers et non plus à des médecins.

En 1958⁵⁷ apparaissent le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM), suivant le modèle du programme de formation des cadres initié par la Croix-Rouge française. Ces certificats officiels sont délivrés après huit mois de formation. « *A cette époque le rôle de la surveillante est administratif et soignant* » (Chinot, op.cit., p.15). Par la suite, le décret du 4 octobre 1975⁵⁸ supprime le CAFIS et le CAFIM pour les réunir dans un Certificat unique de cadre infirmier (CCI), suite à une formation de neuf mois, théorique et pratique. Ce certificat réunit en un seul diplôme la mission d'administration des soins et la mission d'enseignement. Le

⁵⁶ Arrêté du 22 août 1966 (JO du 18 septembre 1966) modifié par les arrêtés du 20 mars 1969 et du 9 octobre 1975, relatif à l'agrément des écoles de cadres infirmiers, aux conditions d'admission, au programme et examen de fin d'études.

Décret n°73-822 du 7 août 1973 (JO du 17 août 1973) relatif à la création du certificat d'infirmière cadre de santé publique, complété par l'arrêté du 7 août 1973 (JO du 17 août 1973, BO du ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale n°73-39).

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 (JO du 12 octobre 1975). Création du certificat cadre infirmier, complété par l'arrêté du 9 octobre 1975 (JO du 12 octobre 1975, BO du ministère de la Santé n°75-44)

Arrêté du 22 juillet 1976 (JO du 20 août 1976), annexes BO du ministère de la Santé n°76-37 relatif à la création du certificat de cadre infirmier du secteur psychiatrique.

⁵⁷ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, JO 19 novembre 1958, n°10400.

⁵⁸ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers, JO 12 octobre 1975, n°10566-10567

professionnel doit justifier de trois années d'exercice dont deux au moins en service pour y accéder. « *La sélection s'effectue alors exclusivement sur des épreuves professionnelles de type contrôle de connaissances. La réussite à ce concours confirme l'expertise professionnelle du candidat et entraîne de fait une reconnaissance de ses pairs* » (Oubry, 2004, p.6). Obtenir le CCI n'est alors cependant pas obligatoire pour encadrer un service de soin. Les infirmières, après huit ans d'exercice, sur appréciation de la valeur professionnelle, pouvaient être nommées surveillantes après inscription au tableau annuel d'avancement. C'est ce que l'on nomme encore la montée à l'ancienneté. C'est cependant un important changement : deux fonctions différentes d'un même métier sont supprimées pour ne conserver qu'une seule fonction, celle de cadre. « *Le mode d'exercice, soins ou formation, n'est plus significatif d'une formation spécifique, c'est la fonction d'encadrant, elle-même qui devient un nouveau métier, le métier de cadre, quelles que soient l'activité et les personnes avec qui ce métier s'exerce* » (Ibid., p.7).

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

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

Dans le cadre et l'esprit de décloisonnement des réformes qui vont faire évoluer l'hôpital, apparaît, dès 1982, l'idée d'une extension aux autres professions paramédicales, avec le souci d'harmonisation et d'interprofessionnalisation, qui ne se réalisera pas encore. C'est l'accord avec le ministère lors de la grève des cadres en 1989 qui relance le dossier par la mise en place d'une "concertation cadre" comportant deux volets : une étude sur le rôle, la mission et les fonctions des cadres d'une part, et une étude sur la formation des cadres d'autre part. Cela se conclura sur une réforme, toujours en cours actuellement, qui a transformé l'entrée dans la profession de cadre et le décret du 18 août 1995⁵⁹ concernant la formation des cadres infirmiers. Ce diplôme de cadre de santé (DCS), commun à l'ensemble des professionnels paramédicaux réglementés, remplace tous les autres certificats cadre. Le diplôme de "Cadre de santé" devient obligatoire pour exercer la profession et surtout ouvert à tout professionnel de différentes filières autres qu'infirmière, justifiant de quatre années d'exercice de la profession. Cette formation délivre un diplôme de cadre de santé.

⁵⁹ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JO 20 août 1995, n°12468.

Cependant c'est en 2001 que le statut des cadres de santé sera revu. Selon le décret 2001-1375 du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, le corps des cadres de santé comprend selon leur formation :

- dans la filière infirmière :
 - des infirmiers cadres de santé,
 - des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé,
 - des infirmiers anesthésistes cadres de santé,
 - des puéricultrices cadres de santé
- dans la filière de rééducation :
 - des pédicures-podologues cadres de santé,
 - des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé,
 - des ergothérapeutes cadres de santé,
 - des psychomotriciens cadres de santé,
 - des orthophonistes cadres de santé,
 - des orthoptistes cadres de santé,
 - des diététiciens cadres de santé
- dans la filière médico-technique :
 - des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé,
 - des techniciens de laboratoires cadres de santé,
 - des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Ainsi ce décret crée un statut unique du corps des cadres de santé qui regroupe l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques. Il comprend le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé. Depuis la sortie de ce décret en 2001, les anciennes voies d'accès au grade de cadre de santé, notamment par voie d'inscription au tableau des avancements (montée à l'ancienneté), sont supprimées.

La notion de "cadre de santé" englobe dès lors l'ensemble des professions paramédicales régies par différents décrets⁶⁰. Ensuite, la formation en école de cadre (IFCS) devient obligatoire pour l'accès à toute fonction d'encadrement. Le législateur considère ici que l'encadrement nécessite l'acquisition d'outils qui ne s'improvisent pas et qui doivent être obtenus dans le champ de la formation, de plus accessible par un concours sur titre interne pour 90% des postes ouverts et externe pour les 10% restants. L'encadrement est ici considéré

⁶⁰ Décrets du 30 novembre 1988, n° 89-609 et n° 89-613 du 1er septembre 1989.

comme un nouveau métier et non plus comme la prolongation naturelle du métier d'infirmier acquise par le biais de la simple ancienneté.

Pour les cadres de santé, il n'existe plus qu'une seule modalité d'accès au grade qui est celle du concours sur titre, interne ou externe, ouvert aux candidats titulaires du diplôme de cadre de santé ou d'un certificat équivalent.

Autrefois catégorie B de la fonction publique hospitalière, les cadres de santé sont désormais intégrés à la catégorie A avec une grille indiciaire revalorisée.

La surveillante disparaît peu à peu au profit du cadre infirmier puis du cadre de santé. Les missions et donc les compétences attendues des cadres de santé évoluent également.

2- De la surveillante au manager gestionnaire, de nouvelles compétences pour une nouvelle fonction

Les surveillantes se trouvent dès le début soumises à une double dépendance administrative et médicale, c'est-à-dire hiérarchique et fonctionnelle. Les textes législatifs depuis 1943 jusqu'aux réformes des années 2000 réaffirment que les surveillantes sont placées sous l'autorité du directeur et du chef de service. (Bourret, 2007, p.5) Le directeur a le pouvoir de nomination et d'affectation, le chef de service est, quant à lui, le responsable de l'ensemble du service et à ce titre le seul interlocuteur de l'administration.

« A partir des années 1960, le développement de la médecine scientifique, l'importance qu'elle prend dans la société et dans le système de santé font qu'elle joue un rôle de premier plan à l'hôpital. La tension entre les deux mondes, administratif et médical porte davantage sur les moyens que sur les finalités de sorte que la tâche des cadres s'en trouve facilitée. Il s'établit une sorte de coalition entre les gestionnaires et les médecins rendant la place de "go between" des cadres plus aisée à tenir du point de vue de la tension entre ces deux mondes » (Ibid., p.7).

Une hiérarchie infirmière se met en place en 1975 avec la création du poste d'infirmière générale. Jusqu'à cette époque, les cadres étaient issus du rang, et ce sont leurs compétences techniques et leur ancienneté qui les propulsaient au grade de surveillants. Les valeurs du cadre de l'époque étaient celles du métier d'origine. Le cadre de l'époque est alors une "super" infirmière très occupée par son rôle d'assistance auprès du médecin et dont les activités administratives sont encore peu importantes. *« Les directeurs d'hôpital, dans une perspective de gestion et de promotion des hôpitaux publics, ont joué un rôle important. Dès le décret d'application de la loi portant réforme hospitalière de 1941, [...] un rôle de gestion est explicitement mentionné à côté du rôle d'encadrement. Mais c'est surtout un rôle de relais que les directeurs vont promouvoir » (Schweyer, 2009, p.76).* La surveillante est alors un relais d'information rapide et sûr. L'encadrement a alors un rôle de promotion du "progrès hospitalier", pas uniquement médical, mais également en ce qui concerne la qualité de l'accueil, de la logistique et du "climat" dans les services.

Dans les années 1980-1990, le travail des surveillantes consiste à accompagner la médecine scientifique. La loi du 31 juillet 1991⁶¹ associe l'encadrement à la gestion des services. Le cadre n'est plus seulement dans une démarche de contrôle, mais devient acteur de la gestion

⁶¹ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991, JO n°179 du 2 août 1991

de son service. La fonction d'encadrement s'appuie alors sur des textes législatifs et non plus sur les seules valeurs de la profession soignante.

L'ouverture des écoles de cadres dès les années 1960 et la création du diplôme cadre de santé en 1995 ont contribué à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicales et administratives. L'enseignement fait tourner aux cadres leur regard vers les entreprises, les interroge sur les organisations et développe des partenariats avec des universités⁶².

Les réformes des années 2000⁶³, ont permis d'unifier le corps de la hiérarchie infirmière en trois niveaux : les cadres de santé, les cadres supérieurs de santé et les directeurs des soins. *« Cette hiérarchie ne dispose d'aucun budget et c'est le directeur des ressources humaines par délégation du directeur général qui a pouvoir de nomination et d'affectation des cadres sur proposition du coordinateur des soins »* (Bourret, *op.cit.*, p.6).

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

François-Xavier Schweyer fait l'hypothèse que la constitution de l'encadrement à l'hôpital s'est faite en deux temps. Dans un premier temps, dans les années 1950, un mouvement de professionnalisation des emplois hospitaliers se met en place pour faire face au souci du manque de qualification du personnel. L'effort a alors porté sur l'établissement des statuts permettant la reconnaissance des qualifications et sur les formations. L'organisation du travail et la clarification des tâches pour chaque poste de travail ont d'abord été traités dans une logique statutaire et d'emploi. Dans un deuxième temps, est promue une organisation du travail de type entrepreneuriale. Les fonctions d'encadrement sont alors selon François-Xavier Schweyer, issues de la nécessité de repenser les structures et l'organisation du travail. Les statuts ont progressivement donné une reconnaissance institutionnelle aux cadres. (Schweyer, *op.cit.*, p.72)

L'évolution de la fonction de cadre de santé est indissociable de l'apparition des contraintes économiques tels le contrôle puis la maîtrise des dépenses de santé qui caractérisent l'hôpital

⁶² Cet aspect sera traité dans le chapitre 4

⁶³ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 et décret n°2002-550 du 19 avril 2002

depuis la fin du siècle dernier. Les cadres deviennent alors des gestionnaires qui participent au développement des fonctions administratives et financières de l'hôpital.

« Mais c'est vrai qu'on est beaucoup plus dans la gestion, que dans le temps on n'avait pas. Par exemple sur les enveloppes budgétaires, maintenant c'est nous qui gérons ça. Jusqu'à il y a 3, 4 ans c'était géré par le cadre supérieur. » (Emilie, cadre de santé)

Ces nouvelles activités participent d'ailleurs d'une émancipation du corps médical. *« Cette émancipation provoquée par l'évolution des activités et recherchée par les cadres déjà en quête d'identité et de reconnaissance, marque le point d'ancrage de la mutation de la fonction cadre à l'hôpital »* (Derche, 2005, p.16).

« Bein avant elles étaient surveillantes. C'est pas pour rien que le terme a changé. Surveillantes, qu'est-ce qu'elles faisaient en fait ? Elles surveillaient les soins, elles surveillaient les patients, elles surveillaient l'équipe, donc y'avait pas toute la partie gestion, qui prend beaucoup de temps quand même. Et maintenant on leur demande d'être cadres, ça veut dire d'être en même temps gestionnaire et d'avoir je pense encore plus de liens avec les médecins, avec la direction..., d'être partie prenante en plus dans toute l'institution au niveau des projets institutionnels. Donc on leur demande beaucoup plus. » (Sylviane, cadre de santé)

Désormais, le cadre de santé, en plus de ses fonctions d'encadrement de terrain, se voit déléguer des fonctions inhérentes à celles de l'encadrement supérieur. La démarche de contrôle du cadre ne se fait plus *a priori*, mais *a posteriori*. Et s'il reste référent privilégié dans son secteur d'activité professionnelle (référent soins), ses tâches se diversifient de plus en plus. Il agit maintenant, à son tour, par délégation et responsabilisation de son équipe. Sa position est maintenant celle d'un manager. Rappelons qu'étymologiquement manager signifie faire le ménage, se mettre en ménage, emménager, organiser une maison.

La figure emblématique du manager des années 1990 joue précisément ce rôle et vient très clairement s'inscrire contre celle du chef hiérarchique dans la littérature de management. Le terme de manager est peu à peu venu remplacer le terme de cadre. Employé d'abord pour qualifier les cadres des directions générales des grandes entreprises (pour les distinguer de la masse des cadres ordinaires), il commence à être utilisé au tournant des années 1980-90 pour désigner les salariés manifestant leur excellence dans l'animation d'une équipe, dans le maniement des hommes, par opposition aux ingénieurs tournés vers la technique. Sous le terme de manager, on suppose que le cadre doit être avant tout charismatique, savoir établir un réseau et surtout ne pas commander mais animer.

L'identité professionnelle du cadre reposait sur les compétences techniques et relationnelles. Le cadre était positionné en dessous du corps médical, souvent relégué à un travail de secrétariat et de surveillance. Faisant le « sale boulot », en référence à Hugues, de la prise de rendez vous, des ouvertures et fermeture de lits et de la sanction. Le cadre de santé est maintenant positionné en partenaire, en collaborateur du corps médical. *« Sa perception de la notion « de sale boulot » n'est plus la même. Le « sale boulot » étant le casse-tête des plannings avec ce problème récurrent du « comment faire tourner un service pour répondre aux attentes d'activité de l'administration, sans mettre le patient en danger, dans un contexte de pénurie de personnel » » (Chauvancy, 2008)⁶⁴.*

La gestion à l'hôpital a longtemps été une forme d'intendance, et la production du ressort des médecins. Une grande partie des fonctions du cadre était auparavant assurée par les médecins. *« Dans cette logique, la surveillante était une auxiliaire du chef de service, avec une forte valorisation de la dimension affinitaire pour un travail relevant des sphères professionnelle et domestique à la fois. Parler aujourd'hui de cadres hospitaliers en tant que tels, et qui ne sont ni médecins ni directeurs, traduit donc une évolution de l'hôpital moderne. Autrement dit, les "cadres hospitaliers" tels que définis par la Mission de Singly n'ont pas existé de tout temps, et le souci de les reconnaître comme un groupe social est lui-même récent » (Schweyer, op.cit., p.70).*

Le cadre de santé a désormais l'image d'un entrepreneur. Il doit établir des projets. Il est responsable de la gestion des ressources humaines, financières et logistiques de son service. *« Cette modification de la donne, à savoir, l'accomplissement des tâches administratives et de gestion, pose le problème de son repositionnement et de la reconnaissance de ses nouvelles fonctions au sein de l'institution. Cette modification du rôle de l'encadrement, dans la division globale du travail au sein des établissements de santé, a pour conséquence une modification de la représentation que les cadres se font de leur métier et du regard porté par les autres professions. C'est en effet toute une culture professionnelle au travers de la perception de l'approche du soin et du mode de management des équipes que la dernière réforme hospitalière bouscule » (Chauvancy, op.cit.).*

Le référentiel qui détaille le métier de cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière précise qu'une des activités principales du cadre de santé est de contrôler l'activité, la sécurité des soins et les activités paramédicales : procédures, protocoles, réalisation d'audit, suivi

⁶⁴ Nous étudierons la place de la délégation des tâches et du sale boulot plus précisément au chapitre 5.

d'indicateurs. Pour ce faire, il doit savoir exploiter des tableaux de bord et les indicateurs de la qualité de la prise en charge des patients. Une des tendances d'évolution du métier est le renforcement des contraintes juridiques et réglementaires qui nécessite une attention accrue sur l'application des protocoles et la traçabilité des activités.

Actuellement, les missions dévolues à l'encadrement dans l'ensemble des textes officiels mettent un accent fort sur les notions de management et de gestion et n'insistent que relativement peu sur les missions directement liées au soin et à la qualité de celui-ci. Nous sommes également passés des termes de « cadre infirmier » à « cadre de santé ». Cela peut laisser entendre que l'encadrement d'une équipe ou d'un service de soins ne nécessite plus d'être systématiquement originaire du corps professionnel d'origine, que la fonction d'encadrement est transversale et n'impose pas forcément la connaissance et la maîtrise des compétences professionnelles que l'on encadre.

« Ça veut dire que la représentation que les gens ont de notre métier, c'est de la gestion, que notre métier se résume à de la gestion. Mais moi mon métier, certes il y a de la gestion, mais je te dis il y a tout l'axe pédagogie, compétences, qualité qui ne peut être rattaché qu'à un corps de métier d'origine. » (Céline, cadre de santé)

Ainsi, l'évolution terminologique coïncide avec une évolution du contenu d'activité plus orienté vers l'animation et la gestion des ressources humaines. Cela renvoie également à une volonté de rompre avec la figure ancienne d'une maîtrise attachée au contrôle direct de l'activité de soins. Le remplacement des désignations catégorielles antérieures (cadre infirmier) par des appellations plus génériques (cadre de santé) permet d'opérer une rupture symbolique avec la hiérarchie traditionnelle de la profession et signale un rapprochement avec les activités de l'entreprise.

« Oui, pour moi, le terme ancien "cadre de proximité" colle plus à la réalité. Si ça a été inventé cadre de proximité, c'est que ça répond à un besoin. Sur le terrain concret, c'est pas parce qu'on prend une décision comme ça qu'on supprime ce besoin, ce besoin existe toujours. C'est pas parce qu'on change un terme qu'on change le besoin. » (Etienne, cadre de santé)

Selon Isabelle Feroni et Anne Kober-Smith, la logique de professionnalisation s'oppose à la logique organisationnelle de type gestionnaire. On serait passé d'un modèle d'encadrement autoritaire à un modèle professionnel, puis à un modèle gestionnaire. « *La montée gestionnaire peut se comprendre comme une composante du pouvoir administratif sur les*

professions, effet induit d'une orientation générale, une nouvelle régulation du secteur axée sur la performance et les gains de productivité, ainsi que la satisfaction de l'utilisateur » (Sainsaulieu, 2007, p.195). Selon Ivan Sainsaulieu, il faut pour définir ces cadres, faire référence à l'appartenance des cadres au service public ainsi qu'à la conception de leurs missions. « Tandis qu'auparavant s'opposaient des cadres organisationnels et des cadres professionnels, notamment les cadres issus du rang à l'ancienneté et les cadres récemment diplômés, on se retrouverait désormais avec un modèle dominant de management « qualité », où la cause (la qualité) converge avec les moyens (management participatif), la situation (de pénurie) et l'intérêt bien compris des cadres (jouer un rôle) » (Ibid., p.198).

Le tableau suivant montre l'évolution des fonctions attendues des cadres infirmiers de 1940 à 2000. Le contrôle reste toujours la fonction de base du cadre, la participation aux soins disparaît au profit de l'animation du personnel, mais surtout, la gestion tient désormais une place primordiale, voire première dans les fonctions du cadre de santé. Ainsi, la dernière période est marquée par *« l'introduction de politique de maîtrise des dépenses de santé et par la transformation des modes de régulation du secteur d'activité inspirée par un nouveau cadre d'action publique. L'encadrement des dépenses hospitalières se traduit dès le milieu des années 1980 par la mise en place de budgets hospitaliers globaux et par le développement de systèmes d'informations médicalisées à des fins de gestion et d'évaluation. L'application d'un modèle de management importé du secteur privé, [...] s'accompagne d'une plus grande responsabilisation économique des directeurs hospitaliers et d'un discours entrepreneurial axé sur la performance et les gains de productivité. L'irruption massive de problématiques économiques à l'hôpital entraîne un mouvement général de délégation budgétaire qui se répercute en cascade sur les personnels et l'encadrement » (Feroni, Kober-Smith, 2005, p.477). Nous reproduisons ici le tableau construit par Isabelle Feroni et Anne Kober-Smith pour la France.*

Au travers de ce tableau, nous voyons que la transformation la plus importante de l'encadrement infirmier a lieu à partir de 1985. L'autre importante transformation rattachée à cette date est l'apparition d'un encadrement infirmier au niveau directorial avec la création de la direction des soins. Sur la ligne hiérarchique de l'encadrement de proximité, la participation au soin disparaît des missions de l'encadrement infirmier. Le contrôle reste une des fonctions du cadre. Mais surtout, la gestion fait son apparition dans les missions dévolues aux cadres de santé au détriment de son rôle d'animation. Au niveau de l'encadrement intermédiaire, le cadre supérieur de santé s'est surtout vu rajouter un travail de planification du personnel et du

budget ainsi que des fonctions transversales liées à sa position au sein d'un pôle. L'ancienne surveillante-chef est devenue cadre supérieure de santé et a désormais « *un positionnement stratégique et systémique* » (Jacques, 2007, p.27), de part sa place dans la ligne hiérarchique hospitalière ainsi qu'au sein des pôles.

Tableau 8 : L'encadrement infirmier (Feroni, Kober-Smith, op.cit., p.489)

	Période traditionnelle (1940-1960)	Période de modernisation (1960-1985)	Période gestionnaire (1985-2000)
Encadrement de proximité	<i>Surveillante (1943)</i> Fonctions : - contrôle de l'activité et des personnels d'une unité - participation aux soins	<i>Cadre infirmier (1978)</i> Fonctions : - contrôle de l'activité d'une unité - animation des personnels	<i>Cadre de santé (1995)</i> Fonctions : - contrôle direct de l'activité d'une unité / du personnel soignant - gestion quotidienne des consommables
Encadrement intermédiaire	<i>Surveillante de pavillon (dans les grands hôpitaux)</i> Fonctions : - contrôle de l'activité de plusieurs unités	<i>Surveillante chef (grade créé en 1962)</i> Fonctions : - contrôle de l'activité de plusieurs unités - planification du personnel	<i>Cadre infirmier supérieur</i> ↓ <i>Cadre supérieur de santé (après 2001)</i> Fonctions : - régulation des flux de patients - planification du personnel - planification budgétaire - fonctions transversales (qualité)
Encadrement supérieur	<i>Surveillante générale (rare, dans grands hôpitaux)</i> Fonctions : - gestion des personnels infirmiers	<i>Infirmière générale (grade créé en 1975)</i> Fonctions : - planification des besoins en personnel	<i>Infirmière générale adjointe⁶⁵</i>
Niveau directorial			<i>Directeur du service des soins infirmiers (1991)</i> ↓ <i>Directeur des soins (après 2001)</i> Fonctions : - responsable de tous les personnels soignants (recrutement, formation) - planification à long terme de la politique de soins

⁶⁵ L'infirmière générale adjointe n'est autre qu'une cadre supérieure de santé adjointe à la direction des soins.

Etre cadre, c'est exercer des fonctions d'encadrement. Ces fonctions existent dans d'autres secteurs d'activité économique. Mais l'exercice de ces fonctions est-il transposable d'un secteur à l'autre ? Le décret de 2001, nous a montré cette ouverture de l'encadrement infirmier à un statut et un rôle plus large, celui de cadre de santé. Si la gestion des hommes et des projets est globalement semblable d'un secteur à l'autre, les environnements et les techniques propres diffèrent, donnant un contour et un contenu spécifique à la fonction de cadre. En conséquence, la mobilité des cadres d'un secteur à l'autre est limitée par l'existence de compétences spécifiques, compétences qui s'avèrent essentielles pour assurer la fonction. Au sein même du secteur santé, le texte de 2001 sur les statuts des cadres, rappelons le, a défini trois filières professionnelles : soins infirmiers, rééducation et médico-technique, induisant ici l'idée que les savoirs professionnels des équipes sont importants à acquérir pour manager ces équipes. *« La crainte des cadres, si elle existe, de voir les filières se mélanger semble peu réaliste, notamment au niveau du grade de cadre de santé, car la spécialité d'origine est presque toujours nécessaire dans les unités de soins tant du point de vue des acteurs professionnels des soins que des acteurs médicaux (discipline médicale ou pharmaceutique) [...] En revanche, la question paraît très légitime pour le grade de cadre supérieur de santé du fait même de la nouvelle gouvernance »* (Eggers, 2008, p.39).

Nous venons de voir l'évolution des fonctions et des rôles attendus d'un cadre de santé. Nous pouvons dès lors analyser la place qui est donnée actuellement aux cadres dans les différentes structures hiérarchiques hospitalières.

3- Place du cadre de santé dans les différentes hiérarchies de l'hôpital

Dans le premier chapitre de cette thèse, nous avons vu la complexité du système hospitalier, marqué par de multiples professions aux hiérarchies et aux logiques différentes. Maintenant que nous avons éclairci les fonctions attendues des cadres de santé, il nous reste à les replacer dans ce système.

L'activité de l'encadrement est rendue difficile car plusieurs structures œuvrent au sein de l'hôpital. La structure hiérarchique porte sur les personnes, elle explicite les liens de subordination et de coordination entre les personnes qui travaillent dans un service ou une unité de soins. Chaque travailleur doit pouvoir identifier sans ambiguïté qui est son chef direct et qui sont ses subordonnés immédiats s'il en a. La difficulté pour un cadre de santé d'être et de travailler dans une unité de soins vient en grande partie du fait qu'il est écartelé entre deux structures différentes : celle du personnel hospitalier et celle du personnel médical. A ces deux structures se rajoute également l'espace administratif.

Tout d'abord, l'espace administratif est divisé en deux corps distincts, celui des personnels de direction et celui des personnels administratifs. Le personnel de direction admet plusieurs grades dont le plus important statutairement est celui de directeur de 1^{ère} classe, suivi du directeur de centre hospitalier régional, etc. L'équipe de direction dirige des personnels administratifs groupés en corps : chef de bureau, adjoint des cadres, agent administratif, secrétaire médicale etc. En théorie, le pouvoir hiérarchique est de structure pyramidale. Il s'agit là d'une des possibilités qui ne tient pas compte des amitiés, inimitiés, des réseaux. Ce pouvoir hiérarchique peut revêtir plusieurs dimensions : pouvoirs traditionnel, charismatique et légal selon la classification de Weber. Le pouvoir traditionnel peut se retrouver dans le champ hospitalier dans de petits services où le chef est écouté, obéi parce qu'il en a toujours été ainsi et qu'aucune remise en question n'a été envisagé. Le pouvoir légal est également assez répandu dans le milieu administratif. L'autorité y est fondée sur l'obéissance conformément au statut, aux règlements, à un organigramme qui n'est jamais autant suivi que parce qu'il est implicite, il est ancré dans les habitus des agents.

Ensuite vient l'espace médical comprenant les étudiants en médecine, les résidents, les praticiens hospitaliers. Enfin, on trouve l'espace des services médicaux comprenant les cadres et le personnel. Le terme de "paramédical" s'applique aux métiers relatifs à l'administration des soins qui tombent finalement sous le contrôle du médecin. Ces emplois sont presque

toujours subordonnés, dans la mesure où ils ne s'exercent en général qu'à la demande ou sur l'ordre du médecin et très souvent sous son contrôle. La division des tâches paramédicales constitue un système de strates dans lequel les métiers sont de près ou de loin disposés autour du travail du médecin.

L'encadrement infirmier comporte trois niveaux qui schématiquement s'échelonnent, sur la ligne hiérarchique, entre le sommet stratégique et la ligne opérationnelle. Généralement, l'infirmier général ou directeur des soins, membre de l'équipe de direction, se situe au niveau stratégique ; le cadre supérieur de santé est à la fois au niveau stratégique et opérationnel ; le cadre de santé ou cadre de proximité est sur le terrain, lieu de la production des soins. Le cadre de santé est ainsi positionné au premier niveau de l'encadrement infirmier. Pour schématiser la place du cadre dans la ligne hiérarchique soignante, nous pouvons reprendre le schéma sur la configuration d'une structure d'Henri Mintzberg et l'adapter à la situation du cadre de santé.

Henri Mintzberg définit la complexité de l'organisation et de la place des acteurs en divisant l'organisation en cinq groupes :

- le sommet stratégique qui regroupe les acteurs qui ont la charge de diriger l'organisation, d'administrer l'hôpital ;

- la ligne hiérarchique qui relie le sommet stratégique au centre opérationnel, qui correspond pour les cadres de santé aux trois niveaux d'encadrement au sein desquels ils forment la base. Cette ligne hiérarchique peut être double, comme pour les infirmiers qui sont soumis à la hiérarchie du service infirmier et à la hiérarchie fonctionnelle médicale. Dans une autre forme, cette ligne peut être inexistante comme entre les médecins et le directeur d'établissement par exemple ;

- le centre opérationnel qui est représenté par les professionnels des unités de soin, soignants et médicaux. Ce sont les agents qui concourent directement à la production des soins et qui jouissent d'une relative autonomie reposant sur l'expertise des actes professionnels.

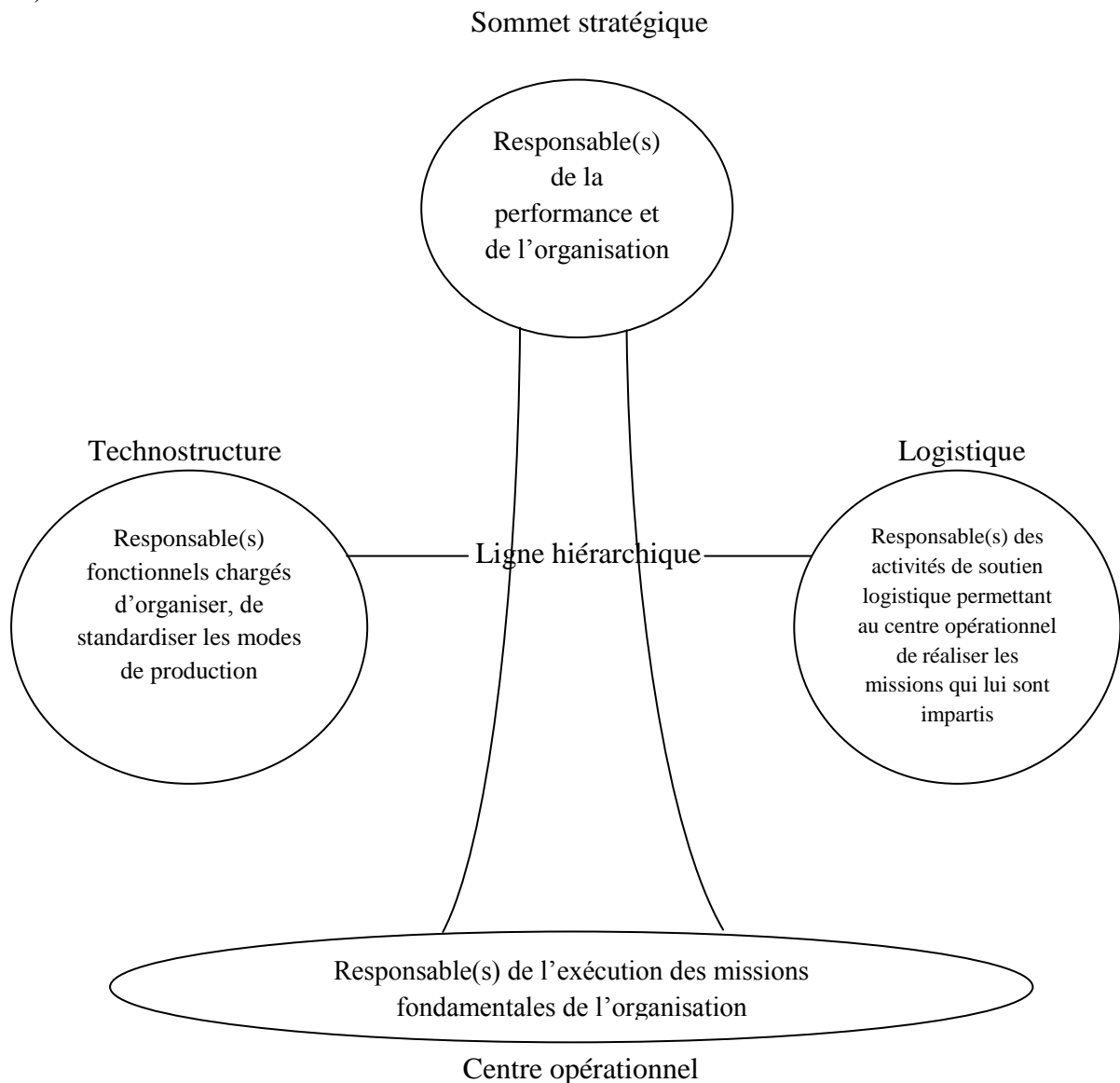
- la technostructure qui procède à la standardisation des procédés de travail (par exemple le département d'information médicale, les services financiers...)

- les fonctions de supports logistiques qui sont des prestataires internes nécessaires au fonctionnement de l'hôpital (les services techniques, médico-techniques, économiques...).

(Mintzberg, 1981)

Ainsi, au niveau du service infirmier, l'activité des acteurs repose sur une expertise, la formation et la qualification, caractéristiques d'une bureaucratie professionnelle. Toutefois, le service infirmier s'apparente également à une bureaucratie mécaniste où le pouvoir et le statut sont rattachés à la fonction, et où l'autonomie de l'opérateur est réduite tant il est écrasé par la hiérarchie. L'autonomie du cadre de santé de proximité semble toute relative soumise à une hiérarchie pyramidale pesante. Le cadre de santé peut être considéré comme un relais privilégié entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, encore faut-il que la direction des soins, au sommet de cette ligne ne se coupe pas du centre opérationnel. Voyons tout ceci plus clairement en reprenant le schéma d'Henri Mintzberg.

Schéma 4 : Configuration structurelle selon Henri Mintzberg (Cremadez, Grateau, 1997, p.18)



Cette figure montre les quatre grands rôles que toute organisation doit assurer : sommet stratégique, technostructure, logistique et centre opérationnel, et la nature des relations qui s'instaurent entre les acteurs internes chargés d'occuper les fonctions correspondantes. « *Dans la réalité, ces fonctions ne correspondent pas nécessairement à des responsabilités identifiées dans l'organigramme. Un même individu peut ainsi jouer un rôle de technostructure lorsqu'il définit par exemple les normes d'approvisionnement, et un rôle de logistique lorsqu'il exécute les tâches d'approvisionnement* » (Ibidem). C'est le cas du cadre de santé qui joue un rôle de technostructure lorsqu'il définit les normes de gestion du personnel qui relève de sa compétence : durée des gardes, modalité de prise de congés, normes de qualité de service, et un rôle de logistique lorsqu'il organise les plannings d'affectation des agents.

Dans ce schéma, l'organisation de l'hôpital se caractérise avant tout par l'importance de son centre opérationnel c'est à dire de ses services. Le relationnel et en particulier la coordination entre les acteurs sont essentiels. On peut également noter la faiblesse de la technostructure par rapport à l'importance de la logistique qui reste tout de même sous le contrôle des membres de la technostructure. Le sommet stratégique assure essentiellement les relations de l'organisation avec son environnement réglementaire (tutelle) et financier (l'assurance maladie). « *Tampon face à des tutelles multiples, le directeur trouve sa légitimité et son pouvoir dans sa capacité constante à préserver le centre opérationnel des perturbations susceptibles d'être engendrées par les changements de politique et les contradictions des pouvoirs de tutelle* » (Ibid., p.21). La ligne hiérarchique est interrompue entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Le directeur n'a pas la possibilité de diriger directement les chefs de service. Il doit passer par la Commission Médicale D'Etablissement (ou CME).

Les cadres de santé tiennent une position plus que particulière et délicate au sein de l'hôpital. Ils sont pris entre trois logiques différentes voire antagonistes :

- la logique soignante dont le cadre est issue et à laquelle il reste attaché,
- la logique administrative dont il dépend hiérarchiquement,
- la logique médicale qui régit au quotidien le fonctionnement du service.

A ces trois logiques se rajoute aujourd'hui un nouvel acteur avec sa propre logique, le patient. Les patients possèdent désormais la technologie nécessaire (télévision, internet) pour s'informer de tout ce qui concerne la science médicale. Le soignant n'est plus le seul, dans ce duo, a possédé le monopole de la connaissance soignante. A cela s'ajoute l'évolution des mœurs sociales qui n'acceptent plus qu'un dommage puisse exister sans être indemnisé. Le

droit de la santé se rapproche du droit de la consommation et de ses règles protectrices, ce qui change la nature de la relation patient-personnel médical et paramédical comme nous le précise ce cadre de santé :

« Les gens sont un peu comme au supermarché à l'hôpital, le soin est un du. C'est eux qui demandent les examens. C'est eux qui décident avant les médecins des soins à réaliser. On en est là. Et souvent les urgentistes demandent des examens uniquement pour rassurer les parents ou le patient lui-même. » (Etienne, cadre de santé)

L'hôpital voit en effet s'affirmer la figure d'un patient, informé et actif, qui cherche à s'insérer dans un jeu institutionnel où il n'avait jusqu'à présent guère sa place.

Le cadre de santé est ainsi pris entre plusieurs feux. Ancien soignant, nouveau hiérarchique, en coopération mais toujours soumis aux décisions médicales, le cadre de santé doit ainsi sans cesse légitimer sa place et son rôle entre toutes ces logiques, entre tous ces acteurs, c'est-à-dire son autorité. *« L'expérience montre que, pour retrouver une réelle légitimité, le cadre doit tendre aujourd'hui à se considérer à la fois comme un référent professionnel et comme un médiateur institutionnel. Cette autorité repose sur la négociation, la recherche de l'accord, elle demande que s'établisse un respect mutuel. En pratique, il s'agit d'être souple sur la forme, ouvert au dialogue, tout en sachant rester ferme sur l'essentiel, c'est-à-dire les valeurs. Si le cadre doit pouvoir s'affirmer dans sa spécificité soignante jusqu'à parfois s'opposer, il doit également savoir s'ouvrir aux autres logiques professionnelles. Parce qu'à l'hôpital la pluridisciplinarité est une spécificité forte, le besoin de coordination et de médiation indispensable » (Svandra, 2006, p.55-56).*

La place du cadre de santé qui encadre et organise le travail du personnel paramédical dans un service, tout en régulant les rapports avec les patients et les médecins, n'est pas la plus aisée à assumer. Le cadre de santé doit dans un premier temps quitter son identité infirmière. Il doit, tout en s'assurant de l'efficacité du travail effectué, prendre garde à laisser de l'autonomie à l'équipe. Les professionnels des soins acceptent en outre difficilement leur savoir-faire remis en cause par quelqu'un qui est ressenti comme ayant abandonné le métier premier. A cela s'ajoute la double autorité sous laquelle est placé le cadre de santé : l'autorité médicale et l'autorité administrative.

« Nous en tant que cadre, c'est difficile, on est entre les deux. On a la pression par le personnel, tous les jours, et en même temps, en haut aussi ils écrasent parce qu'ils disent il faut qu'on fasse ça, qu'on fasse ci. Mais comment on fait comprendre au personnel ? C'est des démarches qu'on nous demande de faire, mais des fois le personnel ne va pas accepter. Parce que déjà ils se sentent pas écouter, pas assez nombreux. Nous aussi, je veux

dire, en haut on nous écoute pas non plus. Mais en haut y'a la pression aussi des budgets, économie ou autre. » (David, faisant fonction cadre supérieur de santé)

« Comme je disais à l'équipe, eux ils ont l'impression qu'on est avec la direction : « Vous nous dites de faire ça et faire ça, vous voyez pas la charge de travail qu'on a déjà sur le terrain, vous nous dites que la direction veut qu'on fasse ça et ça... » Pour l'équipe, on est avec la direction. Et après, du point de vue de la direction : « oui, ils sont toujours avec leur équipe, ils n'essayent pas d'adhérer... » Quand on leur fait des remarques par rapport aux difficultés sur le terrain, « oui, arrêtez de défendre vos infirmières ou vos aides-soignantes ; il faut le faire c'est comme ça... » Donc ils ne voient pas le travail qui est fait sur le terrain, donc ils ont l'impression qu'on est avec l'équipe. Donc on est en sandwich, on est dans un truc où c'est pas toujours facile. Je comprends d'un côté la direction, ils ont aussi des impératifs mais ils nous disent « il faut le faire », voilà et après y'a les évaluations et ils râlent que ça n'a pas été fait ou bien fait etc. La place de cadre au jour d'aujourd'hui, c'est pas bien reconnue, c'est pas valorisée. » (Kaori, cadre de santé)

L'ensemble des cadres interrogés font part de situations difficiles où le cadre se sent pris entre ces deux logiques différentes et parfois antagonistes.

Au sein d'un service, les différents segments professionnels doivent coopérer avec les autres segments. L'infirmière doit coopérer avec l'aide-soignante avec laquelle elles forment un véritable binôme, avec l'agent, avec les médecins, avec le cadre de santé, avec les patients et leur famille, mais aussi avec les intervenants extérieurs au service : assistante sociale, ambulancier etc. Ivan Sainsaulieu parle à cet effet de « *coopération interdépendante* ». Ce sont ces coopérations qui façonnent l'appartenance au collectif, qui du service peut s'élargir à l'ensemble de l'établissement. (Sainsaulieu, 2006, p.75)

Le positionnement du cadre de santé dans son établissement de santé n'est pas toujours clair. Bien que les textes (textes de loi, répertoire des métiers) précisent pour chaque profession les rôles et missions de chacun, ces textes cloisonnent. Ils mettent chaque profession, chaque métier dans un périmètre particulier sans expliciter suffisamment les positions des différents acteurs les uns par rapport aux autres, ce qui rend le travail de coordination des cadres de santé encore plus délicat.

« Y'a pas d'actes, de décret de compétences, hein, y'a pas d'actes du cadre. Le cadre, en fonction du service où il sera et en fonction de sa personnalité, il fera des tâches, il exécutera des missions différentes. Donc, y'a pas de profil de poste finalement, c'est resté très ouvert. Quand vous voyez les profils de poste des cadres, c'est très, très varié, ça ne veut rien dire. C'est le pompier à tout faire, qui ne fait rien, dans l'absolu qui ne fait rien et

pourtant sa journée est hyper remplie ! C'est un élément clé pour que ça marche, mais on ne le voit pas. » (Léonie, cadre formatrice IFSI)

Ce cadre explique très bien l'impression d'invisibilité que peut ressentir le cadre. Essentiel au fonctionnement du service, ses actions restent pourtant assez méconnues par l'ensemble du personnel de son service.

A cela s'ajoute le peu de consistance de ces nouvelles réglementations depuis 2001. En effet, l'article 4 du décret de 2001 prévoit que « *les agents du garde de Cadre de Santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans des unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements* »⁶⁶. Cette définition des fonctions exercées par le cadre, peu consistante, est la plus récente. Le répertoire des métiers⁶⁷ permet de donner des repères généraux pour les postes et les missions du cadre de santé mais cela ne suffit pas à expliciter pour un établissement donné ce qui est attendu de chacun. Dans ce répertoire, le cadre de santé est classé dans la famille des métiers des "soins et activités paramédicales" et dans la sous-famille "management et formation". La fiche métier concernant le cadre de santé (celui qui exerce en unité de soin, non le cadre de santé formateur) relève des activités telles que la gestion de l'information, le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, le suivi et le bilan d'activité de l'unité, la planification des activités de soins ainsi que l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires. « *Globalement, la législation qui concerne les missions du cadre de santé se résume à peu de choses : le cadre est un responsable qui encadre et anime, mais son positionnement fonctionnel reste finalement assez flou* » (Derche, 2005, p.12). Selon Hubert Derche, ce flou permet des adaptations aux contextes locaux et aux rythmes soutenus des transformations hospitalières.

Tout comme le cadre dirigeant, le cadre intermédiaire qu'est le cadre de santé a un rôle qui ne se limite pas à la supervision directe. Lui aussi doit gérer ce qu'Henry Mintzberg nomme des conditions de frontière, d'une part entre son unité et le reste de l'organisation, et d'autre part entre son unité et l'environnement de l'organisation. « *En règle générale, le cadre de niveau intermédiaire a 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 ; transmettre certaines de ces informations à sa propre unité, aux niveaux supérieurs de la hiérarchie, et à l'extérieur de sa propre unité ; négocier avec des parties prenantes extérieures ; prendre*

⁶⁶ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001. Nous ne traitons ici que des cadres de santé en services de soin.

⁶⁷ Cf. Annexe 1

l'initiative de changement stratégiques ; et traiter des exceptions et des conflits » (Mintzberg, *op.cit.*, p.45). Cependant, comme le constate Henry Mintzberg, plus le cadre est proche du flux lui-même, moins son travail est abstrait et agrégé. Le travail de cadre change d'orientation à mesure que l'on monte ou que l'on descende dans les niveaux hiérarchiques.

Aussi, l'évolution de la place des cadres de santé au sein des collectifs de travail suit la montée de la logique gestionnaire dans les hôpitaux. Les cadres de santé, ne sont pas des promoteurs de cette montée gestionnaire, qu'ils subissent plutôt, mais ils doivent en être, de par leur rôle, les porteurs au sein des équipes, et les garants de sa mise en œuvre aux yeux de la direction, *« ce qui tend aussi à les charger d'une mission délicate et à les doter d'une visibilité qui n'atteignait pas auparavant une telle ampleur. Relativement fondus dans la masse des personnels de santé et effacés par l'omniprésence des médecins, les cadres de santé sont ainsi conduits à sortir de l'ombre »* (Divay, Gadéa, 2008, p.677-678). Sophie Divay et Charles Gadea parlent même du début d'une identité collective, par un processus analogue qui avait présidé à la naissance de la catégorie des cadres en France.

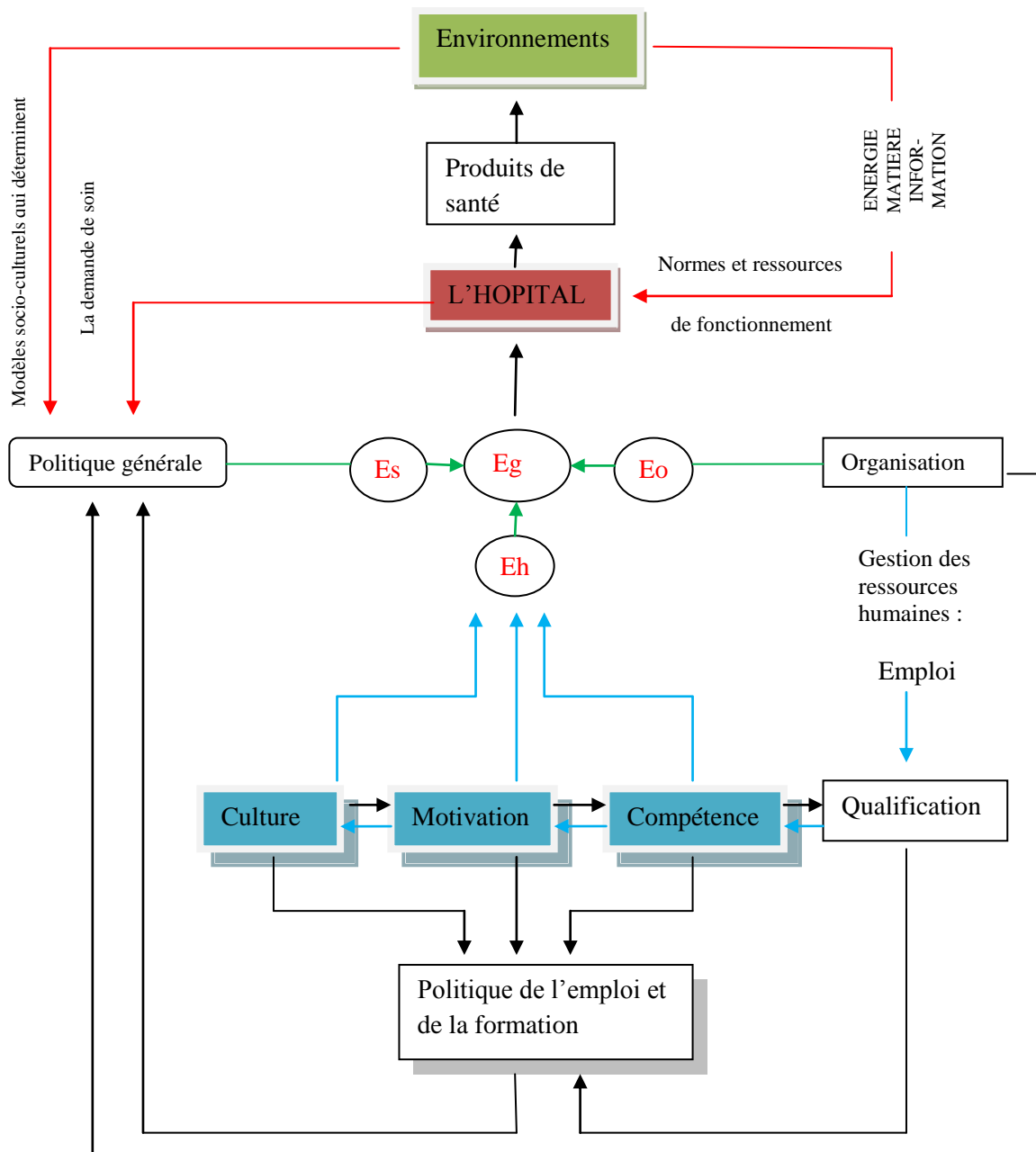
A ce jour, la mission du cadre de santé est liée à la mutation organisationnelle et structurelle de l'institution hospitalière. Le cadre de santé est ainsi pris entre la culture soignante dont il est issu et à laquelle il reste attaché, et une culture de gestionnaires caractérisant la direction hiérarchique auquel le cadre de santé appartient par son statut et son rôle. *« Entre l'appartenance professionnelle et le rattachement à une organisation se dessinent plusieurs types d'appartenance locale et de cultures de service. Ces entités sont les lieux matériels où se construisent des cultures de service et le sentiment d'appartenance à une communauté »* (Sainsaulieu, *op.cit.*, p.74).

Le plan "Hôpital 2007" renforce le rôle de manager des cadres de soin (cadres de santé et cadres supérieurs de santé) en les impliquant officiellement dans les pôles d'activités aux côtés du médecin coordinateur. A l'évidence, la question des compétences du cadre de santé relève du management. La mission du cadre de santé s'inscrit dans le système complexe⁶⁸ hospitalier qui la gouverne et qu'elle détermine en retour selon des effets induits par le

⁶⁸ Un système complexe est un système délicat à décrire car composé de nombreux éléments interagissant entre eux de manière non déterministe. Un complexe est un tout qui comprend un certain nombre de parties, en particulier avec des parties interconnectées ou reliées mutuellement. L'hôpital moderne, terrain de lutte de pouvoir et d'évolutions technologiques répond aujourd'hui à des exigences multiples (médicales, économiques, sociales et parfois politiques) dans ses prises en charge face à la concurrence. Il s'inscrit donc dans la catégorie des organisations complexes. La complexité hospitalière repose essentiellement sur le mode d'organisation, sur la place du pouvoir dans l'organisation ainsi que sur la diversité de logiques des acteurs la composant.

pilotage du système. C'est ce que nous montre Pierre Peyré dans le schéma suivant (repris du schéma de Gérard Donnadiou) qui montre que *l'efficacité générale (Eg)* d'une entreprise est la résultante des processus d'intégration des trois formes cardinales d'efficacité qui entrent en jeu dans les rapports entre les acteurs et le système : *l'efficacité stratégique (Es, niveau institutionnel)*, *l'efficacité organisationnel (Eo, niveau managérial)* et *l'efficacité humaine (Eh, niveau opérationnel)*.

Schéma 5 : L'hôpital-système (adapté et complété par Pierre Peyré à partir du modèle de Gérard Donnadiou) (Peyré, 2006, p.4)



A la lecture de ce schéma, Pierre Peyré a voulu démontrer que ce sont les missions que l'institution assigne à ses cadres de santé (Es), et la façon dont elle les coordonne de façon globale et locale à la fois (Eo) qui tracent les lignes de force des compétences que la société, à travers l'utilisateur attend de leur part (Eh). « *Ce mouvement détermine, à l'intérieur même de la profession où compétences, motivations et culture se conjuguent, les métiers et les identités individuelles et collectives productrices de qualité et de sécurité des soins* » (Ibid., p.4).

De par leurs missions de proximité et leur participation aux décisions, les cadres de santé exercent une fonction de « médiation cardinale », pour reprendre l'expression de Pierre Peyré. Cette médiation s'établit entre le niveau global et le niveau local de l'institution.

Néanmoins, la participation aux processus de décision et la représentation institutionnelle ne se confondent pas. Une implication des cadres dans des instances de leur établissement n'est pas une garantie de leur réelle participation aux prises de décision, notamment celles qui touchent à leur champ d'activité et de responsabilité. (Singly, 2009, p.70)

Les cadres de santé sont considérés comme des éléments importants du système administratif en charge de la gestion des établissements. Le "progrès hospitalier" que les cadres sont chargés de promouvoir n'est pas seulement médical, il comprend aussi la qualité de l'accueil, de la logistique, du "climat" qu'il règne dans les services. Pour mieux cerner cette fonction, il n'est pas sans intérêt de s'arrêter sur les termes en usage pour désigner cette catégorie que les textes désignent sous le vocable cadre de santé.

4- Changement d'appellation, changement de fonction

Les expressions sont souvent le reflet de positionnement des locuteurs à propos de ce dont ils parlent. En utilisant certains termes, ils évoquent une façon de voir les choses, une représentation. « *Le nom dirait la "nature" des choses, les dirait "en soi" et "pour elles-mêmes", dans leur vérité essentielle* » (Siblot, 2007, p.34). Ici, les appellations sont avant tout des nomenclatures, reflets de la politique publique.

L'évolution sémantique du terme qualifiant l'encadrement est profondément liée à l'évolution de la profession et du monde hospitalier. « *Le passage de la super infirmière dans les années 1970, au manager actuel, induit un changement de terminologie. En outre, les intitulés des formations cadres influencent fortement l'appellation de l'encadrement. Statutairement, le troisième grade du corps des infirmiers est dénommé infirmier surveillant des services médicaux. C'est ce terme que l'on trouve dans le fichier permanent des corps et des grades des établissements publics sanitaires et sociaux, et plus généralement dans les textes de base, sur le bulletin de salaire* » (Plaetevoet, 1999, p.15).

La mention "surveillante" a été remplacée par l'appellation de "cadre" depuis 1975. Aux modèles militaire (étymologie) ou religieux de la hiérarchie s'est substitué celui de l'entreprise. L'institution hospitalière se compare à une entreprise de soin, sa direction est devenue management et le patient laisse place à l'usager, sorti de son rapport à la pathologie pour entrer dans une dynamique de prestation de service. Le glissement sémantique vers "cadre de santé" est en lien avec l'organisation hospitalière et sociétal. Revenons sur le sens de ces différentes étapes.

Le terme de surveillant est apparu lors de la laïcisation des hôpitaux de l'Assistance Publique de Paris. Surveillant induit la notion de surveiller l'équipe, les patients. Les termes d'infirmière en chef et de cheftaine étaient également employés dès cette période.

« *Le terme de "surveillant" indique clairement ce qui était attendu de cet encadrement : faire preuve d'autorité, faire respecter la discipline, être le bras droit et l'œil des médecins ou du chef de service* » (Jacques, 2007, p.25). La surveillante ne gère pas encore les plannings et n'a aucune maîtrise de la gestion des ressources humaines, car seule la surveillante générale assure la gestion et l'organisation, le fonctionnement des services de soins.

A la fin des années 1970, le surveillant est dénommé cadre infirmier des unités de soins ou de structure de formation, bien que le terme de surveillant soit encore largement utilisé jusqu'à

nos jours. Cette nouvelle appellation amène un changement de profil, de conception de l'encadrement de proximité. La notion de cadre, comme nous l'avons étudié dès l'introduction, suggère en elle-même une dimension organisationnelle, voire managériale. Emerge chez certains professionnels un sentiment d'éloignement des cadres de la fonction soignante. Mais surtout, par "cadre infirmier", on atteste que l'encadrement a pour origine la fonction d'infirmière qui de par sa formation et/ou son expérience a obtenu des fonctions de responsabilité dans l'administration des services de soins.

En 1990, le ministère de la Santé définit dans une circulaire les missions, fonctions et rôles de la fonction de surveillante. Le cadre infirmier est chargé d'une mission permanente qui consiste à collaborer avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité ou du service. Le cadre infirmier y est décrit comme responsable de la gestion et de l'organisation de la prise en charge globale de la personne soignée. Il a un rôle d'encadrement et d'animation du personnel du service. Il est un référent pour le soin spécifique et a un rôle de formation, de coordination et de recherche. Il est responsable du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction, de l'organisation et de l'application de la prescription médicale, de la gestion administrative de l'unité ou du service. (*Ibidem*) La définition du cadre infirmier élargit le domaine de compétence de la surveillante à l'extrahospitalier et à l'enseignement. Pourtant, même si le terme de cadre infirmier tend à se généraliser dès les années 1980. La notion de cadre infirmier désigne plus particulièrement pour les infirmières dont la formation est sanctionnée par un diplôme comme le Certificat Cadre Infirmier (CCI). (Plaetevoet, 1999, p.16)

Enfin, la dénomination cadre de santé depuis 1995 est liée à l'obtention du diplôme obligatoire de cadre de santé, « *intitulé qui témoigne de la nécessité de faire évoluer les missions d'une profession en parallèle avec le secteur auquel elle appartient* » (*Ibidem*). Le terme englobe toutes les filières d'origine par soucis d'interprofessionnalité et dans le but d'acquisition d'un langage et d'une culture communs à l'ensemble de la profession. « *Le caractère multi professionnel de la profession de la formation semble une étape préparatoire au décloisonnement de l'hôpital, à la notion de réseau de soins. [...] Certains établissements utilisent le terme de cadre infirmier de santé, c'est à notre avis, rajouter une spécificité infirmière à un diplôme qui est commun à l'ensemble de la profession* » (*Ibid.*, p.17).

« *On aurait pu s'attendre alors, puisque direction des soins il y a, à ce que les cadres soit "de soins". C'est oublié pourtant que la figure de la "santé" s'impose maintenant dans tout le*

discours comme la valeur positive à laquelle tout le système de santé se réfère » (Desbonnets, 2008). Ainsi, là où l'expression de "cadre de soin" sous entend un principe d'altérité, de veille au respect d'un soin donné à un autre, donc de responsabilité sur les actes effectués, l'expression "cadre de santé" entend donc plus le principe de droit du patient et une responsabilité sur les résultats obtenus. Le terme "santé" a été attribué aux cadres car il porte un sens plus large que le terme "soin". Les cadres de santé ne s'occupent pas que du soin effectué par leur personnel mais également de tout ce qui gravite autour : l'organisation, les stocks, les plannings etc. Le terme de soin limiterait trop l'activité du cadre et ne permet pas de rendre compte de ces autres activités.

Mais dans le langage courant, d'autres termes désignent actuellement les cadres de santé. Le plus entendu est celui de cadre de proximité.

Il n'existe pas de définition précise du cadre de santé de proximité, 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 soin. Etant donnée sa position hiérarchique le cadre de santé est de proximité, proche des réalités quotidiennes des services, mais aussi proche de la hiérarchie pour laquelle il conduit les décisions opérationnelles et transmet au mieux les problèmes et demandes des soignants. "Cadre de proximité" est surtout utilisé pour désigner la proximité avec le terrain et pour différencier les cadres en services de soins (proximité) des cadres exerçant en école d'infirmières (cadres formateurs).

« Ce mot : cadre de proximité, il a du sens. Un cadre de santé, c'est un cadre de proximité. Cette proximité, elle est sur plusieurs axes. Elle est auprès des équipes. Elle est auprès des patients et de leur famille. [...] C'est dans mon sens, être identifiable. Pour moi, un cadre, il doit être identifiable en tant que cadre, dans son autorité hiérarchique bien sûr. Elle est là, elle existe, elle doit être assumée cette autorité hiérarchique. » (Violette, étudiante IFCS)

Le tableau suivant retrace l'évolution des titres et des appellations donnés aux cadres de santé. Nous voyons bien que la structure progressive de l'encadrement infirmier s'inscrit dans l'histoire des réformes du secteur hospitalier et de la progressive spécialisation de ses fonctions et de ses personnels. Cette histoire peut être schématiquement découpée en deux grandes périodes correspondant aux grandes mutations de l'hôpital public pour reprendre le découpage construit par Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith :

Tableau 9 : Structure progressive de l'encadrement infirmier⁶⁹

Périodes de mutation de l'hôpital public	1950-1985 Des matrones aux cadres spécialisés			1985-de nos jours Des cadres gestionnaires	
	1958		1973	1975	1995
Dates des diplômes	1958		1973	1975	1995
Titres des diplômes	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier surveillant (CAFIS)	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier moniteur (CAFIM)	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmier ou d'infirmière cadre de santé publique (CAFICSP) ⁷⁰	Certificat cadre infirmier (CCI)	Diplôme de cadre de santé (DCS)
Appellation du cadre de santé	Surveillante Dichotomie entre les monitrices (théorie) et les surveillantes (pratique)		Cadre infirmier Le CAFICSP est créé pour répondre aux besoins des secteurs extrahospitaliers Le terme de "cadre infirmier" se met en place en 1975 ⁷¹		Cadre de santé Amalgame des origines et du nouveau métier : cadre formateur ou manager-gestionnaire en service de soin

Durant la première période de ce tableau, le passage de l'hôpital traditionnel à l'hôpital moderne, technique et spécialisé, amorce la première redéfinition d'ampleur des fonctions d'encadrement qui marquera une différenciation de ses fonctions au sein de l'activité soignante. Dès 1958, deux certificats d'aptitude aux fonctions d'encadrement et d'enseignement sont créés. La séparation entre les surveillantes sur le terrain, celles confrontées à la pratique et les surveillantes monitrices en formation, celles inscrites dans le "théorique" est entamé.

A partir des années 1970, les évolutions croissantes de l'hôpital créent le besoin de nouvelles tâches d'encadrement au sein des unités de soins. D'où l'apparition en 1975 du certificat de cadre infirmier, commun aux deux fonctions mais pourtant exigé que pour l'enseignement. C'est à la fin de cette décennie que se dessine la première formalisation d'une ligne hiérarchique complète, qui comprend les surveillantes d'unité de soins, les surveillantes-chefs et à leur sommet l'infirmière générale. La profession médicale n'intervient alors plus dans les

⁶⁹ Les périodes de mutation de l'hôpital public sont tirées du découpage fait par Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith, (Feroni, Kober-Smith, 2005)

⁷⁰ Décret n°73-822 du 7 août 1973. Il s'ajoute aux CAFIS et CAFIM, permettant de diversifier l'origine et les lieux d'exercice des postulants

⁷¹ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier, JO du 12 octobre 1975 n°10566

procédures de recrutement des surveillantes, à quelque niveau que ce soit. A la fin de cette période, le terme de surveillante laisse place à celui de cadre infirmier dans les textes réglementaires sans toutefois modifier les classements statutaires antérieurs (toujours de catégorie B).

La seconde période est marquée par le nouveau modèle du cadre infirmier : le cadre gestionnaire. Cette période est marquée par l'introduction d'une politique de maîtrise des dépenses de santé. L'application d'un modèle de management importé du secteur privé s'accompagne d'une plus grande responsabilisation économique des directeurs hospitaliers et d'un discours entrepreneurial. Nous sommes partis de multiples certificats, très orientés sur un cheminement professionnel pour arriver en fait à une seule formation, universelle dans son champ professionnel.

D'un rôle de surveillance, le cadre de santé a pris les traits de celui d'un gestionnaire. Le changement d'appellation en est significatif. Pourtant, ce changement de rôle et de statut n'est pas acté par toutes les nomenclatures. Cadre de santé est encore souvent vu comme une spécialisation infirmière et non un changement de métier, ayant une place autre sur la ligne hiérarchique. Ainsi, au 1^{er} janvier 2007, le répertoire ADELI⁷² recense les infirmiers du secteur libéral et salarié en les répartissant par spécialité de la manière suivante⁷³:

Tableau 10 : Spécialités infirmières

SPECIALISATION
DE Puéricultrice
Cadre sage-femme
Infirmier anesthésiste
Infirmier de bloc opératoire
Infirmier cadre de santé publique
Cadre infirmier
Cadre infirmier psychiatrique
Cadre de santé

Source : Ministère de la Santé et des Solidarités, DRESS, répertoire ADELI

⁷² Le répertoire ADELI (Automatisation DEs LIstes), fichier informatisé des DDASS, correspond à un procédé utilisé en France pour assurer la gestion de données de la démographie des professionnels de la santé. Ce répertoire utilise un système d'informations basé sur le recensement des coordonnées professionnelles des acteurs de santé.

⁷³ www.ordre-infirmiers.fr

Ce tableau nous montre que les cadres de santé sont considérés par le répertoire ADELI comme une spécialité infirmière. Nous pouvons remarquer que le Ministère, en réalisant ce tableau, a séparé certains cadres de l'ensemble des "cadres de santé", et de manière assez arbitraire. Nous nous interrogeons d'ailleurs sur la présence du "cadre sage-femme", la profession de sage-femme appartenant au corps médical, et cadre sage-femme étant législativement séparée du corps des cadres de santé. Ce tableau rend donc compte du flou qui entoure encore le métier de cadre de santé et l'amalgame entre les professions de soin. Or, cadre de santé n'est pas une spécialité technique de la profession infirmière tel que IADE ou IBODE. Le cadre de santé est hiérarchiquement au-dessus des infirmiers, quel que soit la spécialité des ces infirmiers. Le cadre de santé est le responsable du service infirmier. Les cadres de santé ne faisant plus de soin, ayant une mission de gestion et de management communs, ainsi qu'une formation désormais commune quel que soit la profession de base, ne peuvent avoir de réelle spécialité. Dans les textes législatifs, les cadres de santé sont clairement présentés comme pouvant encadrer n'importe quel service.

« Avant, vous savez, pour être cadre de santé, ce qu'on appelle surveillant, il fallait avoir l'expertise du terrain, si vous voulez et ça facilitait beaucoup les choses. Ça donnait son sens aussi à la fonction cadre. On était considéré comme des experts dans la discipline où on travaillait. Donc, on encadrait une équipe et on essayait de passer nos connaissances à cette équipe là, tout en l'encadrant et en faisant siens les objectifs de l'établissement. »
(Constant, cadre de santé)

Parce que c'est un métier féminisé et proche dans ses valeurs et ses fonctions hiérarchiques de leur profession d'origine infirmière, l'amalgame avec une spécialité infirmière est trop facilement réalisé. Cet amalgame est aussi visible dans l'appellation affective entendue encore dans les équipes de soignante pour nommée leur cadre : la susu.

Suivant les établissements, on référence plusieurs terminologies : surveillant, cadre infirmier, cadre de santé, infirmier cadre, cadre de proximité... Plusieurs de ces termes peuvent nommer un seul et même agent, suivant le public qui le prononce.

Le terme de "surveillante" est encore largement utilisé par les malades et leur famille, ainsi que par le personnel médical et paramédical.

Monsieur W. vient demander si sa femme sort demain. La cadre ne sait pas encore. Elle ira lui parler plus tard pour le tenir au courant. Monsieur W. sort : « Merci, Madame la surveillante ».
(Extrait d'observation, service 1)

Le terme de "chef" est également très largement utilisé dans les services par l'ensemble du personnel. En majorité "surveillante" est utilisée par les patients et leur famille. Le terme existant depuis l'origine de la fonction d'infirmière responsable du service de soin, il est toujours présent dans la culture collective. Le sens du terme est immédiatement reconnu. "Cadre de santé" étant historiquement plus récent, porte également un sens plus large. Nous avons vu à la partie précédente que le terme de « cadre » renvoie à une nébuleuse de fonctions.

« Ça dépend des personnes que j'ai en face de moi en fait. Une mamie, un papi, je me présente comme surveillante, parce que pour eux, c'est plus parlant. Bon pour des jeunes, je suis cadre de santé. Mais c'est toujours pareil, je me positionne en fonction de qui j'ai en face de moi. Si je dis à quelqu'un d'illettré que je suis la cadre de santé, pff, des fois je dis que je suis la chef... Ça m'arrive. Je m'adapte en fonction des personnes que j'ai en face de moi. Y'a pas longtemps, y'a eu toute une communauté de gitans qui sont arrivés, y'avait un patient qui voulait à tout prix parler au chef, alors il est allé voir le chef de service, et puis le chef lui a dit : « c'est madame M. qui commande ici, vous écoutez madame M. ». [Rire] Surtout ici, je veux dire il faut s'adapter. [...] On est un peu caméléon dans cette fonction. » (Candice, cadre de santé)

Le titre est le premier élément d'identification de tout groupe social, comme le souligne Anne-Marie Arborio. *« Plus qu'un simple moyen d'objectivation du groupe, c'est aussi un indice de sa position sociale. En l'identifiant par une expression signifiante qui s'ajoute aux signes distinctifs parfois matériels, comme l'uniforme, on lui attribue en fait une certaine valeur sociale qui peut évoluer »* (Arborio, 2001, p.76-77). Ainsi, la tenue des cadres de santé observés est constituée de la blouse blanche ou de la tenue d'infirmière (sarrau⁷⁴ et pantalon), mais dans tous les cas l'étiquette de couleur rouge avec "cadre de santé" écrit dessus est bien présente. La couleur de l'étiquette et le titre indiqué dessus différencient le cadre des agents infirmiers ou aides-soignantes. Néanmoins, il faut être proche physiquement de la personne pour pouvoir faire cette distinction. Ainsi, le cadre de santé n'est pas toujours rapidement visible dans un service de soin pour une personne extérieure ou étrangère au service.

Dans certains hôpitaux (hors AP-HP) les cadres mettent une blouse mais la laissent bien ouverte, ou ne porte que la tenue du haut et reste en civil dans la partie basse, ou encore ne mettent pas du tout de tenue hospitalière, permettant ainsi de se distinguer du reste de l'équipé. L'uniforme hospitalier est un gage d'hygiène permettant de ne pas salir les patients ni de se salir lors de diverses tâches soignantes effectuées, c'est-à-dire de limiter les risques infectieux. En ne mettant pas de tenue complète, le cadre de santé donne à voir sa position d'encadrant,

⁷⁴ Le sarrau est une blouse de travail ample et courte que l'on porte au dessus des autres vêtements. En Europe, c'est le costume traditionnel des paysans et des ouvriers jusqu'au début du XX^e siècle.

en retrait des soins. En ne portant qu'une simple blouse ou veste infirmière, le cadre de santé se montre comme faisant partie d'une équipe de soin mais ne faisant plus de soin.

Dans l'hôpital observé, tous les cadres se mettent en tenue, fermée dans le cas de la blouse. Il semble tout de même que le choix de porter la blouse ou la tenue hospitalière classique est fonction du choix du cadre. Lors de mes observations, certains cadres m'ont fait porter une blouse, tandis que d'autres m'ont laissé en tenue civile bien que les suivant jusque dans les chambres des patients.

A noter que le corps médical porte toujours une blouse tandis que le corps infirmier est en tenue : sarrau et pantalon. La blouse rapprochant de la tenue médicale et la tenue hospitalière classique des soignants paramédicaux, on peut émettre l'hypothèse que le choix de l'habillement par le cadre peut alors aussi être fonction de son désir d'appartenance visible à l'un des deux corps.

Les cadres se mettent en tenue soit dans leur bureau, soit dans les vestiaires du sous-sol de l'hôpital, selon l'agencement de leur bureau et de leurs habitudes. Dans tous les cas, leur premier geste du matin est d'enfiler leur tenue.

Conclusion Chapitre 3 :

Les premières sœurs cheftaines avaient pour mission la surveillance du personnel et de l'ensemble des services hospitaliers et ceci déjà sous une ligne hiérarchique. La cheftaine avait donc déjà comme mission principale la surveillance, le contrôle des soins. Elle informait l'administration des capacités des agents. Ces différentes activités étaient assimilables à leur rôle actuel d'évaluation. Les similitudes avec certaines des missions attribuées aux cadres de santé actuellement sont frappantes. Ce n'est qu'à partir de 1950 que peuvent être formées les infirmières à l'encadrement. Nait alors la séparation des métiers de formateurs et de responsable d'une unité de soin, qui seront à nouveau réunis en 1975. Mais il faudra attendre 1995 pour que la formation à l'encadrement devienne obligatoire et sonne la fin de la nomination à l'ancienneté. Ce n'est qu'en 2001 que les filières de rééducation et médico-technique sont réunies avec la filière infirmière au niveau du statut de cadre, dans un but d'ouverture et d'interprofessionnalité. Les filières demeurent mais il existe un terme commun pour désigner le statut et la fonction de cadre de santé.

Les compétences attendues des surveillantes suivent cette évolution. Tenant le rôle de supers infirmières, les surveillantes étaient au départ dans un rôle d'assistance auprès des médecins et peu touchées par les activités administratives. L'ouverture des écoles de cadres et surtout la création du diplôme ont permis à la profession infirmière de s'émanciper. Cela s'est accompagné d'une unification de la hiérarchie infirmière en trois niveaux : cadre de santé, cadre supérieur de santé et direction des soins depuis 2001. L'apparition des contraintes économiques à l'hôpital a fortement contribué à l'évolution des fonctions d'encadrement. Les cadres de santé deviennent alors des gestionnaires de leur service qui participent au développement des fonctions administratives et financières de l'hôpital. La surveillante devient un manager d'une équipe de soin. Dès lors, le cadre de santé est positionné en collaborateur du corps médical, reprenant les anciennes activités de gestion des médecins.

Du modèle militaire de surveillante, l'évolution sémantique évolue jusqu'à l'appellation de cadre, se rapprochant des notions issues des entreprises : cadre, manager, gestionnaire. Le terme de cadre infirmier apparu en 1970 renvoyait alors encore à sa fonction d'origine. La définition du cadre infirmier élargit le domaine de compétences de la surveillante à l'extrahospitalier et à l'enseignement. Avec la réunion des trois filières, le cadre infirmier disparaît en 1995 au profit de cadre de santé. Etant un terme au sens plus large, d'autres

appellations sont apparues afin de distinguer les cadres de santé exerçant en unité de soin : les cadres de proximité, et pour ceux exerçant en école de formation : les formateurs. Pourtant l'amalgame avec les spécialités infirmières est tenace, et la multitude des noms attribués aux cadres de santé par les différentes populations prouvent que les cadres de santé sont encore largement vus comme des cheftaines, des surveillantes. A cela s'ajoute le flou persistant de la définition des fonctions du cadre, qui permet des adaptations aux contextes locaux et aux transformations hospitalières.

Défini par son système bureaucratique, chaque corps de profession essaye de légitimer sa place. Le pouvoir de l'expert y domine. La difficulté du cadre de santé est d'être écartelée entre deux structures différentes : celle du personnel hospitalier administratif et personnel soignant, et celle du personnel médical. Le cadre de santé doit jongler entre ces trois logiques auxquelles se rajoute celle du patient et des familles. Le cadre doit donc sans cesse légitimer son autorité. Revenir sur le sens donné à la catégorie des cadres nous a permis de mieux saisir cette place du cadre de santé dans le système hospitalier. Les cadres forment une catégorie tampon entre la direction avec son besoin de rationalité économique, et les différents professionnels. Attachés à leur entreprise par un engagement de fidélité, les cadres font corps avec elle. Ils constituent à la fois le groupe repoussoir et le point de référence. Les cadres de santé doivent se débrouiller quotidiennement. Le travail d'articulation et de coordination du cadre de santé est l'essentiel de son activité et fait de lui une figure de marginal sécant.

Chapitre 4

Les éléments de construction institutionnelle d'une profession

Nous allons dans ce chapitre nous interroger sur la question de la profession. Les cadres de santé semblent s'éloigner de plus en plus de leur fonction d'origine. Nous avons vu l'évolution des activités et des missions attendus chez un cadre de santé aujourd'hui. Les cadres de santé semblent devoir de plus en plus s'éloigner de leur ancienne fonction de soignant. Mais qu'en est-il en réalité ? A cela s'ajoute l'unification des filières et l'abandon du titre de "cadre infirmier". Peut-on dès lors parler de la naissance d'une nouvelle profession ? Pour répondre à nos interrogations, grâce aux éléments étudiés précédemment, nous ferons un point sur la théorie d'une profession de cadres de santé. Nous analyserons les éléments permettant ou non de définir les cadres de santé comme une profession à part entière. Puis, nous ferons un point sur l'organisation de la formation cadre. Nous verrons en quoi elle est une étape dans cette nécessaire conversion identitaire.

1- Les cadres de santé : une profession ?

Il est toujours bien difficile de s'entendre sur une définition du terme "profession". Les seuls éléments d'accord sont le statut d'occupation à plein temps et le prestige ou la portée que l'on reconnaît au métier. « *De fait, tous les groupes formant des métiers, quand ils prennent conscience d'eux-mêmes, sont amenés à se servir du mot, soit pour se flatter eux-mêmes, soit pour abuser les autres. Les métiers auxquels le mot a été appliqué sont ainsi tellement divers qu'ils n'ont rien en commun que l'appétit de prestige* » (Freidson, 1984, p.13-14). Eliot Freidson propose une solution assez pragmatique en distinguant des types de professions que l'on peut regrouper en vertu de caractéristiques communes. (Champy, 2009, p.9)

Généralement quatre sens sont donnés au terme de profession. La profession peut relever d'une déclaration dans le sens d'identité professionnelle, d'un emploi comme classification professionnelle, d'un métier comme spécialisation professionnelle, d'une fonction comme position professionnelle.

La profession, historiquement, a pris plusieurs formes retracées par Claude Dubar et Pierre Tripier :

- d'organisation sociale, de catégorisation des activités de travail qui constituent des enjeux politiques, inséparables de la question des rapports entre l'Etat et les individus ;
- d'accomplissement de soi, des cadres d'identification subjective et d'expression de valeurs d'ordre éthique ayant des significations culturelles ;
- de coalitions d'acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d'assurer et de maintenir une fermeture de leur marché du travail, un monopole pour leurs activités, un emploi stable et une rémunération élevée, une reconnaissance de leur expertise. (Dubar, Tripier, 1998, p.13)

Claude Dubar et Pierre Tripier soulignent que tous les groupes cherchent à se préserver du contrôle, de la domination ou de la dépendance ; aucun n'y parvient toujours et complètement, mais aucun n'est totalement privé de marge de manœuvre. (*Ibid.*, p.96)

Selon eux, chaque segment d'une profession a sa propre définition de ce qui fait "le centre de sa vie professionnelle" et ces définitions sont fortement structurantes des identités professionnelles. « *Ce qui distingue les segments entre eux, ce ne sont donc pas des définitions officielles, des classifications établies, mais une construction commune de*

situations et de croyances partagées sur le sens subjectif de l'activité professionnelle » (Ibid., p.106).

Selon Wilensky, la définition d'une profession repose sur six critères ordonnés, chacun étant plus sélectif que le précédent et mis en œuvre plus tardivement. (Wilensky, 1964) Selon les fonctionnalistes, les professions les plus anciennes et prestigieuses sont parvenues historiquement à se faire reconnaître comme des professions modernes en répondant à un schéma de passage. Ainsi, pour être reconnue comme profession, une occupation doit successivement acquérir six caractères :

1) Etre exercée à temps plein.

2) Comporter des règles d'activités.

3) Comprendre une formation et des écoles spécialisées. En se dotant d'un cursus universitaire, une occupation devient une profession selon Merton. En effet, un cursus universitaire « *transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques appris de façon académique et évalués de manière formelle, sinon incontestable. Certes, la formation spécialisée sert aussi à transmettre et reproduire les règles professionnelles, mais elle le réalise en les justifiant par des savoirs scientifiques* » (Dubar, Tripier, *op.cit.*, .89-90).

4) Posséder des organisations professionnelles.

5) Comporter une protection légale du monopole.

6) Avoir établi un code de déontologie.

Néanmoins, « *certaines activités ont plus de chance que d'autres [de] parvenir [à cette professionnalisation], ce sont celles qui touchent à ce qui est considéré comme sacré, dans un espace et à une période donnée, parce qu'elles manipulent des savoirs coupables (guilty knowledge) concernant, par exemple, la naissance et la mort, le crime ou la sexualité, la maladie ou le malheur* » (Ibid., p.104).

« *Pour Durkheim et Weber, la profession répond aux deux exigences fondamentales de l'évolution des sociétés industrielles et urbaines de leur époque : l'intégration sociale et l'efficacité rationnelle* » (Saliba, 1994, p.55).

Le concept de profession selon Weber comprend ses trois fondements de l'action sociale : le charisme, la tradition et la rationalité. En tant qu'emploi spécialisé à plein temps et rémunéré, l'activité professionnelle s'inscrit dans un cadre rationnel, en tant que vocation, elle est par contre expressive des valeurs et des passions qui animent l'individu. (Ibid., p.56-57) Ni

Durkheim, ni Weber ne se posent la question de la spécificité du travail professionnel, mais tous les deux fournissent des clés pour la penser. Durkheim situe la spécificité des professions dans leur aspect de morale professionnelle qui permet au groupe professionnel d'exercer une pression sur ses membres. Weber se concentre plus sur les notions de vocation, de valeurs et de déontologie. Il souligne l'importance de la dimension normative de l'activité professionnelle et l'importance des savoirs. (Champy, *op.cit.*, p.41)

Parsons définit la profession comme champ d'application de la science. La médecine en est un des exemples les plus simples. Cette définition de la profession comme science appliquée, comporte une conception précise du savoir comme savoir scientifique, spécialisé, éprouvé, standardisé et applicable. Cette définition comporte également une conception du travail comme activité rationnelle orientée par la mise en œuvre de ce savoir. Seules les professions articulent les moyens aux fins sur la base d'un savoir scientifique spécialisé. (*Ibid.*, p.44)

A la suite de Parsons, Hughes montre que les savoirs ne sont pas propres aux professions savantes. Il opère un rapprochement des concepts de métier et de profession. En situant les professions dans leurs contextes sociaux de travail, Hughes et les interactionnistes accordent une grande attention à la façon dont le contenu des tâches se définit dans les interactions. Selon Hughes, la division technique du travail repose sur les compétences c'est à dire sur la maîtrise de savoirs et de savoir-faire nécessaires à l'accomplissement de tâches spécialisées. A cette division technique s'ajoute une division morale qui répartit les tâches en fonction de leur inégale désirabilité, renvoyant ainsi au concept de sale boulot. Pour Hughes, les professions sont dotées d'une licence c'est à dire d'un ensemble de tâches pour lesquels un métier est parvenu à faire reconnaître sa compétence ; et d'un mandat c'est à dire d'une autonomie qui est laissée aux membres de la profession pour définir la façon dont ils doivent exécuter les tâches faisant partie de leur licence. (*Ibid.*, p.56)

L'autonomie que peuvent conquérir les membres des métiers paramédicaux dépend de nombreux facteurs, comme le fait d'avoir fréquenté ou non l'université, d'être contraint ou non de rester dans le carcan de l'hôpital, ou d'appartenir à un métier dont les membres s'efforcent de faire reconnaître qu'ils partagent des traits importants avec les médecins. Mais cette autonomie reste limitée. (*Ibid.*, p.64)

L'approche fonctionnaliste des professions privilégie le point de vue de l'ordre social et de sa justification morale et pose prioritairement la question de leur reproduction.

Le courant fonctionnaliste entend dans le terme de profession, un ensemble de métiers auxquels une compétence exclusive a été reconnue pour prendre en charge certaines tâches ou certains problèmes. Les professions s'opposent aux occupations, c'est à dire aux métiers qui ne sont pas devenus des professions, par un ensemble de traits comme le haut niveau de formation nécessaire à l'exercice de l'activité et le statut particulier qui confère à ces groupes une autonomie pour mettre en œuvre le savoir acquis dans le cadre de cette formation.

Contrairement au fonctionnalisme qui privilégie l'enjeu de l'organisation sociale, la posture interactionniste valorise les professions (métiers et emplois) comme des formes d'accomplissement de soi. L'activité professionnelle de n'importe qui doit être étudiée comme un processus biographique et même identitaire. (Dubar, Tripier, *op.cit.*, p.95) Ces processus sociaux que forment les professions sont des mouvements permanents de déstructuration et de restructuration de segments professionnels, en concurrence et souvent en conflit. Ce sont des formes d'actions collectives autant que des moments des carrières individuelles. (*Ibid.*, p.246)

Howard Becker a établi le folk concept : le langage courant n'a de valeur scientifique qu'en tant que croyance à analyser. Selon cette acception, les aides-soignantes, les plombiers, voire les prostituées sont des professions, et l'autonomie conférée à certaines professions est désormais considérée comme un avantage illégitime. (Champy, *op.cit.*, p.3-4)

Ainsi, là où le courant fonctionnaliste fait un usage restreint de la notion de profession, le courant interactionniste utilise cette notion dans un sens plus extensif. Ce courant est axé sur l'étude de tous les types de métiers et non seulement des professions établies. D'ailleurs pour Everett Hughes, les professions sont des construits sociaux, c'est à dire le résultat de processus. Si l'on s'interroge sur le processus, il ne s'agit alors plus de se demander quels métiers sont des professions, mais quelles circonstances permettent à un métier de devenir une profession. (*Ibid.*, p.28)

Fonctionnalistes et interactionnistes s'accordaient sur le constat que le statut de professionnel procurait des avantages en termes d'autonomie, de pouvoir, de rémunération et de prestige. Leur opposition portait sur le bien-fondé de ces avantages. « *Cependant, aujourd'hui, les sociologues des professions sont largement d'accord pour constater un recul de ces avantages ou de certains d'entre eux pour la plupart des professions. En particulier, ces dernières sont confrontées à des évolutions externes qui menacent leur autonomie dans le contrôle de leur travail et dans leurs relations avec l'Etat* » (*Ibid.*, p.32).

Freidson évoquait déjà en 1986 la thèse du déclin des professions établies, causé par une élévation du niveau d'instruction de la clientèle et le développement de son sens critique, la standardisation ou routinisation de l'exercice professionnel, et enfin l'apparition de nouvelles professions mettant à mal le monopole des anciennes.

De plus, plusieurs études ont mis en évidence les pressions croissantes qu'exerce la bureaucratie sur les organisations. Ces pressions sur les professionnels ont pour but d'améliorer l'efficacité et la prévisibilité du travail, au nom d'une nouvelle conception du professionnalisme qui n'a plus grand chose à voir avec les professions établies. Nous pouvons citer comme exemple l'augmentation de la pression pour la maîtrise des coûts sur les professions soignantes. (*Ibidem*)

Finalement, il n'existe aucun modèle universel de ce que doit être une profession. Claude Dubar et Pierre Tripier concluent sur le fait qu'il n'existe pas de profession séparée c'est à dire que l'on doit toujours replacer l'occupation dans le système professionnel auquel il appartient, qu'il n'existe pas de profession unifiée mais des segments professionnels plus ou moins identifiables, organisés et concurrentiels, et qu'il n'existe pas de profession établie mais des processus de structuration et de déstructuration professionnels dont les rythmes et les formes sont variables. Le prestige des professions n'est jamais acquis car il est une construction sociale en devenir à laquelle participent à la fois les professionnels, les usagers et les institutions. (Bercot, Fritz, 2008) Enfin, il n'existe pas de profession objective mais des relations dynamiques entre des institutions ou des organisations (de formation, de gestion, de travail) et des trajectoires au sein desquelles se construisent et se détruisent des identités professionnelles, sociales et individuelles. (Dubar, Tripier, *op.cit.*, p.247-249)

« Le flou de cette conception permet de penser la dynamique et le changement des métiers : la nature de la formation, l'évolution des statuts, des attributions, du système des professions et de la société font de la profession une catégorie historique variable » (Paicheler, 1995, p.6).

Dans la tradition anglo-saxonne, la notion de profession et de professionnel désigne des formes spéciales de travail et d'organisation du travail liées à une formation longue, une expertise et une délégation d'un contrôle de la profession par ses membres. La question fondamentale de l'étude des professions concerne l'expertise, concrétisée dans la détention d'un savoir relativement inaccessible au profane, et, par conséquent, la délégation de pouvoir et d'autonomie qui en émane, au delà même de la compétence spécifique des groupes professionnels. Cette délégation apparaît comme le résultat de la légitimité et de l'activité

rhétorique de ceux-ci. C'est une des raisons pour lesquelles aucune profession n'est constituée une fois pour toutes ; elle est toujours en devenir.

La particularité des professions de soins est que ces différents professionnels occupent des territoires particuliers et sont tous placés sous la contrainte d'une coordination nécessaire de leurs interventions sous une problématique de restriction budgétaire qui implique de tirer le meilleur parti de l'action de chacun. « *L'organisation formelle de la profession s'efforce de créer des territoires exhaustifs par le jeu des réglementations et des attributions. Ces règles sont toujours insuffisantes et faillibles et laissent une marge de latitude dans la réalisation concrète du travail* » (Ibid., p.7).

Le métier, quant à lui, renvoie plutôt à la compétence. Le métier s'apprend, parfois dans des écoles, plus souvent au contact des pairs ; il donne à ses membres une identité collective. Les petits métiers sont ceux qui n'ont pas accédé au statut de profession, dans le sens que les fonctionnalistes donnaient à ce terme. Leurs membres ne peuvent pas revendiquer d'avoir fait des études longues, et ils n'ont pas tenté ou n'ont pas réussi à faire aussi bien reconnaître la valeur des savoirs et savoir-faire mis en œuvre dans leur travail, en sorte d'asseoir leur autonomie. (Champy, *op.cit.*, p.69)

Le terme de "métier" regroupe des réalités diversifiées. Il renvoie à la pratique exercée traditionnellement, à l'aspect artisanal et aux compétences nécessaires à l'exécution du travail. Au sens strict, le métier renvoie à une occupation manuelle ou mécanique s'accompagnant d'une corporation organisant l'occupation et veillant à ses intérêts. Au sens large, un métier constitue n'importe quelle occupation héritée d'une tradition.

Un métier renvoie surtout à l'aspect manuel d'une activité. Lorsqu'une plus grande dimension intellectuelle rentre en jeu, on glisse vers la notion de profession. Sur ce point, les américains ont une distinction beaucoup plus nette entre "professions" et "occupations".

« *Lorsqu'un métier passe de l'état d'artisanat à celui de profession, les gens qui l'exercent s'étudient et étudient leur travail et l'organisation dans laquelle celui-ci s'accomplit* » (Hughes, 1996).

Le terme de "paramédical" désigne des métiers qui se sont subordonnés ou qui ont subi l'attraction de la profession médicale. Nous pourrions opposer les métiers paramédicaux à la profession reconnue du fait de leur absence d'autonomie, de responsabilité, d'autorité et de prestige. Or, dans le cas de l'activité soignante infirmière, comme elle s'organise autour d'une profession reconnue et qu'elle partage avec cette dernière certains aspects du

professionnalisme (déontologie, actes techniques etc...), l'activité infirmière est plus qu'un simple métier.

La professionnalisation des soins infirmiers s'est affirmée particulièrement ces deux dernières décennies sous la pression des professionnels et la reconnaissance par le législateur à travers les textes qui réglementent l'exercice infirmier. (Duboys Fresney, Perrin, 2002, p.3)

Faisons un point de résumé sur l'histoire de la professionnalisation du métier d'infirmière et retraçons les différentes étapes de la reconnaissance professionnelle des infirmières.

➤ La conquête d'un territoire propre

Par la spécialisation de plus en plus importante de la médecine, il n'y a pratiquement plus de prise en charge globale du patient. Et c'est sur ce terrain de la prise en charge globale que se positionnent les infirmières. En 1972, la réforme du programme des études infirmières introduit le concept de "plan de soins infirmiers" centré sur la santé, la personne humaine et non plus uniquement sur la maladie.

L'infirmière ne se veut plus seulement l'exécutante de quelqu'un (médecin ou cadre), mais un acteur dans l'identification et la détermination des besoins du patient. Dans le cadre de son rôle propre, elle passe peu à peu de l'exécution exclusive à la décision.

➤ La production d'un savoir

Cette réforme de 1972 entraîne également l'émergence des soins infirmiers comme discipline à part entière, avec une pratique et un savoir spécifiques. La recherche en soins infirmiers se développe.

➤ L'indépendance garantie par l'Etat

Il faut citer trois étapes importantes construisant cette indépendance : l'établissement du titre d'infirmière diplômée, la reconnaissance d'un rôle propre et la constitution de décrets de compétence⁷⁵.

➤ Le contrôle de l'autonomie professionnelle

La formation et la déontologie fondent ce contrôle. Depuis les années 1970, l'enseignement n'est plus réservé aux médecins. Ils continuent à enseigner les pathologies, mais ce sont les infirmières enseignantes qui prennent en charge le reste de la formation. Le décret du 16 février 1993⁷⁶ relatif aux règles professionnelles des infirmiers tient lieu de code de déontologie pour la protection du malade.

⁷⁵ L'exercice de la profession est réglementé par des décrets dits de compétence, dressant la liste des soins que les infirmiers sont habilités à dispenser, dont le dernier date du 11 février 2002, n°2002-194

⁷⁶ Décret n°93-221 du 16 février 1993

Dans le domaine hospitalier, la loi hospitalière de 1991 assure le contrôle de l'autonomie professionnelle en créant une nouvelle direction au sein des administrations hospitalières : la direction du service de soins infirmiers, qui vient compléter la direction administrative et la direction médicale.

A cela s'ajoute un prestige social croissant et surtout une ligne hiérarchique caractérisée par sa responsabilité du service de soin et par son autorité sur le personnel. Néanmoins, l'autonomie totale n'est pas encore présente, tout juste commence-t-on à parler de collaboration médecins-cadre de santé.⁷⁷

Pourtant le langage courant des professionnels du soin et celui des profanes parlent bien de profession infirmière ou de profession de soins dans un sens plus large. Qu'en est-il alors de ces ex-soignants devenus cadres de santé ? Peut-on les considérer comme une profession à part ?

Un titre pour des métiers

Les cadres de santé n'exercent pas exclusivement en unité de soin. Nous avons vu que sous un terme commun ont été réunies différentes filières mais également différentes activités de cadre. En effet, le diplôme commun ouvre quatre possibilités d'exercice de la profession cadre de santé : cadre en unité de soin ou cadre de proximité, cadre en IFSI ou cadre formateur, et cadres institutionnels ou cadre expert et cadre de nuit. Ces métiers sont ici liés à la fonction du poste et non à la spécialité d'origine.

Faisons un retour sur ces autres fonctions de la profession de cadre de santé. Nous rendrons ainsi compte de la diversité des savoirs et des objectifs qui nous permet ainsi de parler des métiers différents.

Cadre de santé, techniciens

Tout d'abord, il est nécessaire de rappeler que cadre de santé n'implique pas une obligatoirement une gestion d'un service de soin. Nous savons que les filières de rééducation et de médico-technique sont également représentées sous le vocable de cadre de santé. Ainsi, des diététiciens, des préparateurs en pharmacie ou des techniciens de laboratoires peuvent être

⁷⁷ Nous verrons en particulier cette relation cadre de santé-médecin au chapitre 5.

des cadres de santé. Cependant, leurs fonctions sont très différentes et éloignées de celle des cadres de santé exerçant en service de soin. Les particularités de ces services sont d'être généralement excentrés des bâtiments principaux car ne faisant pas partie du circuit de soin du patient, de ne pas être en contact permanent voir jamais avec les patients et les familles et d'être composés de techniciens et non de paramédicaux formant une équipe composée de quelques personnes (4 à 5 agents en général). Attribés de cadres de santé, ces personnels continuent pourtant d'exercer leur technique tout en ayant en plus une fonction de gestion de ce service. Ces cadres de santé portent clairement la double casquette de technicien et de cadre.

« Voilà c'est ça, ou comme une technicienne qui serait dans un labo privé et qui gèrerait les commandes. Non, on a été rapporté à cette catégorie alors qu'on n'est pas cadre de soin, je suis désolée [...] C'est une petite équipe : 2 techniciennes plus moi, 2 secrétaires, 5 médecins et un agent. C'est une petite équipe, fermée puisqu'on n'a pas de consultant. Les seules visites qu'on a, c'est les visites extérieures de consultation et du bloc opératoire, en gros. Donc on voit pas grand monde, et c'est assez fermé quoi. Une petite équipe : si les secrétaires sont parties, c'est les techniciennes qui enregistrent, éventuellement si y'a un problème de techniciennes, ce sont les secrétaires qui viennent nous donner un coup de main. C'est très familial, quoi. Pas de contact avec le patient, les médecins ne sont pas en stress non plus puisque pas de patient. Voilà, pour placer le contexte très différent de l'extérieur, même par rapport à la biologie, nous on a des horaires de coupure, on a des horaires de jour, on fait pas 24h quoi... » (Henriette, cadre de santé)

Ces cadres ne se considèrent pas comme des cadres de santé, parce qu'ils n'ont pas en commun toutes ces fonctions inhérentes aux cadres dans les services de soin. Gérer les deux collègues du service n'est pas comparable à la gestion d'un service de 25 lits. Ils n'ont pas de réels subordonnés sous leurs ordres puisqu'ils continuent à exercer leur fonction technique. Les relations avec les médecins sont également autres étant donnée l'absence de patients. Leur crainte est surtout de devoir effectuer seuls des gardes dans les services de soin alors qu'ils sont loin d'avoir les connaissances de gestion et de management qu'ont les autres cadres de santé.

« Moi, j'aime bien techniquer, donc heu, ça me gêne pas de techniquer et de faire le reste à côté. Moi, je vais bien. Ce qui me gêne un peu plus, c'est qu'au niveau des cadres médico-techniques, on nous entraîne dans les gardes, les gardes de cadre. Mais, on n'est pas soignant. Donc quand il faut faire le tour des services, voir si y'a des problèmes de lits etc., moi j'ai jamais fait toute seule. Pour l'instant j'ai toujours fait en doublé avec quelqu'un d'un service de soins. » (Henriette, cadre de santé)

Ils sont cadres de santé alors qu'ils ne se considèrent pas comme tels. L'appellation commune est dès lors un risque d'amalgame des origines et des compétences très différentes entre ces catégories de cadres.

Cadre de santé formateur

Le cadre de santé formateur est un cadre titulaire du diplôme cadre de santé qui exerce la fonction de formateur auprès d'étudiants en soins infirmiers, d'élèves auxiliaires de puériculture ou d'élèves aides-soignants dans un institut de formation en soins infirmiers. Il est placé sous l'autorité du directeur des soins responsable de l'institut de formation.

Nous avons vu qu'en France, c'est la Croix-Rouge qui a ouvert sa première école de cadre en 1951, à Paris, permettant pour la première fois de former des surveillantes et des enseignantes. Progressivement, le dispositif de formation a été confié à des cadres infirmiers et non plus à des médecins. Sept ans plus tard les premiers certificats d'aptitude (CAFIS et CAFIM) font leur apparition. Il s'agit par cette officialisation de la reconnaissance de la nécessité des ces deux métiers. En reconnaissant officiellement l'enseignement et les diplômes dispensés, le ministère facilitait leur multiplication. Avec l'arrivée du Certificat de cadre infirmier en 1975, le titre de moniteur disparaît. Il n'y a plus dès lors de formation spécifique en pédagogie. Le choix des futurs moniteurs s'effectue en fonction de leur positionnement au concours d'entrée à l'école. Les meilleures recrues peuvent devenir moniteurs. Pourtant dès 1974, la France traverse une crise de pénurie infirmière. Le directeur général de la santé de l'époque propose de faire appel à des suppléantes dont le recrutement serait facilité. Grâce à une formation en discontinu, il leur était possible de préparer le certificat de monitrice tout en assurant des fonctions d'enseignante à l'école. C'est le début de ce qui se nomme le poste de faisant fonction, dans ce cas de formateur.

A partir de 1992, les termes d'"élève" et d'"école d'infirmière" sont respectivement remplacés par les termes d'"étudiant" et d'"institut de formation en soins infirmiers". Cependant, aucune modification de terme ou de statut ne concerne encore les moniteurs, bien que l'utilisation du terme de "formateur" commence à faire son apparition. (Boudier, 2004, p.74)

Dans la réforme consécutive aux mouvements sociaux de 1988, le grade de surveillant moniteur d'école paramédicale a été supprimé. L'appellation n'est certes pas satisfaisante, elle avait le mérite de reconnaître statutairement une place aux professionnels chargés de la formation. Aujourd'hui, sur leur bulletin de salaire, les cadres formateurs sont nommés surveillants des services médicaux.

Auparavant moniteur, aujourd'hui formateur, le cadre de santé formateur a pris bien des noms, regardons de plus près leur signification.

Moniteur : Le moniteur est une personne chargée d'un enseignement ou de faire pratiquer certaines activités. « *La monitrice traditionnelle se caractérise par une conception des soins ancrée dans "faire des soins", une mise en œuvre pédagogique de son travail et un attachement sans limite et unique à la formation initiale en soins infirmiers* » (Gaurier, 1999, p.10). L'objectif du moniteur est avant tout de dispenser des cours.

Formateur : Le formateur est la personne qui a la charge de former de futurs professionnels. « [Formateur] *celui qui donne forme, qui fait naître, qui conçoit, qui organise, qui permet de contracter des habiletés, des habitudes, des manières, des mœurs* »⁷⁸.

« *A l'opposé [de la monitrice], le « formateur en soins » s'est construit dans une dynamique de « prendre soin » de la personne soignée ; sa conception de la didactique appliquée à l'adulte en formation s'appelle andragogie et son investissement dans la formation en soins infirmiers est tel qu'il cherche sans relâche à ouvrir de nouveaux champs d'application* » (Gaurier, *op.cit.*, p.10). L'objectif est donc avant tout de former des professionnels.

Enseignant : Celui qui fait passer la connaissance concernant une science ou la pratique d'une science ou d'un art. « *Celui qui instruit par des leçons données par des faits, des expériences* »⁷⁹.

Pédagogue : « *Formateur ou animateur concevant personnellement des sessions de formation, mettant au point la progression pédagogique, élaborant des activités et outils pédagogique, définissant les objectifs pédagogiques* » (Courau, 1993, p.98).

Cadre de santé formateur : *Cadre infirmier titulaire d'un certificat cadre responsable de l'enseignement théorique et clinique en soins infirmiers, de l'évaluation continue des étudiants et de leur suivi pédagogique. Il participe au sein de l'équipe enseignante à la construction du projet pédagogique et à sa mise en œuvre ainsi qu'à des recherches en soins infirmiers* » (Magnon, Deschanoz, 1995).

Le métier de formateur est en perpétuel devenir. Le vocabulaire utilisé en témoigne : le moniteur (celui qui montre, qui est principalement axé sur l'aspect technique ou pratique du métier), en passant par l'enseignant (celui qui transmet des connaissances, qui est centré sur le savoir), est devenu le formateur (centré de façon prépondérante sur l'étudiant et sur sa capacité à transférer et à élaborer des savoirs en situation réelle).

⁷⁸ Dictionnaire encyclopédique d'Education et de formation, Paris, Nathan, 1994.

⁷⁹ Dictionnaire Larousse

On peut faire l'hypothèse qu'à l'avenir le métier de formateur s'occupera de moins en moins de la pédagogie directe. En effet, compte tenu de la complexité et de la spécialisation des soins infirmiers, l'enseignement dispensé aux étudiants sera assuré de façon plus prépondérante par des professionnels de terrain qui, de par leurs activités, auront un meilleur niveau d'expertise dans leur spécialité. « *Le rôle essentiel des formateurs sera alors de concevoir et mettre en œuvre des dispositifs de formation qui devront intégrer les caractéristiques des étudiants, les évolutions techniques, scientifiques et sociales, ainsi que les démarches qualités* ». (Siebert, 2003, p.37) Ils devront alors développer des compétences spécifiques, notamment en matière de gestion de l'alternance et d'analyse des situations de travail, ceci afin d'aider les étudiants à gérer l'écart entre le travail prescrit et le travail réel.

La mission principale du cadre de santé formateur est la pédagogie. Il participe en collaboration avec le directeur à l'élaboration du projet pédagogique. Il est responsable de sa mise en œuvre. A ce titre, il est responsable de l'organisation, de la gestion des plannings d'enseignements. Il a un rôle d'encadrement, d'animation, de contrôle et d'évaluation. Il est référent d'une promotion, d'un groupe d'étudiants lors des suivis pédagogiques. Il est garant de la qualité de la formation dispensée. Il participe au fonctionnement de l'IFSI dans l'élaboration de procédures visant la qualité.

« Y'a beaucoup d'organisation : on organise les modules, on contacte les intervenants, on prévoit sur l'année les différents cours qui seront donnés, les différentes exploitations de stage etc. Et on est aussi prestataire de cours, on fait aussi des cours nous-mêmes, on est là pour répondre aux différentes questions des étudiants. Sur les trois ans, ils évoluent, les questions ne sont pas les mêmes, y'a une maturité professionnelle qui se construit. Donc on est aussi là pour construire un petit peu leur identité professionnelle, on les aide à construire leur identité professionnelle. On a aussi un rôle d'accompagnement, de soutien aussi dans des moments de doute, notamment dans les suivis pédagogiques, pas forcément parce qu'on a la solution mais parce qu'on leur ouvre certaines portes pour qu'ils ne se figent pas mais qu'ils continuent. [...] En fait, c'est un travail assez de bureau, mais tout en étant un travail assez humain. » (Léonie, cadre de santé formatrice IFSI)

Le cadre formateur est surtout responsable de la formation de l'étudiant en soins infirmiers. Sa fonction se décline suivant deux grandes orientations : la fonction d'enseignement et la fonction de formation. Le formateur dispense et organise l'enseignement dans le sens du projet pédagogique du centre de formation.

Selon Marie-Odile Galant, le métier de cadre de santé formateur consisté à « *transmettre un savoir et savoir le transmettre* » (Galant, 2005).

« Ça consiste à organiser une formation, de façon à apporter au mieux des connaissances, des savoirs-être, des savoir-faire auprès des étudiants infirmiers. [...] On est aussi là pour construire un petit peu leur identité professionnelle, on les aide à construire leur identité professionnelle. »
(Léonie, cadre de santé formatrice IFSI)

Le cadre formateur participe à la construction des modules de la formation, recherche des intervenants pour les cours, est prestataire de cours. Il est présent pour répondre aux questions des étudiants, il a un rôle d'accompagnement, de soutien aussi dans certains moments de doute sentis par l'étudiant. Il aide à trouver, négocier les stages.

A côté de tout le travail sur la formation, il y a également un travail d'équipe sur le projet de l'IFSI. Le formateur doit aussi être en lien avec l'hôpital car la formation des infirmières est une alternance entre la théorie en IFSI et la pratique en stage à l'hôpital. Il est à l'écoute des étudiants et de leur questionnement. Chaque cadre est référent d'un groupe d'étudiants (une vingtaine environ) et les rencontre au moins deux fois par an pour faire le point sur leur apprentissage, sur leur vécu de stage, sur les difficultés de l'étudiant etc. C'est un travail d'accompagnement individualisé de l'étudiant. Néanmoins chaque cadre reste ouvert aux questionnements de tout autre étudiant.

A côté de l'enseignement, le cadre formateur doit continuellement s'informer des dernières techniques, de l'évolution des soins. Il peut aussi aller sur le terrain pour voir et comprendre comment fonctionnent les nouvelles machines et comment se réalise tel ou tel nouveau soin, afin de l'enseigner au mieux aux étudiants.

« Bien sur, on a une bibliothèque notamment pour pouvoir se tenir au courant des dernières techniques. Lorsqu'on monte un projet, c'est-à-dire lorsqu'on monte une séquence, et qu'on est responsable d'un module, moi, je vais sur le terrain voir qu'est-ce qui se passe exactement. [...] Si je ne m'enquiers pas de ce qui se passe sur le terrain, je ne pourrai pas leur apporter, et donc ils ressentiraient donc comme il y a un décalage entre la formation et le terrain. C'est pas le but. Les étudiants viennent vraiment pour trouver des repères, donc il faut vraiment qu'il y ait une cohérence, une cohésion. » (Léonie, cadre de santé formatrice IFSI)

Les étudiants en formation cadre sont souvent réticents à retourner à l'hôpital à l'issue de leur diplôme. En tant que soignants, ils connaissent les difficultés budgétaires de l'hôpital et d'autant plus la responsabilité gestionnaire qu'ils auront à assumer en tant que cadres. Beaucoup préfèrent changer de milieu et devenir formateurs en IFSI. Certains suivent-ils la formation cadre pour fuir la réalité hospitalière et pour se réfugier dans le métier de formateur ? Nous les avons interrogés sur cet aspect. Il ressort que pour certains le milieu

hospitalier au quotidien auprès des patients devient trop épuisant. C'est alors le besoin de s'en éloigner qui se dévoile.

« Ah non pas du tout, pour l'instant ça m'intéresse de retourner à l'hôpital, parce que quand je vois comment ça se passe dans... dans la gestion des plannings, trouver du personnel, y'a pas assez de main d'œuvre, trouver des lits. Tu passes ton temps à essayer de trouver des lits de libre. [...] On travaille dans des conditions [à l'hôpital], c'est vraiment rentabilité à tout va ! J'avais une collègue qui pendant deux ans travaillait en formation, elle me disait : « allez viens, ça va te plaire » et je me suis dit allez hop ! »
(Valérie, étudiante IFCS)

Devenir formateur plutôt que de rester dans le milieu hospitalier apparaît comme être une bouée de sauvetage. Certains deviennent formateurs non par "vocation", par désir personnel, mais plus pour fuir les difficultés, par soucis de se préserver et de préserver sa santé.

« Donc, j'avais besoin d'aide, hein, mais vraiment d'une aide importante, hein. Et c'est pour ça, j'en ai trop bavé, j'ai trop galéré, et je ne veux pas y retourner. » (Geneviève)

Un autre métier de cadre est d'ailleurs encore plus éloigné des contraintes quotidiennes (patients, élèves, équipes, médecins) des autres cadres de santé : l'expert.

Le cadre de santé expert

Le cadre de santé que l'on nomme expert n'exerce sa profession ni en service de soins, ni en école. Il exerce une mission transversale au sein de son établissement au niveau d'un pôle ou d'une direction des soins. Il n'a donc aucun rôle d'encadrement. C'est le cas du cadre hygiéniste par exemple, cadre expert que l'on retrouve le plus fréquemment dans les établissements. Le cadre expert n'a donc pas les mêmes contraintes au quotidien que le cadre de soin, puisqu'il n'a pas la responsabilité d'un service. Le cadre expert a plus un travail de réflexion, d'analyse et de recherche (participation à des colloques et à des publications), afin de pallier au fait que le cadre de santé n'a pas le temps d'assumer bien que cela fasse également partie de ses fonctions. Le cadre de santé a également dans ses fonctions une mission de qualité des soins à travers la conduite de projets. Cependant, toutes missions de projet, même transversales, ne signifient pas pour autant une expertise. L'expertise seule peut être considérée comme une mission institutionnelle, dans le sens où la direction institue un nouveau mode de fonctionnement concernant le cadre de santé.

« Je pense, je souhaite mettre en place dans le service dans lequel je vais travailler une gestion des risques ou tout du moins une démarche de gestion des risques. Mais pour aller plus loin c'est plus dans un projet

professionnel : pourquoi ne pas devenir gestionnaire des risques sur l'hôpital ? » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Par ailleurs, le positionnement du cadre expert, en liaison fonctionnelle et non hiérarchique avec les services de soins facilite un positionnement de recul permettant l'observation des services et de l'institution sous un angle systémique. L'expert est également sollicité pour des conseils auprès des agents du service ou d'autres établissements. Dans la complexité du système hospitalier, le cadre expert s'avère essentiel de par sa position au carrefour de l'économique, de la technique et du social.

Le cadre de santé peut devenir un cadre expert dans un domaine précis comme l'hygiène, la douleur, la gestion des risques, la qualité des soins etc., en effectuant un master universitaire parallèlement à sa fonction d'encadrement. *« L'expertise professionnelle correspond à l'exercice d'une fonction issue de la technicité d'origine accessible aux agents [...] reconnus à la pointe de leur domaine et ayant approfondi leur technique ou participé à des recherches » (Charrier, 2001, p.8).*

Néanmoins, nombre d'établissements confient cette mission transversale à un cadre de santé, non diplômé d'un master, en l'absence de postes vacants de cadre en unité de soin.

« En plus, je reviens de l'école de cadres, je prends rendez-vous avec madame G., déjà pour me présenter, et puis pour qu'on se connaisse, et puis pour savoir à quel poste elle allait me mettre. [...] « Je ne sais pas quoi faire de vous madame V. Je ne sais pas où vous mettre! » J'ai pas besoin de vous en clair ! Elle me l'a pas dit clairement, mais c'était sous-entendu. Bon d'accord. Donc on m'a confié une mission transversale, sur les consultations externes. Voilà, pendant huit mois, on m'a demandé de faire une petite étude sur l'organisation des consultations pour faire un BCRV, un bureau central des rendez-vous. Je me suis investie là-dedans, tout ça pour que... Finalement, ça n'aboutit pas. Le BCRV, apparemment c'est une aberration maintenant pour les ingénieurs du travail. [...] Moi j'avais préconisé plein de choses, ils ont pas suivi l'ordre dans lequel il fallait le faire, et n'ont pas suivi non plus les propositions au niveau du nombre de personnels qu'il fallait et quelles qualifications il fallait. J'ai l'impression qu'on m'a refilé ça pour que je fasse quelque chose quoi. » (Sabine, cadre de santé)

Ce poste transversal permet d'occuper un cadre de santé revenu d'un an d'école des cadres. Pourtant cette gestion des cadres apparaît étonnante si on considère la charge de travail qu'ont certains cadres de santé.

Le cadre de nuit

Le cadre institutionnel de nuit, prend ses fonctions aux urgences vers 20h, afin d'établir un relais avec les cadres de jour. La durée quotidienne de travail ne peut excéder neuf heures pour les équipes de jour et dix heures pour les équipes de nuit ou douze heures maximum lors d'une contrainte de continuité du service public. Le travail de nuit comprend au moins la période comprise entre 21h et 6h, ou toute autre période de neuf heures consécutives entre 21h et 7h. Il est le seul cadre présent durant la nuit dans tout l'établissement. Sa priorité est de gérer le service des urgences, d'y régler les dispatchings des patients et des lits avant de faire un tour dans les autres services de l'établissement jusqu'à 6h30.

« Conclusion, je suis théoriquement cadre supérieur de nuit institutionnel, c'est-à-dire que ma mission est sur l'ensemble de l'établissement. Je suis le tampon entre l'hôpital et l'administrateur de garde ou le directeur d'établissement quand c'est lui qui est de garde. Je suis là pour régler tous les problèmes qu'il y a : administratif au sein des services, avec les services de police, avec le Samu, avec les pompiers, avec les auxiliaires des offices extérieurs, avec les familles. Donc je suis un petit peu, si je puis dire, je suis l'interface entre le directeur et tout l'extérieur de l'établissement, ainsi que l'intérieur de l'établissement. Et ma fonction c'est effectivement de passer à l'intérieur de tous les services, voir les agents, discuter avec eux, leur donner les informations nécessaires quant à l'établissement : par exemple quand y'a des formations continues, booster un petit peu les agents, voir si effectivement ils regardent les classeurs d'information etc, sensibiliser les agents sur ce qui se passe dans l'établissement, les pousser à faire des formations, et puis être là pour répondre à leur demande quand y'a des choses qu'ils ne savent pas, qu'ils ne connaissent pas, et puis rester à l'écoute, parce qu'il y a un rôle social entre guillemets qui est très, très important. Et puis montrer qu'ils ne sont pas seuls la nuit, qu'il y a quelqu'un, qu'elles peuvent avoir un interlocuteur je dirai privilégié. Par contre, dès l'instant où y'a une problématique liée au planning, étant donné que je ne les gère pas, je les renvoie toujours vers leur cadre. De façon à ce que ce soit bien clair : qu'ils ne pensent pas que je serve de pigeon voyageur ou autre, non. S'il y a un conflit avec leur cadre, il le gère avec leur cadre. » (Christine, cadre supérieur institutionnel de nuit)

Le cadre institutionnel est le seul cadre auprès duquel les équipes de nuit peuvent chercher secours. Néanmoins, le cadre de nuit n'a pas le même rôle que les cadres de jour. Il ne s'occupe pas de l'organisation d'un service, ni de la gestion des stocks ou du personnel. Il est avant tout là pour contrôler les urgences et surveiller les différents services nuits après nuits.

Le cadre de santé de nuit a donc plus une mission de représentant de la direction en étant à l'écoute des équipes de nuit qui se sentent isolées et en les conseillant sur diverses questions d'ordre professionnelles. En effet, les agents nocturnes sont gérés par le cadre de santé de jour

responsable de leur service. Les transmissions avec leur cadre de santé s'effectuent préférentiellement par l'intermédiaire d'un cahier de transmission. « *Jamais présente au moment de la décision, qu'elle soit thérapeutique, structurelle ou tout simplement organisationnelle, pas plus qu'au moment des investigations médicales, l'infirmière de nuit n'existe dans l'unité de soins que par ses transmissions, ne "persiste" que par ses écrits* » (Perrault Soliveres, 2001, p.33).

La solitude et la non reconnaissance que les agents de nuit ressentent vis-à-vis des agents de jour est identique chez les cadres de santé de nuit. Les relations professionnelles avec l'ensemble des personnels de l'hôpital et en particulier avec la direction sont difficiles du fait de ces horaires qui les coupent de ceux de jour.

« L'autre jour, le cadre qui m'a fait l'information qu'il allait s'en aller, je lui dis : « y'a rien de nouveau ? », il me dit non, je dis : « ah bon ! Moi, j'ai découvert que l'accueil au niveau des urgences, il est différent, il avait été changé et puis qu'on passait plus par la porte avec l'ouverture automatique, mais y'a un code d'accès, une nouvelle organisation. Ça c'est pas nouveau ? » Voilà. Donc comme j'ai dit : si je n'allais pas aux réunions, l'isolation la plus absolue. » (Christine, cadre supérieur institutionnel de nuit)

Le seul moyen pour le cadre de suivre les informations circulant dans l'établissement est de participer aux réunions de cadres au niveau du pôle et au niveau de la direction des soins. Le cadre de nuit est alors une des rares sources d'informations pour les équipes de nuit.

Néanmoins, il est impossible au cadre de nuit de faire le tour de l'ensemble des services de l'établissement hospitalier. La priorité est donnée aux agents qui rencontrent des problèmes. Mais le cadre essaye de visiter au moins une fois chaque service avant la fin de ses quatre jours consécutifs de travail durant la semaine.

Etre cadre de nuit offre l'avantage d'avoir plus d'autonomie et une plus grande vue d'ensemble sur l'établissement. Travailler de nuit permet au cadre de santé de ne pas être confiné sur un service spécifique.

« Surtout de nuit, parce que de nuit, on est la seule cadre sur tout l'hôpital. On est rattaché aux urgences mais on est sur tout l'hôpital, ce qui nous permet de voir un peu déjà tout ce qui se passe la nuit dans les services, être bien au point sur les fugues, sur les suicides, hein, j'en passe et des meilleurs, des sorties contre avis médical, enfin bref. » (Béatrice, cadre de santé)

Les motivations au travail de nuit sont variables en fonction du profil de chaque soignant et les motivations du choix de travailler de nuit au départ diffèrent des motivations pour rester.

Les arguments avancés le plus souvent sont :

- des obligations familiales pour les motivations de départ. Professions en surreprésentation féminine, « *il est notoire en effet que dans ce secteur professionnel la décision de travailler de nuit est pour une large part déterminée par les possibilités que ce type de travail ouvre aux femmes pour faire face à leurs charges familiales* » (Gadbois, 1981, p.23) ;
- une ambiance de travail plus conviviale, plus solidaire du fait du moins grand nombre de soignants présents la nuit ;
- une plus grande autonomie dans l'organisation du travail en dehors des soins relevant d'une prescription médicale et d'une planification répartie sur la journée ;
- une responsabilité plus importante quant aux décisions concernant un patient du fait de l'accessibilité plus difficile du médecin, du cadre et du personnel moins nombreux ;
- une plus grande disponibilité pour la relation avec le patient.

A l'issue de cette présentation des différents métiers de cadre de santé, nous voyons bien la diversité des missions des cadres. Pourtant, la législation tend à vouloir professionnaliser la fonction cadre au travers la formation commune et surtout universitaire. Cette notion de formation commune est d'ailleurs posée pour la première année de médecine et d'école d'infirmière.

Des freins à la profession

Nous pouvons voir l'ensemble des formations soignantes (IFSI et IFCS) glisser vers un modèle académique de formation. L'idée que la profession soignante gagnera en reconnaissance si elle acquiert un statut académique se manifeste par la volonté de sortir la formation de l'hôpital pour qu'elle soit pratiquée à l'université, rapprochant ainsi la formation infirmière de la formation médicale. L'année 2002 marque une accélération de ce mouvement. L'arrêté du 8 janvier 2002 stipule que le diplôme d'Etat d'infirmier donne un accès de plein droit en licence de sciences sanitaires et sociales et en licence de sciences de l'éducation, ce qui établit automatiquement un lien entre la formation infirmière et l'université. (Midy, 2003, p.11-12)

Concernant la formation des cadres de santé, l'apprentissage commun pour les différentes filières a pour but de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage, communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations⁸⁰. Paradoxalement, ce même texte, qui pourtant semble initier un décloisonnement des métiers au profit d'un seul, celui de cadre de santé, repositionne les professionnels dans leur métier d'origine. La législation n'autorise cependant pas l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle. De ce fait, c'est la mention du métier d'origine portée sur le diplôme de cadre de santé qui conduit à la décision de l'affectation. Ceci ne facilite guère le processus de construction identitaire pour aborder la profession de cadre de santé. La formation apporte le diplôme nécessaire ouvrant l'accès au statut de cadre de santé. Le diplôme ne vient donc pas sanctionner une rupture, mais inscrit la fonction dans la continuité de la profession d'origine avec cependant le développement, du moins en théorie, d'une compétence transversale, celle de permettre à d'autres de développer et de mettre en œuvre les compétences d'une profession. (Desbonnets, 2008)

Pourtant nous avons bien noté qu'un processus de professionnalisation est actuellement en cours pour les cadres de santé⁸¹. Bien qu'en plein processus de professionnalisation, certains éléments fonctionnent comme des freins et limitent les cadres de santé à se détacher de leur ancienne fonction pour développer une profession séparée.

Nous avons également noté les raisons et motivations qui poussent ces soignants si attachés à leur profession soignante à se rapprocher des fonctions administratives de gestion et de management : le désir de changement, la fonction pédagogique, la prise de responsabilité, le désir d'encadrer ou de mener des projets pour faire évoluer la qualité et la prise en charge des soins.

Les soignants ont généralement une image négative des cadres de santé, car ils les voient comme trop éloignés des soins et du terrain, enfermés dans leur bureau ou constamment en réunion, se rapprochant trop de la direction etc. (Acker, 2000 ; Langlois, 2008, Sainsaulieu, 2008a) Pourtant, certains deviennent cadres à leur tour. Ils semblent alors être dans une recherche de différenciation de ces modèles négatifs et se retrouvent dans une forme de reconstruction et de réparation de leurs anciens parcours professionnels. « *Autrement dit, devenir cadre pourrait être la seule issue permettant à la fois de "réparer" une image*

⁸⁰ Annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé

⁸¹ Cf., chapitre 3

professionnelle ternie ou heurtée tout en s'éloignant d'un univers chargé d'émotions et de souvenirs refoulés » (Benevise, 2000, p.27). Comme le souligne Emmanuel Langlois, il est difficile de dire que le désir de devenir cadre est lié à un désir de plus grande distance avec le travail soignant ou au contraire à une adhésion encore plus forte aux principes généraux du métier. (Langlois, *op.cit.*, p.153) Les cadres de santé se considèrent toujours comme des soignants, non plus des soignants dans le sens de soigner un malade, mais dans le sens où ils prennent soin (care) de leur équipe afin que celle-ci réussisse au mieux à soigner le patient⁸². Un cadre de santé reste toujours un soignant. Dans leurs discours se révèlent toujours ce souci de la personne : « *Je prends soin de mon équipe* », « *Il faut vraiment faire attention aux personnes* », etc.

Nous voyons que l'accès à la fonction d'encadrement est dans un grand nombre de cas non désiré au départ, ce qui est un premier frein vers l'acquisition d'une identité de cadre de santé. De plus, même par choix délibéré, nous avons vu que derrière se cache toujours l'envie de faire progresser la profession soignante : découvrir d'autres aspects de la profession, la faire évoluer, faire des projets de soin.

A cela s'ajoute la certitude pour ces professionnels qu'il est nécessaire d'avoir été soignant pour exercer la fonction d'encadrement. Le métier de cadre est toujours intrinsèquement lié à la profession soignante. La fonction de cadre de santé ne peut, dans ce contexte de rattachement systématique à la fonction soignante d'origine, se développer en tant que profession séparée. Les cadres de santé ont historiquement œuvré pour permettre la professionnalisation du métier d'infirmière, mais ils se sont peu concentrés sur leur propre professionnalisation. Les cadres de santé se réfèrent encore fortement à leur métier d'origine, ce qui est un frein de plus - volontaire - vers la profession cadre.

Certains éléments qui structurent la fonction d'encadrement soignant sont des révélateurs du rattachement indéniable du métier du cadre de santé à sa profession soignante d'origine. Nous sommes encore loin d'une formation ouvrant à un master spécialisé et commun à tous les cadres de santé.

En effet, la formation en Ecole de cadres développe un partenariat universitaire de plus en plus présent, ce partenariat est variable d'une école à l'autre privilégiant soit l'acquisition d'un master en sciences de l'éducation, en management, ou en gestion. De plus, cette formation professionnelle est surtout "promotionnelle" ne représente pas un changement de

⁸² Ce que nous verrons au Chapitre 5

profession, mais de grade. La profession mentionnée sur le diplôme de cadre de santé est celle de son origine professionnelle. Il s'agit alors bien de signifier que l'on est cadre de santé pour l'une des treize professions qui donnent accès à la formation. La fonction apparaît alors commune, voire transversale, à cet ensemble de professions tandis que son champ d'application resterait vertical et interne à une profession. Cela signifie que la fonction de cadre de santé ne constitue pas en soi une profession, mais qu'elle ne peut au départ s'instituer que dans le rapport à une profession d'origine. (Desbonnets, *op.cit.*, p.1-2)

L'exercice de la fonction de cadre de santé se déploie davantage en métiers qu'en profession, ce qui la fait osciller entre enseignement, management ou missions expertes (hygiène, qualité), au sein de disciplines multiples (psychiatrie, rééducation, plateaux médico-techniques...). C'est ainsi que cadre en réanimation, cadre en radiologie, cadre en maison de retraite, ou en école d'infirmières sont des métiers différents, même si un fond commun de méthodologie ou de missions les rapprochent, comme garantir et opérationnaliser la qualité des soins, les ressources humaines et les logistiques disponibles. (*Ibidem*)

Même s'ils ont changé de groupe d'appartenance, ils gardent le même groupe de référence. La situation actuelle des cadres est donc assez ambiguë. Leur identité reste assez floue malgré quelques éléments objectifs comme la formation et le statut. Les cadres semblent toujours rattrapés par leur passé et leur appartenance au groupe infirmier. Il existe un décalage croissant entre la volonté d'entretenir un fort sentiment d'appartenance collective et le désir de développer les singularités identitaires de leur segment. « *Il est impossible de considérer les cadres de santé comme un groupe spécifique et [...] il faut sans cesse le replacer comme un segment parmi d'autres du monde soignant. D'autant plus complexe que les cadres de santé connaissent aussi un processus de diversification au fur et à mesure que leur groupe se développe sur les plans numérique et légal* » (Langlois, *op.cit.*, p.127).









L'attachement des cadres à leur fonction d'origine est indéniable. Les exemples de discours sur ce sujet sont multiples et il suffit également de faire un tour sur les forums de la profession pour en noter l'importance. Voici pour exemple, un sondage questionnant l'identité des cadres de santé sur un de ces forums :⁸³

⁸³ Extrait du forum de www.cadredesanté.com

Souhaitez-vous une identité commune pour la profession cadre de santé ?

oui	[46]		[77.97%]
non	[4]		[6.78%]
ne se prononce pas	[9]		[15.25%]

L'identité du Cadre de santé vous la concevez comment ?

Unique malgré les différentes filières d'origines (nouvelle identité)	[10]		[7.41%]
Une culture commune mais avec une spécificité de filière conservée (aménagement de l'identité en cadre dans sa filière)	[40]		[29.63%]
Permettant la gestion d'une équipe composée de professionnels non issus de sa filière d'origine	[25]		[18.52%]
Ne permettant pas la gestion d'une équipe qui n'est pas composée de professionnels de sa filière (nécessité d'expertise professionnelle)	[3]		[2.22%]
Au delà de tout corporatisme de la profession d'origine	[17]		[12.59%]
L'identité de votre filière d'origine intacte augmentée de la connaissance des autres professionnels paramédicaux	[17]		[12.59%]
Un nouveau métier ne pouvant se passer de vos connaissances professionnelles	[22]		[16.30%]
Un métier ne nécessitant pas d'être du monde soignant pour l'exercer	[1]		[0.74%]

Ce sondage est intéressant car il permet de constater que la question de l'identité cadre est au cœur des préoccupations de ces professionnels. Plusieurs réponses étaient possibles pour les 59 répondants. Il en ressort que la majorité désire une identité commune cadre de santé et plus précisément une culture commune qui garde les spécificités de chaque filière d'origine. Le sondage révèle le désir de ces cadres d'une ouverture aux autres filières sans toutefois les amalgamer. Seul un répondant considère que le métier de cadre de santé ne nécessite pas une origine soignante pour l'exercer.

Nous caractérisons le métier par un ensemble de savoirs. Cadre de santé ne représente donc pas un métier mais des métiers, différents par leur origine et par leur terrain d'exercice. Mais si nous nous fixons à un de ces segments : les cadres de santé d'origine infirmière, ils forment un segment professionnel parmi la profession infirmière ou plus généralement

soignante. Plus qu'un métier, les cadres de santé ne sont peut-être pas encore une profession établie, mais ils sont des professionnels du soin toujours largement rattaché à leur profession de soignants.

Nous allons maintenant étudier en quoi la formation cadre est susceptible d'unifier les profils de paramédicaux appartenant à des filières différentes. C'est sous son aspect législatif et institutionnel que nous ferons le point sur cette formation à l'encadrement.

2- L'école des cadres, une étape dans la conversion identitaire

Auparavant nommés à l'ancienneté, les soignants doivent désormais passer par une formation à l'encadrement et obtenir le diplôme de cadre de santé. Nous venons de voir que cela n'entraîne pas de changement de profession. Cette formation a-t-elle pourtant un effet sur un changement identitaire permettant la transformation du statut et de l'image du soignant devenant cadre ?

Dans la fonction publique hospitalière, le diplôme de cadre ou titre équivalent est requis pour exercer le métier de cadre de santé. Le contenu de la formation défini dans l'arrêté du 18 août 1995, stipule : « *Le bon fonctionnement de nos structures de santé hospitalières, [...] dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. La formation contribue à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de gestion des équipes et des activités. Elle a pour objectif de préparer les étudiants à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel* »⁸⁴.

Nous pouvons faire l'hypothèse que le changement de réglementation conduisant à l'obligatoire passage par l'école de formation permet d'apporter une légitimité de statut et surtout admettre le métier de cadre de santé comme une fonction à part au sein du système hospitalier.

Les différentes étapes de la formation des cadres

Nous pouvons nous interroger sur l'intérêt d'une formation commune et générale, mettant de côté les spécificités de chaque spécialité alors que le diplôme porte toujours la mention du métier d'origine.

La formation à l'encadrement existe depuis une trentaine d'années. Elle a traversé trois étapes. La première, en 1958, a consisté en l'acquisition d'outils d'adaptation à l'emploi tels

⁸⁴ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Annexe 1.

que l'organisation du travail et des soins, leur contrôle, l'hygiène dans les soins, la propreté des locaux et l'inscription du travail infirmier dans les directives médicales. La deuxième étape, en 1975, se caractérise par le fait que les enseignements sont centrés sur une logique de projets à concevoir et à mettre en œuvre, sur le développement de l'analyse de situations, et sur l'évaluation. Le cadre infirmier devient alors promoteur des soins, des compétences infirmières, de leur développement, de leur positionnement par rapport à l'activité médicale, promoteur des formations qui favorisent l'essor des qualifications. On peut considérer que ces deux premières étapes sont centrées sur le soin et le maintien, le développement et l'affirmation des compétences infirmières. La troisième étape, depuis 1995, voit arriver deux concepts qui peu à peu s'imposent à l'exercice de la fonction d'encadrement: le management et la gestion. Le management, amène à considérer l'hôpital comme une entreprise de soins. La gestion fait également une entrée en force dans la formation. Ainsi la réforme de la formation cadre de 1993 évoque dans ses intitulés officiels la fonction de gestion du cadre infirmier. L'espace soignant se réduit progressivement au profit de domaines d'interventions consacrés à la gestion administrative des unités de soins, à la gestion des stocks de matériel, des budgets. Le tableau suivant résume ces trois étapes.

Tableau 11 : La formation des cadres de santé de 1958 à nos jours. (Gerault-Pointel, 2004, p.379 ; Eggers, 2008, p.36-38)⁸⁵

	1958	1975	1995
	Certificat d'aptitude aux fonctions de surveillante ou de monitrice	Certificat cadre infirmier	Diplôme cadre de santé
Décret	n°58-1104 du 14 novembre 1958	n°75-928 du 9 octobre 1975	n°95 du 18 août 1995
Durée des études	8 mois	9 mois	9 mois et demi
Formation discontinuée	Oui Depuis 1973 sur 30 mois maximum	Oui 30 mois maximum	Oui 4 années scolaires maximum
Ancienneté exigée	3 ans à temps plein en hospitalisation pour les surveillantes 3 ans à temps plein dont 2 ans en hospitalisation pour les monitrices	3 ans à temps plein dont 2 ans en extrahospitalier A partir de 1981, 5 ans d'ancienneté dont 3 ans en hospitalisation ou en extrahospitalier	5 ans puis 4 ans depuis 1997, en équivalent temps plein
Objectifs	Connaître l'organisation du travail et des soins Développer une capacité de contrôle Connaître l'hygiène des soins et de l'ensemble des locaux	Savoir évaluer les professionnels du soin Développer sa capacité de promoteur des soins Apprendre à construire des projets et à les mettre en œuvre	Acquérir les savoirs théoriques et techniques propres aux métiers de cadres hospitaliers Développer une capacité d'analyse des situations de travail en milieu hospitalier
Contenu	Santé publique dans le monde et en France Fonctionnement des services de santé	Soins infirmiers hospitaliers et extrahospitaliers Place de l'éducation individuelle et collective Politique de santé	Concepts, principes, démarches, indicateurs et grands problèmes de santé publique La politique en santé et ses moyens
Notation continue et travail écrit de fin d'études	Oui	Oui	Oui
Total stages	-	400 heures	390/450 heures
Total général	-	1 100 heures	1 260 heures

Depuis 1995, les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion. Les connaissances en médecine et en chirurgie ne sont plus testées lors du concours d'entrée en Institut de formation des cadres de santé. De plus, pour la première fois en 1995, les médecins ne sont plus membres du conseil technique des IFCS. Cette évolution privilégie les compétences gestionnaires du cadre et moins les compétences techniques de métier, comme nous le voyons dans ce tableau. (Bourret, 2006, p.38)

⁸⁵ Nous avons repris le cadre des tableaux en introduisant des modifications de contenu.

Depuis 1995⁸⁶, avec le décret portant création du diplôme cadre de santé, des professions paramédicales⁸⁷ qui avaient chacune leur formation cadre spécifique, sont désormais réunis sous une formation commune. L'article 1^{er} du décret prévoit que le diplôme de cadre de santé porte mention de la profession de son titulaire. En ce qui concerne les infirmiers diplômés d'Etat, les infirmiers de secteur psychiatrique et les infirmiers spécialisés, seul le terme d'"infirmier" est indiqué.

L'encadrement est considéré par le législateur comme un nouveau métier et non plus comme la prolongation naturelle du métier d'infirmier acquise par le biais de la simple ancienneté. Le législateur considère ici que l'encadrement nécessite l'acquisition d'outils qui ne s'improvisent pas et qui doivent être obtenus dans le champ de la formation.

Depuis 1995, les professions paramédicales sont soumises à une même préparation à l'encadrement, considérant qu'administrer une unité de soins quelle que soit sa filière d'origine et enseigner les soins infirmiers pouvaient s'apprendre dans une formation unique. Nous nous interrogeons sur l'intérêt de cette réforme. Est-ce simplement pour établir un statut unique ou afin de gérer la démographie des professions paramédicales ? (Magnon, 2006, p.57) L'objectif de cette interprofessionnalité est de permettre l'acquisition d'un langage commun et l'amorce d'un décloisonnement au sein des établissements de santé. On peut émettre l'hypothèse que la formation commune est un moyen de faire cohabiter plusieurs logiques, de les partager et surtout de les comprendre afin de pouvoir travailler de concert et de faire de la qualité des soins l'affaire de tous et non plus un privilège réservé aux soignants. Mais, suffit-il d'être regroupé dans une formation commune pour partager des valeurs et un langage commun ?

Afin de favoriser une culture et un langage commun, le décret en question prévoit que l'équipe enseignante comporte au moins un enseignant pour chacune des professions pour lesquelles l'institut est agréé. Or, ce n'est pas vraiment la réalité de la formation. Cette pluriprofessionnalité est plus ou moins effective en fonction de la spécialité à laquelle on appartient.

L'ancien professionnel et élève en formation a pourtant besoin de repères pour se construire. Les enseignants parlent souvent de l'effet miroir. Bien que les étudiants ne comptent pas

⁸⁶ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme cadre de santé et arrêté du 15 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

⁸⁷ Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien ou technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.

uniquement sur la formation pour construire leurs propres représentations de leurs futurs fonctions, et que leurs modèles et contre-modèles aient fait partie de leur précédent milieu professionnel, leur souhait d'avoir devant eux un formateur issu de leur spécialité semble clair.

« Maintenant que je suis donc étudiante à l'IFCS, j'ai une petite difficulté parce qu'étant infirmière anesthésiste de formation, j'ai le sentiment que j'ai dû mettre de côté ma spécialité : d'une part je suis toute seule, d'autre part on ne parle jamais des blocs opératoires, on parle beaucoup de psychologie, on parle des services de soins mais très, très rarement de l'anesthésie. Je n'ai pas l'impression qu'on tient compte, ni même qu'on en parle, des difficultés d'un cadre anesthésique dans un bloc opératoire. [...] J'ai l'impression d'avoir coupé le cordon ombilical et je pense que ça va nécessiter, de ma part, à mon retour une reprise..., un réinvestissement dans mon domaine d'expertise. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Etudions de plus près l'entrée des soignants dans cette formation, c'est à dire la sélection. Puis, nous nous concentrerons sur son contenu.

L'entrée en formation

Le passage par l'école des cadres est une étape obligatoire mais également importante dans le parcours professionnel et le devenir des cadres de santé. Les étudiants doivent établir un dossier, correspondre aux critères d'entrée demandés. L'entrée en IFCS est une étape reconnue plus difficile à franchir que l'année de formation. Le concours d'entrée est entendu comme bien plus ardu que la validation finale de fin d'année.

Tableau 12 : Diplômes de cadre de santé délivrés en 2000 et en 2005

	Total		Hommes		Femmes	
	2000	2005	2000	2005	2000	2005
Nombre de présentés	1 203	1 908	219	371	984	1 537
Nombre de reçus	1 195	1 887	216	362	979	1 525

Sources : Pour les données 2000 : (Delaporte, 2002, p. 24). Pour les données 2005 : (Ferreti, Marquier, 2007, p. 189).

En 2000, les reçus sont à 18% des hommes et 82% des femmes. En 2005, cette différence n'a guère diminué : les reçus sont représentés par 19,2% d'hommes et 80,8% de femmes. Les femmes sont donc largement en surreprésentation parmi les nouveaux cadres de santé. Nous

voyons bien à travers ce tableau que le nombre de recalés est assez faible : moins de 2% depuis 2000. Le taux de réussite étant légèrement plus élevé chez les femmes. Elles étaient 99,5% à réussir en 2000 et 99,2% en 2005 contre 98,6% des hommes en 2000 et 97,6% en 2005.

Le passage par une école de préparation à l'entrée en IFCS est même possible. Ces écoles de préparation préparent les futurs étudiants aux épreuves de sélection en IFCS (écrit, dossier professionnel et épreuves orales). Ainsi l'école préparatoire au concours d'entrée en IFCS enseigne aux étudiants à maîtriser la technique du commentaire de textes, à élaborer leur dossier personnalisé à partir de leur bilan de compétences, à rédiger leur projet professionnel, à développer leurs compétences en communication, à s'entraîner aux techniques d'expression orale et plus particulièrement savoir exposer et argumenter leur projet professionnel, à adopter une attitude réflexive par rapport à leur savoir professionnel et leurs pratiques.

Ce sont les DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) qui déterminent le nombre d'étudiants que les écoles pourront accueillir. Les conditions pour se présenter au concours sont de justifier de quatre ans d'exercice à temps plein ou équivalent au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection. Le concours comporte une épreuve d'admissibilité, écrite, consistant en un commentaire de quatre heures sur un ou plusieurs documents d'ordre sanitaire ou social. L'obtention de la moyenne permet d'obtenir le droit de passer l'oral. L'oral consiste à défendre pendant dix minutes un dossier écrit comportant curriculum vitae et une présentation de son expérience, de ses perspectives professionnelles et ses conceptions de la fonction, suivi d'un entretien d'une vingtaine de minutes. Les critères d'entrée en IFCS sont bien plus basés sur une logique de positionnement que sur des capacités déjà acquises de cadre. On remarque ainsi que les faisant fonction et les professionnels ayant déjà effectué bon nombre de remplacements n'ont pas plus de facilité lors des épreuves que les autres.

« Mais ils m'avaient quand même posé des questions sur le quotidien du cadre. Je pense que de toute façon il me fallait absolument cette expérience de faisant fonction. » (Sylviane, faisant fonction cadre de santé)

Etre faisant fonction peut pourtant favoriser une certaine projection dans l'avenir de cadre de santé. Il est surtout demandé à ces futurs cadres de discuter de leurs perspectives professionnelles, de leur conception de la fonction cadre et des projets qu'ils veulent mettre en place. Ce qui est jugé, c'est leur capacité à se projeter dans l'avenir, leur implication dans la profession et l'expression de ces conceptions.

Le jury du concours d'entrée, placé sous la présidence de l'inspecteur régional, est composé - du directeur de l'École de cadres ou de son représentant, d'un directeur ou d'un enseignant d'une école paramédicale, d'un cadre supérieur de santé, d'un directeur d'hôpital, d'un médecin hospitalier et d'un enseignant relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur. Les enseignants des écoles paramédicales et les cadres supérieurs appartiennent à la même filière que le candidat.

Il est important de noter que l'on peut compter 41 écoles de cadres de santé en France, et uniquement en France métropolitaine. Le nombre d'inscrits est passé de 1 348 en 2000 à 2 068 en 2008. Les quotas ont été largement augmentés durant les dernières années : la capacité des IFCS était de 1 883 étudiants en 2007/2008 pour atteindre 2 216 étudiants en 2008/2009. La proportion de femmes parmi les diplômés depuis 1998 reste stable, autour de 80%.⁸⁸

Contenu de la formation

Le tableau suivant résume le déroulement de la formation en IFCS.

⁸⁸ Les chiffres de 2000 sont issus de (Delaporte, 2002), les autres de (Jakoubovitch, 2009), chiffres de la DREES.

Tableau 13 : Formation préparant au diplôme de cadre de santé ; tableau synthétique

Textes de référence	Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé ; arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé, modifié par les arrêtés du 27 mai 1997 et du 16 août 1999.
Professions concernées	Audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale.
Durée de la formation	42 semaines, dont 13 à 15 semaines de stages obligatoires, 2 semaines de travail personnel, de recherche et de documentation et une semaine de congés. La formation, composée de modules capitalisables, est organisée de façon continue sur une année, ou discontinue sur une période n'excédant pas 4 années scolaires. Elle comprend des enseignements théoriques et des stages.
Contenu de la formation	6 modules : 1/ Initiation à la fonction cadre (6 semaines) 2/ Santé publique (3 semaines) 3/ Analyse des pratiques et initiation à la recherche (3 semaines) 4/ Fonction d'encadrement (9 semaines) 5/ Fonction de formation (9 semaines) 6/ Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnel (9 semaines).
Validation de la formation	Le diplôme de cadre de santé est délivré par le préfet de région aux personnes ayant validé chacun des 6 modules précités.

La plupart des IFCS proposent également une formation en discontinue, sur deux années scolaires, permettant aux étudiants faisant fonction de retourner régulièrement dans leur établissement hospitalier.

Le choix du continu ou du discontinu est généralement imposé par le positionnement lors du concours d'entrée en IFCS.

« - C'est vous qui aviez le choix du continu ou du discontinu ou c'est la formation qui décide ?

- *Ça dépend du positionnement lors du concours. Alors en fait j'étais 23^e sur 25 sur liste principale en ayant quand même une moyenne de 16, alors vous imaginez les 1ers ils devaient être vraiment... donc moi je pouvais aller qu'en discontinu, tous les autres ont pris le continu. Moi, ça m'arrangeait pas trop parce que je voulais en avoir fini le plus vite possible, pour être tranquille. » (Sylviane, faisant fonction cadre de santé)*

Conçu pour un groupe de 70 étudiants, le dispositif s'appuie sur la variété des expériences de ses membres et favorise l'échange, la confrontation, l'élaboration collective en groupe.

Des travaux pratiques en petits groupes sont régulièrement mis en œuvre. Les étudiants sont sollicités pour présenter des éléments de leur expérience professionnelle afin de contribuer à la formalisation de leurs acquis et de favoriser les transferts de savoirs et de compétences.

Les modules sont réalisés :

- en groupe de 70 étudiants,
- en demi-groupe de 35 pour les modules 4 et 5, et pour certains enseignements
- en groupes restreints pour les ateliers, le suivi pédagogique et la guidance de mémoire.

La composition des groupes est réalisée par l'équipe pédagogique en début d'année afin que chaque groupe soit représentatif de la diversité des profils et des secteurs d'activité de la promotion.

Nous avons formalisé à partir du projet pédagogique de l'IFCS observé les modalités différentes de la formation en continu et en discontinu.

Les enseignements des IFCS sont sensiblement semblables car soumis à réglementation. La distinction entre les IFCS est plutôt fonction des personnalités diverses des formateurs et des intervenants. Les structures de formation des cadres ont été amenées à passer des partenariats avec l'université. L'existence de partenariats universitaires est ce qui permet le plus aux IFCS de se distinguer les uns des autres. Pour être en cohérence avec la réforme des études universitaires (accord de Bologne – Système LMD), les IFCS créent plusieurs partenariats universitaires. La licence obtenue est fonction du master choisi par l'IFCS, celui-ci pouvant être en sciences de l'éducation, en management dans les systèmes de santé ou plus connoté gestion. Au travers ces partenariats, les IFCS se distinguent en soulignant leur spécificité : plus en sciences humaines, en management, en gestion etc. Ces partenariats sont d'inégales valeurs au sens où il n'y a pas d'accord sur leurs finalités, et sont laissés à l'initiative des partenaires.

L'IFCS travaille avec de nombreux intervenants extérieurs à l'institut qui assurent 30 à 40% des enseignements. Ce sont notamment des directeurs d'établissements de santé, des directeurs de soins, des médecins, des professeurs d'université en droit, en économie, des psychosociologues, des professionnels du champ sanitaire et social.

Tableau 14 : Résumé des deux modes de formations (continu et discontinu)⁸⁹

	Formation en continu	Formation en discontinu
Modalités	<ul style="list-style-type: none"> • Prévues sur 10 mois consécutifs de septembre à juin, dont 15 semaines de stage • Pour un groupe de 70 étudiants de la filière infirmiers et manipulateurs en électroradiologie • Permet d'obtenir sur une année, le diplôme de cadre de santé, la licence en management dans les services de santé, 60 ECTS du master management des services de santé 	<ul style="list-style-type: none"> • Prévues sur 2 années académiques par périodes de deux à trois semaines et 13 semaines de stage • Pour un groupe de 20 étudiants cadres de santé de la filière infirmiers et manipulateurs en électroradiologie. • Permet d'obtenir en deux ans le diplôme de cadre de santé, la licence en Sciences de l'Education et des ECTS en master
Caractéristiques	<ul style="list-style-type: none"> • Permet une prise de distance et constitue une rupture par rapport à son activité habituelle • Permet une immersion dans la logique de formation • Donne le temps de la réflexion • Permet de diversifier ou enrichir ses expériences afin de se positionner dans différentes situations de travail • Favorise la découverte d'expériences professionnelles variées et permet la création d'un réseau facilité par la taille du groupe 	<ul style="list-style-type: none"> • Facilite les expérimentations immédiates de méthodologies et de procédures apprises à l'institut • Développe une position réflexive sur sa pratique • Permet de mûrir un projet de recherche • Facilite l'intégration dans une nouvelle fonction par la possibilité d'être accompagné au cours des deux ans • Favorise l'interactivité et l'expression individuelle dans le groupe • Permet de conserver une activité professionnelle • Permet de préserver l'équilibre familial et de maintenir ses activités sociales habituelles.

Enfin, la formation en continu permet plus facilement une conversion identitaire des étudiants que la formation en discontinu, grâce à l'effet de coupure. Les discontinus ont l'avantage de pouvoir tester leur apprentissage dans leur milieu professionnel. Mais ils gardent leur position de faisant fonction durant la durée de leur formation (deux ans). Les continus sont, quant à eux, coupés de leur établissement hospitalier d'origine, ce qui leur permet de prendre une réelle distance avec leurs pratiques de soignants ou de faisant fonction. La formation en continu est censée permettre une conversion identitaire du soignant, ce que ne permet pas tout à fait la formation en discontinu. C'est d'ailleurs pour cela que la formation en discontinu ne concerne que peu d'étudiants.

⁸⁹ Extrait du projet pédagogique de l'IFCS observé

La validation

Le système de validation de la formation est principalement articulé avec les objectifs de stage ou d'enquête des différents modules. Seuls certains enseignements universitaires font l'objet de devoirs sur table. Chaque module fait l'objet d'une évaluation écrite et orale dont l'ensemble constitue la validation de la formation. Les évaluations sont assurées par des responsables de stage, les formateurs de l'institut ou les universitaires. Les travaux peuvent revêtir différentes formes : description et analyse d'une organisation, réalisation d'enquête, analyse critique de données, application de la démarche de recherche ou de projet, etc...

Sur l'année de formation, l'étudiant est évalué au travers de dix validations individuelles et de deux validations de groupe, ce qui permet de mesurer des capacités différentes : d'une part construire un travail individuel et s'y engager, d'autre part participer à l'organisation d'un groupe et à la finalisation d'une production collective.

Voici un exemple de calendrier de formation. Le cursus permettant d'obtenir le diplôme de cadre de santé, se déroule sur une durée totale de 1435 heures réparties sur 41 semaines (cours, stages), organisé en cursus continu et discontinu.

La programmation s'étalant sur 41 semaines comprend :

24 semaines d'enseignement théorique

15 semaines de stages

2 semaines de travail personnel

Nota : Il n'y a pas de cours la semaine entre Noël et le jour de l'An.

Les temps de cours passés en université ne sont cependant pas précisés.

Tableau 15 : Calendrier d'une formation cadre, année 2008-2009⁹⁰

Mois	Dates	Formation continue	Formation discontinue	
Sept-08	01 au 05	Cours (4 semaines)	Cours (4 semaines)	
	08 au 12			
	15 au 19			
	22 au 26			
Oct-08	29 au 03	Cours (2 semaines)	Cours (1 semaine)	
	06 au 10	Stage module 1 (3 semaines) « Initiation à la fonction cadre »	Stage module 1 (3 semaines) « Initiation à la fonction cadre »	
	13 au 17			
	20 au 24			
	27 au 31		Cours (1 semaine)	
Nov-08	03 au 07	Cours (4 semaines)	Cours (1 semaine)	
	10 au 14		Retour en institution	
	17 au 21		Stage module 4 (1 semaine) « Fonction d'encadrement »	
	24 au 28			
Déc-08	01 au 05	Stage module 4 (2 semaines) « Fonction d'encadrement »	Stage module 4 (1 semaine) « Fonction d'encadrement »	
	08 au 12		Cours (2 semaines)	
	15 au 19	Cours (1 semaine)		
	22 au 26	Fermeture de l'Ecole	Retour en institution	
Janv-09	29 au 02	Cours (3 semaines)	Retour en institution	
	05 au 09			
	12 au 16			
	19 au 23		Stage module 5 (2 semaines) « Fonction formation »	Cours (2 semaines)
	26 au 30			
Fév-09	02 au 06	Cours (2 semaines)	Stage module 4 (2 semaines) « Fonction d'encadrement »	
	09 au 13		Cours (2 semaines)	
	16 au 20	Stage module 4 (2 semaines) « Fonction d'encadrement »		
	23 au 27			
Mars-09	02 au 06	Travail personnel (1 semaine)	Retour en institution	
	09 au 13	Cours (2 semaines)		
	16 au 20			
	23 au 27	Stage module 5 (2 semaines) « Fonction formation »	Cours (1 semaine)	
Mois	Dates	Formation continue	Formation discontinue	
Avril-09	30 au 03	Stage module 5 (1 semaine) « Fonction formation »	Stage module 5 (2 semaines) « Fonction formation »	
	06 au 10	Cours (1 semaine)	Cours (2 semaines)	
	13 au 17	Travail personnel (1 semaine)		
	20 au 24	Cours (1 semaine)		
Mai-09	27 au 01	Stage module 6 (2 semaines) « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation »	Retour en institution	
	04 au 08			
	11 au 15	Cours (2 semaines)	Cours (2 semaines)	
	18 au 22			
	25 au 29	Stage module 6 (1 semaine) « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation »		

⁹⁰ Ce calendrier est issu d'un autre IFCS que celui observé.

Juin-09	01 au 05	Stage module 6 (1 semaine) « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation »	Stage module 5 (2 semaines) « Fonction formation »
	08 au 12	Cours (2 semaines)	Cours (1 semaine)
	15 au 19		
	22 au 26		Travail personnel (1 semaine)
Sept-09	07 au 11		Cours (1 semaine)
	14 au 18		Stage module 6 (2 semaines) « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation »
	21 au 25		
Oct-09	28 au 02		Retour en institution
	05 au 09		
	12 au 16		Travail personnel (1 semaine)
	19 au 23		Cours (2 semaines)
	26 au 30		
Nov-09	02 au 06		Stage module 6 (2 semaines) « Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation »
	09 au 13		
	16 au 20		Retour en institution
	23 au 27		
Déc-09	30 au 04		Retour en institution
	07 au 11		Cours (2 semaines)
	14 au 18		

Dans l'IFCS observé, plus de semaines sont consacrées au retour en institution pour les discontinus, c'est à dire en établissement de santé, de sorte que la formation en discontinue se termine fin mai-début juin en même temps que les continus et dure réellement deux années scolaires.

A la suite des modules, se tient la soutenance du mémoire rédigé par les étudiants sur un sujet de leur choix. Les textes situent donc essentiellement le mémoire et sa soutenance dans le cadre général des évaluations de module, mais sont finalement très vagues en ce qui concerne les exigences attendues de ce type d'épreuve et donc les critères d'évaluation, offrant ainsi une grande liberté aux IFCS. Un incontournable toutefois : le directeur de mémoire, qui a accompagné l'étudiant dans son travail de recherche, doit obligatoirement participer au jury, en coopération avec une personne choisie pour sa compétence. Lorsque l'institut a conclu une convention avec une université, un enseignant relevant du ministère chargé de l'enseignement supérieur est associé aux évaluations des modules faisant l'objet du partenariat et au jury de soutenance du mémoire. Devant cette liberté, les équipes enseignantes de la très grande majorité des IFCS choisissent elles-mêmes cette deuxième personne, experte dans le thème

traité par le mémoire. Pratiquement, le jury est ainsi constitué d'une personne garante de la méthodologie, et d'une autre garante du contenu.

Il s'agit en fait pour l'étudiant pendant la soutenance à la fois de montrer qu'il est capable de porter et défendre un travail, par la conviction et par l'argumentation, en même temps que de faire preuve d'une capacité de prise de distance lucide et critique sur ce travail souvent conçu dans le stress, parfois l'urgence, et qui témoigne généralement du statut encore débutant du chercheur qui point derrière l'étudiant cadre. Ainsi, les thèmes de mémoire⁹¹ des étudiants peuvent cibler la gestion et le management (« *positionnement du cadre dans l'équipe* », « *l'appropriation de l' (outil) entretien annuel* », « *le rôle dans l'accompagnement des équipes vers la polyvalence* »), s'interroger sur le métier (« *Faisant fonction, acteur du changement* », « *public/privé, promouvoir l'identité infirmière auprès du corps médical, une réelle implication pour le cadre de santé* ») ou rester plus clinique (« *Accompagner des patients en fin de vie dans un service de chirurgie : utopie ou réalité ?* », « *Le suivi des infections nosocomiales : un outil de management pour le cadre ?* »). Mais la majorité des mémoires portent sur l'aspect managérial et d'organisation des fonctions du cadre.

Concernant, l'avenir des IFCS, le ministère de la santé et des sports s'interroge sur un aménagement d'un tronc commun de formation pour l'ensemble des cadres hospitaliers. Ainsi, la mission effectuée par Chantal de Singly propose que tous les cadres hospitaliers, quelle que soit leur filière, bénéficient d'un tronc commun de formation. L'idée étant d'ouvrir encore plus à une interprofessionnalité, à une vision commune et à un langage commun. Ce tronc commun regrouperait les thématiques suivantes, à approfondir en fonction des postes occupés :

- les fondamentaux en santé publique ;
- les missions des établissements au sein du système de santé ;
- le management stratégique et la prise de décision ;
- l'environnement institutionnel et organisationnel, les points de vue économiques juridiques et sociologiques (spécificité de l'organisation hospitalière, champ de responsabilité des différents acteurs) ;
- l'hôpital comme organisation complexe, repérage des jeux de pouvoir et stratégies des différentes filières professionnelles ;

⁹¹ Thèmes issus d'étudiants en IFCS rencontrés, du forum du site cadredesante.com, et du centre de documentation de l'AP-HP

- les outils de pilotage et de gestion des ressources humaines, financiers, des investissements, de la qualité et des risques : leurs finalités, leurs méthodes, la recherche de l'efficacité et la culture de l'évaluation ;
- le management des organisations de travail et des équipes : le métier de cadre.

Cette formation serait effectuée toujours en lien avec l'université. L'accès pourrait également être ouvert aux médecins chefs de pôles qui tiennent des positions d'encadrement. Ce rapport souligne également la nécessaire reconnaissance des spécificités de chaque filière et de garder des espaces de formation propres à ces spécificités. (Singly, 2009, p.50-51)

La réforme des études infirmières ayant déjà été amorcée, il nous faut attendre de voir celle qui sera engagée pour les cadres de santé et l'avenir de la profession soignante. Nous pouvons faire l'hypothèse que le changement de réglementation conduisant à l'obligatoire passage par l'école des cadres permet d'apporter une légitimité de statut et surtout d'admettre à l'avenir le métier de cadre de santé comme une profession à part.

Conclusion Chapitre 4 :

En nous référant aux concepts de profession, nous nous sommes interrogés sur la professionnalisation des cadres de santé. Avant d'être cadres, ces professionnels faisaient du soin. Malgré la professionnalisation de leur fonction cadre, nous ne pouvons pas conclure qu'ils forment une profession séparée. Plusieurs éléments font qu'ils restent un segment de la profession soignante. Leur attachement indéniable à la fonction infirmière, leur désir de faire progresser la profession, font que les cadres de santé se considèrent toujours comme des soignants. Le métier de cadre est toujours intrinsèquement lié à la profession soignante pour prouver la certitude de ces professionnels selon laquelle il est nécessaire d'avoir été soignant pour exercer la fonction d'encadrement et surtout, les cadres de santé veulent garder la spécificité de leur filière d'origine.

Outre le cadre de santé exerçant en unité de soin, les cadres forment de multiples types de professionnels qui souvent ne se sentent pas en cohérence avec ce regroupement. Les cadres de santé des services de rééducation et de médico-techniques sont bien souvent des techniciens bien plus que des encadrants ou des gestionnaires, et se considèrent plus comme tels. Les cadres de santé peuvent aussi exercer en institut de formation. Leur activité est alors bien éloignée de la gestion des services. Ils doivent avant tout avoir des compétences d'enseignement ; le formateur dispense et organise l'enseignement. L'expert n'exerce pas non plus dans un service de soin. Il exerce une mission transversale sur l'ensemble d'un établissement. Il n'a ni la responsabilité d'un service, ni celle d'étudiants. Le cadre de nuit gère l'ensemble des services mais pas les professionnels qui s'y trouvent. Il est le plus isolé des autres cadres, en particulier par rapport aux passages d'informations, mais il bénéficie d'une plus grande autonomie et d'une meilleure vue d'ensemble.

Bien que le diplôme et le titre soient communs à l'ensemble des paramédicaux, les cadres de santé sont toujours rattachés à leur fonction soignante d'origine : infirmière, manipulateur radio ou diététicien, etc. et restent liés à leur profession soignante. Leurs missions actuelles de management et d'organisation des soins sont communes. La fonction d'encadrement est certes transversale mais les connaissances et compétences soignantes restent nécessaires à cette fonction d'encadrement de proximité dans les services de soin. L'école des cadres leur permet bien plus d'intégrer leur nouveau rôle et positionnement au sein d'un service de soin plutôt

que d'acquérir des méthodes de management, déjà expérimentées par la plupart en tant que faisant fonction. Les cadres de santé restent attachés à leur image de soignant, leur motivation à devenir cadres reste bien souvent celle de faire progresser la fonction soignante.

L'école des cadres est une année contribuant à un bon passage du métier d'origine à celui de cadre de santé. Il permet assurément d'apporter une légitimité de statut et d'admettre le métier de cadre de santé comme une fonction à part entière. La formation a, elle aussi, su évoluer pour faire entrer l'université et aussi le management et la gestion dans la formation. L'entrée en IFCS est bien plus ardue que l'année même de formation. Les critères de sélection imposent aux prétendants de savoir se projeter dans l'avenir et d'être impliqués dans la fonction. Le fonctionnement des IFCS est semblable d'un établissement à l'autre. Ce que nous avons pu observer dans notre IFCS est généralisable : les IFCS ont un fonctionnement et des méthodes pédagogiques identiques car soumis à réglementation. Seuls diffèrent les partenariats universitaires, le choix de formation en continu ou en discontinu et le contenu des cours selon les intervenants. Au cœur des réformes touchant les formations des soignants, on peut émettre une probable ouverture encore plus large aux médicaux et aux autres hospitaliers administratifs.

Conclusion de la Partie I :

Le fonctionnement et le mode de gestion de l'hôpital ont évolué, modifiant de fait l'exercice des professionnels qui y travaillent.

Les services sont aujourd'hui réunis en pôles avec à leur tête un médecin chef de service, un cadre supérieur de santé et un cadre administratif. La gestion par l'activité bouleverse l'exercice des soins : la gestion des coûts devient une priorité, tout en continuant à assurer une qualité des soins. Les cadres de santé deviennent les traducteurs de ces logiques entre direction et terrain, au sein d'une organisation bureaucratique professionnelle caractérisée par une juxtaposition des fonctions et des hiérarchies.

Suivant ces évolutions, la profession infirmière a elle aussi évolué, passant de la soumission au corps médical à la prise de décision avec la création de leur rôle propre. Malgré une prise d'autonomie, elle reste subordonnée aux médecins ; subordination qui est renforcée par la surreprésentation des femmes dans cette fonction. La plupart des hommes investissent alors des services à haute technicité ou l'encadrement. Mais les motivations à l'encadrement sont multiples et ne concernent pas que le désir de quitter un métier subordonné au corps médical : enseigner, diriger, avoir une vision plus haute... Bien souvent, c'est poussés par les supérieurs, sans réelle motivation première à quitter le soin, que beaucoup de soignants deviennent cadres. La mobilité fait partie de la carrière des soignants. La profession infirmière peut déjà représenter en soi une ascension sociale. Les changements de service permettent de cumuler des compétences et de ne pas entrer dans une routine. Devenir cadre fait partie de ces mobilités.

Le métier de cadre de santé (ou, au départ, de surveillante) a toujours eu pour fonction la surveillance du personnel et des soins, et ceci sous une ligne hiérarchique. La surveillante a depuis le début eu un rôle d'intermédiaire. La formation à l'encadrement est arrivée assez tardivement (1950) et est depuis 1995 obligatoire, réunissant désormais l'ensemble des paramédicaux sous un titre commun de cadre de santé. Les cadres ont suivi l'évolution de l'hôpital et de la profession infirmière. D'un rôle d'assistantat auprès des médecins, les cadres de santé ont su s'émanciper en unifiant les corps de la hiérarchie infirmière en trois niveaux : cadre de santé, cadre supérieur de santé et direction des soins. Les contraintes économiques modifient leurs missions, les mettant en position de gestionnaires de leur service, participant

aux fonctions administratives et financières de l'hôpital, devenant ainsi des collaborateurs du corps médical. La position du cadre à l'interface entre toutes ces logiques (médicale, administrative et infirmière) l'entraîne à devoir constamment légitimer son autorité ; le cadre devant effectuer un travail quotidien d'articulation et de coordination. Les multiples appellations attribuées aux cadres sont des preuves de cette position pivot, finalement assez floue dans ses définitions.

Nous nous sommes demandé si les cadres de santé, en s'éloignant du soin, pouvaient former une profession séparée. Leur attachement indéniable à la fonction infirmière et leur volonté de garder la spécificité de leur filière d'origine font que, même avec l'unification des filières et le diplôme commun, les cadres de santé restent un segment de la profession soignante. Les cadres de santé font partie de la profession soignante et ne se distancient pas de leur métier d'origine dont l'expérience acquise leur semble indispensable pour gérer un service ou pour former les étudiants en IFSI. La formation cadre permet pourtant une coupure nécessaire à l'intégration dans leur nouveau métier.

Entre continuité et coupure avec leur ancienne fonction soignante, nous nous interrogerons sur la construction des compétences à l'encadrement.

Partie II

Evolutions des activités et construction de compétences de l'encadrement soignant

Partie II

Evolutions des activités et construction de compétences de l'encadrement soignant

A l'issue de la première partie de cette thèse, nous avons pu constater à quel point la fonction de cadre de santé est toujours empreinte de l'image de la surveillante. Image d'une fonction d'encadrement encore trop méconnue et assimilée à une activité devenue gestionnaire et administrative, enfermée dans un bureau et loin du terrain des soins. Placé entre différentes logiques parfois antagonistes, le cadre de santé garde ses valeurs de soignant et met en première position la qualité des soins dispensés aux patients. Au-delà de ces références, quel est le quotidien du cadre de santé ? Quelle est la réalité des activités qu'il exerce et quelles compétences sont utilisées pour mener à bien ces missions ?

Cette seconde partie de notre thèse nous permettra d'entrer dans le cœur de l'activité du cadre de santé et d'étudier les capacités qui lui sont nécessaires pour mener à bien sa mission de gestion d'un service de soin. Nous allons analyser comment les savoirs et les connaissances de ces anciens soignants sont transformés en compétences de cadre.

Pour répondre à ces questionnements, nous analyserons dans le chapitre 5 ce qui se joue au quotidien dans un service de soin. Nous verrons quel pouvoir détient le cadre de santé dans son établissement au travers de l'analyse des relations qu'il entretient avec les multiples professionnels intervenant dans son activité. Nous verrons à quel point il a un réel rôle de pivot. Ceci nous amènera à faire un point plus précis de recherche sur la relation du cadre de santé avec son équipe soignante. Comment le cadre gère-t-il son équipe ? Et surtout doit-il faire le deuil des soins ? Nous verrons que ce rôle du cadre de santé est pourtant mal reconnu et surtout que son travail reste invisible pour la plupart des professionnels hospitaliers.

Dans le sixième chapitre, nous continuerons à analyser les activités du cadre de santé et soulignerons sa polyvalence. En effet, nous verrons tout d'abord à quel point un cadre de

santé doit savoir tout faire et surtout posséder plusieurs casquettes : secrétaire, assistante sociale, mécanicien... Ceci nous amènera à observer les cadres de santé dans la réalité de leur quotidien, ainsi que toutes les activités inhérentes à sa fonction. Nous sortirons enfin des unités de soin pour observer les autres métiers du cadre de santé : formateur, expert, cadre de nuit, qui ont des spécificités souvent bien différentes de celles nécessaires dans l'encadrement d'un service.

Après avoir effectué cette analyse de l'activité du cadre de santé, nous nous interrogerons sur ses compétences et surtout sur leur acquisition. Dans le dernier chapitre, après un retour théorique sur le concept de compétence, nous analyserons les compétences du cadre de santé. Nous conclurons sur l'origine des compétences de ces anciens soignants devenus cadres. Nous rentrerons tout d'abord dans le vécu des faisant fonction et analyserons ce que peut apporter cette situation généralement d'apprentissage sur le tas. Nous reviendrons ensuite sur l'école des cadres et sur son apprentissage. La formation cadre apporte-t-elle à ses étudiants de réelles compétences d'encadrement ? Après la formation, nous analyserons ce qui se joue chez les cadres lors de leur prise d'activité dans un nouveau service et sur la mise en place des savoirs appris en formation. Enfin, nous verrons qu'au cours de leur carrière, les cadres de santé continuent à se former par des formations hospitalières internes. Nous les comparerons à la formation en IFCS. Pour terminer nous verrons finalement comment les cadres de santé se définissent par eux-mêmes.

Chapitre 5

Au cœur du service

En quoi consiste l'activité du cadre de santé ? De quelles marges de manœuvre dispose-t-il ? C'est ce que nous allons éclaircir dans ce chapitre.

Tout d'abord nous étudierons les relations qu'entretiennent les cadres de santé avec les différents professionnels qui gravitent autour : les équipes, les médecins, la secrétaire, les autres cadres, la hiérarchie, et aussi les patients. Quel pouvoir et quelle autorité les cadres détiennent-ils sur ces différentes catégories ? Nous étudierons plus particulièrement la place du cadre au niveau spatial et relationnel. Le cadre de santé est-il un pivot ? Ceci nous entrainera ensuite à considérer la relation particulière qu'un cadre entretient avec son équipe de soignants qu'il doit responsabiliser et autonomiser.

Le cadre de santé est en outre confronté à une conversion d'activité qui suppose d'abandonner sa posture de soignant, cela correspond moins à un deuil qu'à une transformation du soin.

Nous verrons pour terminer que le travail du cadre est très mal reconnu car méconnu et pour partie invisible.

1- Les relations des cadres de santé avec l'ensemble des professionnels au sein de l'établissement

Les cadres de santé sont quotidiennement au contact (direct, téléphonique...) avec les différents professionnels qui travaillent dans le service ou qui passent au chevet des malades : avec la direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets ; les médecins pour la gestion journalière de l'unité ; les autres services de soins, médico-technique, logistiques et administratifs pour l'organisation des activités et la gestion de matériel ; les partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations ; les services de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels ; les instituts de formation pour l'encadrement des stagiaires ; les responsables et autres cadres du pôle pour le suivi des projets.

Nous nous concentrerons dans ce chapitre sur les relations les plus fréquentes, mais également les plus influentes sur le travail du cadre de proximité au sein des unités de soin.

Le cadre de santé doit s'adapter aux agents, les motiver et expliquer. Le cadre se heurte désormais à un double obstacle : l'autonomie et la hiérarchie. En premier, nous verrons que l'autonomie du cadre est souvent en deçà de ce qui était espéré, rares sont les cadres de santé qui bénéficient d'un périmètre décisionnel étendu et peu contrôlé (sauf dans quelques unités de soins délocalisées). En second, il ressort principalement des entretiens un durcissement de la pyramide hiérarchique depuis la mise en place opérationnelle des pôles.

Les cadres et leur équipe

Le cadre de santé est incontestablement un de maillons de la chaîne de soin. S'il y a le moindre malentendu avec un des autres maillons (médecin, agent, cadre supérieur etc.), le cadre se retrouve rapidement en difficulté pour assurer la bonne continuité du service au patient. L'ensemble des interviewés souligne l'importance de la cohésion avec l'ensemble du personnel du service et du pôle. De ce fait, les cadres de santé se posent aujourd'hui avant tout comme des collaborateurs au sein d'une équipe formée de tous les professionnels du service, et non comme un supérieur affichant son autorité.

« *Moi, je me vois comme collaborateur, par rapport aux infirmières, aux aides-soignantes, aux ASH. Pour moi, je me positionne comme collaborateur. Pas du tout manager, parce que je ne suis pas là... Manager, c'est un terme qui me plaît moyennement. Pour moi, je ne suis pas supérieure à eux. J'ai un travail, j'ai une fonction différente mais on a besoin de travailler ensemble. Si je ne suis pas là, les choses vont pas bien fonctionner. Si eux sont pas là, on peut pas tourner non plus* ». (Kaori, cadre de santé)

Les cadres attendent reconnaissance d'abord de la part de leur personnel, avant les autres acteurs (médecins, patients, direction, pairs) et se sentent partie intégrante de l'équipe plutôt qu'à distance pour l'encadrer.

Selon l'étude d'Ivan Sainsaulieu, les infirmiers sont plutôt satisfaits des relations de travail avec les cadres, même s'ils préfèrent, selon cette étude, les relations de travail avec les médecins. L'hypothèse émise est que les médecins sont jugés par les infirmiers plus proches du travail effectué. Pour les soignants, les cadres doivent, par ordre de préférence savoir écouter, avoir des qualités d'organisation, animer l'équipe, invoquer le bien du malade, rappeler le règlement, partager les décisions et la diffusion d'information. (Sainsaulieu, 2008a, p.68)

Les cadres et les équipes ont un rapport qui se définit par sa complexité, oscillant entre coopération et conflits. Ce rapport s'est construit sous l'influence de plusieurs effets liés au contexte hospitalier, aux rapports de genre⁹², à l'activité de soins et au positionnement des cadres entre la direction et les soignants. (Picot, 2008)

Les cadres de santé se trouvent souvent dans l'obligation d'assumer des décisions qui les mettent parfois en porte-à-faux avec leurs équipes. « *Le conflit principal ne se situe ni entre des institutions, ni même entre des professions, mais entre des rôles : d'une part ceux qui consistent à soigner, et de l'autre ceux qui ont pour mission de gérer les ressources dont les premiers ont besoin pour travailler* » (Dumont, 2003, p.71). Pourtant, entre médecins et cadres de santé, le recoupement des rôles s'avère inévitable. Nous verrons un peu plus loin, que les rôles attribués aux cadres leur permettent d'être un contre-pouvoir médical. Les rôles définissent les activités et les relations mais l'appartenance à une profession fonde un rapport d'autorité et de dépendance entre les différents professionnels.

⁹² Selon Geneviève Picot (2008), les hommes cadres de santé sont en retrait du modèle de management de proximité mis en place par les femmes. Ils apparaissent comme plus distanciés de l'activité et de l'équipe de soins. Ils utilisent beaucoup plus la délégation et mettent en œuvre une structuration collective de l'équipe de travail.

Les relations avec l'équipe soignante sont généralement des relations de hiérarchie à employés. Cette relation, cette distance s'amenuise avec l'âge des agents. C'est-à-dire que plus les agents ont de l'ancienneté dans le service du cadre, plus leur relation dépasse la simple relation professionnelle et devient amicale.

Certaines cadres marquent une réelle affection pour certaines infirmières.

Une IDE est en arrêt, elle a 39° en ce moment. Cadre : « Soigne-toi bien ma petite Soso ». (Extrait d'observation, service 2)

Les cadres de santé les plus jeunes pratiquent systématiquement le tutoiement. Chez les plus âgés, le tutoiement a lieu avec les agents les plus anciens, ceux qu'ils connaissent depuis plusieurs années, le vouvoiement est plus présent avec les élèves. Pour les cadres qui viennent d'arriver dans une équipe, le vouvoiement est de mise sauf s'ils ont déjà travaillé avec certains agents.

Quelle que soit leur relation, les cadres ne font pas de copinage avec les agents. Une distance est toujours bien marquée. Malgré les fous rires et les jeux du personnel, le cadre reste toujours à sa place.

Les cadres et le personnel administratif

Avec la secrétaire du service, les relations sont plus ambiguës selon le service et le caractère du cadre de santé. La secrétaire travaille pour les médecins et non pour le cadre de santé. Pourtant mieux équipé, le secrétariat est un lieu essentiel pour le cadre qui y passe faire des photocopies, passer des fax etc., n'ayant pas tout le matériel logistique nécessaire dans son bureau. Par économie budgétaire, l'établissement préfère ne mettre à disposition des services qu'un seul bureau équipé correctement, c'est alors celui de la secrétaire. La priorité étant là donnée largement au corps médical et administratif, le cadre de santé, relégué au second plan doit alors courir d'un bout du couloir à l'autre.

« Nous, on n'a pas de secrétaire, les cadres de service n'ont pas de secrétaire. La secrétaire des chefs de services, elle tape les comptes-rendus machin. [...] Ça dépend vraiment de la culture inculquée par le chef de pôle, par le chef de service quoi. Mais y'a encore très marqué chef de service et sa secrétaire quoi. » (Nadine, cadre supérieur de santé)

La relation avec la secrétaire peut passer de l'ignorance à l'entraide. La secrétaire relaie le courrier destiné au cadre ou que ce dernier désire envoyer, l'aide dans ses tâches

administratives : photocopies et envoi de fax, et peut servir de relais entre le cadre et les médecins. Le passage par le secrétariat peut servir de pause, d'un temps trop court de détente pour le cadre en discutant quelques minutes avec la secrétaire.

La cadre fonce au secrétariat pour demander de faire des cartes de visites. Elle demande à la secrétaire si le Dr B. est présent. Elle demande à la secrétaire de rappeler au médecin que l'IRM est fermé jusqu'en décembre pour travaux. Le patient doit être hospitalisé pour une IRM et une ARM du cervelet. (Extrait d'observation, service 1)

Les malades sont sous la responsabilité du cadre du service, au travers du soin bien effectué par les agents et directement par le cadre de santé pour sa sécurité et leurs demandes d'informations.

Le cadre et les patients

Le cadre a toujours un œil et une oreille sur ce qui se passe dans le service, et ce à chaque instant. C'est au cadre de surveiller les allées et venues de la famille ou des patients, ou de personnes étrangères et d'y remédier. C'est aussi au cadre bien souvent d'aller au-devant des demandes des familles et de les informer de tout ce qui concerne le patient.

Le cadre de santé doit également gérer les premiers jours de l'après hospitalisation, du retour à domicile. Le cadre s'enquiert donc du transport à domicile, des futurs rendez-vous médicaux et autres examens de suivi et surtout de l'état d'autonomie du patient. La connaissance de l'environnement familial et social du malade est nécessaire. Les échanges avec les familles sont donc tout aussi essentiels.

Un patient arrive au bureau. La cadre : « On vous garderait peut-être encore un petit peu, vous progressez bien et on aimerait vous garder encore une semaine. On en a parlé au staff ce matin, c'est pour cela que le médecin n'a pas encore eu le temps de vous en parler. » (Extrait d'observation, service 2)

Les cadres doivent avoir une connaissance totale des patients et de l'ensemble des éléments médicaux et sociaux qui les concernent. Leur mémoire est nécessaire et continuellement utilisée afin de relier chaque patient à leur dossier et de pouvoir également répondre à toutes leurs questions. Néanmoins, lorsque les demandes concernent un point médical précis, les cadres doivent alors les renvoyer auprès des médecins. Tout comme les médecins envoient les patients chez le cadre pour tout ce qui concerne la gestion de leur sortie.

« J'estime que je ne connais pas par cœur l'analyse de tous les patients. Je sais en gros les problèmes qu'ils ont, le détail je ne l'ai pas. Donc je les envoie aux médecins régulièrement. Les médecins sont tout à fait coopérant et quand il y a des choses importantes, ils les disent eux-mêmes. Par contre ils me tiennent au courant... Ça n'arrive pas souvent, mais quand on a des malades qui ne vont pas bien, et qu'il y a des gros problèmes de pronostic, on le fait tous les deux, le médecin et moi ont voit la famille tous les deux, on s'arrange pour les voir ensemble. Ce qui fait que je suis au courant, ils savent que je sais et après ils [les familles] peuvent venir me voir pour en discuter. Donc je fonctionne comme ça un petit peu avec les médecins »
(Candice, cadre de santé)

Les cadres de santé ne se trouvent généralement pas en première ligne face à la violence possible des patients et des familles, cela étant plus le cas des soignants et des médecins. Mais les cadres se trouvent au final toujours impliqués, devant jouer le rôle de médiateur ou tout du moins intervenir correctement pour assurer la sécurité du service et de l'ensemble des personnes qui s'y trouvent.

Le cadre parmi ses compères

Le collectif reste une valeur ancrée à l'hôpital. *« Les cadres se sentent isolés dans leur travail et ils ne peuvent prétendre à la même reconnaissance des patients que les infirmiers, d'où la quête logique d'attachement au collectif, signifié puissamment dans leur demande de reconnaissance de la part du personnel. [...] La recherche de reconnaissance par le personnel exprime combien le cadre cherche à se socialiser au sein de l'équipe soignante dont il veut être reconnu. Si le consensus et l'esprit de fusion imprègnent leur discours, s'ils se vivent membres d'une communauté de travail, c'est aussi et surtout parce qu'ils y trouvent une compensation symbolique puissante pour continuer à vivre l'instabilité de leur position »* (Sainsaulieu, 2008a, p.77 et 82).

Les cadres de santé appartiennent de fait à un autre collectif que celui du service, celui des cadres. Cependant, la distance géographique entre les cadres fait que ce collectif est bien moins revendiqué par les cadres de santé que leur collectif soignant.

Les rencontres entre cadres se font lors de réunions cadres, lorsqu'ils se rendent à la pharmacie, ou lorsqu'un cadre passe dans un autre service pour se dépanner en stock. Mais la plupart du temps, c'est par téléphone que les cadres échangent. Ces échanges tournent toujours autour de questions professionnelles. Il n'y a pas de relation amicale entre les cadres

car chacun est finalement isolé géographiquement dans son service. Néanmoins les rencontres entre cadres sont l'occasion d'échanges sur leurs difficultés quotidiennes.

Le passage en pôles a eu un effet bénéfique sur la relation entre cadres de santé, auparavant isolés dans leur unité de soin. Ceci est du aux réunions régulières de pôle mais également à leur point commun d'être rassemblés avec des services aux fonctionnements similaires et d'avoir un cadre supérieur de santé commun.

« Je trouve là qu'au niveau de l'information, ça va mieux soit peut-être parce que les cadres se sont organisés différemment, je sais pas, mais c'est vrai qu'entre-nous maintenant on s'entraide beaucoup plus. Maintenant on travaille en pôle, donc c'est vrai qu'entre nous, cadres du pôle, on s'entraide pas mal, quand y'a une information quoi que ce soit : « t'es au courant de ci, t'es au courant de ça ? » Entre nous, y'a une meilleure communication depuis qu'on est en pôle. Alors qu'avant quand on était par service, le cadre était encore plus solitaire. Parce que y'avait le service et l'institution, c'était très gros. Maintenant qu'on est en pôle, on a le service, le pôle et l'institution après. » (Kaori, cadre de santé)

Le cadre et le corps médical

La bonne entente et la bonne coordination avec les médecins font partie des impératifs d'une bonne qualité de service. Cette bonne coordination est également importante face aux patients et à leur famille. Le cadre de santé doit tout gérer dans le service, répondre à toutes les demandes du personnel médical et paramédical, cependant, il est totalement soumis à la décision du chef de service. Les cadres de santé ne peuvent aller à l'encontre d'une décision du chef de service, même si celle-ci n'est pas des plus judicieuses. Il n'y a pas de concertation possible, le cadre doit gérer avec les décisions du chef de service. Au final, c'est toujours la décision médicale qui prime sur la gestion du service.

Geneviève Picot montre clairement l'évolution du rapport entre les fonctions soignantes et le corps médical. D'un modèle construit sur la complémentarité et le rapport de domination masculine (rapport de couple : disponibilité constante des femmes soignantes envers les pourvoyeurs de tâches), nous sommes passés à un modèle de rapport social beaucoup plus complexe et présentant différentes formes sociales (lié à la professionnalisation soignante et à la montée des femmes dans le corps médical). (Picot, 2005) Cette relation de dépendance s'avère réciproque. Ainsi, François-Xavier Schweyer montre que les médecins hospitaliers

sont finalement dépendants des autres professionnels que sont les infirmiers, les aides-soignantes, les manipulateurs radio ou les kinésithérapeutes par exemple. Ainsi, en prenant pour exemple les blocs opératoires, François-Xavier Schweyer nous rappelle que les programmes de blocs dépendent de la réalisation d'examens préalables par les manipulateurs, de la désinfection des salles d'opération par les ASH, etc. Les visites et contre-visites des médecins induisent un travail important pour les équipes de soins comme mettre à jour les dossiers, changer les traitements, planifier les examens, réaliser les prélèvements etc. Mais au final, c'est aux soignants de s'adapter et de concilier leur activité avec celle des médecins, car prescripteurs des soins, les médecins ne se préoccupent guère de l'organisation du travail au sein du service. (Schweyer, 2003, p.254-255)

Personnels infirmiers et cadres de santé sont soumis à deux structures différentes : celle du personnel hospitalier et celle du personnel médical. En suivant la ligne hiérarchique infirmière, les consignes données au cadre se diffusent par la cadre supérieure. Or, en réalité, les chefs de services administratifs, le chef du personnel et parfois même le directeur d'établissement interviennent directement dans le service auprès du cadre de santé. A cela s'ajoute le fait que le cadre de santé travaille principalement avec le personnel médical qui a sa structure hiérarchique propre : médecin-chef, assistant, interne etc. La situation du cadre de santé et des soignants est soumise à une dualité de commandement : l'administratif et le médical.

Selon Ivan Sainsaulieu, la relation cadres-médecins prend place dans un contexte plus large de la politique de la direction de l'hôpital. Cette relation binôme peut avoir du mal à exister car elle reste sur des bases inégales même si dans le principe les domaines d'activité sont bien déterminés. Mais la délimitation des pouvoirs n'est pas toujours claire. L'idée d'une concurrence, d'un manque de clarté des rapports et la crainte de l'autre est présente. (Sainsaulieu, 2003, p.183-185)

Rappelons que le pouvoir est une relation réciproque mais déséquilibrée. Le pouvoir réside dans la marge de liberté dont dispose chacun des partenaires engagés dans cette relation, c'est à dire dans sa possibilité plus ou moins grande de refuser ce que l'autre demande. La force, la richesse, le prestige, l'autorité et toutes les ressources que possèdent les acteurs n'interviennent que dans la mesure où ils leur fournissent une liberté d'action plus grande. Le pouvoir peut découler de la maîtrise d'une compétence particulière, c'est à dire d'une expertise et d'une spécialisation fonctionnelle. Il peut être lié aux relations entre une organisation et ses environnements. Le pouvoir peut naître de la maîtrise de la communication

et des informations. Enfin, le pouvoir peut découler de l'existence de règles organisationnelles générales. (Crozier, Friedberg, 1977, p.60-71)

« *Les cas de domination et de contre-pouvoir sont classiques à l'hôpital. [...] On voit surtout un conflit d'intérêt entre une profession établie mais fragilisée, les médecins, et une profession montante, hiérarchiquement, mais moins forte dans l'ordre du savoir, les cadres infirmiers* » (Sainsaulieu, *op.cit.*, p.178). En effet, les cadres bénéficient d'informations dispensées dans des réunions où les médecins ne sont pas conviés.

Réunion cadres de l'établissement :

La directrice des soins (DS) veut régler la question des congés d'été et des fermetures de lits. Un cadre soulève le problème que les médecins ne donnent pas leurs congés dans les temps : « C'est irrespectueux des soignants et des malades... »

DS : « Vous ne pouvez pas vous mettre à dos les médecins, sinon c'est invivable mais vous devez quand même avoir des explications avec eux. »

Cadre : « Oui, mais quelle autorité on a ? »

DS : « Les paramédicaux, on est à la botte des médecins, mais on ne va pas attendre la saint Glinglin que ces messieurs-dames se réveillent ! »

(Extrait d'observation, réunion cadres)

Les cadres de santé se rapprochent des cadres hospitaliers administratifs dans leur position et dans la détention de pouvoirs face au corps médical, ceci renforçant leur position de contre-pouvoir du corps médical. Cet extrait de réunion d'établissement nous montre comment les cadres sont positionnés dans un système de dépendance mais aussi d'autorité administrative et organisationnelle face aux médecins.

Les médecins et les soignants sont porteurs de logiques professionnelles différentes qu'il faut combiner. Par leur autonomie et leur professionnalisation, les soignants, même sous prescription médicale, ont la possibilité d'invoquer leur connaissance parfaite et globale du patient face à un comportement purement médical du médecin. La montée des compétences soignantes entraîne des sources de conflits. Les oppositions sont pourtant relativement faibles au quotidien et se règlent entre acteurs par ajustement mutuels. Cependant, le cadre de santé, se retrouve en première ligne de conciliation en cas de litige entre les deux acteurs.

Une logique d'équilibre de pouvoir se forme entre soignants et médecins, avec des possibilités d'interventions croisées :

- des cadres sur les médecins : sur l'obligation d'information des familles et des patients, des comportements avec les patients ou le personnel ;
- des médecins sur le travail des infirmières : sur la qualité des soins, des actes ne suivant plus la prescription, des retards dans un examen ou dans l'exécution d'une prescription ;

- des infirmières sur les médecins : les médecins sont contraints à la bonne communication afin d'éviter la mauvaise ambiance de travail.

Lors du staff, un médecin met ses pieds sur les barres d'un chariot, une IDE rappelle au médecin de ne pas mettre ses pieds sur le chariot ! « vos pieds... » Il s'exécute immédiatement. (Extrait d'observation, service 3)

Chacun des acteurs a des ressources pour contrer l'autre soit en termes de règles pour le cadre, soit en termes de compétences pour le médecin qui doit cependant composer avec la montée en connaissances et compétences des infirmières. (*Ibid.*, p.92)

Selon Michel Crozier et Erhard Friedberg, l'expert est la seule figure qui dispose du savoir-faire, des connaissances, de l'expérience du contexte qui lui permettent de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation. Sa position est donc bien meilleure dans la négociation aussi bien avec l'organisation qu'avec ses collègues. A côté de cette figure de l'expert que l'on peut accorder au médecin-chef, on peut relever la figure du marginal sécant renvoyant bien à la position du cadre de santé. Selon ces mêmes auteurs, le marginal sécant est un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'action différentes, voire contradictoires. (Crozier, Friedber, *op.cit.*, p.72-73)

Les cadres de santé participent de près aux savoirs médicaux lors des visites et réunions quotidiennes, et partagent inévitablement plus régulièrement les réseaux de convivialité médicale, entretenant des relations de camaraderie, voire des relations matrimoniales plus développées avec les médecins qu'avec les autres infirmières. (Vega, 2000, p.84)

« Alors, ça se passe pas toujours très bien ! J'ai pas eu toujours... Donc en fait, en terme de management, c'est vraiment avec le chef de service, et puis maintenant avec le chef de pôle. Vraiment avec le chef de service, avec qui on parle de projet, sur les évaluations. Lui, par exemple sur les infirmières, il va avoir son propre regard, ses propres opinions. Sur l'achat de matériel... On prépare ensemble tout ce qui est conseil de service. Avec le chef de service actuel, y'a vraiment un travail..., on est vraiment un binôme décisionnel. Bon moi, au niveau de mon expérience, je t'avouerai que c'est la première fois que ça fonctionne comme ça, aussi bien. C'est top quand c'est comme ça. » (Céline, cadre de santé)

Lors de bonne entente et collaboration, le cadre et le médecin chef de service peuvent établir un réel et efficace binôme décisionnel. Chacun ayant ses rôles officiels, ils peuvent néanmoins officieusement interférer dans les activités de l'autre. Pour exemple, l'évaluation des infirmiers effectuée par le cadre peut être influencée également par les avis du médecin.

Comme énoncé précédemment, le cadre de santé est soumis aux choix du chef de service. L'entente avec tous les médecins est généralement cordiale, mais l'ambiance du service dépend beaucoup du choix du chef de service.

Le téléphone sonne pour recevoir un nouveau patient en soin complet toilette. La cadre répond qu'elle n'en prend plus, mais note quand même son nom : « Ah ! il vient demain, il (le chef de service) nous l'a collé ! » Le chef de service n'ayant pas prévenu ce service qu'il prenait ce patient. [...]

Deux IDE se plaignent d'un patient qui arrache ses perfusions et qui crache sur elles, il refuse de prendre son traitement, recrache tout. « Et on nous demande de le repiquer ». Cadre : « Alors qu'on (surtout le chef de service le matin à la réunion) avait décidé du contraire, qu'on ne lui ferait plus de perf ! » (Extrait d'observation, service 2)

Nous voyons bien dans le cas de ce service que le médecin-chef apparaît comme tout puissant, décidant seul de l'entrée de patients lourds quelle que soit la décision prise le matin même lors de la réunion commune.

Les chefs de services n'ont bien souvent pas leur bureau en hospitalisation, certains passent en coup de vent dans le service. De ce fait, les cadres coopèrent surtout avec les internes présents. Certains cadres et internes forment de vrais binômes, chacun attendant l'aval de l'autre pour prendre une décision.

L'interne et la cadre regardent les entrées et les sorties notées sur le tableau Véléda.

Cadre : « Elle est trop lourde Madame A. ».

Médecin : « Elle est sous deux litres d'oxygène. Elle ne parle pas français, 73 ans, 7 enfants, pas de mari je crois. L'objectif est le retour à domicile. »
« Sinon, j'ai laissé Mr C., je savais pas à quelle adresse envoyer ».

Cadre : « C'est bon, c'est fait. ».

Le médecin repart. (Extrait d'observation, service 1)

Cadre : « J'attends les médecins. Je peux rien faire sans eux. »

[...] Le Dr A. arrive et écrit le mot. Il demande à la cadre de lui rappeler ce qu'a la patiente. Cadre : « C'est toi le médecin ! » (Extrait d'observation, service 3)

Certains médecins sont très virulents avec l'équipe paramédicale, la cadre est alors là pour les tempérer et défendre ses agents.

Cadre : « J., je le connais depuis 20 ans (elle était alors encore infirmière). Je lui réponds comme il nous parle ! Parfois, les gens sont surpris de comment je lui parle. Mais tout se passe bien. »

[...] Dans le couloir, J. à une IDE : « Si vous étiez maligne... Même un gosse de maternelle ne ferait pas ça. C'est du travail de dégueulasse là. Moi, mon gosse fait ça, il prend deux targnôles ! » (Extrait d'observation, service 4)

Les cadres de santé ne peuvent aller à l'encontre d'une décision d'un médecin, même si celle-ci n'est pas des plus judicieuses. Il n'y a pas de concertation possible.

Régine Bercot établit une excellente description des tensions qui peuvent s'établir entre les médicaux et les cadres de santé. En décrivant l'activité dans un bloc opératoire, elle montre que lorsque les médecins, en l'occurrence les chirurgiens dans le cadre du bloc, décident d'imposer leur volonté, ils mettent les cadres de santé en difficulté. *« La gestion des blocs se situe toujours en tension entre deux points de vue : d'un côté la volonté de chaque chirurgien d'opérer à certains moments, d'étendre éventuellement ses plages d'opération, d'imposer des conditions d'opération ; d'un autre côté, les modalités et les critères de programmation qui génèrent des exigences propres, deux logiques professionnelles différentes entre chirurgiens et cadres infirmiers responsables du bon fonctionnement du bloc »* (Bercot, 2009, p.62). En coopération certes, mais les cadres de santé ne sont pas réellement en position d'autorité vis à vis des médecins et tout particulièrement des chirurgiens soutenus par leur expertise et le prestige de leur profession. Les cadres de santé, par peur du conflit, s'adaptent afin de satisfaire les demandes du corps médical. La légitimité des cadres de santé survient alors lorsque les règles sont acceptées par tous et surtout lorsqu'ils ont l'appui des médecins en particuliers des chirurgiens ou des chefs de service. *« Pour construire leur légitimité, les cadres peuvent néanmoins s'appuyer sur trois facteurs. La loi, tout d'abord, message officiel d'autorité, sous la forme de textes législatifs et de chartes locales qui fixent les principes de fonctionnement et officialisent les modalités de fonctionnement. Les modalités de leur mise en œuvre, ensuite, qui supposent que le cadre obtienne soutien et renfort concret de la part des chirurgiens. L'efficacité, enfin, dépend des moyens disponibles pour la mise en œuvre des ressources que l'on est apte à mobiliser »* (Bercot, 2008).

Le cadre et sa hiérarchie

La relation avec le cadre supérieur est bien plus dans la distance, physique et relationnelle. Les cadres, souvent seuls représentants de l'administration, se retrouvent sans réponse et leurs cadres supérieurs sont souvent difficiles à trouver physiquement, voire à aborder. Et finalement l'image stéréotypée que les soignants donnent à leur cadre se répercute des cadres à leur cadre supérieur : *« ils ne sont jamais là quand on en a besoin », « ils ne sont plus sur le terrain »* etc.

« Elle est nulle en cadre sup. Elle sait beaucoup de choses, mais elle n'a pas été assez longtemps cadre, elle a trop fait formatrice donc maintenant ce n'est pas une bonne cadre sup. Elle n'écoute rien. Elle manque de communication, d'échanges. » (Gisèle, cadre de santé)

Le reproche fait aux cadres de s'éloigner du terrain pour s'inscrire dans la gestion est reportée des cadres sur leur supérieur. L'attente des équipes envers leur cadre est la même que l'attente des cadres envers leur cadre supérieur : il doit être présent, à l'écoute et disponible.

Le rôle du cadre supérieur est le management et la supervision de l'ensemble des cadres de santé de son pôle. Son rôle de contrôle et de rappel à l'ordre est essentiel.

La cadre et sa cadre supérieure fixent un rendez-vous pour effectuer l'entretien d'évaluation de la cadre. Cadre supérieur : « Tes heures sup, tu me les envoies, ainsi que les arrêts des agents ». Elle montre à la cadre des exemples de tableaux qu'on fait d'autres cadres, pour qu'elle ait une idée de comment présenter la chose.

Elles traitent ensuite le planning du mois suivant (janvier). La cadre supérieure lui rappelle qu'au plus tard le 5 du mois précédent le mois traité (donc le 5 décembre), les arrêts doivent être donnés pour que la personne puisse être bien payée. (Extrait d'observation, service 2)

Les rapports entre les rôles soignants et les rôles gestionnaires ont évolué en un véritable retournement de situation. Le pouvoir des gestionnaires s'est accru par l'entremise d'une mise en concurrence des établissements les uns avec les autres sur le terrain de l'efficience et sous l'effet de la menace des restructurations. Le résultat en est le sentiment d'une perte de pouvoir de la part des soignants (médecins et paramédicaux), même si les médecins restent toujours mieux informés que les paramédicaux. (Dumont, 2003, p.75-76)

Outre les relations avec l'ensemble des professionnels du service et du pôle, les cadres de santé font également partie d'une hiérarchie paramédicale avec à son sommet la direction des soins.

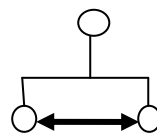
« Par rapport à la base, ce qu'Isabelle Feroni appelle le segment soignant, on constate une rupture. La très grande majorité des infirmières générales [actuelles directrices des soins] ne portent plus de blouse, ont un bureau dans le bâtiment de direction, ont cessé depuis longtemps d'administrer des soins. Leurs interlocuteurs sont les cadres infirmiers et les directeurs, plus rarement les médecins. Très peu d'infirmières générales tiennent une permanence pour rencontrer les personnels soignants (moins de 2%), l'usage étant de recevoir sur rendez-vous » (Schweyer, 1993, p.143).

Le décalage est réel entre un mode de représentation de la fonction du cadre, celui partagé par les directeurs de soin, et celui de la pratique des cadres de terrain en fonction des situations organisationnelles dans lesquelles ils exercent, des équipes qu'ils encadrent et de leurs représentations personnelles de la fonction de cadre.

Le cadre de santé a au-dessus de lui une hiérarchie qui exerce un contrôle de ses actions. Il est ainsi placé en situation de faible autonomie, voire de dépendance. L'enjeu pour une bonne communication est de passer de cet état de dépendance à une logique d'interdépendance. Nous pouvons représenter les contacts entre les professionnels de la ligne hiérarchique infirmière par les schémas suivants.

Schémas 6 : Canaux irréguliers de communication des cadres de santé (Mintzberg, 1981, p.68)

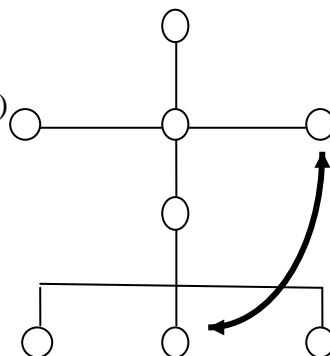
- 1. Contact direct entre pairs
 CSS (cadre supérieur)
 CS (cadre de santé)



Deux pairs communiquent directement plutôt que de passer par leur supérieur hiérarchique commun, dans le cas des cadres de santé, c'est leur cadre supérieur de pôle. Les cadres de santé remplacent ainsi la supervision directe du système d'autorité formel par l'ajustement mutuel du système informel. Très fréquemment utilisés par les cadres de santé en cas de rupture de stock ou de manque de personnel, ainsi qu'en cas de questionnement technique sur une machine.

- 2. Contact diagonal direct
 Directeur

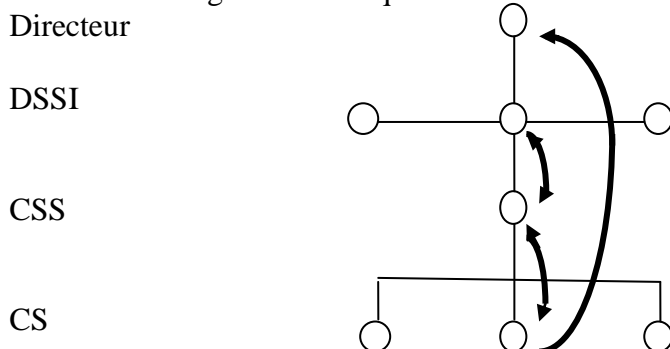
DSSI (direction des soins)
 CSS
 CS



Un individu à un niveau de la hiérarchie communique directement avec le subordonné d'un de ses pairs. Par exemple, le directeur des ressources humaines allant voir directement un cadre de santé sans passer par la direction des soins ni par le cadre supérieur de santé de pôle.

« Et moi j'ai reçu ça à la figure un vendredi à 15h ! On était fin octobre, trois jours avant, on était un vendredi, on m'a annoncé qu'on fermait le 1^{er} novembre. On m'annonçait le 29 octobre qu'on fermait le 1^{er} novembre, le service ! Et ce n'est pas le directeur, ni la direction des soins qui me l'a annoncé, ni mon cadre sup qui n'était pas au courant non plus. C'est le cadre sup de l'équipe renfort, parce que j'étais montée la voir. [...] On nous rabâche qu'il faut bien suivre la hiérarchie, surtout dans la fonction publique hein, aussi. Et là, y'avait plus rien du tout, en plus c'était une cadre sup qui s'occupait même pas du pôle, enfin pas du service. » (Sabine, cadre de santé)

3. Court-circuit de la ligne hiérarchique



Ces courts-circuits sont utilisés quand l'information ne passe pas avec la DSSI. Chaque strate hiérarchique est un filtre successif que le cadre de santé doit franchir. Dans le sens descendant, ces strates deviennent des amplificateurs. Court-circuit toujours utilisé dans le sens du bas vers le haut, c'est du cadre vers la direction, quand l'information ou la réclamation ne passe pas.

« C'était quelqu'un [un collègue cadre] qui ne faisait rien. Donc c'était pas possible de travailler comme ça avec des agents qui partaient s'acheter des cigarettes à Carrefour en plein milieu de l'après-midi. Fallait voir les choses : des visites à domicile faites par des ASH dont c'est pas du tout la fonction, enfin des choses comme ça, des choses complètement aberrantes. Donc la direction des soins ne m'a pas du tout aidé, ce qui m'a aidé c'est le directeur de l'hôpital. Moi, j'allais pas bien du tout, je voulais partir. Mon collègue connaît très bien les gens du syndicat, donc voilà. [...] Donc j'ai été voir le directeur. [...] 15 jours après mon entretien avec le directeur, j'ai vu arriver un soutien de la direction des soins qui m'a dit : « vous inquiétez pas, on vous laisse pas tomber... », mais sans rien faire d'autre. [...] Depuis le 15 juin [grâce au directeur], c'est un bonheur total. » (Sylviane, cadre de santé)

Il est important de souligner que l'organisation régularise le déroulement des relations de pouvoir. Elle établit des canaux de communication entre ses membres, et définit ainsi les possibilités d'accès des uns et des autres aux informations dont ils ont besoin. « *Enfin, l'organisation investit certains de ses membres d'une autorité légitime sur d'autres, c'est à dire de pouvoirs particuliers de sanction ou de récompense* » (Crozier, Friedberg, *op.cit.*, p.68).

Le cadre de santé est donc bien au centre des différents circuits d'information ou de coopération. Son rôle est véritablement celui d'un pivot.

2- Le pivot du service

Les cadres de santé assurent avant tout un travail de coordination. Paule Bourret souligne l'importance du travail du lien qu'ils effectuent. (Bourret, 2006, p.53) Leur position d'encadrement intermédiaire les place en proximité des équipes soignantes, médicales et administratives. A ces équipes s'ajoute l'acteur patient qui renforce le rôle de coordination et de médiation du cadre de santé. L'hôpital est caractérisé par la multiplicité des logiques et des territoires professionnels. Les professionnels occupent des territoires particuliers, définis juridiquement, mais doivent cependant travailler ensemble. Le cadre de santé se trouve dès lors pris dans l'agencement le moins problématique possible de leurs interventions. *« A cette exigence, s'ajoutent actuellement la contrainte financière et les restrictions budgétaires qui impliquent de tirer le meilleur parti de l'action de chacun. Les cadres coordonnent l'activité des personnes et des groupes ; mais aussi des mondes et des rationalités divergentes » (Ibidem).*

Les cadres interrogés ont nettement conscience de leur rôle d'intermédiaire entre différentes logiques hiérarchiques. Ils sont entre les équipes et la direction des soins, mais également collaborent avec les médecins et sont soumis aux obligations gestionnaires de l'établissement.

« Ah oui ! On fait beaucoup de choses nous-mêmes. C'est vrai que les cadres, on est vraiment un peu la plaque tournante. On peut dire qu'on est un chef d'orchestre, on est tout quoi. On a vraiment l'impression d'être sans arrêt l'intermédiaire un peu de tous les côtés pour pouvoir un peu huiler les rouages. » (Sandrine, faisant fonction cadre)

Cette position de pivot (puisque tout gravite autour d'eux), leur donne souvent le sentiment de devoir tout gérer, mais surtout de devoir tout absorber, ingérer et digérer.

« Et puis aussi, bein le cadre il est un peu l'absorbex de tout le monde, à la fois des patients, à la fois des équipes, au sens large hein, aussi bien infirmières que médicales, et puis aussi parfois administration. Voilà, donc c'est un petit peu un rôle pivot au niveau de l'hôpital. » (Céline, cadre de santé)

Cette position est également délicate car soumise à différentes logiques souvent contradictoires : les attentes de l'équipe et les injonctions de la direction.

« Nous en tant que cadre, c'est difficile, on est entre les deux. On a la pression par le personnel, tous les jours, et en même temps, en haut aussi ils écrasent parce qu'ils disent il faut qu'on fasse ça, qu'on fasse ci. Mais comment on fait comprendre au personnel ? C'est des démarches qu'on nous demande de faire, mais des fois le personnel ne va pas accepter. Parce

que déjà ils se sentent pas écoutés, pas assez nombreux. Nous aussi, je veux dire, en haut on nous écoute pas non plus. Mais en haut y'a la pression aussi des budgets, économie ou autre. » (David, faisant fonction cadre supérieur)

Par cet extrait, on constate que les cadres sont conscients des contraintes budgétaires de l'établissement et des attentes de gestion de la part de la direction. Mais ils attendent également une compréhension des directions concernant leur quotidien, et les besoins de l'équipe. Les cadres se positionnent au sein de l'équipe, et travaillent pour elle, avec elle, tout en suivant les directives de la direction. Conscients de cette position, ils regrettent que la direction ne prenne pas assez en compte leurs avis.

« Si on était suffisamment écouté par la direction, après y'a pas que l'écoute, hein, il faut que ce soit suivi d'actions. Je pense justement que le cadre a une vision assez globale. La direction nous parle d'économie et de qualité, alors lier les deux parfois c'est... Pour avoir de l'économie, je suis obligée de jouer sur la qualité. C'est une position très batarde, y'a pas de pouvoir, en tant que cadre. Y'a pas de pouvoir dans ce métier là. On est que des petites mains, mais par contre on peut avoir une action vis-à-vis des équipes. » (Léonie, cadre formatrice)

Les cadres sont ainsi pris entre deux feux : les besoins économiques exprimés par les directions et les attentes qualitatives des soignants. On demande aux cadres de tenir un service avec qualité et restriction budgétaire, ce qui est antinomique. Et la direction ne les aide pas dans cette tâche délicate (au contraire), c'est aux cadres de se débrouiller. En plus de cela, ils ont l'impression de ne pas être entendus, ni écoutés. Comme le dit Léonie, ils n'ont aucun pouvoir au milieu de ce lot de contradictions et de conflits, mais pourtant doivent être dans l'action.

Le service a trois lits réservés aux soins palliatifs c'est-à-dire lourds, du coup, si tous ces lits sont pris, les aides-soignantes ne peuvent pas finir les toilettes et les soins dans les temps. Les pathologies de ce service sont pneumologiques ou respiratoires, mais le service accepte aussi des patients de neurologie, et c'est le problème du service actuellement. Pour cette semaine, il y a sept demandes de placement dans le service, en plus des patients qui restent longtemps en soin. La cadre me confie que ce service aurait bien besoin d'une assistante sociale à temps plein. Elle est obligée d'accepter les patients imposés par le médecin chef et par l'hôpital car comme elle me le dit, c'est la mission sociale de l'hôpital que d'accepter n'importe quel patient.

(Extrait d'observation, Service 3)

Par cet extrait, nous voyons que le cadre de santé doit continuer à assurer la gestion de son service malgré le manque de personnel (paramédical et autre comme l'assistante sociale), et

les demandes du médecin d'assurer la mission de soin de l'hôpital et d'accepter les malades malgré le manque de lits et de personnels soignants.

Le bureau du cadre de santé, ainsi que la salle de soins, sont les deux pièces maîtresses d'un service. Tous les déplacements convergent vers ces deux salles. Ce n'est d'ailleurs pas une coïncidence que ces deux pièces se situent au centre architecturale du service.

« *J'ai beau fermer la porte, ça rentre, ça sort, ça rentre, ça sort...* » (Kaori, cadre de santé)

Une étiquette indique « frapper avant d'entrée » sur la porte du bureau. Le cadre se plaint que personne et encore moins les médecins ne respectent l'inscription : « Ils frappent et entrent, utilisent mon téléphone alors que j'avais la porte fermée pour faire l'évaluation de mon agent. »
(Extrait d'observation, service 3)

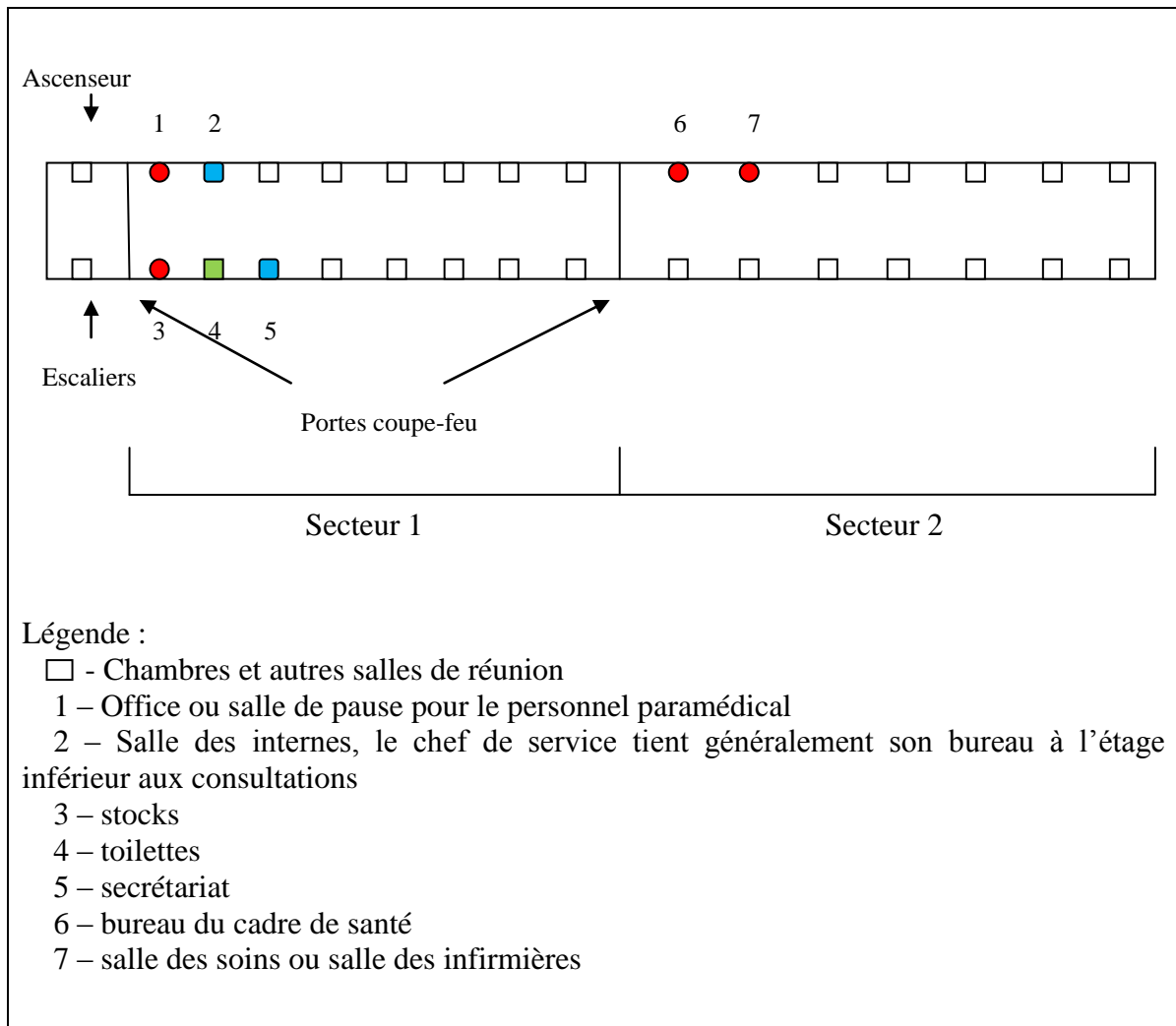
Le bureau du cadre, dans l'établissement où ont eu lieu les observations, est toujours à côté de la salle de soins également nommée salle des infirmières. Le bureau des internes et celui de la secrétaire sont toujours à l'autre bout du couloir. Le bureau de la secrétaire généralement en face de la salle des internes, c'est à dire à portée immédiate des médecins mais loin de celle du cadre, le contraignant à plus de déplacements.

Dans le couloir le panneau indiquant le bureau du cadre est toujours indiqué par « surveillante ». Pourtant à la porte du bureau du cadre, le panneau affiche bien « cadre de santé ». Le seul autre panneau présent dans le couloir indique la salle des « infirmières » ou la « salle des soins ».

Le schéma suivant est représentatif d'un service de médecine observé. L'architecture est évidemment variable d'un service à l'autre. Mais dans l'établissement observé, ce schéma est typique des services de médecine. Les éléments variables sont l'office et les stocks. L'office est parfois intégré à la salle de soins, et les stocks sont parfois placés au bout du couloir du secteur 2. Mais ce qui reste constant, c'est la coupure entre les salles attribuées au personnel médical dans le secteur 1, c'est-à-dire dès l'entrée dans le service, et les salles plutôt paramédicales placées dans le secteur 2. Ainsi, le bureau du cadre est toujours adjacent à la salle de soins, situé vers le centre du service, au milieu des chambres, éloigné de la salle des internes et surtout de leur secrétariat.⁹³

⁹³ Nous verrons ce que cette architecture entraîne comme déplacements pour les cadres dans le chapitre 6.

Schéma 7 : Architecture d'un service type de médecine dans l'établissement d'observation



La gestion des services est généralement coupée en deux parties, nommées secteurs, pour éviter de longs déplacements. Cette découpe est purement fictive, au milieu du couloir : le côté gauche avec tels médecins et tels agents pour tels malades avec les dossiers des patients rangés dans des classeurs bleus, et le côté droit avec ses agents, ses médecins et ses classeurs rouges.

Ainsi les infirmières et aides-soignantes ont des chambres et donc des patients attirés durant une certaine période, selon leur planning. Les rotations sont donc fréquentes.

La cadre m'explique que le service d'hospitalisation est divisé en deux secteurs. Des chambres 1 à 15-16, c'est le secteur bleu avec classeurs bleus, deux docteurs et un interne. Des chambres 16 à 25, c'est le secteur rouge avec classeurs rouges, deux docteurs et un interne. De même, les patients arrivent sous décision du médecin chef en fonction des lits disponibles.
(Extrait d'observation, Service 3)

Les services sont dotés de 20 à 25 lits en général, chiffre indicatif car il dépend de nombreux paramètres d'organisation, de proximité de plateau technique, etc.

La porte du bureau du cadre de santé n'est jamais fermée, ni le jour, ni la nuit, ni le week-end. Le personnel a l'entière liberté d'y déposer des documents pour le cadre, d'y utiliser l'ordinateur. C'est pour cela que chacune des cadres observées met dans un placard verrouillé, dont elles seules possèdent la clé, les documents importants et surtout qui ne doivent pas être à la vue et à la portée de chaque agent ou de n'importe quel individu passant dans le service. De même, aucun document n'est laissé sur l'ordinateur puisque celui-ci est libre d'accès, sans code d'ouverture. Les cadres emportent alors tout ce qui est important ou confidentiel sur clé USB.

« L'autrefois, je reviens de vacances, alors déjà, le bureau il est plein, plein de petits bouts de papier. On se dit le matin en revenant des vacances : bon qu'est-ce que je vais retrouver dans mon bureau. On arrive dans les vestiaires, on respire, on reprend le dernier souffle, on s'habille, on monte. Quand on arrive, des appareils, des chaises, des trucs cassés partout, le bureau plein, tu te dis : « Oh là ! » La première journée, tu passes ton temps à faire du rangement dans ton bureau. Alors faire les bons pour la chaise cassée etc., emmener la chaise ailleurs que dans le bureau, parce que le bureau quand même c'est pas un lieu de stockage. Après prendre tous les petits mots, prioriser ceux qui sont à faire en priorité. » (Kaori, cadre de santé)

La cadre arrive en retard d'une bonne demi-heure, elle s'excuse, ouvre son bureau. Elle revient de congés. Elle enfile sa blouse et commence par jeter un œil sur tout ce qui est éparpillé sur son bureau : des post-it, des feuilles diverses... Mais quelque chose l'intrigue particulièrement : une fiole en plastique fermée par un bouchon type bouchon de liège avec une aiguille plantée dedans. Mais au fond de la fiole, elle remarque un cafard, femelle de surcroit dont la poche d'œufs est prête à céder. Aucun mot n'accompagne ce colis.

« J'y crois pas ! C'est quoi ce truc ! Un cafard, et une aiguille plantée dans le bouchon pour qu'il ait quand même de l'air, bien entendu, pauvre bête ! Voilà, c'est typiquement ce à quoi on peut faire face quand on revient de congés. Ça c'est très plaisant quand on arrive. Mais c'est pas que de l'équipe, vous avez aussi les médecins, vous avez tout le monde. Quand on sait pas quoi faire de quelque chose, on le donne à la cadre ou on le met dans son bureau. Le bureau du cadre, c'est le bureau où on dépose tout, et elle se débrouille ! Vous avez un bouchon de je sais pas quoi, on sait pas ce que sait, hop dans le bureau de la cadre et quand elle arrive : « qu'est-ce c'est que ça ? »-« Ah bein on sait pas alors on vous l'a mis ». Ah oui, et moi j'en sais plus !? Tout ce qu'on sait pas dans le service, on vous le met sur le bureau. Et puis vous, vous vous débrouillez. [Rires] » (Extrait d'observation, service 3)

Le bureau du cadre de santé est un vrai « moulin » : tout le monde y entre et rarement en demandant l'autorisation ou en frappant à la porte, utilise le téléphone, l'ordinateur ou fouille dans le classeur du planning sans même parfois demander l'autorisation à la cadre présente, que ce soit les médecins ou les agents. Les cadres n'en font aucune remarque, sauf quand elles désirent vraiment avoir le calme.

Nous sommes interrompus par une soignante qui entre et qui se met tout de suite à poser sa question sans frapper à la porte, s'excuser ou dire bonjour. Elle veut un numéro de téléphone.
(Extrait d'observation lors d'un entretien)

« L'espace, divisé et distribué dans le cadre d'une organisation officielle, fait souvent l'objet d'une réappropriation par des travailleurs qui lui impriment des significations, sinon nouvelles, du moins différentes dans une sorte d'autogestion clandestine » (De Coster, Pichault, 1998, p.25).

Paule Bourret décrit le bureau du cadre de santé comme un lieu de sociabilité induit par l'action du cadre de santé lui-même. Selon Paule Bourret, les cadres de santé ont connaissance de l'impact négatif du travail administratif dans leur bureau auprès des autres professionnels. Ainsi, afin que le travail du cadre ne soit pas assimilé à du travail de bureau, les cadres de santé le mettent en scène en se montrant disponible, accueillant et à l'écoute, faisant de ce bureau un lieu de sociabilité. (Bourret, 2006, p.81) Or, d'après nos propres observations, cette sociabilité ne se réalise pas dans le bureau du cadre mais plutôt dans la salle des soins. La salle des soins est le réel centre de sociabilité du service. C'est la pièce centrale où convergent les différents professionnels pour préparer leurs soins, se reposer quelques instants, se réunir en réunion. Le bureau du cadre n'est pas un lieu de sociabilité à proprement dit. Cette pièce est certes définie par ses entrées et sorties constantes de tout type de personnel, mais il n'est pas le lieu principal des échanges verbaux et non-verbaux, et donc de sociabilité.

La cadre va en salle des soins faire des photocopies. Elle demande aux filles de s'occuper et de faire moins de bruit. Puis elle revient au bureau. Une IDE s'est installée pour faire un dossier de soin, elle est venue là pour réussir à se concentrer. La cadre râle car elle la gêne mais la laisse quand même.
(Extrait d'observation, service 4)

Le Dr A. entre et se sert du téléphone. Du coup, la cadre décide d'aller au-dessus chez sa collègue récupérer les feuilles vertes de transmission. (Extrait d'observation, service 3)

Le bureau apparaît plus dans ce cas comme un espace certes accessible à tous mais surtout de repli pour le reste du personnel du service.

Voici un tableau contenant les allées et venues observés dans les bureaux des cadres de santé.

Tableau 16 : Entrées et sorties du personnel dans le bureau du cadre de santé sur une journée.

	Service 1 Neurologie	Service 2 Rééducation	Service 3 Pneumologie	Service 4 Cardiologie
ASH, AS, IDE, élèves	12	12	6	35
Médecins	1	5	12	19
Secrétaire	0	1	0	1
Cadre supérieure	2	0	0	1
Patients et familles	2	4	0	7
Cadres autre service	1	1	0	0
Autres (agents divers, ambulanciers, autres cadres)	0	6	1	5
Total	18	29	19	68

On remarque bien dans ce tableau que les passages dans le bureau du cadre de santé concernent surtout les agents paramédicaux et les médecins, c'est-à-dire ceux avec lesquelles travaille le plus le cadre de santé. Le rapport plus ou moins rapproché et personnel avec l'un des deux corps influence nettement dans le nombre d'entrées dans le bureau par les médecins ou les agents. Ainsi, la cadre du service 3 avait nettement un rapport plus amical avec un des médecins qu'elle connaît depuis qu'elle est infirmière que les autres cadres qui elles semblaient être plus proches des agents et plus en conflictualité avec les médecins et surtout avec le médecin chef.

Lorsque le cadre ferme la porte de son bureau, très rarement donc, lors d'un rendu d'évaluation par exemple, lorsqu'il se trouve en entretien ou lorsqu'il désire vraiment le calme pour préparer un projet, un médecin ou un agent ouvre toujours la porte sans frapper et passe la tête pour vérifier que tout va bien dans le cas où le cadre n'aurait pas prévenu auparavant.

Bien que parfois indiqué « frapper avant d'entrer » sur la porte, aucun des professionnels du service n'exécute cette indication.

La cadre ferme la porte afin que nous ne soyons pas dérangées. Elle m'explique que de temps en temps, elle ferme sa porte lorsqu'elle est sur un projet ou sur quelque chose qui lui demande de la concentration pour ne pas être dérangée. Quelques minutes plus tard, une infirmière entrouvre la porte pour repartir immédiatement. « Vous voyez, ça leur paraît bizarre que la porte soit fermée, donc elle l'a ouverte pour vérifier que tout va bien ».

(Extrait d'observation lors d'un entretien)

Le cadre de santé évolue dans un espace physique composé de territoires de professionnels engagés dans des actions en cours. Le cadre peut ainsi faire irruption dans certains lieux et s'immiscer dans une action engagée par les autres professionnels. Le cadre de santé se déplace dans un espace physique qui est à l'hôpital toujours un espace social. La présence ou l'absence du cadre ont valeur de signes à interpréter pour les autres acteurs.

Après avoir étudié les relations du cadre de santé avec l'ensemble des individus passant dans son service, il nous faut faire un point plus précis sur les liens du cadre avec son équipe paramédicale appartenant au groupe dont il est issu et qu'il gère au quotidien.

3- Soigner son équipe

« *La place de la surveillante, qui encadre et organise le travail du personnel dans un service tout en régulant les rapports avec les patients et les médecins, n'est pas la plus aisée à assumer* » (Chevandier, 1997, p.46). Le cadre de santé doit s'assurer de l'efficacité du travail effectué par le personnel soignant tout en prenant garde à laisser assez de latitude à l'équipe. Comme le souligne Christian Chevandier, les soignants peuvent voir difficilement leur savoir-faire remis en cause par quelqu'un qui est parfois considéré comme ayant abandonné le métier. (*Ibidem*) « *Les cadres, parce qu'ils gèrent l'équipe et le temps, se trouvent en première ligne dans la gestion des situations psychologiquement tendues. Ils protègent les soignants d'un engagement trop fort avec le malade en fractionnant le temps et en multipliant les interventions effectuées par l'ensemble de l'équipe, bref en divisant le travail* » (Langlois, 2008, p.149).

Les cadres de santé sont attendus sur le champ des savoirs propres à la profession soignante. Les cadres voient constamment leurs savoirs convoqués et mis à l'épreuve par l'exercice quotidien. Il est attendu d'eux qu'ils fournissent une aide, un appui, un conseil, un soutien aux équipes dont ils ont la responsabilité. Leurs expériences d'anciens soignants restent capitales pour évaluer les besoins et contrôler les résultats. En revanche, il semble essentiel qu'ils ne soient plus dans les soins. Ils ne peuvent être à la fois dispensateurs et organisateurs des soins. Le management a pour principe la prise de recul, le regard distancié par rapport à l'action de soin afin de conduire les équipes soignantes et d'en assurer le contrôle.

De l'autonomie à la délégation

L'autonomie laissée aux équipes soignantes est une réelle évolution de la fonction de soignant, les valorisant dans leur professionnalité. L'autonomie du personnel est également un gage de sécurité pour le patient, comme nous le montre Kaori.

« Donc, petit à petit, elles ont pris de l'autonomie. Au début, elles étaient un petit peu perdues, parce qu'elle aussi [l'ancienne cadre], elle leur faisait une petite fiche : voilà, y'a ça à faire, y'a tel patient qui va là, tel patient qui va là, y'a telle chambre à faire, nana na nana na. Et moi quand je suis arrivée, je faisais pas cette feuille. Je leur ai dit : « mais attendez, la planification de votre travail c'est à vous de le faire. Vous assistez aux

transmissions, vous savez ce qu'il y a à faire, vous faites. C'est pas à moi de planifier. Imaginez que j'oublie quelque chose, ça veut dire qu'après vous vous allez faire que ce que j'écris et puis après on va avoir des répercussions sur le patient, donc non. On est là, on suit les transmissions, on écoute et puis on organise ensemble. » Et là, j'ai vu, elles se sont senties valorisées, puisque je les fais participer aux réunions de service, quelles présentent leur topos. » (Kaori, cadre de santé)

Si le cadre fait une erreur, un oubli, ou qu'il est tout simplement absent, l'autonomie du personnel est un gage de bonne continuité des soins. Néanmoins, la frontière peut être mince entre le fait de laisser les équipes se débrouiller toutes seules et l'avantage de les responsabiliser collectivement. C'est donc toujours au cadre de santé de responsabiliser son équipe, de les guider dans leur autonomie.

« Y'a des infirmières qui sont très habituées à l'angioplastie, donc une fois de temps en temps, quand je sais que dans le service c'est calme, en arrivant le matin je m'arrête en angioplastie, je vais voir comment elles vont et puis après je monte ici. J'ai donc les deux à gérer. Mais en bas, j'ai des filles assez anciennes, en gros elles me soumettent leurs problèmes. Je leur fais confiance, j'ai instauré des choses avec elles. Je leur fais confiance, elles me font confiance aussi, et je gère au fur et à mesure, les problèmes de commande qu'elles peuvent avoir. Si elles m'annoncent des choses bien spécifiques, bien technique, j'y connais pas grand-chose. Je connais en gros leur travail, mais je suis incapable de faire leur travail parce que c'est vraiment très technique, je suis incapable de le faire. Mais bon quand elles ont un souci, j'essaye de faire ce que je peux. Des fois y'a des soucis de personnel, de commande, de papiers, je fais ce que je peux pour elles, quoi. Elles ont pas mal d'autonomie mais elles doivent me rendre des comptes. » (Candice, cadre de santé)

L'autonomie valorise les agents en leur laissant plus de responsabilité. Cela leur permet également de s'intéresser à d'autres activités, c'est-à-dire de peu à peu s'intéresser au fonctionnement du service dans son ensemble, de mieux comprendre l'activité de leur supérieure la cadre de santé.

Nous allons voir dans l'extrait d'observation suivant le déroulement d'un staff, c'est-à-dire d'une réunion de service faisant le point sur l'état de chaque patient. Tous les médecins, les infirmières, les aides-soignantes et la cadre de santé y sont présents. Le déroulement d'un staff est un excellent révélateur de l'autonomie des agents.

Infirmière 1 : « 204 (n° de chambre). Monsieur B., on n'a pas réussi la prise de sang, nerveux, violent »
 Médecin 1 : « Il est sorti trop vite de pneumologie... »
 Infirmière 1 : « 205, Monsieur X »
 Médecin 1 : donne son diagnostic « agité quand je l'ai vu en ORL », le chef de service donne son avis
 Médecin 1 : « pour l'imagerie il faut qu'il soit sédaté », il fait un historique de ses antécédents de santé.
 On entend les cris d'un patient.
 Une aide-soignante dit à ses collègues en murmurant : « c'est monsieur B. ? »
 Chef de service : « Pas de crise d'épilepsie ? »
 Médecin 1 : « Non »
 Infirmière 1 : « Madame D. Très encombrée ce matin, plus que vendredi je trouve. » Donne la quantité de produit injecté.
 Médecin 2 : « C'est une dame hypertendue », il fait l'historique de sa situation familiale.
 Une infirmière entre et dit à une aide-soignante : « Mr B. est par terre », elles repartent immédiatement accompagnées d'une autre aide-soignante.
 Médecin 1 : « Madame T. Elle rentrerait chez elle dans la semaine »
 Cadre : « Il faut attendre au moins 48h après tel examen. »
 Infirmière 2 : « Vous avez fait la toilette les filles ? »
 Aide-soignante 1 : « Euh, oui »
 Infirmière 2 : « Elle avait du sang ? »
 Aide-soignante 1 : « C'était pas moi qui m'en occupais, je sais pas ».
 [...]
 Elève aide-soignante : « Madame W. », description
 Médecin 2 : « Elle peut bénéficier d'une rééducation externe »
 Elève aide-soignante : « Elle peut sortir quand ? »
 Médecin 2 : « Cette semaine, mais faut voir avec son mari avant »
 Un bip (l'alarme d'une chambre) sonne. Une aide-soignante sort ; puis, une autre : « Elles sont où les filles là ? »
 Elève aide-soignante continue avec la patiente suivante.
 (Extrait d'observation, Service 1)

Cet extrait illustre très bien l'indépendance et l'autonomie des infirmières et des aides-soignantes. Elles prennent la parole, mènent le staff et savent également intervenir dès que le patient a besoin d'aide sans qu'aucun de leur hiérarchique (médecin et cadre) n'ait à le leur proposer.

Mais un effet pervers de cette autonomie qui est pourtant un gage de sécurité est l'augmentation des actes de traçabilité. Ces actes prennent la forme de procédures administratives, de procédures écrites.

« Avant on nous disait d'écrire ce qu'on faisait, mais on écrivait comme on voulait. Alors que maintenant on nous demande des preuves de tout ce qu'on fait. Donc on est obligé de demander des preuves aux infirmières de

tout ce qu'elles font. Et c'est pas dans notre mentalité de tout écrire. On est beaucoup dans l'orale. Et on a du mal à tout écrire ce qu'on fait. Ça nous paraît tellement évident que... Un truc tout bête, on n'a pas à laisser le patient sans manger, au moins insister pour lui donner à manger, que ça nous paraît bête d'écrire ça. Qu'il a été lavé, c'est évident ; donc écrire qu'il a été lavé, ça nous paraît aberrant. Et pour tout c'est comme ça, on nous demande de plus en plus d'écrire. » (Carole, faisant fonction cadre de santé)

L'augmentation de l'écriture et des procédures administratives a pris une place importante dans les actes quotidiens des personnels soignants. Cette place prise par la traçabilité se fait selon les soignants au détriment de leur rôle relationnel auprès du patient.

« Et puis elles s'occupent du soin, et après tout le côté administratif, bein ça, ça les dépasse. Ça c'est le problème de la surveillante entre guillemets. Aujourd'hui, non, ce n'est pas que mon problème. Je leur dis : « bein non, c'est pas que mon problème, c'est aussi le votre parce que le jour où je ne suis pas là, il faut bien que vous sachiez faire. [...] Finalement, le côté administratif, ça ne les passionne pas parce qu'on ne leur enseigne pas ça à l'école. On ne leur montre pas, on ne leur dit pas. Donc pour elles, infirmières, ça se cantonne aux soins. Mais c'est logique parce qu'on leur montre pas à l'école. Il faut bien un an, pour qu'elles prennent conscience de ça. » (Candice, cadre de santé)

L'augmentation des procédures administratives concerne toute la hiérarchie soignante jusqu'au personnel au plus près des patients. Cet aspect bien présent est pourtant oublié dans les enseignements des IFSI, d'où ensuite une incompréhension et un rejet de cette multitude d'écriture dans les services.

Les soignants sont dans l'obligation de devoir toujours plus rendre compte du travail effectué et des procédures avec des services extérieurs, ceci dans un souci de traçabilité et de droit du patient. « *Les infirmières sont par ailleurs de plus en plus sollicitées pour participer à différents groupes de travail traitant de problèmes infirmiers ou institutionnels* » (Acker, 2004, p.3), que ce soit au sein d'un établissement ou en milieu extérieur. Les infirmières investissent les projets d'établissement mais également les réseaux extérieurs traitant de leur profession. Leurs participations à des forums ou à des colloques divers sont massives.

Françoise Acker souligne que ces reconfigurations (élargissement des compétences du à la délégation des tâches, rationalité hospitalière) entraîne une intensification du travail infirmier et de sa charge mentale et cognitive. Les soignants doivent hiérarchiser les urgences, travailler toujours plus rapidement et consacrer moins de temps à chaque patient. Ils sont contraints de maîtriser de nouvelles compétences que sont l'analyse rapide des besoins et les demandes des patients, mises en rapport avec la gestion des priorités. La mémorisation des patients, de leurs

pathologies et de leurs posologies médicamenteuses, ainsi que l'évitement des confusions sont essentielles. (*Ibid.*, p.4)

Pour que l'ensemble des soignants soit informé de l'état du malade et des actions à mener auprès de lui, il est nécessaire d'écrire et de diffuser l'information de telle manière que tous ceux qui ont à la connaître ne puissent l'ignorer.

« *A l'occasion d'une étude réalisée dans un service hospitalier, nous avons constaté que l'infirmière écrivait sur trente-neuf documents différents [...]. C'est le nombre des informations, écrites ou transcrites par l'infirmière sur ses divers documents, qui montre à quel point cette activité occupe son temps* » (Montesinos, 1973, p.89-90).

« *Seule est vraiment utilisable une information qui laisse une trace contrôlable. Cela ne veut pas dire que l'information orale soit sans intérêt* » (*Ibidem*). Néanmoins, on limite le travail administratif de l'infirmière à l'ensemble des informations écrites alors que les informations émises, transmises et reçues en font autant partie. Aussi indispensable que soit l'information écrite, elle s'accompagne souvent d'une passation orale qui explicite, commente, justifie et permet de vérifier le niveau de compréhension et d'acceptation du destinataire, c'est-à-dire de celui qui va transformer l'information en action. (*Ibid.*, p.99) L'infirmière crée et émet des informations ; elle reçoit des informations orales qu'elle transforme en informations écrites ; elle reçoit, traduit, transmet et utilise des informations écrites. (*Ibid.*, p.90)

Les soignants dénoncent ainsi le poids des procédures administratives, une généralisation des tâches inhérentes à la gestion qui pèsent sur les délais et la charge de travail. (Sainsaulieu, 2003, p.52) Les procédures écrites semblent perçues négativement par les soignants. C'est en premier l'impression de perdre du temps qui domine. Le temps que les infirmières ont gagné grâce aux évolutions technologiques, elles ont l'impression de le perdre en écriture. Il y a derrière cette procédure d'écriture une sensation de justification, de devoir prouver quelque chose.

« *Cela entraîne un travail supplémentaire : travail d'écriture, de traçabilité, ainsi que des tensions liées à la coexistence de références différentes. [...] La démarche d'accréditation mobilise les infirmières comme les autres professionnels, et conduit à une formalisation accrue de leur activité. Toutes ces tâches apparaissent dans un contexte de montée en charge du travail des personnels des équipes de soin. [...] Les flux de patients sont de plus en plus tendus, alors que les horaires des soignants sont redéfinis en fonction des politiques de*

réduction du temps de travail et que l'organisation du travail est en reconfiguration » (Acker, 2003, p.303).

La rationalité économique hospitalière, en particulier le raccourcissement de la durée de séjour du patient, a reconfiguré les espaces et les services. Elle implique une activité grandissante de gestion à tous les niveaux de la hiérarchie paramédicale. Les cadres de santé assurent avant tout les activités de management et de gestion⁹⁴ et délèguent certaines "gestions fonctionnelles", pour reprendre l'expression de Françoise Acker (Acker, 2004, p.3), à certaines infirmières "principales". Les cadres de santé laissent aux infirmières dites "référentes" ou plus anciennes dans le service donc dotées d'une forte expérience, les tâches de gestion ayant trait au soin et à leur qualité.

La délégation des tâches consiste surtout pour ces infirmières à encadrer des stagiaires, gérer du matériel, élaborer des protocoles de soins infirmiers et parfois gérer le planning.

« Souvent, on est contraint à aller sur le tas et essayer de voir pourquoi il ne fonctionne pas, des problèmes de matériel, beaucoup de problèmes de matériel, parce que c'est une spécialité très technique⁹⁵. Ou encore les médicaments, les commandes, parce que si on sait pas ce qu'on commande, j'ai du mal. C'est vrai qu'on peut faire faire par quelqu'un d'autre. Mais faire faire par quelqu'un d'autre, ça nécessite quand même qu'il y ait un contrôle. Donc, si on contrôle, c'est qu'au fond on sait un peu. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Marie-Thérèse nous explique ainsi que le cadre de santé doit fréquemment intervenir dans les problèmes divers du service : problèmes techniques, de machine etc. Il est de son ressort de connaître toutes les spécificités de son service. Il est le responsable. Néanmoins, les infirmières et les aides-soignantes connaissent souvent aussi bien le fonctionnement de l'intendance de leur service, si ce n'est parfois mieux lorsqu'elles sont plus anciennes que le cadre de santé. Ainsi, pour tout ce qui touche à l'intendance du service : commandes, vérification des stocks, panne de machine..., les cadres de santé ont la possibilité de déléguer ces tâches à leur équipe afin de se libérer du temps.

Mais comme le souligne Marie-Thérèse plus haut, le cadre doit garder une surveillance sur ce travail délégué. Le cadre de santé se doit de veiller à la tâche déléguée correctement accomplie, il en va au final toujours de la sécurité du personnel et surtout des patients. Selon Bernadette Duarte, la délégation *« n'est pas faire faire par un autre ce que l'on ne souhaite pas réaliser soi-même. La délégation repose sur un système de bouclage méticuleux*

⁹⁴ Activités que nous analyserons en détail au chapitre 6.

⁹⁵ Service de réanimation

comprenant une régulation, une évaluation, voire un contrôle. La personne qui a reçu délégation doit assurer un retour d'informations sur l'atteinte des objectifs et/ou sur tout autre point qui aurait été convenu entre les deux acteurs concernés » (Duart, 2006).

Everett Hughes, en 1951 se posait déjà la question de la délégation des tâches et du transfert de compétences. Il préconisait d'étudier le travail infirmier en se posant la question suivante : « *Pourquoi telle tâche est accomplie par l'infirmière plutôt que par quelqu'un d'autre, ou par quelqu'un d'autre plutôt que par l'infirmière ?* » (Hughes, 1996) Cette question interroge sur les limites des rôles des professionnels de la santé. Everett Hughes s'interroge alors sur le type de tâches assumées par les uns plutôt que par les autres ainsi que sur le type de tâches qui seront déléguées à d'autres professionnels. Selon Hughes, l'arrivée de nouvelles technologies est susceptible de modifier le "faisceau de tâches" caractéristique du travail de l'infirmière. De plus, lorsqu'une profession était amenée à déléguer des tâches, c'était souvent des tâches que celle-ci jugeait accessoires ou serviles. Ces tâches font partie du sale boulot ou dirty work, c'est-à-dire que ce sont des tâches qui se situent en bas de l'échelle des valeurs sociales parmi toutes les tâches à accomplir dans un métier donné, qui sont jugées serviles, fastidieuses voire dégradantes et ne procurent aucun prestige social, exposant ceux qui les réalisent au mépris des autres. « *Tout métier comporte sa part de « sale boulot » que l'on cherche en règle générale à déléguer à plus subalterne que soi. Corvées harassantes, travail répétitif, tâches pénibles moralement, comme celles qui impliquent de contraindre un autre en limitant sa liberté, contacts physiques répugnants, relations avec des humains « extra-ordinaires », car jugés inquiétants, déviants, hors normes... de tout cela, on cherche si possible à se débarrasser et à n'en rien savoir* » (Catanas, 2008b).

Cette notion de "travail sale" interroge donc la question des catégories socioprofessionnelles à l'hôpital.⁹⁶ Selon Jean Peneff, « *le contact avec la saleté est un critère essentiel pour évaluer la position hiérarchique et les différences de statut. [...] Le degré de souillure auquel on est exposé dépend exactement de la position hiérarchique : docteurs qui sont relativement protégés, infirmières qui sont concernées mais délèguent aux aides-soignantes, lesquels à leur tour tendent à abandonner ces tâches aux agents de service...* » (Peneff, 1992, p.59-60)

⁹⁶ Anne-Marie Arborio a repris cette notion de sale boulot en France en s'intéressant de près au travail des aides-soignants dans les hôpitaux. Dans sa thèse, (Arborio, 2001), elle reprend l'exemple de la température qu'avait déjà expliqué Hughes en son temps. En effet, selon Hughes, le développement constant des technologies médicales ne pouvait qu'accentuer le phénomène de « glissement de tâches ». Le thermomètre, instrument considéré comme sacré par la médecine au début du XX^{ème} siècle, a par la suite été délégué aux infirmières puis aujourd'hui aux aides-soignantes.

Après la Seconde Guerre mondiale, la pénurie d'infirmière a accéléré le transfert des soins de base à une catégorie d'auxiliaires attachées à des fonctions hôtelières. La catégorie d'aide-soignante dispute aux infirmières non seulement les soins de base mais également le côté relationnel des soins infirmiers. « Car, depuis longtemps, l'infirmière se définit de façon analogue à l'égard du médecin, lui donnant la maladie et se réservant le malade. [...] La hiérarchie formelle entre infirmières et aides-soignantes atteste l'importance du technique dans la définition professionnelle des infirmières. Si le relationnel joue un rôle décisif dans la définition de l'idéal infirmier, les deux dimensions qui véritablement structurent la profession infirmière à l'hôpital sont l'encadrement et la hiérarchie technique » (Aïach, Fassin, 1994, p.244).

« Les frontières entre infirmières et aides-soignantes se négocient de fait dans chaque service. Au-delà des repositionnements réglementaires, les coopérations et partages de tâches se négocient en fonction des spécificités des services, des besoins particuliers des patients, des types de traitements, de l'expérience et des savoirs maîtrisés par les aides-soignantes en place » (Acker, *op.cit.*, p.3).

« Disons que les aides-soignantes sont en train de piquer notre rôle propre. Pour l'instant elles ont pas de décret. Le jour où elles auront leur décret, nous, on n'aura plus notre rôle propre. On travaillera plus que sur prescription médicale. On va perdre plein de choses. Ça va être dommage, mais la mentalité de maintenant fait que ça ne les intéresse pas et dans quelques années, dans 15 ans, 20 ans, et bien elles vont se rendre compte qu'elles ont été spoliées d'un rôle qui est quand même important, qui est d'être auprès des patients. Et ce sera dommage. » (Sabine, cadre de santé)

Cette cadre de santé met à jour la délégation des tâches qui s'effectue entre les infirmières et les aides-soignantes. Le rôle propre dont elle parle concerne le rôle relationnel que les aides-soignantes effectuent de plus en plus. Néanmoins, on ne peut pas dire que la catégorie des aides-soignantes vole le rôle propre des infirmières, il y a aussi pour beaucoup une part de délégation des infirmières envers les aides-soignantes. L'aspect prestigieux de la technique combiné au manque de temps de réalisation des tâches (du à la pénurie en personnel), la catégorie des infirmières ne peut plus ou ne veut plus autant effectuer leur tâche relationnelle. Cette tâche est alors appropriée par les aides-soignantes qui y trouvent un moyen d'élévation professionnelle.

A cela s'ajoute le fait que la délégation des tâches se transpose de plus en plus sur les patients. Ils sont incités à se préparer aux interventions, à gérer leurs symptômes, à articuler les différents établissements dans lesquels ils consultent ou passent des examens.

Du fait de leur charge de travail, les cadres de santé sont dans l'obligation de déléguer également un peu de travail sur les agents. Pourtant, elles essaient au maximum de ne pas les surcharger. La règle veut qu'un agent ne puisse être affecté, en principe, sur un emploi de qualification inférieure (sauf procédure exceptionnelle de « reclassement » professionnel pour raison de santé). Cependant, la continuité du service public au quotidien peut conduire un agent à occuper ponctuellement un poste de travail de qualification inférieure : il s'agit par exemple d'un cadre infirmier contraint à occuper un poste d'infirmier sur une journée en raison d'un absentéisme soudain et important n'ayant pu donner lieu à procédure de remplacement par les agents dits de « pool de remplacement ». Cette situation est prévue au sein de l'article 99 de la loi du 9 janvier 1986 : « *en cas d'empêchement du fonctionnaire chargé d'un travail et en cas d'urgence, aucun autre fonctionnaire n'ayant reçu l'ordre d'exécuter ce travail ne peut s'y soustraire pour le motif que celui-ci n'entre pas dans sa spécialité ou n'est pas en rapport avec ses attributions et son grade* ». Cette disposition est une mesure de sauvegarde pour la continuité du service public hospitalier. Elle permet au gestionnaire d'user de la notion d'urgence et de continuité du service public pour garantir la sécurité du patient en milieu hospitalier. Il s'agit bien sûr de ne pas en abuser, une telle décision devant être motivée et ne pas faire grief à l'agent en devenant une affectation permanente.⁹⁷

Plutôt que de déléguer, la plupart des cadres préfèrent autonomiser leur équipe. Ainsi, plusieurs utilisent le système d'infirmière référente, c'est-à-dire qu'une infirmière parfois accompagnée d'une aide-soignante devient référente en hygiène ou en formation par exemple. C'est à elle de se documenter et de se mettre au point là-dessus et c'est vers elle que le service doit se tourner lors de questions ou de problèmes correspondant à ces sujets là.

Etre référente peut se faire en binôme infirmière - aide-soignante. De même, un agent peut être référent sur plusieurs points à la fois et peut choisir d'en changer lorsqu'il le souhaite.

⁹⁷ *L'organisation statutaire des effectifs hospitaliers en emplois, Grades, corps et catégories* (2008)

Avec l'accord de l'agent, le cadre de santé nomme des personnels "référents" de grands axes de soins, ce qui est d'ailleurs un bon moyen dans le transfert des acquis auprès de l'équipe.

Les référents sont des personnes auxquelles on peut se rapporter pour avoir des renseignements, c'est aussi quelqu'un qui fournit des références.

« C'est ce que j'appelle les référents. On travaille ensemble pour améliorer, pour apporter des améliorations dans le fonctionnement du service. Donc actuellement je travaille pas mal sur le référent hygiène pour essayer d'assumer une hygiène parfaite au niveau du service, à partir soit d'audit qui a été fait sur l'établissement ou à partir de certains prélèvements qui ont été faits ; et avec le référent douleur, pour la prise en charge de la douleur. Donc, hier, on a encore fait une réunion de service, avec les chefs de service. Suite à un travail qui a été fait sur le pôle sur l'évaluation de la prise en charge de la douleur, on avait pris 5 dossiers de chaque service de 2007, voir un petit peu comment cette douleur était évaluée. Il se trouve qu'on avait des résultats pas très satisfaisants, on avait une traçabilité insuffisante de la prise en charge de la douleur. Donc, j'avais demandé à la référente douleur de justement nous faire un bilan du service par rapport à la prise en charge de la douleur, voilà donc qu'est-ce qui est fait depuis l'ouverture du service jusqu'à aujourd'hui, quel est le matériel utilisé, quels sont nos manques, quels sont nos points forts. Donc on a fait un point là-dessus. »
(Kaori, cadre de santé)

Un agent référent a donc en plus de son travail quotidien, une véritable activité qui se rajoute en matière de recherche, de transmission de l'information, de contact aussi avec des réseaux internes ou externes à l'établissement. C'est aussi une forme de valorisation d'une expertise infirmière.

Avoir des référents permet au service de s'autonomiser, en particulier lors de l'absence du cadre de santé. Tout est fonction de l'organisation que le cadre de santé met au point autour de ces référents, et nous le voyons par les extraits d'entretien de Kaori. L'expertise de l'infirmière, son autonomie est fonction de la marge que lui laisse le cadre de santé.

« Après, chaque référent, je les ai vues, je leur ai demandé si elles voulaient être référents de telle chose. Ça veut dire qu'elles avaient une mission. Donc je leur avais donné les missions que j'attendais d'elles, les résultats aussi que j'attendais du référent et que j'avais à les solliciter, qu'ils s'étonnent pas qu'un jour je vienne les solliciter pour un travail par rapport au service, tout ça. On s'est vu en entretien avant, on a bien clarifié les choses et je lui ai bien expliqué que sa place au niveau du service sera reconnue et qu'elle avait une fonction et que quand elle parlait, les gens devaient prendre en compte ce qu'elle disait, qu'elle était référente et que c'était elle qui connaissait les dernières nouvelles etc. Donc une fois qu'on avait déterminé les choses, par exemple pour le référent étudiant : « Tu es référente des étudiants, c'est toi qui doit encadrer tous les étudiants, ça ne veut pas dire ça. » Donc j'ai recadré les choses,

j'ai dit : « Il ne faut pas que les gens comprennent que référente des étudiants, c'est toi qui encadre. Tu es là pour réfléchir sur les projets du service, comment on peut faire pour améliorer notre encadrement des étudiants. Si les étudiants veulent te poser des questions, ils peuvent venir te voir, mais tout le monde encadre les étudiants. » Voilà, donc on a reprécisé les choses en réunion de service, le chef de service est au courant, voilà. »
(Kaori, cadre de santé)

C'est toujours du cadre de santé que relève la responsabilité de ses référents. Le cadre se doit de clarifier les tâches et missions du référent, avec lui mais aussi avec le reste du service. Et c'est également au cadre de santé de veiller à ce que cette mission ne déborde pas ou qu'elle soit bien tenue. Malgré l'autonomie laissée aux agents, il ne faut pas oublier que le rôle du cadre est tout de même de contrôler l'activité des soignants. Ce contrôle se fait à chaque instant, en entendant les bruits dans le couloir, les conversations des agents entre eux, en observant à chaque déplacement l'activité des agents.

Salle des soins. La cadre dit une AS qui est assise, à ne rien faire : « Vous faites les désinfections. Allez, vous allez pas laisser les cinq désinfections à celle de l'après-midi » Une IDE se lave les mains. La cadre lui dit : « Vous êtes là demain, hein ? », elle insiste bien et la rappelle à l'ordre sur ses absences.

Elle m'explique que souvent elle suit les transmissions de 14h entre les deux équipes, mais qu'aujourd'hui il n'y a rien d'important et que donc ce n'est pas grave si elle n'y assiste pas.

Elle prévient une élève qu'elle la suit mardi prochain à l'IFSI.

Salle de soins. Une IDE prévient qu'un nouveau patient arrive. La transmission se déroule en trois sous-groupes (correspondant aux trois secteurs du service). La cadre écoute et se permet d'intervenir : « Vous avez marqué ça sur les transmissions !? » - « Oui, oui. » Elle fait le tour de chaque groupe.

(Extrait d'observation, service 4)

Ce contrôle est d'ailleurs d'autant plus nécessaire que l'équipe est composée de nombreuses jeunes infirmières, n'ayant pas encore assez d'expérience du fonctionnement du service.

« Solidarité professionnelle »

Avec une connaissance et une compréhension communes des situations professionnelles du soin, les cadres entretiennent une « solidarité professionnelle » pour reprendre l'expression de Geneviève Picot, vis à vis de son équipe soignante. La proximité, l'affection ou la solidarité du cadre de santé deviennent des soins à part entière. « *Le modèle*

relationnel qui correspond au rapport soignant-soigné est donc utilisé aussi par les cadres avec les infirmières. [...] Le rapprochement des cadres de leurs équipes peut donc s'interpréter de plusieurs façons : cette pratique s'inscrit dans l'application de nouvelles méthodes de management mais correspond à des pratiques relationnelles connues des cadres, celles du "travail de care" ; cela signifie aussi que la cadre se choisit un camp plutôt que de rester au milieu d'une situation où elle est tiraillée entre la direction et les soignantes » (Picot, 2008, p.100). Le prendre soin ayant une place particulière dans le rôle propre infirmier, il est gardé par les cadres de santé mais transféré sur leurs équipes (Sebbane, 2007), comme le souligne le discours de cette cadre de santé.

« Il faut faire le "deuil des soins" en s'orientant vers la fonction cadre. Mais il y a toujours le contact avec les patients et la famille, l'empathie est orientée vers les familles et les équipes » (Maeva, cadre de santé)

L'empathie que l'infirmière développe envers les patients est dès lors détournée par le cadre vers son équipe et les familles de patients.

Le cadre infirmier peut occasionnellement aider le personnel de soins, mais le travail de deuil des soins au patient s'avère nécessaire. Pour certains, le deuil des soins s'avère une réalité car un cadre n'est plus censé faire de soins, mise à part lorsque l'on manque de personnel ou lorsque ce dernier, un peu trop jeune encore, a besoin d'une main experte.

Ne plus faire de gestes techniques n'est pas perçu par ces cadres ou futurs cadres comme une perte ou comme une contrainte, un élément négatif lié à leur évolution de carrière. Au contraire, ils construisent d'autres outils, d'autres savoirs qui leur permettent de soigner les patients indirectement, mais peut être encore plus efficacement que lorsqu'ils étaient en contact direct avec eux.

« Tu deviens cadre de santé, y'a quand même "santé" dedans. [...] Pour moi, cadre, c'est vraiment un amont, une vision plus haute, mais plus haute dans son sens organisationnel du terme. [...] Le deuil des soins ! C'est encore la grande question. Est-ce qu'il y a vraiment un deuil à faire ? Ouais, je vais plus poser de perf [perfusion], je vais plus être aussi près des patients huit heures par jour. Mais, moi, je serai toujours auprès des patients, toujours, ma motivation reste la même ! Ma motivation d'infirmière, elle est la même que ma motivation de cadre de santé. Et ma reconnaissance, je la trouverai toujours au même endroit : auprès des patients, avec des interfaces supplémentaires. [...] Parce que là, globalement, j'ai trois patients en charge, donc je ne prends en charge que trois patients. Mais si en tant que formateur, j'arrive à former des infirmières compétentes, qui vont chacune prendre trois patients en charge, au final, ça fait beaucoup plus de patients pris en charge. Tout ça, c'est une question de légitimité. Si tu te sens plus

infirmière, tu te sens plus légitime en cadre de santé. » (Violette, étudiante IFCS)

La valeur du soin reste identique dans le passage d'infirmier à cadre de santé. Dans ces circonstances tous expriment cette idée qu'il n'y a pas vraiment de deuil du soin à faire, car soigner fait toujours partie de leur fonction. Le seul deuil à effectuer est celui de leur ancienne fonction afin de se positionner en gestionnaire d'un service.

Les cadres de santé sont censés ne plus faire de soin, c'est-à-dire ne plus toucher au patient, ne plus faire de geste technique. Le soin est exclu de leur rôle de cadre. Le cadre doit gérer le service et les équipes afin que les soins soient réalisés au mieux. Néanmoins, la pénurie de personnel ou l'absence d'"anciennes" infirmières dans le service oblige le cadre à devoir intervenir. Sinon, c'est l'état de santé du patient qui est en jeu.

« Donc ça peut être, soit y'a les gros rushes et je peux faire la petite main infirmière quand il y a besoin pour fluidifier un peu tout ça. »

« Donc en fait, quand je me retrouve avec deux jeunes diplômés et qu'il y a un flux de malades, parce que nous on peut faire par exemple jusqu'à 11 entrées le même jour. Donc en gestion de flux, si je ne les aide pas, c'est pas possible. Ou alors quand elles sont en difficulté sur un acte technique pur, bon voilà, je les aide. C'est dans ce sens là, mais sinon, objectivement, j'aurai pas besoin d'aller faire les soins, quand t'as une équipe qui tourne... » (Céline, cadre de santé)

Le cadre doit parfois aider les jeunes infirmières, en l'absence d'anciennes, à effectuer un geste technique. De même, pour la cohésion de l'équipe du service, mettre la main à la pâte permet au cadre de ne pas s'isoler de son équipe. Aider un patient lorsqu'on est cadre, c'est aussi légitimer sa connaissance de soignant, et son rôle de contrôle de cadre de santé.

« Entre guillemets, ça fait pas partie de mon métier, mais en même temps, je trouve que c'est important de le faire. Je passe à côté d'une chambre, y'a une sonnette qui sonne, bein j'y répons. Bon alors des fois c'est pour un verre d'eau, des fois c'est pour un bassin, des fois c'est pour une futilité, je le fais. Je pense que c'est comme ça qu'on arrive à avoir une cohésion.

En même temps quand on est cadre de santé, on n'est plus là pour faire des soins. Ça je suis d'accord. Moi, je suis là pour faire tourner une équipe, pour faire en sorte que l'équipe travaille dans de bonnes conditions, avec le matériel, avec les conditions de travail optimales. » (Candice, cadre de santé)

Par contre, dans les services très machinisés où la technique est en constante évolution, participer aux soins est impossible pour le cadre. C'est surtout le cas dans les services de laboratoires ou médico-technique.

« Non, du tout, du tout, du tout. Et ça on nous en a un peu mis en garde à l'école de faire attention qu'on nous remette pas un peu de technique. Et non, non, on a essayé de couper complètement. Alors par contre on perd extrêmement vite, parce que ça évolue très vite. Y'a des choses, je serai incapable de... De toute façon les techniques ont changé donc je ne les connais même pas et y'a des choses que je ne pourrai plus faire. Mais on perd la technique à une vitesse folle. » (Marina, cadre supérieur de santé)

Néanmoins, tous les cadres se rendent compte que leur rôle est désormais ailleurs que dans l'acte pur de soin, et surtout de la perte de connaissances techniques qui évoluent très vite dans le milieu de la santé.

Parce que le nouveau rôle du cadre de santé ne se distingue plus dans les soins auprès des patients, il devient invisible et méconnu par la plupart des soignants et de l'ensemble du personnel du service.

4- Un travail invisible et rarement reconnu

Le travail quotidien du cadre que nous étudierons plus en détail au chapitre suivant, se compose d'actes, difficilement repérables par les autres professionnels. Quotidiennement, le cadre de santé cherche des lits et des personnes pour effectuer le travail, doit faire fonctionner le service malgré la pénurie de personnel, amortit au cas par cas les aléas de la programmation des malades, coordonne les ressources matérielles, répare les problèmes d'organisation et intervient dès que les processus échouent. Le cadre de santé amortit, compense et rattrape les problèmes inhérents au service. Et ces actes ne laissent pas forcément de traces écrites.

Bercés par la notion soignante de care depuis leur entrée dans la profession, les cadres de santé gardent ce souci de rendre service à tout le monde pour le bon maintien de la cohésion du collectif et du travail de qualité. Trop souvent, les cadres ne s'autorisent pas à dire non, pour le bien de l'équipe et des patients.

Il est mal vu qu'un cadre s'enferme dans son bureau pour réfléchir aux procédures à mettre en place, pour anticiper les situations dans un souci d'amélioration de l'organisation, comme la répartition des tâches par exemple. Le cadre a peu de temps à consacrer à construire et à déployer des stratégies de démarche qualité. Ce temps trop court accordé à la réflexion leur procure l'impression de n'avoir rien fait de suivi.

« Les cadres sont placés d'emblée du côté des écrits, synonymes, comme dans toutes les professions soignantes, de tracasseries et de paperasseries administratives jugées souvent inutiles et pesantes car grevant le temps consacré aux soins. De plus, même si les cadres libèrent les infirmières d'une partie de ces corvées, les écrits restent assimilés à un travail théorique, inadapté à l'organisation quotidienne du travail, voire opposé à l'essence même de la profession » (Vega, 2008, p.167).

Anne Vega souligne dans son étude que les cadres de santé s'enferment parfois dans des logiques de professionnalisation à long terme, confortant ainsi leur image souvent négative de cadres trop présents dans les bureaux et aux côtés des médecins. Les cadres sont associés à des logiques administratives et médicales éloignées des savoirs infirmiers. *« Leur fréquente absence physique aux côtés des infirmières devient alors au quotidien l'ultime argument en leur défaveur, surtout lorsqu'elle entraîne un surcroît de travail » (Vega, 2000, p.84).*

La fonction d'intermédiaire des cadres de santé entre les différentes équipes : soignante, médicale et administrative, se traduit par une organisation particulièrement parcellisée de leur travail donnant l'impression de passage en coup de vent ou d'absence.

Les cadres de santé jouent un rôle central mais aussi invisible dans l'organisation hospitalière. Le temps qu'ils consacrent à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail « *ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique* » (Singly, 2009, p.28). Faire une piqure, une toilette ou effectuer une opération, cela se voit. En revanche, s'entretenir avec une infirmière pour essayer de comprendre ce qui s'est passé durant la nuit, téléphoner à une autre pour lui demander de venir en urgence, prendre le café avec l'équipe du matin pour discuter de « *tout et de rien* » pour maintenir le dialogue, ou recueillir toutes les informations nécessaires au sujet du cas particulièrement compliqué d'un patient, ceci ne se voit guère et n'est que peu quantifiable.

Les procédures de plus en plus nombreuses à l'hôpital donnent plus de travail aux cadres, d'autant plus que les procédures sont multiples. Les cadres passent finalement leur temps à "rattraper" (Mispelblom Beyer, 2006) les effets et les insuffisances des procédures. Les procédures, pourtant créées pour que tout soit prévu, traçable et contrôlable, elles donnent un surplus de travail, invisible, aux cadres. (Singly, *op.cit.*, p.32)

La définition du contenu concret de l'activité de cadre est selon les cadres de santé eux-mêmes, compliquée à définir. Les interviewés évoquent pêle-mêle la gestion du planning, des lits, des entrées et des sorties, les différentes réunions etc.

« Alors, en quoi consiste mon travail... Oh la, la, c'est compliqué, hein. Alors en fait, on fait tout, on fait un petit peu de tout, ça se voit pas trop mais on travaille beaucoup. » (Kaori, cadre de santé)

Leur activité de réunion est très critiquée par les équipes allant jusqu'à l'expression de "réunionnite". Ces critiques sont issues de l'estimation selon laquelle se réunir, discuter et échanger ne constituent pas vraiment du travail, en particulier chez les soignants qui restent dans l'action, dans le geste de soin.

Toute la difficulté des cadres est la distinction de l'activité d'encadrement par rapport au métier d'origine. A cela s'ajoute leur culture soignante toujours présente portée par l'image de dévouement, voire de bénévolat. (*Ibid.*, p.30)

Les journées des cadres de santé sont si remplies qu'ils trouvent le temps de déjeuner quand ils peuvent, voire sur le pouce, debout, en cinq minutes. Ils leur arrivent aussi de ne pouvoir se rendre aux toilettes qu'en fin de journée.

« Ça prend beaucoup aussi. On est épuisé. J'ai passé des journées sans avoir bu un verre d'eau, sans que je sois allée aux toilettes, et sans que j'ai mangé, sans m'en rendre compte. Donc de 7h du matin jusqu'à 4h de l'après-midi, sans m'en rendre compte. Effectivement, on est très happé. »
(Léonie, cadre de santé formatrice IFSI)

Au cours de mes observations, deux profils de cadres se sont distingués : les premiers qui régulièrement prennent une pause déjeuner d'une heure avec un collègue et qui partent le soir dès lors que les tâches journalières ont été effectuées ; les seconds qui se laissent totalement happer par le service, par les demandes des différents professionnels, qui déjeunent trop rapidement ou pas du tout et qui n'osent pas quitter le service avant 18h, *« des fois que quelque chose leur tomberait dessus »* ou que leur cadre supérieur tente de les joindre.

Concernant la pause déjeuner, elle a lieu pour la plupart à l'office avec les agents ou pas selon l'heure ou avec un collègue à la cafétéria. Mais cette dernière solution est peu courante, car les cadres doivent se changer pour aller déjeuner en dehors du service.

Déjeuner avec les agents permet au cadre de créer du lien, d'entendre les conversations, les problèmes des agents, mais cela ne permet pas non plus au cadre de prendre une vraie pause d'une demi-heure puisque toujours en discussion avec l'équipe, généralement sur le fonctionnement du service.

Commençant généralement le matin entre 9h et 9h30, les cadres ne repartent que très rarement avant 18h. Les cadres n'ont pas d'horaire, bien que tout de même indirectement surveillées par la cadre supérieure qui les appelle encore souvent après 18h et qui sont étonnés de ne plus les trouver dans le service, comme cela a pu être observé.

Quittant souvent le service vers 20h, les cadres emmènent aussi du travail chez eux, en particulier le week-end. Les cadres profitent alors du calme pour gérer des plannings, se concentrer enfin sur un projet de service, calculer des horaires de travail etc.

Le travail emmené chez soi est inévitable dans le métier de cadre de santé. D'une part, dans le service, leur journée passe en n'ayant traité que l'urgence. Les cadres n'ont pas le temps de traiter des projets de service ou d'établissement. D'autre part, ils travaillent plus calmement chez eux que dans le service. Même en fermant la porte de leur bureau, les cadres sont sans

cesse dérangés par l'équipe, les médecins qui vont et viennent chercher des documents dans le bureau ou pour traiter d'un problème avec le cadre.

« Donc c'est pour ça que des fois, le fond, j'essaye d'y travailler l'après-midi, mais des fois je suis obligée de travailler chez moi parce que c'est là où je suis pas dérangée. » (Céline, cadre de santé)

De même, pour être plus disponible pour les patients, leur famille et pour les équipes, beaucoup de cadres traitent les tâches gestionnaires chez eux. Libérer leur temps de travail des charges gestionnaires pour gérer l'urgence du service au quotidien est parfois nécessaire pour la qualité des soins dispensés dans le service, pour assurer le contrôle et la présence auprès des patients.

« Et je compte plus le nombre d'heures que j'ai passées à la maison à bosser pour être disponible quand j'arrivais dans le service. Notre travail, normalement, on le fait sur notre temps de travail, ok, moi je le faisais à la maison. Je me suis vu passer un week-end entier, un week-end entier, à travailler, pour être disponible quand j'arrivais dans le service puisque nous avons un manque cruel d'effectif en psychiatrie. Moi, pour palier à ce manque d'effectif, dans ma tête, je me devais d'être disponible pour les familles. » (Constant, cadre de santé)

Outre le travail emmené à la maison, c'est également l'hôpital qui s'invite chez les cadres. Un cadre ne peut jamais totalement se couper de son service. Il est de sa responsabilité que le service tourne avec qualité aussi en son absence.

« Oui, ils m'appellent souvent. Bon, ça me gêne pas, si ça peut aider. Si je peux résoudre certaines pannes, certains problèmes. Des fois aussi ils m'appellent : untel absent, qu'est-ce qu'on fait ? Le personnel est en difficulté, moi aussi. Je crois que c'est le plus dur gérer les gens. C'est là, je crois, la difficulté du cadre. » (David, faisant fonction cadre supérieur de santé)

« Au début, j'étais hyper disponible. Je voulais pas qu'elles restent en difficulté. Y'a des fois ça arrive qu'elles me dérangent, mais pas trop, ça va. De temps en temps, quand y'a un petit soucis, un truc qu'elles arrivent pas à résoudre, elles m'appellent. C'est pas trop souvent. Y'a quand même des cadres de garde, des choses comme ça, mais des fois c'est un peu spécifique au service, donc ça peut arriver par rapport au patient, parce que y'a toute une partie de la gestion de permission. On a beau écrire les choses, mais elles vont... Et puis des fois, on n'a pas eu le temps de tout écrire, de tout expliquer. Et puis les personnes arrivent, on les a pas vu forcément. Donc c'est là où il faut bien peaufiner notre organisation, si on veut pas être dérangé. [Rire] » (Sandrine, faisant fonction cadre de santé)

Le cadre a généralement tout organisé pour que le service tourne en son absence. Néanmoins, un souci de dernière minute peut survenir et le cadre est alors appelé à la rescousse.

Durant les week-ends et la nuit, des cadres sont toujours de garde et font le tour des services pour veiller à la bonne tenue des soins. Néanmoins, dans certains services trop spécifiques le cadre de garde, n'ayant aucune connaissance de ces spécificités, n'est alors d'aucune aide pour l'équipe. Le cadre est alors appelé.

Les cadres de santé doivent gérer des activités sur trois temps. A court terme, c'est à dire de façon routinière et quotidienne, les cadres de santé gèrent les imprévus du service et les activités quotidiennes : entrées et sorties de patients, la pharmacologie, les trous dans le planning etc.⁹⁸ A moyen terme, les cadres gèrent les projets de service ou d'établissement, les évaluations du personnel. A long terme, les cadres doivent gérer les carrières et les formations de leur personnel. Le cadre de santé doit jongler entre ces trois temps et réussir à trier les priorités et à reporter certaines tâches. Une classification des priorités s'effectue, individuellement pour chaque cadre selon sa propre expérience, son apprentissage personnel ou grâce aux techniques apprises par ses pairs. Là encore, ce travail d'arbitrage des priorités est totalement invisible, et peu amener de l'incompréhension de la part des autres professionnels.

« Et bien souvent des personnes qui ne nous ont jamais remplacé ou qui nous remplacent comme ça ponctuellement, comme moi j'avais remplacé à l'époque, on se rend pas compte de cette charge de travail. Parce que quand on remplace la surveillante, la surveillante, elle s'est organisée pour que toutes les autres choses ne soient plus à faire, y'a juste le jour au jour à faire. Donc on se dit, nous, en sept heures de travail, on a fait son boulot, pourquoi elle, elle termine à 19h et elle n'a pas fini ? On s'en rend pas compte, parce qu'on se dit moi je la remplace, moi j'y arrive, j'ai le temps d'aider les collègues à prendre les rendez-vous et puis elle, elle dit qu'elle peut pas et tout ça. Mais en fait, ils ne voient pas ce qu'il y a derrière : elle s'est organisée pour que la personne qui la remplace n'ait qu'à régler les problèmes du jour. Et ça, on s'en rend pas compte. » (Kaori, cadre de santé)

Cet extrait d'entretien soulève bien la méconnaissance de leur travail par les infirmières pourtant situées au plus proche de l'activité du cadre. Même remplaçante, l'infirmière ne remplit pas toutes les tâches dévolues au cadre. Les activités confiées par ce dernier sont remplies quotidiennement par la remplaçante qui est alors étonnée de ne pas être surchargée comme son cadre en donne l'impression. Cette incompréhension renforce alors encore l'invisibilité de certaines fonctions du cadre.

⁹⁸ Nous verrons toutes ces activités au chapitre 6.

L'activité du cadre est surtout invisible lorsque tout fonctionne, et ne devient visible que lors de dysfonctionnements du service. Le cadre de santé règle les conflits, remplit les trous du planning sans que ces actions soient visibles. Le lien entre les interventions constantes du cadre et le fonctionnement du service est invisible. En fait, on peut faire l'hypothèse d'une visibilité négative du travail de cadre. Ce n'est qu'en cas de manque de personnel trop criant, de mécontentement, d'erreurs, que le personnel remarque que le cadre ne fait pas correctement son travail.

Faire partie de l'équipe tout en n'étant plus un équipier proprement dit, fait de cette fonction cadre un travail très solitaire. Le cadre n'est jamais seul, son bureau est un moulin, et il est sollicité de toute part par l'équipe, les médecins, les patients, la hiérarchie, pourtant il est seul dans son rôle. Il côtoie plus rarement ses collègues cadres, la hiérarchie plutôt lors de réunion ou au téléphone.

« Dans la fonction cadre, faut beaucoup prendre sur soi. Et on est toute seule dans sa fonction, on n'a personne à côté sur qui on peut déballer. Surtout les difficultés avec l'équipe ou des choses comme ça, tu peux pas déballer à l'autre collègue, parce qu'ils sont collègues, tu peux pas déballer parce que c'est quand même dans ton service. Donc on est quand même, bien, bien seul.

On est solitaire mais en même temps on est avec les autres.

Donc ils ne voient pas le travail qui est fait sur le terrain, donc ils ont l'impression qu'on est avec l'équipe. Donc on est en sandwich, on est dans un truc où c'est pas toujours facile. » (Kaori, cadre de santé)

Conclusion Chapitre 5 :

Au contact quotidien avec différents professionnels, les cadres de santé doivent faire preuve d'adaptation. L'autonomie totale des cadres vis à vis du corps médical est encore à construire. Leur périmètre décisionnel est borné par les limites du périmètre médical. Loin d'une relation de domination-subordination, les cadres de santé tiennent une place de collaborateurs mais en autonomie restreinte, le pouvoir médical étant le plus important en dépit finalement de sa dépendance à ses collaborateurs.

Les cadres de santé ont une connaissance totale du service, des patients et des professionnels qui s'y trouvent. Pris dans un collectif qu'ils doivent surveiller à chaque instant, ils ont un rôle important de médiateurs. Ils se posent comme collaborateurs appartenant toujours au collectif soignant ou tout au moins au collectif du service. Trop isolés et séparés spatialement, les pôles ont permis aux cadres de s'intégrer régulièrement dans un collectif cadres. Le point négatif en est un durcissement de la ligne hiérarchique soignante. Les cadres de santé sont dépendants des décisions de leurs supérieurs. Les directeurs de soin ont une représentation de la fonction cadre qui ne correspond pas toujours à la réalité du terrain. Le réseau de communication de cette ligne hiérarchique étant souvent irrégulier, le cadre fait appel à des courts-circuits. Le cadre de santé porte bien l'étiquette de marginal sécant car partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation, il est à la fois interprète et intermédiaire entre ces systèmes et leurs logiques.

Assurant un travail de mise en cohérence des activités de chaque professionnel, les cadres de santé ont un rôle de lien, de coordination. Du fait de cette position pivot, ils ont le sentiment de devoir tout gérer, tout absorber. L'agencement spatial de leur bureau dans le service est une illustration de cette réalité de pivot. Le bureau du cadre est un passage journalier par tout type de professionnels, lieu d'échanges mais surtout refuge. Il est un lieu réapproprié par chacun.

Ce rôle de pivot nécessite que le cadre laisse de l'autonomie à son équipe soignante, qu'il délègue et surtout qu'il responsabilise, mais cela exige aussi une surveillance accrue de cette délégation. L'effet pervers en est peut-être l'augmentation des transmissions écrites et orales. L'autonomie laissée à l'équipe permet d'entretenir une solidarité professionnelle. Le prendre soin de l'ancien soignant se transfère ainsi dans le prendre soin de ses agents. Le deuil des soins est un faux problème car les valeurs du soin restent dans la fonction du cadre, seul le

deuil de l'activité technique auprès des patients est à effectuer, même si aider son équipe auprès d'un patient reste réel.

Ce nouveau rôle est méconnu par les équipes et les autres professionnels et donc non-reconnu. Le cadre de santé amortit et rattrape les problèmes du service qui peuvent surgir. Ces actes ne laissent pas de traces écrites. A cela s'ajoute l'association des cadres de santé aux logiques administratives et médicales alors qu'ils gardent leur culture et leur valeur de dévouement. Tout aussi invisible est le travail amené chez soi ou les horaires extensifs. Le travail du cadre est surtout invisible lorsqu'il arrive à faire que tout fonctionne correctement.

Chapitre 6

Une polyvalence nécessaire

Ce chapitre va nous permettre d'analyser l'activité réelle des cadres de santé aux travers des nombreuses observations effectuées. Nous verrons que le cadre de santé est polyvalent dans son activité et qu'il doit prendre différentes casquettes à tout moment de la journée.

Nous verrons que le cadre de santé, bien plus qu'un manager ou qu'un gestionnaire doit également savoir effectuer des tâches de secrétariat, d'assistante sociale ou de mécanicien. Il est en première ligne des incidents de service qu'il doit régler seul. Nous rendrons compte d'une journée type de cadre de santé dans une unité de soin formée d'urgences mais aussi de tâches routinières. Puis nous ferons un point sur les autres activités du cadre de santé : projets, évaluation et management du personnel, gestion des stocks et des imprévus.

1- « On doit tout faire et tout être »

Depuis le décret de 2001⁹⁹, les définitions des missions des cadres de santé ne sont toujours pas complètes. L'article 4 du décret précise que les agents exercent :

- 1) des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;
- 2) des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;
- 3) des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation ou médico-techniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateurs à l'enseignement théorique et pratique des étudiants.

On retrouve les deux grandes missions historiques d'encadrement des soins et de formation, auxquelles s'ajoutent les missions dites transversales qui peuvent être nombreuses dans l'hôpital : qualité, gestion des risques, expertise en soins, dossier informatisé du patient, nouveaux projets, etc. Mais ces missions restent assez larges et sont loin de définir l'ensemble des fonctions de l'encadrement soignant. Les obligations d'organisation inhérentes à leur fonction concernent la gestion du personnel : horaires des agents, prévisions des congés, absentéisme du personnel, répartition des tâches, et la gestion du matériel et des locaux : bon fonctionnement du matériel, signalement (de risque) d'incident et sécurité des locaux.

Au quotidien, le cadre de santé partage son temps essentiellement entre la gestion des hommes et l'organisation du travail.

Le cadre de santé se substitue régulièrement au personnel du secteur logistique afin d'assurer la continuité des soins. Il fait ainsi preuve de réactivité, la délégation paraissant d'autant plus difficile dans un contexte de pénurie de personnel. Le cadre se révèle alors être une variable d'ajustement en cas de dysfonctionnement, se substituant régulièrement à l'agent hospitalier, à la secrétaire hospitalière, voire à la secrétaire médicale, à l'agent de maintenance technique.

« Bon on fait un peu de tout, on fait le plombier, parce que quand on attend le plombier, il met des heures pour venir, malheureusement ils ne sont pas nombreux dans l'établissement, mais c'est nous qui faisons le plombier : on dévisse, on titille, on toutouille et voilà. Donc en fait, on est polyvalent. On est cadre dans un service, mais il faut savoir tout faire. Quand l'appareil CG ne marche pas, on vient te chercher : « madame, ça marche pas ». Donc

⁹⁹ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 concernant les nouveaux statuts des cadres hospitaliers

c'est à nous de faire que l'appareil fonctionne. Il faut savoir tout faire. »
(Kaori, cadre de santé)

La cadre est un acteur polyvalent dans le service de soin, en première ligne de tous les problèmes autant humains que matériels à gérer.

« Donc dans un premier temps, j'évalue la panne, je vois si je suis en état de réparer, bon y'a beaucoup de choses que je répare moi-même. Ensuite, si je peux pas, y'a une assistance téléphonique avec les techniciens concernés, et après on fait le bilan voir s'ils interviennent ou s'ils n'interviennent pas. [...] J'interviens beaucoup, j'ai toujours mes outils dans la poche. Donc y'a beaucoup d'intervention, s'il fallait chaque fois que j'appelle un technicien, j'aurais en permanence quelque chose en panne. » (Etienne, cadre de santé)

Le quotidien du cadre est ponctué d'actions variées et immédiates avec ou sans lien parfois avec la fonction et les responsabilités de cadre. Il est commun dans un service qu'un problème à gérer soit en première intention attribué aux cadres, comme réparer une panne informatique alors que ceci relève du service logistique ou de maintenance. C'est toujours le cadre qui est appelé au secours en premier. Et généralement, comme le soulignent l'ensemble des cadres interrogés, ce sont eux qui réparent provisoirement le problème afin que le personnel ne perde pas de temps à attendre les réparateurs, et que le service puisse continuer à tourner. La fonction contrôle du cadre se trouve renforcée, constamment en éveil.

Se trouvant au carrefour entre les différentes logiques médicale, soignante et administrative, le cadre de santé doit jongler avec les exigences de chacun et les délais de leur propre organisation. Le cadre de santé est alors contraint de trouver des solutions ponctuelles et rapides à toutes les demandes. Gérer les dysfonctionnements quotidiens entraîne une importante désorganisation de leur fonction. L'activité en cours du cadre de santé est sans cesse interrompue par des demandes ou des urgences diverses. Le cadre de santé doit alors arrêter son activité en cours pour la reprendre plus tard. Les cadres répondent simultanément à des sollicitations multiples et incessantes de tous leurs partenaires : bip, téléphone, questions, interrompant sans cesse le cadre de santé dans sa tâche du moment. Il doit arrêter la tâche en cours, nécessitant pourtant parfois calme et concentration pour en réaliser d'autres. Puis, il revient à la précédente en tentant d'en reprendre le fil. *« Avec le développement des progrès technologiques, des pratiques médicales, des protocoles de soins, les savoirs techniques ne cessent de se transformer et de se spécialiser. Les cadres hospitaliers, quel que soit leur domaine d'intervention, à défaut de toujours tout savoir, doivent s'organiser pour disposer des expertises suffisantes dans leur équipe, ce qui implique des coordinations encore plus*

fortes entre les acteurs de disciplines différentes. En ce sens, le cadre est un traducteur, un « fabricant de cohérence », un expert en organisation. Il doit permettre la traduction des langages des différents experts et rendre accessible le langage expert aux profanes (professionnels, patients, usagers ou autres interlocuteurs de l'hôpital) » (Singly, 2009, p.42-44).

Les cadres travaillent tous les jours sauf le week-end, de 9h à 19h en moyenne. Certains cadres ayant de jeunes enfants s'astreignent sauf problème dans le service à partir après 17h. Ce qui n'est pas forcément bien vu par leur supérieur :

« Ou alors les réflexions du genre : « ah bah on t'as pas trouvé à 19h ». Bein non, on m'a pas trouvé à 19h, parce que tout le temps de travail qu'on fait en dehors, il est non récupérable. [...] Ah oui, mais, quelque fois que ! Enfin bon, je veux dire, y'a des collègues qui s'en prennent plein la gueule là-dedans. Je suis désolée, ton travail il est fait... où alors dans ce cas là, il faut être 24 sur 24. On le clone et puis... » (Céline, cadre de santé)

Un cadre de santé est toujours occupé. Un service tournant 24h/24, un cadre de santé a toujours de quoi s'occuper. Les cadres sont persuadés qu'ils sont responsables 24 heures sur 24 et 365 jours par an. Cette croyance tient certainement au fait que le dommage survient à distance de la faute d'organisation commise par le cadre. Leur responsabilité morale se confond à une responsabilité juridique. Or ils ne sont pas les seuls acteurs juridiquement responsables du service de soin. Le cadre de santé doit toujours pouvoir justifier que des actions sont mises en route pour améliorer la qualité et la sécurité du fonctionnement du service, même si les objectifs ne sont pas encore atteints. A l'hôpital public, les soignants n'ont aucune relation juridique avec les patients. C'est donc l'hôpital, en tant que personne morale, qui assumera la responsabilité, s'il est démontré qu'il a manqué aux règles normales d'organisation qui sont celles que l'on est en droit d'attendre d'un établissement hospitalier. (Thouvenin, 2009, p.116)

En observant le travail quotidien des cadres, on remarque tout de suite que leur contrainte de gestion du service ne laisse pas de place à la confection des projets de services. Les cadres travaillent sans cesse dans l'urgence et dans l'interruption : « *On peut pas s'organiser à l'avance* », « *c'est toujours au jour le jour* » sont des phrases qui reviennent dans la majorité des discours des cadres de santé. Leurs tâches sont souvent celles de secrétaires, de secrétaires de tout un service.

A peine raccroché, le téléphone sonne : un patient appelle pour une IRM. La cadre l'informe que ça n'aura pas lieu à A., il doit voir avec son médecin pour aller faire l'IRM dans un autre établissement.

Elle m'explique qu'elle prend aussi les rendez-vous des patients en consultation extérieure en neurologie. [...] « J'ai parfois l'impression d'être une super secrétaire » [...] Le téléphone sonne : la clinique V. rappelle : ils n'ont pas reçu le fax. La cadre doit donc le refaxer. « Pourtant la secrétaire m'a bien dit qu'elle l'avait faxé, tu parles, elle a rien fait du tout ».

Secrétariat, porte fermée, la secrétaire est déjà partie.

Cadre : « En effet, ça n'a pas été faxé, y'a encore l'agrafe d'origine. Et en plus, c'est même pas rempli ! » Elle complète la fiche. « C'est ni fait, ni à faire, rien n'est rempli. Et pourtant, elle m'a dit qu'elle l'avait envoyé ! Ça m'énerve ça ! » (Extrait d'observation, service 1)

Le travail de cadre consiste à « courir » après les ambulances, les agents, les services de consultation. Ils doivent effectuer des tâches que les assistantes sociales ou que les secrétaires sont censées effectuer comme le prouve cet extrait d'observation. De fait, ils deviennent les "petites mains" des agents dont ils ont la responsabilité.

Les cadres de santé ne sont plus les surveillantes d'autrefois, leur rôle de contrôle devient minime. Ils ont de plus en plus un rôle de gestionnaire : gérer les stocks, les besoins du service, les plannings des équipes, phénomène encore accentué par la pénurie de personnel soignant. Tout ceci, nous allons donc le voir maintenant plus en détail.

2- Le quotidien des cadres de santé

Afin de présenter au mieux ce qu'est un cadre de santé dans un service de soin, nous allons décrire les activités quotidiennes ou les plus régulières du cadre de santé. L'ensemble des observations effectuées dans les quatre différents services de notre terrain d'enquête seront repris afin d'établir une journée type d'un cadre de santé. Pour cela, nous nommerons notre cadre de santé de référence, Isabelle.

9h : Isabelle arrive, rentre dans son bureau, ouvre la porte de son placard fermé à clé, y dépose ses affaires et enfle sa blouse. Puis, elle allume l'ordinateur. Un tas de papiers et de post-it se trouvent sur son bureau. Isabelle s'installe et étudie ces mots et ces papiers. Elle prend le cahier noir : cinq sorties sont prévues aujourd'hui.

Isabelle veut se rendre à l'office, prendre du café. Elle fait le tour du couloir pour dire bonjour au reste de l'équipe. Elle se renseigne sur le week-end. Tout s'est bien passé. Elle est contente de son équipe, les filles ont terminé de donner les petits déjeuners.

Dans le couloir, se trouve un patient qui demande à Isabelle pour ses papiers de sortie. Elle lui répond qu'elle règlera ça ce matin. « Il est 9h et demi et ils veulent déjà être dehors à 10h ! ». Une chambre sonne.

A l'office, les "filles" prennent le petit déjeuner. Elles ont ramené pleins de gâteaux et fêtent la fin de stage de certaines d'entre elles. Isabelle rappelle à son équipe les choses qu'elles doivent faire aujourd'hui. Une IDE prévient Isabelle que des patients se plaignent du froid en particulier durant la nuit. Isabelle voit qu'une IDE n'a pas l'air bien : « Béa ne dit rien ?! » Une chambre sonne. Isabelle lance aux IDE pour les booster : « Ça sonne, personne répond ?! »

Retour au bureau, Isabelle appelle le service logistique pour le problème de chauffage dans son service, ça ne répond pas. Elle va sur son ordinateur pour envoyer un message concernant le chauffage.

Un interne entre et utilise le téléphone. Le chef de service entre et se plaint qu'une IDE est en pause café. Isabelle tempère : « Bein moi aussi j'ai commencé par le café ce matin. » Il sort et elle râle : « Il veut tout le temps que ce soit fait tout de suite ! »

9h20 : Téléphone sonne, un appel d'une infirmière vacataire qui vient vendre ses services. Isabelle en profite pour lui demander si elle est disponible jeudi, mais non. Elle note ses coordonnées sur un papier. Raccroche.

Isabelle ouvre son tiroir et range dans sa poche des stylos et des stabilots.

Une infirmière frappe à la porte : C. (la cadre supérieur) a appelé et Isabelle doit la rappeler très rapidement. Isabelle rappelle C. qui ne répond pas. Elle se met à ouvrir le courrier. C. rappelle immédiatement : elle la prévient d'un agent qui devait finir le 2 décembre et qui reste finalement jusqu'au 1^{er} janvier. Isabelle note l'information sur un calepin au crayon à papier. Quelqu'un frappe à la porte, rentre la tête, fait signe à Isabelle et referme la porte. Isabelle et C. discutent toujours du personnel. Isabelle : « Je voulais te dire aussi pour jeudi, je finis à 16h, que tu ne me cherches pas partout. » Elle souligne aussi que les commandes (stocks) se sont améliorées, qu'il y a moins de problèmes.

9h45 : Isabelle est en retard pour le staff, c'est à dire le point patient, elle s'y rend rapidement.

Salle de soins, Isabelle ouvre la porte. Chef de service : « Ah ! Elle est là ! » Le staff se poursuit. Isabelle tient au courant l'équipe sur la situation de famille d'un patient. Elle prévient qu'elle va avertir l'assistante sociale. Médecin : « Faut lui donner son diagnostic aujourd'hui au malade », IDE : « Mais qui va lui donner ? » Isabelle note sur sa feuille de staff ce qu'elle doit faire et stabilote certains éléments.

Bip d'une chambre.

Dr A : « Hier M. disait qu'est-ce qu'on fait pour cette dame ? Il y a deux choix médicaux, faut qu'on prenne une décision. »

Dr B : « Avec M., c'est je pose la question, je décide de rien. Si on lui faisait une fibro-aspi ? »

Isabelle : « OK, on aura pris une décision ». Elle note la date où l'examen devra avoir été fait.

Isabelle prévient un médecin d'appeler pour faire un examen avant 14h. Elle propose un patch comme traitement à un patient. Dr A : « C'est bien quand les gens sont réguliers, c'est dur à équilibrer. », donc c'est une forme de traitement qui ne conviendra pas à ce malade.

Dr C à Isabelle : « on peut demander si elle a fait un IRM au V. ? »

Patient suivant : s'infecte aux talons et aux fesses. AS : « On n'a plus de matelas à air ou à eau ? ». Isabelle : « Je vais appeler ... (un autre service) pour voir s'ils en ont un en trop. » Elle stabilote en orange sur sa feuille le matelas à air/eau et l'IRM au V à récupérer.

Isabelle et le chef parlent d'entrées impossibles. Jeune AS : « en même temps, on ne peut pas trop sélectionner les patients... ». Le chef de service décide d'accepter les entrées jusqu'à 15 toilettes, « on prend pas plus ». Les toilettes concernent les patients qui ne peuvent pas se laver seuls, il faut que le nombre d'aides-soignantes soit suffisant.

10h40 : retour au bureau, Isabelle poursuit la lecture de son courrier :

- une note concernant la fermeture temporaire du service d'urologie
- deux avis de vacances de postes d'IDE
- une note d'information pour le chef de pôle
- une publicité de mobilisation pour les malades d'Alzheimer

Isabelle doit déposer un courrier interne au service. Elle ressort dans le couloir, demande aux filles : « Est-ce qu'il vous reste des gants ? »

AS : « Non, ce matin, on en a déjà cherché aux urgences »

Isabelle : « Y'a pas une réserve quelque part ? »

AS : « Non ».

Isabelle : « Je ferai un bon d'urgence pour les gants et les draps. Mais j'espère qu'ils ne vont pas déduire ça de ma commande en cours, sinon je serai de nouveau embêtée ».

Direction le secrétariat afin de remettre le courrier.

Retour au bureau. Le plus urgent est de trouver une ambulance pour Mme M. qui doit être transférée à B. Elle appelle directement l'ambulance sinon elle perd du temps à joindre la consultation d'en bas et qu'ils appellent l'ambulance, qu'elle vérifie que ce soit fait etc. Le problème de l'ambulance est réglé. Isabelle prépare les papiers de sortie.

Direction la salle des internes, Isabelle prend des dossiers et une feuille d'hospitalisation par les urgences. En général, elle lit les transmissions le matin pour voir ce qui s'est passé durant la nuit ou le week-end, et voir aussi si les patients prévus sortent bien ou pas. Elle remarque une sortie HAD (hospitalisation à domicile), qui doit donc être faite avant 11h.

Salle des soins, elle prend le cahier noir des entrées et des sorties. Retour au bureau.

Elle colle dans le cahier l'étiquette d'une patiente qui sort aujourd'hui. Ensuite, elle appelle le mari de la patiente pour confirmer sa sortie à 11h et lui demande s'il a une société de transport ou pas. Non – donc c'est elle qui décidera qu'elle ambulance leur envoyer. Isabelle : « Si vous sentez que l'heure approche et que l'ambulance n'est toujours pas là, vous appelez Mme X. » Isabelle appelle ensuite l'ambulance, puis va au secrétariat (à l'autre bout du couloir) pour faire la photocopie d'une feuille « pour garder une trace », l'originale sera donnée à la patiente.

« Tu peux pas savoir combien de fois je fais ce chemin jusqu'au secrétariat. Mais on n'a pas de moyens, je peux pas avoir d'imprimante scanner dans mon bureau ». Retour au bureau.

Le téléphone sonne. C'est l'hélicoptère qui demande une admission. Isabelle note mais ne donne pas de réponse, c'est le médecin chef qui décidera. « Faut avoir la tête partout. »

Un interne entre à propos d'un changement de prescription de dernière minute : « Attends, il (le chef de service) veut changer la prescription. Ils (les médecins) changent tout le temps. » Isabelle : « Il va pas changer ça maintenant ?! La sortie de Mme M. est prévue pour dans une demi-heure ! »

Une IDE passe dans le couloir, devant le bureau, Isabelle l'appelle : « Tu peux voir si y'a des conteneurs à aiguilles, on n'en a plus. »

Isabelle sort un bon d'urgence pour les conteneurs. « On est tout le temps court-circuité par autre chose. » Elle met le bon sur le côté pour la personne qui ira faire les courses, généralement une ASH ou une AS.

Elle remplit une feuille de transport et la pose sur le dossier de Mme M.

Le téléphone sonne. C'est le frère d'un patient. Une IDE entre avec une cartonnette.

Isabelle au téléphone : « Vous demanderez à votre médecin traitant pour voir si y'a une place à R. Si vous voyez que ça devient ingérable, allez voir le réseau qui l'aidera pour les démarches. »

L'IDE attend que la cadre finisse sa conversation téléphonique. Isabelle raccroche : « Encore une famille angoissée pour le retour à domicile. La sœur de la patiente veut la mettre dans une structure et le mari la garder à la maison, la patiente veut en tout cas rentrer chez elle. Nous on écoute le souhait de la patiente. C'est pas à nous de pousser ou de prendre la décision à la place de la famille. »

Isabelle regarde la feuille de staff. Elle appelle la secrétaire pour que celle-ci rappelle au médecin qu'il doit faire l'ordonnance pour qu'un patient parte le lendemain avant 11h et qu'il n'oublie pas de faire le compte-rendu. « Moi, par derrière, je palie, théoriquement je les laisse, mais c'est pour le patient ». Elle appelle pour prendre date pour un futur examen pour ce patient qui sort demain. « Cela devrait être fait par l'interne mais comme il fait le tour des patients, il n'a pas le temps et va oublier. »

Dr A. entre, il montre à Isabelle le dernier changement apporté au dossier du patient et le futur examen de ce malade. Isabelle en profite pour lui faire signer le bon de sortie pour l'HAD, « ça doit être signé avant 11h, c'est une HAD. » Ils vérifient ensemble le nouveau traitement que le chef de service veut apporter à Mme M.

C'est bon, aucun changement n'est à apporter à l'ordonnance. Isabelle tamponne les ordonnances, « pour cette patiente, c'est bon, elle pourra sortir. » Le médecin rit en partant : « Elle est super, extraordinaire cette petite ».

Isabelle prend ensuite le dossier de Mr K. qui doit également sortir aujourd'hui. Sur l'ordinateur, elle va sur le logiciel Référence. C'est le répertoire des patients. La cadre y a accès aux rendez-vous de consultations et aux dates d'examens des patients. Isabelle veut voir la situation de ce patient au niveau des examens. Elle appelle ensuite la cardiologie pour lui prendre rendez-vous en consultation de chirurgie cardiologie.

Elle bipe l'anesthésiste pour qu'il la rappelle et qu'il vienne voir les patients. « Ça c'est le fonctionnement hospitalier : les personnes peuvent se déplacer, mais comme c'est une hospitalisation, il faut que le patient soit dans son lit au moment où le médecin passe. »

Elle va ensuite ranger des feuilles dans la salle des soins. Dans le couloir, elle cherche un dossier dans le chariot, mais il n'est pas là. Salle des soins : le dossier est utilisé par une IDE, Isabelle y rajoute un message important.

Retour au bureau : Isabelle ajoute également un mot dans un dossier patient.

Une AS prévient qu'un patient en balade a oublié son lecteur DVD sur sa table. Isabelle lui dit de le rapporter pour le ranger dans son bureau (sous clé). Isabelle donne à un externe toutes les ordonnances à photocopier. Le cardiologue entre, elle lui parle des formations pour les infirmières qu'il voudrait faire. Pendant ce temps, elle range les dossiers et les papiers pour continuer les sorties. Le cardiologue se plaint d'une consultation de tabacologie. Isabelle continue à prendre les papiers de sortie qu'elle doit remplir. Il sort.

Un patient vient pour savoir si des papiers spéciaux de sécurité sociale ou autres sont à faire. Isabelle : « Oui », elle lui dit d'attendre dans la chambre, elle règle d'abord les documents de sortie puis elle viendra le voir.

Isabelle appelle les ambulances qui sont occupées. « Je fais quoi moi quand tout le monde est occupé ?! »

L'externe revient avec les photocopies des ordonnances. Le médecin chef entre, Isabelle lui demande de préparer un courrier pour un patient.

Isabelle : « J'ai tous les comptes-rendus là ? »

Chef : « Non, on le fait. » Il prend le téléphone pour dire à sa secrétaire d'appeler deux patients pour prendre rendez-vous avec un néphrologue et faire d'autres examens.

Isabelle râle auprès des IDE qui viennent d'entrer : « Vous venez toutes en même temps. Isabelle au chef de service : « Tu me signeras le bon de transport ». Il s'exécute immédiatement.

Elle remet son nez dans les dossiers, et note un problème sur une des ordonnances : le médecin n'a pas noté le nom du patient ! « Faut que j'aille trouver l'interne ! »

Le téléphone sonne : les ambulances sont réglées. Isabelle remplit les bons pour les ambulances. « Tout ça, c'est du secrétariat ! » Isabelle va en salle de soins, elle réclame le dossier qui lui manque d'un patient sortant. Une élève IDE le lui rapporte, il était sur un chariot dans le couloir.

Retour au bureau. Elle remplit ce dossier.

11h45 : « J'ai fini (avec les sorties). Là c'est un vrai bonheur ! ». Elle donne les dossiers à une infirmière et elles voient ensemble comment faire les sorties. Isabelle lui explique ce qu'on rend au patient, ce qu'il faut lui expliquer : les ordonnances et les rendez-vous.

Isabelle appelle l'ambulance qui devait passer à 11h, ça ne répond pas.

Elle va dans le couloir, elle passe devant une chambre libérée et souligne aux deux AS qu'elles peuvent faire la chambre. Elle passe devant une autre chambre et rappelle au patient qu'elle essaye toujours de joindre l'ambulance.

Dans le couloir, Isabelle demande au patient si l'équipe du chauffage est passé dans sa chambre – non. Elle lui dit qu'ils passeront encore aujourd'hui, il le faut. Dans le couloir, Isabelle inspecte une planche en bois dévissée : « Ça fait trois jours que j'ai prévenu et ils ne sont toujours pas venus réparer ! »

Retour au secrétariat pour rappeler l'ambulance. Isabelle appelle d'abord un autre numéro afin d'obtenir le numéro direct. Elle rappelle à l'ambulance qu'elle devait être là à 11h. C'était une erreur : l'ambulance avait compris que c'était pour le lendemain seulement. Ils se mettent en route.

Dans le couloir, Isabelle prévient le patient que son ambulance arrive dans cinq minutes.

Retour au bureau, Isabelle dépose le fax. Le patient de la chambre en panne de chauffage vient émettre son avis sur ce problème.

Isabelle s'occupe maintenant du planning, elle doit combler les trous pour jeudi et vendredi.

« Avant les infirmières faisaient le changement elles-mêmes, mais ça devenait tellement illisible (sur la feuille). Maintenant, c'est moi qui fait ». Elle ressort trouver une AS dans une chambre pour faire des heures supplémentaires, cette AS refuse. Isabelle ressort de la chambre, dans le couloir elle demande à une autre AS qui est en train de nettoyer les ustensiles du déjeuner des patients. Celle-ci accepte de venir jeudi soir 14h-19h. AS : « Et pour mercredi, vous avez besoin ? Pour samedi, y'a la petite jeune qui veut bien. »

Retour au bureau pour vérifier si elle a besoin de filles pour mercredi et samedi. Elle ressort trouver une AS dont la sœur est vacataire et lui demande son numéro de téléphone. L'AS vient avec elle dans son bureau.

Isabelle appelle sa cadre supérieure car elle n'a pas donné son feu vert pour prendre des vacataires ASH. Pas de réponse. Finalement, Isabelle prend la liste de ses anciennes équipes.

1^{er} appel : « Tu sais, je suis en X maintenant, tu ferais en X ? » Non, elle part en vacances mais est d'accord pour d'autres fois.

2^e appel : Isabelle appelle son ancien service pour savoir si telle AS est présente. Non, elle ne travaille que l'après-midi.

3^e appel : à l'AS (qui travaille que l'après-midi) sur son portable. Répondeur. Isabelle laisse un message.

4^e appel : répondeur, laisse un message.

« Ici, c'est chaque jour, j'ai au moins un arrêt. La semaine dernière, elles ont toutes faites des heures sup. Je ne veux pas trop tirer dessus non plus, pas qu'elles me lâchent aussi. »

5^e appel : Isabelle présente son nouveau service. « Jeudi matin 7h-14h ? » - « 6-13h ! Bon, ok ».

Téléphone sonne : c'est C. « Demain matin, j'ai pas d'ASH ». Isabelle en profite pour régler avec elle les demandes de vacataires du mois et aussi du mois de décembre.

Isabelle se met ensuite sur la commande de draps et remplit une fiche.

13h45 : pause déjeuner rapide à l'office

14h15 : Isabelle va en salle de soins. Une IDE fait la transmission à l'équipe du soir. Isabelle écoute si la transmission se passe comme il faut. Elle prend des dossiers pour vérifier quelque chose. Isabelle n'a pas toujours le temps de suivre les transmissions. « Elles me parlent des problèmes quand j'arrive et je regarde de toute façon sur l'ordinateur où tout est noté, comme ça je suis sûre ». Tout est noté sur ordinateur : les changements de chambre, les actes à faire plus tard par l'autre équipe etc.

Deux IDE se plaignent du rajout d'un patient lourd, c'est-à-dire d'une toilette supplémentaire. Retour au bureau. « Ça m'étonne pas qu'il y a beaucoup de mobilité IDE, AS et cadre dans ce service. Il (chef de service) dit ce matin qu'on stoppe et deux heures après, il rajoute encore un patient lourd. »

Le parent d'un malade arrive pour savoir la date de sortie de sa mère.

On se rend tous dans la chambre. Isabelle montre, surtout au fils, les ordonnances : pour la kiné trois fois par semaine, l'infirmière chaque soir pour la préparation des médicaments. Elle donne ensuite les ordonnances et explique ce que vaut chacune d'elle : une auxiliaire de vie, une kiné, une infirmière.

Cette patiente a 87 ans et pas de mutuelle. Isabelle insiste lourdement auprès du fils qu'il fasse prendre à sa mère une mutuelle. Fils : « Elle n'en a jamais eu besoin, elle avait jamais rien ». Il a l'air réfractaire. Isabelle insiste encore et évoque qu'à l'avenir, on ne sait pas comment ira sa mère et que tous les frais seront alors à sa charge. Fils : « C'est pas moi qui paie, c'est son argent ». Isabelle semble consternée par l'attitude du fils : « Il est totalement inconscient ! »

Une autre patiente de la chambre en profite pour poser une question concernant la prise en charge de sa mutuelle. Isabelle parle avec elle de sa jambe plâtrée, la taquine même un peu.

Retour au bureau. Isabelle appelle les techniciens pour le problème de fuite du chauffage, mais personne ne répond. « On perd un temps fou ! » Elle vérifie sur l'ordinateur si son mail a été lu : « non visé ». Elle décide alors d'appeler directement le chauffage. Elle prend le numéro dans le répertoire et appelle, mais il n'y a personne.

Elle regarde les papiers sur sa table. Elle met de côté une feuille remplie par le chef pour une demande de convalescence. Elle ira faxer cette feuille quand elle devra aller au secrétariat. Elle essaye d'éviter les multiples déplacements.

Le téléphone sonne, c'est le chauffage qui rappelle. Isabelle explique le problème de froid et de fuite dans une des chambres. Une personne est en route.

Retour en salle des soins. Une stagiaire a un problème avec son mot de passe. Isabelle en profite pour lui montrer où aller sur l'écran et comment utiliser le planning patient transmission.

Isabelle va dans son bureau et appelle la pharmacie pour le problème de code. Isabelle imprime la feuille d' « encadrement des nouvelles infirmières ». C'est une liste qui rappelle ce qu'elles doivent savoir faire dans ce service. Isabelle prévient la stagiaire qu'elle veut faire le point, avec elle et sa référente, de ses difficultés. La secrétaire entre et dépose un document. Elle prend le cahier noir et va en salle de soins. Isabelle prévient la stagiaire qu'elle programmera des formations comme la formation incendie pour elle.

Salle des soins. Un technicien arrive pour regarder le problème signalé la veille concernant une alarme télémétrique qui ne se met pas en route.

Il regarde l'écran d'ordinateur qui montre les différents rythmes cardiaques continus des patients. Isabelle lui demande pourquoi alors qu'un patient avait une tension basse à 35 la machine ne s'est pas mise en rouge et que l'alarme n'a pas sonné. Pour le technicien, cela semble normal. Il lui explique ce qui se passe : « Si la limite basse est fixée à 50, l'ordinateur ne fait sonner qu'à 30 ».

Isabelle : « Il faudrait que vous montiez l'alarme alors. »

Technicien : « Je peux le mettre en rouge à la limite de 40 si vous voulez ? »

Le technicien règle l'ordinateur : « quand un patient fera une bradycardie, dès 40, ça se mettra en rouge. » Isabelle lui explique qu'elle préfère quand ça se met en rouge tout de suite, que ça ne passe pas d'abord par une phase en jaune, sinon les IDE ne réagissent pas immédiatement.

Elle est dérangée par les techniciens chauffage qui sont passés dans la chambre en question. Le thermostat doit être changé et de lourdes réparations sont à prévoir : ils devront enlever le tuyau qui passe le long de tous les étages. Donc ce n'est pas pour demain, ils ne peuvent donner de date. Isabelle leur rappelle qu'ils doivent réparer et qu'ils ne peuvent pas laisser ça comme ça tout l'hiver. Du coup, le patient devra être mis dans une autre chambre.

Isabelle voit les filles courir dans une chambre. Elle court derrière elles. C'est une patiente qui est apparemment tombée du lit. Quatre IDE et une AS sont à son chevet et l'ont remise dans le lit. Elles vont chercher le médecin pour voir si la patiente n'a rien de cassé et remettent les barreaux du lit. Isabelle les aide, puis va en salle des soins, se lave les mains et prévient le chef.

Retour au bureau. Une IDE entre pour prendre des papiers pour remplir le rapport de chute. Isabelle : « Ça ne se fait plus. Y'a plus de papier. Je finis ça et je vous montre, vous devez apprendre. » Isabelle prend le cahier noir pour noter le changement de chambre du patient à cause de la fuite de chauffage.

Salle des soins. Isabelle veut donner des cours particuliers à une infirmière, du coup, les autres IDE et AS en profitent et restent regarder. Il faut remplir désormais, même pour les chutes, la "fiche unique des événements indésirables". Isabelle : « C'est pas que pour les chutes, c'est pour tout. »

18h20 : retour au bureau, Isabelle éteint son ordinateur.

Elle prend du travail pour ce week-end : elle prend son classeur de gestion du temps. Pour faire ça, elle a besoin d'être tranquille et ne pas être coupée constamment. C'est le calcul des horaires de travail des agents, ce sont les heures à compter en fonction des repos etc.

Sur son ordinateur, elle ne laisse aucun fichier concernant le personnel, elle met tout sur clé USB et l’emmène chez elle.

Salle des soins. « Je m’en vais vite, vous faites comme si j’étais plus là. »

18h30 : fin de sa journée. Isabelle passe encore à l’office dire au revoir.

Voilà une journée ordinaire et pourtant bien remplie d’un cadre de santé. Cette description d’observations montre bien à quel point les cadres de santé passent leur journée à courir après les différents professionnels : médecins, patients et leur famille, cadre supérieur, services logistiques etc.¹⁰⁰ Les cadres sont constamment interrompus et sont loin d’avoir du temps pour élaborer des projets. A cela s’ajoute le fait que le cadre de santé doit constamment être dans la vigilance et le contrôle de son environnement : bruit de couloir, allées et venues des différentes personnes, attitude inhabituelle d’un agent etc.

La priorité des tâches est naturellement donnée au patient avec l’animation et la gestion de l’équipe de soins (gestion, évaluation, information et coordination). Vient ensuite la gestion des locaux, la formation et l’accueil des stagiaires ou du nouveau personnel. Enfin, les aspects de projets, développement et recherche occupent une place moindre dans le quotidien. Néanmoins, avec le rattachement des cadres à la direction des soins et l’arrivée depuis 2002 du coordonateur des soins, le projet de soins prend une place plus importante. Le projet est chronophage et par définition long et complexe à mettre en œuvre. Il nécessite de plus une phase préopératoire d’analyse, permettant au cadre d’acquérir un minimum d’informations quant au contexte dans lequel il doit envisager une intervention de changement induite par le projet à mener (environnement, ressources, contraintes, acteurs, systèmes d’actions concrets et enjeux, ...). La gestion des imprévus compte plus que la gestion prévisionnelle.

L’après-midi est privilégiée par les cadres pour toutes les taches plus administratives, les rendez-vous avec les familles, la gestion de la logistique ou du travail de fond : évaluations, projets etc.

Cet apparent désordre dans les déambulations du cadre de santé témoigne en fait d’une élaboration permettant au cadre de réaliser un acte routinier et des tâches éphémères liées aux urgences diverses qui surviennent en cours de route. Le cadre concilie ainsi les exigences quotidiennes du service : staff, sorties, entrées etc. avec les contraintes qu’il identifie

¹⁰⁰ Cf. Tableau 13

localement : pannes, demandes diverses des professionnels ou des familles de patient, incidents divers.

Mais comme le souligne Paule Bourret, les cadres de santé « *ne sont pas complètement captifs d'activités les ballottant comme des girouettes d'un lieu à un autre. A travers leurs déplacements, ils développent une stratégie faisant que le zapping d'un lien à un autre est aussi de leur fait ; c'est un choix conscient, même s'il n'est pas explicité, répondant à des objectifs en arrière-plan* » (Bourret, 2006, p.93).

La première tâche du cadre à son arrivée le matin dans le service est de se tenir au courant des affaires de la nuit ou du week-end, par contact direct avec les agents ou en lisant les mots laissés sur le bureau. Le couloir et le café à l'office sont des lieux où l'informel tient toute sa place et son importance afin que le cadre de santé prenne le pouls du service pour la journée. De manière indirecte et moins officielle, le cadre se met au courant de tout ce qui s'est passé durant son absence et par là même entretient un lien social avec son équipe. C'est aussi en allant le matin à l'office prendre un café en même temps que les agents, que le cadre peut détecter les humeurs du jour ou les conflits éventuels.

La communication informelle revêt une importance particulière dans les unités de soin. Les cadres de santé vont bien au-delà du système formel pour obtenir la plupart de leurs informations (appel aux collègues de pôle, discussion avec les soignants autour d'un café etc). Ils créent finalement leur propre réseau de contacts informels qui constitue au final leur principal système d'information. « *Toutes les études montrent que les managers préfèrent les circuits informels et la communication directe aux documents du système formel* » (Mintzberg, 1981, p.67). La complexité du système hospitalier et du parcours de l'information font que les cadres de santé sont vigilants dans le contrôle de la bonne réception des messages. Il est habituel pour un cadre de santé de ne pas seulement se fier aux transmissions écrites mais de doubler systématiquement ces informations par un appel téléphonique ou une demande en face à face.

Le point patient ou aussi nommé staff est une réunion quotidienne en semaine concernant l'ensemble des agents du service : cadre du service, les médecins ainsi que les AS et les infirmières. Comme l'indique son titre, cette réunion permet à toute l'équipe de faire le point sur l'état de chaque patient. Cette réunion est surtout menée par les médecins et les

infirmières qui échangent sur les diagnostics, les soins apportés ou à apporter à chaque malade. Il y a une rotation de quelques infirmières ou aides-soignantes en fonction des secteurs car elles ne peuvent assister à toute la réunion puisque qu'elles doivent continuer les soins aux patients.

Le rôle du cadre est surtout d'écouter, d'intervenir pour une mise au point, en particulier protocolaire ou juridique. Tout dépend de la personnalité de chaque cadre. Là où certains restent très en retrait, d'autres mènent la réunion et n'hésitent pas à donner leur point de vue.

Lors de chaque staff, le cadre imprime pour tous la feuille suivante qui retrace l'état de chaque patient et que chaque professionnel doit avoir sous les yeux.

N° de chambre	Nom/ âge/ diagnostic/ ATCD	Régime	Nursing/ mobilisation	PST	Traitement	Examens/ sorties	Laboratoire	Observation
101								
102								
... 124								

Voici comment se constitue une partie du dossier médical du patient : des feuilles blanches où les médecins notent leurs observations avec la date et aussi des feuilles roses remplies par la cadre ou les IDE leurs annotations.

Cette feuille est construite comme suit :

Nom du soignant	Cible	DAR (données, actions, résultats)
qui rédige l'appréciation	là c'est le staff	D : A : R :

Une feuille PMSI est également présente dans le dossier, c'est une demi-page collée composée de caractéristiques du patient et d'une note sur 5 ou 6 : incapacité à se vêtir, difficulté à la marche, incapacité à s'alimenter etc.

Lors de ces réunions, les médecins ainsi que les paramédicaux connaissent par cœur chaque patient. Ils n'ont besoin, d'aucune note devant eux pour présenter le cas du malade. Le staff permet une mise au point non seulement d'un point de vue médical avec les soins à effectuer mais aussi sociale sur la situation familiale ou budgétaire du patient. Tout le monde participe.

Aucun ordre direct n'est directement adressé à la cadre : « Il faut, on doit... », même si tout le monde sait bien à qui est adressé l'injonction. A la fin du staff, chacun retourne à ses occupations. La cadre reste parfois avec un agent ou avec la secrétaire afin de régler quelques détails.

En fait, l'observation du staff donne une bonne idée du fonctionnement du cadre du service. Certains cadres laissent les médecins et surtout les AS et IDE mener et gérer le point patient. Ils n'interviennent en rien dans le diagnostic ou dans le soin proposé par un agent, mais uniquement pour des éléments qui ne sont que de son ressort : un rappel juridique, par exemple. A l'inverse d'autres cadres mènent assez la réunion et interviennent sur presque chaque cas.

Le langage a la propriété de dire l'action, de la décrire, de la rapporter, de l'interpréter. L'action est distribuée entre les acteurs qui occupent des espaces différents ou qui se succèdent par équipe. Comme le souligne Michèle Lacoste, la coordination des différents acteurs nécessite une activité de récit d'évènements, d'information mutuelle, de transmission de consignes, pour construire une continuité à travers la succession des acteurs. Ainsi, que ce soit les transmissions lors de la relève d'équipe ou le point patient (staff), elles permettent de relater les évènements importants concernant chacun des malades. « *L'infirmière dispose ainsi d'une information orale qui double l'information écrite et possède sa force propre* » (Lacoste, 1995, p.33).

L'équipe de jour est constituée des paramédicaux qui travaillent le matin jusqu'à 14h. L'équipe du soir commence à 14h, et l'équipe de nuit commence à 20h.

Le staff n'ayant lieu qu'une seule fois durant la journée, avec l'équipe du matin, une passation est donc nécessaire avec l'équipe du soir. L'équipe du soir fait donc aussi de même avec l'équipe de nuit. Néanmoins, les cadres aiment à y être présents afin de contrôler que toutes les informations sont bien transmises et au cas où la nouvelle équipe aurait des questions à lui poser. Ces passations se déroulent en salle des soins ou salle des infirmières, sans la présence obligatoire des médecins ou du cadre de santé. Elle se fait entre les agents en groupe commun ou divisé en deux selon les secteurs.

D'autres éléments servent de passation ou de lien entre les différentes équipes, surtout celle de nuit, et le cadre. Ainsi le planning peut être consulté à n'importe quel moment par les agents, les dossiers des patients sont pris en main et annotés par tous : infirmières, aides-soignantes, médecins, cadre. Mais surtout le cahier noir permet quant à lui de faire le point sur les entrées et sorties des patients et sur l'occupation des lits.

En voici la trame :

Date du jour	
Entrées : ici sont collées les étiquettes patients	Sorties :
Mutations : (les mutations correspondent au changement de chambre, par exemple pour laisser les patients de même sexe ensemble, ou séparer ceux qui s'entendent pas, ou autre) étiquettes patients	

La gestion du personnel (le planning) est le point noir de la fonction qui revient dans chaque entretien.

« Je dirai chacun conçoit son temps. Vous entendrez beaucoup de cadres vous dire que le planning ça leur prend beaucoup de temps, bah... Moi, je ne veux pas que ce soit ma priorité. Donc en fait le planning je le gère que quand il y a des soucis derrière le travail. L'équipe, ils sont en planning auto-géré. Donc, moi, ce qui me prend le plus de temps, c'est la gestion des patients et puis après, c'est tout ce qui est la réflexion de fond quand on monte une réunion de service, quand on lance un projet de service etc. C'est plus ça, en fait. Le management de l'équipe au quotidien et des patients. »
(Céline, cadre de santé)

Cependant, tout dépend du service du cadre. Certains services plus attrayants que d'autres, comme la réanimation ou la cardiologie, souffrent moins d'une pénurie de personnel, la gestion du planning est donc moins prenante. De même, tout est fonction de l'organisation du cadre : certains cadres laissent le soin au personnel de s'auto-gérer, c'est-à-dire de remplir eux-mêmes le planning et de résoudre leurs soucis de planning entre eux. Mais ce type de cadre n'est pas majoritaire, la plupart préfèrent avoir la main sur le planning afin d'être sûrs que le personnel nécessaire sera présent 24h/24.

Le plus gros calvaire du travail du cadre, ce qui lui prend le plus de temps et d'énergie c'est la gestion du planning des agents paramédicaux. En plus des contraintes liées aux 35 heures, des arrêts maladies et des congés, les cadres sont confrontés au problème de pénurie de personnel, le personnel de renfort n'étant souvent pas suffisant. Entre le personnel en arrêt connu au dernier moment qui suppose que le cadre trouve en urgence des heures supplémentaires et les trous divers à combler, le cadre passe facilement des journées entières à

ne s'occuper pratiquement que du planning bien qu'il le prévoit généralement deux à trois mois en avance.

La gestion du planning est généralement faite uniquement par le cadre, mais certains laissent les agents effectuer des changements sur le planning mais il doit tout de même souvent intervenir pour que ce soit bien géré. En plus de la difficulté de trouver des remplacements, le cadre doit souvent demander à son cadre supérieur si tel ou tel agent est en mesure de faire des heures supplémentaires. Les cadres doivent beaucoup recruter dans les autres services (souvent très éloignés médicalement parlant du leur) afin de combler les trous. La plupart des agents qui acceptent de faire des remplacements donc des heures supplémentaires ne le font que de nuit car ils sont un peu plus payés. Le problème est que les trous à combler sont surtout durant la journée. Le quota d'heures supplémentaires par agent est limité à 180 heures annuelles en 2008. (Stingre, 1999, p.32) Donc le cadre, aidé par son cadre supérieur doit également prendre en compte la législation concernant les horaires de travail des différents agents.

« C'est là le gros souci, donc mon gros travail à moi, c'est ce planning. Ça me prend... Je sais pas en nombre d'heures, c'est énorme. Voilà, mon gros du travail c'est remplir ce planning. Vous imaginez un mot croisé de 1000 cases qui est vierge et qu'il faut combler. Et que ça tienne la route à la verticale et à l'horizontale. Et y'a toujours, soit des imprévus de tous ordres, anticiper les vacances. Et encore, je croise les doigts qu'il n'y ait pas trop d'arrêts maladie, le moindre arrêt maladie, ça se transforme en catastrophe. Un seul arrêt et on est tout de suite obligé de combler avec des heures sup, autrement on arrête un secteur. C'est serré, serré, serré, on n'a absolument aucune marge de manœuvre. » (Etienne, cadre de santé)

Le souci de pénurie de personnel contraint les cadres de santé à revoir le planning quotidiennement, bien qu'il ait déjà été préparé des mois à l'avance. Les cadres ont peu de marge de manœuvre car leur service tourne déjà dans la plupart des cas à minima. C'est-à-dire que le service tourne 24h/24 avec le minimum de personnel nécessaire. Le moindre arrêt maladie ou la moindre absence de personnel, et c'est le service qui risque de fermer car le nombre de personnes est toujours à flux tendu. Le cadre passe alors des heures à essayer de combler ces trous en personnel et demandant à leurs équipes d'effectuer des heures supplémentaires. Heures supplémentaires revenant plus chers à l'établissement et pouvant aussi user le personnel.

Le cadre a sinon la possibilité de faire appel à l'équipe de renfort. Chaque pôle a une équipe de renfort, c'est-à-dire une équipe de personnel ne servant qu'à combler les trous dans les

services. Le risque pour le cadre est que ce remplaçant ne soit pas assez polyvalent pour être autonome dans son service. La dernière possibilité du cadre est de faire appel à des vacataires, c'est-à-dire à des personnes extérieures au service ou à l'établissement, ayant une connaissance du service afin de remplacer une personne.

A leur travail contraignant s'ajoute le manque de matériel. Suite à nos observations du quotidien des cadres, nous avons pu noter ces difficultés matérielles. Tous les cadres interrogés ont évoqué le souci du manque de fourniture de matériel de leur bureau. Ils désirent un téléphone qu'ils puissent mettre sur haut parleur pour continuer à effectuer des tâches lorsqu'ils sont en conversation, un répondeur pour qu'ils puissent savoir qui les a appelés lors de leur absence du bureau. Ils aimeraient un téléphone portable afin d'être toujours joignable et ne pas devoir courir dans tout le service lorsqu'ils entendent leur téléphone sonner comme nous le montre cette observation :

15h35 : La cadre va enfin aux toilettes.

Le téléphone sonne dans son bureau, elle revient en courant mais trop tard. Elle se demande si ce n'est pas sa cadre supérieure et décide de la rappeler mais elle ne répond toujours pas. Elle me raconte qu'elle aura bientôt un portable professionnel, ce qui est beaucoup plus pratique pour se faire joindre.

Une IDE arrive, elle a besoin d'électrodes. La cadre va au poste de soins, prend une feuille dans le placard. Le téléphone sonne dans son bureau, elle y retourne en courant. Elle doit retourner chercher le planning en salle des soins. Elle retourne au bureau en courant, au téléphone : c'est une IDE qui veut faire des heures supplémentaires. [...] Elle rappelle ensuite une vacataire IDE. En attendant qu'elle réponde, elle fantasme sur un téléphone main libre avec répondeur, touche rappel etc. L'IDE répond. (Extrait d'observation, service 2)

Nous pouvons voir dans le tableau ci-dessous l'importance du téléphone dans une journée de cadre de santé. Les cadres appellent généralement plus qu'elles ne reçoivent de coup de fil. Il est à noter l'importance des appels émis qui renvoient aux répondeurs ou à aucune réponse, ce qui fait que le cadre doit sans cesse rappeler plusieurs fois pour obtenir une réponse et avancer dans son travail.

Tableau 17 : Nombre d'appels téléphoniques du et pour le cadre de santé, constatés sur une journée.

	Obs1	Obs2	Obs3	Obs4
Nombre d'appels émis	47	14	19	19
dont aucune réponse	26 (55%)	8 (57%)	5 (26%)	6 (31%)
Nombre d'appels reçus	23	18	6	20

Nous voyons au travers ce tableau que dans certains services, plus de la moitié des appels émis par les cadres de santé ne sont pas réceptionnés, ce qui oblige le cadre à patienter et à remettre la tâche en cours à plus tard.

L'architecture du service, comme nous l'avons déjà évoqué sépare le cadre et les agents des médecins et de leurs secrétaires. Le problème de moyens et de matériels fait que le cadre n'a ni imprimante, ni photocopieuse, ni fax dans son bureau. Il peut généralement imprimer en salle des infirmières, mais le fax et la photocopieuse ne se trouvent qu'au secrétariat, c'est-à-dire éloignés de son bureau.

Les cadres qui ont pourtant constamment besoin de ces éléments de bureautique doivent sans cesse se déplacer afin de les utiliser. Voici un tableau comptabilisant le nombre de déplacements des cadres de santé en une journée.

Tableau 18 : Nombre de déplacements du cadre de santé sur une journée

	Obs1	Obs2	Obs3	Obs4
Retour au bureau	36	21	16	29
Salle des soins	22	19	11	22
Secrétariat	7	3	3	4
Salle des internes	5	0	5	0
Office	0	3	1	6
Chambres des patients	5	3	4	6
Couloir, salle stock	13	11	5	14
Autres, hors du service	1	4	9	1
Total	89	61	54	82

Les déplacements du cadre se dirigent surtout vers la salle des infirmières, ensuite dans le couloir, et pratiquement autant vers le secrétariat que dans les chambres de patients.

Les cadres essaient au maximum de minimiser leurs déplacements vers le secrétariat, mais cela n'est pas toujours possible car tout doit toujours être fait immédiatement.

« Mais c'est vrai que des fois à la fin de ma journée et bein je me dis, bein tiens mon truc il a toujours pas avancé, mais qu'est-ce que j'ai pu faire ? Et puis j'essaye de lister, et finalement je me rends compte que j'ai fais un tas de trucs. C'est beaucoup de téléphone, c'est beaucoup de déplacements. »
(Candice, cadre de santé)

L'émiettement du travail des tâches du cadre participe de la non visibilité de ce qui a été réalisé. Il ne favorise donc pas la satisfaction au travail et l'estime de soi.

Le cadre de santé doit ainsi satisfaire à de multiples fonctions et gérer de nombreuses contraintes. Sa priorité est le patient, il est le garant de la qualité des soins qui lui sont dispensés. Il organise le travail, gère le personnel, les stocks, la maintenance du matériel, bref assure le bon fonctionnement du service. Il recueille les données de son service en termes de résultats et d'indicateurs au travers des tableaux de bord et participe de ce fait au développement de la qualité des soins au niveau de l'établissement.

3- Les autres activités du cadre de santé

Le quotidien du cadre de santé est également constitué de multiples autres tâches régulières, que nous allons retracer ici.

En tant que cadre, et de surcroît inscrit dans un pôle, les cadres sont fréquemment invités à des réunions : réunions de cadres de pôle¹⁰¹, réunions avec le chef de service, réunions des cadres sur l'ensemble de l'établissement etc.

« Y'a une réunion avec la direction des soins et les cadres supérieurs de santé, c'est une fois tous les quinze jours. Y'a une réunion avec la direction des soins, les cadres supérieurs et les cadres de santé, tous les un mois et demi. Après réunion de service, aux urgences c'est une fois par mois. Après y'a les réunions en réa, alors c'est un peu moins régulier ; souvent y'a un nouveau chef de service qui est arrivé alors on se réorganise. Après y'a toutes les autres réunions, alors qui vont et viennent en fonction. Là on est en train de travailler sur le document unique, alors on va avoir des réunions sur le document unique. Après pour l'accueil aux urgences, on a eu des réunions pour l'accueil administratif entre-autre, la réorganisation. Après on a des réunions avec l'extérieur qui sont certifiées. On a des réunions de suivi de la certification, des réunions de comité de pilotage, mais aussi des réunions de service, donc programmées à l'année, y'en a à peu près cinq dans l'année sur chaque site. Pour les réunions de service, s'ajoutent les réunions de pilotage et les réunions de suivi. [...] Après y'a les réunions ponctuelles quand y'a un problème à tel endroit. Par exemple, là, y'a eu un souci d'organisation en médecine interne, on s'est réuni, on a parlé, on a eu le compte-rendu, là, on a une réunion demain de mise en place du plan d'action et puis va y'avoir les suivis, voilà. Donc je peux pas dire que ce sont des réunions inutiles mais ça nous bouffe notre temps. » (Cindy, cadre supérieur de santé)

Plus l'on grimpe dans la hiérarchie soignante, et plus l'encadrement s'accompagne de réunions.

Le projet de service

« Un projet de service est tout autant une série d'objectifs à atteindre avec un plan d'action qu'un processus de participation de l'équipe qui fait que celle-ci adhère au projet »¹⁰². Le but d'un projet de pôle ou de service est avant tout l'amélioration de la qualité

¹⁰¹ Entre 5 et 10 cadres dans un pôle en général.

¹⁰² Extrait photocopié cours IFCS sur le projet de pôle et de service

du service rendu aux usagers. Le projet concerne l'ensemble des activités du service : médicales, soignantes et administratives. Il décline les objectifs du service, les actions à mener, les moyens nécessaires (en personnel, locaux et équipements), les indicateurs de suivis. Comme le décrit Thierry Servat, « *l'émergence d'une culture projet est aujourd'hui incontestable* » (Servat, 2006, p.7-12). Outre l'obligation législative¹⁰³ de mettre en place des projets dans les établissements de soin, le concept de projet revêt une place capitale dans les organisations notamment avec l'apparition de l'accréditation et de la démarche qualité. Au sein d'un groupe de professionnels aux qualifications différentes, le cadre de santé doit réussir à maintenir une collaboration de ces professionnels pour réaliser un projet de soins commun. Le projet de l'unité de soin peut dès lors se révéler fédérateur. « *Le projet apparaît comme un programme d'objectifs à atteindre pour anticiper une ou plusieurs actions. C'est un outil qui permet de donner du sens à l'activité d'une unité de soins et à l'équipe. Le projet tend à développer chez les acteurs concernés un effort de prospective et une recherche de cohérence en laissant une marge de manœuvre et d'initiative à l'équipe* » (Ibidem). Les cadres de santé sont le premier et principal maillon de mise en œuvre de projet institutionnel. C'est à leur niveau que l'opérationnalité du projet s'exerce, que les évaluations s'opèrent, que la contribution à la qualité se mesure et que le lien s'établit avec les professionnels et leur rapport au travail.

Le projet se construit sur un mode opératoire généralement en quatre étapes :

- La conception

C'est le moment où le cadre de santé pense le projet dans son contexte, en pose le sens et établit un plan d'action. Ce qui permet d'aboutir à la constitution d'un groupe de travail avec des acteurs déterminés, choisis sur le mode du volontariat.

- L'organisation

Le cadre prend en compte le contexte général (cadre politique et socio-économique), ainsi que les besoins de l'établissement, les divers dysfonctionnements, les besoins des individus et surtout l'ensemble des lois, règlements ou toute autre norme de nature juridique, législative, éthique, déontologique, auxquels est soumise l'institution. Le cadre élabore les objectifs en fonction des moyens.

- L'opérationnel

¹⁰³ Ordonnance du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée venant renforcée la loi du 31 juillet 1990

C'est la mise en œuvre de la phase précédente. Le cadre planifie des réunions, répartit les rôles en fonction des domaines de prédilection de chacun et des moyens techniques existants. Le cadre remplit ses fonctions d'organisateur, d'animateur et de coordinateur. Il doit gérer l'information entre chaque membre du groupe et avec l'institution

- L'évaluation

Le cadre doit évaluer son projet selon plusieurs critères : la pertinence des objectifs, l'efficacité du projet, l'adhésion de tous les acteurs concernés, la faisabilité (adéquation des moyens), l'applicabilité, l'efficience et la conformité du projet.

L'évaluation finale est satisfaisante lorsqu'elle répond positivement à l'ensemble de ces critères. L'efficacité est testée après présentation du travail à l'ensemble des responsables des services, ainsi qu'à un échantillon de collègues, de patients et de praticiens (avec questionnaires d'évaluation à remplir). Au final des réajustements sont opérés. (Neveu, 2009) « *Alors, c'est vrai, le projet est chronophage et par définition long et complexe à mettre en œuvre. Il nécessite de plus une phase préopératoire d'analyse, permettant au cadre d'acquérir un minimum d'informations quant au contexte dans lequel il doit envisager une intervention de changement induite par le projet à mener (environnement, ressources, contraintes, acteurs, systèmes d'actions concrets et enjeux, ...). Mais l'enjeu est de taille : le management par projet est un acte qui pose la reconnaissance des soignants comme auteurs de leurs pratiques et des évolutions à décliner au sein des organisations de soins* » (Ibidem).

Suite au projet de leur pôle, les cadres de santé doivent élaborer un rapport d'activité permettant de partager les informations relatives à l'activité réalisée par le service. Ce rapport décrit de manière synthétique, les actions, méthodes, moyens, résultats et perspectives en les mettant en relation avec le projet institutionnel. Pour élaborer ce rapport, les cadres de santé font généralement appel à la construction de tableaux de bord et utilisent de nombreux indicateurs : de ressources matérielles, humaines et financières ; de production ou de résultats (occupation des lits, nombres d'actes, de pannes etc.) ; de qualité (pourcentage d'infections nosocomiales, nombre d'incidents, évolution du taux de ré-hospitalisation, etc.)

Evaluation de l'équipe soignante

Accompagnant les projets d'établissement ou de service, les cadres doivent annuellement évaluer leur équipe soignante. L'évaluation est un moment où le cadre de santé

peut faire un vrai point sur les capacités et le comportement de ses agents. C'est également le moment propice où l'agent peut évoquer certains problèmes ou effectuer certaines demandes de mutations ou de formations. Le cadre profite également de ce moment pour faire le point sur les infirmières référentes et modifier leurs attributions.

3^e agent. Cadre : « avec Fabienne (la 1^{ère} IDE), on parlait de te mettre en référente douleur. »

AS : « Ah, pas un 3^e truc ! » Elle est déjà référente hygiène et référente des élèves. « Ou alors vous m'enlevez de l'hygiène, parce que ça me... Faut y mettre les jeunes, c'est elles en plus qui font le plus de bourdes, ça leur apprendra. »

Cadre : « Oui, c'est pas une mauvaise idée »

L'AS est étonnée par sa note 15,25 / 25. Cadre : « C'est parce que t'es jeune, on monte la note avec l'ancienneté. Il faut surtout que tu regardes les appréciations. Pour avoir 25/25, faut vraiment être exceptionnel, être partout. »

AS : « Je veux bien encadrer les élèves, mais pas être leur référente, c'est chiant, et plus l'hygiène. Mais la douleur avec ma petit crème fraîche, ok ! »

La cadre évoque qu'elle est contente de voir que les agents écrivent bien dans les carnets de transmission. L'AS évoque certains problèmes sur ce qui doit être exactement noté dans les transmissions ciblées. [...]

4^e agent. La cadre lui explique que son nouvel objectif doit être les transmissions ciblées. [...]

Fin du rendu des évaluations pour les agents présents. La cadre regarde qui est là de nuit. Puis, elle range son bureau avant de partir. Elle laisse sous enveloppe la validation pour l'agent de nuit. (Extrait d'observation, service 2)

Les cadres doivent donc libérer plusieurs heures durant quelques semaines pour rencontrer tous les agents du service. Pour les agents travaillant de nuit, le rendez-vous en entretien avec le cadre est rare. Le cadre laisse les documents d'évaluation dans le service, à portée de ces agents qui les signeront ensuite (sauf en cas de désaccord), et que le cadre récupérera plus tard. Ces évaluations sont ensuite transmises au cadre supérieur, qui finalisera leur validité.

Outre les évaluations annuelles, les cadres sont également en charge de l'évaluation des stagiaires. Le rendu d'évaluation se déroule alors avec les différentes infirmières qui ont accompagné le jeune stagiaire durant son stage dans le service. Le cadre s'entretient au préalable avec les agents avant de faire venir le stagiaire et de lui remettre son évaluation en lui expliquant ses points forts et ses points à améliorer ainsi que les ressentis de l'ensemble du personnel sur ses capacités.

L'élève arrive. La cadre lui propose de s'asseoir puis lui demande ce qu'elle pense d'elle-même. L'élève raconte qu'elle attendait beaucoup de ce premier stage, ce devait être un test pour voir si elle est faite pour ça ou pas.

Maintenant, elle a encore plus envie de faire ce métier, malgré des moments durs. La cadre lui demande ce qui lui a plu. Cadre : « Vous vous êtes senti encadrée ? » - « Oui, vraiment par tous les membres de l'équipe, même par les ASH qui m'ont bien montré les codes couleurs etc. » La cadre retransmet ensuite les critiques de l'équipe, la concernant, ce n'est que du positif. Elle la prévient qu'elle est même peut-être trop rapide pour l'instant car elle est encore jeune et peu de ce fait rater des actes. Elle lui donne des conseils pour l'avenir : Cette élève doit garder son dynamisme et sa curiosité qui font qu'elle sera très bien dans ce métier, elle doit garder sa spontanéité mais apprendre à être plus posée. La cadre lui remet son évaluation pour qu'elle la lise et la signe. L'élève garde la feuille qu'elle remettra à son IFSI. La cadre lui dit qu'elle garde ses coordonnées au cas où elle a besoin de renfort, l'élève est tout à fait d'accord.
(Extrait d'observation, service 4)

Finalement, les cadres de santé profitent généralement de ces évaluations de stage pour jauger également leur équipe. Au travers des questions posées au stagiaire sur le déroulement de son stage dans le service, le cadre peut également juger de la bonne prise en charge des étudiants par ses agents.

Le management du personnel

Nous avons déjà étudié dans notre précédente partie de thèse l'image féminine de la soignante. L'image de l'infirmière entièrement dévouée à son travail est toujours assez présente aujourd'hui dans les représentations de la société. Les cadres de santé semblent pourtant regretter ce manque d'attitude de dévotion au sein des jeunes générations d'infirmières.

« Mais le rapport au travail, oui, je pense qu'il a changé. Et je pense que c'est partout, je veux dire. C'est vrai qu'avant... Mais c'est un peu le milieu hospitalier, avant les infirmières, elles étaient dévouées, elles avaient pas d'heure... Mais, ça a changé ça aussi. Y'en a [des étudiants en IFSI] qui rentrent un peu par hasard au début, ils se découvrent un intérêt dans cette profession et ils restent, sinon ils partent, y'en a beaucoup qui partent. Y'a une image, et puis on arrive et on découvre. » (Sylvie, étudiante IFCS)

Les cadres de santé parlent de la génération RTT qui n'accepte plus les heures supplémentaires quotidiennes de leurs prédécesseurs.

« Il y a 22 ans que je suis infirmière. Ici, elles viennent bosser, elles viennent faire leurs 8 heures, et puis ça se barre. On le voit au niveau des élèves de toute façon. Ça fait, 6, 8, ça fait 6, 8 ans que la mentalité des élèves a changé. Peut-être que c'est en partie notre attitude aussi qui fait

que elles, elles ont évolué. Mais bon, la mentalité des jeunes, ça promet ! Je sais pas ce que ça va donner pour être soigné quand je serai vieille. Franchement. Parce que les vieux, ça les intéresse pas non plus. Urgences, réa, chirurgie, la médecine bof, c'est pas très intéressant la médecine. » (Sabine, cadre de santé)

« Je pense que le personnel de notre génération, tous ceux qui ont 50 ans aujourd'hui, on était plus disponible. Même si on avait du travail à côté, une famille, des enfants, on n'était pas à cinq minutes près. On n'était pas à compter comme aujourd'hui on est à compter. Je pense que les RTT n'ont pas arrangé les choses : on calcule, on calcule le temps annuel, on calcule tout. Mais le personnel de l'autre côté, il calcule lui aussi. Je viens à la réunion, oui, mais à condition que se soit comptabilisé en heures supplémentaires ou en heures qu'on peut récupérer sinon je viens pas. Et les jeunes, maintenant, c'est ça. » (Bernadette, étudiante IFCS)

Ces nouveaux comportements apparaissent comme incongrus pour les cadres de santé. Ce type d'attitude leur paraît dû à une perte des valeurs inhérentes aux soignants.

« Ils sont horrible les élèves. J'étais avec les premières années, ça les intéresse pas. On se demande pourquoi ils s'engagent sur ces 3 ans d'études. Bon, on n'est plus des bonnes sœurs, mais bon, on peut pas choisir ce métier là comme on choisit, je sais pas moi, d'être caissière ou dans un bureau : je fais ma journée, mon travail sur 7 heures et puis après je rentre. » (Sabine, cadres de santé)

« La technique prime, mais y'a aussi le côté relationnel, la façon d'être. Très important la façon d'être. A ce propos, je pense aussi qu'on n'est pas là que pour apprendre un savoir, des connaissances, un savoir-faire, des gestes techniques, on est là aussi pour veiller à un certain savoir être. Comme j'ai dit tout à l'heure, y'a pas un profil, mais en tout cas y'a des choses qui ne sont pas tolérables dans le comportement. Du dédain vis-à-vis d'une équipe de formateurs, du dédain vis-à-vis d'une équipe d'encadrement, ou des infirmières, ce n'est pas tolérable. On suppose qu'ils vont transférer ça aussi vis-à-vis d'un patient. » (Léonie, cadre formateur)

« Les infirmières laïques et infirmières religieuses s'inscrivent dans un univers mental similaire, fortement marqué par des principes moraux verticaux, par une confusion des principes de la vie privée et de la vie professionnelle, par des logiques du don charitable, privé ou public, par une logique immémoriale de don communautaire, teintée de patriotisme ou de religion » (Aïach, Fassin, 1994, p.234-235). Sous de nouvelles formes, la notion de don hante encore le travail infirmier.

En analysant les discours, nous pouvons constater que les cadres de santé sont conscients que les changements sociologiques chez la nouvelle génération de soignants sont à rapporter à l'ensemble de la société. Mais ces changements seraient désormais caractérisés par des nouvelles formes de précarité et d'égoïsme. L'individualisme et l'esprit contestataire

s'opérerait au détriment des anciennes valeurs soignantes d'esprit de groupe et de dévouement. Ainsi, « *les identités de nombreuses infirmières, dès lors qu'elles deviennent cadres, sont ainsi construites à partir d'un regret ambivalent à l'égard des malades, exprimé sous la forme de sentiments d'incompréhension vis-à-vis des nouvelles générations d'infirmières* » (Vega, 2000, p.74).

L'investissement professionnel du cadre de santé lui fait parfois porter un regard sévère sur les comportements et attitudes de la nouvelle génération de professionnels. Il est facile d'opposer les anciens, dévoués et toujours prêts, qui gardent encore l'image du dévouement pour ne pas dire de la charité, aux plus jeunes qualifiés d'individualistes. Or, la génération des cadres de santé est elle aussi différente.

« Le cadre est l'élément ressource. Et cette notion là, on la perd. Maintenant, on forme des gestionnaires, on ne forme pas des cadres. [...] Moi j'avais l'impression avant que pour être cadre, certes il fallait avoir une certaine expertise de sa discipline, mais il fallait avoir du caractère. Fallait être dur, voilà. Les choses ont changé aussi par rapport à cela. D'ailleurs ce trait de caractère qu'on demandait aux cadres, les dessert un peu là actuellement. Vous savez avec la pénurie de personnels, on peut plus traiter les gens comme on les traitait avant. Vous savez une infirmière qui estime que vous êtes trop dur avec elle... » (Constant, cadre de santé)

Les cadres de santé doivent s'adapter aux évolutions hospitalières et donc changer leur façon de faire et leur façon d'être. La surveillante autoritaire, dure avec son équipe, comme le souligne Constant, a du laisser place à un manager à l'écoute et diplomate.

La difficulté du cadre de santé est surtout de réussir à maintenir une cohésion d'équipe à l'heure de la pénurie de personnel et du fort turn-over des infirmières.

Le problème de génération est surtout un problème de cohabitation et d'entente professionnelle que le cadre doit savoir gérer pour maintenir un bon fonctionnement de son service. Les anciennes ont l'expérience et le savoir, mais les jeunes ont également une connaissance plus moderne d'actes de soins. Le cadre doit réussir à établir un bon équilibre au niveau du personnel, tâche rendue plus ardue encore par le manque d'infirmières dans certains services peu demandés.

« Les anciennes se sont la mémoire du service, et les jeunes ne savent pas s'organiser, elles sont un peu perdus au début. Elles ont besoin d'avoir des anciennes qui les encadrent. C'est rassurant pour elles aussi. Parce que ça se chamaille comme dans une cours de récréation. Les anciennes aussi, mais c'est pas les mêmes chamailleries. Que des jeunes, que des vieilles, c'est pas bien, un mélange de génération c'est parfait pour une équipe, parce qu'il faut de chaque, c'est ça qui crée l'équilibre dans une équipe. Si on a que des jeunes, elles sont perdues. Si on n'a que des vieilles, elles sont

campées sur leur manière de travailler. Un mélange c'est plus harmonieux. » (Sabine, cadre de santé)

Ainsi, les difficultés que peuvent rencontrer les cadres dans le management de leur équipe ne sont pas renvoyer systématiquement au conflit de génération. Les évolutions entrepreneuriales de l'hôpital sont également un facteur majeur pour expliquer les évolutions nécessaires du management soignant : « *Des formes intéressantes de coopération entre les anciennes et les jeunes générations se créent si les conditions sont réunies. Parfois des tensions peuvent exister à cause d'une accumulation de facteurs de contexte tels que l'effet du nombre de jeunes arrivés dans un service, les ruptures démographiques, les changements non accompagnés, l'éloignement du management de proximité. [...] Mais fondamentalement, il n'existe pas de conflits de génération. C'est une erreur de renvoyer aux conflits de génération des problématiques qui relèvent en fait des thématiques de transformation de l'entreprise* » (Flamant, 2007, p.365).

Regardons l'étude faite par Ivan Sainsaulieu sur les représentations qu'ont les infirmières de leur cadre. (Sainsaulieu, 2008a, p.69-70 ; Sainsaulieu, 2008b, p.673) Nous avons repris les résultats de cette étude dans un tableau.

Tableau 19 : Regards croisés sur le cadre de santé

Les cadres...	Réponse affirmative des infirmières	Réponse affirmative des cadres de santé
♦ gèrent peu les relations dans l'équipe	14%	53%
♦ gèrent peu l'activité du service	21%	38%
♦ exercent un commandement	13%	0,2%
♦ affirment un principe hiérarchique	49%	3%
♦ mettent en œuvre les consignes de la direction	30%	3%
♦ exercent des pressions affectives	20%	3%
♦ ne valorisent pas le travail effectué	17%	81%
♦ favorisent peu la participation	19%	75%
♦ favorisent peu la négociation	26%	43%
♦ favorisent peu la formation	12%	36%
♦ devraient mieux assurer la coordination du service	67%	20%
♦ ne font pas vraiment partie intégrante de l'équipe	36%	63%
♦ sont en réunion	82%	44%
♦ font les plannings	76%	52%
♦ s'occupent peu des familles et des patients	11%	30%
♦ ont un travail enrichissant	13%	50%
♦ ont un travail routinier	25%	3%

Ces chiffres nous montrent que les infirmières ont une image de leur cadre comme ayant pour principale tâche de mettre en œuvre les consignes de la direction. Selon elles, les cadres n'assurent pas assez la coordination du service et sont continuellement en réunion. En décalage, les cadres pensent peu gérer les relations dans l'équipe, ne pas exercer de commandement, ne pas mettre en œuvre les consignes de la direction. Ils sont également assez critiques à l'égard d'eux-mêmes : ils pensent ne pas valoriser assez le travail effectué par leur équipe, ne pas assez favoriser la participation, et surtout ne pas faire partie intégrante de l'équipe. Pourtant, les cadres de santé interviewés dans nos recherches revendiquent cette appartenance à leur équipe soignante. Cependant, ils ne peuvent se positionner au même niveau que leurs anciens comparses puisque leur fonction est désormais autre que le soin.

Pourtant, les infirmières et les cadres de santé partagent des représentations convergentes (Sainsaulieu, 2008a, p.67 et 71) :

Tableau 20 : Représentations convergentes des infirmières et des cadres de santé

Représentations convergentes	Infirmières	Cadres de santé
♦ attente de reconnaissance par les patients	43%	42%
♦ attente de reconnaissance par la fiche de paie	20%	26%
♦ attente de reconnaissance par les cadres	18%	18%
♦ attente de reconnaissance par les médecins	15%	18%
♦ l'activité du cadre est aussi une compétence en plus d'un métier	50%	45%
♦ les cadres sont utiles et améliorent plutôt les choses	56%	59%
♦ la motivation des cadres réside dans le management des personnes	63%	59%
♦ la motivation des cadres réside dans le fait de faire changer les choses	49%	50%

Les infirmières et les cadres ont la même représentation de la motivation à être cadre : manager des individus et faire changer les choses. Le parallélisme des points de vue des infirmières et des cadres de santé sur les valeurs et le contenu du travail cesse devant l'exposé des pratiques. Le cadre pense l'infirmière dans la participation qu'il met en place tandis que l'infirmier ne voit pas le cadre dans le travail qu'il réalise. « *Ils décrivent davantage leurs cadres par des traits de caractère ou de personnalité, plutôt qu'au regard d'une conception de l'approche des soins* » (Benevise, 2000, p.37).

Les infirmières considèrent que pour être un bon cadre, il faut faire la preuve d'une bonne maîtrise des soins techniques. La survalorisation du travail technique par les équipes soignantes a pour corollaire une dépréciation du travail intellectuel et des activités gestionnaires du cadre. Le rôle du cadre s'inscrit davantage dans une logique de gestion et d'écriture que dans le modèle infirmier. Les cadres donnent alors l'impression d'être loin de la réalité des soignants et donc en quelque sorte absents.

Gérer les stocks

Une autre activité régulière dans la fonction d'encadrement est la gestion des stocks. Une mauvaise gestion des stocks peut mettre l'ensemble des professionnels médicaux et paramédicaux en difficulté, mais surtout peut mettre à mal la qualité des soins. Un cadre de santé ne peut se permettre de manquer de gants ou d'aiguilles par exemple, dans son service. Pourtant, dans l'établissement observé, la gestion des stocks devient un véritable calvaire pour l'ensemble des cadres, soumis à un service de stock qui fait primer les restrictions budgétaires sur le besoin des services et de la qualité des soins. Les exemples des soucis de stocks sont multiples mais nous n'en citerons que quelques uns ici.

« Avec les contraintes budgétaires, pour les services c'est terrible. On n'a pas la même qualité de travail qu'on avait il y a quoi, il y a même 5 ans. Par exemple, les stocks. Quand on vous donne une commande, on vous donne pas la commande, on vous donne aller la moitié de votre commande. Donc on est toujours en rupture de stock, on est toujours à réclamer, justifier pourquoi on en a besoin et c'est épuisant. Nous, ça nous fait faire des démarches, ça nous fait déplacer du personnel, si vous voulez quelque chose en plus il faut faire un bon d'urgence, envoyer quelqu'un à l'économat le faire signer. Une fois que c'est signé, il faut envoyer la personne au magasin pour aller chercher le matériel. Ça fait du manque de personnel dans les services. [...] Quand on commande du papier toilette, vous avez 6 rouleaux c'est quand même spectaculaire, hein. On vous donne 6 rouleaux de papiers toilette maximum par mois, franchement, j'ai 25 lits quand même. Voilà, ce genre de choses. » (Gisèle, cadre de santé)

« Vous savez maintenant on travaille, dans les dotations, on travaille avec une CMM, une consommation moyenne mensuelle, qui a été faite sur des chiffres que nous on trouve totalement arbitraires, sur des données complètement arbitraires, parce que qui partait pas de quelque chose de très, très fiable. Donc bon, y'a des choses qui peuvent varier dans l'année, y'a des piques. Je pense, pas forcément en médecine, encore que, mais je

vois ma collègue en pédiatrie, y'a des piques saisonniers, y'a des flux d'enfants avec les bronchiolites etc. Les dix masques qu'on commandait pour faire les aérosols, globalement sur l'année, bein je regrette en période de bronchiolite, y'en a 30 tous les 15 jours qui doivent arriver. Et là ça pose problème. Il faut retourner dire : « attendez, on est en période de bronchiolite, faut que... » Voilà. On perd un temps, on perd un temps, on perd un temps... » (Nadine, cadre supérieur de santé)

« Mais moi, systématiquement pour mes commandes, à mi mois, je suis obligée de refaire une commande où je fais l'évaluation de ce qui me manque pour refaire un bon. En me disant, faut pas que j'en commande trop d'un coup parce que sinon... Parce qu'en fait on me réduit tout ce que j'ai fait en bon d'urgence, on me le réduit à la fin sur ma commande mensuelle. Et mes commandes mensuelles, c'est complètement illogique, puisque j'ai fait ma commande là, vendredi dernier, pour deux mois alors que je n'ai même pas encore eu ma commande du mois dernier. » (Sandrine, faisant fonction cadre de santé)

C'est donc au final, toujours au cadre de santé de se débrouiller auprès de ses collègues cadres des autres services en leur demandant en urgence un produit, ou de négocier pour la moindre boîte de gants. Le cadre de santé est alors contraint de façon journalière de faire des bons d'urgence auprès du service concerné pour palier à ses ruptures de stocks. Or, ce même service, par soucis de rationalité budgétaire déduit la quantité demandée en urgence sur la commande en cours, ce qui par un système de cercle vicieux conduira le cadre quelques semaines plus tard à refaire un bon pour le même produit. Un autre effet pervers de cette organisation est de contraindre finalement le cadre de santé à utiliser un produit en stock qui reviendra encore plus cher à l'établissement que celui utilisé habituellement.

Une à deux fois par semaine, selon les pathologies traitées dans le service, les cadres de santé doivent alimenter le stock de médicaments spécifiques que sont les "toxiques". Les toxiques sont tous les médicaments que l'on peut catégoriser comme toxiques car étant des drogues, comme la morphine par exemple. L'utilisation des toxiques est très surveillée. La machine qui les contient : le Pyxis soumet les cadres et les infirmières qui seules ont droit à son utilisation à un contrôle digital. L'ordinateur enregistre chaque toxique retiré. Pour remplir le stock, le cadre doit soumettre alors Pyxis à un inventaire avant d'aller donner son bon de commande à la pharmacie qui n'est ouverte aux cadres que trois jours par semaine.

Voici un extrait d'observation qui montre comment les cadres gèrent les toxiques.

Aujourd'hui c'est mercredi, « le jour des toxiques » (comme le lundi et le vendredi dans ce service). C'est également le jour où l'on peut commander à la pharmacie. Les infirmières notent sur des feuilles de couleur, une par toxique, leur nom, la date et la quantité prise. La cadre : « L'inventaire, soit tu fais tout, sois tu fais rien ». Les cadres ne peuvent pas faire l'inventaire que d'un toxique uniquement.

[...] Cadre : « On sait qui a pris quoi. ». Pour prendre un toxique, l'enregistrement de l'empreinte digitale est nécessaire. Quand un toxique est pris on ne peut le remettre même s'il n'a pas été délivré, il passe dans la poubelle de la machine. Alors, seul un pharmacien peut le récupérer et le remettre dans l'inventaire.

La cadre fait sa reconnaissance digitale, appuie sur inventaire sur l'écran tactile. La machine est constituée de 3 x 6 rangées de tiroirs (les toxiques ne sont pas mélangés : 1 ou 2 tiroirs par toxique). Chaque tiroir est divisé en 12 compartiments, chacun comprenant un toxique. La cadre vérifie la quantité enregistrée par tiroir dans la machine et le nombre de toxiques dans chaque tiroir. Elle m'explique qu'elle doit ensuite faire signer la feuille d'inventaire et les feuilles remplies par les IDE par un médecin. Ensuite, la pharmacie ne donnera les médicaments qu'après avoir vérifié l'inventaire.

Ce qui manque dans l'inventaire est ensuite comparé par la cadre avec ce qui a été délivré et noté sur les feuilles remplies par les IDE. Si une infirmière a oublié de noter ce qu'elle a pris, la pharmacienne ressort alors la liste enregistrée informatiquement par la machine et retrouve l'agent en question.

Au bureau, la cadre vérifie la notation des infirmières. Elle note les quantités manquantes sur les feuilles remplies par les infirmières. Puis, elle prépare le bon de commande : elle note les toxiques et la quantité utilisée, le médecin chef signera après.

Nom du toxique	quantité manquante	du... au ... (date entre les 2 inventaires)	quantité demandée (même nombre que quantité manquante)

A la pharmacie, la pharmacienne vérifie ce qu'a enregistré l'ordinateur (tout fonctionne en réseau) et la quantité utilisée donc la quantité demandée. Ensuite, elle prépare la commande en vérifiant bien que ce soit le bon toxique avec la bonne posologie et la bonne quantité. Elle donne ensuite à la cadre les toxiques commandés, qui vérifie de la même manière que la pharmacienne. Ainsi chaque toxique est vérifié un par un, deux fois.

Après l'inventaire et la récupération de la commande à la pharmacie, la cadre remet tout de suite les toxiques dans Pyxis qui doit alors être totalement pleine (12 x chaque tiroir)

(Extrait d'observation, service 4)

Gestion des imprévus

L'imprévu fait partie du quotidien du cadre de santé, que ce soit la fuite de radiateur, des problèmes de sonnettes dans les chambres ou l'intrusion nocturne de "casseurs".

Cadre : « On va faire la fiche d'incidents pour les jeunes qui sont rentrés (pendant la nuit, cassage de carreaux dans les WC etc.) » Sur l'ordinateur, la cadre remplit la "fiche unique des évènements indésirables". Elle se rend ensuite dans la pièce en question. C'est une salle d'eau dont les carreaux dans les toilettes ont été fracturés : « On a eu quelques toxico ici. Il (un patient toxicomane) est sorti pour raison disciplinaire, il y a trois semaines. Dans la nuit, il aurait eu le temps de passer ». Il faut savoir que durant la nuit, seules une IDE et une AS sont présentes dans tout le service.

Retour au bureau. La cadre appelle la sécurité. Celle-ci n'est pas au courant du problème. L'incident s'est produit la veille au soir vers 20h (la fin des visites est à 20h). Le rapport de la sécurité qui était passée ce soir là aurait dû être fait.

Cadre : « Suite à ces évènements, on m'a signalé que des carreaux ont été démontés. J'aimerais donc que vous veniez regarder ça, voire qu'on appelle la police. Y'a pas urgence, moi, j'ai un staff, donc en début d'après-midi. Vous allez dans les WC dans la chambre 1. »

[...]

14h35 : Deux agents de la sécurité arrivent pour constater l'état des toilettes et des carreaux cassés. Un des agents dit que quand ils sont arrivés hier soir dans le service, les filles bavardaient et rigolaient. La cadre le prend mal : « Elles ne sont que deux, elles ne peuvent pas surveiller tout le service et faire les soins en même temps. Et elles ont bien le droit de se détendre deux minutes aussi ! » On descend tous au rez-de-chaussée, le cadre leur montre le problème des portes.

Agent : « Il faut fermer cette porte. »

Cadre : « Mais ça, c'est la sécurité le problème. Depuis le temps qu'on demande une meilleure fermeture ! »

(Extrait d'observation, service 2)

Cette observation nous montre également que le cadre défend son service et ses agents et que son rôle est également de protéger au mieux l'ensemble de son service. Le cadre de santé doit donc être sur tous les fronts. Si un incident arrive dans son service, c'est à lui de s'en charger. L'inconnu et la gestion des évènements divers font partie de son quotidien.

Conclusion Chapitre 6 :

Le cadre de santé partage son quotidien entre la gestion du personnel et l'organisation du travail. Afin que le service continue de fonctionner, il peut se substituer à de multiples professionnels : la secrétaire, l'agent de maintenance ou l'assistante sociale. Le manque de professionnels ou de rapidité d'intervention de ces professionnels contraignent le cadre à une grande polyvalence. Tout incident est en premier lieu attribué au cadre qui doit trouver des solutions ponctuelles et rapides. L'activité en cours du cadre de santé est sans cesse interrompue. Son quotidien est ainsi ponctué d'actions variées et immédiates parfois sans lien avec ses responsabilités. Les cadres de santé n'ont de cesse de travailler dans l'urgence et l'interruption.

Le cadre de santé passe ses journées à courir, littéralement parlant, dans les couloirs afin de gérer au mieux le service. Il doit se concentrer sur ses tâches tout en restant à l'affût de son environnement et de l'urgence prochaine. La priorité étant le patient, le cadre s'occupe principalement de suivre les réunions patients, de préparer les entrées et les sorties, d'informer les patients et leur famille, de répondre à leurs interrogations. S'ensuivent la gestion des locaux et la formation des agents, les actes de planification puis la préparation de projets de service. Le cadre doit continuellement concilier les exigences quotidiennes du service avec les contraintes plus locales, devant mettre en place des stratégies d'action. Pour ce faire, la communication informelle s'avère nécessaire ainsi que la mise en place de réseaux de contact afin de rester vigilant sur la bonne transmission des informations.

Aux activités effectuées au sein de leur service s'ajoute la présence dans les diverses réunions d'établissement, l'évaluation du personnel, la gestion des stocks, la pharmacie et surtout la gestion des imprévus.

Les exigences de l'activité soignante et la crainte que le personnel ne s'y conforme pas sont telles que les cadres regrettent le manque de "dévotion" chez les nouvelles générations d'infirmières ; tout comme les cadres supérieurs le regrettent de leurs cadres. Les infirmières actuelles sont plus exigeantes sur leur qualité de vie car, du à la pénurie, elles sont en position de force sur le marché du travail. Les infirmières valorisent le travail de terrain et déprécient le travail intellectuel et donc les activités gestionnaires du cadre.

Chapitre 7

Comment le cadre de santé crée ses compétences

Quelles compétences sont inhérentes à l'activité du cadre de santé ? Pour répondre à cette question, nous devons dans un premier revenir sur les théories autour de la notion de compétence. Ceci nous permettra ensuite de faire le lien avec les compétences des cadres de santé en unité de soin. Nous étudierons donc ces compétences, quelles sont-elles ? Nous nous demanderons si leurs compétences sont en rapport avec leur ancienne fonction de soignant. Puis, nous ferons un bilan sur les représentations qu'ont les cadres de santé de leurs propres compétences. Nous verrons comment ils se qualifient et se définissent.

Les savoirs et connaissances que les cadres possèdent sont en partie issus des compétences acquises en tant que soignant et mobilisées pour mener à bien cette nouvelle fonction de cadre. Mais l'encadrement d'une unité de soin nécessite bien plus que les seules compétences de soignants. L'encadrement fait appel à d'autres savoirs, savoir-faire et savoir-être. Nous nous interrogerons donc sur les facteurs permettant ou contribuant à cette acquisition de compétences. Nous reviendrons sur la période de faisant fonction, révélateur des bénéfices de l'apprentissage "sur le tas". Nous ferons ensuite un retour sur la formation en école des cadres. Nous étudierons le contenu des apprentissages et les bénéfices de cette formation. Nous nous demanderons si cette formation est vraiment efficace dans l'acquisition de compétences de management et de gestion. Puis, nous regarderons ce qui se passe au retour en établissement, dans la prise de poste. Enfin, nous étudierons l'influence des autres formations dispensées auprès des cadres de santé, et les comparerons avec la formation cadre. Qu'apportent de plus ces formations ? Ceci nous permettra de terminer sur l'image que les cadres de santé ont d'eux-mêmes.

1- De la théorie des compétences

Pour traiter de la notion de compétence, nous nous appuyons plus particulièrement sur les deux grands auteurs les plus reconnus sur le sujet que sont Guy Le Boterf et Philippe Zarifian.

La compétence est trop souvent entendue comme l'application de savoirs théoriques ou pratiques, ou comme un ensemble d'aptitudes ou de traits de personnalité. La compétence est bien plus qu'un simple état, c'est un processus qui est plus qu'une simple addition de savoirs. (Le Boterf, 2004, p.45-46)

« La compétence a longtemps été assimilée à la capacité à tenir un poste ou à une connaissance. Ce ne peut plus être le cas. Ce n'est pas parce que l'on possède un diplôme professionnel ou que l'on a suivi une formation que l'on peut agir avec compétence dans des contextes de travail évolutifs et de plus en plus caractérisés par l'évènementiel et l'inédit. Etre compétent, c'est de plus en plus être capable de gérer des situations complexes et instables » (Ibid., p.43). La compétence peut se définir comme un savoir-faire opérationnel validé, c'est à dire avec une confirmation ou une reconnaissance des connaissances ou de l'expérience du salarié. Toute compétence est finalisée (ou fonctionnelle) et contextualisée. Etymologiquement, le terme compétence vient du latin *competens* qui signifie ce qui va avec, ce qui est adapté à. La compétence ne peut être séparée de ses conditions de mise en œuvre. La flexibilité est au cœur de la compétence car elle suppose la capacité d'apprendre et de s'adapter. (Ibid., p.18-22)

Toute compétence comporte des dimensions indissociables, individuelles et collectives :

- pour agir avec compétence, une personne doit combiner ses propres ressources (connaissances, culture, expérience...) avec les ressources de son environnement (réseaux, manuels de procédure...);
- une compétence prend appui sur des corps de savoirs qui sont élaborés socialement et pour la plupart en dehors du contexte de travail ;
- une responsabilité partagée entre la personne, le management, le contexte de travail et le dispositif de formation. La motivation et le contexte sont aussi importants que la disposition à savoir agir ;
- une référence nécessaire aux normes et règles du collectif de travail. (Ibid., p.52-53)

En 1999, Philippe Zarifian définissait ainsi la compétence :

- la compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforme avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.
- la compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de responsabilité. (Zarifian, 1999, p.70)

Une situation est pour Zarifian, un cadre et un contexte, des composantes qui apparaissent comme des repères et des ressources, un ou un ensemble de problèmes que le sujet doit affronter, les initiatives prises pour affronter ces problèmes avec succès, toutes les interactions avec d'autres acteurs qui vont conditionner ou concourir à la réussite des initiatives, un mode et un dispositif d'évaluation. (Zarifian, 2004, p.86-88)

Philippe Zarifian définit la compétence ainsi cinq ans plus tard :

- la compétence, c'est l'occupation experte de l'espace d'autonomie dévolu ou reconnu au salarié, espace d'indétermination, de non-prescription, que l'action de l'individu ou du groupe compétent doit remplir ;
- la compétence, c'est aussi l'expression de capacités individuelles, singulières, au sein d'un ensemble collectif.
- c'est assumer une responsabilité locale, en situation, savoir prendre la bonne décision dans un temps court, face à un évènement, qui est lui-même une expression condensée de l'incertitude. (*Ibid.*, p.27)

Cette définition est celle qui correspond au plus près de ce qui caractérise la compétence des cadres de santé.

Il est nécessaire de différencier les qualifications des compétences. On appelle qualification ce qui ressort des ressources en savoirs et comportements acquis par un individu, que ce soit par formation ou par exercice de diverses activités professionnelles. La compétence est alors la mise en œuvre de ces ressources en situation.

« *La qualification est la boîte à outils que détient un salarié. La compétence désigne la manière d'utiliser concrètement cette boîte à outils, de la mettre en œuvre* » (*Ibid.*, p.13). Là, où la qualification est un ensemble de savoirs engagés dans l'action, observables à un moment précis et servant plus à définir des bases d'accord pour l'emploi, le salaire et la responsabilité, les compétences « *sont davantage mobilisées lorsqu'il s'agit de faire la preuve de ce que l'on sait faire dans une situation donnée et que l'on sait bien le faire* » (Trepos, 1992, p.16).

La notion de "tacit skill" représente une dimension de la notion de qualification mais contribue à la confusion avec la notion d'habileté effective. Les tacit skills représentent des qualités imperceptibles voire inconscientes chez les acteurs. Qu'il s'agisse d'apprendre à faire du vélo ou à jouer du piano, il faut d'abord en acquérir les règles. Une fois assimilées, ces règles agissent automatiquement. (Stroobants, 1993, p.42) Selon Christophe Dejourn, ces habiletés tacites sont mises en œuvre par les opérateurs pour faire face à ce qui, dans la production, ne peut-être obtenu par l'exécution stricte des consignes. (Dejourn, 1999, p.45)

Dans la notion de compétence, il y a une référence constante à l'expérience, à l'apprentissage qui se réalise dans le travail et par lui. (De Terssac, 1996, p.236) Les compétences permettent de générer d'autres savoirs à partir d'un retour sur l'action réalisée. (*Ibid.*, p.238)

Etre compétent, c'est "avoir autorité pour..." et les moyens de l'exercer. C'est également savoir improviser (Le Boterf, 2004, p.92). C'est avoir à rendre des comptes sur l'exercice de cette compétence. L'acteur compétent est autonome dans son travail, capable de prendre des initiatives, de faire des propositions. (*Ibid.*, p.28) Les connaissances cognitives - savoirs, savoir-faire et comportements - sont inscrites dans la mémoire à long terme et les manières d'être dans ce que Pierre Bourdieu a appelé l'habitus.

« *La notion de compétence est une notion intermédiaire qui permet de penser les relations entre le travail et les savoirs détenus par l'individu* » (De Terssac, *op.cit.*, p.223). La distinction entre être compétent et avoir des compétences est nécessaire. Avoir des compétences suppose que l'individu a des ressources pour agir avec compétence. Cela est différent d'être compétent c'est à dire d'agir avec compétence en mettant en œuvre des pratiques professionnelles et combinatoires de ressources permanentes.

Finalement, on reconnaît qu'une personne sait "agir avec compétence" si elle :

- sait combiner un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...)
- pour gérer un ensemble de situations professionnelles, chacune d'entre-elles étant définie par une activité clé à laquelle sont associées des exigences professionnelles ;
- afin de produire des résultats satisfaisants à certains critères de performance pour un destinataire. (Le Boterf, *op.cit.*, p.70-71)

Avec la compétence, l'individu doit s'impliquer subjectivement dans son travail. Mais le sujet doit également prendre de la distance avec son propre engagement en fonction du rôle qui sera

défini, et qu'il contribuera à définir au sein de l'organisation. (Zarifian, 2004, p.44)
L'articulation de l'engagement et de la distance apparaît parfois irréconciliable.

La compétence est le résultat d'une action, qui se met en œuvre sous la forme d'une prise d'initiative, d'une prise de responsabilité d'un individu dans une situation de travail donnée. Cette définition sous-entend qu'il doit nécessairement y avoir :

- action et situation professionnelle pour que la compétence puisse s'exprimer,
- mise en action ou mise sous contrainte,
- implication et engagement de la personne,
- combinaison d'un certain nombre de ressources pour développer les bonnes compétences.

(*Ibid.*, p.98)

Un professionnel peut être autonome sans être compétent, mais l'autonomie, toujours relative, reste une condition incontournable d'un déploiement de la compétence. (*Ibid.*, p.45)

Pour conclure, la compétence correspond à une mobilisation dans l'action de nombreux savoirs combinés. La compétence est mobilisable dans plusieurs contextes professionnels ou familles de situations. Elle requiert que l'individu soit en mesure de mener une activité réflexive au cours de sa réalisation ou après celle-ci. Cependant, la compétence ne nous paraît pas pouvoir être défini indépendamment des conditions dans lesquelles elle est susceptible d'être mise en œuvre. Ainsi Le Boterf caractérise la compétence individuelle par des traits plutôt individuels :

- un savoir agir : combiner et mobiliser des ressources pertinentes
- un contexte particulier : ce savoir agir s'exerce dans un environnement de contraintes et de ressources spécifiques
- un savoir agir validé : pour exister, une compétence doit être soumise au jugement d'autrui
- une finalité : la compétence doit être au service d'un but.

Finalement la compétence est le résultat d'un savoir agir, d'un vouloir agir c'est à dire d'une motivation de l'individu et d'un environnement incitatif, et d'un pouvoir agir c'est dire d'un contexte qui légitime la responsabilité et la prise de risque. Cette définition situe donc la compétence à un carrefour où se trouvent l'individu, l'organisation et le management.

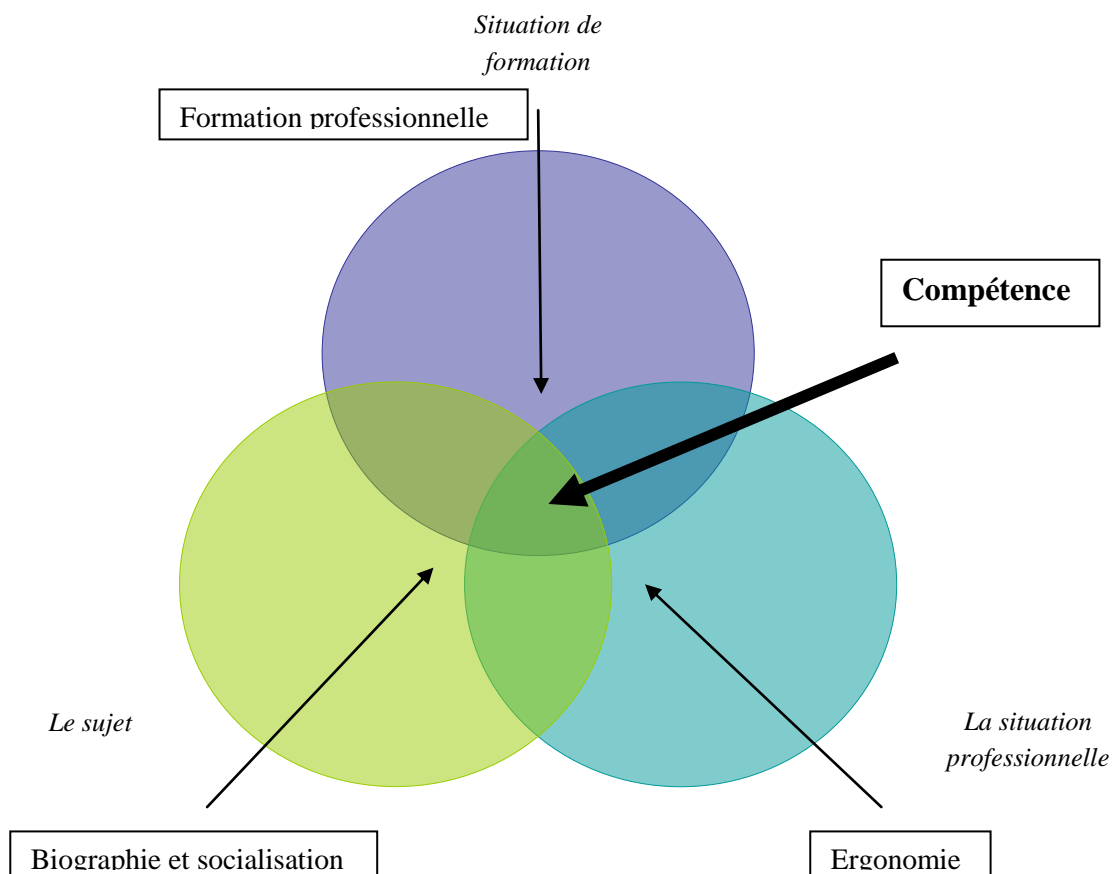
Mais la compétence relève aussi selon Le Boterf de la culture de l'entreprise, de ce qu'elle valorise ou déprécie, de son dispositif de mise à disposition des connaissances, de l'organisation des parcours de découverte que peuvent être les itinéraires de mobilité, des circuits d'informations qu'elle gère, de la conception des rôles ou des fonctions qu'elle

institue. La compétence est alors avant tout une transaction. « *Les savoirs et les savoir-faire n'acquièrent le statut de compétence que lorsqu'ils sont communiqués ou échangés. Cette communication est nécessaire pour fournir la connaissance contextuelle indispensable* » (Le Boterf, *op.cit.*, p.40-41).

Selon Guy Le Boterf, la compétence se situe au carrefour de trois domaines.

La compétence ne réside pas dans les ressources (connaissances, capacités...) à mobiliser mais dans la mobilisation même de ces ressources. Pour qu'il y ait compétence, il faut qu'il y ait mise en jeu d'un répertoire de ressources. C'est cet amont de ressources qui rend la compétence possible.

Schéma 8 : La compétence au carrefour (*Ibid.*, p.17)



En résumé, la compétence est un savoir-agir dans un contexte professionnel. Ce savoir agir est responsable et validé, composé des ressources (connaissances, capacités...) permettant un savoir-mobiliser, un savoir intégrer et un savoir-transférer. (*Ibid.*, p.33)

Nous allons ainsi faire un point sur les savoirs et les ressources que détiennent les cadres de santé afin de définir quelles sont les compétences du cadre de santé et d'où elles proviennent.

2- Les compétences infirmières mobilisées par le cadre de santé

Dans l'activité d'encadrement d'une unité de soins, les cadres de santé doivent faire preuve de savoir-faire pour mener à bien les missions qui leurs sont demandées. Ils doivent savoir analyser des données, créer des tableaux de bord et analyser les résultats relatifs à l'activité du service ; décider entre différentes propositions ; concevoir, piloter et évaluer un projet ; adapter les procédures ; optimiser un budget ; planifier et organiser leur service ; animer et motiver l'équipe ; travailler en réseau.

Pour parfaire à ces missions, les cadres de santé doivent acquérir des connaissances en soins, en communication, en analyse, en management, en organisation, en droit du patient, en évaluation. La fonction cadre de santé implique statutairement la double capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction d'encadrement et d'enseignement. Ainsi particulièrement complexe, cette fonction requiert des capacités d'adaptation, un sens développé des responsabilités, ainsi que des attitudes professionnelles de base indispensables : outre les savoirs techniques de la profession, elle exige aussi des connaissances en matière de santé publique pour comprendre notre système de soins, ainsi que des capacités de communication écrite et orale pour accomplir efficacement les tâches quotidiennes administratives et relationnelles. (Peyre, 2006, p.3)

En plus de ces missions, les cadres sont souvent amenés à gérer le matériel, à assurer des transmissions rigoureuses et à assurer le relais entre différents partenaires, permettre l'acquisition d'une certaine autonomie des personnels passant par une reconnaissance des compétences de chacun (gestion du stock, etc.), responsabiliser le personnel, intégrer et former le nouveau personnel et les étudiants, évaluer les besoins en formation, mettre en place le tutorat des étudiants et les objectifs de stage, gérer les situations d'urgence, veiller au bon fonctionnement des systèmes d'information, des circuits, des conditions d'examens, des délais de rendez-vous et du retour des résultats, contrôler la prise de rendez-vous, la gestion des demandes et compléter l'information par les moyens adéquats, assurer sa propre formation (colloques, conférences etc.).

Les aspects économiques et techniques côtoient l'aspect humain et relationnel. Le métier de cadre de santé nécessite donc une double compétence à la fois en gestion des ressources humaines (animation d'équipe, formation, gestion des conflits...) et en organisation d'une unité de soins (gestion et suivi de projets, organisation du travail).

L'évolution de la demande de santé, de l'offre de soin, des pratiques de soin et des technologies médicales demande aux cadres de santé de développer des compétences en matière de démarche qualité, de relations humaines, de législation, de coopérations intra et extra hospitalières mais aussi de participer à la veille et l'organisation de la formation des personnels.

L'évolution médico-économique, de l'organisation interne, du système d'information et des politiques de qualité et de gestion des risques nécessite que le cadre de santé participe à la rationalisation et l'optimisation des ressources. La fonction d'encadrement et le nouveau positionnement des cadres de santé requiert de développer des compétences de management d'équipe, de conduite de projet et de changement, ainsi que des connaissances en matière de droit, hygiène, sécurité et évaluation des pratiques professionnelles. (Marillonnet, 2008, p.8)

Les compétences du cadre de santé sont donc multiples :

- Le cadre est un expert dans son domaine de compétences. Il doit prévoir, organiser l'activité, analyser, évaluer le fonctionnement, initier et conduire des travaux, améliorer la qualité des soins et la triple satisfaction usagers/ personnel/ institution.
- Il est un manager capable de repérer les potentiels, de mobiliser, de dynamiser autour de projets (soins, organisation, formation...), d'évaluer. C'est un chef d'orchestre, mais pas un homme-orchestre : il ne cherche pas à se substituer à un acteur spécifique et n'interfère pas avec les compétences techniques des personnels.
- Il est un gestionnaire. Il gère les ressources humaines (planning, évaluation des besoins), les moyens matériels (maintenance, prévisions de besoins avec le chef de service, usage unique ou autre, pharmacie, produits d'entretien...), les locaux (hygiène, intégrité...). Il prend en compte la dimension économique, connaît les structures financières.

Pour exercer sa fonction le cadre de santé doit faire preuve de multiples qualités : avoir du charisme ou tout du moins avoir une posture, une motivation à servir, le sens de la mission, un sens de l'animation et de la mobilisation, les connaissances législatives et des méthodes d'évaluation.

Les compétences communes et génériques à l'ensemble des cadres intermédiaires sont l'animation et le management d'équipe, la conception et la conduite de projets de service, l'expertise technique, la communication, la coordination et la gestion des ressources humaines. Bien sûr, les particularités des organisations, des secteurs d'activité, la variabilité des niveaux de délégation conduisent, dans la réalité des postes, à mettre plus ou moins en valeur l'un ou

l'autre de ces domaines. Comme le souligne Florence Osty, « *la notion de compétence ne peut être circonscrite seulement à partir des savoirs reconnus par la qualification. Les savoirs effectivement mobilisés dans l'activité de travail ne se limitent pas à l'acquisition de connaissances, mais mettent en œuvre des savoirs issus de l'expérience même du travail* » (Osty, 2003, p.91).

Les compétences acquises par le soignant sont transférables dans la fonction cadre de santé, même si le travail est de nature différente. C'est ce que Corinne Sliwka nomme le transfert de compétences. (Sliwka, Dechamps, 2007, préface) La transférabilité des savoir-faire et savoir-être s'appuie sur un véritable capital de ressources. « *Une partie du travail des cadres de santé ne porte pas directement sur l'activité soignante, même si, pour effectuer ce travail, les cadres de santé s'appuient, sans le dire, sur leurs propres compétences soignantes* » (Bourret, 2008, p.738).

L'infirmière chevronnée comme le cadre de santé sont armés pour faire face à des situations complexes. La mobilité permet à l'infirmière d'élargir ses connaissances et ses compétences. Nous allons faire un point sur ses connaissances apprises selon les différents services, selon une description d'Hélène Schabanel.

Réanimation : rigueur, prise de décision, organisation, affirmation de soi, gestion du stress, implication. Les interventions dans les services de réanimation développent chez les agents des capacités techniques, d'observation, ainsi qu'une capacité à définir les priorités. L'organisation des soins y est rationnelle et bien regroupée, la transmission des données précise et rigoureuse. Ces capacités seront une richesse dans la fonction d'encadrement.

Unités de soins traditionnelles : sens de l'organisation et de la répartition des tâches, définition des priorités, collaboration avec les différents professionnels de la santé, résolution de problèmes. L'infirmière acquiert dans ces unités surtout une capacité à s'organiser et à coordonner les actions différentes des intervenants, où la coordination tient une place importante.

Unités de pathologies chroniques : techniques de relation d'aide, place accordée au patient acteur, négociation, compréhension et tolérance des échecs, connaissance des différents modes d'apprentissage, ressources personnelles de l'autre, développement d'outils d'évaluation, développement personnel. Les interventions de soins centrées sur l'éducation thérapeutique développent des capacités d'écoute, de transmission de savoirs, de négociation avec la famille du patient et avec les autres professionnels, une capacité de résolution de problèmes pour mettre en place une prise en charge globale du patient. Surtout, l'infirmière

obtient une capacité à créer un climat de confiance et à négocier avec autrui, capacités précieuses dans la fonction cadre. (Schabanel, 2007, p.77-79)

Ainsi, au long de son parcours, une infirmière acquiert le sens du relationnel¹⁰⁴, de l'autonomie, de la rigueur, une définition des priorités, la gestion du stress, l'écoute et l'observation, la transmission et la négociation. Toutes ces compétences font parties de celles que nous avons listées chez les cadres de santé. Nous voyons bien que les compétences des infirmières servent à celles du cadre. Ces compétences ne sont pas utilisées de la même façon puisque les rôles sont différents mais ils sont communs. Ce transfert de compétences est très bien résumé par cette cadre de santé :

« C'est ton expérience infirmière qui t'aide, ta personnalité, tes erreurs que tu vas faire quand tu seras cadre qui te font grandir, et puis ne pas renouveler les mêmes choses. C'est en forgeant que tu deviens forgeron. »
(Céline, cadre de santé)

Il apparaît donc bien qu'un noyau de compétences transposables d'infirmières serve de base aux compétences de l'encadrement soignant. Mais la fonction de cadre requiert aussi des compétences d'un autre ordre comme nous avons pu l'étudier tout au long de ce chapitre : gestion du temps, de projets, du planning, des ressources humaines, des stocks, organisation et maintenance du service etc. Nous allons maintenant voir comment ses compétences d'encadrement se construisent.

¹⁰⁴ En référence aux études de Marc Lorient

3- La période de faisant fonction. Le bénéfice de l'apprentissage en action

A la suite de nos précédentes analyses, il s'avère que les savoirs acquis en tant que soignant restent indispensables dans la fonction de cadre de santé. Etre issu du métier d'origine reste un facteur essentiel à l'exercice de cette fonction. Mais ces savoirs et compétences soignants doivent être modifiés pour devenir des compétences de cadre. Quels sont les éléments qui permettent cette transformation ?

Dans la plupart des hôpitaux, faire fonction est devenu une pratique courante pour les infirmiers ayant, ou non, comme projet professionnel de devenir cadre de santé. « *Dans une organisation de type bureaucratique où l'administration règle largement les carrières en inventant les titres et en leur associant des qualifications, le déroulement des carrières est, sous certains aspects, organisé selon un schéma préétabli, produit de règles négociées au cours de son histoire ; le passage d'un échelon à l'autre de la fonction publique hospitalière constitue un exemple de son caractère parfois quasi mécanique. Ces règles servent le fonctionnement régulier des établissements qui doivent disposer, dans les limites de contraintes propres, notamment budgétaires, d'un personnel en nombre suffisant, stable et assez qualifié pour maintenir leur crédibilité en matière d'efficacité thérapeutique* » (Arborio, 2001, p.193).

Par manque de personnel, on sollicite de manière très directive, voire forcée, un infirmier ayant de l'ancienneté et de l'expérience du service à prendre le rôle de faisant fonction.

« Donc y'avait personne. Moi, je voulais pas. C'est vrai qu'on m'avait proposé depuis longtemps de faire l'école des cadres, pour être cadre. Moi, je ne veux plus faire d'études, c'est fini, donc j'ai refusé. J'aime ma profession, j'aime mon travail avec les patients, et le travail de cadre c'est complètement différent. Donc, j'ai accepté parce qu'il n'y avait personne, pour l'équipe. Il n'y avait que des nouvelles, il fallait quelqu'un qui connaisse le travail. Donc j'ai accepté plus ou moins sans qu'on me demande mon avis. On m'a plus ou moins imposé le poste de faisant fonction. Normalement c'est obligatoire de demander à faire l'école des cadres pour avoir le poste de faisant fonction, mais moi, c'est hors de question, je ne ferai pas l'école des cadres. » (Fabienne, faisant fonction cadre de santé)

Sur l'ensemble de nos interviewés, 60% tiennent ou ont tenu un poste de faisant fonction, et 15% disent avoir fait plusieurs remplacements de cadre de santé. En tout, c'est près de 75%

de la population interrogée qui ont déjà effectué des tâches d'encadrement avant d'être entrés en formation cadre ou d'avoir été nommés à l'ancienneté.

« L'administration use et abuse des faisant-fonction, en jouant sur les ressorts de l'intérêt au travail et du pouvoir, pour encourager un agent à démontrer "ce dont il est capable". Phénomène qui permet de déguiser le manque de moyens budgétaires pour fonctionner, l'usage des faisant-fonction présente toutefois des limites. Lorsque l'écart entre la qualification et la fonction est trop grand, c'est toute la qualité du service qui s'en trouve affectée » (Trepos, 1992, p.133).

Néanmoins, le fait de faire faisant fonction n'est rendu obligatoire par aucun texte de loi et n'est pas un critère de sélection formel pour l'entrée en IFCS, même si l'on constate qu'une grande majorité des étudiants admis en formation cadre a occupé cette position. Touchés par la pénurie de cadres, les établissements de santé ont recours à cette pratique de plus en plus fréquemment. Spécificité du secteur hospitalier, le secteur privé ne connaît pas cette qualification. On peut émettre l'hypothèse que le poste de faisant fonction est pour l'individu une situation d'apprentissage qui sert aussi à tester son intérêt pour la fonction, et pour l'hôpital une sorte d'investissement sûr pour la formation.

Dans la majorité des cas, les cadres ont d'abord été faisant fonction avant d'entamer la formation cadre. Nous avons évoqué dans cette recherche, les raisons qui font qu'un individu devienne cadre, dont celle du "par hasard" ou par "la force des choses". Cela est bien entendu également le cas de l'entrée en faisant fonction. Malgré un intérêt du soignant pour la fonction cadre, une curiosité pour la fonction et même un investissement de l'activité cadre, c'est au final presque toujours sur proposition de l'institution ou d'un supérieur que le soignant devient faisant fonction. Sur l'ensemble de nos cadres interrogés seule une personne dit être devenue cadre sur demande personnelle. Les autres, malgré une attirance pour la fonction, ont toujours été invités par leur supérieur à tenir cette position.

« Non, ça c'est fait comme ça. C'était déjà dans un autre service. J'ai fait faisant fonction de cadre très jeune. J'étais diplômé en 88 et en 91 j'ai fais fonction 3 ans plus tard, et en ayant coupé une année. Mais bon, j'avais déjà un certain âge hein, en 91 j'avais 31 ans. Et un beau matin j'arrive dans le service, et le chef de service m'appelle et il me dit : « Constant, j'ai besoin de vous comme cadre dans le service. Ça faisait que deux ans d'exercice. C'est pas beaucoup du tout. Et j'ai bredouillé, j'ai bégayé, j'ai dit : « Non, monsieur, non. » Il me dit : « Pourquoi non ? » - « Parce que moi j'ai encore faim des patients, j'ai encore envie d'aller avec eux, d'apprendre des choses ». Et le chef de service me dit : « Bein écoute

Constant, la compétence n'attend pas le nombre des années », voilà il a sorti tout un tas de trucs, de compliments. Donc, j'ai hésité, j'ai hésité, j'ai hésité, et j'ai pris conseil, et puis, bon, j'ai fini par accepter. » (Constant, cadre de santé)

Devenir faisant fonction est bien souvent issu d'une volonté hiérarchique et non d'un désir personnel à ce stade de la carrière d'un soignant. L'agent est repéré par ses supérieurs pour ses capacités à encadrer un service de soin. Avoir été choisi par ses supérieurs pour remplacer le cadre absent et être faisant fonction souligne une certaine reconnaissance de ses capacités à être cadre.

Le poste de faisant fonction cadre de santé offre trois avantages aux établissements de santé :

- Comme nous l'avons évoqué, le faisant fonction permet avant tout de pallier au manque de personnel cadre. L'utilisation d'infirmiers ayant acquis assez d'expérience pour pallier au manque de cadres est devenu incontournable. Un agent peut être affecté à un emploi de qualification supérieure à celui qu'il a vocation à occuper. Cette possibilité est une mesure de souplesse essentielle au fonctionnement hospitalier au quotidien (même si elle peut être contestable ou contestée par les agents). En effet, étant données certaines vacances d'emploi parfois longues ou face aux difficultés pour doter ces emplois, il convient par exemple de recourir à un faisant fonction de cadre ou de cadre supérieur.¹⁰⁵

- D'autre part, le faisant fonction est une source d'économie. Le personnel représentant la masse principale du budget d'un établissement, payer un individu selon son statut et non son activité est source d'économie. En effet, le faisant fonction, exerçant l'activité de cadre de santé est néanmoins toujours statutairement un infirmier. Il est donc rémunéré à sa valeur d'infirmier. Cette fonction n'est pas statutairement reconnue par l'obtention d'un diplôme et d'un concours sur titres.

- Enfin, sur le plan stratégique, le faisant fonction est certainement plus malléable à diriger. Ce positionnement bâtard peut être un moyen de pression sur ce personnel. Car il est aussi facile de le nommer à un poste que de le réintégrer dans celui d'origine.

Cette alternance de statut, toute aussi occasionnelle qu'elle soit, ne favorise pas le positionnement du faisant fonction, qui oscille entre un poste d'infirmier et un poste de cadre, et sa reconnaissance par l'équipe qu'il anime. Cette fragilité est une importante limite de ce rôle. On peut s'interroger sur la responsabilité juridique d'un agent de la fonction publique exerçant « officiellement », mais sans statut légal.

¹⁰⁵ *L'organisation statutaire des effectifs hospitaliers en emplois, Grades, corps et catégories* (2008)

Cette pratique assez fréquente dans les établissements de santé, l'est également dans les IFSI où des infirmiers occupent des postes de cadres pédagogiques.

« On m'a demandé de faire faisant fonction, mais j'ai refusé. Je pense que ça, c'est envoyer les gens au feu sans qu'ils aient les armes. [...] Je pense qu'être faisant fonction c'est se mettre dans une position de difficulté. Faut savoir que bien souvent quand tu prends un poste de faisant fonction tu as l'obligation dans les trois ans de réussir ton concours [d'entrée en IFCS]. Donc ils te mettent une pression pour le concours, déjà. Et puis en plus, dans l'équipe t'as pas de reconnaissance officielle et t'as la possibilité de retourner à tout moment dans les soins. Donc c'est vraiment le cul entre deux chaises ! Et puis t'es pas armé, t'es armé pour quoi ? Pour gérer le quotidien, éventuellement, mais c'est tout. En plus, généralement, ils te mettent faisant fonction dans le service où tu es. [...] Quelqu'un qui est issu de l'équipe, elle est encore dans une relation de collègue à collègue et c'est difficile après de trouver sa place. » (Céline, cadre de santé)

La difficulté du positionnement du faisant fonction l'est d'autant plus pour ses (ex-) collègues qui eux-aussi ne savent pas forcément bien situer le nouveau rôle, de surcroît pas du tout assuré et définitif, de leur collègue. Passer du jour au lendemain d'infirmier à cadre auprès de la même équipe n'aide pas au positionnement du peut-être futur cadre, d'autant plus si celui-ci rate son concours d'entrée en IFCS et doit retourner dans les soins.

Le décalage entre les représentations et la réalité d'exercice n'est pas source systématique de difficultés fort heureusement, mais comme le dit Marie-Ange Coudray : *« La confrontation avec la réalité peut apporter autant de satisfaction que de désillusion. Il ne s'agit pas non plus de laisser penser que la fonction doive coller à l'imaginaire des personnes avant qu'elles ne soient en confrontation avec le terrain, mais de regarder en quoi les illusions normales lors d'une prise de fonction n'arrivent à se transformer en motivations durables, stabilisant l'enracinement dans la fonction réelle »* (Coudray, 2004, p.132).

En fait, l'imaginaire, les représentations sont source de projet, d'idéal, et c'est en cela qu'il est en décalage avec ce que la réalité permet de mettre en place, mais lorsque cet imaginaire n'est pas rationalisé, retraduit dans les situations professionnelles, le décalage peut se manifester par des difficultés. Marie-Ange Coudray nous dit à ce sujet : *« Les cadres sont soudain projetés dans un environnement dont ils n'ont pas toujours mesuré sinon l'hostilité, du moins l'indifférence. Ils passent de l'état de personnes distinguées comme leader professionnel à celui de quelqu'un qui doit faire en sorte que le quotidien marche, et que les règles soient appliquées »* (Ibid., p.133). Là se situe toute la complexité du faisant fonction, propulsé d'un

jour à l'autre au poste de cadre de son service, parfois sans aucune aide ou sans aucun apprentissage.

« Ah... ! Bein, on va dire, je me suis retrouvée dans la jungle. Je suis tombée dans un IFSI de grande taille, de très grande taille, et on m'avait dit en amont que j'allais être, on va dire, orientée, que j'allais être accompagnée pendant un certain temps. En fait, je suis arrivée en plein milieu d'année, au mois de janvier, découvrir les deuxièmes années, une grande équipe. On m'a jamais montré comment monter un cours. » (Sylvie, étudiante IFCS)

La difficulté du soignant propulsé au poste de cadre de santé est d'autant plus grande qu'en plus de se positionner face à ses collègues soignants et d'assurer cette soudaine position de dirigeant, le faisant fonction n'a généralement pas de formation ou d'accompagnement dans la compréhension et l'acquisition des tâches à effectuer. Plus de la moitié de nos cadres interrogés regrettent et soulignent fortement cet apprentissage sur le tas subi. Ils se sont sentis totalement « lâchés » dans cette nouvelle fonction. Trop peu de cadres faisant fonction déclarent avoir été accompagnés par un cadre ou un cadre supérieur et aidé dans cet apprentissage. La mission de Chantale De Singly pour le ministère de la santé et des sports évoque une solution pour permettre un suivi et une situation d'apprentissage réelle pour le faisant fonction : la position de « cadre apprenant ». Le cadre apprenant serait dès lors durant une période donnée, en exercice, accompagné d'un tuteur. A la fin de la période fixée, l'évaluation de l'apprenant permettrait de décider quelle suite sera donnée à son projet de devenir cadre de santé ou non. (Singly, 2009, p.48-49) La situation de faisant fonction n'est donc pas prête de disparaître dans les établissements hospitaliers ; un terme est remplacé par un autre. Cependant, des bénéfices peuvent être tirés de cette proposition : la mise en place d'une Validation des Acquis de l'Expérience ainsi qu'un tutorat et l'accompagnement du faisant fonction, encore faut-il qu'il y ait assez de personnel pour cela.

Si la position de faisant fonction présente des avantages pour l'institution, elle n'est pas non plus dénuée d'attraits pour le postulant. Cette mise en situation permet à l'infirmier d'investir des missions qui ne sont à l'origine pas les siennes, d'appréhender la fonction de cadre entre conceptualisation et terrain, de se donner les atouts pour une réussite aux concours d'entrée en instituts de cadres de santé, si tel est son projet professionnel. D'ailleurs, dans cette optique, la grande majorité des établissements de santé propose à leurs faisant fonction des formations de préparation aux dits concours.

« 70% des étudiants qui rentrent [à l'IFCS] font fonction de cadre avant d'avoir le statut. C'est pour voir s'ils ont vraiment la capacité, l'aptitude à la fonction de cadre. » (Directrice IFCS)

Le poste de faisant fonction peut permettre à l'infirmier, souhaitant suivre la formation de cadre de santé, d'appréhender son futur rôle et de se sentir mieux aidé pour passer le concours d'entrée à l'IFCS. Cette approche de la fonction cadre peut faciliter l'élaboration d'un projet professionnel par l'appropriation des principales missions du cadre de santé. Cette pratique permet donc d'appréhender leur future fonction. Cette mise en situation professionnelle peut même amener à changer d'orientation tant la conceptualisation de la fonction ne correspond pas à la réalité du terrain. Pour les institutions aussi, ce poste présente des avantages : *« Il peut aider à cerner les prédispositions du futur cadre à l'exercice de ses fonctions. Le rôle de l'infirmier « apprenti cadre » n'est pas légalement reconnu mais ses missions sont bien identiques à celles de ses pairs. Sur un plan financier, les établissements de santé ont intérêt à développer ce type de poste dans la mesure où, il leur permet d'économiser les charges budgétaires normalement allouées à la rémunération des cadres de santé, diplômés ou nommés à l'ancienneté, tout en assurant l'encadrement des unités de soin. Sur un plan stratégique, il convient de préciser que les institutions conservent une influence et des moyens de pression sur leur faisant fonction par la fragilité du devenir attenante à ce type de poste »* (Haller, 2004).

Une question se pose alors : Est-ce vraiment éthique de remettre un infirmier à son poste initiale lorsqu'il a raté son entrée en école des cadres, avec les problèmes relationnels et de positionnement que cela engendre s'il ne change pas de service alors qu'il n'a pas démérité dans l'accomplissement de ses missions de cadre ? Qu'en est-il de la reconnaissance des compétences qui ont été développées, de l'expérience acquise sur le terrain ? Il est également question alors de la reconnaissance d'un employé dans le secteur hospitalier. Les agents sont-ils reconnus par leur statut ou par leurs compétences ? Nous connaissons la réponse.

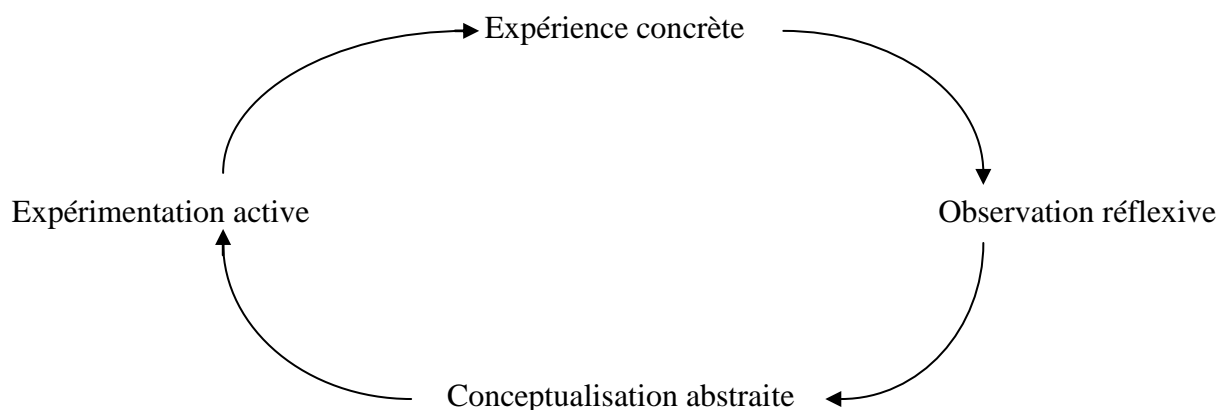
Le Boterf évoque la "compétence réelle", distincte de la "compétence requise", comme une disposition à agir dans une famille de situations et précise que cette disposition est construite par chaque personne et qu'elle lui appartient en propre. Cela tendrait à démontrer que le faisant fonction de cadre possède les compétences, issues de ses années d'expérience en unité de soin, sans avoir suivi de formation préalable. (Le Boterf, 2002, p.21) Comme le précise Le Boterf, *« une personne peut avoir acquis des connaissances et des capacités, elle ne pourra pas être reconnue comme compétente si elle ne sait pas les combiner et les mobiliser en situation de travail »* (Ibidem). C'est donc bien par son exercice sur le terrain

qu'un cadre de santé, diplômé ou faisant fonction, pourra être reconnu par son équipe et ses interlocuteurs. Il est là encore question de l'apprentissage quotidien, et dans le cas du faisant fonction de l'apprentissage sur le tas. Même si un texte de loi favorise la nomination des cadres diplômés, les établissements publics continueront de faire appel à des infirmiers faisant fonction. Le développement des postes de faisant fonction ne risque-t-il pas de nuire à l'utilité de la formation cadre de santé ? On peut alors s'interroger sur la nécessité de former des cadres quand les hôpitaux tendent à généraliser le recours aux faisant fonction, comme le suppose cette faisant fonction :

« Finalement, plus on reste faisant fonction et plus on se rend compte que l'école c'est peut-être pas si utile que ça. [...] Là, on a fait une formation y'a pas longtemps sur l'évaluation, comment faire les objectifs avec les agents, que ce ne soit pas du superflu. Et puis à l'école, on n'est pas sur le terrain pour mettre en pratique tout de suite. » (Carole, faisant fonction cadre de santé)

Non seulement l'apprentissage est plus rapide, puisque le faisant fonction a du incorporer les fonctions d'un cadre de santé au travers de la pratique directe, mais surtout, la compréhension est meilleure : *« les capacités de transfert sont supérieures. Le sujet est plus à même de produire rapidement et par lui-même un comportement adapté dans une situation analogue »* (Boussemaere, 2006, p.19-24). Le processus d'apprentissage du faisant fonction se rapporte à la formation expérientielle définie par Kolb. Selon Kolb, une personne fait son apprentissage par la découverte et l'expérience, c'est à dire que la formation expérientielle est un processus au cours duquel un savoir est créé grâce à la transformation de l'expérience. Ce processus comprend quatre étapes que l'on peut illustrer par le schéma suivant. (Kolb, 1984)

Schéma 9 : Cycle des styles d'apprentissage de Kolb (Boussemaere, *op.cit.*, p.19-24)



Face à une situation nouvelle (l'expérience concrète), le faisant fonction cadre analyse les éléments de la situation, les compare aux données recueillies lors d'expériences antérieures et aux éléments d'information dont il dispose (observation réflexive). Ainsi, il découvre les concepts et les principes généraux lui permettant d'intégrer ses propres données (conceptualisation abstraite). Puis, les résultats des étapes précédentes sont réinvestis dans l'action (expérimentation active).

Ainsi, si selon Kolb, l'apprentissage est un processus qui engendre le savoir au moyen d'une modification de l'expérience, et que l'expérience implique un vécu, cela signifie que tout apprentissage suppose une transformation. Transformation de l'expérience en conscience, transformation par un travail de deuil qui s'opère et transformation par l'initiation à certains rites. Travail de deuil, de désincorporation d'habitus, travail de dés-identification des modèles déposés par le milieu initial et de ré-identification à des modèles différents, voilà ce à quoi est confronté le faisant fonction.

La pratique du faisant fonction cadre de santé tient ses fondements théoriques et sa philosophie des réalités hospitalières. « *C'est par le repérage de cet écart entre son "identité héritée" et son "identité visée" que le sujet peut se constituer dans sa subjectivité et se former* » (Ibidem). Le faisant fonction doit s'appuyer sur des capacités et des compétences déjà maîtrisées par ses différentes expériences professionnelles et personnelles qui vont lui permettre d'en acquérir de nouvelles.

Selon Sylvain Boussemaere, on peut assimiler la situation du faisant fonction comme un "stage en responsabilité" dont l'objectif est de prendre des initiatives et d'être évalué. Le stage est alors considéré comme une préparation à un métier, un contact avec la vie professionnelle. Ainsi l'expérience de faisant fonction est composée d'hétéro-formation par le conseil et l'expérience des autres cadres de santé, d'éco-formation par sa familiarisation avec un nouveau milieu qui comporte une dimension professionnelle, sociale et relationnelle, et d'auto-formation du fait de l'apprentissage sur le tas et de l'acquisition de capacités à partir de sa propre expérience. (Boussemaere, 2002, p.13)

Aussi difficile qu'est la position du faisant fonction, cette expérience s'avère d'une extrême richesse, amenant chez le cadre en devenir une transformation de son rapport au savoir mais aussi de son rapport au pouvoir, au travers de l'apprentissage par la pratique ou par l'action comme le relate cette étudiante en IFCS :

« J'ai fait une période de faisant fonction pendant un an et demi dans un bloc de maternité, aussi un petit bloc dans lequel il y a quatre salles d'intervention, une équipe d'environ quinze personnels divers. Il y a des infirmières anesthésistes, des infirmières, des aides-soignants, et voilà, une équipe médicale. Ça se passe bien, beaucoup de travail. Je rentrais tard à la maison, et là, je comprends la difficulté, je m'implique vraiment beaucoup, et voilà. [...] Le fait d'avoir été faisant fonction m'a permis de prendre de la distance par rapport à la pratique. Donc en retournant dans un service après l'école, ce n'est plus un problème pour moi. Je pense que la période de faisant fonction m'a permis de faire le deuil, d'autant plus que je n'avais pas le temps de penser à ces choses-là parce que j'étais vraiment prise dans l'action. Je n'avais pas de formation, donc il fallait que j'y aille, il fallait foncer tout simplement, j'ai donc tout appris sur le tas. Donc je n'avais pas le temps de me poser d'autres questions. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

La position du faisant fonction, qui est un passage de plus en plus commun à l'ensemble des cadres, est une position des plus délicates. Le faisant fonction n'a aucune légitimité d'autorité pourtant il doit diriger un service.

« Alors faisant fonction, c'est le pire statut : on n'est pas avec les infirmières, mais on n'est pas non plus avec les surveillantes » (Candice, cadre cardiologie)

Placé dans un service différent limite la mauvaise posture du faisant fonction. Il n'est dès lors pas considéré comme un ancien collègue soignant par l'équipe du nouveau service intégré. Selon les établissements, les faisant fonction sont obligés par la direction de faire la formation en IFCS dans les trois ans maximum à venir, afin d'éviter de laisser le future cadre dans une position trop inconfortable qui risquerait de le pousser à ne plus vouloir devenir cadre de santé. La grosse difficulté de cette fonction est d'affronter une épée de Damoclès. En effet, les faisant fonction ont désormais pour obligation de réussir le concours d'entrée à l'école des cadres. Le statut de faisant fonction et les bons résultats du service géré ne sont pour autant pas des conditions d'entrée à l'école des cadres. Le risque alors est de retomber dans la fonction d'infirmière et ce dans la même équipe.

« J'ai l'exemple ici, d'une fille qui est faisant fonction depuis quelques années, qui remplit parfaitement sa fonction, qui connaît très bien son service et qui a raté le concours d'entrée à l'école des cadres et qui risque de se retrouver infirmière du jour au lendemain alors que c'est une cadre compétente. Simplement pour l'histoire de l'école, qui je pense ne lui apportera pas grand-chose, elle sait faire tourner son service donc je ne vois pas l'intérêt de l'obliger. C'est un peu dommage que ce soit aussi restrictif, qu'on ne puisse pas avoir une validation d'acquis pour certains cas à étudier évidemment. » (Etienne, cadre de santé)

Les compétences du faisant fonction à l'encadrement ne sont pas reconnus tant qu'il n'y a pas d'acquisition du diplôme de cadre de santé.

Il faut dès lors s'interroger si au moins la formation offre l'apprentissage de connaissances qui ne peuvent s'acquérir autrement que par cette formation IFCS.

4- Quelle acquisition de compétences au sein de l'école des cadres ?

Le choix d'intégrer la formation de cadre est généralement issu des rumeurs et de ce que d'autres collègues qui sont passés ou non par une formation de cadre en raconte. Il apparaît que les futurs cadres sont en attente d'un établissement de formation qui s'avère pédagogique en termes de management et de gestion, mais surtout qui fixe son attention sur les échanges de parcours entre futurs professionnels.

« Des bruits qu'on entend, hein. Parce que, à l'IFSI, on a beaucoup d'étudiants cadres qui viennent en stage et qu'on entend parler, et puis d'autres collègues qui ont fait leur formation. Ils sont passés par Ste Anne et ils parlaient de l'ambiance, du déroulement de la formation, d'autres IFCS paraissaient plus sévères, plus rigides, ça me plaisait moins. » (Valérie, étudiante IFCS)

« Donc, c'était pas des attentes, c'était surtout ce que je ne voulais pas. [...] Moi, La Croix, c'était la grosse opportunité ! Pourquoi ? Parce que un, déjà, ils avaient l'air vachement moins malheureux. Je connaissais pas du tout. Après, j'ai cherché à me renseigner. En fait, y'avait une stagiaire qui était dans un autre service qui était une ancienne stagiaire de La Croix de l'année dernière... En fait, c'est le réseau. J'ai demandé si quelqu'un connaissait et puis une formatrice qui travaillait dans un service. Franchement, elle avait l'air bien. Après, j'ai lu un petit peu. J'ai pas eu accès au projet pédagogique, j'ai plus eu accès à des bouquins, à une certaine philosophie. Et puis, y'a une culture des IFCS, hein ! [...] C'est portée par des valeurs sur la psychiatrie, et moi je suis très sciences humaines, j'ai une licence de santé publique et psy que j'ai faite après mes études d'infirmière. » (Véronique, étudiante IFCS)

Les étudiants connaissent avant d'intégrer une école de cadre, son contenu d'apprentissage et sa pédagogie. Avant de faire leur choix, ils écoutent les critiques des collègues sur les différentes écoles et ont en main le projet de formation de chacune d'elles. Ainsi, le choix de l'école de formation n'est pas issu du hasard (l'étudiant n'a réussi qu'un concours d'entrée) mais bien d'un choix personnel basé sur différents critères plus ou moins objectifs : le décor agréable, la ville où l'école se situe etc. Beaucoup d'étudiants intègrent une école dans une autre région que la leur, sans doute dans le but d'investir cette année de coupure encore plus profondément.

La formation est par définition, l'ensemble des activités visant essentiellement à assurer l'acquisition des capacités pratiques, des connaissances et des attitudes requises pour occuper un emploi.¹⁰⁶

Si la formation permet avant tout l'augmentation de la qualification professionnelle et l'accroissement des compétences individuelles, elle répond à un processus historique fondamental qui est l'adaptation de l'individu à sa profession et à son milieu, à son groupe social et à sa culture. C'est ainsi que la formation – si elle est d'abord une réponse technique aux besoins économiques des entreprises – peut être aussi un moyen d'émancipation et de développement des individus.

La formation se présente donc comme un processus identitaire, mais aussi comme une intervention et un projet d'action volontaire. On peut dire par ailleurs que la formation est elle-même une production : de connaissances, de compétences, de qualification, voire de changements. Mais elle est aussi une reproduction en tant qu'elle reproduit la structure sociale en termes de classe, de division du travail, de stratification du pouvoir.

La formation continue est un des moyens d'acquérir, d'actualiser ou d'approfondir des connaissances et des capacités diverses. Elle contribue donc au développement professionnel des soignants (projet professionnel et personnel) et « *elle semble un des moyens d'améliorer la qualité des soins au travers d'une gestion des ressources humaines par les compétences. Nous constatons qu'aujourd'hui, la formation vise de plus en plus à l'adaptation permanente entre les capacités des personnels et les exigences des organisations qui se doivent d'évoluer très rapidement* » (Christine, 2007, p.20).

On peut également émettre l'hypothèse que la formation n'apporte pas seulement une légitimité et un statut au travers de l'acquisition du diplôme de cadre mais qu'elle apporte des outils essentiels à la bonne activité de la profession de cadre de santé.

Pour l'IFCS La Croix, sa formation permet au futur cadre de :

- « ➤ *Prendre de la distance avec sa pratique quotidienne et progresser dans la durée*
- *Partager ses expériences et connaissances, interroger ses certitudes, argumenter ses points de vue*
- *Développer le questionnement, la curiosité ; l'esprit critique et faire des liens entre son expérience, les domaines d'enseignement, ses propres recherches et sa future fonction*

¹⁰⁶ Tiré de Bureau international du travail. Glossaire de la formation professionnelle : termes d'usage courant. Genève : BIT, 1987. vi, 95 p., p. 29

➤ *Intégrer la dimension institutionnelle de sa future fonction. Le montage pédagogique lui offre la possibilité d'anticiper les situations auxquelles il sera confronté en tant que cadre de santé*

➤ *Mobiliser différents types de savoirs : théoriques, procéduraux, pratiques et savoir-faire. L'alternance des périodes de stage et d'enseignement l'amène à utiliser des connaissances nouvellement acquises, à les développer ou à en rechercher de plus adaptées.*

➤ *Acquérir des capacités qui deviendront compétences sur le lieu de l'activité après la formation »¹⁰⁷.*

En fait, d'après nos propres observations¹⁰⁸, l'étudiant en IFCS apprend plus à acquérir une aptitude à la réflexion, à la recherche que de réels outils de gestion. L'école enseigne aux futurs cadres à se penser comme cadres de santé, plus qu'à leur enseigner ce à quoi ils devront faire face quotidiennement dans leur future fonction.

La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles.

« La formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel. Ainsi l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle »¹⁰⁹.

¹⁰⁷ Extrait projet de formation 2006-2007 de La Croix

¹⁰⁸ Rappelons que nous avons participé aux différents cours durant une année dans un IFCS

¹⁰⁹ Extrait projet de formation 2006-2007 de La Croix

L'organisation en modules

Les cours en IFCS sont organisés en modules que nous allons étudier plus profondément.¹¹⁰

♦ Module 1 : Initiation à la formation

Ce module a pour but de définir et de comprendre le rôle et la place de l'encadrement. Les étudiants n'ayant pas l'expérience de la fonction cadre découvrent et peuvent identifier les aptitudes nécessaires à son exercice. Les étudiants ayant fait fonction de cadre sont amenés à partager leurs expériences, analyser leurs pratiques professionnelles et l'enrichir de nouvelles connaissances. Pour l'ensemble des étudiants, ce module propose une approche du monde du travail par la découverte de l'entreprise, grâce au stage de trois semaines dans une entreprise se situant hors du secteur sanitaire, et aborde les caractéristiques générales de la fonction cadre. Ce module est organisé en cours magistraux et en travaux de groupe. Ils reposent sur l'analyse de travaux de presse et de revues professionnelles pour favoriser un travail sur les représentations de la fonction cadre et aider les étudiants à se positionner dans leur approche de la fonction ; sur des exposés de groupes qui permettent à l'étudiant de se positionner et de se familiariser à la dynamique de groupe lors de travaux en commun ; et sur les partages d'expérience. Il s'appuie sur de multiples apports disciplinaires (sociologie, psychologie, droit, économie, etc...) permettant aux étudiants de repérer les différents rôles et les différents types de cadres.

♦ Module 2 : Santé publique

Ce module permet d'appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social. Il situe la fonction d'encadrement dans les différentes dimensions et enjeux des problématiques de santé. Ce module est construit autour de cours magistraux et des travaux dirigés. Une étude d'un problème de santé publique, et du fonctionnement d'une structure extrahospitalière réalisée en petit groupe, a pour but d'appréhender concrètement les modalités, les acteurs et les enjeux d'une démarche de santé publique. La validation consiste en la réalisation d'un dossier documentaire en lien avec l'étude et l'enquête de terrain.

¹¹⁰ Description des modules tirée du projet de formation 2006-2007 de l'IFCS La Croix et d'observations

♦ Module 3 : Analyse des pratiques et initiation à la recherche

Ce module permet aux étudiants d'expérimenter le processus de recherche par la réalisation d'un mémoire dans les domaines de la clinique, du management ou de la pédagogie. L'élaboration de ce travail d'initiation à la recherche s'appuie sur des cours dispensés par l'université, par des ateliers de méthodologies, par un accompagnement des formateurs lors de guidances de mémoire en groupe, par un accompagnement du directeur de mémoire choisi par l'étudiant. La validation comporte deux modalités : la réalisation du mémoire de 50 à 60 pages et la soutenance de ce travail. La construction du mémoire de recherche, sur un thème choisi par les étudiants eux-mêmes permet de développer chez eux des compétences en méthodologie de recherche : recherche documentaire, terrain d'enquête, analyse de données, écriture et soutenance orale.

♦ Module 4 : Fonction d'encadrement

Ce module doit permettre à l'étudiant de clarifier le positionnement et les fonctions du cadre de proximité dans les établissements sanitaires. Le but est d'acquérir des méthodes et des outils de gestion. Les expériences et les ressources professionnelles des étudiants sont mobilisées au cours des enseignements pour développer l'échange et la réflexion sur les pratiques. Les expériences et les ressources professionnelles des étudiants sont mobilisées aux cours des enseignements pour développer l'échange et la réflexion sur les pratiques. Les enseignements se découpent en enseignement théorique, en travaux de groupe, en témoignages de professionnels, en séances d'échanges et de débats, en exercice de simulation. Dans le cadre du partenariat avec l'Université, une séquence d'enseignement centrée sur la gestion économique et financière des établissements de santé est réalisée. Elle permet d'initier les étudiants aux techniques de gestion et de contrôle budgétaire à travers l'approche des logiques de base de la gestion budgétaire hospitalière. Le stage de quatre semaines, choisi par l'étudiant se déroule en deux périodes de deux semaines entrecoupées d'une semaine à l'institut. Comme pour chaque stage, l'IFCS propose des objectifs institutionnels, l'étudiant définissant, par ailleurs des objectifs personnels en lien avec ses axes de progression. A l'issue du stage, le cadre référent procède à l'appréciation de l'étudiant cadre de santé. Ce stage vise à situer le fonctionnement d'une unité ou d'un service au sein d'un établissement sanitaire ou social ; mettre en œuvre, en concertation avec le cadre, une démarche projet concernant l'organisation d'une activité de l'unité ; appréhender la fonction d'encadrement par l'observation et la participation aux activités du cadre référent de stage.

Voici deux exemples de cours dispensés dans ce module.

Cours sur la responsabilité juridique du cadre

Ce qui ressort de ce cours, c'est que le cadre a une responsabilité vis-à-vis de l'ensemble des acteurs qu'il encadre. Il est responsable de qu'il fait lui, mais aussi de ce que font les autres. Cette responsabilité du cadre n'est pas liée à sa présence mais toujours à sa fonction. Plus on est libre de ses choix, plus on est responsable. Donc, plus on monte dans la hiérarchie, plus il y a de responsabilité, car le cadre a une plus grande action, une plus grande autonomie.

Le cadre de santé doit respecter les droits du patient ainsi que le secret professionnel, cependant il ne doit pas s'opposer aux forces de l'ordre. Ce cours enseigne ce qui, au sein de l'hôpital, fait partie du public comme la salle d'attente ou du privé comme la chambre, ainsi que les différentes responsabilités du cadre. Ainsi, le cadre est juridiquement responsable de l'organisation : des locaux par exemple, mais aussi du travail et de la distribution des médicaments. Il est responsable de l'information donnée au patient sur les soins mais aussi du consentement du patient. Le cadre doit vérifier que le consentement ou le non consentement du patient est bien respecté. Il est responsable du bon fonctionnement général du service, c'est-à-dire que le cadre s'assure de la sécurité des biens et des personnes. Le cadre gère les personnes qui rentrent, sortent, des visites, de la circulation des bénévoles, des intervenants extérieurs (ménage, réparation), des vols et des pertes d'objets, des associations d'usagers qui sont des partenaires à part entière des cadres. Vis-à-vis de son équipe, le cadre est l'interlocuteur privilégié. Il doit informer son équipe de ses droits et devoirs, leur faire connaître la législation du travail. Le cadre doit également rester en étroite relation avec les syndicats.

Cours sur l'évaluation du personnel

L'évaluation est l'outil d'intégration de chaque personnel car il prend en compte les difficultés de la personne ainsi que ses attentes. La manière dont le cadre utilise cet outil d'évaluation, s'investit dedans, joue sur l'investissement personnel. L'évaluation permet au cadre de santé de clarifier ce qu'il attend d'un collaborateur pour lui permettre de mieux concentrer les efforts là où ils sont le plus utiles. Il permet également au cadre de guider l'évalué dans son développement personnel en mettant en évidence les domaines dans lesquels sa performance pourrait être améliorée. L'évaluation favorise également l'implication et la prise d'initiatives du personnel. Enfin, il est un outil de gestion qui améliore l'efficacité de l'entreprise. Pour ce faire, un cadre utilise différents supports de référence : des fiches de poste, des référentiels de compétences, une grille d'auto-évaluation, un bilan annuel comprenant les appréciations de l'année passée, les objectifs formalisés pour l'avenir, les perspectives professionnelles, les axes de formation et surtout un entretien annuel individuel entre le responsable et son personnel.

L'évaluation doit être utile aux agents et donc aussi aux cadres eux-mêmes. Le cadre doit donner des objectifs différents selon chaque personne. L'objectif de l'évaluation est précis : le cadre doit mener son équipe. »

Voici un extrait du polycopié de ce cours :

L'entretien conduit par le supérieur hiérarchique direct de l'agent porte sur :

- les résultats professionnels individuels au regard des objectifs, des moyens et des conditions d'organisation du service
- la détermination des objectifs à atteindre au regard des moyens attribués
- les besoins de formation de l'agent, compte tenu des missions et des objectifs qui lui sont impartis

- les perspectives d'évolution professionnelle

La procédure de l'entretien :

- la date est fixée huit jours à l'avance (au moins)
- le supérieur hiérarchique établit un compte-rendu écrit qui est communiqué à l'agent qui a sept jours pour signer et le cas échéant le compléter par ses observations
- le compte rendu est remis à l'agent et est versé à son dossier administratif

Le rôle du cadre dans la procédure :

Assurer la cohérence du système : cohérence dans le style de management, continuité dans la gestion du personnel, du recrutement jusqu'au suivi des agents.

Lors du recrutement :

- **INFORMER** : présenter la procédure

Avant chaque entretien :

- **INFORMER** : expliquer les modalités concrètes, les supports
- **PLANNIFIER**

Avant chaque entretien :

- **SE PREPARER**

- concerter ses supérieurs

- préparer l'entretien, techniquement / psychologiquement

- prévoir du temps et du calme

Pendant l'entretien :

- **CONDUIRE** l'entretien
- **REDIGER** le bilan, les appréciations

Après l'entretien :

- **TRANSMETTRE** aux supérieurs une appréciation objectivée et la note proposée

- **MOBILISER** les informations recueillies pour en dégager des axes d'amélioration individuels et collectifs

- **SUIVRE** régulièrement la réalisation des objectifs

Au plan institutionnel :

- **ACTUALISER** les missions et les organisations
- Contribuer à la réalisation et à l'actualisation des supports

Nous voyons ici l'exemple de type de cours purement théorique apporté aux étudiants. Ces cours font très peu participer les étudiants. Néanmoins, le but est de les faire réagir en les questionnant ensuite sur leur propre vécu. Ces cours donnent beaucoup d'éléments utilisables par ces futurs cadres une fois en service mais ils ne donnent pas suffisamment d'exemples concrets, cela étant demandé aux étudiants. Ainsi ces cours, ces modules sont construits dans le but de faire parler chaque étudiant sur ses connaissances du milieu des soins, sur ses expériences mais également sur ses attentes en tant que futur cadre de santé. Les enseignements apportent de la théorie et c'est aux étudiants d'y apporter la "pratique" au travers des échanges du vécu, des connaissances de chacun.

♦ Module 5 : Fonction de formation

Ce module prend en compte la dimension formation au travers des différents lieux d'exercice du cadre de santé en unité de soins ou en service d'imagerie et de radiothérapie. Les formateurs privilégient une pédagogie s'appuyant sur l'acquisition de connaissances et de mises en situation concrètes, à l'institut comme en stage, en vue d'une préparation plus opérationnelle comme cadre de santé dans le domaine de la formation. La validation du module est constituée d'une séquence pédagogique réalisée face à un public d'étudiants en institut de formation évaluée par le tuteur de stage, une production écrite individuelle rendant compte de son analyse de pratique. Le stage d'une durée de quatre semaines se déroule en deux temps : une semaine puis deux semaines, en alternance avec les semaines de cours. Les objectifs sont d'identifier le contexte de formation, de situer le public en formation, de décrire la structure institutionnelle, de repérer les activités du cadre de santé formateur, d'expérimenter l'animation de groupe et réaliser une séquence pédagogique, de construire une réflexion sur une problématique liée à la formation.

Chacun des stages en lien avec les modules fonction d'encadrement (module 4) et fonction de formation (module 5) est d'une durée de quatre semaines alternant avec des semaines d'enseignement. Les deux premières semaines permettent la prise de contact, le repérage du fonctionnement institutionnel et la définition d'objectifs opérationnels à réaliser dans les deux semaines suivantes. Le retour à l'institut à l'issue de la deuxième semaine est l'occasion d'un échange sur les observations réalisées et d'une validation des objectifs à atteindre dans la seconde partie du stage.

♦ Module 6 : Approfondissement des fonctions d'encadrement ou de formation

Ce module est construit, à la fois, en fin de formation à partir des besoins et des préoccupations des étudiants avec le souci d'intégrer les éléments forts de l'actualité, et tout au long de l'année sous la forme des ateliers pratiques. Pour les étudiants cadres manipulateurs d'électroradiologie médicale, leur stage est réduit d'une semaine réservée à un module spécifique à leur profession. L'objectif de ce module est bien l'approfondissement de connaissances acquises durant la formation, soit concernant la gestion des unités de soin, soit plus approprié aux futurs cadres d'IFSI. Il dure quatre semaines. En fonction de ses axes de progression et de son projet professionnel, l'étudiant formule ses propres objectifs, recherche et choisit son stage. Il peut par exemple approfondir un aspect de la fonction cadre, découvrir des structures sanitaires, sociales ou pédagogiques d'autres pays, actualiser et enrichir ses

connaissances méthodologiques, s'informer des nouvelles technologies, se former sur un aspect spécifique de sa future fonction ou de son secteur d'activité. Le stage peut être effectué dans deux lieux différents.

En fin d'année, c'est-à-dire à partir de mai, certains cours sont optionnels, les élèves doivent s'inscrire sur une feuille dans le hall s'ils veulent y assister. Ces cours permettent d'approfondir certains points de la formation, mais surtout d'assister à des apprentissages pas du tout dispensés durant l'année. L'IFCS La Croix est très orientée sciences humaines, c'est-à-dire qu'elle prépare les futurs cadres à la réflexion et beaucoup moins à l'acquisition de connaissances gestionnaires. Durant cette année, les étudiants sont sans cesse questionnés sur leur sentiment et ressentiment par rapport à leur stage ou à leur vécu en tant que soignant ou que faisant fonction. Ils sont amenés à faire des retours réflexifs sur leur pratique et sur leur devenir. Les cours sont basés sur leurs propres expériences et non sur un apprentissage que l'on pourrait qualifier de plus technique, de plus méthodologique. Durant l'année, les ateliers consistent en des jeux de rôles, des mises en scène de chacun sur un quotidien qu'ils ont vécu ou auquel ils auront à faire face une fois cadres. Les outils qu'ils reçoivent sont des outils sur leur positionnement au sein du milieu hospitalier, sur leur posture, sur la communication, sur la passation de l'information et très peu sur la gestion, l'économie, les statistiques, la gestion des plannings, les contrats administratifs, l'évaluation des infirmières etc.

« Mais les contrats, on n'a toujours pas appris à les faire, hein ! C'est pour ça que là, je me suis inscrite au niveau du planning. » (Bernadette, étudiante IFCS La Croix).

Ce sont donc dans ces cours optionnels que les étudiants peuvent trouver des outils plus concrets leur permettant de réaliser les tâches quotidiennes d'un cadre. On peut alors se demander pourquoi les cours qui attirent beaucoup d'élèves ne sont qu'optionnels ? De plus, beaucoup de ces cours optionnels se chevauchent demandant alors une sélection par les élèves. Une des réponses se trouve peut-être dans l'importance du nombre de faisant fonction. Nous avons vu l'apprentissage sur le tas que ces derniers vivent. De plus, au bout de plusieurs mois, voire de plusieurs années de faisant fonction, un futur cadre a réussi seul à acquérir ces compétences gestionnaires.

Considérons cette retranscription d'un cours optionnel, servant plus les cadres formateurs, intitulé "outils pédagogiques". Ce cours enseigne aux formateurs comment réaliser les cours en IFSI. Et bien sur, très logiquement, ce cours a lieu au retour des élèves de leur stage de formateur en IFSI.

Les cours optionnels

Dès le démarrage du cours, le professeur demande aux étudiants comment s'est passée leur prestation pédagogique lors de leur stage.

Professeur : Qui a fait pour la première fois un cours lors de ce stage ?

Etudiant : C'était pour moi un grand saut. Je suis très théâtrale, ça ne m'a pas posé de soucis. J'ai plus souffert lors de la préparation du cours.

Le professeur fait alors la liste des appuis pédagogiques que peut utiliser un formateur pour illustrer son cours.

- (P)¹¹¹ Le graphique : il faut réfléchir au public qu'on aura devant nous. Tout le monde n'est pas familiarisé à certains graphiques. Le cadre doit se mettre au courant de ce que les étudiants ont appris préalablement. Le cadre doit prendre le temps de vérifier que les étudiants sont à l'aise avec.

Le power point : permet de mettre les informations pas à pas.

La photographie : c'est du domaine psychoaffectif, il y a un risque de dispersion de l'écoute des étudiants et une photographie trop réaliste peut choquer.

Le croquis ou le schéma : On montre ce qu'on veut montrer. Ça permet de présenter un mécanisme ou une structure. L'idéal est de le réaliser en temps réel. Par exemple, à l'aide de transparents, on rajoute à chaque transparent une structure au schéma. Il faut aller étape par étape. Vous pouvez également permettre aux étudiants de le créer eux-mêmes.

Le plus important est de faire comprendre les choses. Toute situation de formation est insécurisante. Le formateur doit créer des conditions "secure".

Ensuite, vous pouvez utiliser des objets réels, des maquettes. Ça permet de mobiliser l'attention. C'est un transfert de connaissances pour l'avenir en situation professionnelle, par exemple, les seringues électriques. Mais attention avec ces objets, ça peut vite devenir la cour de récré et ce n'est pas le plus adapté en cours magistral.

- (E) Moi, avant la pause, je le mets sur la table, comme ça il le regarde en sortant.

- Il y a également un problème de dotation de ce type de matériel. On peut faire un emprunt auprès des services, vous pouvez demander des échantillons aux fournisseurs etc. Le cadre doit réfléchir au temps investi, à l'achat et au stockage.

Les tableaux : à craie, véléda, paper bord... Ne parler pas en écrivant : le public en face ne gère pas deux choses à la fois. Vous avez le temps. Le tableau ne doit pas être masqué. Garder un code constant de couleurs : tel concept égale telle couleur. Multiplier les supports. Noter les mots-clés des participants, noter tout et ne faites pas de tri. N'écrivez pas trop petit et ne soyez pas amoureux de votre tableau, c'est-à-dire ne tourner pas le dos à votre public. [...]

La deuxième partie de ce cours optionnel, c'est-à-dire le cours de l'après-midi, concerne toujours les futurs cadres formateurs et concerne l'évaluation des élèves. Là encore, ce cours donne aux étudiants tous les détails sur les différentes formes d'évaluation, sur leurs avantages et sur leurs inconvénients.

Nous allons voir les principales formes d'évaluations que peuvent utiliser les cadres formateurs. Une des formes de l'évaluation des étudiants infirmiers est la MSP c'est-à-dire la mise en situation professionnelle. Cette sorte d'évaluation permet de réaliser une réelle mise en situation, l'observation directe d'une tâche professionnelle, et doit être réalisée lorsque le geste, le comportement, où la relation interpersonnelle est la composante principale de l'évaluation.

Les avantages : - c'est un moyen privilégié pour observer les aptitudes professionnelles

- ça permet de voir la capacité relationnelle de l'étudiant avec le patient.

¹¹¹ P signifie que le discours est d'un professeur, c'est-à-dire d'un intervenant extérieur ; F signifie formateur et E signifie étudiant.

Les inconvénients : - le coût élevé en personnel (durée d'évaluation et durée de coordination)

- cela peut mettre la personne soignée dans une situation pénible

- le cadre doit se méfier des interférences issues de facteurs étrangers, c'est-à-dire l'environnement : bruit, lieu utilisé à d'autres fins, des interventions diverses, du matériel inconnu.

L'échelle d'attitude est une autre forme d'évaluation très utilisée par les cadres. C'est une grille d'observation utilisée au cours d'une mise en situation. Cela permet une meilleure connaissance du fonctionnement personnel de l'étudiant. Les inconvénients sont identiques à ceux de la mise en situation professionnelle et le temps de préparation pour le cadre est long. A côté de ces techniques d'évaluation, le cadre peut utiliser également le mémoire, l'épreuve orale, les questions à rédiger ou les dissertations, les questions à réponses ouvertes ou courtes, le QCM (questionnaire à choix multiples), le cas concret, l'examen programmé : on présente une situation à l'étudiant et on lui demande de prendre une décision ; il découvrira ensuite les conséquences.

Ainsi, ces cours pourtant optionnels, sont souvent considérés comme plus intéressants et apportent beaucoup plus d'éléments, de techniques directement utilisables par les cadres.

♦ Les activités pédagogiques transversales

Les ateliers transversaux sont des espaces d'exercices pratiques, de réflexion et d'expérimentation, en petits groupes établis en début d'année. L'animation des ateliers s'appuie sur le partage et l'analyse des pratiques des participants et utilise préférentiellement des méthodes actives : échanges, études de cas, jeux de rôles qui engagent l'étudiant à s'impliquer dans la réflexion et dans l'action. Ils sont réalisés par des psychosociologues, des professionnels experts ainsi que des membres de l'équipe pédagogique de l'IFCS.

➤ Atelier management d'équipe et communication

L'objectif de cet atelier est de permettre le développement de compétences managériales et communicationnelles ainsi que la prise d'autonomie dans la fonction. Le savoir expérientiel est ici au centre des préoccupations des animateurs. Cet atelier a pour but de faire prendre conscience aux étudiants des rôles d'autorité, de pouvoir et de responsabilité qu'ils tiendront. Il permet de développer des aptitudes à animer des équipes, des projets, des changements dans des situations complexes. Les thèmes de cet atelier peuvent être la relation en face à face, la dynamique de groupe (construction et règles de fonctionnement d'une équipe), la conduite de réunion, la gestion du temps et la délégation, la motivation, le management situationnel, le pouvoir et l'autorité, ou la prise de poste (se présenter à une équipe et prendre de nouvelles fonctions).

Cours sur construction d'une équipe

Ce cours, animé par un intervenant extérieur, professeur d'université, a pour but d'enseigner aux futurs cadres ce qu'est une équipe et comment le cadre doit se positionner par rapport à elle. L'intervenant expose différentes théories autour des notions d'équipe, d'autorité et de pouvoir, puis fait participer les élèves en les questionnant sur leurs propres expériences.

- (P) Une équipe est un ensemble d'individus ayant des objectifs communs et les moyens de les atteindre. L'origine étymologique de l'équipe vient du germanique skip qui signifie bateau, on est tous dans le même bateau

- (E) Dans la même galère, je dirai !

- (E) Quand y'a des réunions, on dit réunion sur le pont

- (P) Le skipper fixe un cap, un objectif à atteindre. Etes-vous une équipe ?

- (E) C'est plus l'image de la flotte : chacun son bateau mais même objectif.

- (P) Le sélectionneur choisit son équipe. Est-ce que vous, vous allez choisir votre équipe ?

- (E) On a une part de décision quand même, avec les évaluations, ça se construit une équipe, tu choisis tes co-équipiers.

Les autres étudiants ne sont pas d'accord. Le professeur donne ce conseil aux étudiants : gérer, c'est prévoir. Le cadre doit faire preuve de patience et ne pas changer de façon de travailler en permanence.

- (P) Il y a trois styles d'équipes, c'est-à-dire trois types de fonctionnement d'équipe. Il y a l'équipe de co-action. C'est une équipe assez individuelle dans son fonctionnement. Chacun fonctionne individuellement, mais c'est un fonctionnement individuel qui n'entame pas forcément la marche de l'équipe mais joue sur les résultats. Par exemple, le tennis ou une équipe d'athlétisme. Ensuite, il y a l'équipe mixte. Les équipiers ajustent leurs efforts. C'est l'exemple de l'aviron. Si une personne faiblit, c'est toute l'équipe qui perd. Enfin, une équipe d'interaction. C'est une équipe basée sur les liens formels véritablement collective. Par exemple, le football ou le rugby. C'est une équipe basée sur les liens formels qui se situent à tout moment de la partie. De quel type d'équipe se rapprochent celles que vous encadrerez dans le futur ?

- (E) Ça dépend du service, de la situation. Ça dépend aussi du management.

- (P) Le cadre doit se positionner dans un rôle. On note trois types de rôles : rigide (taylorien), laxiste ou de dialogue.

- (E) La complexité, c'est de savoir utiliser le bon, au bon moment.

- (P) Le cadre doit savoir raisonner en termes de choix et non de limite. Il faut toujours qu'un objectif soit formulé positivement. Le cadre doit adapter son discours à la situation. Pour les personnes qui ont fait fonction de cadre, ce sentiment d'adaptation, comment est-il venu ?

- (E) Je suis arrivé dans une équipe privée, dans une branche que je ne connaissais pas, avec des caractères énormes, j'ai souffert pendant un an. C'est une histoire d'équilibre. C'est extrêmement difficile. Y'avait un pilier du service qui avait vingt ans d'ancienneté et moi j'arrive.

- (P) L'intégration d'une nouvelle personne est une des tâches nécessaires du cadre afin d'assurer la cohésion de l'équipe. Le cadre doit présenter le nouveau venu de manière formelle à toute l'équipe. Ensuite, humainement, une empathie va se créer. Il faudra savoir déléguer, qu'une personne en votre absence continue cette intégration.

La suite du cours porte sur la question du pouvoir et de la légitimité.

- (P) Sans pouvoir, on ne peut pas diriger une équipe. Vous aurez le pouvoir, statutaire, mais l'autorité ? Sans autorité, pas de respect. Et le respect, on l'a par les compétences techniques et par les aptitudes humaines. Le respect fait l'autorité. Le cadre doit avant tout être un modèle et mettre en avant la communication.

Les étudiants soulèvent alors le problème de l'expertise.

- (E) Si on n'était pas infirmier en psy, comment peut-on être cadre en psy ? On doit avoir un minimum de connaissances dans le soin. Il faut maîtriser en majorité tous les problèmes, toutes les questions qui peuvent se poser à nous. S'il manque de personnel, le cadre devra mettre la main dans le cambouis, faire des soins.

La réponse du professeur est alors la suivante.

- (P) Un cadre qui arrive dans un service qu'il ne connaît pas doit un maximum identifier les grandes opérations qu'il devra distribuer. Si le cadre fait preuve d'errements, ça se saura tout de suite. Mais, on sait que cela vient aussi dans le temps. Mais, le nouveau cadre doit essayer de venir avec le maximum de connaissances sur le fonctionnement de ce nouveau service.

- (E) L'autorité, y'a des gens qui l'ont et d'autres pas.

Le professeur souligne alors l'importance du leadership.

- (P) L'autorité résulte de l'influence personnelle de celui qui l'exerce, liée à des compétences techniques et à des aptitudes humaines.

L'intervenant diffuse ensuite un extrait du documentaire « Les yeux dans les bleus » afin de comparer l'autorité du cadre à celui du sélectionneur de l'équipe de France de football.

- (P) Ce documentaire montre comment à partir d'un objectif, le sélectionneur et l'équipe ont réussi à atteindre les résultats attendus. Quand on veut communiquer quelque chose, comme Aimé le fait sur ces images, on est debout, on prend de la hauteur. Ça se sent dans la voix.

Cela rejoint l'« atelier voix » dispensé par l'école.

Sur le film, une scène montre le sélectionneur Aimé Jacquet fixant un objectif commun, tout en attribuant à chacun un travail précis. Le professeur souligne que le cadre doit donner à son équipe, tout comme le sélectionneur à ses joueurs, responsabilité et autonomie, des encouragements et des compliments.

- (P) Le cadre doit aussi savoir se positionner par rapport à son équipe et par rapport à sa hiérarchie.

- (E) Le cadre doit toujours avoir des mots de soignant et être d'accord avec la hiérarchie

L'intervenant conseille alors de ne jamais se poser la question du bien et du mal pour mener à bien l'encadrement, mais ce qui est bon.

- (P) Le cadre est dans l'action, dans le devenir et non dans la pensée.

Pourtant, la formation se base beaucoup sur la théorie et la pensée. Et comme le glisse un étudiant « On nous prépare pas à ces stratégies ». »

Cet extrait de déroulement de cours nous montre bien comment les intervenants font participer au maximum les étudiants en les faisant parler de leurs expériences, en particulier les faisant fonctionner. Le cours montre aux futurs cadres la théorie de ce que signifie être une équipe. Il permet aux étudiants de se positionner dans leur futur rôle en les comparant à un entraîneur célèbre de l'équipe de France de football. L'intervenant donne des conseils physiques et techniques applicables par les futurs cadres, ce qui doit être fait ou pas : autonomiser son équipe, faire des compliments etc. Cependant, les étudiants soulignent le manque de confiance en leur autorité, en particulier s'ils manquent d'expertise à laquelle se raccrocher et légitimer leur autorité dans un nouveau service. Mais tout ceci reste bien trop théorique pour ces futurs cadres qui n'ont pas le sentiment d'avoir acquis les moyens de faire face aux enjeux de territoire, de pouvoir et d'autorité dans leur futur établissement.

➤ Atelier voix et expression

Cet atelier se propose d'expérimenter tous les aspects de la prise de parole en public, dans le but de développer l'aisance vocale et corporelle du futur cadre face à un auditoire, gérer son trac, ses inhibitions et ses peurs dans la prise de parole en public, développer sa capacité d'improvisation. L'animateur de cet atelier enseigne des techniques vocales de respiration et de relaxation, la lecture en public, l'articulation, la gestion de son débit vocal, le rythme du discours, ainsi que le repère de la communication non-verbale.

➤ Atelier démarche éthique

Autour des problèmes concrets qui se posent dans les unités de soins en matière d'éthique, et en lien avec les grandes questions d'actualité, cet atelier se propose de sensibiliser les étudiants aux enjeux éthiques relatifs à la santé et au soin autour de débats : dignité humaine, autonomie de la personne, justice et bienfaisance.

➤ Atelier recherche et veille documentaire

L'atelier situé en début de formation a pour but d'initier les étudiants cadres à s'intéresser à la presse professionnelle et généraliste de manière à trouver des réponses à des problématiques de cadre, d'identifier les lieux ressources documentaires, réaliser une recherche documentaire sur une thématique, rédiger des références bibliographiques. Une sensibilisation avec décryptage des revues professionnelles permettra à l'étudiant de développer son sens critique.

➤ Atelier bureautique (optionnel)

L'IFCS propose une aide pratique dans les domaines de la bureautique sous forme d'ateliers. Elle est destinée aux étudiants n'ayant pas ou peu de notions d'informatiques.

Efficacité de l'enseignement

Ces enseignements sont-ils efficaces ? Servent-ils vraiment à une future coopération entre métiers et filières ? Voici le témoignage d'un cadre de santé au sujet de cette volonté de formation interdisciplinaire.

« Je fais partie de la promotion 2001-2002, celle qui a vu naître le partenariat entre l'IFCS du CHU et l'IFCS de Rééducation. [...] Ce partenariat part de l'hypothèse selon laquelle le rapprochement des étudiants au moment de la formation devrait se traduire par une meilleure

collaboration en situation professionnelle. Mon ressenti par rapport à ce rapprochement est assez simple : pour moi il n'avait aucun sens. Ces 12 heures venaient s'intercaler dans une période où beaucoup d'entre nous avaient, excusez l'expression, la tête dans le guidon, notamment avec la rédaction du mémoire. On nous parlait d'être acteur voire parfois auteur de cette formation, mais j'avoue que dans cette tentative de rapprochement forcé, j'ai ressenti que je subissais le choix de l'équipe pédagogique. Car pour moi, la coopération ne se décrète pas, elle naît, se construit, dans un espace se situant aux frontières des compétences. Pour qu'il y ait coopération, il faut tout d'abord qu'il y ait un objectif, un but commun. En d'autres termes, que des professionnels décident de travailler ensemble. [...] Je ne veux pas vexer mes collègues de l'IFCS de rééducation, mais je n'ai pas encore, depuis 19 mois, collaboré avec eux. Par contre je collabore avec de nombreuses personnes, avec lesquelles je n'ai partagé aucune formation. » (Masmejean, 2004)¹¹²

Nous pouvons faire l'hypothèse que la formation interprofessionnelle permet à chacun de prendre conscience des difficultés de langage entre les professions. Pour exemple, un étudiant issu de la filière manipulateur d'électroradiologie médicale me racontait que son directeur de mémoire était un cadre formateur d'IFSI et qu'à chacune de leur rencontre, quelques minutes étaient consacrées à ajuster leurs définitions respectives de certains termes utilisés en milieu hospitalier.

La formation permet de rencontrer des personnes, rencontres qui permettront ensuite, peut-être, de créer un réseau sur le terrain.

« Ce sont des professionnels, on peut garder des relations professionnelles, et puis avec l'annuaire de promo : « Oh, dis donc, t'avais fait un mémoire sur ça, ça m'intéresserait que tu me passes... ». [...] J'imagine pas quelqu'un me raccrocher au nez. » (Violette, étudiante IFCS)

Elle permet surtout de connaître d'autres métiers du milieu de la santé, en particulier au travers des stages dans les services de soins infirmiers. On peut parler d'une formation qui aide à la compréhension et à la connaissance (reconnaissance) de toutes ces professions ; et cette connaissance qui peut par la suite, sur le terrain professionnel, favoriser la coopération.

Le cadre formateur exerce un métier d'enseignant. Passer d'infirmier à cadre est déjà une étape importante mais d'infirmier à enseignant entraîne encore une plus grande adaptation à cette nouvelle fonction. Cadre formateur est donc une branche du métier de cadre de santé

¹¹² Masmejean, cadre de santé, filière médico-technique, pharmacologie médicale et toxicologie

réellement différente du métier de cadre de proximité. Une étiquette négative lui a d'ailleurs souvent été collée. Métier moins bien considéré car plus lié aux soins.

« On dit toujours : les formateurs, les formateurs et tout, ils font rien, mais faut préparer ses cours, faut... Et ça demande quand même du travail. Et au niveau communication, c'est pareil. C'est peut-être pas avec le personnel, c'est plus avec les étudiants, les élèves, mais c'est aussi important. Savoir se... Tu le transmets pas ce contenu, tu le construis. Tu donnes des idées, et ensuite l'étudiant prend ce qui lui plaît. » (Bernadette, étudiante IFCS)

Les stages en IFSI ont d'ailleurs permis à bon nombre d'étudiants de connaître et comprendre le métier de cadre formateur. Ils se sont rendu compte que c'était une charge de travail bien éloignée des stéréotypes habituels sur les enseignants.

Un formateur explique : *« On les fait travailler sur leur conception du soin et on les décentre complètement du soin et on leur dit qu'ils vont avoir une autre fonction, c'est pour ça qu'ils vont en stage en entreprise, et ils se confrontent au métier de cadre. Ils sont obligés de s'éloigner du soin pour rentrer dans celui de responsable d'équipe. »* Un autre formateur explique : *« Il y a quelque chose de l'ordre de la transformation qui se joue à l'école, de là à parler d'identité professionnelle je ne sais pas, mais en tout cas il y a un processus identitaire qui a démarré c'est sur ».*

Les formateurs rencontrés expliquent qu'ils forment des futurs managers et ne sont pas là pour donner des recettes, même si la formation apporte des outils. Ceux-ci sont une aide à la prise de décision mais ne remplacent pas les compétences d'analyse de situation, et de réflexion. Pour compléter, nous pouvons citer les propos des formateurs : *« Je pense qu'il vaut mieux former des cadres qui sont plutôt dans les interrogations, qui se posent des questions, qui recherchent du sens, qui soient capables de se positionner, plutôt que de donner des outils, et qu'est-ce qu'on fait des outils si tu sais pas t'en servir, alors qu'un cadre qui est capable de monter un projet, de pouvoir conduire un projet me paraît plus essentiel, mais je me pose la question si on va dans le bon sens parce qu'avec la nouvelle gouvernance, est-ce qu'on ne conduit pas les étudiants vers de grandes difficultés si les établissements veulent vraiment des gens très opérationnels »¹¹³.*

C'est ainsi, que les étudiants piochent que ce dont ils ont besoin dans la formation. Le niveau de compétence des futurs cadres ne semble pas toujours amélioré par le passage par la formation cadre. La plupart des étudiants et des cadres évoquent leur passage à l'Ecole des

¹¹³ Extraits d'observation

cadres comme une période de réflexion et non comme une période d'acquisition de méthodes, d'outils de management, comme le suggère également cette directrice des soins :

« On se doit dans la formation cadre, à mon avis, de leur donner les moyens d'être des cadres de conception et de concevoir des projets. Sauf que je crois qu'on se trompe. On est tellement dans la théorie parfois, et dans les concepts de projets, qu'on prend pas la peine de leur en faire faire concrètement... [...] Je pense qu'on les leurre un peu sur leur place et sur ce qu'ils vont être amenés à affronter après. Et c'est pour ça que je trouve que la formation est trompeuse. [...] Par rapport à l'école des cadres, on rend pas pragmatique certaines théories, certains concepts. » (Directrice des soins)

L'objectif de l'enseignement de l'IFCS est de permettre à l'étudiant de mesurer ses propres ressources, capacités, expériences, aptitudes et également limites, de faire évoluer son projet professionnel, d'identifier ses modes de réaction devant une personne, dans ou devant un groupe, finalement de s'auto évaluer.

La formation de La Croix est surtout basée sur la communication, sur l'échange entre les étudiants et avec les formateurs, c'est-à-dire sur une sorte d'activité didactique d'explicitation. Les étudiants apprennent à travers l'échange d'expériences. Les formateurs soulèvent beaucoup l'écart qui peut exister entre les situations de formation de chacun. D'où l'intérêt du principe de l'alternance. L'école donne l'occasion aux étudiants de verbaliser les situations vécues en racontant. Ainsi, émergent des problèmes qui leurs sont significatifs puisque posés par eux-mêmes à partir des situations de travail réellement vécues. Le formateur a alors un rôle de régulateur en recentrant le sujet afin que les étudiants ne s'orientent pas vers autre chose pendant le thème traité. De même, les "exploitations de stage" permettent d'identifier les émotions ressenties par les uns et les autres. Elles permettent aux étudiants de mesurer les écarts entre la théorie et la pratique, d'analyser et de faire appel à leur bon sens, à leur réflexion dans l'action. C'est une pratique réflexive qui leur permet une mise à distance et une reconstruction de leurs représentations pour aller vers une appropriation de leur pratique professionnelle.

Les ateliers permettent particulièrement aux étudiants de réfléchir sur leur pratique en s'inscrivant dans un jeu de rôle. C'est une manière pour eux de tester certaines théories, de les jouer pour tenter de mieux les intégrer, comme nous pouvons le voir avec cet extrait d'observation :

Atelier gestion du temps

L'atelier « gestion du temps », d'une durée de trois heures, est destiné à apprendre aux futurs cadres à optimiser leur gestion du temps grâce à un jeu de rôle. Il consiste à réaliser un débat télévisé avec un animateur, des experts et un public. La quinzaine d'élèves de l'atelier se répartissent en deux groupes : les experts et le public. Le groupe « publique » prépare ses questions pendant que le groupe « experts » réfléchit sur les informations et les conseils à apporter durant le débat. Un élève se propose pour jouer l'animateur durant cette heure de jeu de rôle.

La classe se scinde en sous-groupes : le public, les experts et l'animateur. Chaque groupe réfléchit aux questions qu'ils vont se poser pour le public et aux réponses qu'ils pourront apporter pour les experts. L'exercice est pris avec beaucoup d'humour par le groupe qui joue le public et beaucoup plus sérieusement par le second.

La salle est ensuite réorganisée pour faire place à l'émission : enlèvement des tables devant le public et installation des chaises.

L'animateur prend son rôle très au sérieux : « *Bonjour, le thème de l'émission du jour est...* ». Il demande ensuite à chaque "expert" de se présenter :

- Christine, 3 enfants, cadre IBODE
- Charlie, faisant fonction en psychiatrie depuis 2 ans, un garçon
- Jeremy, faisant fonction en médecine nucléaire
- Isabelle, travaille en salle de réveil en bloc opératoire
- Christine, réanimation sur 12 heures, activités extrascolaires et enfants à charge
- Liliane, 2 enfants, a déjà travaillé sur la gestion du planning
- Tamy, 2 heures de trajet soir et matin pour venir à l'IFCS

L'animateur : Merci bien, je vais laisser maintenant la parole au public.

Public : Comment partager son temps entre temps de travail et loisirs ?

Experts : C'est selon le poste occupé, heures fixes ou souples. Il faut définir d'abord l'amplitude de travail afin de prévoir. Sur 12 heures, c'est gérable ; sur 8, organiser sa vie n'est pas forcément facile.

Public : Quand un cadre part à 18h, c'est normal. S'il part à 16h, c'est « oh, il part déjà ! » alors que les heures sont faites. On attend du cadre qu'il reste tant de temps, c'est pour ça que je vais cool la journée. C'est une exigence informelle.

Public : Oui, mais tu peux arriver dans une institution où implicitement c'est comme ça, la charge de travail est telle que tu travailles 8h-19h. Il y a une pression collective, la charge de travail n'est pas de 8 heures mais de 10 heures.

Experts : Il faut rester dans le cadre légal ! Si tu travailles 10 heures par jour, t'es aux 39 heures donc tu fais 4 jours par semaine ou plus de RTT.

Experts : il faut préserver l'équilibre.

Public : Par exemple, levée 5h30, 4 heures de trajet par jour, à 22h je suis crevée.

Experts : Moi, je me fixe une date où le travail doit être fait, alors je me prends un jour de repos, si le lendemain je suis super producteur, c'est bon. Mais je garde du temps quand même pour la famille etc. Je préserve mon équilibre.

Experts : C'est une question de la qualité de production. Il faut pas suivre un exemple, chacun s'organise à sa manière. De toute façon, le travail sera à faire et sera fait. C'est le biorythme : se connaître, se reconnaître, connaître ses limites.

Public : On est quand même dans des situations extrêmes où il faut s'adapter et s'organiser. [Parlant de cette année de formation] Moi, au début, les deux premiers mois, j'étais à ramasser à la petite cuillère, après, tu t'adaptes, le corps s'adapte.

Experts : Il ne faut pas culpabiliser d'avoir pris du temps pour soi.

La suite du cours se poursuit par la gestion du temps et son influence sur l'équipe. Le cadre doit savoir différer les choses, être capable de dire aux autres de voir ça plus tard. Les élèves doivent travailler sur un texte décrivant l'emploi du temps d'un individu et sa bonne ou mauvaise gestion du temps, de son organisation.

En conclusion, le cadre doit s'adapter en atteignant la capacité à changer d'objectif et en sachant donner des priorités. Le cadre doit anticiper, négocier, mesurer et analyser les enjeux pour les réajuster, savoir se ménager, voir dans la globalité et pas que dans le détail, tenir compte des enjeux des faits et gestes du cadre envers les autres. Ainsi, les ateliers fonctionnent généralement sous la forme de jeux de rôle, où chaque étudiant participe, même les plus timides et les plus introvertis. Cependant, certains étudiants se distinguent des autres par leur facilité d'acteur et d'orateur, en particulier ceux qui ont fait fonction de formateur en IFSI. Le jeu de rôle sert à faire parler chaque participant afin de recueillir de courtes informations.

Le formateur a une méthode bien précise pour organiser le jeu de rôle. Tout d'abord, il annonce le tour de table, ensuite donne son objectif pour enfin annoncer les règles du jeu. Il note alors la question au tableau, en général une question fermée et lance ensuite le tour de table avec la question « *qui commence ?* » accompagnée d'un regard circulaire. Durant cette simulation, le formateur donne la parole à chacun, rappelle les règles du jeu si nécessaire et note les informations recueillies au tableau. A la fin du jeu de rôle, le formateur remercie les participants, rappelle les objectifs du tour de table et effectue une synthèse chronologique ou thématique avant d'enchaîner sur l'activité suivante.

Ainsi, l'apprentissage ou les réponses aux difficultés auxquels font face les futurs cadres sont résolus par les autres étudiants. Les formateurs ne donnent jamais de réelles solutions claires, mais lancent des réflexions. Bien souvent, les formateurs soulèvent une question, mais ne donnent jamais la réponse. « *Comment vous allez, demain, transposer ça dans une équipe ?* » Et la seule solution ou réponse évoquée par le formateur est « *réfléchissez là-dessus* ». C'est par l'expérience personnelle de chacun que les étudiants trouvent des réponses à leurs questionnements. Encore une fois, avoir déjà une expérience de remplacement ou de faisant fonction permet aux étudiants de mieux se situer et de comparer les différentes expériences avec les siennes.

Les formateurs en IFCS réservent une place importante à l'expression en lien avec les expériences vécues, et tout particulièrement, au cours des stages. De retour à l'IFCS, les étudiants relatent les situations particulières vécues. Les commentaires et la réflexion qui en émanent sont nombreux et permettent à l'étudiant de se distancier de son expérience.

Tout l'enjeu de cet exercice est d'inciter l'étudiant à dépasser son appréhension de la prise de parole et simultanément de lui demander d'exposer au groupe les éléments de la manière la

plus objective possible. On demande aux étudiants de s'impliquer sociologiquement dans leurs stages.

Tout le labeur du formateur est d'éviter que les étudiants adhèrent subjectivement au récit du rapporteur : soit parce qu'ils partagent la même expérience émotionnelle par un vécu identique d'une situation ; soit par solidarité et le souci d'appartenance au groupe ; soit culturellement car ayant acquis les mêmes repères et la même logique depuis le début de leur formation. Le groupe est alors une situation d'apprentissage.

« L'effet miroir qui se produit entre formateur et « formé » a un rôle important dans ce passage. Les élèves en formation attendent que quelqu'un, à côté d'eux, leur dise qu'ils sont bien là, que c'est bien eux les futurs cadres de santé. Ils veulent confirmation de leur identité, pour pouvoir continuer à progresser dans ce passage, et ne pas se perdre, tourner en rond, voire rebrousser chemin. Qui mieux qu'un formateur issu de leur profession d'origine peut le faire ? Ne les appelle-t-on pas des « cadres » pédagogiques ? » (Guerin, 2002)

La formation cadre se base sur le processus de transfert : le futur cadre transfère dans la nouvelle situation évoquée par la formation, des acquis antérieurs. Le but est que l'étudiant fasse appel constamment à des éléments de connaissances antérieures pour traiter ces nouvelles situations. La compétence première des formateurs en IFCS n'est pas d'être des experts de ce qu'il faut faire, de ce qu'il faut qu'ils transmettent, mais de savoir faire faire. Sa mission est d'aider à devenir. Elle vise des acquis de formation (capacités et connaissances) qui se transformeront en compétences au cours de l'exercice professionnel. La formation permet aux étudiants d'appréhender des situations de travail complexes, d'y réfléchir, d'alimenter leur expérience par des concepts et réciproquement de nourrir la théorie par leurs pratiques. Les faisant fonction sont plus aptes à un retour réflexif sur leur pratique, pourtant mise à part cette possibilité de faire part de leurs expériences, aucune autre différence ne fait sentir entre les deux catégories d'étudiants comme le souligne cette cadre :

« Non. Je veux dire t'apprends autre chose. En formation à l'école des cadres, t'apprends pas à gérer le quotidien. Donc en fait, les faisant fonction ils gèrent le quotidien et rien d'autre. Donc à la limite, c'est le même niveau, hein. Si, elles ont peut-être été confrontées à des situations de clash au sein de l'équipe, enfin... En plus certaines, c'était déjà des situations difficiles. » (Céline, cadre de santé)

Concernant le faisant fonction, il n'est pas plus actif dans la vie de la formation que les autres étudiants. Peut-être a-t-il plus d'attentes que les autres de par le fait d'avoir du exercer sa fonction sur le tas sans outils et qu'il attend des réponses sur sa façon de diriger l'équipe de soin.

Certains étudiants sont plus expressifs que d'autres, certains se font plus remarquer que d'autres qui restent très discrets. L'ambiance n'est pas conflictuelle même si les désaccords peuvent être présents, mais à l'IFCS La Croix règne plutôt l'entente tacite.

« Je pense qu'il y a des personnalités. Quand on arrive où on est, il faut avoir un certain caractère, il faut avoir une certaine force de caractère. Donc, bein oui, y'en a certains qui sont peut-être un peu plus meneurs. Mais non, moi franchement, ils m'ont pas posé de problème. Peut-être aussi que j'étais dans un groupe, depuis le mois de janvier, où on s'est retrouvé avec des personnalités qui étaient plus... plus arrangeantes, je sais pas. [...] C'est vrai que je n'ai pas noué non plus des liens très... Et quelque part, c'est pas ce qu'on est venu chercher. Et puis c'est vrai qu'on vient tous de régions différentes donc... D'un côté je pense, on gardera un peu contact, peut-être internet, mais après je sais pas, je pense pas. » (Isabelle, étudiante IFCS)

L'ambiance prime sur le contenu d'apprentissage. Les étudiants veulent profiter de cette année de rupture.

« Je savais pertinemment que c'était pas cette formation qui allait m'apporter énormément. [...] Ah oui, je suis ravie ! Moi, je... J'ai trouvé la directrice bienveillante à notre rencontre. On n'a jamais sentie une pression. Au contraire, ils [les formateurs] nous ont rassurés, puis tout le long essayer de baisser la pression. Ça se passe bien. Au niveau des contenus, bon, y'a des contenus plus ou moins intéressants. Même dans la façon dont ils organisés les évaluations, ils ont été bienveillants à notre rencontre. A chaque module, on avait à rendre un rapport de stage. Parce que dans d'autres IFCS, ils ont plein, plein, plein de devoir sur table, ils sont matraqués sans arrêt d'évaluations à longueur de temps. Tout est noté, c'est... [...] [Cette année] m'a vraiment permis de me poser et de réfléchir, parce que dans le travail quotidien t'as pas le temps. Vraiment réfléchir sur ce qu'on est, sur nos pratiques. » (Valérie, étudiante IFCS)

Les étudiants sont des adultes, mais il y a tout de même une obligation à n'avoir pas trop d'absences. Néanmoins, lors d'une absence, même sans appel en début de cours, le formateur repère les manquants et demande au reste de la classe le pourquoi de cette absence. Les retards sont fréquents mais non sanctionnés par les formateurs. Certains retards sont souvent dus à l'éloignement géographique des étudiants. Beaucoup proviennent d'autres régions que de l'Île de France, et rentrent dans leur région le week-end.

Voici un exemple de travail de groupe, tiré d'une observation, qui évoque bien l'ambiance générale qui règne en IFCS :

13h30 : Cours sur le rapport d'activité. La première partie du cours est plutôt théorique : le formateur parle, distribution d'un polycopié, demande les expériences diverses de chacun du rapport d'activité. Certains élèves ont déjà participé à un rapport d'activité, d'autres pas.

P : « Nous allons passer aux indicateurs »
E : « Oh ! » (dans le sens de ne pas aimer)
Cours très statistique, basé sur des tableaux et des chiffres à croiser.
Après une pause de 20 minutes, à 15h la seconde partie du cours se déroule en travaux de groupes.
Chaque groupe est formé de 7 à 8 personnes, généralement les voisins de tables ou ceux de devant ou de derrière puisque sont assis ensemble les « copains ».
Tous se rassemblent autour d'une table. L'emplacement des chaises et des tables sont modifiés à cet effet. Je me retrouve à suivre le groupe « production de résultats » composé de 7 personnes. La formatrice passe entre les groupes.
Chacun donne des idées d'indicateurs. Ils décrivent le fonctionnement d'un service de médecine générale de 30 lits. Ils mettent des chiffres, font des calculs. Les élèves sont totalement dans l'exercice tout en se permettant des points d'humour.
La formatrice arrive au groupe observé.
F : « Vous faites surtout une photographie : tant de sorties, tant de séjours etc., tous les chiffres par rapport à la réalisation des soins ». Les élèves doivent donner plus d'indicateurs. F : « Servez-vous de tout ce que vous avez vécu ».
Les groupes qui ont fini se mettent à discuter de leur vie privée ou font des sodokus dans le journal. Un étudiant faisant du sudoku tente d'expliquer son fonctionnement à sa voisine. Celle-ci ne comprenant pas le principe rétorque « mais j'ai pas le temps moi, je suis à l'école des cadres ! ». Il y a beaucoup de brouhaha et de fous rires dans chaque groupe.
15h55 sonne la fin de l'exercice. Un élève de chaque groupe présente leur rapport devant la classe. L'étudiante doit, après la demande de la formatrice, établir un tableau de bord, elle ne sait pas comment faire. Ma voisine rétorque : « Mais on sait pas, elle [la formatrice] ne nous a jamais donné de tableau de bord ». Finalement, la formatrice lui dicte comment faire. Chaque groupe passe l'un après l'autre, souvent sous les applaudissements des autres.
16h18 : un élève prend ses affaires et quitte le cours. Cela ne perturbe personne.
16h30 : fin théorique du cours, les élèves commencent à ranger leurs affaires.
16h32 : le cours est terminé.

Cet extrait d'observation fait ressortir deux points très intéressants. L'exemple du tableau de bord nous montre que les outils gestionnaires ne sont pas donnés immédiatement aux élèves. L'école axe sa pédagogie sur le management plus que sur la gestion. D'ailleurs le photocopié accompagnant ce cours décrit les fonctions et l'intérêt d'un tableau de bord sans description ou exemple concret de tableau. Les élèves savent alors à quoi ça sert mais pas ce que c'est. Un tableau de bord concret est alors réalisé lors de la correction de l'exercice. Pour la formatrice, était-ce un moyen de tester les savoirs de ses élèves sur le tableau de bord, pensant qu'ils devaient le connaître ? L'autre point important de cet extrait est le comportement de l'ensemble de la classe et l'ambiance générale qui y règne. Les retards sont admis ainsi que les départs anticipés, tant qu'ils ne deviennent pas quotidiens. Il n'y a pas d'appel en début de cours, mais d'un coup d'œil, le formateur repère qui est absent et demande les raisons au reste de la classe. Un élève sortant de cours pour répondre au téléphone, n'apparaît pas comme gêner le bon déroulement du cours. Les professeurs ne commencent jamais à l'heure et la fin

du cours est signalée par les élèves au formateur lorsqu'ils rangent leurs affaires. Les bavardages sont habituels.

Cette ambiance en apparence laxiste s'explique par le fait que les étudiants sont des adultes et que leur présence à cette formation est due à leur volonté, non à une obligation scolaire. Ils sont présents afin d'acquérir un diplôme à leur demande et ils ne prennent des enseignements que ce qui leur apporte individuellement des outils ou des références pour leur exercice futur.

Les étudiants

Des parcours très différents entraînent assurément des désaccords au sein de la classe. Des groupes se forment, généralement se regroupent les personnes issues de la même filière d'origine ou les individus ayant leur future fonction en commun. En effet, les groupes de "copains" sont généralement bâties sur leur base commune comme les manipulateurs en électroradiologie par exemple. Le sous-groupe peut aussi se construire en fonction du lieu géographique d'origine. Mais surtout le groupe le plus rapidement visible est celui des futurs formateurs, en particulier ceux qui ont déjà fait fonction de formateur. Ils entretiennent une affinité entre eux liés à leur vision enseignante. Cependant, on ne peut pas conclure à une division entre faisant fonction et ceux qui ne l'étaient pas ou entre les plus jeunes et les plus âgés, entre hommes et femmes.

Les exposés des étudiants sont révélateurs des caractères de chacun. Ces exposés sont construits en groupe d'une dizaine de personnes. Parmi chaque groupe, un étudiant est le représentant de l'ensemble du groupe. Néanmoins, tous les individus du groupe sont devant la classe et chacun se présente à tour de rôle. Les étudiants, ou tout du moins les exposants de chaque groupe, ont une réelle facilité d'exposition : debouts, regards au fond de la salle, pas de lecture du texte, utilisation de diapositives, voix fortes et portantes. Tous les élèves évoquent lors de cet exposé leurs expériences de stage.

L'amalgame de professionnels de la santé, parfois extrêmement différents, poursuivant les mêmes objectifs crée une sorte de terreau particulièrement fertile. La différence est la complémentarité : ce décloisonnement de professionnels permet d'aller au-delà de l'*a priori*

nécessaire pour atteindre la pluridisciplinarité tant recherchée sur les lieux d'exercice professionnel.

La « bienveillance » des formateurs et de toute l'équipe de direction est souvent soulignée par les étudiants. Il est vrai que la pression de rendre un mémoire de fin d'année et de passer l'oral de soutenance afin d'acquérir le diplôme de cadre de santé ne vient ni des formateurs, ni de la directrice, mais bien des étudiants eux-mêmes. Au contraire, l'équipe pédagogique fait tout pour faire diminuer cette pression en alliant apprentissage « sérieux » et humour.

Ainsi, à l'approche des épreuves finales, les étudiants doivent envoyer une lettre au Directeur Régional des Affaires Sanitaires et Sociales d'Ile de France afin d'être inscrit sur le registre des demandeurs de diplôme. Le fait d'évoquer les épreuves de fin d'année, fait remonter le taux de stress chez certains étudiants. L'atmosphère devient plus électrique, chacun se met à parler et d'autres semblent perdus dans l'écriture de cette lettre. Une feuille blanche est distribuée à chacun et un diaporama de la lettre est retranscrit sur le tableau. Pour détendre tout le monde, une des formatrices présentes lance à la classe en riant : « C'est la première épreuve du diplôme, coefficient 5 ! » (Extrait d'observation)

Néanmoins, malgré cette bienveillance, les formateurs nous expliquent que les étudiants viennent d'horizons tellement divers qu'ils ne peuvent former chaque étudiant aux attentes spécifiques de chaque secteur de soin dont ils sont issus.

« Maintenant que je suis donc étudiante à l'IFCS de La Croix, j'ai une petite difficulté parce qu'étant infirmière anesthésiste de formation, j'ai le sentiment que j'ai du mettre de côté ma spécialité : d'une part je suis toute seule, d'autre part on ne parle jamais des blocs opératoires, on parle beaucoup de psychologie, on parle des services de soins mais très, très rarement de l'anesthésie. Je n'ai pas l'impression qu'on tient compte, ni même qu'on parle, des difficultés d'un cadre anesthésiste dans un bloc opératoire. J'ai l'impression d'avoir coupé le cordon ombilical et je pense que ça va nécessiter, de ma part, à mon retour une reprise..., un réinvestissement dans mon domaine d'expertise. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Les continus et les discontinus

La formation diffère selon que les élèves appartiennent au régime "continu" ou "discontinu". Les discontinus n'ont pas la même charge de travail que les continus, puisque leur enseignement se déroule sur deux ans. Ils sont beaucoup moins nombreux que les continus (trois fois moins). Les caractéristiques de leur enseignement sont aussi différentes.

Mais la plus importante différence entre les deux groupes, est que l'étudiant en discontinu ne connaît pas de coupure avec son poste de faisant fonction de cadre.

« Moi, j'ai fait ma formation sur deux ans et c'est lourd, revenir après deux semaines à l'hôpital. Et je trouve que ça demande une gymnastique de l'esprit. Et en même temps, chacun des deux terrains, s'enrichissent et s'alimentent, donc vous êtes en capacité de prendre sur le plan théorique les concepts, vous parlent. Et on est d'autant plus à même de pouvoir voir, de poser des questions et de s'interroger sur bien pourquoi ça a pas marché, ah bien oui, c'est telle théorie qui m'éclaire sur mon analyse. [...] Et donc le discontinu est riche mais alors, je pense qu'il faut aussi avoir les épaules larges pour pouvoir assumer les deux en même temps. Moi, quand j'étais à Dauphine, y'avait des collègues qui avaient bien compris qu'en étant à la fac, j'avais du transport, j'avais du boulot. Donc moi j'avais des collègues, qui quand j'étais pas là, ne laissaient pas le boulot s'entasser sur mon bureau. Mais j'avais des collègues qui quand elles revenaient de l'IFCS avaient du boulot de trois semaines à faire. Oui, donc en discontinu, c'est plus difficile, mais au moins ça permet de... que les cadres se positionnent peut-être mieux. » (Directrice des soins)

Les discontinus ont beaucoup moins de charge de travail que les continus. Mais à côté, ils doivent continuer à faire le travail quotidien de cadre de santé. Ils ont l'avantage de pouvoir mettre à profit et tester leur apprentissage en alliant régulièrement la théorie à la pratique. L'inconvénient est le manque de coupure qui peut paradoxalement freiner leur réflexion sur leur pratique et leur futur statut de cadre de santé.

De plus, dans leur unique salle de classe, ils ont la possibilité de se servir quand ils veulent dans un placard contenant des sachets de thés, de quoi faire du café, des biscuits ; ce qui n'est pas le cas des continus. D'autres distinctions sont faites concernant les deux formations. Les deux groupes ont les mêmes cours, bien sûr pas à la même période de l'année. D'une part, les discontinus sont au moins trois fois moins nombreux que les continus (20 contre 70), leur licence universitaire est également différente. Là où les continus sont formés au management, les discontinus sont diplômés en sciences de l'éducation. Cette distinction est accentuée par la séparation spatiale et temporelle de la formation. Ces deux groupes ne se côtoient pratiquement jamais : leurs semaines de formation diffèrent ; les discontinus n'ont cours que dans une même et unique salle au premier étage du bâtiment, à l'inverse des continus qui se découpent par moment en sous-groupes et qui changent souvent de salle, mais ils ne vont jamais au premier étage du bâtiment.

Jugement porté sur cette formation par les étudiants

Tous les étudiants rentrent en formation avec une idée approximative de ce qu'est la formation cadre et de ce qu'elle va leur apporter. Certains ont des attentes précises sur tel ou tel concept ou savoir-faire à acquérir, d'autres attendent plus l'acquisition d'un savoir-être.

« Oui, j'avais des attentes parce que c'est vrai qu'ayant fait faisant fonction, il me manquait des outils. Il me manquait des outils ne serait-ce qu'au niveau encadrement, ne serait-ce qu'au niveau abord, communication avec les équipes, comment s'y prendre, comment faire. » (Bernadette, étudiante IFCS)

Pour beaucoup, l'année en IFCS apporte une grande richesse sur la profession et sur le milieu des soins en général.

« Ça faisait quatre ans que je faisais faisant fonction de cadre. Alors l'école de cadre, ça vous permet de rencontrer des gens de tout horizon, et avec une culture de beaucoup d'hôpitaux, donc des hôpitaux qui ont mis par rapport à un même problème d'autres outils en place. Donc vous vous enrichissez de ces expériences là. [...] C'est très enrichissant. Mais le reproche, que tous nous faisons, c'est sur dix mois, et c'est dense, très dense. Donc, vous ne ressortez les outils qu'on vous a inculqué que peut-être deux ans après, il faut le digérer. » (Constant, cadre de santé)

Bien que parfois sans attente précise, les étudiants sont tout de même exigeants sur la qualité des cours qu'ils reçoivent. A l'issue de cette année de formation, les continus obtiennent le diplôme de cadre de santé mais également la licence en management dans les services de santé. De ce fait, au moins une journée de formation se déroule à l'Université. Sur une journée allant de 9h à 15h30, les élèves doivent suivre trois conférences, suivies de débat et faire une synthèse de cette journée. Au retour à l'IFCS, les jours suivants, cette journée pourtant très attendue par les élèves s'est avérée décevante pour tous : *« C'était du plagiat, du copier-coller, du déjà-vu, ça datait des power points de 2003 ! » (Etudiant IFCS)*

Mais pour tous, la coupure qu'offre cette année s'avère important dans leur réflexion personnelle sur leur avenir professionnel.

« Parce qu'aujourd'hui à l'école des cadres, y'a quand même beaucoup d'infirmières qui arrivent en pensant que en partie ça va être un parcours de santé, même si dans les représentations c'est maintenant moins, qui viennent se reposer. » (Directrice des soins)

La coupure paraît essentielle pour les formateurs tout autant que pour les étudiants qui reconnaissent le besoin de réfléchir sur leurs expériences et sur leur propre avenir. Malgré la

charge de travail que contient une année de formation à l'école de cadre, les étudiants évoquent tous l'importance de la rupture avec le milieu hospitalier et le retour réflexif sur leurs pratiques.

L'aspect trop théorique et le manque de mise en pratique de la formation sont mis en avant par l'ensemble des interrogés.

« Et ce qu'on apprend à l'école des cadres maintenant. Est-ce que la façon de dissenter, de commenter, est-ce que c'est ça qui fait un bon cadre ? C'est des outils théoriques, mais est-ce que sur le terrain, vous arrivez à puiser ? Y'a une personne qui a fait faisant fonction de cadre pendant quatre ans, elle a raté son concours d'entrée, pourtant tout le monde : son cadre sup, la direction, reconnaissent qu'elle faisait du bon boulot. Elle a pas réussi le concours d'entrée. On l'a remis infirmière, après quatre ans de faisant fonction. On juge les compétences sur quoi ? Sur la facilité à dissenter ! Bein oui, c'est le commentaire. » (David, faisant fonction cadre supérieur de santé)

Se remettre aux études après plusieurs années d'activité professionnelle n'est en plus pas évident pour ces étudiants.

La plupart des élèves sortent de l'école en n'ayant pas l'impression d'avoir réussi à transformer ces connaissances de la formation en capacités à mettre en œuvre sur le terrain. De plus, la formation faisant abstraction des spécialités de chacun renforce ce sentiment d'apprentissage incomplet.

Les étudiants soulignent souvent l'intensité de cette formation qui leur ouvre plein d'horizons mais ne leur offre pas suffisamment de temps pour les approfondir. Le facteur temps leur donnant souvent l'impression d'accumuler très vite beaucoup de connaissances sans pouvoir vraiment se les approprier au cours de cette formation et de n'être pas sûr de pouvoir les utiliser à bon escient une fois en poste.

« Je suis mieux armée, maintenant est-ce que j'arriverai à tout appliquer ? Parce que c'est vrai que ça fait tout d'un seul bloc. Donc, non, je me fais des petites fiches. Je me dis si jamais il m'arrive ça, il faudra que je pense à regarder ça. Bon, je me fais mon petit chemin pour après. » (Corinne, étudiante IFCS La Croix)

L'école permet donc aux futurs cadres de se positionner dans leur futur statut, d'acquérir des comportements attendus d'un cadre.

- (F) « Aujourd'hui, un cadre, il n'a pas à calculer sa DMS¹¹⁴, y'a l'informatique, mais de temps en temps il vaut mieux vérifier. Y'a des activités que vous avez intérêt à calculer... Ça, c'est des réflexes de cadre. Vous voyez, c'est des réflexes à avoir... Il s'agit pas de tricher, mais il faut vérifier, c'est pour son activité. Il faut valoriser au maximum votre activité. Par exemple, une entrée pour une chimio impossible, le malade est renvoyé chez lui à 19h. Si personne n'a changé l'entrée en hospitalisation en entrée en consultation... »

Les élèves évoquent souvent les problèmes que peut rencontrer un cadre provenant à la base d'un autre service pour les évaluations des étudiants infirmiers. (E) « Le métier, mais surtout la matériel évolue, donc refaire un soin longtemps après... » Tout le problème est de savoir évaluer une technique jamais pratiquée soi-même auparavant. (E) « Le cadre n'est pas là pour savoir mais pour organiser » Le cadre est surtout là pour l'organisation, l'évaluation de la technique est laissée à l'infirmière générale.

- (P) « Quand on devient cadre, y'a plein de choses qu'on ne sait plus de ce qui se passe dans le service [...]. Si on est expert tant mieux, sinon on s'adapte ! On n'est pas expert dans tous les domaines et tant mieux. Les techniques se renouvellent tellement vite et ce n'est plus au cœur de nos préoccupations. Quand on est cadre, on se rend compte que le savoir se dévalue. »

(Extrait d'observation de cours)

La formation enseigne régulièrement aux futurs cadres qu'ils ne peuvent pas tout faire, tout gérer et répondre aux attentes de tous. Le cadre doit aussi savoir se ménager pour justement tenir.

La formation enseigne aux futurs cadres à gérer les départs en formation de leur personnel. Le cadre doit trouver des stratégies pour savoir ce que la formation leur a apporté. Le réinvestissement du personnel est à penser par les cadres dès qu'ils envoient leur personnel en formation. Le cadre doit faire le lien constant entre objectif, formation et évaluation.

Beaucoup d'ex-étudiants soulignent la densité de la formation, mais aussi le manque de mise en cohérence entre les théories enseignées et la pratique réelle sur le terrain.

« Y'a tout ce qui est comment monter des référentiels-qualité, toute l'approche santé publique, l'évaluation des compétences. Là-dessus, nickel, hein. Enfin, moi j'ai appris plein de choses. Par contre, rien sur la gestion des conflits, rien sur la négociation. En fait, c'est ton expérience d'infirmière qui t'aide, ta personnalité, tes erreurs que tu vas faire quand tu seras cadre. C'est en forgeant qu'on devient forgeron, là c'est exactement la même chose. [...] C'est beaucoup ça le problème des gens en santé, c'est qu'ils sont beaucoup dans l'action, dans le faire, quoi. [...] On part pas de situations de travail en fait. On n'est pas dans des situations concrètes. Alors t'as un petit peu ça quand tu vas dans les stages, c'est-à-dire quand tu vas en stage pédago ou en stage sur le terrain, tu pars d'une problématique concrète qui est demandée par le service que tu dois essayer de résoudre et que tu exposes aux gens de terrain. Concrètement t'es face à une situation, comment tu t'y prends ? Pourquoi tu t'y prends comme ça ? Mais c'est

¹¹⁴ DMS = (nombre de journées d'hospitalisation / nombre de patients hospitalisés) x 100

quand même pas... Tu le fais deux, trois fois, c'est quand même pas beaucoup, hein ! Donc c'est vrai que quand tu reviens sur le terrain, bein c'est pareil : t'as ton permis mais tu sais pas conduire. » (Céline, cadre de santé)

Malgré la charge de travail que contient une année de formation à l'école des cadres, les étudiants évoquent tous l'importance de la rupture avec le milieu hospitalier et le retour réflexif sur leurs pratiques. Cette année, bien loin d'être reposante, apparaît pourtant comme soulageante.

En fait, le besoin de connaissances et de savoirs est beaucoup lié à l'âge, au nombre d'années passées dans les soins. Les étudiants en IFCS sont d'autant plus demandeurs d'apprentissage qu'ils ont d'autant moins d'années d'exercice professionnel comme le souligne cet étudiant :

« Ouais, une bonne expérience, mais néanmoins pour certains, ils sont un peu démunis quoi. Parce qu'ils sont quand même assez jeunes, c'est 35-40 ans. Et c'est vrai, pour certains trucs... Bon, sur certains points, y'a pas de soucis ; sur d'autres tu vois, ils ont besoin. On sent qu'ils leur manque matière. Je pense plus management. Un petit peu gestion, mais quoi qu'encore ça peut encore aller. Je pense plus côté management : monter des projets, les faire passer, enfin des choses comme ça. [...] C'est plus, si tu veux, l'expérience du nombre d'années de travail qui fait, tu vois. C'est plus à ce niveau là. » (Claude, étudiant IFCS)

Les futurs cadres de santé ont donc des attentes plus ou moins comblées par la formation. Mais il s'avère clairement que la formation ne donne pas tous les outils. Beaucoup de théories qui ne répondent que partiellement aux attentes pratiques et concrètes des étudiants. C'est finalement au travers de petites formations au cours de leur carrière que les cadres trouvent des réponses plus immédiates et concrètes à leur question ou à leur demande individuelle.

Nos cadres interrogés soulignent, dans un ordre d'importance allant du plus élevé au plus faible que l'école sert surtout d'année de coupure pour se positionner, puis seulement qu'elle permet un apprentissage. Le terme d'apprentissage doit être pris au sens large, car les interrogés eux-mêmes ne le définissent pas clairement. Ils soulignent plus l'impression d'enrichissement et de prise de connaissances. La formation cadre est ensuite considérée comme trop théorique, puis comme permettant une ouverture d'esprit et de culture professionnelle. Enfin, assez faiblement, les interrogés considèrent que le contenu des cours est trop survolé.

Finalement, il s'avère que l'école des cadres fait travailler des outils, des méthodes de cadre mais qu'il n'y a pas de réel apprentissage de ces outils. La formation rassure les cadres sur

leur légitimité, surtout les "faisant fonction" qui veulent certifier ou confirmer leur façon d'encadrer. Mais l'écart reste toujours trop important entre la formation et la réalité de mise en place sur le terrain.

L'année de formation à l'IFCS est très dense. La rédaction du mémoire est une source de stress et d'angoisse pour la plupart des étudiants. On ne s'engage pas dans cette formation sans y avoir réfléchi sérieusement, c'est certain. Mais force est de constater que malgré toute la préparation que le futur cadre peut faire et les conseils que leurs prédécesseurs peuvent leur prodiguer, les étudiants se retrouvent vite avec une charge de travail personnelle importante. Arrivés en milieu de formation, nous entendons les étudiants dire : « *je suis rincé* », « *j'ai trop de boulot* » etc.

La situation d'apprentissage suppose une transformation qui permet l'élaboration et l'intégration de savoir-faire et de connaissances. La transformation entraîne nécessairement des changements qui ne peuvent intervenir qu'à partir de la compréhension de ses buts, valeurs, objectifs et relations aux autres.

La formation permet au futur cadre d'acquérir des connaissances techniques et gestionnaires comme l'utilisation d'outils, l'animation d'équipe, qu'il développe ensuite par l'expérience. L'année de formation permet une réflexion sur ses pratiques professionnelles et sur le management en général, sur ce fait elle apparaît comme cruciale dans la construction d'une nouvelle identité professionnelle. Pour la plupart, l'année en IFCS est une première confrontation à l'activité de théorisation, de conceptualisation des problématiques organisationnelles. Le positionnement en tant que cadre de santé qui a lieu durant cette année implique également l'adoption d'une dimension gestionnaire et économique de son rôle de cadre, dont les contraintes se révèlent véritablement lors de la prise de fonction d'une unité de soins.

5- L'entrée dans un nouveau service

En sortie de formation, les diplômés ne sont pas encore tout à fait des cadres. Ils doivent passer un concours sur titre, ouvert par l'établissement public en fonction des postes disponibles et à pourvoir. « *En compensation de la fermeture à la promotion sans diplôme cadre, les personnes cadrées issues du privé peuvent également prétendre au concours sur titres et intégrer la fonction publique hospitalière* » (Eggers, 2008, p.40). Les cadres de santé sont recrutés dans les établissements hospitaliers à la suite d'un concours sur titre ouvert aux diplômés d'IFCS. Le concours sur titre est fixé indifféremment par chaque établissement. Malgré le diplôme de cadre de santé, le statut cadre du professionnel ne prendra effet qu'à l'issue du concours sur titre. Le professionnel restera faisant fonction jusqu'à cette date, c'est à dire qu'il exercera la fonction de cadre de santé sans en avoir encore le statut, ni le titre, malgré le diplôme. Bien qu'issu du même établissement avant son intégration à l'école des cadres, le professionnel devra passer tout de même ce concours.

Le cadre nouvellement diplômé, lorsqu'il prend son poste à la sortie de l'IFCS¹¹⁵ a déjà une expérience d'au moins quatre ans dans son métier d'origine lui conférant certaines compétences, mais également des connaissances provenant de la formation en école des cadres et des stages dans divers établissements de santé et extérieurs au milieu de la santé. Pourtant, les entretiens révèlent une prise de poste allant de « *pas facile* » à « *chaotique* ». Les principales difficultés rencontrées dans les premiers temps de la prise de poste¹¹⁶ sont relatives au passage du soin à la gestion des soins, tant en terme de mutation identitaire que de compétences nouvelles à acquérir, à la confrontation des savoirs théoriques avec les situations de travail. « *Même si la conversion identitaire a sans doute débutée dans les premières phases du projet professionnel, il n'en reste pas moins que cette prise de poste représente une concrétisation (il reste par ailleurs le concours sur titre) du projet du cadre* » (Derche, 2005, p.19).

Le cadre apprenant en formation a travaillé ses représentations de la fonction cadre, il doit maintenant concrétiser ses connaissances en situation de travail et développer les compétences

¹¹⁵ La politique générale des établissements de soin est de mettre le professionnel de retour de sa formation cadre à un autre poste que celui qu'il pouvait tenir avant, ou durant sa formation dans les cas des discontinus, en tant qu'infirmier, remplaçant ou faisant fonction afin qu'il puisse clairement se positionner en tant que cadre et non en tant que collègue.

¹¹⁶ Cela concerne nettement moins le faisant fonction puisqu'il a déjà vécu une première prise de poste bien que cela soit généralement dans le service dans lequel il était déjà infirmier.

requis à sa fonction. L'apprentissage de cette fonction d'encadrement n'est donc pas achevé à l'issue de la formation pour le jeune cadre.

Selon le décret de 2001¹¹⁷, les cadres de santé sont recrutés, à la suite d'un concours sur titres ouvert dans chaque établissement. Les établissements doivent ouvrir deux types de concours sur titre. Le premier est ouvert aux candidats internes à l'établissement titulaires du diplôme de cadre de santé ou certificat équivalent, pour 90% des postes ouverts. Le second est ouvert pour les cadres extérieurs à l'établissement, titulaires des diplômes ou titres requis pour être recrutés, pour 10% des postes ouverts. L'ouverture et le choix des candidats sont soumis à la décision du directeur d'établissement. Le concours sur titre permet en fait, d'établir le diplômé cadre de santé en catégorie A de la fonction publique hospitalière et met fin à sa période de faisant fonction.

Le concours sur titre est organisé par l'établissement de soin afin de recruter les cadres de santé. L'établissement n'a aucune obligation de durée ou de déroulement du concours. Il peut demander un curriculum vitae, un projet professionnel etc.

« Normalement après le concours, après l'examen, je retourne en Martinique au CHU de Fort-de-France et je dois attendre qu'il y ait un concours sur titre. Ce concours sur titre est décidé et organisé par la direction de l'hôpital. Ça peut durer, longtemps, ça peut être rapide, c'est au bon vouloir des directeurs. Certains collègues, d'après ce que j'en ai entendu, ont dû attendre un an deux ans avant qu'il y ait ce concours sur titre. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

*« David : Depuis 2006 que j'ai fini l'école, ils vont mettre en place le concours sur titre. D'ailleurs j'ai fini de déposer mon dossier.
Chercheur : Ils font trainer ! On sait que ça les arrange les faisant fonction.
David : Voilà, je vous apprendis rien. J'ai vu des cadres faire faisant fonction pendant 6, 7 ans. » (David, faisant fonction cadre de santé)*

Tout comme le faisant fonction est utile à l'établissement, le jeune diplômé en attente de statut l'est encore plus. Comme le démontre ces entretiens, l'usage des faisant fonction à l'issue de l'école des cadres et de l'acquisition du diplôme est tenace.

Qu'un cadre de santé n'exerce pas dans son secteur d'origine, cela devient courant et cela devient même une politique de certains établissements. Le directeur de l'hôpital étudié me soulignait d'ailleurs qu'il mettait automatiquement les nouveaux cadres dans un autre secteur

¹¹⁷ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001, article 2

que celui d'origine afin que celui-ci soit pluridisciplinaire et qu'il connaisse l'ensemble des services. Mais la question du cadre non issu des soins est vraiment délicate. Le nouveau diplôme cadre de santé balaye le statut d'origine puisqu'il n'y a plus de distinction entre cadre infirmier ou cadre de bloc opératoire par exemple. Cela suit les changements en cours à l'hôpital : rationalisation et contraintes budgétaires. Les établissements semblent ne plus avoir besoin de cadres "soignants" mais de purs gestionnaires ou de purs managers. Les cadres ne sont plus des experts. Pourtant, sur le diplôme est encore présente la filière d'origine. Dans cet établissement, le nouveau cadre arrive automatiquement dans un service différent de son service d'origine. Cet engagement est également pris avec les futurs cadres avant même qu'ils partent en formation. Ceci pour permettre au jeune cadre de mieux intégrer sa nouvelle fonction et son nouveau rôle, ce qui n'est pas évident s'il retourne au sein de son ancienne équipe. Un "changement de décor" aide plus au changement de métier. De plus, les connaissances du fonctionnement de plusieurs services sont sans nul doute un avantage pour la coopération de l'ensemble des services de l'hôpital.

Arrivé dans un nouveau service, le cadre doit faire sa place auprès d'une équipe de paramédicaux et de médicaux déjà établie avec sa propre dimension culturelle. Le cadre de santé doit réussir à faire sa place en s'appropriant les modèles, les valeurs et les normes qui constituent le fonctionnement du nouveau groupe d'appartenance. (Ganier, 2004, p.11) L'intégration est facilitée lorsque le groupe n'est pas trop ancien. Le souci du cadre est d'assimiler les valeurs du groupe tout en développant ses nouvelles capacités de cadre de santé.

Lors de l'intégration dans une nouvelle équipe, un des facteurs qui génère de l'angoisse est l'ambiance dans cette équipe. Les échanges entre les membres de l'équipe ne peuvent se construire qu'en milieu favorable. Le nouveau cadre de santé arrive avec des représentations différentes, un autre regard pour interpellier les pratiques habituelles mises en œuvre dans l'organisation et provoquer des changements. Le cadre de santé est alors à nouveau baigné dans un processus d'apprentissage des comportements et des attitudes nécessaires pour assumer son rôle dans son nouveau service.

« La difficulté, c'est vraiment voir l'organisation propre à chaque service. Parce que chaque service a sa propre organisation, ses examens bien spécifiques. Donc c'est la spécificité du service, mais sinon le travail de cadre en lui-même reste le même. Donc une fois qu'on a compris ça, je pense que partout on y va. C'est pas difficile de changer. » (Kaori, cadre de santé)

Kaori souligne la polyvalence et la mobilité du cadre de santé. Le travail de cadre sur la gestion et le management est identique quel que soit le service de soin. Changer de service fait partie de la mobilité de tout soignant (infirmier ou cadre), l'apprentissage d'une nouvelle spécialité fait partie des compétences du soignant. Si cette connaissance du service manque, un réapprentissage est nécessaire. Et c'est leur expertise soignante qui permet au cadre de gérer un service inconnu. Mais se pose la question du changement de filière. Un cadre infirmier peut-il intégrer un service de radiologie, ou inversement ?

Aucune disposition particulière ne règle explicitement la question de l'encadrement hors filière mais il y a peu de chance pour qu'une modification de l'état de droit en résulte. Le nouveau décret 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, dans son article 4, prévoit que « *les cadres de santé exercent des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification* ». Or, le terme de « qualification » n'est pas usuel dans le vocabulaire de la fonction publique où on parlera plutôt de grade, d'emploi, d'échelon ou de catégorie.

L'encadrement hors filière peut présenter certains avantages : une ouverture d'esprit plus globale, une meilleure connaissance des autres professions et la recherche de complémentarité, acquérir de nouvelles compétences. Mais les inconvénients restent : le manque de compétences et d'expertise technique du cadre, le manque de légitimité, le manque de connaissances du fonctionnement d'un service de soins ou d'un service technique. L'encadrement hors filière comporte de réelles limites. La première est le service concerné : il y a des domaines où la compétence technique doit exister comme en chirurgie ou en soins intensifs. Un cadre médico-technique ou même issu de soins psychiatriques aurait de vraies difficultés. Dans tous les cas de figure, le cadre de santé doit être curieux et s'intéresser à la profession encadrée.

Cette question se pose dans toutes les organisations qui ont remplacé d'anciens agents de maîtrise ou contremaîtres "sortis du rang ouvrier", par de jeunes diplômés.

A cette question de savoir s'il est nécessaire d'être issu d'un métier de la santé pour encadrer une équipe de paramédicaux, Christine Oubry a mené l'enquête auprès de cadres supérieurs de santé, de directeurs des soins et d'un directeur d'établissement. (Oubry, 2004, p.25-29) Voici ce qui ressort de son enquête :

- Les arguments des tenants du "les cadres n'ont pas besoin d'être de la discipline" :
 - le cadre ne rentre plus dans la réalisation de l'acte,
 - il est essentiellement un manager,
 - c'est une bonne chose de déconnecter la notion de management du métier d'origine,
 - la multidisciplinarité et la complémentarité sont une richesse,
 - envisager la pluridisciplinarité d'une équipe favoriserait les liens fonctionnels,
 - le cadre est avant tout un pilote, un animateur d'équipe ; les compétences techniques ne sont pas indispensables, il faut prendre appui sur d'autres personnes
 - la filière est secondaire à la carrière,
 - le cadre est là pour organiser, gérer, dynamiser, la fonction est globalement la même quelle que soit la filière,
 - avec les pôles la question ne se poserait plus car le pôle fonctionne à trois : un cadre de santé, un médecin et un gestionnaire

- Les arguments de ceux qui n'envisagent pas l'encadrement hors filière :
 - le cadre doit être un manager mais également un référent technique,
 - il doit connaître le métier pour comprendre le personnel, le former et l'évaluer,
 - il peut rentrer dans le roulement quand la situation le demande,
 - il doit également encadrer les étudiants,
 - on ne peut pas dissocier le manager et le référent technique : une compétence technique est nécessaire à une bonne aptitude au management du service,
 - la complexité du système de santé rend nécessaire d'avoir un recul professionnel,
 - avoir en commun une culture de soignant, savoir ce qu'est un patient, la maladie

- Les limites à l'encadrement hors filière :
 - problème de reconnaissance par les pairs,
 - manque de valeurs communes,
 - problème de crédibilité technique,
 - méconnaissance de la fonction de l'autre,
 - certaines disciplines (comme sages-femmes ou manipulateurs en électroradiologie médicale) sont trop spécifiques pour être laissées à d'autres professions,
 - certains secteurs (comme le bloc opératoire) sont très techniques et l'expérience professionnelle y semble requise,

- le cadre hors filière ne peut pas représenter la spécificité de son équipe vis-à-vis de l'institution,
- il ne peut pas remplacer,
- il ne peut pas encadrer les stagiaires,
- le cadre de santé ne peut pas être un administratif ; même des tâches a priori administratives demandent une connaissance de ce qu'est le soin.

Selon l'étude de Christine Oubry, encadrer dans un service différent de celui d'origine apparaît comme positif et bienvenu. Le fait que le cadre de santé encadre des professionnels non issu de sa filière d'origine favorise, selon cette étude, une meilleure prise en charge du patient en resituant celui-ci comme objectif commun et en favorisant la rencontre des différents intervenants. Les professionnels y trouveraient différents avantages comme l'autonomie, le rôle d'expertise et l'enrichissement du vécu personnel. Le décloisonnement, la confrontation des pratiques, des points de vue permettent de sortir de la vision partielle que le cadre a de fait de sa formation.

Finalement, l'encadrement hors filière peut amener un avantage auquel on ne pense pas de prime abord : le fait de changer de discipline peut amener le cadre nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience du changement de sa fonction.

Ainsi, même si les professionnels de santé semblent ne pas être réfractaires à être encadrés par une personne d'une autre profession d'origine, ils mettent néanmoins l'accent sur le fait que le cadre doit être un professionnel de santé. Le cadre est essentiellement un manager même s'il reste un référent technique.

N'oublions pas que dans cadre de santé, « y'a quand même santé dedans » (Violette, étudiante IFCS).

La formation cadre zappe complètement les spécificités d'origine des cadres, selon la législation en vigueur ; mettant sous une même étiquette d'anciens soignants ayant chacun des compétences spécifiques liées à leur origine professionnelle. Cela sous-entend qu'un cadre de santé est compétent pour gérer n'importe quel service quel que soit son origine soignante.

« Pour moi, c'est dans la même veine que le diplôme commun infirmier psy-infirmier DE, ils ont fait cadre de santé. Donc avant, cadre infirmier, chacun avait ses écoles. Donc, cadre de santé, ça veut dire quoi ? Bein c'est pareil, c'est pour faire face à la pénurie. Ça veut dire qu'un cadre kiné peut se retrouver surveillant d'un service de soins de suite par exemple, où il y a de la kiné certes, mais il va avoir en charge une équipe principalement d'infirmières et d'aides-soignantes. Donc on te dit que pour manager, alors

c'est la grosse théorie de l'époque, que pour manager, tu n'as pas besoin de connaître le métier dans lequel... Bein, c'est une connerie, hein. » (Céline, cadre de santé)

La législation considère que les fonctions de management et de gestion sont communes à tous cadres de n'importe quel service. Il est vrai que ces fonctions sont les mêmes. Néanmoins, les cadres de santé soulignent l'importance de l'expertise soignante qui reste indispensable dans leur rôle de contrôle de la qualité des soins dispensés par l'équipe encadrée, comme le décrit Marina :

« Il était question à une époque, et moi je l'ai vu, c'était un préparateur qui est passé en radio. Je sais que peu avant que j'arrive il disait : « cadre de santé, c'est un cadre de santé, il peut aller n'importe où ». Moi dans un service de soins... Gérer des plannings, je ne dis pas, parce que ça, il suffit de comprendre un peu comment fonctionne le service, je pense qu'on y arriverait, c'est pas un souci. Mais c'est vrai qu'organiser un service quand on sait pas comment on fait une perf etc. Et de la même façon, une infirmière qui ne connaît pas les problématiques du laboratoire, bah les plannings, elle est capable d'organiser, mais pas savoir comment fonctionne les labo c'est pas toujours évident quoi. » (Marina, cadre supérieur de santé)

Lors des observations de cours, les élèves d'IFCS soulevaient souvent le problème de l'expertise. Les techniques soignantes évoluent tellement vite que cela ne doit plus être au cœur des préoccupations du cadre de santé. Les étudiants se rendent bien compte que leurs savoirs soignants s'amenuiseront peu à peu.

Le cadre de santé *« n'est pas un expert dans ses fonctions en revanche, il est expert dans l'organisation de son unité. Il est le seul à avoir la connaissance des spécificités de son service c'est à dire que personne mieux que lui ne peut comprendre les différentes logiques qui sont en jeux »* (Charrier, 2001, p.19).

« L'encadrement hors filière est-il un problème alors que l'expertise soignante se perd petit à petit dans cette fonction ? Le cadre perd cette expertise du soin, sa fonction est autre, celle d'encadrer un service, pourquoi alors craindre l'encadrement d'un service d'une autre filière ? Oui, enfin la prise en charge du patient... Y'a quand même la connaissance des pathologies, la connaissance du corps humain, voilà et les répercussions que ça peut avoir à domicile. Je sais pas une fracture d'une jambe, tout le monde ne pensera pas s'il habite une maison, si y'a un étage, enfin vous voyez. Tout ce que ça peut entraîner derrière, il faut y penser, faut anticiper. Quand il est à l'hôpital, y'a les médecins, y'a les infirmières, le mec il est bien pris en charge. C'est après, c'est surtout là où ça peut manquer. On a quand même aussi un rôle de contrôle, donc si on n'a pas la connaissance des soins, comment on peut contrôler quelqu'un ? S'assurer qu'elle fasse bien les choses. Ça c'est pas évident, parce que quand on ne

manipule pas, quand on ne fait pas soi-même, on a beau regarder, écouter, on intègre pas de la même façon. Même pas que les soins, encore ça va, mais le matériel. Par exemple, les seringues électriques, elles ont beaucoup évolué, moi j'ai beau aller aux démonstrations de mise en route de seringues électriques, je suis pas sûr que si on me demande de le faire je serai capable de le faire. » (Cindy, cadre supérieur de santé)

Les cadres de santé sont unanimes, il faut avoir un minimum de connaissance du service pour pouvoir le gérer correctement.

« Comment tu veux travailler sur les compétences, travailler sur la qualité des soins, de soins que tu maîtrises pas. Dans ce cas là, tu deviens cadre gestionnaire. Si ton métier se résume à de la gestion pure, oui, cadre de santé, ça va, tu peux. Mais pour moi, c'est pas ça mon boulot. Donc voilà, c'est pareil, je pense que c'est une polyvalence utopique qui n'est pas vraiment ça. » (Céline, cadre de santé)

Un cadre ballotté dans un service qu'il ne connaît pas passe par une phase où il doit apprendre le minimum de la technique soignante du service, mais cela devient beaucoup plus difficile lors d'un changement de filière.

« En 95, ils ont changé nos études parce qu'avant on allait dans des écoles de cadres infirmiers, cadres kiné... Maintenant, c'est tout mélangé, ce qui fait que moi maintenant je peux me retrouver cadre d'une équipe de diététiciennes, de kinés, au laboratoire, en radiologie avec des manip radio dont je ne connais absolument rien. Leurs besoins, je les connais pas, la charge de travail... Y'a plein de choses, on peut passer à côté quand on ne connaît pas. Tout comme si vous avez interrogé des cadres en chimie, en biologie ou en radio, si vous leur demandez de prendre un service, ils vont être perdus je crois. Pourtant ils sortent de l'école de cadres comme nous. Mais c'est pas pour ça qu'on se sent capable de faire. En fait, je dis pas que c'est pas faisable, mais il va falloir un long temps d'adaptation avant parce qu'il va falloir d'abord qu'on enregistre la manière de travailler des gens, en quoi... Qu'est-ce que c'est que cette fonction, voilà. Déjà il y a un langage spécifique par service, par spécialité on ne parle pas le même langage. On change de spécialité en tant qu'infirmière, cadre ou aide-soignante, y'a plein de sigles qu'on ne connaît pas. Il faut déjà tout réapprendre, alors un métier en plus qu'on ne connaît pas du tout. » (Sabine, cadre de santé)

A l'unanimité, les cadres interviewés considèrent qu'être issu du métier est nécessaire pour encadrer une unité de soin. Le bémol se joue en fait sur les spécialités de soin. Peu nombreux sont les cadres qui reconnaissent une totale transversalité de leur fonction. Pour la presque totalité des cadres, le mélange de filière ne peut entraîner qu'une mauvaise gestion du service. Sans être pour autant l'expert technique référent du métier, le cadre de santé de proximité doit

suffisamment maîtriser les pratiques du métier de base pour pouvoir les évaluer, les organiser, les superviser...

Nous voyons donc que les compétences, l'expertise du soin s'avèrent toujours nécessaire au cadre de santé, dans sa fonction, dans son nouveau service. Les cadres ont la possibilité de continuer à se former au sein de leur établissement, regardons ce que ces formations apportent de plus en termes de connaissances et de compétences aux cadres de santé.

6- Les formations complémentaires

La formation principale des cadres de santé est la formation en IFCS. Nous avons pu voir qu'elle développe chez les cadres des méthodes de réflexion leur permettant d'analyser les situations professionnelles et s'adapter aux évolutions attendues. Mais, on ne peut pas encore parler de compétences (sauf pour les faisant fonction), celle-ci se construisant en confrontation avec la pratique, mais de l'apport de concepts, de savoirs, et de pratiques nécessaires à leur domaine professionnel. La formation cadre est vécue comme un moyen d'acquérir une vision plus élargie du système de santé. Le passage par la formation ne semble pourtant pas indispensable pour être cadre comme le souligne Annie :

« Moi, je suis montée cadre sans passer par la formation, ça ne m'a jamais manqué. Si tu veux, j'ai suivi des petites formations dispensées par l'hôpital. » (Annie, cadre de santé)

Il s'agit bien de préparer les étudiants à leur futur exercice. Le passage en formation et le diplôme cadre apportent la légitimité du métier et du statut que les étudiants vont exercer. En ce sens, la formation est construite par les formateurs plus comme une transformation identitaire pour un positionnement spécifique, et l'apprentissage de méthodes d'analyse et de réflexion, plutôt que comme un dispositif d'où les étudiants sortent avec des savoirs faire applicables à toutes les situations professionnelles qu'ils vont rencontrer. L'appropriation de savoir, du savoir être, du savoir faire passe avant tout par un processus de réflexion qui se vit et s'auto-évalue au quotidien par les cadres de santé.

Cette expérience de formation autorise le futur cadre à prendre du recul et de la distance. *« La formation cadre est vécue comme un moyen d'acquérir une vision plus élargie sur le système de santé. [...] Les stagiaires cadres se plaignent souvent de l'intensité de cette formation qui leur ouvre plein d'horizons mais leur offre pas suffisamment de temps pour les approfondir. Le facteur temps leur donnant souvent l'impression d'accumuler très vite beaucoup de connaissances sans pouvoir vraiment se les approprier au cours de la formation et de n'être pas sûr de pouvoir les utiliser à bon escient une fois en poste. En revanche, la plupart des cadres infirmiers évoquent leur passage à l'Ecole des cadres comme une période de réflexion et non comme une période d'acquisition de méthodes, d'outils de management.» (Morin, 2001, p.63).*

Le vécu sur le terrain, la rencontre et les échanges privilégiés avec des professionnels de la santé et la formation de cadre proprement dite permettent d'acquérir des outils et des

méthodes d'encadrement, mais surtout de mieux comprendre les attentes des politiques, de mieux cibler les rôles, missions et fonctions de cadre. La formation devient alors un laboratoire où sont analysées les expériences vécues sur le terrain, où abondent les éléments de transférabilité et où peuvent être puisées des solutions. *« La formation définit et perfectionne les contours d'une identité professionnelle qui se nourrit des liens de solidarité et d'échanges constitués avec les autres formés qui partagent des activités ou des visées semblables. La formation permet de passer d'un statut périphérique au sein d'un groupe à un statut de membre à part entière capable de s'y maintenir. Il ne s'agit pas de devenir un travailleur mais un professionnel »* (Toupin, 1995, p.55). Le bon professionnel est aujourd'hui bien plus celui qui se pose et qui pose à ses collaborateurs de bonnes questions, que celui qui aurait les bonnes réponses aux problèmes. La professionnalisation (par la formation) ne consiste pas seulement à se préparer à un métier, mais à l'exercer comme un professionnel : intelligence des situations, prise d'initiatives pertinentes, capacité à transférer, relation de service... (Le Boterf, 2004, p.224)

« Donc avant de commencer [la formation], souvent on disait : « tu vas faire l'école des cadres, tu vas revenir, tu te seras transformée ! » En fait à [La Croix], je n'ai pas ressenti cela. Je pense que je n'ai pas changé. J'ai appris à voir les choses avec des angles différents, tenir compte des différents aspects, ne pas avoir un esprit très manichéen. Je pense que c'est ce que j'ai appris. Accepter la différence, être..., ne pas être dans la sanction, essayer de comprendre, c'est ce que j'ai appris mais ça ne m'a pas transformée. »
(Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

La formation apparaît avant tout pour les étudiants comme diplômante plus que formatrice. *« L'école est aussi un moyen d'accéder à un nouveau statut social. La recherche de cette « promotion » serait encore plus marquée chez les infirmières qui ont été officiellement ou officieusement « faisant fonction » de cadres et/ou qui ont débutées comme agents ou comme aides soignantes. Enfin reconnues comme cadre par la communauté des soignants et par l'institution, les futures candidates sont aussi motivées par le pouvoir que devrait leur conférer leurs nouvelles situations »* (Benevise, 2000, p.26).

Elle apporte le diplôme nécessaire ouvrant l'accès au statut de cadre de santé. Néanmoins, *« toute formation comporte, volontairement ou non, une dimension de transformation individuelle non négligeable. Dans notre société, la formation a valeur d'initiation en ce sens qu'elle permet d'accéder à un monde jusque là réservé aux seuls initiés, et donc inaccessible. La formation, et ce qu'elle représente en terme de valeur dans notre société, a toutes les apparences de l'aspect social du rite. En effet, quelle soit initiale, continue ou professionnelle,*

elle est entendue et reconnue comme la condition essentielle pour accéder à un emploi ou à une autre formation. A ce titre, entrer en formation, c'est déjà accepter de se soumettre à ce rite qui va nous faire passer d'un état à un autre » (Pascal, 2006, p.19).

L'école des cadres n'apparaît pas comme une formation donnant les pleins pouvoirs aux cadres dans la gestion de leur service. Les cadres continuent à se former tout au long de leur carrière, soit par l'université grâce aux ECTS validés lors de la formation en école des cadres, soit par des formations internes à l'hôpital. Les formations internes sont beaucoup plus ciblées sur un aspect précis de la fonction cadre de santé : conduite de projets, management, conduite de réunion, gestion des conflits etc. Elles sont également beaucoup plus courtes : une semaine ou deux jours par mois. Ces formations répondent plus à un besoin spécifique d'un cadre de santé à un moment donné de sa carrière, comme l'explique Candice :

« L'école, je ne sais pas parce que j'ai pas été à l'école. Moi, j'ai pas été à l'école, j'ai fait beaucoup de formations sur l'aspect relationnel. J'ai fait aussi une formation d'infirmière clinicienne, qui est complètement différente de ça. Et après, j'ai fait beaucoup de formations professionnelles en formation continue. Je dirai qu'à l'école, on apprend certainement beaucoup de choses. Mais finalement, je pense en comparant celles qui ont été à l'école, elles ont appris les mêmes choses que moi. Elles ont appris des méthodes, des techniques d'élaboration de planning, des conduites de projet, des choses comme ça, donc ce que j'ai fait déjà. » (Candice, cadre de santé)

Guy Le Boterf nous rappelle que la compétence n'est ni un état, ni une connaissance possédée. Elle ne se réduit donc ni à un savoir, ni à un savoir-faire. Elle n'est donc pas assimilable à un acquis de formation. Posséder des connaissances ou des capacités ne signifie pas être compétent. La compétence réside dans la mobilisation pertinente et au moment opportun, dans une situation de travail, de ses connaissances ou capacités. (Le Boterf, 1994, p.16)

La formation peut préparer les individus à jouer certains rôles ou à se conformer à des comportements pré-établis. La formation peut aussi préparer les individus à s'adapter à l'environnement en les formant à être des acteurs responsables de leur propre évolution, à être autonomes. Mais surtout, la formation peut permettre à l'apprenant d'évoluer soi-même afin de faire progresser le milieu dans lequel il est inséré. *« Le travail de formation est un travail sur soi, dont les personnes en formation sont à la fois les sujets et les objets. (C'est pourquoi il faut dire qu'elles se forment et non qu'elles sont formées). Le processus de formation est une (auto-) transformation de schèmes, de représentations, d'attitudes, c'est un travail de*

construction de connaissances, un travail sur son rapport au savoir, au monde, aux autres et à soi-même » (Hebrard, 2004, p.125).

Le risque de la formation cadre est qu'elle ne tombe pas au bon moment dans la carrière du cadre. C'est une formation qui correspond aux jeunes futurs cadres et non à des professionnels ayant déjà plusieurs années de faisant fonction derrière eux. Le risque étant que la formation déconstruise l'individu et ses pratiques sans avoir le temps ou les moyens de les reconstruire.

« Je vous dis, moi mon expérience de gens de retour de l'école des cadres, je voyais pas la différence. A part quelquefois certaines qui avaient été très, très, très ébranlées psychologiquement. Alors je connais pas toutes les écoles, mais y'a certainement des écoles qui n'ont pas la même approche que d'autres, hein. Et y'en avait certaines, quand je les voyais revenir, qu'est-ce qu'on lui a fait ? On lui a retourné le cerveau ? Y'en avait certaines qui étaient cassées, hein ! Cassées ! Alors, je pense que c'était vrai sur des jeunes, comme moi, qui seraient parties faire l'école des cadres, avec une expérience très courte d'encadrement. Je pense que là vous êtes ouvert à tout, vous êtes une éponge et vous prenez, vous prenez. Mais quelqu'un qui a une grande expérience comme certaines qui partaient qui avaient été des surveillantes sans formation, on était nommé à l'ancienneté... Donc des gens qui avaient une expérience de 10-15 ans, parce que ça j'en ai vu, mais elles revenaient complètement brinlingues [dingues] de là-dedans. Et celles qui étaient mauvaises surveillantes nommées à l'ancienneté, c'est pas parce qu'elles avaient fait l'école des cadres qu'elles revenaient bonnes surveillantes. Mais je m'en souviens d'une entre autres, elle était toujours pas bonne mais ils l'avaient déguinglée. Moi je dis ils l'avaient déguinglée. » (Francine, cadre de santé)

Les formations purement dispensés au sein d'un établissement hospitalier paraissent mieux convenir aux individus ayant une longue expérience de l'encadrement soignant. Elles apportent aux cadres des outils et des méthodes nécessaires, sans faire un travail identitaire sur leur positionnement de cadre. Déconstruction identitaire qui peut s'avérer dangereux lorsqu'elle a lieu chez des professionnels ayant déjà une longue expérience d'encadrement.

Depuis 2007, les établissements de santé doivent consacrer à minima 2,1% de leur masse salariale au financement de la formation continue. On distingue deux types d'action de formation : les formations inscrites au plan de formation et les actions de formation personnelle.

Les formations inscrites au plan de formation sont autant indispensables à la progression professionnelle des agents qu'à la bonne marche de l'hôpital et aux mutations institutionnelles.

Elles sont de quatre types :

- action de préparation aux concours et examens permettant soit l'accès à un grade supérieur ou à un corps différent, soit l'entrée dans une école préparant à un emploi de la fonction publique hospitalière ;
- études promotionnelles débouchant sur l'accès aux diplômes ou certificats du secteur sanitaire et social relevant d'une liste fixée par arrêté ministériel ;
- actions d'adaptation en vue de faciliter soit la titularisation, soit l'accès à un nouvel emploi, soit le maintien de la qualification requise dans l'emploi occupé ;
- actions de conversion permettant d'accéder à des emplois exigeant une qualification nouvelle ou à des activités professionnelles différentes. (Stingre, 1999, p.43)

Les courtes formations, que sont les formations hospitalières, sont ciblées sur un sujet précis : le management, la gestion des conflits, les risques, l'hygiène, etc., et peuvent finalement paraître plus instructives et enrichissantes pour les cadres de santé. En effet, les cadres suivent ces formations à leur demande donc à une période de leur parcours professionnel où ils ont une demande précise sur un thème précis également. Donc ces formations leur apportent des réponses immédiates qu'ils peuvent dès les jours suivants appliquer sur le terrain.

« Je m'étais lancée, je faisais minimum deux formations par an, et toujours axées bon effectivement sur la gestion des conflits, le... Je pense que le contenu des formations continues que j'ai pu faire durant toute mon expérience professionnelle m'a été certainement plus enrichissante et plus prolifique que si j'avais fait l'école des cadres. [...] Moi, je considère effectivement que ça n'apporte pas grand-chose. » (Martha, cadre supérieur de santé)

*« Les études sur les pratiques de formation continue des populations adultes mettent en relief la difficulté de transférer les connaissances acquises dans la vie personnelle ou professionnelle. Ainsi, quelque temps après une activité de formation, il est souvent possible de constater une régression des acquis, un retour aux anciennes façons de faire, une absence de prolongement des apprentissages dans le milieu professionnel » (Toupin, 1995, p.15).
« Rappelons que, dans le contexte des pratiques de formation continue, plus de 80% des apprentissages se perdent entre le moment de leur acquisition et celui de leur utilisation » (Ibid., p.57).*

Finalement, pour certains la formation en IFCS est importante pour acquérir des savoirs, savoirs faire et savoirs être nécessaires à la bonne conduite de la fonction cadre. A l'inverse pour d'autres, la formation n'apporte rien de plus que ce que l'individu apprend sur le terrain en situation concrète de travail. On peut se poser la question de savoir si la formation construit le cadre ou si une aptitude individuelle à l'encadrement est nécessaire.

« Donc après, c'est aussi à la personne de bien se connaître, hein. Tu te lances pas dans une école des cadres si t'as déjà du mal à gérer les conflits. » (Céline, cadre de santé)

« Ça va paraître prétentieux, mais je pense que, on n'est pas chef par hasard, on le devient peut-être, mais bon on ne l'est pas par hasard. Je pense avoir un côté, bon c'est les autres qui me le disent, j'ai un côté naturel chez moi où bon, on voit le chef. Et j'ai pas besoin de sortir le fouet. Il y a un autre truc qui fonctionne chez moi, je sais que quand j'ai eu des chefs, chez qui j'avais l'impression que j'avais pas grand-chose à apprendre, je ne les considérais pas comme des chefs. » (Constant, cadre de santé)

« C'était du concret, c'était du vécu, c'était sur le terrain, c'était du réalisme. Alors que les belles théories, d'accord, c'est intéressant c'est sur, c'est pas du tout inintéressant, ça peut être intéressant sur mener une réunion de service, des trucs comme ça, ça je l'ai vu, mais après... Enfin, c'est une question de personnalité après : on est capable ou on n'est pas capable, tout simplement. » (Etienne, cadre de santé)

La grande majorité des cadres interrogés soulignent l'importance du potentiel personnel pour devenir et faire fonction de cadre de santé. L'idée d'une aptitude innée à l'encadrement, au management d'une équipe est souvent entendue chez les cadres de santé. Comme le sous-entend Etienne, ce n'est qu'au travers d'une "personnalité de chef" qu'un cadre de santé intègre les méthodes et les outils enseignés lors des diverses formations. C'est ce qui est d'ailleurs très bien décrit par Francine.

« Y'a des choses je pense qui ne s'apprennent pas forcément. Je pense qu'on a quand même un potentiel personnel à être cadre qu'il faut valoriser en allant faire une formation. Mais c'est pas comme on va faire des études d'infirmière... Pour faire l'école des cadres, bien oui, il faut quelques neurones bien connectés et aimer ça ! Il faut aimer être un chef, il faut pas avoir honte de le dire. » (Francine, cadre de santé)

L'individu qui entre dans un processus de formation arrive avec un savoir expérientiel et un ensemble de connaissances déjà acquises. *« Les activités de formation prennent un sens dans la mesure où elles s'inscrivent dans un parcours sociobiographique, une identité » (Toupin,*

op.cit., p.55). Ce qui caractérise la formation continue, c'est bien d'abord qu'elle repose sur l'idée d'apprentissage, quelque chose à apprendre, des connaissances à s'approprier, un développement cognitif, une augmentation des compétences, la croissance des qualifications, du stock culturel individuel. (Besnard, Lietard, 1976, p.30)

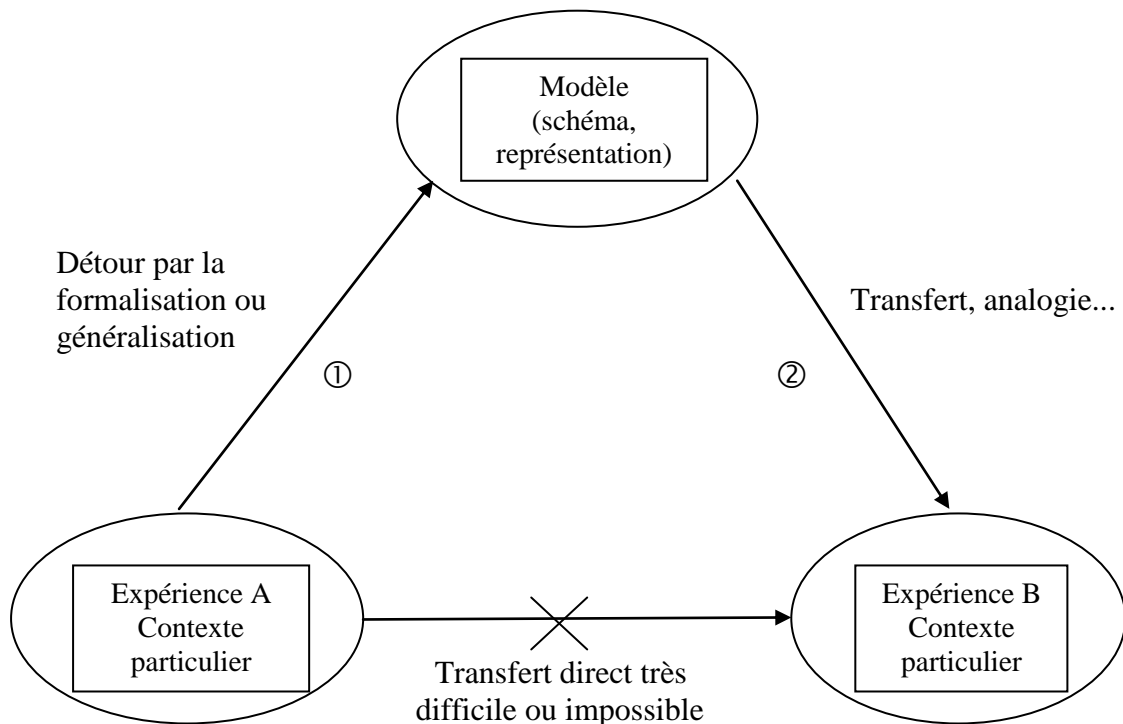
« La théorie c'est bien quand on a déjà une petite expérience pratique, comme ça on peut comparer par rapport à ce qu'on avait fait avant. »
(Fabienne, faisant fonction cadre de santé)

Lorsque l'on interroge les professionnels quant à leurs compétences, ils reconnaissent avoir appris la quasi-totalité de leur métier sur le terrain. Cependant, ils ne remettent pas en cause les diplômes qui protègent leur profession.

La compétence relationnelle utilisée par les cadres de santé dans leur management quotidien est souvent présentée comme nécessitant des capacités personnelles innées et qui au fond ne peuvent pas vraiment s'apprendre. La fonction cadre de santé relève alors d'un savoir-faire empirique mais surtout d'aptitudes psychologiques et relationnelles. En se présentant sous l'angle de la compétence, les aptitudes relationnelles restent des compétences peu reconnues en dehors des situations mêmes où elles sont mises en œuvre.

L'équilibre entre des savoirs théoriques managériaux et des savoirs acquis de l'expérience contribue à l'opérationnalité de l'action des cadres. Le rôle de l'expérience semble bien premier dans le processus de formation des cadres. Le savoir de la pratique s'allie au savoir sur la pratique pour garantir un management centré sur le soin. Issu du milieu, les cadres de santé doivent pourtant réussir à s'en détacher tout en le comprenant de l'intérieur.

Schéma 10 : Modéliser pour transférer (Le Boterf, 2000, p.87)



Ce schéma montre qu'il est possible de découvrir et de traiter des analogies entre des expériences réalisées dans des environnements distincts. Le futur cadre de santé apprend en formation à extraire des invariants, c'est à dire des modèles, qui lui permettront d'appliquer à une situation nouvelle des savoir-faire mis en œuvre dans une situation connue ou familière. Ces invariants doivent être considérés comme des schémas flexibles car les situations sont rarement directement semblables.

C'est au cadre de santé, à travers son expérience de soignant, de mettre à disposition en permanence ses ressources pour créer sa compétence. Faire fonctionner une unité de soin ne fait plus partie de son expertise soignante. Mais c'est par sa connaissance du système et par une analyse des différents éléments inter-agissants que le cadre crée ses compétences managériales. Il apparaît nécessaire pour le cadre de santé de prendre du recul pour accéder à ce nouveau métier : ne plus être dans l'équipe mais travailler avec. Il semble ainsi à ce stade de notre questionnement sur les compétences des cadres de santé, intéressant de s'arrêter sur les représentations qu'ont finalement les cadres de santé d'eux-mêmes.

7- Définition des cadres de santé par eux-mêmes

La difficulté d'être un bon cadre est bien réelle. Et cette question, les étudiants en IFCS ainsi que les cadres en général se la posent. Ils ne savent pas vraiment définir un bon cadre mais ils savent définir les caractéristiques d'un mauvais cadre. Ils ont une notion de modèles et de contre-modèles. Ils utilisent leurs propres connaissances, expériences et observations d'anciens cadres de leur service pour se faire une image de ce que doit ou ne doit pas être (ou faire) un cadre.

« C'est, qu'est-ce qu'un bon cadre ne doit pas être ? Mais, tu comprends ce que je veux dire ? Mais je ne sais pas ce que c'est un bon cadre. Par contre, j'ai une idée de ce qui me semble pas pertinent. [...] Déjà, si tu veux, un bon cadre, on va essayer de répondre à ta question, il doit être présent. Y'a vraiment l'histoire de la proximité. Ce mot : cadre de proximité, il a du sens. Un cadre de santé, c'est un cadre de proximité. Cette proximité, elle est sur plusieurs axes. Elle est auprès des équipes. Elle est auprès des patients et de leur famille. Je pense que rien que cette présence, arriver à médiatiser sa présence et à être reconnu comme étant présent. C'est dans mon sens, être identifiable. Pour moi, un cadre, il doit être identifiable en tant que cadre, dans son autorité hiérarchique bien sûr. Elle est là, elle existe, elle doit être assumée cette autorité hiérarchique. » (Violette, étudiante IFCS)

Une distinction est cependant à établir entre ce que pensent les élèves en IFCS qui peut être souvent erroné et éloigné de la réalité et ce que pensent les professionnels. En effet, nous pouvons constater que les étudiants ont parfois des représentations de la fonction cadre qui renvoient plus à un rôle qu'à une activité concrète. L'extrait d'entretien suivant en est une illustration.

« Je pense qu'un cadre, c'est pas quelqu'un qui fait. Il fait faire, mais il faut savoir pour faire faire. Donc même si on doit... On doit quand même avoir un regard sur les pratiques. On fait du management, mais moi je pense qu'on peut manager que si on connaît un peu ce qui se passe. C'est pas une position je pense qui est partagée par tous, mais... Je pense qu'en anesthésie, c'est différent. Quand on est dans un bloc opératoire, en anesthésie, on gère moins... mettons, les sorties des patients, les lits, les chambres. Alors, qu'est-ce qu'il reste ? Le management des personnes parce que ça c'est commun à tous les cadres. Et la spécialité. Il faut faire des deux. Je pense pas qu'on puisse se positionner seulement sur du management. Pour avoir la reconnaissance des infirmiers anesthésistes, il faut cette expertise là. Un infirmier anesthésiste, s'il se rend compte que tu ne connais pas, tu connais pas les respirateurs, tu sais pas endormir un patient... D'ailleurs, il ne pourra pas te parler de ses difficultés, des difficultés qu'il rencontre sur le terrain, il aura du mal à te les exprimer puisque tu ne sauras pas de quoi il parle, je crois. » (Marie-Thérèse, étudiante IFCS)

Marie-Thérèse a une vision très éloignée de la réalité du quotidien d'un cadre en service de soin que nous avons pu observer¹¹⁸. Elle porte l'illusion de la définition d'un cadre de santé comme l'on peut l'entendre de certains professionnels (médecins, direction des soins ou direction administrative) ou lire dans des ouvrages à l'intention des étudiants : « *C'est pas quelqu'un qui fait. Il fait faire* ». Concrètement, un cadre de santé occupe ses journées à faire et à rattraper ce qui n'a pas été fait par d'autres. La partie délégation n'est qu'une infime part de l'activité du cadre.

Ces deux étudiantes cadres soulignent néanmoins l'importance du positionnement du cadre de santé. Pour être reconnu et légitime, un cadre doit être positionné dans sa fonction et ainsi immédiatement identifiable. Pour aider au mieux les équipes, le cadre de santé doit se positionner comme un expert et savoir autonomiser son équipe.

« A mon avis, un bon cadre, c'est une personne qui est capable de faire tourner une équipe efficacement sans intervenir. Je pense que c'est ça. Si, quelqu'un qui est capable d'entendre, d'écouter, de prendre du recul, de ne pas réagir sous la forme d'action-réaction. En gros, c'est ça. D'être capable de monter des projets. Bon après, on peut aller plus loin, du point de vue relationnel, il est en interface entre les équipes médicales et administratifs. Donc, là, c'est savoir se positionner entre les différents intervenants. » (Claude, étudiant IFCS)

Les interviewés ont conscience de leur rôle pédagogique et de modèle auprès des jeunes générations de soignants. Ils prennent de ce fait référence sur leur propre vécu d'infirmiers avec leur surveillant de l'époque. Leur expérience d'infirmier est réutilisée dans leur management actuel.

« J'ai un cadre qui m'a tout appris. C'est ma mère professionnelle, quoi. Elle était très rigoureuse etc. On faisait un travail exceptionnel. Elle nous a appris beaucoup. L'image que j'avais d'elle, bein je sais pas, l'image d'une surveillante qui est là pour impulser les projets, la vie du service, puis de contrôler et de corriger si y'a besoin, ou d'améliorer. Un pilote, quoi. Y'avait peut-être des points négatifs par rapport à son caractère mais pas par rapport à sa fonction. » (Cindy, cadre supérieur de santé)

En fait, il n'y a pas d'idéal type du cadre. Par leurs expériences, ces étudiants en IFCS se sont forgés une image du comportement attendu d'un cadre.

Il est intéressant d'étudier comment les cadres de santé perçoivent leur rôle et se définissent au sein de leur service.

¹¹⁸ Cf., chapitre 6

« Gestionnaire, bein oui par la force des choses. Différence entre manager et gestionnaire, c'est l'anglais [Rire]. Non, mais c'est comme un chef de chantier, il faut être sur le terrain. Pour ça la tendance en ce moment c'est de faire des managers dans les bureaux, mais ça c'est pas possible, ce sont les gens dans les bureaux qui pensent ça, vous voyez. Le chef de chantier, il est sur son chantier pour moi, il est pas dans son bureau à attendre que ça se passe. Les machines, c'est moi qui vais les voir, quand y'a un soucis c'est moi qui vais le voir, voir comment se fait le travail faut être sur place, pas dans son bureau. C'est du management mais sur le terrain. Donc du management par anticipation en programmant les choses, et du management au jour le jour en gérant le travail. » (Etienne, cadre de santé)

Dans les textes de loi, le cadre de santé est directement identifié par sa fonction de manager et de gestionnaire d'un service de soin. Les cadres acceptent cette image de manager, moins de gestionnaire mais ils se veulent des managers de proximité. Leur fonction ne consiste pas à rester dans leur bureau, mais à être auprès de l'équipe.

La tâche principale du cadre de santé est malgré tout la gestion (des plannings, des stocks etc.) mais ils revendiquent également leur connaissances de soignants qui leur permet de soigner leurs équipes, c'est-à-dire de répondre à leurs besoins, à leurs questionnements, à leurs problèmes.

« Donc c'est avant tout gérer l'équipe, c'est-à-dire le planning, assurer la continuité des soins, mais aussi, et c'est ce que j'avais dit au premier chef de service que j'ai rencontré quand j'ai fait fonction, et c'est un peu ça mon dada, parce que quand on est cadre, c'est pas vrai on n'est pas expert en tout. Moi, c'est plutôt, en tout cas mes qualités, mes compétences, moi c'est plutôt niveau de prendre une équipe et de la faire monter en compétence par rapport aux connaissances psychiatriques ». (Constant, cadre de santé)

Ainsi, 44% des cadres interrogés se définissent comme des managers, 25% comme des gestionnaires, 12,5% comme collaborateurs, autant comme accompagnateurs et seulement 6% comme coaches.

Les cadres s'identifient tous comme faisant partie de l'équipe du service. Ils revendiquent un management dit participatif. Le personnel est autonome, le cadre ne leur impose pas de méthodes de travail, il préfère prendre des décisions coordonnées avec l'équipe comme nous l'explique Sabine :

« Certes je suis le cadre, si y'a des décisions à prendre, je vais les prendre, mais aussi les faire participer. C'est-à-dire que c'est pas parce que je suis cadre que je vais décider que les infirmières doivent travailler comme ci ou comme ça. A partir du moment où elle travaille et qu'au niveau prise en charge des patients tout se passe bien, je ne vois pas pourquoi je leur imposerai ma manière de travailler. D'autant plus que je ne fais plus de soins, quoi. Bon après, si ça cafouille, j'interviens et je leur dis : « ah non,

vous pouvez plus travailler comme ça. Vous voyez bien que ça va pas, on va essayer ça ou ça ». Je préfère leur demander quelles autres manières elles peuvent mettre en place pour travailler. J'aime pas imposer les choses. »
(Sabine, cadre de santé)

Ce type de management pris par les cadres est aussi du à ce qu'ils n'ont pas de décret de compétences. Par ce manque de profil de poste, le cadre est libre de diriger, d'organiser le fonctionnement d'un service comme il le ressent comme le souligne cette cadre :

« Y'a pas d'actes, de décret de compétences, hein, y'a pas d'actes du cadre. Le cadre, en fonction du service où il sera et en fonction de sa personnalité, il fera des tâches, il exécutera des missions différentes. Donc, y'a pas de profil de poste finalement, c'est resté très ouvert. Quand vous voyez les profils de poste des cadres, c'est très, très varié, ça ne veut rien dire. C'est le pompier à tout faire, qui ne fait rien, dans l'absolu qui ne fait rien et pourtant sa journée est hyper remplie ! C'est un élément clé pour que ça marche, mais on ne le voit pas. » (Léonie, cadre formatrice)

Ce management participatif consiste pour le cadre de santé en :

- Consulter : prendre la température du fonctionnement du service, disposer d'indicateurs, consulter les personnels (poste de travail, amélioration de la qualité, communication interne...)
- Négocier : favoriser, valoriser, faire aboutir et garantir la négociation entre acteurs (gestion de réunions, instances de négociations de type conseil de service...)
- Responsabiliser : faire confiance dans la capacité de chacun à percevoir la globalité de l'institution, à participer, à faire preuve d'initiative.
- Déléguer : Savoir faire faire, ne pas " se débarrasser de " mais transmettre une tâche, une mission avec les informations nécessaires et disposer de modes de contrôle appropriés.

L'école des cadres enseigne aux futurs cadres à adopter un management situationnel, c'est à dire d'adapter son management à chacun de ses collaborateurs pris dans son environnement professionnel. Voici un tableau récapitulatif des différents styles de management avec lesquels doivent jongler les cadres.

Tableau 21 : Adaptation des styles de management¹¹⁹

Style de management à exercer / Facteurs d'adaptation à intégrer	Type de collaborateurs	Types de poste de travail
<p>Style directif <i>Rôle : structurer</i> - Le responsable parle beaucoup et écoute peu - Des points de contrôle sont prévus à l'avance avec un calendrier précis - Les consignes sont claires, basées sur des procédures standardisées orales ou écrites</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborateurs peu qualifiés - Personnes en « situation de crise » 	<ul style="list-style-type: none"> - Postes peu évolutifs - Postes peu techniques
<p>Style persuasif <i>Rôle : mobiliser</i> - Beaucoup d'explications : les raisons, les causes, les conséquences - Mise en valeur des projets, des objectifs, des activités - Mise en valeur et encouragement de la personne - Le responsable parle beaucoup, répond aux objectifs, suscite des questions</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Nouveaux collaborateurs - Mutations internes - Personnes susceptibles de recevoir prochainement des responsabilités 	<ul style="list-style-type: none"> - Postes à fort potentiel - Postes d'exécution susceptibles d'être enrichis - Technicité importante - Postes changeant de système, d'organisation ou subissant des évolutions brutales
<p>Style participatif <i>Rôle : associer</i> - Le responsable écoute et conseille ses collaborateurs - Il aide à résoudre les problèmes - Il prend en compte les idées, suggestions et propositions - Il dose l'acceptable et l'inacceptable - Il travaille dans un climat de franchise</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personne de type « expert » (a plus de compétences dans un domaine précis que son responsable) - Personne prenant en charge de nouvelles responsabilités et commençant à les assumer - Personnes très qualifiées, cadres intermédiaires 	<ul style="list-style-type: none"> - Postes très techniques ou relationnels - Postes très évolutifs, exigeant des mises à jour en continu
<p>Style délégatif <i>Rôle : autonomiser</i> - Les missions, objectifs et projets sont définis avec chacun menant son travail avec ses propres méthodes - Des rencontres périodiques peuvent être prévues à l'avance d'un commun accord - Le responsable exprime sa confiance par l'absence de relations suivies - Il donne le droit à l'erreur non répétitive</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes très qualifiées, responsable de service - Personnes expertes dans un domaine et chargées d'une mission nouvelle - Personnes « autonomes » apprenant vite et intégrant rapidement la complexité de leur poste 	<ul style="list-style-type: none"> - Postes très techniques - Postes à responsabilité - Postes très relationnels - Postes à savoir très évolutifs

¹¹⁹ Extrait d'observation de cours IFCS

On note l'apparition essentielle du terme de collaborateurs plutôt que celui d'infirmiers, d'équipiers, d'agents, d'employés ou encore de personnels. Les cadres sont invités à utiliser ces quatre types de management, c'est à dire d'être les responsables, d'être directifs mais également d'être persuasifs en sachant mobiliser les différents professionnels, s'associer à l'équipe en faisant participer ses agents et surtout être délégatifs en les autonomisant.

Dans leur ouvrage consacré à la préparation au concours d'entrée en Ecole des cadres, les auteurs établissent un inventaire des personnages types et caricaturés qui personnalisent les comportements inadaptés à la fonction cadre. Ces traits de caractères sont suscités soit par un manque de réflexion et de positionnement à la fonction cadre, soit par un manque de reconnaissance organisationnelle. (Gerard, Plazanet, Roger, 2004, p.129)

- La super-infirmière : c'est une infirmière nommée surveillante parce qu'elle était une infirmière modèle et n'a pas su faire le deuil de sa première fonction. Elle tente l'impossible synthèse de rester pleinement infirmière et devenir surveillante.

- La paramédicale ou la servante du médecin : c'est la surveillante qui consacre l'essentiel de son énergie à aider le médecin-chef et l'équipe médicale. Les malades sont alors considérés comme des cas, matière première à la science médicale.

- La bureaucrate ou la servante de l'administration : elle se définit comme la gestionnaire du service. Elle est captivée par l'ordre, la méthode, la rationalisation de la pensée administrative, amoureuse des protocoles.

- L'animatrice ou la relationnelle : c'est l'antithèse de la précédente. Elle refuse de jouer le rôle hiérarchique imparti à sa fonction et tente de la remplacer par des techniques de relations humaines où le jeu sur l'affectif peut souvent s'apparenter à de la manipulation. Ce serait la dérive la plus fréquente.

- La mère protectrice : elle aime son personnel et fait l'impossible pour en être aimée à son tour. Elle écoute, conseille, protège et défend. Elle se tient au courant de la vie personnelle de chacun et compatit volontiers aux difficultés familiales ou sentimentales.

Cette typologie décrit non des entités réelles mais des tendances qui peuvent se manifester à un moment donné chez les cadres de santé.

Finalement, la stratégie, la volonté de diriger, d'animer, de planifier, de conduire une organisation déterminent le type de management du cadre de santé ou son absence. On peut dès lors définir deux profils de cadre de santé par l'absence ou non de management¹²⁰ :

- le cadre super soignant qui n'est pas un manager. Il se positionne en technicien avec un idéal soignant fort. Il règle les problèmes au coup par coup sans stratégie de management.
- le cadre manager qui priorise ses actions et ses objectifs. Il délègue des activités pour se libérer du temps afin d'analyser les résultats du service, de procéder aux réajustements nécessaires et de faire évoluer la qualité des soins du service. (Charrier, 2001, p.20)

Par un retour historique sur l'acquisition du rôle propre infirmier, Emmanuel Langlois insiste sur l'important développement du thème de la relation chez les soignants et tout particulièrement chez les cadres. Le thème de la relation ayant été développé d'une part contre l'emprise médicale sur leur activité, et d'autre part, contre le paradigme technicien qui enferme de fait les soignants dans un rapport de subordination. A travers le rôle propre, la relation devient une stratégie défensive face au corps médical. Les infirmières et leurs cadres ont désormais la possibilité d'invoquer leur connaissance parfaite et globale du patient face à un comportement purement médical du médecin, moins porté sur la relation. Sachant que "faire du relationnel" c'est aujourd'hui reprendre un rôle pris par les aides-soignantes. (Langlois, 2008, p.132)

En fait, « *plus le statut de cadre s'est modifié, plus les cadres ont mobilisé la rhétorique de la relation afin de maintenir leur ancrage dans le groupe professionnel d'origine* » (Ibid., p.133). Parallèlement, les soignants ont l'impression que l'évolution de leur profession les éloigne toujours plus des patients : progrès technique, bureaucratie et paperasserie croissante, nouvelles règles etc. Les cadres de santé étant en première ligne pour faire admettre les changements et réussir à les mettre en œuvre, cela accroît le fossé entre soignants et cadres.

Le management du cadre de santé n'est pas simple. Outre, le problème quantitatif d'une gestion du service à flux tendu, des plannings à combler au quotidien et de la gestion des imprévus, le cadre de santé doit sans cesse négocier avec l'équipe afin qu'elle accroisse son activité le temps des absences. Il doit alors gérer les réactions et les personnalités de chacun. Pour l'intérêt du malade, il doit imposer un certain dévouement au malade. Ce management relationnel explique que les cadres de santé ont des styles de management variables selon l'âge, le sexe, le caractère personnel et l'orientation technique ou sociale du service, mais

¹²⁰ En reprenant la typologie de Colette Charrier

également selon la relation avec le chef de service qui laisse plus ou moins de marge de liberté aux cadres.

« Moi, j'ai dépassé depuis fort longtemps le stade affectif. Je suis là pour faire fonctionner le service, donc forcément y'a des moments où ça grincera des dents parce que je peux pas toujours viser l'intérêt de tous et que des fois faut que je tranche. Donc, ça fait pas plaisir aux agents. Mais moi, je suis là pour être respectée, mais pas aimée. » (Céline, cadre de santé)

« Au niveau du service, mon patron, le chef de service médecin, voudrait que je sois plus sur le terrain pour seconder, et là je suis entièrement d'accord avec lui, pour seconder l'équipe qui est en état de pénurie actuellement, d'être derrière pour les soutenir, pour les aider. Et alors que mon cadre sup voudrait que je sois plus dans mon bureau faire des tâches administratives et autre. Et ça, c'est le dernier de mes soucis. Pour moi il y a un fonctionnement à assurer. Et l'administratif c'est secondaire, ça passe après. Y'a un conflit, j'y vais vous voyez. On peut pas dire : on verra demain, hein. C'est tout de suite, si j'ai une machine en panne, c'est tout de suite, c'est pas demain. Je sais pas si c'est pareil chez mes collègues cadres infirmiers. Moi le terme cadre de proximité colle à ma fonction. Je le conçois comme ça. » (Etienne, cadre de santé)

« Un cadre, je pense qu'il a cette vision de faire évoluer les choses, sinon il est pas cadre. Je sais pas, moi, je vois ça comme ça. Un cadre, normalement c'est quelqu'un qui motive un peu les gens, qui fait avancer l'équipe, qu'il y ait une bonne ambiance, voilà. » (Fabienne, faisant fonction cadre de santé)

Nous voyons par ces exemples, que la manière de diriger est très différente d'un professionnel à l'autre, d'un service à l'autre, d'une équipe à l'autre, et surtout d'un moment à l'autre. Il est donc très difficile de classer les cadres de santé dans une typologie de management. Mais, dans tous les cas, les cadres de santé mettent toujours en avant leur relation avec l'équipe. L'appel à la relation est nécessaire aux cadres de santé pour faire tenir les différents segments du monde hospitalier : médical, administratif, soignant.

Les cadres de santé gardent toujours leur fibre soignante, comme nous l'avons vu pour soigner leur équipe¹²¹, mais cela se ressent également dans leur management. Quand certains cadres sont trop souples dans leur animation d'équipe car trop empreints de leur ancien métier, d'autres à l'inverse sont trop directif pour mieux se défaire de leurs expériences passées. *« Si le management consiste en effet dans le fait de planifier, d'organiser et de contrôler, toutes activités nécessaires à la gestion, il ne se réduit pas à cette seule dimension. Tout l'art, précisément, du manager, consiste d'une part à savoir adapter les méthodes et outils de*

¹²¹ Cf., chapitre 5

gestion à l'organisation qu'il dirige et d'autre part à savoir prendre en compte la spécificité des hommes et des femmes qu'il doit mobiliser, entraîner et contrôler » (Aubert, 2005, p.11).

A dominante féminine, nous nous posons la question d'une spécificité de ce management féminin. Deux perspectives s'ouvrent :

- celle de la place des femmes dans le management, renvoyant à la problématique du plafond de verre.

- celle de se demander si les femmes ont un mode de management spécifique. Cette perspective interroge les relations entre genre et pouvoir. (Landrieux, 2007)

Dans la plupart des organisations, l'image du bon manager est stéréotypée. Les stéréotypes concernent fortement les femmes managers qui sont souvent mal jugées. Ces préjugés s'expliquent notamment par la faible féminisation des positions de pouvoir. Les femmes sont catégorisées et cantonnées dans des rôles-types. Cependant, le pouvoir de la taille, de la « *masse critique* » (Ibidem) que forment les femmes à l'hôpital font que leur management est beaucoup moins décrié à cause de leur sexe, mais bien plus sur une capacité à se détacher de leur ancienne fonction sans pour autant l'oublier.

Il n'y a donc pas de sens de parler de styles féminins ou de styles masculins dans l'activité d'encadrement des unités de soins au premier niveau de l'échelle hiérarchique. Néanmoins, le physique masculin facilite leur autorité. Certaines femmes peuvent baisser le ton de leur voix pour ne pas partir dans des aigues. (Prevot, 2007) Au sein de l'école de formation observée, un "atelier voix" permettait aux futurs cadres d'apprendre à positionner leur voix.

Nicole Aubert fait une distinction entre le management et le leadership. Selon cet auteur, le manager gère la complexité et doit apporter ordre et cohérence sur des points aussi essentiels que la qualité ou la rentabilité des produits. Le leader, quant à lui, gère le changement, il crée du sens, de l'énergie et de l'adhésion. Selon cette description, le manager fait ce qu'il doit faire, le leader fait ce qu'il faut faire. (Aubert, *op.cit.*, p.72)

Nicole Aubert distingue quatre modes de mise en action du leadership des managers :

- diriger : donner des instructions précises et surveiller de près l'exécution des tâches
- entraîner : expliquer les décisions, solliciter les suggestions et encourager les progrès
- épauler : faciliter et encourager les efforts, partager avec ses subordonnés la responsabilité de la prise de décision
- déléguer : transmettre à ses subordonnés la responsabilité de la prise de décision et de la résolution de problème. (Ibid., p.75)

En suivant cette description, les cadres de santé sont bien plus que de simples managers. Ils ont un véritable rôle de leader de leur équipe de soin.

Conclusion Chapitre 7 :

La compétence se définit comme un savoir-faire opérationnel. Elle suppose une flexibilité, une combinaison de ressources (personnelles et environnementales), un savoir-agir validé, au service d'un but et s'exerçant dans un environnement de contraintes et de ressources spécifiques. La compétence requise pour les cadres de santé suppose une intelligence pratique permettant de mobiliser des réseaux d'acteurs, partager des enjeux et assumer des domaines de responsabilité. Etre compétent suppose la capacité de faire appel à leur autorité, à leur sens de l'improvisation, à leur prise d'initiative, à leur autonomie et à leurs connaissances cognitives.

La fonction de cadre de santé nécessite une double compétence en gestion des ressources humaines et en organisation d'un service. L'animation et le management d'équipe, la conception et la conduite de projets, l'expertise technique, la communication et la gestion des ressources humaines forment les compétences de base nécessaires aux cadres de santé. Les compétences acquises par le soignant sont clairement transférables dans la fonction de cadre de santé. Le sens du relationnel, de l'autonomie, la rigueur, la définition des priorités, la gestion du stress, l'écoute, l'observation, la transmission et la négociation sont les compétences mobilisées par le cadre.

La période de faisant fonction, vécue par la grande majorité des cadres de santé, s'avère certes une période pénible lorsque le faisant fonction n'a aucune aide dans sa prise de fonction, mais surtout une période d'apprentissage de savoirs et de savoir-faire nécessaires à l'exercice de l'encadrement. La transformation de l'expérience du faisant fonction permet la compétence. Cette expérience amène une transformation du rapport du faisant fonction au savoir et au pouvoir.

L'école des cadres est la formation qui aide les faisant fonction et les autres soignants à un positionnement indispensable. De soignant à cadre, une transformation identitaire est nécessaire, l'école permet cette transformation au travers de son année de coupure laissant place à la réflexion. L'ambition des IFCS est avant tout de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des professionnels réunis sous le terme de cadre de santé. L'objectif est également de préparer les étudiants aux fonctions de manager et de gestionnaire, ainsi que de pédagogue. La formation se construit autour du partage d'expériences des étudiants dans leur établissement ou en stage. Elle favorise la réflexion par

l'apport de théories. Mais ces apports théoriques ne sont pas assez mis en pratique et ne donnent pas aux étudiants les acquis utilisables immédiatement une fois en poste.

Intégrant son nouveau service, le cadre de santé doit réussir à faire sa place en s'appropriant les valeurs et les normes du service tout en développant ses nouvelles capacités de cadre. Réunies sous un titre commun - et ceci malgré le métier d'origine figurant sur leur diplôme - les cadres de santé craignent l'encadrement d'un service dans une autre filière que celle dont ils sont issus. La mobilité est positivée dans le milieu de la santé jusqu'aux limites des connaissances techniques du champ soignant. Garder un minima d'expertise soignante du service encadré s'avère nécessaire à la mission d'encadrement d'une unité de soin.

Il s'avère donc que la formation cadre apporte des savoirs et des méthodes de réflexion, une compréhension des attentes politiques et des missions du cadre de santé, mais qui ne sont pas encore transformées en compétences. Les cadres de santé se forment tout au long de leur carrière au travers de formations universitaires ou hospitalières, qui apportent finalement une réponse à une attente immédiate ou à un besoin spécifique. Derrière ces formations, il semble que le facteur d'aptitude individuelle à l'encadrement ne doit pas être oublié. Ne sont-ce pas après tout les supérieurs qui poussent les personnels jugés aptes vers l'encadrement ? L'expérience façonne les compétences des cadres de santé. Ils se réfèrent également aux pratiques des cadres qu'ils ont pu côtoyées. Celles-ci leur servent de modèles ou de contre-modèles. L'image de ce qu'est ou doit être un bon cadre contribue à les façonner. Les cadres de santé revendiquent leur intégration à l'équipe et leur management participatif. Ils font également usage du management relationnel, la relation étant un thème fort chez les soignants.

Conclusion de la Partie II :

Les cadres de santé ont plusieurs casquettes : collaborateurs, médiateurs, faiseurs de lien, coordinateurs, traducteurs, pivots. Ces casquettes font de cette fonction une activité centrale et nécessaire à la continuité du service de soin. Autonomes et responsables, les cadres de santé restent pourtant restreints par un pouvoir médical fort mais aussi par une lignée hiérarchique avec laquelle ils communiquent de manière souvent irrégulière. Ses multiples fonctions nécessitent aux cadres de laisser de l'autonomie à l'équipe, de la responsabiliser. Elles ne favorisent d'ailleurs pas la connaissance chez les autres professionnels de la complexité de cette fonction.

A cette complexité de position, s'ajoute une activité qui nécessite de se substituer aux autres professionnels pour réparer ou rattraper les erreurs ou les oublis. Le cadre de santé est polyvalent et pluriel. Ses activités dépassent largement les missions définies. Sa polyvalence est permise grâce à la mobilisation des connaissances antérieures de soignant lui permettant par exemple de faire fonctionner les machines, de connaître les stocks propres à chaque service etc. Mais cette polyvalence entraîne un surcroît de déplacements ainsi qu'une gestion des urgences qui s'interpose dans le travail en cours du cadre.

Le cadre de santé agit avec compétence comme la description de ces activités nous l'a prouvé. Mais d'où les tient-il ?

Comment un soignant acquière-t-il des compétences d'encadrement ? Pour répondre à notre problématique de départ nous avons étudié le parcours d'un soignant devenant cadre de santé : les passages par "faisant fonction", l'école des cadres, l'entrée dans un nouveau service, son activité au sein de son service et les autres formations auxquelles il peut assister.

Les éléments permettant la transformation des compétences soignantes en compétences de cadre de santé supposent ainsi :

- l'envie et surtout une certaine aptitude à l'encadrement ;
- des connaissances spécifiques et particulièrement le positionnement identitaire qu'offre la formation en école des cadres ;
- l'acquisition d'outils de gestion et de management apportés par les autres formations ;
- l'apprentissage sur le tas et le transfert de compétences qui s'y rapporte.

Le cadre de santé doit prendre du recul et de la distance notamment par rapport aux pratiques professionnelles de son métier initial. Il y reste cependant attaché, attentif, dans une autre

posture, avec un regard différent, en ayant pris conscience que sa mission est autre. C'est au travers la réappropriation de ces compétences soignantes et sa prise de position identitaire de cadre de santé que ce dernier peut transformer ses ressources en compétences au service de l'encadrement soignant.

Conclusion générale

L'hôpital est une structure en constante transformation, du fait des changements dans les modalités de gestion, des évolutions médicales et paramédicales. Il a connu une transformation fonctionnelle et technologique. Elle concerne aussi les professions qui y travaillent. Les réformes y sont, de ce fait, nombreuses. Les dernières réformes ont soulevé de multiples débats dans le milieu hospitalier : "hôpital 2007", "hôpital 2012", "plan hôpital, patient, santé, territoire".

L'encadrement hospitalier a vu ses fonctions évoluer. Au sein d'un pôle, le médecin chef doit désormais collaborer avec un cadre administratif et un cadre supérieur de santé. Mais surtout, l'encadrement doit, dans un contexte croissant de préoccupation budgétaire et de maîtrise des dépenses de santé, rechercher une limitation des dépenses de leur service, combinée à un besoin réel de qualité dans la prise en charge des patients. L'accréditation et la certification deviennent des exigences de réussite pour les soignants. Définir la qualité s'avère pourtant difficile étant donnée la multiplicité des professions soignantes. Les cadres de santé sont alors en position de traducteurs de ces logiques. L'entreprise et son mode de gestion font de plus en plus référence. Pourtant un hôpital ne peut se gérer comme un entreprise, les missions, la juxtaposition des différentes fonctions et hiérarchies l'en empêchent.

Les cadres de santé sont issus de professions diverses c'est à dire de filières soignantes différentes. En revenant sur l'histoire du métier d'infirmière, nous avons pu mieux appréhender la manière dont elle s'articule à celle de cadre. Notamment, la posture des infirmières, comme des cadres, est très liée au pouvoir médical. D'un rôle de soumission vis à vis du corps médical, la profession infirmière a su s'imposer et construire sa propre hiérarchie au côté des médecins. Les pôles ont encore renforcé cette nécessaire collaboration. Pourtant, le pouvoir décisionnel reste au corps médical. Bien qu'ayant fait émerger des savoirs spécifiques et un rôle propre, les infirmières travaillent toujours en délégation, sous l'ordre des médecins. Cette subordination se trouve d'autant plus renforcée que la profession reste fortement féminisée. Les hommes investissent toujours principalement les services pouvant valoriser leurs capacités dans les services à haute technicité ou la position de cadre.

Pour répondre à notre questionnement de départ : comment un soignant acquiert des compétences d'encadrement, nous avons utilisé tout au long de cette thèse deux fils directeurs. Tout d'abord, nous avons voulu comprendre l'évolution du métier de cadre de santé en fonction des transformations et des évolutions de ces qualifications et de ces missions. Cela a pu être possible par un retour sur tout le contexte historique et législatif qui a modifié le statut et l'activité même de l'ancien métier de surveillante des soins. Il nous a également été

nécessaire de situer continuellement le cadre de santé par rapport à sa filière et à son premier métier de soignant. Nous avons cherché à en distinguer les différences, les points communs et leur articulation, en décrivant l'exercice du cadre dans son quotidien et en analysant les compétences inhérentes à chaque métier.

Différentes étapes du parcours de soignant à cadre contribuent à l'émergence de toutes ces compétences. La période de faisant fonction est une situation d'apprentissage sur le tas, pénible certes, mais qui permet la transformation de l'expérience en compétence. L'école des cadres apporte avant tout un positionnement indispensable. C'est une année de coupure qui permet la transformation identitaire. Cette année apporte également des connaissances plutôt théoriques qui seront mises en pratique ensuite sur le terrain. Les cadres de santé se forment tout au long de leur parcours. L'entrée dans un nouveau service est en soi un nouvel apprentissage des spécificités propres à chaque unité de soin. Les formations internes, plus ciblées sur un thème précis, leur apportent un nouveau regard sur l'activité de cadre.

La question des compétences s'articule à notre second fil conducteur qui est la question de la continuité et de la rupture entre le métier d'infirmier et celui de cadre de santé. Rappelons que cadre de santé est une évolution de carrière qui ne peut être intégrée, pour l'instant, sans un minimum d'années d'activité en tant que soignant dans les services de soin. Ainsi, par les missions dévolues au cadre de santé : gestion, management, projet et par la pluralité des métiers de cadre de santé, la fonction est autre. Un changement de posture est nécessaire pour le soignant devenant cadre. Cela s'effectue en même temps qu'il intègre ces nouvelles missions et ces nouvelles compétences par certains passages inhérents à sa carrière : faisant fonction, IFCS, changement de service. Mais cette rupture n'est pas si nette. Il y a certes une rupture mais aussi un prolongement. Les valeurs de l'ancien soignant restent fortement ancrées chez les cadres, voulant finalement continuer à évoluer au sein d'une équipe de soignants. Au-delà de ces valeurs, ce sont les compétences soignantes qui restent, au fond, la base commune et nécessaire pour ces cadres. Malgré le changement de métier, le cadre de santé reste « *un soignant avant tout* ». Les valeurs acquises dans sa première fonction restent ancrées chez ce professionnel. L'ensemble des cadres se considère toujours comme des soignants, même si leur façon de prendre soin a changé. Leur métier de base reste une référence. Les compétences acquises en tant que soignant restent la base de ce qui forme les compétences du cadre de santé. Travaillant au quotidien à gérer un service et les personnes qui s'y trouvent, les cadres de santé se sentent toujours faisant partie de ce collectif soignant, qu'ils sont loin de vouloir quitter.

Au terme de cette recherche, le métier de cadre de santé apparaît comme distinct du métier de soignant, mais en même temps proche et ancré culturellement sur le métier de soignant de par les savoirs et des postures dans les priorités.

L'entrée de l'économie et des contraintes budgétaires a radicalement fait évoluer les fonctions de la santé. C'est en effet toute la chaîne soignante qui est contrainte actuellement de devoir faire plus de gestion. Soigner ne suffit plus, il faut également gérer et calculer. L'administration prend une grande place dans la tâche des infirmières, et ceci augmente au fur et à mesure que l'on grimpe les échelons hiérarchiques. La charge de travail, due à la pénurie de personnel et au budget restrictif, se déverse en chaîne sur les subalternes. Les infirmières sont beaucoup plus autonomes aujourd'hui dans leur travail qu'autrefois. Les cadres de santé n'ont plus le temps de les chapoter. A cela s'ajoute l'augmentation des traces écrites et les plaintes des patients toujours plus exigeants.

Pour les cadres, les contraintes budgétaires sont de réels obstacles à la bonne conduite de leur service. En effet, les cadres sont contraints de gérer au plus serré leur stock, de courir dans tout le service après le matériel bureautique dont ils manquent dans leur bureau : fax, télécopieur, téléphone main libre ou portable... C'est alors l'entraide entre collègues qui pallie à ces manques de moyens. Ces contraintes représentent une source de soucis pour les cadres ainsi qu'une lourde part de temps dans leur travail.

Le passage d'infirmier à cadre représente un changement d'état et suppose une rupture pour le soignant. Une image négative de la fonction d'encadrement d'un service de soin freine de nombreux soignants pour briguer ce poste. Pourtant, le besoin de mobilité et de nouveauté, de contribution à l'évolution de la fonction soignante, motive certains soignants à devenir cadres. Mais plus largement, nous avons souligné que la fuite des soins et le "forcing" des supérieurs sont autant de causes expliquant également le passage des soins à l'encadrement.

Une hiérarchie infirmière était présente dès le départ de la profession soignante. Les cheftaines avaient déjà pour rôle de surveiller et de punir. Avec la laïcisation, est apparue la surveillante. Ces premières fonctions font toujours partie des prérogatives des cadres de santé. La création d'une formation à l'encadrement soignant naît en 1950. Dès cette date, deux métiers possibles s'offrent aux cadres : la gestion d'un service de soin ou la formation des futurs soignants. Les dates de 1995 et 2001, avec la création de diplôme obligatoire de cadre de santé et la réunion des filières, achèvent la fin de la nomination à l'ancienneté. La formation devient dès lors obligatoire et les différentes filières paramédicales sont réunies au

niveau de l'encadrement, dans un but d'ouverture et d'interprofessionnalité. Les filières demeurent mais sont cachées sous le terme commun de cadre de santé. La surveillante est ainsi devenue un cadre infirmier puis un cadre de santé. Le terme de cadre infirmier renvoyait explicitement à la fonction d'origine du cadre : le soin infirmier. Avec la réunion des filières, le terme de cadre infirmier laisse place à celui de cadre de santé, le rapprochant d'autant plus des notions issues de l'entreprise : cadre, manager, gestionnaire. Pourtant, les cadres sont encore largement vus et nommés « surveillantes » ou « chefs » par les différentes populations œuvrant à l'hôpital. Le flou de la fonction se trouve renforcé par le manque de réelle définition du cadre de santé.

Les compétences des cadres de santé ont suivi ces évolutions. L'ouverture des écoles de cadres et surtout la création du diplôme ont contribué à l'émancipation de la profession infirmière vis à vis de la profession médicale. Un cadre de santé est aujourd'hui attendu comme un gestionnaire de son service qui participe aux fonctions administratives et financières de l'hôpital. La surveillante est également devenue un manager d'une équipe de soin, reprenant d'anciennes activités de gestion auparavant effectuées par les médecins.

La difficulté du cadre de santé est d'être ainsi écartelé entre des missions différentes : l'administratif et le soin face au médical. Il doit jongler entre ces trois logiques tout en assumant la présence des patients et de leur famille. Le cadre de santé doit donc sans cesse légitimer son autorité. Il assure un travail d'articulation et de coordination, se débrouillant quotidiennement. A la fois groupe repoussoir et point de référence, la catégorie des cadres forme une catégorie tampon entre la direction et son besoin de rationalité économique et les professionnels sur le terrain.

S'éloignant toujours plus de leur fonction d'origine, nous nous sommes interrogés sur la professionnalisation des cadres de santé. Mais, malgré la professionnalisation de leur fonction, nous n'avons pu conclure à l'émergence d'une profession séparée. Les cadres de santé restent un segment de la profession soignante. Ils restent indéniablement attachés à la fonction d'infirmière, se considérant toujours comme des soignants. D'ailleurs certaines catégories de cadres de santé ne se sentent pas en cohérence avec ce regroupement forcé. Les cadres de santé issus des filières de rééducation ou de médico-technique se sentent, et sont dans le quotidien de leur activité, plus des techniciens que des encadrants ou des gestionnaires. A cela s'ajoute la fonction de formateur bien différente d'un poste en service de soin. Pris entre des logiques de métiers et des activités différentes, la catégorie des cadres de santé est multiple. Les missions actuelles des cadres de santé de gestion et de management leur sont communes mais les connaissances et compétences soignantes de leur filière d'origine leur restent

nécessaire. A ce titre, le but premier de la formation en école des cadres est de les intégrer dans leur nouveau rôle, dans cette nouvelle mission de cadre de santé.

Au quotidien, les cadres de santé font preuve d'adaptation constante face aux différents professionnels qui les entourent. Pourtant, leur périmètre décisionnel se borne aux limites du périmètre médical. Les cadres de santé sont des collaborateurs du corps médical, mais en autonomie restreinte. A cela s'ajoute une hiérarchie paramédicale qui les place en position constante de médiateur. Entre la réalité du terrain et les décisions directionnelles, les cadres de santé ont de multiples fonctions. Interprètes et médiateurs, les cadres de santé occupent la place de marginal sécant. Par ce rôle de pivot, de coordinateur ou de faiseur de lien, les cadres de santé ont le sentiment de devoir tout absorber, tout gérer. Ce sentiment est d'ailleurs renforcé par l'architecture des services et la fonction de refuge de leur bureau, constamment réapproprié par les différents professionnels du service.

La fonction de cadre les contraint à laisser plus d'autonomie à l'équipe soignante, à déléguer. L'effet pervers en est une surveillance accrue ainsi qu'une augmentation des transmissions écrites et orales. Néanmoins, cette autonomie permet d'entretenir une réelle solidarité professionnelle. Les cadres de santé restent un appui dans le soin. Le deuil des soins, tant redouté par les soignants, ne se fait que sur la partie technique, les cadres de santé continuent à prendre soin, non des patients mais de leur équipe. Entre le prendre soin et la fonction de gestion du cadre, il en ressort un flou dans la compréhension par les soignants de ce qu'est le travail du cadre.

Le cadre de santé amortit et rattrape quotidiennement les problèmes du service, ces actes ne laissant pas de traces écrites. L'invisibilité du travail de cadre est réelle. Le flou de la fonction se trouve renforcé par l'association des cadres aux logiques administratives et médicales alors qu'ils gardent leur culture et des valeurs de soignants. A cela s'ajoute le fait que le cadre doit quotidiennement se substituer à de multiples professionnels pour pallier leur absence ou leur insuffisance : réparateur, secrétaire, assistante sociale. La pénurie de ces professionnels ou la nécessité de l'urgence, contraignent les cadres à être polyvalents. Les cadres de santé n'ont de cesse de travailler dans l'urgence et l'interruption. Leur activité en cours est sans cesse interrompue. Tout incident est en premier lieu attribué au cadre qui doit trouver des solutions ponctuelles et rapides. L'activité du cadre est à la fois faite de concentration, de mémorisation, de gestion de l'urgence et d'imprévu, en même temps que d'une capacité physique réelle à se déplacer rapidement dans l'ensemble du service, voire de l'établissement. Les cadres de santé mettent donc en place des stratégies d'action, des réseaux de contacts et une importante communication informelle.

Pour mener à bien cette activité d'encadrement d'une unité de soin, les cadres de santé mobilisent de nombreuses compétences. Ils font appel à leur sens de l'improvisation, à leur prise d'initiative et à leurs connaissances cognitives. Le management, la conception, la conduite de projets, l'expertise technique font partie des compétences nécessaires à tout cadre de santé. A cela s'ajoutent les compétences d'anciens soignants qui sont clairement transférables dans la fonction de cadre de santé : sens du relationnel, autonomie, rigueur, définition des priorités, gestion du stress...

Qu'en est-il de la continuité de carrière des cadres de santé ? Devenir cadre supérieur, peut apparaître comme une suite logique de la carrière d'un cadre. Mais ce n'est pourtant pas une question si évidente que cela. Quitter la gestion de proximité et le quotidien auprès des soignants apparaît pour près de la moitié des cadres interrogés comme une trahison. La rupture semble plus grande entre cadre de santé et cadre supérieur de santé qu'entre paramédical et cadre de santé, tant les missions du cadre supérieur deviennent larges et éloignées du patient. Les fonctions des cadres supérieurs consistent à encadrer les cadres d'unités fonctionnelles, services ou départements, à exercer l'encadrement de services, compte tenu de l'activité, des techniques ou des effectifs des personnels de ces structures. L'avancement au grade de cadre supérieur de santé se fait sur concours professionnel qui prend en compte l'expérience du candidat et son parcours professionnel (formation continue et initiale, expérience public-privé, diversité des postes, responsabilités assumées, conduite de projet, groupe de travail, etc.). L'idée de devenir directeur des soins est là aussi encore un autre grand cap à franchir. Ainsi, la carrière de cadre est marquée par de réelles ruptures.

Beaucoup de cadres de santé ne désirent pas poursuivre leur évolution de carrière. Pour eux, passer cadre supérieur, c'est renoncer à cette proximité auprès des équipes et des patients. Devenir cadre supérieur, c'est également se rapprocher des directives institutionnelles, c'est pour eux une activité trop en amont du soin.

Les cadres de santé se plaignent déjà - faute en est à la pénurie et aux contraintes budgétaires - de devoir faire beaucoup de gestion, ils ne souhaitent donc pas faire uniquement de la gestion en passant cadre supérieur. C'est d'ailleurs cet éloignement des soins qui est surtout remarquable chez les cadres supérieurs et qui freine la plupart des cadres de santé à poursuivre leur évolution de carrière.

Quelques cadres ont émis le désir de passer cadre supérieur. Ces cadres se représentent différemment la mission du cadre supérieur. C'est alors l'idéal de faire avancer les structures par la mise en place de projet, d'avoir une intervention plus haute sur la qualité des soins qui

en ressort. Or, les cadres supérieurs pris dans les contraintes de gestion, n'ont pas tellement plus le temps que les cadres pour mener à bien des projets.

Ce qui ressort de presque tous les entretiens effectués avec les différents cadres, c'est un réel malaise et une grande crainte concernant l'avenir de leur métier.

Outre le manque de moyens des établissements de santé en personnel ou budgétaire, outre les ingérences de leur fonction qui les mettent en premier plan de toutes les difficultés de leur service, c'est le manque de reconnaissance que la fonction subit qui produit un grand malaise chez les cadres de santé. Les cadres ont l'impression qu'on leur demande beaucoup de choses sans pour autant qu'ils en soient félicités ou qu'en retour ils soient écoutés.

Le sentiment de malaise qui prime est surtout celui du manque de valorisation et de reconnaissance du travail effectué. Ils ont l'impression que leur travail et leur rôle pivot ne sont pas reconnus, au niveau de l'établissement, mais d'une façon plus générale également.

En parallèle de ce manque de reconnaissance, les cadres de santé sont assez négatifs lorsqu'ils évoquent l'avenir de leur fonction. Deux craintes ressortent des entretiens. La première est celle d'une continuité d'ouverture du titre de cadre de santé aux autres cadres hospitaliers et ainsi à terme une transformation des activités des cadres de santé en activité purement administrative. La seconde crainte concerne une perte de la nécessité des compétences soignantes pour exercer l'activité d'encadrement devenue pure gestion, renvoyant à la question de l'encadrement hors filière, mais surtout renvoyant comme dans le milieu ouvrier à l'ouverture des postes de cadres de santé à des jeunes diplômés non issus des soins.

La pénurie actuelle en personnel soignant va se prolonger et même sans doute s'aggraver dans les années à venir. Il en est bien entendu de même avec les postes de cadres de santé. La crainte est dès lors que pour combler cette pénurie, l'on transforme des cadres hospitaliers en cadres de santé, sous le prétexte d'une ouverture de culture et de langage communs qui a déjà été celle de l'ouverture aux deux autres filières paramédicales. De plus l'évolution de la fonction est toujours plus axée sur le management et la gestion ; la problématique d'orienter les cadres de santé vers plus d'administratif est bien présente.

Ainsi, le secteur infirmier se questionne sur la continuité de ces évolutions. Que sera le cadre de santé de demain ? Nous pouvons faire l'hypothèse que la dimension universitaire augmentera davantage dans l'acquisition du diplôme de cadre de santé et qu'ainsi l'obligatoire origine paramédicale des cadres sera abolie. Au sein de l'exercice de l'encadrement infirmier, le cadre de santé fera progresser sa position de collaborateur pour arriver à se positionner comme partenaire des médecins et de la hiérarchie paramédicale. A

cela se rajoute une ouverture plus grande de divers réseaux auxquels participeront les cadres de santé. De même, la part de gestion dans l'activité du cadre de proximité ira sans doute en augmentant.

Les activités des cadres de santé dépassent largement le rôle et les missions qui sont attendus de leur fonction. Pourtant, la mission d'encadrement sous entend qu'un cadre peut gérer n'importe quel service. Les cadres de santé craignent donc dans l'avenir de perdre leur origine de soignant et que la fonction se transforme en pure administration. Cette crainte a souvent été relevée lors de nos observations à l'école des cadres.

La principale appréhension des cadres, en particulier des cadres en médico-technique (laboratoire, radiologie etc.) est de devoir faire les gardes, seuls sans être accompagnés d'un cadre issu des services de soin. Les gardes consistent en une rotation de l'ensemble des cadres de l'établissement pour assurer une présence de cadre lors des week-ends. Ne sachant pas les spécificités des services et des infirmières, leur inquiétude est, en cas d'absence de personnel, d'être incapable de savoir dans quel autre service se rendre pour recruter des remplaçants. Le risque étant de mettre en difficulté toute une équipe et surtout de mettre en danger le patient.

Le cadre détient une expertise soignante, expertise qui lui permet d'assurer son rôle de contrôle de la qualité des soins, de mettre en application tous les éléments nécessaires au bon fonctionnement du service, d'assurer le suivi du patient et surtout de répondre aux problèmes du service et des agents. Même si leur fonction a changé, les cadres de santé restent toujours attachés à leur métier premier. Ils se considèrent comme des référents de soin. D'où l'importance pour eux de l'appellation cadre de santé de proximité. Les cadres de santé veulent rester proches de leurs équipes et des patients dans le quotidien du service. A contrario de leur supérieur hiérarchique direct, le cadre supérieur, qui lui, leur paraît vraiment dans un rôle de gestionnaire, les cadres de santé se considèrent plus comme des cadres faisant toujours partie intégrante de l'équipe de soins.

Quelques mots encore pour terminer : l'avenir des cadres de santé reste encore à faire, il se jouera peut-être sur le terrain d'une professionnalité achevée. Rendre plus attractive cette fonction essentielle au soin passera nécessairement par une reconnaissance et une valorisation de ce métier. Nous espérons par cette thèse avoir pu montrer toute la complexité et la richesse de la fonction de cadre de santé. Nous ne pouvons conclure car l'avenir reste ouvert. Il dépend en partie de la manière dont ces cadres de santé parviendront à définir leur identité, tout en défendant leur héritage de soignant.

Bibliographie

Ouvrages

ACCART J.P., PASTY N. (1995), *Les professions paramédicales à l'hôpital*, Berger-Levrault (collection H), Paris, 317p.

ACKER F. (2003), « Les infirmières : profession en crise ? », Chapitre 3, p.281-306, in De KERVASDOUE J. (dir.), *La crise des professions de santé*, DUNOD, Paris.

AÏACH P., FASSIN D. (dir.) (1994), *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos (sociologiques), Paris, 363p.

ALGLAVE F. (1993), *Hôpitaux, cliniques, Génération management*, Edition Lamarre, Paris, 295p.

ARBORIO A-M. (1996), *Savoir profane et expertise sociale, Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière*, Genèse 22, p. 87 à 106.

ARBORIO A-M. (2001), *Un personnel invisible, les aides-soignantes à l'hôpital*, Anthropos (Sociologiques), 334p.

ARBORIO A-M. (2009), « Les aides-soignantes à l'hôpital. Délégation et professionnalisation autour du sale boulot », p.51 à 61, in DEMAZIERE D. et GADEA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Editions La Découverte (Recherches), Paris, 463p.

AUBERT N. (dir.) (2005), *Diriger et motiver, Art et pratique du management*, Editions d'organisation (Manuels EO/FP), 2^e ed., 355p.

AUBERT N., De GAULEJAC V. (2007), *Le coût de l'excellence*, Seuil (Economie Humaine), nouvelle édition de 1991, Paris, 343p.

AUTRET J. (2002), *Le monde des personnels de l'hôpital, Ce que soigner veut dire...*, L'Harmattan (Le travail du social), Paris, 234p.

BELLINI S., LABIT A. (2005), *Des petits chefs aux managers de proximité, L'évolution des rôles de la maîtrise dans l'industrie*, L'Harmattan (Logiques sociales), France, 292p.

BENGUIGUI, GRISET et MONJARDET (1978), *La fonction d'encadrement*, La documentation française.

BERCOT R. (1999), *Devenir des individus et investissement au travail*, L'Harmattan (Logiques sociales), Paris, 240p.

- BERCOT R., FRITZ M. (2008), *Le prestige des professions et ses failles*, Hermann (Société et pensées), 313p.
- BESNARD P., LIETARD B. (1976), *La formation continue*, PUF (Que sais-je ?), France, 127p.
- BOLTANSKI L. (1982), *Les cadres, la formation d'un groupe social*, Seuil, 524p.
- BONNICI B. (1998), *L'hôpital. Enjeux politiques et réalité économique*, La documentation française (Société), Nouvelle édition, Paris, 205p.
- BONNICI B. (2007), *L'hôpital, obligation de soins, contraintes budgétaires*, La documentation française, Paris, 188p.
- BOUFFARTIGUE P. (2001), *Les cadres : fin d'une figure sociale*, La Dispute, 245p.
- BOUFFARTIGUE P., GADEA C. (2000), *Sociologie des cadres*, La Découverte (Repères), Paris, 118p.
- BOURDIEU P. (1998), *La domination masculine*, Editions du Seuil, 177p.
- BOURRET P. (2006), *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Seli Arslan, Paris, 284p.
- BOUSSEMAERE S. (2006), *Le faisant fonction de cadre de santé*, p.19 à 24., in ROSENBLATT F. (coordonné par), « L'essentiel du management », *Objectif soins*, Edition Lamarre, 177p.
- CARRICABURU D., MENOIRET M. (2004), *Sociologie de la santé, Institutions, professions et maladie*, Armand Colin (collection U), 235p.
- CHAMPY F. (2009), *La sociologie des professions*, PUF (Quadrige Manuels), 229p.
- CHAPPUIS R., THOMAS R. (1995), *Rôle et statut*, PUF (Que sais-je ?), Paris, 124p.
- CHERONNET H., GADEA C. (2009), « Les cadres du travail social et de la santé face à la rationalisation managériale des services publics », p.73 à 83, in DEMAZIERE D. et GADEA C. (dir.), *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Editions La Découverte (Recherches), Paris, 463p.
- CHEVANDIER C. (1997), *Les métiers de l'hôpital*, La découverte (Repères), Paris, 123p.
- CLEMENT J-M. (1993), *Les pouvoirs à l'hôpital*, Berger-Levrault (Les cahiers hospitaliers), Paris, 180p.
- COSTER De M., PICHAULT F. (dir.) (1998), *Traité de sociologie du travail*, De Boeck Université (ouvertures sociologiques), 551p.
- COUDRAY M. (2004), *Le cadre soignant en éveil : la fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*, Seli Arslan.

- COURAU S. (1993), *Les outils de base du formateur*, Paris, ESF Editeur, 129p.
- COUSIN O. (2004), *Les cadres : grandeur et incertitude*, L'Harmattan (Logiques sociales), France, 281p.
- CREMADEZ M., GRATEAU F. (1997), *Le management stratégique hospitalier*, Masson (InterEditions), 2^e édition (1^{ère} édition 1992), Paris, 448p.
- CROZIER M. (1971), *Le Phénomène bureaucratique*, Seuil (Points), Paris, 382p.
- CROZIER M., FRIEDBERG E. (1977), *L'acteur et le système. Les contraintes de l'action collective*, Editions du Seuil (Sociologie politique), 437p.
- DEJOURS C. (1999), *Le facteur humain*, PUF (Que sais-je ?), 2^e édition corrigée (1^{ère} édition 1995), 127p.
- DE SINGLY F. (2003), *Fortune et infortune de la femme mariée*, PUF (Quadrige Essais Débats), Paris, 246p.
- DUBAR C., TRIPIER P. (1998), *Sociologie des professions*, Armand Colin (Collection U), Paris, 256p.
- DUBOYS FRESNEY C., PERRIN G. (2002), *Le métier d'infirmière en France*, PUF (Que sais-je ?), Paris, 127p.
- EGGERS J. (2008), « Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique » p.1-45, in SAINSAULIEU I. (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 220p.
- FORTINO S. (2002), *La mixité au travail*, La Dispute (Le genre du monde), Paris, 235p.
- FREIDSON E. (1984), *La profession médicale*, Payot, Paris, 369p.
- GADBOIS C. (1981), *Aides-soignantes et infirmières de nuit. Conditions de travail et vie quotidienne*, ANACT, 77p.
- GADEA C. (2003), *Les cadres en France. Une énigme sociologique*, Belin (Perspectives sociologiques), 285p.
- GERARD J.L., PLAZANET A., ROGER P. (2004), *Guide concours cadre de santé*, Masson (Spécialisation santé), 4^e édition, 339p.
- GROSJEAN M., LACOSTE M. (1999), *Communication et intelligence collective, Le travail à l'hôpital*, PUF (Le travail humain), Paris, 225p.
- HART J., LUCAS S. (2002), *Management hospitalier, Stratégies nouvelles des cadres*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), 180p.

HEBRARD P. (2004), « Le sujet et l'objet dans le travail des formateurs et le processus de formation », Chapitre VI, in HEBRARD P. (coordonné par), *Formation et professionnalisation des travailleurs sociaux, formateurs et cadres de santé*, L'Harmattan (Le travail du social), 222p.

HERZBERG F. (1975), *Le travail et la nature de l'homme*, EME (L'entreprise et les hommes), Paris, 213p.

HUGUES E C. (1996), *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par Jean-Michel Chapoulie, Éditions de l'EHESS (Recherches d'histoire et de sciences sociales), Paris, 344p.

IBORRA M., JOHANET S. (1989), « Contraintes économiques : une chance pour l'hôpital », in CREPU M., HOUDY A. (dir.), *L'hôpital à vif*, Autrement (Série mutations), 229p.

JACQUES J. (2007), « Histoire, formation et fonctions des cadres de santé », p.10-30, in SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p

KARVAR A., ROUBAN L. (dir.) (2004), *Les cadres au travail. Les nouvelles règles du jeu*, La Découverte (Entreprise & Société), Paris, 321p.

KERGOAT D., IMBERT F., LE DOARE H., SENOTIER D. (1992), *Les infirmières et leur coordination – 1988-1989*, Edition Lamarre, 192p.

KERVASDOUE J. de (2004), *L'hôpital*, PUF (Que sais-je ?), Paris, 127p.

KNIBIEHLER Y. (dir.) (1984), *Cornettes et blouses blanches, Les infirmières de la société française 1880-1980*, Hachette (littérature), 366p.

LACOSTE J. (1995), « Parole, activité, situation », in BOUTET J. (dir.), *Paroles au travail*, L'Harmattan (Langage & travail), Paris, 267p.

LANGLOIS E. (2008), « Du bon usage de la relation chez les cadres », pp.126 à 162, in SAINSAULIEU I. (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Editions Lamarre, (Gestion des ressources humaines), France, 220p.

LAPEYRE N. (2006), *Les professions face aux enjeux de la féminisation*, Octares, Toulouse, 218p.

LE BOTERF G. (1994), *De la compétence. Essai sur un attracteur étrange*, Les éditions d'organisation, 176p.

LE BOTERF G. (2000), *Compétence et navigation professionnelle*, Editions d'organisation, 3^e édition (1^{ère} édition, 1997), 332p.

LE BOTERF G. (2004), *Construire les compétences individuelles et collectives*, Editions d'organisation, 3^e édition (1^{ère} édition, 2000), 244p.

MAGNON R., DESCHANOZ (dir.) (1995), *Dictionnaire des soins infirmiers*, Paris, AMIEC.

- MAGNON R. (2006), *Les infirmières : identité, spécificité et soins infirmiers*, Masson, Paris, 199p.
- MINTZBERG H. (1981), *Structure et dynamique des organisations*, Les éditions d'organisation, 434p.
- MISPELBLUM BEYER F. (2006), *Encadrer, un métier impossible ?*, Armand Colin (sociétales), Paris, 301p.
- MONTESINOS A. (1973), *L'infirmière et l'organisation du travail hospitalier*, Le Centurion (infirmières d'aujourd'hui).
- MONTSERRAT X. (2004), *Comment motiver, Viser la performance pour renforcer la motivation*, Editions d'Organisation, Paris, 238p.
- OSTY F. (2003), *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*, Presses Universitaires de Rennes (Des Sociétés), Rennes, 244p.
- PENEFF J. (1992), *L'hôpital en urgence*, Métailie, 257p.
- PEREZ P. (2007), « La transférabilité des compétences », pp.1-9, in SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p
- PERRAULT SOLIVERES A. (2001), *Infirmière, Le savoir de la nuit*, PUF (Partage de savoir), Paris, 291p.
- PEROT L. (1989), « Technologie à l'hôpital : monstre ou merveille » in CREPU M., HOUDY A. (dir.), *L'hôpital à vif*, Autrement (Série mutations), 229p.
- PICOT G. (2008), « Cadres de santé : un encadrement individualisé à l'origine d'un rapport personnalisé avec les infirmières », pp.87-125, in SAINSAULIEU I. (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 220p.
- PRAYEZ P. (dir.) (2003), *Distance professionnelle et qualité du soin*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), 218p.
- RIBAUT M., AROMATARIO C. (1991), *L'hôpital entreprise, pourquoi pas...*, Edition Lamarre, Paris, 289p.
- RIPOCHE C. (2007), « L'identité infirmière au service de la fonction cadre de santé », pp.31-46, in SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p
- SAINSAULIEU I. (2003), *Le malaise des soignants. Le travail sous pression à l'hôpital*, L'Harmattan (Logiques sociales), 238p.

SAINSAULIEU I. (2007), *L'hôpital et ses acteurs, Appartenances et égalité*, Belin (perspectives sociologiques), 267p.

SAINSAULIEU I. (2008a), « Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime », pp.46-86, in SAINSAULIEU I. (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 220p.

SALIBA J., BON-SALIBA B., OUVRY-VIAL B. (1993), *Les infirmières, ni nonnes ni bonnes*, Syros (des gens), Paris, 250p.

SALIBA J. (1994), « Les paradigmes des professions de santé », in AÏACH P., FASSIN D. (dir.), *Les métiers de la santé, Enjeux de pouvoir et quête de légitimité*, Anthropos (sociologiques), Paris, 363p.

SCHABANEL H. (2007), « Mobilité de l'infirmière, enrichissement de la fonction de cadre de santé », pp.74-84, in SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p

SCHWEYER F-X. (1993), « L'infirmière qui devient Directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », p.127-148, in MERLE P. (dir.), *La compétence en question. Ecole, insertion, travail*, PUR, 209p.

SCHWEYER F-X. (2003), « Crises et mutation de la médecine hospitalière », in KERVASDOUE J. de (dir.), *La crise des professions de santé*, Dunod, Paris, 329p.

SEBBANE D. (2007), « Le "prendre soin" : une culture et une fonction pour le management hospitalier », p.97-108, in SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p

SIBLOT P. (2007), « Nomination et point de vue : la composante déictique des catégorisations lexicales », p.25-38, in *L'acte de nommer, une dynamique entre langue et discours*, Presses Sorbonne nouvelle, Paris, 237p.

SIEBERT C. (2003), « L'évolution du rôle de formateur », Chapitre 2, in A. GOUDREAUX, N. LORAUX, C. SLIWKA (sous la direction de), *Formateurs et formation professionnelle*, Lamarre (Formation), 325p.

SLIWKA C., DECHAMPS C. (coordonné par) (2007), *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 224p.

STINGRE D. (1999), *La Fonction Publique Hospitalière*, PUF (Que sais-je ?), 127p.

STROOBANTS M. (1993), *Savoir-faire et compétences au travail. Une sociologie de la fabrication des aptitudes*, Editions de l'Université de Bruxelles (Sociologie du travail et des organisations), Belgique, 383p.

TERSSAC G. (de) (1996), « Savoirs, compétences et travail », p.223-247, in BARBIER J-M (dir.), *Savoirs théoriques et savoirs d'action*, PUF (Education et formation), Paris, 305p.

TOUPIN L. (1995), *De la formation au métier. Savoir transférer ses connaissances dans l'action*, ESF éditeur (Pédagogies), Paris, 205p.

TOURAINÉ A. (1955), *L'évolution du travail ouvrier aux usines Renault*, CNRS, 202p.

TREPOS J-Y. (1992), *Sociologie de la compétence professionnelle*, PU de Nancy (Espace social), Nancy, 223p.

VEGA A. (2000), *Une ethnologue à l'hôpital, L'ambiguïté du quotidien infirmier*, Editions des archives contemporaines, Paris, 212p.

VEGA A. (2008), « Les risques d'incommunicabilité entre le cadre et son équipe », p.163-199, in SAINSAULIEU I. (dir.), *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Editions Lamarre (Gestion des ressources humaines), France, 220p.

WEBER M. (1995), *Economie et Société. Tome 2, L'organisation et les puissances de la société dans leur rapport avec l'économie*, Pocket (Agora), 424p.

ZARIFIAN P. (2004), *Le modèle de la compétence*, Editions Liaisons, 2^e édition (1^{ère} édition, 2001), 130p.

Revue

ACKER F. (2000), « Etre et rester infirmière », *Soins*, n°645, mai, pp.36 à 39

ACKER F. (2004), « Configurations et reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », in *La lettre de la Mire, DREES*, trimestriel n°3, p.2 à 4.

ARBORIO A-M. (1996), « Savoir profane et expertise social. Les aides-soignantes dans l'institution hospitalière », *Genèses* 22, pp.87-106.

ARNOUX E. (2006), « Difficultés et pistes d'action pour un repositionnement des cadres de santé », pp.72 à 74, in « L'essentiel du management » coordonné par ROSENBLATT F., *Objectif soins*, 177p.

BERCOT R. (2008), « Hôpital : petits arrangements avec les règles », *Sciences humaines*, Grands dossiers n°12, Malaise au travail.

BERCOT R. (2009), « Rationaliser la gestion des blocs opératoires, la négociation des territoires et des légitimités professionnelles », *Rationalisation des organisations hospitalières*, *Sciences de la société*, n°76, p.53-65

BESSIERE S. (2005), « La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage », *RFAS*, n°1, p.19-33.

BOURRET P. (2008), « Encadrer dans la Fonction Publique Hospitalière : un travail de lien invisible », *L'encadrement à l'épreuve du management public, Revue française d'administration publique*, n°128, pp.729 à 740.

BOUSSEMAERE S. (2002), « Le faisant fonction de cadre de santé », *Objectifs soins*, n°111, pp.13-17.

CHRISTINE A. (2007), « Formation continue : développer le professionnalisme », *Objectif Soins*, n°159, octobre, p.19-21.

COLLIERE M-F. (2000), « Identité infirmière... mythe... rêve ou réalité ? », *Soins*, n°645, mai, p.40 à 44.

DANTAN S., MARQUIER R. (2006), « Les étudiants en formations paramédicales », *Etudes et résultats*, DREES, n°540.

DELAPORTE F. (2002), « La formation aux professions de la santé en 2000-2001 », *Document de travail*, DREES, n° 37, juin 2002.

DIVAY S., GADEA C. (2008), « Les cadres de santé face à la logique managériale », *L'encadrement à l'épreuve du management public, Revue française d'administration publique*, n°128, p.677-687.

DUART B. (2006), « Délégation, concertation, autonomie, négociation », pp.80-81, in « L'essentiel du management » coordonné par ROSENBLATT F., *Objectif soins*, 177p.

DUMONT J-P. (2003), « Santé où sont les pouvoirs ? Les conflits de pouvoir à l'hôpital », *Sève*, pp.71-81.

ESTRYN-BEHAR M., NEGRI J-F., LE NEZET O. (2007), « Abandon prématuré de la profession d'infirmière, le respect des valeurs professionnelles dépend des conditions de travail », *Droit Déontologie & Soins*, Elsevier Masson, vol.7, n°3, septembre, pp.308-327.

FERONI I., KOBER-SMITH A. (2005), « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », *Revue française de sociologie*, 46-3, p.469 à 494.

FERRETI C., MARQUIER R. (2007), « La formation aux professions de la santé en 2005 », *Document de travail*, DREES, n° 109, mars 2007.

FERRETTI C., GARROUSTE C. (2008), « Les sept premières années de carrière des infirmiers diplômés en 1998 », *Etudes et Résultats*, DREES, n°671, décembre.

FLAMANT N. (2007), « Les relations entre génération eu travail », *Gestions hospitalières*, n°466, p.364-365.

FRAISSE S. et al. (2003), « La qualité à l'hôpital : entre incantations managériales et traductions professionnelles », *Revue française de gestion*, n° 146, p.155-166.

- GAURIER Ph. (1999), « Monitrice traditionnelle et formateur en soins? », *Revue de l'infirmière*, n° 49.
- GERAULT-POINTEL G. (2004), « La santé publique et les formations d'infirmières et cadres de santé », *Santé publique*, 2004/2, n°42, p.373-382
- GILIOLI C. (2000), « De la difficulté d'être infirmière à la complexité d'être infirmier », *Soins*, n°645, mai, p.62-63.
- HUGHES E. (1996), « Le drame social du travail », *Actes de la recherche en sciences sociales, Les nouvelles formes de domination dans le travail (2)*, n°115, p.94 à 99.
- HUGHES E. (1996), « Pour étudier le travail d'infirmière », *Le regard sociologique*, EHESS, p.69 à 73.
- JAKOUBOVITCH S. (2009), « La formation aux professions de la santé en 2008 », *Séries statistiques*, DREES, n°139, novembre.
- KOLB, D.A. (1984), « Experiential Learning. Experience as the Source of Learning and Development » Englewood Cliffs. NJ, Prentice-Hall, in *Objectifs soins*, décembre 2002, n°111, pp.13-18
- LE BOTERF G. (2002), « De quel concept de compétence avons-nous besoin ? », *Soins cadres*, n°41
- LEROUX-HUGON V. (1987), « L'infirmière au début du XX^e siècle : nouveau métier et tâches traditionnelles », *Le mouvement social*, n°140, Métiers de femmes, juillet-septembre, pp.55-68.
- LORIOL M. (2001), « La fatigue, le stress et le travail émotionnel de l'infirmière », *Prévenir*, n°40 « Travail et santé ».
- LORIOL M., WELLER J-M. (2005), « La prescription des émotions pour les infirmières hospitalières et volontaires d'une association d'aide aux malades du SIDA (AIDES). Contrôle de soi et juste distance au malade », *Santé conjugulée*, n°32, avril, pp.44-51.
- MASLOW A-H. (1943), « Theory of human motivation », *Psychological Review*, n°80.
- MATTEI J-F. (2007), « L'hôpital entre le médical et le social », *Etudes*, 2007/7-8, Tome 407, pp.29-39.
- PAICHELER G. (1995), « Présentation. Les professions de soins : territoires et empiètement », *Sciences sociales et santé*, vol.13, n°3, pp.6-9.
- PANEL P. (2007), « L'hôpital public. Ses contradictions, ses mutations », *Etudes*, 2007/4, Tome 407, pp.319-330.
- PASCAL M. (2006), « La formation, les rites et le formateur », *Objectif Soins*, n° 149, octobre, p.17 à 20.

PERROT M. (1987), « Qu'est-ce qu'un métier de femme ? », *Le mouvement social*, n°140, Métiers de femmes, juillet-septembre, pp.3-8.

PICOT G. (2005), « Entre médecins et personnel infirmier à l'hôpital public : un rapport social instable. Le cas de deux services hospitaliers », *Revue Française des Affaires Sociales*, n°1, pp.83-100.

ROSENBLATT F. (coordonné par) (2006), « L'essentiel du management », *Objectif soins*, Edition Lamarre, 177p.

SAINSAULIEU I. (2006), « Les appartenances collectives à l'hôpital », *Sociologie du travail*, vol.48, n°1, janvier-mars, p.72 à 87.

SAINSAULIEU I. (2008b), « Le collectif soignant : mythe ou réalité ? Regards croisés des cadres et des infirmières », *L'encadrement à l'épreuve du management public*, Revue française d'administration publique, n°128, p.665-675.

SERVAT T. (2006), « Le projet, outil de management du cadre », in ROSENBLATT F. (coordonné par), « L'essentiel du management », *Objectif soins*, Edition Lamarre, 177p.

STUDYRAMA (2004), « Profession de santé : quelles études ? », *L'officiel Studyrama des formations médicales et paramédicales*, hors-série.

SVANDRA P. (2006), « Entre référent et médiateur : la légitimité du cadre soignant », in « L'essentiel du management » coordonné par ROSENBLATT F., *Objectif soins*, p.55-56.

VEGA A. (2000), « Comment devient-on infirmière ? », *Soins*, n°645, pp.47 à 49.

WILENSKY H. (1964), « The professionalization of Everyone », *American Journal of Sociology*, 2, p.137-158.

ZARIFIAN P. (1999), *Objectif compétence*.

Thèses, mémoires

BENEVISE N. (2000), *Quelles sont les motivations qui poussent les infirmières à devenir futurs cadres de santé ?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, AP-HP.

BOUDIER C. (2004), *Permanence et changements du métier de formateur, Quel avenir pour la formation infirmière ?*, Thèse, Sociologie, Paris8.

CAZETTE C. (2000), *Les hommes dans la profession infirmière : hétérodoxie de dualité*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, IFCS, AP-HP.

CHARRIER C. (2001), *Cadres experts et cadres de soins : quelle complémentarité ?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, AP-HP.

CHINOT N. (2004), *L'accompagnement du postulant à la fonction cadre de santé. Enjeux et Stratégie du Directeur des Soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

DERCHE H. (2005), *L'accueil et l'intégration des cadres de santé : un enjeu managérial majeur pour le directeur des soins*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

GANIER M-A. (2004), *L'intégration des cadres de santé débutant : un enjeu pour le directeur d'IFSI*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes, 67p.

JOUET LE PORS M. (2004), *L'évolution des représentations sociales des étudiants infirmiers sur la profession infirmière au cours de la formation : Un chemin vers l'autonomie et la professionnalisation pour une mise en œuvre de l'"Agir" infirmier*, mémoire pour l'obtention du diplôme des Hautes Etudes en Pratiques Sociales, responsable d'étude et de projet social, Université Rennes2.

LE GOUGUEC J. (2007), *Vers une évolution de la mobilité interne dans les établissements de santé. Ou comment transformer une simple réponse aux souhaits du personnel en levier stratégique de la politique de gestion des ressources humaines*, Mémoire de l'école nationale de la santé publique, Rennes.

MARILLONNET C. (2008), *Un projet professionnel mis à l'épreuve : les enjeux d'une politique d'accompagnement des faisant fonction cadres de santé*, Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique.

MIDY F. (2003), *Les principaux changements de la profession infirmière depuis vingt ans. Propos d'infirmières*, Mémoire dans le cadre d'une formation en sociologie, CREDES.

MORIN M. (2001), *La mobilité sous influence ? Les cadres et la gestion des déplacements des infirmier(ère)s*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, AP-HP.

OUBRY C. (2004), *Cadre de santé, quid des filières ?*, mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, IFCS Montpellier.

PLAETEOVET J-M. (1999), *L'autonomie des cadres infirmiers de proximité*, Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique, Rennes.

SELLIER C. (2005), *L'étudiant en soins infirmiers : évolution ou révolution de la formation*, Université Paris Dauphine, Maîtrise de sciences et techniques de gestion des organisations sanitaires et sociales, option : Management de la formation, Délégation à la formation Institut d'Enseignement Supérieur de Cadres Hospitaliers, AP-HP.

Webographie

BERCOT R. (2010), *La dimension relationnelle dans le métier de la chirurgie*, Intervention à la table ronde du colloque international : « *La dimension relationnelle des métiers de service : Cache-sexe ou révélateur de genre* », Lausanne, organisé par l'Université de Lausanne (Unil) et le Mage, 2-3 septembre 2010.

Disponible sur: <http://www.unil.ch/liege/page77829.html>

CATANAS M. (2008a), *Evolution socio-historique de la fonction cadre*, [ref. 7 mars 2008]

Disponible sur <http://www.cadredesante.com>

CATANAS M. (2008b), *La question du « sale boulot » à l'hôpital : petite sociologie de la délégation des actes dans les professions du soin*, [ref. 3 décembre 2008]

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com>

CHAUVANCY M-C. (2008), *Cadres de santé : une crise identitaire*, [ref. décembre 2008]

Disponible sur <http://www.carnetsdesante.fr>

CHAUVANCY M-C. (2009), *Fonction de cadres de santé : professionnels en situation précaire*, [ref. avril 2009]

Disponible sur <http://www.carnetsdesante.fr>

DEBOUZIE D. (2003), *Rapport : Commission pédagogique nationale de la première année des études de santé*, A l'attention de Monsieur le Ministre Luc FERRY, Ministre de la jeunesse, de l'éducation nationale et de la recherche, et de Monsieur le Ministre Jean-François MATTEI, Ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées, 20 juillet 2003.

Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

DESBONNETS T. (2008), *La "figure" du cadre de santé*

Disponible sur <http://www.cadredesante.com>

Fiche métier de la fonction publique hospitalière, Répertoire de métiers de la Fonction publique hospitalière.

Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

GALANT M-O. (2005), « Perspectives du métier de formateur », *60^e journées nationales du CEFIEC, Regards croisés sur la formation en soins infirmiers*, vendredi 20 mai 2005, Vannes.

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com>

GUERIN C. (2002), *Cadre de santé : la formation commune favorise-t-elle la construction identitaire ?*, [réf. 3 octobre 2002]

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com>

HALLER C. (2004), *Faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal reconnu*, [ref. 19 août 2004]

Disponible sur <http://www.cadredesante.com>

ISAMBART G. (2009a), *Quotas 2009/2010 pour les Instituts de Formation en Soins Infirmiers*.

Disponible sur : <http://www.infirmiers.com>

L'organisation statutaire des effectifs hospitaliers en emplois, Grades, corps et catégories (2008), Editions Weka - statut des personnels, 03 décembre 2008

Disponible sur <http://www.sante.weka.fr>

MASMEJEAN C. (2004), « Coopération et Interprofessionnalité », 8^e Journées d'Etudes Nationales des Cadres de Santé, Institut de Formation des Cadres de Santé, CHU de Montpellier, 22 et 23 janvier 2004.

Consultable sur : <http://www.chu-montpellier.fr/publication>

MEYER P. (2003), *Les perspectives de la réforme de la 1^{ère} année d'études commune aux professions de santé, Compte-rendu de l'intervention de Mr Braichet représentant du Ministère de la Santé lors de l'assemblée générale du CEFIEC les 21, 22, 23 mai 2003*

Disponible sur : <http://www.infirmiers.com>

MOLINIE E. (présenté par) (2005), *L'hôpital public en France : bilan et perspectives*, Etude du Conseil Economique et Social au nom de la section des affaires sociales

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

NEVEU S. (2009), *Le cadre au service des projets et le projet au service du cadre...*, [ref. 19 juillet 2009]

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com>

PEYRE P. (2006), *La fonction cadre de santé : entre apprentissage de la gouvernance et complexité des relations à autrui*, Congrès AFSCET, Pédagogie de la gouvernance et gouvernance de la pédagogie, Université de Pau, octobre 2006.

Disponible sur : <http://www.afscet.asso.fr>

Plan hôpital 2007

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>

Rapport Mission « Démographie des professions de santé » (2002), novembre

Disponible sur : <http://www.sante.gouv.fr>

Rapport 2004 de l'Observatoire nationale de la démographie des professions de santé (ONDPS), Paris, La Documentation Française, novembre 2004, 596p.

Disponible sur : <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

Référentiels d'accréditations (2003- 2010)

Disponibles sur : <http://www.has.fr> ou sur <http://www.anaes.fr>

RUFIN F. (2009), *1992-2009 Le programme infirmier : de l'approche par contenu à l'approche par compétences. Les apports du Projet Leonardo CRESI*, 28 mai 2009.

Disponible sur : <http://www.cadredesante.com>

SCHWEYER F-X. (2009), « Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers », Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly, Tome2 les annexes, Ministère de la santé et des sports, 11 septembre 2009, p.70-81

Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

SINGLY C. (de) (présenté par) (2009), *Rapport de la mission cadres hospitaliers*, Ministère de la santé et des sports, septembre, 263p.

Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr> ou sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr>

THOUVENIN D. (2009), « La responsabilité des cadres hospitaliers », Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly, Tome2 les annexes, Ministère de la santé et des sports, 11 septembre 2009, p.94-122

Disponible sur : <http://www.sante-sports.gouv.fr>

Textes législatifs

Arrêté du 22 août 1966 (JO du 18 septembre 1966) modifié par les arrêtés du 20 mars 1969 et du 9 octobre 1975.

Arrêté du 7 août 1973 (JO du 17 août 1973, BO du ministère de la Santé publique et de la Sécurité Sociale n°73-39).

Arrêté du 9 octobre 1975 (JO du 12 octobre 1975, BO du ministère de la Santé n°75-44)

Arrêté du 22 juillet 1976 (JO du 20 août 1976), annexes BO du ministère de la Santé n°76-37).

Arrêté du 8 janvier 2002 (JO n°34 du 9 février 2002).

Arrêté du 28 octobre 2009

Code de la Santé Publique Partie Législative, Art. L.6146-5

Décret n°2163 du 18 février 1938 (JO 22 février 1938).

Décret n°2484 du 10 août 1942 (JO du 30 septembre 1942).

Décret n°831 du 17 avril 1943 (JO 27 avril 1943).

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 (JO 19 novembre 1958, n°10400).

Décret n°73-822 du 7 août 1973 (JO du 17 août 1973).

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 (JO du 12 octobre 1975).

Décret n°81-539 du 12 mai 1981, article R. 4311-3.

Décret n° 89-609 du 30 novembre 1988.

Décret n° 89-613 du 1er septembre 1989.

Décret n°92-264 du 23 mars 1992, article 4 (JO n°72 du 25 mars 1992).

Décret n°93-221 du 16 février 1993.

Décret n°95-926 du 18 août 1995 (JO 20 août 1995, n°12468).

Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001.

Décrets n°2002-194 du 11 février 2002.

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002.

Loi n°78-615 du 31 mai 1978.

Loi n°86-33 du 9 janvier 1986, article 2.
Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 (JO n°179 du 2 août 1991).
Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 (JORF n°0167).
Loi n°2009-833 du 17 novembre 2009 (JORF n°0266).

Ordonnance n°96-346 (JORF n°98 du 25 avril 1996).
Ordonnance n°2005-406 (JORF n°102 du 3 mai 2005).

Autres

BERCOT R., MAYERE A. (2009), « L'organisation et la communication au sein des systèmes de santé », Table ronde introductive, 77^e congrès international ACFAS, *Organisation et communication au sein des systèmes de santé*, Université d'Ottawa, lundi 11 et mardi 12 mai 2009.

BOURRET P. (2007), « Encadrer c'est assurer un travail de lien invisible. Les cadres de santé dans la fonction publique hospitalière », Proposition de communication XIV journée d'étude du GDR Cadres, *Encadrer sous contrainte : Les encadrants des organisations publiques*, 16p.

Dictionnaire encyclopédique d'Education et de formation, Paris, Nathan, 1994

Dictionnaire Larousse

LANDRIEUX S. (2007), « Manager au féminin, quelles spécificités ? », *Femmes et stéréotypes féminins/masculins dans l'activité de direction, d'encadrement et de commandement*, 7^e journée du cycle « arts de la guerre et interprétation de la vie civile, organisée à l'Ecole Supérieure du Commerce de Paris.

MIDY F. (2002), *Les infirmières : image d'une profession*, Document de travail réalisé dans le cadre d'une formation d'initiation à la sociologie, CREDES, 40p.

PREVOT E. (2007), « Les militaires face à la question du genre : adaptation, altération ou intégration ? », *Femmes et stéréotypes féminins/masculins dans l'activité de direction, d'encadrement et de commandement*, 7^e journée du cycle « arts de la guerre et interprétation de la vie civile, organisée à l'Ecole Supérieure du Commerce de Paris.

Annexe 1

Fiche métier de la Fonction Publique Hospitalière

Répertoire de métiers de la Fonction publique hospitalière.

Famille : Soins

Sous-famille : Management des soins

Code métier : 05U20 **Code Rome :** 22122 **Code FPT :** 06D25

Cadre responsable d'unité de soins

DEFINITION :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

AUTRES APPELLATIONS COURANTES :

Cadre de santé

Surveillant

LES ACTIVITES DU METIER :

- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Veille spécifique à son domaine d'activité

LES SAVOIR-FAIRE REQUIS DU METIER :

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs

- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

CONNAISSANCES ASSOCIEES :

Soins	Connaissances approfondies
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Communication et relation d'aide	Connaissances approfondies
Management	Connaissances détaillées
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées
Organisation du travail	Connaissances détaillées
Droit des patients	Connaissances détaillées
Animation d'équipe	Connaissances détaillées
Évaluation de la charge de travail	Connaissances détaillées

RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
 médecins pour la gestion journalière de l'unité
 autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
 partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
 fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
 service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
 instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
 responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

ETUDES PREPARANT AU METIER ET DIPLOME(S) :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
 Diplôme de cadre de santé

PREREQUIS INDISPENSABLES POUR EXERCER LE METIER :

Exercice professionnel de 4 ans

CORRESPONDANCES STATUTAIRES EVENTUELLES :

Cadre de santé

PROXIMITE DE METIER : PASSERELLES COURTES :

Directeur des soins,
 cadre supérieur de santé,
 cadre de santé de pôle

TENDANCES D'EVOLUTION DU METIER : LES FACTEURS CLES A MOYEN TERME :

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,
evolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences,
evolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques

CONSEQUENCES MAJEURES SUR L'EVOLUTION DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES :

Développement de la traçabilité
Réalisation de protocoles, de procédures
Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

Annexe 2

Grille d'entretiens pour les étudiants en IFCS

Présentation de l'enquête, du chercheur, des conditions déontologiques de la recherche (anonymat, confidentialité) Le contenu de cet entretien est strictement confidentiel. Les informations susceptibles de vous identifier, ou d'identifier les personnes ou les lieux que vous mentionnerez durant l'entretien seront supprimés.

Parcours

- formations, études, durées, niveaux
- précédents emplois
- autres membres de la famille dans le milieu soignant
- changement de région
- vocation

L'IFCS

- contenu
- satisfaisant, répond aux attentes
- pense que ça va leur servir réellement
- usage qu'ils comptent faire de cette formation
- garder relation après avec autres élèves

Stages

- les différents stages durant cette formation
- les formations internes dans leurs hôpitaux
- finalement préfère être en stage ou en cours

Faisant Fonction

- depuis quand, comment
- tâches
- à leur demande ?

Carrière

- réelles motivations à évoluer (argent, horaire, responsabilité...)
- volonté de continuer encore plus loin
- et après cette année de formation

Identité

- se sentent encore infirmières ou plus du tout
- impression de changement d'identité ou non
- comment eux voyaient leurs cadres et quelle image d'un cadre ils veulent donner

- leur définition d'un bon cadre
- pour eux, toujours même métier ?

Effet génération

- savoirs enseignés en école d'infirmiers
- les savoirs en train de se constituer en formation de cadre de santé
- les savoirs acquis en faisant fonction de cadre.

Avez-vous quelque chose à ajouter, à préciser ? Y a-t-il quelque chose dont vous voudriez parler que nous n'avons pas abordé ?

Annexe 3

Grille d'entretiens pour les cadres de santé

Présentation de l'enquête, du chercheur, des conditions déontologiques de la recherche (anonymat, confidentialité) Le contenu de cet entretien est strictement confidentiel. Les informations susceptibles de vous identifier, ou d'identifier les personnes ou les lieux que vous mentionnez durant l'entretien seront supprimés.

Description de l'activité

- intitulé du poste
- description des tâches
- gestion du temps, aimerait pouvoir consacrer plus de temps à certaines tâches ?

Pour les formateurs

- différence de générations d'étudiants
- représentation des formateurs

Fonction cadre de santé

- différence des tâches d'un cadre aujourd'hui par rapport à avant ?
- que pense-t-elle de la fonction de cadre en général aujourd'hui ? Des différentes réformes ? De sa définition ?
- quel est le rôle d'un cadre ? Se définit-elle comme un manager, un gestionnaire, autre ?
- que pense-t-elle des récentes réformes : pôles, T2A, cadre gestionnaire etc.

Relations

- relation avec la cadre supérieur, les médecins, l'équipe, la direction des soins
- en cas de problème, vers qui se tourne-t-elle ?
- sentiment d'être soutenue, écoutée par la direction ? Travail reconnu ?
- quand l'équipe se tourne-t-elle vers la cadre ? Pour des problèmes avec des patients, des problèmes techniques, des problèmes personnels, autres ?

L'équipe

- dans ce service, au bout de combien de temps, une infirmière est-elle considérée comme ancienne ?
- turn-over, mobilité des infirmières, pénurie de personnel
- quelle est en général leur évolution de carrière ?
- sont-elles désireuses de devenir cadre ?, vous demandent-elles conseil ?

Trajectoire

- parcours professionnel
- parents issus des soins ?
- comment est née la volonté d'être cadre
- image qu'elle avait des cadres lorsqu'elle était infirmière

Faisant fonction

- étiez-vous faisant fonction ? Où et quel service (le même) ?
- relation avec le reste de l'équipe
- lâchée seule ? Comment vous avez appris le métier ?
- faisant fonction pour faire cadre (à sa demande) ou faisant fonction par demande de l'hôpital et ça lui a donné envie de faire cadre ?
- place du faisant fonction dans l'établissement et en général.

La formation cadre

- passage par l'école des cadres ?
 - comment c'est passé la formation cadre ?, qu'en a-t-elle gardé ?
 - attentes en y entrant, la formation y a-t-elle répondu ?
 - est-ce que ça vous a apporté des choses en plus, des choses que vous ne saviez pas ?
 - est-ce que ça vous a apporté une vision différente du milieu soignant, du métier de cadre ?
 - que pense-t-elle de l'interdisciplinarité de la formation ?
 - utilisation des outils appris lors de la formation ?
 - garde-t-elle des contacts avec d'anciens de l'IFCS ?
 - autres formations ?
- Si, pas passage par la formation, est-ce que ça lui a manqué ?

L'avenir

- quelle poursuite de carrière ?
- passage par l'IFSI (et inversement pour les formateurs)
- changement de service, d'établissement ?

Avez-vous quelque chose à ajouter, à préciser ? Y a-t-il quelque chose dont vous voudriez parler que nous n'avons pas abordé ?

Annexe 4
Typologie des interviewés

	Marie-Thérèse Etudiante IFCS	Corinne Etudiante IFCS	Bernadette Etudiante IFCS	Violette Etudiante IFCS	Sylvie Etudiante IFCS	Caroline Etudiante IFCS
Age	44 ans	Début trentaine	48 ans	28 ans	39 ans	42 ans
Situation maritale	Divorcée, une fille de 10 ans	Célibataire, sans enfant	Célibataire, deux grands enfants	Célibataire, sans enfant	?	Mariée, deux enfants
Région d'origine	Martinique	Paris	Nantes	Ile de France	Ile de France	Ile de France
Etudes, emplois après bac et avant école d'infirmière	Ecole de médecine (2 ans) ratée → deug science de la nature et de la vie (6 mois) abandonné → école d'infirmière Volonté d'études courtes	Pas envie d'aller en fac, concours de puéricultrice raté → petits boulots (1 an) → stage dans un institut médico-éducatif → école d'infirmière	Fac de droit (1 an et demi) → école d'infirmière car large recrutement à cette période, sécurité d'obtenir un travail	Etudes de médecine (2 ans) ratés → deug de sciences humaines d'action économique et sociale → école d'infirmière	?	Ecole d'infirmière
Métier envisagé étant jeune	Mathématiques (échec d'inscription) Pas de volonté déterminée pour faire des études médicales	Vétérinaire, puis éducatrice spécialisée	Droit ou Anglais mais les parents n'avaient pas les moyens pour lui payer des études en Angleterre	Cela lui paraissait logique d'entreprendre des études de médecine comme ses parents	Hésitation entre éducatrice et infirmière	?
Famille	Mère aide-soignante, père chauffeur-livreur Volonté que leurs enfants réussissent	Père militaire puis agent du Trésor, mère au foyer	Oncle pharmacien, cousin médecin	Mère médecin scolaire et père chirurgien maxillo-facial en cabinet.	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Réanimation chirurgicale de cardiologie (2 à 3 ans) → école d'infirmière anesthésiste → anesthésie en bloc opératoire (14 ans) → accident du travail (arrêté 5 ans) → agent logistique → faisant fonction dans un bloc de maternité (1 an et demi) → IFCS	Infirmière dans un collège classé ZEP (3 mois) → infirmière dans un long séjour (8 mois) → bloc opératoire (4 ans) → neurologie (2 ans) et mission au Kosovo en 2000 → cardiovasculaire → faisant fonction (un peu plus d'1 an) → IFCS	Neurologie (23 ans) avec plusieurs changements d'établissements → responsable infirmière coordinatrice puis faisant fonction dans une maison de retraite (4 ans) → IFCS	Réanimation (4 ans) et quelques cours donnés → faisant fonction cadre formateur (2 ans) → école préparatoire (6 mois) → IFCS	Infirmière psychiatrique (15 ans) → faisant fonction de formatrice en IFSI (3 ans) → IFCS	Infirmière réanimation (15 ans) → poste transversal : responsable de la gestion du matériel du service (7 ans) → faisant fonction en pédiatrie (1 an) → IFCS

	Marie-Thérèse Etudiante IFCS	Corinne Etudiante IFCS	Bernadette Etudiante IFCS	Violette Etudiante IFCS	Sylvie Etudiante IFCS	Caroline Etudiante IFCS
Carrière envisagée	Cadre de santé dans un bloc opératoire et mettre en place une démarche de gestion des risques, et peut-être donner quelques cours aux infirmiers anesthésistes	Ne s'attendait pas à devenir aussi vite cadre. Une évolution de carrière sera sûrement envisagée.	A mis 7 ans pour réaliser ce qu'elle voulait, mais dégoûtée par son expérience de faisant fonction. Ne veut plus retourner dans un service, préfère faire formateur. Est à 7 ans de la retraite	Envisage de retourner en service, par pure stratégie de carrière. Ensuite, retour en formation. Veut devenir directeur d'établissement	Formatrice mais pas de retour en service	Ne sait pas encore
Pourquoi Ste Anne	Son père possède un appartement à Paris	Lors de l'entretien avec Ste Anne, elle était tombée sur un militaire, ça lui a plu	Voulait changer de région, vraiment s'écarter de son service, de sa région. Sa fille habite dans l'Oise. Le cadre, l'architecture de Ste Anne lui a plu	Bruits de couloirs sur les instituts. Ste Anne, plus psychiatrie et sciences humaines, ce qu'elle aime	Institut qui lui correspondait le plus du point de vue pédagogique, plus bruits de couloir sur les différents instituts	Bruits de couloir sur les différents instituts et a été prise là
Ste Anne	Sentiment d'avoir du mettre de côté sa spécialité, besoin de réinvestissement par la suite	Niveau méthodologie, faut se servir dans les services, grande qualité des intervenants	Beaucoup d'attente au niveau management et a été comblée, bon aperçu du métier de formateur	Culture de l'individu, formateurs extrêmement disponibles et qualité des intervenants extérieurs	Savait que cette formation n'allait pas lui apporter énormément, mais ravie de la bienveillance des formateurs et de la possibilité de réflexion sur le métier	Cette année et celle de faisant fonction lui ont permis de couper avec l'univers clos de la réanimation avant d'y retourner
Déroulement de l'entretien	23 mars 2007 à 19h10 Chez elle, en présence de sa fille, durée : 2h30 Est devenue mon informatrice	11 avril 2007 à 12h45 A Ste Anne, dans une salle de classe vide, durée : 45 min. La seule issue d'un hôpital militaire, femme très fine	24 avril 2007 à 12h45 A Ste Anne, sur la pelouse, durée : 45 min. Mauvaise expérience de faisant fonction, veut quitter l'hôpital pour la formation	24 avril 2007 à 16h30 A Ste Anne, sur la pelouse, durée : 1h30 La plus jeune des étudiants, la plus intervenante aussi	2 mai 2007 à 13h A Ste Anne, sur la pelouse, durée : 1h Formatrice et très maternelle	3 mai 2007 à 12h45 A Ste Anne, sur un banc d'un couloir, à l'extérieur, durée : 45 min. Très discrète en cours et lors de l'interview

	Claude Etudiant IFCS	Annie CS sage-femme				
Age	58 ans	49 ans				
Situation maritale	Remarié à Agnès, 6 enfants (dont 4 du premier mariage)	Mariée à Guy, 2 filles				
Région d'origine	Nord → Ile de France → Drôme	Haute-Saône → Ile de France → Drôme				
Etudes, emplois après bac et avant école d'infirmière	Pas de bac, différents petits boulots → travail en usine (2 ans) → brancardier (1 an) → école d'infirmière	Ecole de médecine (2 ans) → petits boulots (1 an) → école de sage-femme				
Métier envisagé étant jeune	Les soins l'ont toujours attiré. Il a travaillé pour la Croix-Rouge et est chez les pompiers depuis 24 ans	Toujours été attirée par les soins. Sa mère voulait qu'après son bac, elle passe le concours de sage-femme				
Famille	Sœur pharmacienne puis aide-soignante, père infirmier militaire	Aucun parent dans les soins				
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Infirmier psychiatrique (5 ans) → école d'infirmière générale → infirmier de nuit (8ans) et études de médecine (abandonnées) → école infirmier anesthésiste à Reims → infirmier anesthésiste → remplacements ponctuels de la cadre → IFCS	Sage femme dans un petit hôpital (1 an) → salle d'accouchement (5ans) → nommée cadre de santé				

	Claude Etudiant IFCS	Annie CS sage-femme				
Carrière envisagée	Cadre de santé pour boucler la boucle	Passera cadre supérieur en juillet 2008				
Pourquoi Ste Anne	Se rapprocher une année de ses enfants en Ile de France					
Ste Anne	Année de réflexion					
Déroulement de l'entretien	13 mai 2007 à 14h Chez lui Durée : 1h M'a présenté Agnès, sa femme, cadre sage-femme	13 mai 2007 à 15h Chez elle Durée : 45 minutes Gros problème de bande, notation des souvenirs de la discussion à la main				

	Céline Cadre de santé	Nadine Cadre supérieur de santé	Constant Cadre de santé	Sabine Cadre de santé	David Faisant fonction cadre supérieur de santé	Etienne Cadre de santé
Age	40 ans	57 ans	48 ans	40 ans	62 ans	52 ans
Service et équipe	Urologie, Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice, 20 lits, 10 infirmières, 9 AS, 2 ASH, sur 24 postes, pas de pénurie, équipe stable, pas d'absentéisme	Pôle femme-enfant et médecine interne et sa consultation, hôpital de jour médecine et oncologie, consultation de pneumologie, diététiciennes 8 cadres	Urgences au Centre d'Accueil et de Crise (doit établir ce projet, depuis moins d'une semaine) Psychiatrie, service stable	Soins de suite (depuis 4 mois) 20 lits, plus d'AS, tourne avec 3 infirmières de jour et une de nuit, absentéisme, renfort constant	Imagerie médicale 20 manipulateurs radio au lieu de 34, pénurie	Radiologie 6 salles de radiologie, 4 agents, pénurie
Etudes, emplois avant école d'infirmière	Bac scientifique → Ecole d'infirmières	Manipulatrice radio → Ecole d'infirmières (regret de ne pas avoir fait médecine)	Sapeur pompier → Concours d'infirmier en secteur psychiatrique car ne trouvait pas de poste en pompier professionnel	Bac → Ecole d'infirmières	Etudes de médecine en Asie → réfugié politique, ne se voyait pas reprendre toutes les études de médecine → école de manipulateurs	?
Métier envisagé étant jeune	Avait envie d'être auprès des autres	Intérêt pour le milieu	Pompier	Dans les soins	Vocation des soins	L'aspect technique dans le paramédical
Famille	Aucun parent dans la santé	Aucun parent dans la santé, fille rentre en médecine	Aucun parent dans la santé	Père ouvrier, mère au foyer, sœur cadette infirmière	Aucun parent dans la santé	Aucun parent dans la santé
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Cardiologie (1 mois) → chirurgie ORL (3 mois) → chirurgie viscérale et urologie (7 ans) → salle de réveil (1 an) → IFCS → IFSI auprès d'aides-soignantes (1 an) → cadre gynécologie grossesses pathologiques (7 ans) → chirurgie (depuis 2 ans)	urgences (3 ans) → IFCS → faisant fonction (2 ans) → cadre en réanimation (9 ans) → rééducation fonctionnelle (2 ans) → IFSI auprès des aides-soignantes (2 ans) → cadre supérieure en réanimation et médecine interne (depuis 14 ans)	Psychiatrie adulte (18 mois) → pompier (1 an) → infirmier psychiatrique (12 ans) → faisant fonction en psychiatrie (4 ans) → IFCS → cadre en psychiatrie (2 ans) → urgences (obligation du directeur)	Médecine (7 ans) → remplacement (6 mois) → infirmière en cardiologie (2 ans) → examen professionnel → cadre en médecine interne (9 ans) → IFCS	Manipulateur (2ans) → créé l'unité scanner et nommé cadre à l'ancienneté (23 ans) → faisant fonction cadre supérieur (7 ans) → alternance école cadre supérieur (2 ans) → attends le concours sur titre de cadre supérieur (depuis 1 an)	Manipulateur (17 ans) → faisant fonction (2 ans) → cadre à l'ancienneté (depuis 11 ans)

	Céline Cadre de santé	Nadine Cadre supérieur de santé	Constant Cadre de santé	Sabine Cadre de santé	David Faisant fonction cadre supérieur de santé	Etienne Cadre de santé
Faisant fonction	On lui a proposé, n'a pas voulu. Se mettre en difficulté	Non, mais avait des responsabilités	Appris sur le tas. Seul le diplôme apporte la légitimité	Des remplacements sur demande de la cadre supérieur	Gérait déjà plus l'unité scanner que le cadre supérieur lui-même	Des remplacements pour un congé maternité
Motivation à être cadre	Sentiment d'avoir fait le tour de sa fonction d'infirmière	N'avait pas l'intention de rester professionnelle de base, se sentait des qualités de management	Demande du chef, reconnaissance de cette demande	Savait qu'elle ne voulait pas rester infirmière	A monter l'unité scanner et cadre supérieur est dans la continuité	
Formation cadre	En continu N'apprend pas grand-chose en termes de gestion de conflit, de négociation, mais permet de prendre du recul	A l'ancienneté	En continu Permet de rencontrer des gens de tout horizon et avec une culture. Enrichissant mais dense, faut 2 ans pour digérer	En continu Sert pas à grand-chose, avait besoin de se rassurer	A l'ancienneté Des outils théoriques : apprendre à dissenter mais qui n'en font pas de bons cadres pour autant	A l'ancienneté On apprend sur le terrain
Aptitude innée nécessaire à la fonction	On doit se connaître : ne pas se lancer si on sait pas gérer des conflits C'est l'expérience infirmière qui aide, la personnalité, les erreurs commises	Se sentir des qualités de management	On ne devient pas chef par hasard	?	Ce n'est pas l'école qui apprend à être un bon cadre	C'est une question de personnalité : on est capable ou on n'est pas capable
Définition de leur rôle	Un coach	Un manager	Diriger son équipe, être l'élément ressource	?	Un gestionnaire	Chef de chantier
Tâche qui prend le plus de temps	Gestion des patients	?	?	Les plannings	Gérer le personnel et les pannes de machines	Les plannings
Horaires	7h30-17h30	8h30-20h	?	9h-18h	?	?
Poursuite de la carrière	Commence à avoir le sentiment d'avoir fait le tour de sa fonction cadre, pense à cadre supérieur mais à peur de ne pas s'y plaire	Mener une bonne retraite (à quelques mois de la retraite)	Retourner en psychiatrie, ne se voit pas en médecine	Ne veut pas rester cadre jusqu'au bout, mais n'a plus envie de faire cadre supérieure	Obtenir le titre de cadre supérieur	Pas cadre supérieur car dans son bureau, veut continuer à gérer directement les hommes et les machines
Déroulement de l'entretien	23 juin 2008 à 15h Dans son bureau, durée : 1h20	25 juin 2008 à 10h Dans son bureau, durée : 1h30	25 juin 2008 à 11h30 Dans une salle de réunion, durée : 1h	25 juin 2008 à 14h Dans son bureau, durée : 1h56	27 juin 2008 à 9h30 Dans son bureau, durée : 1h22	27 juin 2008 à 11h30 Dans son bureau, durée : 1h05

	Léonie Cadre de santé formatrice	Fabienne Faisant fonction cadre de santé	Sandrine Faisant fonction cadre de santé	Kaori Cadre de santé	Emilie Cadre de santé	Maeva Cadre supérieur de santé
Age	32 ans	54 ans	40 ans	38 ans	33 ans	60 ans
Service et équipe	IFSI	Diététiciennes 4 et demi, elle comprise, dont 2 à temps plein	Rééducation fonctionnelle et Soins de suite 15 patients, 1 infirmière et 2 AS matin et soir, 1 infirmière et 1 AS la nuit, des patients qui peuvent rester des mois	Pneumologie avec sa consultation, une équipe totale de 23 agents	Chirurgie orthopédique adulte 8 infirmières de jour, 2 infirmières de nuit, 9 AS et 3 ASH	Pôle psychiatrique et pédopsychiatrique
Etudes, emplois avant école d'infirmière	Fac de médecine râté → Ecole d'infirmières	IUT (2 ans)	?	Bac → Ecole d'infirmières	?	Préparatrice en pharmacie → ASH en psychiatrie → reçue au concours de psychiatrie → Ecole d'infirmières psychiatriques
Métier envisagé étant jeune	?	Orthophoniste	?	Devenir infirmière en actions humanitaires	?	Infirmière mais refus de sa mère
Famille	Aucun parent dans les soins	Parents agriculteurs	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Agriculteurs
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Réanimation → IFCS → cadre en gastro- entérologie (6 mois) → orthopédie (2 ans) → IFSI (depuis 3 ans)	Diététicienne (35 ans)	Réanimation (2 ans) → anesthésie → en entreprise (6 ans) → au foyer (3 ans) → neurologie → rééducation → IFCS → cadre en rééducation	Cardiologie (6 ans) → 50% en consultation et 25% de nuit ou de remplacement cadre en cardiologie (3 ans) → rééducation fonctionnelle (3 ans) → faisant fonction (1 an) → IFCS → cadre en rééducation (6 mois) → pneumologie (depuis 2 ans)	Chirurgie infantile (2 mois en remplacement d'été) → orthopédie (4 ans) → spécialité chirurgicale de semaine (3 ans) → nommée cadre à l'ancienneté (depuis 9 ans)	Infirmières psychiatriques → pédopsychiatrie → IFCS → Formatrice → vacation à la Drass → cadre supérieure en psychiatrie (depuis 6 ans)

	Léonie Cadre de santé formatrice	Fabienne Faisant fonction cadre de santé	Sandrine Faisant fonction cadre de santé	Kaori Cadre de santé	Emilie Cadre de santé	Maeva Cadre supérieur de santé
Faisant fonction	Non et pense qu'elle aurait été en difficulté	Imposé car plus de cadre, veut rester diététicienne	En rééducation, cadre absente, elle aidait la cadre supérieure en faisait tout ce qui était matériel	C'est la cadre qui lui a proposé son poste avant son départ à la retraite, mais remplaçaient la cadre à 3 infirmières	Remplaçait régulièrement la cadre d'orthopédie et plus longuement lors d'un congé maternité	Non
Motivation à être cadre	Savait déjà dès la formation qu'elle serait formatrice un jour	Ne veut pas être cadre	Voulait s'impliquer et faire changer les choses, et ne se voyait pas se lever à 5h à 60 ans	Avait l'impression d'avoir fait le tour de la fonction infirmière	Depuis l'école d'infirmières voulait faire l'école des cadres	?
Formation cadre	En continu Permet de prendre du recul	Ne veut pas reprendre d'études à son âge	En continu Permet d'ôter certains doutes et de prendre du recul. Intéressant mais très intensif	En continu Lui a apporté plus en tant que personne. La formation rassure ou casse	Voulait absolument faire l'IFCS bien que déjà nommée à l'ancienneté, mais blocage de la direction	En discontinu
Aptitude innée nécessaire à la fonction	?	Il faut le vouloir	?	?	On est fait ou pas fait pour manager, même si l'école peut apprendre des choses.	?
Définition de leur rôle	Un pompier à tout faire en soin et aider à construire un professionnel en service	?	Un chef d'orchestre	Un collaborateur	Un manager	?
Tâche qui prend le plus de temps	Préparation des cours	?	Les tâches de secrétariat	?	La gestion au quotidien du service	?
Horaires	9h-17h	?	9h-18h	9h-19h	9h-17h, 17h15	?
Poursuite de la carrière	Tout reste ouvert, mais pour l'instant veut encore rester en IFSI	A 6 ans de la retraite, veut rester diététicienne	?	5 ans maximum dans ce service, faire un master qualité, pense aussi à cadre supérieur	N'est plus tenté par cadre supérieure car peur de la charge de travail et veut garder cette proximité de cadre	Ecrire plus à la retraite
Déroulement de l'entretien	30 juin 2008 à 9h Dans son bureau, durée : 1h27	1 ^{er} juillet 2008 à 14h Dans un local de livraison car bureau collectif, durée : 1h08	1 ^{er} juillet 2008 à 15h Dans son bureau, durée : 1h12	2 juillet 2008 à 14h30 Dans une salle de réunion pour ne pas être interrompues, durée : 1h36	2 juillet 2008 à 16h Dans son bureau, durée : 57 minutes	3 juillet 2008 à 9h Dans son bureau, durée : 1h45 Ne parlait que de son parcours

	Gisèle Cadre de santé	Béatrice Cadre de santé	Candice Cadre de santé	Francine Cadre de santé, directrice de crèche	Carole Faisant fonction cadre de santé	Cindy Cadre supérieure de santé
Age	48 ans	51 ans	51 ans	57 ans	32 ans	49 ans
Service et équipe	Psychiatrie Pénurie, 2 infirmières en jour	Chirurgie viscérale 25 lits, 25 agents dont 10 par jour	Cardiologie Gère également l'angioplastie et le vasculaire, 25 agents dont 15 infirmières, 9 AS et 2 ASH de jour Service attractif	Directrice de crèche 120 enfants, 18 agents au lieu de 20 : 16 auxiliaires de puériculture, 3 ASH et 1 éducatrice de jeunes enfants	Médecine interne, endocrinologie, diabète Service stable et attractif, pas de gros arrêts, des anciennes qui ont jusqu'à 20 ans dans ce service.	Pôle ARU, urgences et réanimation 200 agents, 1 cadre faisant fonction, 3 cadres de jour et 1 cadre de nuit
Etudes, emplois avant école d'infirmière	?	?	?	?	Bac	?
Métier envisagé étant jeune	Infirmière	Toujours voulu être dans les soins	?	?	Puériculture	?
Famille	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Père dans la politique	2 nièces dans les soins, pas d'antécédent	Aucun parent dans les soins
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	ISP → infirmière en psychiatrie (22 ans) → IFCS → cadre en psychiatrie (depuis 4 ans)	Ecole d'infirmière (1979) → Infirmière → Infirmière première → panseuse au bloc opérateur → concours interne → faisant fonction cadre en stérilisation → faisant fonction au bloc orthopédique → cadre à l'ancienneté → cadre aux urgences de jour → urgences de nuit → pédiatrie → soins de suite → chirurgie viscérale (depuis 4 mois)	Ecole d'infirmière (1977) → neurologie → médecine interne de nuit → réanimation → cardiologie à temps partiel → faisant fonction en rééducation fonctionnelle (en 1990) → chirurgie (1 an) → examen professionnel → cadre en réanimation (1 an et demi) → IFSI (4 ans) → cardiologie (depuis 10 ans)	Ecole d'infirmière → Infirmière puéricultrice (15 ans) → faisant fonction en créant une consultation de pédiatrie en pédiatrie → directrice d'une PMI (5 ans) → directrice de crèche collective (6 ans) → Conseil Général responsable d'une circonscription de 6 PMI (5 ans) → directrice de crèche (depuis 2 ans)	Ecole d'infirmière → puériculture → médecine interne → faisant fonction	Ecole d'infirmière → chirurgie infantile (9 ans) → faisant fonction en chirurgie infantile (en 1989) → concours professionnel → cadre de santé en chirurgie infantile (9 ans) → concours cadre supérieur → cadre supérieur de santé en urgences-réanimation- anesthésie (depuis 2004)

	Gisèle Cadre de santé	Béatrice Cadre de santé	Candice Cadre de santé	Francine Cadre de santé, directrice de crèche	Carole Faisant fonction cadre de santé	Cindy Cadre supérieure de santé
Faisant fonction	Non, mais était déjà dans un rôle et un travail de cadre	Des remplacements, puis faisant fonction (5 ans). Etre faisant fonction dans les urgences est très formateur	Un remplacement de congé maternité qu'on lui a demandé	C'est l'équipe qui l'a poussé	Depuis 4 ans et demi, faisait déjà des petits remplacements Plus elle reste faisant fonction, plus elle se rend compte que l'école n'est peut-être pas si utile que ça.	Devait remplacer une cadre à 3
Motivation à être cadre	A toujours aimé la gestion, l'organisation et le management	En faisant des remplacements	?	Aime diriger	N'avait pas l'intention de faire cadre, mais devait remplacer sa cadre	Aucune au départ, mais en faisant des remplacements la fonction lui a bien plu
Formation cadre	En continu IFCS très sur le concret et le pratique mais n'est pas forcément utile pour être cadre	Non, mais voulait aller à l'école, il fallait une cadre en orthopédie à ce moment là	Non, a tenté mais a raté 2 fois Permet de se positionner, de bien faire une démarcation, ce qui lui a manqué	Non, a toujours refusé. Pense qu'il y a des choses qui ne s'apprennent pas forcément. Certains sont revenus sans être devenus des bons chefs	Veut tenter encore un deuxième fois. Année pour faire un travail sur soi-même, pour faire le deuil des soins	Non C'est toujours intéressant une formation, on en sort avec un œil neuf
Aptitude innée nécessaire à la fonction	On peut être un bon cadre sans avoir été un bon infirmier	Il faut vouloir devenir cadre et avoir la personnalité	Il faut avoir des qualités humaines, un sens du relationnel	Il faut avoir un certain charisme et aimer être un chef	?	On apprend en faisant
Définition de leur rôle	Un manager	Un manager	Un moteur	?	Du management	Manager et gestionnaire
Tâche qui prend le plus de temps	?	Les plannings	?	Tout ce qui est administratif	La gestion du personnel	La gestion du personnel
Horaires	?	9h-19h	9h-17h	?	9h-18h30, 19h	?
Poursuite de la carrière	A songé à devenir cadre supérieur mais parents malades	Rester cadre de proximité	A 3 ans de la retraite, n'a pas du tout envie de faire cadre supérieur	A quelques années de la retraite, veut terminer sa carrière ici là où elle l'a commencé	N'envisage pas du tout cadre supérieur, aimerait passer par la chirurgie	Changer de service, mais il n'y pas de remplaçant, faire un master
Déroulement de l'entretien	3 juillet 2008 à 11h Dans son bureau, durée : 1h30 mais problème d'enregistrement	3 juillet 2008 à 14h30 Dans son bureau avec médecins discutant un moment, durée : 49 minutes	3 juillet 2008 à 16h Dans son bureau, durée : 1h52	4 juillet 2008 à 9h Dans son bureau, durée : 1h24	4 juillet 2008 à 16h Dans son bureau, durée : 1h Est redevenue infirmière	4 juillet 2008 à 14h Dans son bureau, durée : 1h12

	Henriette Cadre de santé	Marina Faisant fonction cadre supérieur de santé	Delphine Cadre supérieure de santé	Sabrina Cadre de santé	Léa Cadre de santé formatrice et directrice adjointe	Christine Cadre institutionnel ou cadre supérieur de santé de nuit
Age	38 ans	46 ans	50 ans	47 ans	45 ans	57 ans
Service et équipe	Médico-technique, Anapath 2 techniciennes, 5 médecins et 1 ASH Service stable	Pôle médico-technique	Pôle femme-enfant	Médecine, urgences et rhumatologie	IFSI	L'ensemble de l'établissement
Etudes, emplois avant école d'infirmière	Ecole de chimie- biologie	Bac C	Bac	?	Bac	CAP d'art ménager, pas de BAC
Métier envisagé étant jeune	Laboratoire	Laboratoire	?	Infirmière dès l'âge de 10 ans	Hésitait entre infirmière et enseignante	?
Famille	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins	Père menuisier et mère secrétaire	Mari enseignant, aucun parent dans les soins	Aucun parent dans les soins
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Technicienne de laboratoire en anapath (dès 1974) → promotion professionnelle → cadre de santé en anapath	Technicienne de laboratoire (20 ans) → IFCS → cadre de laboratoire (en 2002) → nommée cadre supérieure de santé (depuis 2007)	Ecole infirmière (1980) → gériatrie (1 an et demi) → cardiologie (5 ans) → infirmière en gynécologie puis faisant fonction (3 ans) → IFCS → cadre de santé en maternité (7 ans) → nommée cadre supérieure en chirurgie adulte (8 ans) → pôle femme-enfant (depuis 4 ans)	Ecole d'infirmière (1982) → réanimation (16 ans) → IFCS → cadre institutionnel de nuit → cadre de jour aux urgences (7 ans) → cadre de santé en chirurgie viscérale (2 ans) → nommée cadre supérieure en médecine urgences et rhumatologie (depuis 10 ans)	Ecole d'infirmière → maternité → gynécologie → faisant fonction à l'IFSI (2 ans) → IFCS (1994) → Cadre de santé formatrice (depuis 16 ans) et remplaçait la directrice une semaine par mois → directrice adjointe	Ecole d'infirmière (1973) → chirurgie homme (1 an et demi) → urgences (7 ans) → pédiatrie (4 ans) → réanimation de nuit (2 ans) → nommée surveillante de nuit (2 ans) → cadre aux urgences de jour → concours sur titre cadre de santé supérieure (en 2000) → psychiatrie (4 ans) → urgences, Smur (9 mois) → de nuit (depuis 2 ans)
Faisant fonction	Non	Non	Dur au départ car pas de cadre supérieur, mais a beaucoup aimé manager	Des remplacements Permet de voir si on est fait pour ou pas	Très dur car n'a aucune formation sur la pédagogie et la construction de cours	Non

	Henriette Cadre de santé	Marina Faisant fonction cadre supérieur de santé	Delphine Cadre supérieure de santé	Sabrina Cadre de santé	Léa Cadre de santé formatrice et directrice adjointe	Christine Cadre institutionnel ou cadre supérieur de santé de nuit
Motivation à être cadre	Ça a été une transformation d'un poste de technicienne en poste de cadre. Ça n'a pas été un poste en plus	Avait envie de sortir et de faire partager ses données	Envie de faire avancer des projets de qualité de prises en charge, le cadre peut le faire	N'avait pas du tout envie d'être cadre un jour, mais c'est sa cadre qui lui a demandé si elle ne voulait pas faire quelque chose de plus et elle voulait former des jeunes	Voulait entrer en formation	Intéressée par la fonction depuis qu'elle est infirmière aux urgences, arrivée à un moment de sa carrière où elle voulait faire et voir autre chose
Formation cadre	Non	En continu La découverte, année très riche, prenait tout Ce n'est pas parce qu'on a fait l'école qu'on sait tout	En continu En retient la résolution de problème, la méthodologie des projets, l'ouverture et la prise de recul	Ils essayent de donner des outils, ils essayent de donner des méthodes, mais comme ça se cale pas au terrain et bien on se débrouille.	A tout appris en faisant fonction, les stages lui ont beaucoup appris	Lui a été promis lorsqu'on lui a donné le poste de surveillante mais finalement ne l'a jamais faite
Aptitude innée nécessaire à la fonction	?	On apprend sur le terrain avec le temps. Y'a une part de personnel, de choix	Faut une formation mais il y a des aptitudes à la base quand même	Il faut avoir des aptitudes, mais ne sait pas dire lesquelles	Il faut être pédagogue, se demande si ça s'apprend	?
Définition de leur rôle	Technicienne chef	Un manager	Un manager	Un gestionnaire qui manager	?	Manager
Tâche qui prend le plus de temps	Fait encore de la technique	?	Le remplacement du personnel	Les plannings	?	?
Horaires	?	8h30-19h	9h-20h	?	?	20h10-6h30
Poursuite de la carrière	Ne rien changer	Continuer dans sa fonction de cadre supérieur	Enseigner à l'école des cadres, ne veut pas finir sa carrière aigrie comme ses collègues	Ouvrir un service de gériatrie aigue	Attend la réponse du concours de cadre supérieur, pense à devenir directrice des soins	Bientôt en retraite, mais veut partir dans un hôpital franco-vietnamien
Déroulement de l'entretien	8 juillet 2008 à 14h Dans son bureau, durée : 1h10 Seule cadre qui fait encore de la technique	8 juillet 2008 à 16h Dans son bureau, durée : 1h47	9 juillet 2008 à 15h Dans son bureau, durée : 1h29	15 juillet 2008 à 16h Dans son bureau, durée : 1h20	17 juillet 2008 à 10h Dans son bureau, durée : 1h33	5 septembre 2008 à 21h Dans un bureau des urgences, durée : 1h45

		Sylviane Cadre de santé		
Age	45 ans		Formation cadre	En discontinu Y'a des profils d'école, quand on sort de l'école on applique les choses mais on se souvient pas qu'en fait qu'on a été formé sur ça
Service et équipe	Psychiatrie Service difficile, 3-4 ans seulement, pas d'absentéisme par contre		Aptitude innée nécessaire à la fonction	?
Etudes, emplois avant école d'infirmière	Secrétaire trilingue (10 ans)		Définition de leur rôle	Un accompagnant
Métier envisagé étant jeune	?		Tâche qui prend le plus de temps	La gestion
Famille	Aucun parent dans les soins		Horaires	?
Parcours professionnel après l'école d'infirmière	Ecole d'infirmière → Psychiatrie (8 ans) → faisant fonction (2005) → IFCS (2 ans) → Cadre de santé en psychiatrie (depuis 9 mois)		Poursuite de la carrière	Ne se voit pas cadre supérieur, pense à l'IFSI pendant juste 3 ans et à directrice des soins mais faut passer par cadre supérieur
Faisant fonction	15 jours de transmission puis complètement lâchée Cette période lui a servi pour réussir le concours d'entrée à l'IFCS		Déroulement de l'entretien	9 septembre 2008 à 10h Dans un bureau de la psychiatrie, durée : 2h35
Motivation à être cadre	Commençait à prendre des initiatives quand elle voyait que le cadre gérait mal			