

Ecole Supérieure Montsouris Université Paris Est Créteil

Diplôme de Cadre de Santé

MEMOIRE



**Vers un encadrement
par des managers non
soignants ?**

Jérôme CHEVILLOTTE

2011-2012

DCS 11-12

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de mémoire, Gilles DESSERPRIT, pour ses conseils avisés et son écoute bienveillante à mon égard.

Un grand merci également à tous les professionnels de santé, qu'ils soient cadres de santé ou infirmiers, pour la disponibilité dont ils ont fait preuve et l'aide qu'ils m'ont apporté pour le travail d'enquête exploratoire ou de terrain.

Merci à Marie G. pour les échanges constructifs que nous avons eu et Julien B. qui m'a soutenu tout au long de cette année de formation.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	3
1 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE	5
1.1 Mon expérience personnelle	5
1.2 L'évolution de la fonction managériale du cadre de santé.....	6
1.3 Le cheminement de ma réflexion.....	12
2 L'ENQUETE EXPLORATOIRE.....	14
2.1 La méthodologie.....	14
2.2 L'analyse de travaux de groupe	14
2.3 L'entretien exploratoire.....	17
2.4 Synthèse sur l'approche du thème.....	19
3 LE CADRE CONCEPTUEL	21
3.1 Le concept de légitimité	21
3.2 Le concept d'identité professionnelle	23
3.3 Le concept de culture professionnelle.....	25
3.4 Le concept de management stratégique	27
3.5 La synthèse du cadre conceptuel.....	30
4 L'HYPOTHESE DE RECHERCHE	31
5 L'ENQUETE DE TERRAIN	32
5.1 Méthodologie	32
5.1.1 Choix des populations et des lieux d'enquête	32
5.1.2 Choix des outils d'enquête	32
5.1.3 Modalités de réalisation.....	33
5.2 Traitement des données.....	34
5.2.1 Les entretiens auprès des cadres de santé.....	34
5.2.2 Les questionnaires auprès des infirmières.....	42

6	ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES	47
6.1	La légitimité et la culture professionnelle du cadre de santé	47
6.2	L'identité professionnelle et filière professionnelle.....	48
6.3	Le positionnement du cadre de santé, clé du management stratégique.....	49
6.4	Le manager en santé non originaire d'une filière soignante	50
7	LES LIMITES ET APPORTS DE CE TRAVAIL	52
7.1	Les limites	52
7.2	Les apports	52
	CONCLUSION.....	53
	BIBLIOGRAPHIE.....	54
	ANNEXES.....	58

INTRODUCTION

Au fil des années, le métier de cadre de santé s'est complexifié au rythme des restructurations imposées par les réformes hospitalières successives ou encore des réalités économiques de plus en plus prégnantes au quotidien. Depuis 1995, date de la création d'une formation et d'un diplôme communs de cadre de santé à l'ensemble des professions paramédicales, la formation de cadre de santé n'est plus centrée sur le soin mais davantage sur l'encadrement et la fonction managériale.

La formation délivrée par l'Ecole Supérieure Montsouris est associée à une formation universitaire, organisée par l'Université Paris Est Créteil, intitulée Master 1 Management et Santé. L'objectif de cette formation est triple : *« donner aux apprentis les savoirs et outils juridiques, économiques et médicaux qui leur permettront de comprendre les politiques de santé publique et le fonctionnement des organisations de santé ; mettre en perspective les connaissances acquises, permettre d'appréhender les évolutions et la prospective des systèmes de santé et de situer la santé publique dans les débats contemporains ; et engager la formation managériale nécessaire à tout cadre »*¹.

Aujourd'hui au regard des évolutions des fonctions et de la formation des cadres de santé, est-il encore nécessaire d'avoir des cadres de santé issus d'une filière soignante ? Ne pourrait-on pas envisager de créer un corps de managers en santé non soignants ? Le fait que des cadres de santé, non issus de la filière infirmière, animent et gèrent des personnels infirmiers ne permet-il pas l'amorce de cette évolution ?

L'ensemble de ces questions m'intéresse du fait de mon positionnement et de mon interrogation sur ma plus value d'infirmier anesthésiste dans la gestion quotidienne, en tant que cadre de proximité, d'un bloc opératoire pluridisciplinaire.

Ce travail de recherche sera pour moi l'occasion d'explorer cette thématique.

Dans une première partie, je présenterai mon expérience personnelle et j'étudierai l'évolution de la fonction managériale du cadre de santé. Ces éléments m'amèneront à déterminer une question de départ.

¹ Présentation du Master 1 Management et Santé, Université Paris Est Créteil, <http://www.u-pec.fr/pratiques/universite/presentation/master-1-management-et-sante-305887.kjsp?RH=ALTER> [Consulté le 18 avril 2012]

Dans une seconde partie, je ferai part d'une enquête exploratoire qui m'a permis de faire évoluer ma question de départ et de déterminer les éléments de recherche de mon cadre conceptuel.

Je développerai ensuite, dans une troisième partie, plusieurs concepts et déterminerai une hypothèse définitive de recherche.

A l'issue, dans une quatrième partie, je détaillerai la méthodologie et les résultats d'une enquête que j'ai réalisée auprès de cadres de santé et d'infirmières d'établissements publics de santé.

L'ensemble de ces éléments me permettra de procéder à une analyse et de confronter les résultats obtenus à mon hypothèse de départ et mon cadre conceptuel.

Je terminerai cet écrit par les limites et apports que j'ai pu constater en réalisant ce travail qui se trouve être la synthèse d'une réflexion et de recherches de plus de cinq mois.

1 LA CONSTRUCTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

1.1 Mon expérience personnelle

Suite à une carrière militaire de dix années, j'ai souhaité évoluer vers une fonction d'encadrement. J'ai alors postulé dans un centre hospitalier de la région parisienne sur un poste de faisant fonction de cadre de santé infirmier anesthésiste dans un bloc opératoire pluridisciplinaire.

Cet établissement de santé est étendu sur deux sites, distants de plusieurs kilomètres l'un de l'autre, comprenant chacun un bloc opératoire. Durant la première année suivant ma prise de fonction, j'ai eu en charge l'animation d'une équipe de 34 infirmiers anesthésistes, 8 infirmiers et 8 aides-soignants sur l'un des sites. Outre un effectif important, la particularité de ce service est d'assurer une continuité des soins 24 heures sur 24 tous les jours de l'année avec des agents ayant une amplitude horaire de 8, 10, 12 ou 24 heures. De plus, au sein de ce même site, les activités des blocs opératoires sont réparties sur deux niveaux différents : l'activité obstétricale sur deux salles au rez-de-chaussée et le reste de l'activité sur sept salles au premier étage. Mes missions ont consisté en la gestion et l'animation de l'ensemble des personnels d'anesthésie mais également à la participation de la régulation de l'activité et, dans une moindre mesure, au maintien de mes compétences techniques par le remplacement des infirmiers lors des pauses déjeuners.

L'année ayant suivie ma prise de fonction, mon Chef de service et mon Cadre de pôle ont souhaité réorganiser l'ensemble des blocs opératoires des deux sites. Ils m'ont confié le poste de faisant fonction de cadre de santé infirmier anesthésiste sur les deux sites. Ainsi j'ai pris en charge la gestion et l'animation de 44 infirmiers anesthésistes répartis sur les deux sites, 4 infirmiers et 3 aides soignants de la salle de surveillance post interventionnelle d'un site. J'ai donc dû rapidement adapter mon organisation afin d'assurer une présence équitable sur les deux sites en évitant que l'un ou l'autre ne se sente « délaissé ».

Ces données, effectifs et géographie, n'ont pas été sans conséquence dans ma pratique quotidienne. Auparavant, je parvenais à maintenir une compétence technique en aidant parfois les infirmières ou infirmières spécialisées lors de l'accueil des patients ou en salle de surveillance post interventionnelle. Du fait de l'évolution de mes missions, hors

urgence ou cas exceptionnel, je ne pouvais plus réaliser de soins auprès des patients. Je passais d'un statut de manager-soignant à celui de gestionnaire non soignant.

Dès lors je me suis interrogé sur la plus value de mon expertise métier et me suis demandé :

En quoi le fait d'être infirmier anesthésiste était une plus value pour cette fonction et est-ce que cette dernière ne pourrait pas, dans l'absolu, être assurée par un manager en santé non issu d'un métier soignant ?

1.2 L'évolution de la fonction managériale du cadre de santé

Suite à mon expérience et à mon questionnement, je me suis intéressé à l'histoire de la fonction de cadre de santé. Mon objectif, au travers de cette étude, était de regarder si l'évolution des réformes et de la fonction de cadre de santé pouvait expliquer mon ressenti. Je souhaitais savoir s'il existait des éléments, notamment législatifs, évoquant l'évolution du statut de cadre-soignant à celui de cadre-manager-gestionnaire.

Jadis, les responsables infirmières d'unité étaient appelés « surveillantes » ou « infirmières en chef ». Elles étaient souvent nommées à l'ancienneté. C'est en 1943 que le rôle de surveillante est officiellement reconnu : « *Les surveillants et surveillantes dirigent les infirmiers et infirmières et le personnel de service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives, et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades ; ils sont responsables de la distribution aux malades des vêtements, aliments et tous autres objets de consommation reçus de l'économiste* »². Les deux aspects, gestion et soins, sont présents dans cette définition.

En 1951, a été créée la première école de formation à l'encadrement par la Croix-Rouge française avec deux orientations : l'une centrée sur la gestion administrative l'autre sur l'enseignement. Il faudra attendre 1958 pour que ces formations soient sanctionnées par un diplôme³. Les principales fonctions des surveillantes d'unités de soins étaient « *de*

² Article 101, Décret du 17 avril 1943 RAP pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et hospices

³ Décret du 14 Novembre 1958, portant création du Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Surveillante (CAFIS), et du Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Monitrice (CAFIM)

coordonner les activités des personnels soignants, de participer à la gestion des personnels et de veiller à la qualité des soins infirmiers, ainsi que de participer à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux »⁴.

En 1962, l'Assistance Publique Hôpitaux de Paris crée une école de cadres infirmiers qui deviendra, à partir de 1978 avec l'intégration des professions médico-techniques, une école de cadres hospitaliers.

C'est en 1989 que le terme « management » apparaît pour la première fois dans une circulaire ministérielle relative à la formation de l'encadrement soignant aux démarches de management⁵. Dans ce texte, on retrouve la plupart des concepts utilisés aujourd'hui encore notamment les notions de responsabilité, d'évaluation, de mesure des performances.

L'année suivante, en 1990, une circulaire vient préciser la mission et le rôle des surveillantes et surveillantes chefs hospitaliers. La description des activités des surveillantes est déclinée en quatre axes⁶ :

- **Technicité** : celle-ci comprend le soin (projet, démarche, formation), la gestion vis-à-vis de l'équipe (animation, organisation, formation) et du matériel (commande, maintenance), la formation des stagiaires et la recherche ;
- **Information** : le cadre de santé est le facilitateur et le transmetteur de l'information tant dans un sens pyramidal que transversal ;
- **Relation / Communication** : il établit des relations avec la direction, l'équipe médicale, les autres services, les malades et leurs familles ;
- **Contribution économique** : *« Il est garant de la qualité du soin et de son organisation. Il est responsable de l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité et de la gestion des produits et des matériels »*. Le cadre de santé réalise des tableaux de bords.

Là encore, nous retrouvons – au travers de l'axe « technicité » – la notion de soins et donc la nécessité de maintenir, pour le cadre de santé, une composante soignante.

⁴ SAINSAULIEU Yvan and Co, Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques, 2008, Paris : Lamarre, 249 p. (fonction cadre de santé)

⁵ Circulaire DH/8A/IM/CT/n° 297 du 10 mai 1989 relative à la formation de l'encadrement soignant aux démarches de management

⁶ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôles des surveillantes et surveillantes chefs hospitaliers

Par la suite, l'évolution des fonctions des cadres infirmiers sera concomitante aux réformes hospitalières. En 1991, la loi portant réforme hospitalière⁷ permettra aux cadres infirmiers de passer d'une fonction de contrôle à une fonction d'acteurs de la gestion des services de soins. Il s'agit d'un renforcement de la circulaire de 1990 précitée.

L'année 1995 est une année de référence pour les encadrants de proximité. C'est l'année de la création d'un diplôme unique de cadre de santé⁸ pour 14 professions paramédicales (audioprothésiste, diététicien, ergothérapeute, infirmier, infirmier de secteur psychiatrique, manipulateur d'électroradiologie médicale, masseur-kinésithérapeute, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste, pédicure-podologue, préparateur en pharmacie, psychomotricien et technicien de laboratoire d'analyses de biologie médicale). La délivrance des certificats de cadre par filière est supprimée. Cette unification des professions sous une même formation a pour objectif de décloisonner les métiers au sein de l'hôpital et de favoriser l'inter professionnalité.

Ce passage de cadre infirmier à cadre de santé pourrait laisser à penser que la fonction d'encadrement deviendrait transversale et qu'il se serait plus nécessaire d'avoir la connaissance et la maîtrise des compétences professionnelles de son métier d'origine. Ainsi la circulaire de 1990 édictait que le surveillant était « *une référence pour le soin spécifique* », responsable « *du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction* »⁹ tandis que l'arrêté de formation de 1995 (Annexe I), toujours en vigueur, indique « *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* »¹⁰. Pour le corps des cadres infirmiers, il s'agit de passer d'une fonction centrée sur les soins infirmiers à une fonction d'encadrement. Ainsi, le passage à un statut de cadre n'est donc plus uniquement en lien avec l'ancienneté, c'est la naissance d'une nouvelle profession.

Néanmoins, dans le même arrêté de 1995, il est précisé que le « *décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des*

⁷ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁸ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

⁹ Ibid

¹⁰ Annexe 1, Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

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 ». Que faut-il entendre par filière et origine professionnelle ? Est-ce que cette phrase signifie que seuls les cadres de santé, issus de la filière infirmière, peuvent animer et gérer une équipe d'infirmière ou est-ce qu'un cadre de santé originaire de la filière de rééducation le pourrait ?

Le premier élément de réponse se trouve dans l'article 1 du décret portant création d'un diplôme de cadre de santé⁸ qui précise : « *Il est créé un diplôme de cadre de santé. Ce diplôme porte mention de la profession de son titulaire* ». Ainsi s'il est créé une formation commune de cadres de santé, il demeure une indication de la filière professionnelle d'origine.

Le second élément de réponse pourrait se trouver dans le décret, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière¹¹, qui crée un corps de cadres de santé avec trois filières différenciées selon la formation :

- la filière infirmière : elle comprend les infirmiers cadres de santé, les infirmiers de bloc opératoire cadres de santé, les infirmiers anesthésistes cadres de santé, les puéricultrices cadres de santé ;
- la filière de rééducation avec les pédicures-podologues cadres de santé, les masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé, les ergothérapeutes cadres de santé, les psychomotriciens cadres de santé, les orthophonistes cadres de santé, les orthoptistes cadres de santé et les diététiciens cadres de santé ;
- la filière médico-technique avec les préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé, les techniciens de laboratoire cadres de santé, les manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Ainsi, en analysant le texte de la fonction publique hospitalière précité, nous pouvons dire qu'il n'y a pas de distinction entre filière et origine professionnelle.

¹¹ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

A ce jour, la formation conduisant au diplôme d'Etat de cadre de santé est organisée en 6 modules dont aucun n'est centré sur les soins :

- Module 1 – Initiation à la fonction de cadre : l'objectif est de définir et comprendre le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement, d'identifier le rôle et les missions du cadre et de découvrir les modes de management utilisés notamment dans les institutions sanitaires et sociales et les entreprises, de développer ses aptitudes à communiquer efficacement et d'appréhender les différentes phases du processus permettant d'intégrer la dimension éthique dans la prise de décision ;
- Module 2 - Santé publique : la finalité est, entre autres, d'acquérir à partir de son domaine professionnel une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé ;
- Module 3 - Analyse des pratiques et initiation à la recherche : ce module a pour but de permettre aux étudiants d'appréhender les concepts de recherche et de réaliser une démarche de recherche appliquée au domaine professionnel à partir d'une méthodologie et des outils d'enquête ;
- Module 4 - Fonction d'encadrement : l'un des objectifs est de déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire ou sociale ;
- Module 5 - Fonction de formation : l'ensemble de ce module est orienté sur la formation des étudiants en instituts de formation paramédicale et du personnel de soins avec l'identification de leurs besoins, la participation à leur formation et à la réussite de celle-ci ;
- Module 6 - Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels.

Outre l'arrêté de formation précité, il n'y a pas de texte législatif définissant précisément les rôles et missions des cadres de santé. Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière¹² définit la fonction de cadre responsable d'unité de soins comme : « *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 sont :

- « *Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités* »

¹² <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27>
[Consulté le 01/02/2012]

paramédicales, dans son domaine ;

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

En 2009, Mme BACHELOT-NARQUIN, Ministre de la santé et des sports, a demandé la réalisation d'une mission de réflexion sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers (cadres soignants, administratifs, logistiques ou techniques). Les auteurs du rapport¹³ ont retenu quatre missions principales des cadres hospitaliers :

- *« une mission de management d'équipes et d'organisations ;*
- *une mission transversale ou de responsabilité de projet ;*
- *une mission d'expert ;*
- *une mission de formation ».*

In fine, l'évolution majeure en 1943 et 1990 réside dans le passage d'une activité de cadre soignant à celle de gestionnaire. Depuis 1991, les réformes se succèdent et les rôles administratifs et de gestionnaires deviennent prépondérants dans l'activité des cadres de santé. Le métier de gestionnaire administratif est défini au sein du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière comme la personne qui « *réalise les opérations*

¹³ Ministère de la santé et des sports, Rapport de la mission Cadres hospitaliers présentée par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, p 5

administratives inhérentes à un domaine d'activité donné, en appliquant les procédures et règles définies »¹⁴.

Cette analyse renforce mon ressenti sur l'absence de nécessité d'être issu de la filière soignante pour exercer aujourd'hui la fonction de cadre de santé. De ce fait, je m'interroge sur la pertinence de l'annexe de 1995, toujours en vigueur à ce jour, qui prévoit que les soignants doivent être encadrés par un cadre de santé issu de la même filière qu'eux.

1.3 Le cheminement de ma réflexion

J'ai voulu confronter mon étude de l'évolution de la fonction cadre de santé avec le ressenti des cadres de santé en exercice. J'ai ainsi échangé à propos de mon questionnement – de façon informelle – avec des cadres de santé n'appartenant pas à mon établissement. Tous m'ont indiqué qu'il y avait une volonté de leur direction que les cadres de santé ne se considèrent plus comme des soignants mais comme des gestionnaires. Pour savoir si j'étais dans ce cas, ils m'ont encouragé à examiner mon bulletin de salaire et à rechercher si, en qualité de faisant fonction de cadre de santé, je percevais l'indemnité pour travaux dangereux, insalubres, incommodes ou salissants. Ne la percevant pas, j'ai interrogé le référent de mon pôle au sein du service des ressources humaines. Sa réponse confirma les propos tenus par les cadres de santé rencontrés de façon informelle : *« vous êtes faisant fonction de cadre de santé donc plus au contact des patients, il est de ce fait normal que vous ne perceviez plus cette indemnité »*.

J'ai donc entrepris la formation de cadre de santé avec la conviction que mon métier de soignant, et donc mon expertise professionnelle, n'étaient pas indissociables du métier de cadre de santé.

Puis vint le premier stage que j'ai réalisé auprès d'un manager des ventes au sein du magasin Printemps Parly 2 situé à Le Chesnay (78). Ce lieu de stage avait été, pour moi, un véritable choix de part le nombre d'agents que gérait le manager auprès duquel j'allais être affecté mais aussi de part la superficie de l'espace de vente dont il avait la charge.

¹⁴ Gestionnaire administratif(ve), Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=118> [Consulté le 16 avril 2012]

Après 3 semaines de stage et de discussions avec mon tuteur, je me suis rendu compte que nous avons de nombreuses problématiques et contraintes en commun. Le manager des ventes est le pivot / l'intermédiaire entre les équipes de vente et la direction, c'est lui qui réalise les plannings et s'assure de la présence quotidienne des personnels. Il est en relation directe avec les clients en cas de réclamation. En somme, c'est la personne qui a le premier niveau de responsabilité hiérarchique de l'entreprise et qui assure la visibilité de cette dernière. Il est confronté aux problèmes d'absence, de gestion des stocks, de difficultés relationnels entre les personnels ou avec les clients.

De là, je me suis demandé si – en me donnant l'ensemble des clés de compréhension – je pourrais être manager des ventes et si, inversement, le manager des ventes pourrait gérer une équipe soignante. En somme, est-ce que de nos jours le terme de cadre de santé est encore approprié à la fonction ?

J'ai donc décidé de formuler ma question de départ ainsi :

Faut-il être issu d'un métier soignant pour être cadre de santé ?

Afin de m'assurer de l'intérêt et de la faisabilité de cette recherche, j'ai décidé de réaliser une enquête exploratoire.

2 L'ENQUETE EXPLORATOIRE

2.1 La méthodologie

A l'issue de mes constats, de mes premières recherches et lectures, il me paraissait important de confronter mes idées avec des éléments plus formels. Pour ce faire, j'ai décidé d'utiliser deux méthodes.

La première méthode a consisté en l'analyse de travaux de groupe réalisés par ma promotion à l'Institut de Formation des Cadres de Santé Montsouris. En effet, à l'issue du stage du module 1 en entreprise, nos formateurs nous ont demandé de décrire les missions, les activités, compétences et qualités inhérentes à la fonction d'encadrement dans le secteur privé non soignant et de comparer ces éléments avec la fonction de cadre de santé. Cette analyse m'a permis d'avoir d'autres regards comparatifs des missions des cadres de proximité et de voir si mon ressenti était partagé par la majorité de la promotion.

La seconde méthode a consisté à réaliser un entretien exploratoire auprès d'un manager non issu de la filière soignante, c'est-à-dire n'ayant pas une formation initiale ou spécifique de soignant, mais qui encadre des personnels soignants tant sur le plan fonctionnel que hiérarchique. Mon objectif était de vérifier la pertinence de mon questionnaire, savoir s'il était d'actualité, et éventuellement de rechercher les éléments conceptuels de celui-ci que je serais amené à développer dans mon travail de recherche.

2.2 L'analyse de travaux de groupe

Les travaux de groupe ont fait l'objet de huit documents rédigés. En voici les principaux éléments.

Les missions et activités communes au manager, hors secteur sanitaire et social, et cadre de santé sont :

- Gestion des ressources humaines : le cadre de santé / manager réalise les plannings et gère les demandes de remplacement en fonction des besoins ;
- Gestion budgétaire pleine ou participative de son service : il participe aux achats nécessaires à l'activité du service et/ou établit un budget prévisionnel tel que le plan annuel d'équipement ;

- Encadrement d'une équipe : le cadre de santé / manager anime une équipe en fonction des buts et objectifs prédéfinis ;
- Organisation, coordination, distribution des tâches : il évalue la charge de travail et répartit les tâches entre les membres de l'équipe ;
- Participation à la conduite de projet : il est soit meneur des projets ou il participe à la conduite de projets de son service ou de l'établissement ;
- Garant de la qualité et de la sécurité : il réalise une veille réglementaire ;
- Contrôle des bonnes pratiques : le cadre de santé / manager contrôle l'exécution du travail réalisé dans le respect des règles de l'art ;
- Information, formation et évaluation : il informe les agents, participe à leurs formations et les évalue au regard de leurs pratiques ;
- Interface entre la hiérarchie et la base opérationnelle : le cadre de santé / manager est la « courroie de transmission » entre les agents et la direction ;
- Relationnel avec les prestataires extérieurs ou les bénéficiaires : il est l'interlocuteur privilégié et le représentant de son service.

Les compétences et capacités communes :

- Dialogue : le cadre de santé / manager a la capacité à échanger avec les équipes mais aussi les bénéficiaires des services proposés ;
- Force de proposition : il a la capacité et le dynamisme pour faire des suggestions, proposer des améliorations ;
- Autonome : il peut assurer seul – dans la limite des missions qui lui ont été confiées – la gestion de son service ;
- Planificateur : il sait prévoir le travail dans la durée ;
- Organisateur : le cadre de santé / manager sait organiser et répartir la charge de travail entre les différents agents ;
- Contrôleur : à l'issue de la réalisation des activités, il peut vérifier la bonne exécution des actions réalisées ;
- animateur / Leader : le cadre de santé / manager est reconnu comme l'autorité hiérarchique par son équipe ;
- Fédérateur : il réunit l'équipe autour de valeurs et d'un projet commun ;
- Capacité d'analyse : il sait étudier les réussites tout comme les échecs ou dysfonctionnements permettant au service et à l'équipe de progresser.

Les qualités communes :

- Adaptabilité : le cadre de santé / manager sait modifier son planning, ajuster ses demandes en fonction des circonstances et de la charge de travail ;
- Réactivité : il a une capacité à réagir notamment en cas d'urgence ou de difficulté ;
- Rigueur : il sait faire preuve de rigueur à bon escient (règles de sécurité, respect des horaires...) ;
- Sens de l'écoute et de la communication : il sait être attentif aux dires de l'équipe et/ou des bénéficiaires, il facilite les échanges ;
- Dynamisme / Initiative : il a de l'énergie, il est volontaire pour mener des projets ;
- Justesse : le cadre de santé / manager fait preuve d'exactitude et de pertinence dans la prise de ses décisions ;
- Créatif : il est inventif et il a une faculté à créer, à innover pour améliorer les conditions de travail des équipes et satisfaire les besoins des bénéficiaires.

Les principales différences entre le manager hors secteur sanitaire et social et le cadre de santé peuvent être expliquées par la différence de l'objectif fixé par l'entreprise. En effet, en dehors du secteur sanitaire et social, les cadres ont le plus souvent des objectifs de productivité et de rentabilité contrairement aux établissements de santé qui restent – malgré l'arrivée de la tarification à l'activité et les notions d'économie et d'efficience – centrés sur la personne soignée et l'humain. Outre l'objectif visé, en terme de management, les pratiques de management sont sensiblement identiques. Seul un groupe, sur les huit, a trouvé que le management était – contrairement à l'hôpital – totalement directif, où des objectifs de rendement étaient imposés, dans les entreprises dans lesquelles ils sont allés.

Dans les similitudes, il est ressorti que le cadre est avant tout un manager de proximité qui se voit attribuer des missions d'organisation, de coordination, de contrôle, de planification au sein de sa structure. Etant à la fois à l'écoute des équipes et diffuseur des informations de la direction, il a un rôle d'interface important. Plusieurs groupes ont réalisé – à l'issue de ce travail – que le fonctionnement de l'hôpital s'orientait de plus en plus vers un fonctionnement d'entreprise (notions de clientèle, de satisfaction, de qualité et d'évaluation, d'efficience voire de rentabilité).

De l'analyse faite par l'ensemble des groupes il est ressorti que les missions, les activités, compétences et qualités étaient sensiblement identiques que les managers soient dans la santé ou le domaine d'entrepreneuriat. Néanmoins plusieurs groupes se sont posés la question de la transposabilité du métier de manager, hors domaine sanitaire et social, dans un établissement de santé. De vifs débats ont eu lieu sur la question de la nécessité ou non d'avoir une expertise professionnelle pour assurer la fonction et si le fait d'avoir les clefs de compréhension, sans forcément avoir un métier soignant d'origine, pouvait suffire.

2.3 L'entretien exploratoire

Dans un premier temps, je souhaitais réaliser mon entretien exploratoire auprès de managers non issus de la filière soignante. Il s'avère qu'il en existe très peu au sein des établissements publics de santé. J'ai pu néanmoins en contacter deux. Ces derniers sont ingénieur ou qualifié dans l'industrie et ont été recrutés dans des services médico-techniques (blocs opératoires). Lors de leur recrutement, ils avaient un lien direct avec les soignants notamment en terme de gestion et d'organisation avec des liaisons hiérarchiques et fonctionnelles préétablies. Non isolés dans leur service, ils intervenaient aux côtés de cadres de santé. A ce jour, leurs fonctions ont évolué, ils n'ont plus de liens hiérarchiques avec les équipes soignantes. Ils sont rattachés à la direction de leur établissement et travaillent en collaboration avec les cadres de santé. Ce changement n'est pas dû à une difficulté d'expertise professionnelle mais à un choix de la direction notamment depuis l'organisation des services en pôles. Leurs expertises managériales et de gestion leur ont permis d'occuper des postes d'encadrement supérieur.

Du fait de ce changement et des difficultés à trouver des managers non issus de la filière soignante exerçant en établissements publics de santé en qualité de cadre de proximité, j'ai décidé de réorienter le choix de ma population de recherche. J'ai choisi d'interroger un cadre de santé non issu du même corps de métier que les professionnels de santé qu'il encadre.

Bien qu'issus d'un métier initial de soignant, les cadres de santé amenés à encadrer des professionnels de santé non issus de la même filière de santé qu'eux ont les mêmes problématiques que les managers non issus d'une filière soignante. Bien que la fonction, les missions et les responsabilités soient identiques, il y a une différence dans la technicité

qui est inconnue pour le cadre de santé, non issu de la filière infirmière, et peut être même dans la culture professionnelle qui est dépendante des valeurs communes et du métier exercé.

Ma question de départ s'est donc transformée comme suit :

Le cadre de santé doit-il, pour exercer dans un service de soins, être issu de la même filière soignante que celle des professionnels de santé dont il a l'animation et la gestion ?

J'ai réalisé un entretien exploratoire de courte durée (30 minutes) auprès d'un cadre de santé d'origine professionnelle technicien de laboratoire, d'un établissement public de santé, qui encadre des infirmiers et aides-soignants dans un service de médecine. Il a obtenu son diplôme de cadre de santé en 1998 soit après la création du diplôme et du référentiel unique de formation.

Mon objectif était de tester l'intérêt et la pertinence de mon objet de recherche et d'extraire de l'entretien certains concepts. Pour ce faire j'ai décidé de ne poser que deux questions : la première était identique à la question de départ et la seconde me permettait de rechercher d'éventuelles difficultés ressenties lors de la prise de poste.

Question : Le cadre de santé doit-il, pour exercer dans un service de soins, être issu de la même filière soignante que celle des professionnels de santé dont il a l'animation et la gestion ?

La réponse formulée par le cadre de santé fut négative en m'expliquant que le diplôme de cadre de santé, ainsi que la formation, étaient communs à l'ensemble des filières paramédicales et que, de ce fait, il n'était plus nécessaire d'être issu de la même filière soignante que les soignants encadrés. Le cadre de santé m'indiqua, de plus, que « *c'était un choix de sa part de ne pas être retourné, à l'issue de l'école des cadres, dans un laboratoire* ». Son choix ayant été effectué à l'issue du stage d'approfondissement, réalisé lors sa formation cadre de santé en service de chirurgie, durant lequel il avait trouvé un véritable intérêt et une richesse intellectuelle particulière notamment au travers des liens qu'entretenait le cadre de santé avec les soignants mais aussi les patients et leurs familles.

Question : Avez-vous éprouvé des difficultés lors de votre prise de poste dans le service et si oui, quelles étaient-elles ?

D'un point de vue théorique, le cadre de santé m'indiqua ne pas avoir ressenti de difficultés particulières, les soignants étant respectueux de la hiérarchie. Mais en pratique, il m'avoua que cela n'avait pas été si facile que ça. En effet, il fallut que sa présence soit « reconnue et acceptée par l'ensemble des soignants », d'une part, et qu'il démontre la plus value de sa fonction. Par manque de connaissances, il ne pouvait en effet pas aider son équipe d'un point de vue technique.

Question : Comment avez-vous fait concrètement ?

Plusieurs aspects sont pointés par le cadre de santé : « *Déjà j'avais l'appui du chef de service et des autres médecins. Ensuite j'ai été clair avec l'équipe en leur indiquant que je n'avais pas les compétences techniques mais que je pourrais trouver les moyens de les aider en fonction de leurs besoins. Je me suis également appuyé sur des personnes ressources du service. J'ai repéré les personnes qui avaient de l'influence sur les autres et je les ai incitées à monter avec moi des projets* ».

2.4 Synthèse sur l'approche du thème

A travers mon enquête exploratoire, j'ai pu confirmer l'intérêt et la pertinence de ma question de départ.

L'analyse des travaux de groupe et l'entretien exploratoire m'ont permis de déterminer plusieurs concepts qui seront développés par la suite. Il s'agit des concepts de :

- légitimité ;
- identité professionnelle ;
- culture professionnelle.

De plus, en réécoutant l'entretien exploratoire que j'avais enregistré, je pense que la question de management stratégique est importante. En effet, le cadre de santé – non issu de la même filière soignante que ses subordonnés – devra analyser les zones d'incertitudes et de pouvoir pour asseoir sa légitimité et, par là même, sa fonction.

Ainsi, en plus des trois concepts précités, je développerai le concept de management stratégique.

Le cheminement de la question de recherche et la détermination des concepts

QUESTION DE DEPART

En quoi le fait d'être infirmier anesthésiste serait une plus value pour la fonction de cadre de santé et est-ce que cette dernière ne pourrait pas, dans l'absolu, être assurée par un manager en santé non issu d'un métier soignant ?

Etude de l'historique de la formation cadre de santé et expérience du stage en entreprise

OBJET INITIAL DE RECHERCHE

Faut-il être issu d'un métier soignant pour être cadre de santé ?

- *Difficulté à trouver des managers de santé non cadre de santé*
- *Enquête exploratoire à l'aide du retour de travaux de groupes et d'un entretien exploratoire*

EVOLUTION DE L'OBJET DE RECHERCHE

Est-ce qu'un cadre de santé doit être issu de la même filière soignante que les professionnels de santé dont il a l'animation et la gestion, pour exercer dans un service de soins ?

Le concept de légitimité

Le concept d'identité professionnelle

Le management stratégique

Le concept de culture professionnelle

3 LE CADRE CONCEPTUEL

3.1 Le concept de légitimité

Le préfixe « *Leg* » du mot légitimité vient du latin « *lex, legis* » qui se réfère au droit, à la loi. L'étymologie du mot « légitimité » vient de « *legitimus* » qui veut dire fixé par les règles de droit et conforme à la législation. Si je me réfère au dictionnaire Le Petit Larousse Illustré le terme légitimité est défini comme une « *qualité de ce qui est fondé en droit, en justice, en équité* »¹⁵. Ce terme semble donc également renvoyer à la loi.

Si je m'en tenais à l'étymologie du mot et à la définition du dictionnaire, cela impliquerait que la légitimité va de soi et qu'elle ne se discute pas dès lors qu'elle est établie par un texte de loi. Dans ce cas, pour le manager en santé ou le cadre de santé non issu de la même filière que les professionnels de santé qu'il encadre, seule la décision de nomination dans la fonction de cadre de santé par le directeur serait nécessaire pour donner à celui-ci toute la légitimité nécessaire pour assurer ses fonctions.

Il me semble que le concept de légitimité ne se résume pas à un aspect normatif, sous entendu en tant que règle à caractère général et impersonnel qui constitue une source de droits et d'obligations juridiques. A mon avis, elle peut également comporter un aspect subjectif. Il m'apparaît donc intéressant d'avoir une approche sociologique de ce concept.

Max WEBER – économiste et sociologue allemand – a beaucoup écrit sur la question¹⁶. Il explique que la légitimité s'apparente à la reconnaissance sociale d'un individu par un groupe et que la légitimité du chef dépendra de la volonté du groupe d'accepter ou non d'être dominé. Selon lui, la domination peut être exercée par trois types de légitimité :

- la légitimité légale-rationnelle : elle s'appuie sur les lois et règles impersonnelles valables pour tous. Elle se fonde sur la compétence et le statut de la personne qui la détient. De part cette légitimité, l'individu détient le pouvoir ;
- la légitimité traditionnelle : elle repose sur la croyance dans le caractère sacré des coutumes et dans la légitimité des gouvernants. C'est une légitimité qui se construit et s'inscrit dans le temps ;

¹⁵ Dictionnaire « Le petit Larousse illustré », 100ème édition, p 627

¹⁶ WEBER Max, Economie et Société Tome 1 : les catégories de la sociologie, Paris : Pocket, 450 pp

- la légitimité charismatique : elle est liée aux qualités exceptionnelles de celui qui l'a détient et qui est reconnu par ses subordonnés. Nous parlons alors de qualité transcendante inaccessible aux hommes ordinaires.

Le concept de légitimité passe donc par celui de légitimation que l'on peut définir comme un processus par lequel des individus sont amenés à reconnaître la légitimité du pouvoir, des comportements, des institutions... Cette notion est importante car elle ouvre sur le questionnement sur la légitimité des ordres ou des décisions qui seront prises. Max WEBER explique que la validité de l'ordre dépend de la représentation que le groupe a de celui qui l'a donné : « *L'activité, et tout particulièrement l'activité sociale, et plus spécialement encore une relation sociale, peut s'orienter, du côté de ceux qui y participent, d'après la représentation de l'existence d'un ordre légitime (légitime ordnung). La chance que les choses se passent ainsi, nous l'appelons « validité » (Geltung) de l'ordre en question* »¹⁷.

Le fait d'évoquer la légitimité des ordres donnés renvoie à un autre concept : celui du pouvoir. En sociologie, le pouvoir peut se définir comme la « *capacité, au sein de relations sociales asymétriques, d'exercer une emprise ou une influence sur des individus* »¹⁸. Il s'agit de la capacité, pour un individu, de faire accepter, appliquer ou exécuter une tâche, une décision à d'autres individus et ce, même s'ils ne sont pas d'accords. Dans le monde du travail, le pouvoir peut être d'ordre moral, intellectuel, économique ou psychologique. Philippe BERNOUX, sociologue, résume le concept en indiquant que « *la légitimité est, depuis Max Weber, traditionnellement définie comme la capacité pour le détenteur du pouvoir de faire admettre ses décisions. Elle se situe donc du côté du dominé comme une adhésion ou au moins un acquiescement* »¹⁹.

In fine, les concepts de légitimité et pouvoir sont étroitement liés. La légitimité peut être donnée par la loi, telle la nomination ou le concours sur titres pour le cadre de santé, mais également par la reconnaissance des professionnels que ce dernier encadre. Pour se faire reconnaître, le cadre de santé devra, de plus, acquérir une identité professionnelle.

¹⁷ Ibid

¹⁸ Dictionnaire de sociologie. LE ROBERT, Seuil, 1999, p.581

¹⁹ BERNOUX Philippe, La sociologie des organisations, Paris : Le point, 1990, p 161

3.2 Le concept d'identité professionnelle

D'un point de vue étymologique, le mot identité vient du Latin *identitatem* qui signifie *idem*, le même. En psychologie, l'identité est la conscience que l'on a soi-même, ainsi que par la reconnaissance des autres, de ce que l'on est, de son moi. Elle permet à l'individu de percevoir ce qu'il a d'unique, c'est-à-dire son individualité. Pour Alex MUCCIELLI, professeur de sociologie « *l'identité est un ensemble de critères, de définitions d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est composé de différents sentiments : sentiment d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence*". Les dimensions de l'identité sont intimement mêlées : individuelle (sentiment d'être unique), groupale (sentiment d'appartenir à un groupe) et culturelle (sentiment d'avoir une culture d'appartenance) »²⁰.

Le concept d'identité recouvre donc un processus qui est en perpétuelle évolution, en construction. Dès l'enfance, l'individu se crée une identité à partir de ses repères individuels, familiaux avec ses composantes affectives et émotionnelles. Au décours de ses études, de ses interactions dans les relations aux autres, les représentations de l'individu vont faire évoluer son identité personnelle. Dans le monde du travail, l'individu arrive avec sa propre identité qui va devoir être confrontée, voire adaptée, à l'identité du groupe auquel il va appartenir. Ainsi chaque individu ou groupe d'individu dispose d'une identité qui lui est propre.

En 1996, le sociologue Jacques ION a défini le concept d'identité professionnelle comme la modalité « *qui permet aux membres d'une même profession de se reconnaître eux-mêmes comme tels et de faire reconnaître leur spécificité à l'extérieur. Elle suppose donc un double travail, d'unification interne d'une part, de reconnaissance externe d'autre part. D'autres matériaux que les modèles professionnels participent donc à la construction de ces identités : car si ces dernières supposent certes une communauté de pratiques, elles se constituent aussi dans les similitudes d'accès au métier, se forgent dans le creuset des institutions de formation, se nourrissent de la culture du métier et se légitiment et se consolident au sein des organisations de défense et de représentation collectives* »²¹.

²⁰ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Paris : Presses Universitaires Françaises, 1986, 127 pp (Que sais-je n° 2288)

²¹ ION Jacques, Le travail social à l'épreuve du territoire, Paris : Dunod, 1996, p. 91

Pour Renaud SAINSAULIEU l'identité professionnelle se définit comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* »²². L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi, mettant en question la reconnaissance réciproque des partenaires, s'ancrant dans « *l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir* ». Il privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir.

De son côté, Claude DUBAR parle d'identité sociale en expliquant que l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi. En 2001, il écrit que « *Les identités professionnelles sont des manières socialement reconnues, pour les individus, de s'identifier les uns les autres, dans le champ du travail et de l'emploi* »²³.

L'identité a donc deux aspects différents :

- Identité pour soi qui représente l'ensemble des caractéristiques que l'individu a acquis personnellement ;
- Identité pour autrui : il s'agit de la reconnaissance de soi par les autres.

La construction de l'identité professionnelle passe par deux stades principaux que sont l'identification au groupe et l'intégration. La notion d'identité professionnelle renvoie à un concept de culture professionnelle, que nous aborderons par la suite, et à une notion de reconnaissance par les autres qui rappelle le concept de légitimité que nous avons vu précédemment. Le fait d'être reconnu dans son travail par ses pairs et sa hiérarchie procure une bonne estime de soi et procure à l'individu un bien-être. Outre l'aspect de légitimation, la reconnaissance fait également appel au concept de compétences professionnelles.

La compétence professionnelle se définit comme une « *démonstration par un individu qu'il possède la capacité – c'est-à-dire les connaissances, les habiletés et les attitudes – d'accomplir un acte professionnel, une activité ou une tâche conformément à*

²² SAINSAULIEU Renaud, L'identité au travail, 2ème édition, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985, 480 p.

²³ DUBAR Claude, La crise des identités, L'interprétation d'une mutation, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2001 (2^{ème} édition), p. 95

une norme et/ou à toute autre exigence prédéterminée »²⁴. La compétence professionnelle est donc une qualification utile pour l'entreprise c'est-à-dire la mise en œuvre d'un « ensemble de savoir-faire acquis par la formation initiale et permanente et l'ensemble des savoir-faire assimilés par l'expérience professionnelle »²⁵.

La compétence professionnelle amène à l'expertise professionnelle. Cette dernière peut se définir comme une expérience et un bagage de connaissances qui permettent au professionnel d'agir intuitivement face à une situation et d'être une référence pour ses collègues.

Ainsi l'identité professionnelle permet à un individu de passer d'une identité individuelle pour soi à une identité pour autrui. Après avoir acquis cette dernière, en incluant la compétence et l'expertise professionnelle, le cadre de santé doit – pour exercer sa mission – appréhender et s'associer à la culture professionnelle des soignants qu'il va encadrer.

3.3 Le concept de culture professionnelle

Egalement appelée culture d'entreprise ou culture organisationnelle, la culture professionnelle peut se définir comme le partage de valeurs communes, des manières de penser et d'agir au sein d'un groupe. Maurice THEVENET distingue trois types de valeurs²⁶ :

- Des valeurs déclarées : ce sont celles qui sont visibles par les personnes à l'extérieur de l'entreprise ou du service ; elles sont écrites, il s'agit par exemple du projet de service, du logo, du nom des dirigeants et responsables... ;
- Des valeurs apparentes : elles ne sont pas visibles mais elles ont un impact quant à la visibilité du service et de sa reconnaissance ; il s'agit par exemple des choix stratégiques effectués, des opérations menées ou encore du choix des dirigeants (charisme...)
- Des valeurs dites opérationnelles : formalisées, elles permettent à chacun d'agir de

²⁴ Ordre des conseillers en ressources humaines agréés du Québec, Guide des compétences professionnelles, 2007, <http://www.portailrh.org/etatsgeneraux/pdf/GuideCompetences.pdf> [Consulté le 02/02/2012]

²⁵ BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, Dictionnaire critique d'action sociale, Paris : Bayard Editions, 1995, 436 p. (Collection travail social)

²⁶ COZE Annie-Claude, POTIN Yvan, La culture d'entreprise, Centre de Ressources en Economie et en Gestion, 21 juin 2006, <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article176> [Consulté le 06/02/2012]

façon presque automatique, elles permettent aux professionnels de guider leur comportement face à des situations précises ; il s'agit par exemple de procédures, d'algorithmes de prise en charge...

La culture professionnelle permet la cohésion au sein du groupe et l'adoption d'un langage commun. Dès lors que des mêmes valeurs sont partagées par une pluralité de personnes, ces dernières constituent une collectivité particulière s'apparentant à une profession. Selon l'Organisation internationale du travail, une profession se définit comme « *un ensemble de personnes clairement identifiées, qui offrent un service (ou un produit), clairement différencié d'un autre service (ou d'un autre produit), en se référant à un corpus de connaissances validées par la recherche scientifique* »²⁷.

La culture professionnelle est conçue par les hommes individuellement mais également par le groupe constitué d'eux-mêmes. C'est un processus temporel qui se construit au gré des partages mais aussi de l'objectif commun poursuivi par le groupe et/ou l'entreprise – le service. Ce qui constitue la culture d'entreprise c'est le fait, pour le groupe, de trouver en son sein la réponse appropriée à ses questionnements. Le processus de construction d'une culture professionnelle résulte d'une démarche positive. Maurice THEVENET explique que la culture d'entreprise « *devrait conduire chaque salarié à avoir le sentiment que son succès personnel passe par celui de son établissement* »²⁸. La culture d'entreprise ou professionnelle est donc nécessaire à la réussite de projet et c'est elle qui doit orienter l'action des agents qui composent l'entreprise. Ainsi, en connaissant cette culture, chaque agent peut prendre des initiatives. La culture sert de guide, de référence au groupe, à l'entreprise.

Pour perdurer, la culture d'entreprise doit être mouvante et savoir s'adapter rapidement aux changements internes, c'est-à-dire dans le groupe ou l'entreprise, et aux changements externes qui interviennent dans la société. Pour Renaud SAINSAULIEU, la culture d'entreprise « *c'est une affaire de société* »²⁹. Pour lui, l'entreprise est une mini-

²⁷ Rapport du Bureau international du travail, Emploi et conditions de travail du personnel hospitalier, Etudes et documents, 1960 ; 55

²⁸ THEVENET Maurice, La culture d'entreprise, 5^{ième} édition, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2006, 128 pp (Que sais-je ? n° 2756)

²⁹ SAINSAULIEU Renaud, Sociologie de l'entreprise : Organisation, culture et développement, 2^{ième} édition, Paris : Editions Presses Sciences Po et Dalloz, , 476 pages

société avec sa propre culture, ses propres valeurs. On peut rapprocher cette comparaison à un service de soin qui est lui-même une mini-société avec ses joies, ses conflits, un objectif commun, une gestion interne....

La culture d'entreprise ou professionnelle permet le management des équipes. Pour pouvoir diriger, le manager doit avoir la même culture d'entreprise ou professionnelle que ses subordonnés. Cette culture rentre dans le concept de légitimité précédemment étudié.

Après avoir étudié les concepts de légitimité, d'identité et de culture professionnelle, il me semble important d'effectuer des recherches sur le management stratégique. En effet, la compréhension de ce concept – incluant la construction d'une organisation tant dans ses composantes que pour ce qui est des liens qui animent les acteurs qui la composent – est fondamentale pour assurer les fonctions de cadre de santé.

3.4 Le concept de management stratégique

Le management stratégique est très fortement lié à la notion de performance. C'est ce qui permet à une entreprise d'atteindre ses objectifs et de se développer. Ce concept est apparu aux Etats-Unis dans les années 1960 avec la mise en relation des termes stratégie, structure d'organisation et performance.

Rapidement, dans les recherches relatives au management stratégique, il a été question des relations de pouvoir entre les individus. Ces dernières constituent un apport central dans l'analyse des organisations. En 1977, Henry MINTZBERG – professeur de management – détaille les composantes d'une organisation³⁰. En extrapolant cette description à l'organisation hospitalière, pour chacune des composantes, j'essaierai de donner des exemples en lien avec l'univers hospitalier :

- la base opérationnelle en charge de la production directe : ce sont par exemple les unités de soins. Elles sont composées de professionnels de santé de première ligne recrutés à partir de leur diplôme professionnel. Le professionnel réalise et contrôle son propre travail, il est en lien direct avec le patient. Il y a une standardisation des actes et des savoirs qui permet à chacun de connaître ce que l'on attend de l'autre ;

³⁰ MINTZBERG Henry, Structure et dynamique des organisations, Paris : Editions d'organisation, 1998, 440 pp

- le sommet stratégique qui est le lieu de décisions : il s'agit de la direction de l'hôpital ; elle a pour fonction de mener à bien ces missions d'organisation et d'assurer une cohérence dans le fonctionnement de celle-ci ;
- la ligne médiane formée de managers faisant le lien entre les opérationnels et la direction : c'est à ce niveau que se placent les cadres de proximité, véritable liens entre les professionnels de terrain et la direction ;
- la technostructure qui agit sur le travail de la base opérationnelle pour le rendre plus efficace : se retrouvent au sein de cette composante l'informatique, le service de formation continue, le service d'hygiène hospitalière... ;
- les équipes supports qui apportent une aide dans la réalisation d'activités non opérationnelles : il s'agit par exemple à l'hôpital du service de restauration ou de logistique.

L'organisation hospitalière correspond à une structure de type « *bureaucratie professionnelle* ». Elle s'appuie, pour fonctionner, sur les compétences et les savoirs des opérationnels que sont les professionnels de santé, en vue de la production de services standardisés que sont les soins. Les liens entre toutes les composantes de l'organisation sont repérés et la hiérarchie respectée.

Pourtant, l'institution hospitalière dispose – en son sein – de « micro structures organisationnelles » représentées par les unités de soins. Ces dernières sont, dans l'organisation hospitalière, des unités de productions qui ont leur propre fonctionnement avec une direction – soit le chef de service et le cadre de santé – et une base opérationnelle soit les professionnels de santé.

L'organisation de l'unité résulte d'une construction sociale et du jeu des acteurs qui la constitue. Le phénomène de groupe, de culture professionnelle, a une incidence dans les relations et le jeu des acteurs qui va évoluer entre zone d'incertitude, pouvoir, stratégie et système d'action concret.

Les enjeux ne sont pas les mêmes pour l'ensemble des acteurs :

- pour la base opérationnelle (les professionnels de santé), les enjeux vont consister à garder la qualité de vie et à regarder ce qu'ils vont gagner ou perdre ;

- pour la direction (le chef de service et le cadre de santé), les enjeux vont envisager l'efficacité et la sécurité des soins dispensés par la base opérationnelle ; elle va s'attacher à ce que les aléas, tensions et difficultés rencontrés n'aient pas d'incidence sur les objectifs fixés par le sommet stratégique de l'organisation générale (direction de l'hôpital).

« Plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale, plus celui-ci disposera de pouvoir »³¹. Les ressources mobilisables par les acteurs vont dépendre de :

- leur pouvoir hiérarchique (capacité à ordonner ou à sanctionner),
- leur savoir faire technique (capacité à faire),
- leur relationnel (capacité à convaincre),
- leurs connaissances et informations mises à disposition (capacité d'analyse et d'anticipation).

La stratégie recouvre donc un ensemble cohérent de comportements qu'un acteur adopte en vue de conserver ses intérêts. Elle est orientée au regard des zones d'incertitude. La démarche d'analyse stratégique consiste donc à :

- identifier les problèmes et les enjeux ;
- en déduire les acteurs impliqués (individus ou groupe) ;
- étudier chaque acteur en mettant en perspective ses enjeux individuels, ses ressources et ses zones d'incertitudes ;
- en déduire les stratégies appropriées.

L'ensemble de ces interactions détermine le système d'actions concret que les auteurs précités définissent comme « *un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux* »³².

³¹ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système, Paris : Editions du Seuil, p 79

³² Ibid p 286

3.5 La synthèse du cadre conceptuel

Les concepts de légitimité, d'identité professionnelle et de culture professionnelle sont intimement liés les uns aux autres. Ils ont tous une influence dans le management stratégique envisagé par le cadre de santé.

D'une part, la légitimité permet au cadre de santé d'asseoir sa fonction et d'être reconnu par ses subordonnés. C'est une caractéristique qui peut dépendre tant de la personnalité individuelle du cadre de santé que des relations qu'il entretient avec les autres et notamment ceux qui devront reconnaître cette légitimité pour accepter son autorité.

D'autre part, l'identité professionnelle permet aux composantes d'un même groupe de se reconnaître. L'identité professionnelle recouvre un ensemble de savoirs théoriques et pratiques qui amènent à la compétence et à l'expertise professionnelle. Il me semble difficile pour un cadre de santé, non issu de la filière soignante, de bénéficier d'une identité professionnelle commune à celle de ses subordonnés. Pour autant, il n'est pas sûr que celle-ci soit nécessaire pour manager, contrairement à la culture professionnelle.

La culture professionnelle permet au groupe de se comprendre, d'avoir un langage commun mais la culture professionnelle n'est pas innée, elle s'acquière. Ainsi un cadre de santé non issu de la filière soignante pourrait se l'approprier et faire évoluer la culture professionnelle des agents dont il assure l'encadrement. Cet élément participera à la légitimité que lui accorderont ses subordonnés.

Par ailleurs, les concepts de légitimité, d'identité et de culture professionnelle renvoient à la notion de reconnaissance. Celle-ci passe par le regard d'autrui sur la réalisation de son travail. Cette reconnaissance se construit dans le temps et peut découler du regard des pairs mais également de celui de la hiérarchie. En ce sens, le rôle du cadre de santé est majeur quant à la reconnaissance des personnes avec lesquelles il travaille.

Enfin, le cadre de santé pour assumer sa fonction doit réaliser un management stratégique adapté aux acteurs qui composent le service dont il est en charge. Pour ce faire, il doit prendre en compte les zones d'incertitude et le pouvoir que chacun des acteurs détient.

4 L'HYPOTHESE DE RECHERCHE

**OBJET
DE
RECHERCHE**

Le cadre de santé doit-il, pour exercer dans un service de soins, être issu de la même filière soignante que les professionnels de santé dont il assure l'animation et la gestion ?

**LES
CONCEPTS**

La légitimité correspond à la reconnaissance d'une fonction par l'institution et le corps social. Il en existe trois types : légale-rationnelle, traditionnelle et charismatique.

L'identité professionnelle recouvre un ensemble de critères auxquels se réfère un individu mais aussi que l'on partage avec d'autres et en fonction d'une culture d'appartenance.

La culture professionnelle envisage le partage de valeurs communes, des manières de penser et/ou d'agir au sein d'un groupe (valeurs déclarées, apparentes, opérationnelles).

Le management stratégique permet l'atteinte des objectifs en tenant compte de l'équilibre du système d'action concret entre les zones d'incertitudes et le pouvoir.

**L'HYPOTHESE
DE RECHERCHE**

Le fait de ne pas être issu de la même filière que celle des soignants encadrés ne rend pas moins légitime le cadre de santé. En outre, il est possible d'envisager une transposition vers un encadrement par des managers en santé non soignants.

5 L'ENQUETE DE TERRAIN

L'enquête de terrain est pour moi l'occasion, d'une part, de confronter la vision des professionnels de terrain et le cadre théorique préalablement étudié et, d'autre part, de répondre et de tester la pertinence et la validité de l'hypothèse envisagée.

5.1 Méthodologie

5.1.1 Choix des populations et des lieux d'enquête

J'ai d'emblé ciblé ma population en souhaitant interroger des cadres de santé de proximité, non issus de la filière infirmière, en charge de l'animation et la gestion de personnels infirmiers et aides-soignants. Puis, au regard de l'entretien exploratoire réalisé et des concepts travaillés, notamment les concepts d'identité et de culture professionnelle, j'ai trouvé intéressant d'interroger également des infirmières.

Ainsi, j'ai décidé de réaliser mon travail à partir du panel d'enquête suivant : un cadre de santé soignant, non issu de la filière infirmière, et cinq infirmières de son service. Afin d'obtenir un échantillon plus représentatif pour l'analyse, j'ai décidé de renouveler mon enquête quatre fois. *In fine*, j'ai réalisée mon enquête auprès de quatre cadres de proximité et vingt infirmières (cinq par service).

En ce qui concerne les lieux d'enquête, je me suis posé comme objectif principal que ceux-ci puissent être comparables. J'ai donc décidé que les cadres de santé devaient être en activité dans des établissements publics de santé avec des services autres que les services médico-techniques, de type blocs opératoires, c'est-à-dire des services d'hospitalisation. Mes recherches de lieux d'enquête n'ont pas été aisées du fait de l'appellation générique de « cadre de santé » quelle que soit l'origine professionnelle de ces derniers. J'ai donc fait appel à mon réseau de connaissances me permettant ainsi d'enquêter dans quatre établissements publics dont deux de la région parisienne et deux de la région grenobloise.

5.1.2 Choix des outils d'enquête

Ayant deux populations d'enquête, j'ai choisi de construire deux outils différents adaptés à chacune des populations interrogées.

Pour les cadres de santé, j'ai souhaité dans ce travail utiliser l'entretien comme principal outil d'enquête. En effet, je pense que c'est l'outil le plus pertinent me permettant d'avoir des réponses à la fois quantitative et qualitative. Pour cela, j'ai élaboré un guide d'entretien semi-directif (Annexe II) comportant, au besoin, des questions de relance. Je suis parti de l'entretien exploratoire réalisé au préalable pour construire mon guide. Ensuite, j'ai testé la compréhension des questions auprès du cadre de santé avec qui j'avais réalisé l'entretien exploratoire, avant de commencer mon enquête de terrain. Cette méthode a d'une part favorisé les échanges. Elle m'a, d'autre part, permis de percevoir les réactions et les perceptions des personnes interrogées tout en les laissant libres dans leurs réponses.

Pour les infirmières, la technique de l'entretien me paraissait trop longue et fastidieuse. J'ai donc décidé d'élaborer un questionnaire (Annexe III) composé de différents types de questions : ouvertes, semi-ouvertes et fermées. Là également, mon objectif était de recueillir à la fois des données quantitatives et qualitatives. Comme pour l'entretien, avant de réaliser mon enquête, j'ai testé auprès de deux infirmières la lisibilité et la compréhension des questions posées.

5.1.3 Modalités de réalisation

Par commodité, j'ai effectué cette enquête sur quatre jours (une journée par service). J'ai fait le choix d'interviewer le matin le cadre de santé. Chaque entretien a duré entre 45 minutes et une heure. A l'issue, j'ai remis le questionnaire aux infirmières présentes ce jour-là.

L'ensemble de ce processus a eu, à mon sens, plusieurs avantages :

- la rapidité de la réalisation de l'enquête par service sans nécessité de me déplacer à nouveau pour récupérer les questionnaires ;
- la garantie que l'enquête serait entièrement anonyme et que le cadre de santé, en accord avec lui, n'aurait pas accès aux réponses des infirmières ;
- l'accompagnement des infirmières et la possibilité de répondre à leurs éventuelles interrogations en rapport avec le questionnaire. J'ai par exemple différencié les termes de « manager en santé » et « soignant » pour éviter des biais dans les réponses.

A l'inverse, le fait de réaliser cette enquête sur quatre journées différentes m'a demandé, d'une part, de m'organiser pour être présent toute la journée afin de pouvoir rencontrer les infirmières du matin et d'après-midi (et pour un service de venir la nuit) et, d'autre part, d'enregistrer les entretiens pour pouvoir les retravailler ultérieurement.

5.2 Traitement des données

5.2.1 Les entretiens auprès des cadres de santé

Pour chacune des questions posées, j'ai retracé fidèlement tout ou partie des propos des interviewés. De plus, en parallèle de la création de ma grille d'entretien, je m'étais listé les mots clefs attendus pour certaines questions. La réalisation de ce travail préalable devant faciliter mon analyse quantitative. Je les ai indiqués, dans le traitement des données, en amont des questions. A noter : les cadres de santé des services A et B exercent en région parisienne et les cadres de santé des services C et D en région grenobloise.

Question n°1 : Pouvez-vous me dire quel est votre parcours professionnel jusqu'à votre diplôme de cadre de santé ?

SERVICE	REPOSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>J'ai eu mon diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute en 1990. Après plus de dix années d'exercice, j'ai souhaité évoluer vers un poste de management et j'ai réussi le concours d'entrée en école de cadre de santé. Je suis diplômé de 2002.</i>
B	<i>Je suis diplômé de 1993 [Diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute]. Ensuite j'ai été faisant fonction de cadre de santé dans le service d'orthopédie pendant 2 ans avant de suivre la formation cadre de santé. J'ai eu mon diplôme de cadre de santé en 2000.</i>
C	<i>J'ai eu mon diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute en 1983. J'ai exercé plusieurs missions et responsabilités (encadrement des étudiants, réalisation des plannings) sous la responsabilité de mon cadre de santé de l'époque mais je n'ai jamais exercé la fonction de cadre de santé avant l'école que j'ai faite en 2004-2005.</i>
D	<i>J'ai été technicien de laboratoire entre 1999 et 2006. J'ai exercé comme faisant fonction de cadre de santé pour la durée d'un remplacement d'un congé longue maladie dans le service des laboratoires pendant deux ans. Cette expérience m'a donné envie de faire la formation cadre de santé. Je suis sorti diplômé en 2009.</i>

Ces réponses m'indiquent que toutes les personnes interrogées ont été formées sur la base de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme commun de cadre de santé. Elles ont donc bénéficié d'une formation commune aux cadres de santé (toutes filières confondues) et ont donc acquis un langage commun aux professionnels de santé quelque soit leur filière. Ces données valident le choix de ma population.

Question n°2 : Depuis combien de temps êtes-vous en fonction dans ce service ? Est-ce un choix de votre part ?

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>J'exerce depuis 2002 en service de médecine interne. Non, ce n'était pas un choix de ma part mais je savais qu'il n'y avait pas de poste de cadre de santé en service de rééducation à l'issue de ma formation et je voulais rester dans cet établissement.</i>
B	<i>Je suis dans le service de chirurgie orthopédique depuis 2000. Oui, c'est un choix. Dès mon arrivée en service de rééducation, je me suis occupé plus particulièrement des patients du service d'orthopédie. En 1997, on m'a proposé de devenir faisant fonction de cadre de santé dans ce service. J'ai appris à connaître l'équipe et j'avais envie d'y retourner en tant que cadre de santé à l'issue de ma formation.</i>
C	<i>Je suis dans le service de chirurgie générale depuis 2005. Oui, c'est un choix de ma part. Je pense que j'avais fait le tour de ma spécialité et j'avais envie de découvrir d'autres métiers. La spécialité de cadre de santé m'a permis de satisfaire mon souhait sans pour autant devoir quitter l'hôpital.</i>
D	<i>Je suis cadre de santé du service de nuit depuis 2009. Oui c'est un choix. J'aurais aimé continuer au sein des laboratoires mais pour concilier ma vie professionnelle et ma vie familiale j'ai du accepter un poste de cadre de nuit, en sachant qu'un cadre de santé – parmi les diplômés de l'école des cadres de santé – devait prendre le poste de nuit.</i>

Les cadres de santé interrogés avaient le recul nécessaire pour apprécier les conditions de leur prise de poste et leurs éventuelles difficultés. De même, il est intéressant de relever dans quelles conditions ils ont été amenés à encadrer des personnels non en lien avec leur propre filière professionnelle d'origine. Deux des cadres de santé interrogés ont choisi volontairement de travailler dans un service de médecine ou chirurgie. Les deux autres cadres de santé ont fait ce choix non pas pour l'intérêt professionnel mais pour des convenances personnelles. Il est à noter que ces derniers l'un (le cadre de santé du service

A) aurait préféré retourner sur un plateau technique de rééducation tandis que l'autre (le cadre de santé du service D) n'avait pas de préférence quant à son choix de poste en sortie d'école si ce n'est la conciliation avec sa vie personnelle.

Question n°3 : Du fait de ne pas être issu du même métier que les soignants que vous encadrez, avez-vous rencontré des difficultés lors de votre prise de poste ? Si oui lesquelles ?

Les mots clefs attendus sont « légitimité ou reconnaissance », « compétences techniques », « hiérarchie » et « compétences relationnelles ».

SERVICE	REPOSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Oui au départ j'ai rencontré quelques difficultés parce qu'il a fallu que je trouve ma place. J'avais fait un stage durant l'école des cadres mais ce n'était pas suffisant. Je ne m'estimais pas forcément légitime pour juger de la prise en charge des patients par les infirmières. Néanmoins, j'étais respecté et j'apportais de nouvelles choses au service.</i>
B	<i>Non absolument pas mais je pense que c'est du au fait que j'ai été faisant fonction dans ce service et que, même avant d'être faisant fonction, j'avais eu l'occasion de travailler en étroite collaboration avec les infirmières et les aides-soignants. Le fait d'avoir été reconnu par les infirmières très anciennes du service m'a beaucoup aidé.</i>
C	<i>Oui les premiers mois ont été difficiles [rires]. En fait, c'était bizarre car moi j'avais très envie de venir dans ce service et inversement l'équipe ne semblait pas vouloir m'accepter. Peut-être parce que je n'étais pas infirmier et que je n'avais les mêmes compétences que ses membres. Pourtant personne ne me le disait, c'était un ressenti. J'étais « Chef » donc on me respectait. Cela a duré 6 mois puis j'ai du me positionner par rapport à un problème entre un patient et sa famille et une infirmière. A partir de ce moment tout a basculé, j'étais reconnu par tous les soignants.</i>
D	<i>Non cela n'a pas été difficile car la nuit les actes techniques sont moins importants et j'ai informé les équipes que je n'avais pas leurs compétences techniques mais que je pourrais les aider en trouvant des solutions. Je pense que de poser le cadre dès ma prise de poste a été une bonne chose.</i>

Deux des cadres de santé interrogés reconnaissent qu'ils ont eu des difficultés dans leur prise de poste. Il me semble pertinent de noter que tout deux relie cette difficulté à la

question de légitimité par rapport à la prise en charge des patients ou des compétences techniques. J'ai perçu, pour les deux autres cadres de santé, qu'ils n'avaient pas eu de difficulté du fait soit de leur parcours (cadre de santé du service B) soit de leur attitude au regard de l'équipe (cadre de santé du service D). Néanmoins, ils ont également mis en avant – dans leurs réponses – les notions de légitimité et de compétences techniques.

Question n°4 : Aujourd'hui pensez-vous que ce soit un avantage ou un inconvénient de ne pas être issu du même métier que les soignants que vous encadrez ? Pouvez-vous justifier votre réponse ?

Les principaux mots clefs attendus sont « culture professionnelle » et « légitimité ».

SERVICE	REPOSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Aujourd'hui c'est un avantage, nous avons appris [l'équipe et moi] à nous connaître mutuellement. J'apporte des éléments de réflexion nouveaux. J'ai su pallier à mon manque de compétences infirmières et acquis la culture professionnelle infirmière.</i>
B	<i>C'est un avantage car cela a renforcé les liens entre les paramédicaux qui ne sont pas du même métier notamment pour des travaux transversaux. Si cela a été possible dans mon service, c'est que c'est possible ailleurs.</i>
C	<i>Après 7 années passées dans ce service, je pense que c'est un avantage tant pour les soignants que le corps médical. Il semblerait, selon les infirmières les plus anciennes, que le service est moins centré sur les soins infirmiers et qu'il y a une prise en charge plus globale des patients.</i>
D	<i>C'est indéniablement un avantage car j'apporte et j'essaie de développer une compétence relationnelle que ce soit entre les équipes ou les équipes et les patients. Nous sommes moins axé sur la technique, ce qui est d'autant plus important la nuit.</i>

Tous les cadres de santé disent qu'aujourd'hui c'est un avantage de ne pas être issu de la même filière que les professionnels de santé qu'ils encadrent. Ils l'expliquent par la nouveauté amenée dans le service, l'ouverture vers les autres professionnels ou encore le développement de l'aspect relationnel dans les soins. Aucun des cadres n'utilise le terme de « légitimité ». Par contre, le terme de « culture professionnelle » et ceux exprimant les liens entre les professionnels de santé et le cadre de santé sont omniprésents pour l'ensemble des cadres de santé interrogés.

Question n°5 : L'arrêté relatif à la formation des cadres de santé indique que « *une formation commune des cadres de santé ne saurait autoriser l'encadrement des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle* ». Qu'en pensez-vous ?

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Oui je comprends mais que faut-il entendre par origine professionnelle ? On est tous des soignants, des paramédicaux. Est-ce que cela ne veut pas dire que les soignants ne peuvent pas être encadrés par des ingénieurs ou des personnels administratifs ? Si on allait dans cette logique, cela voudrait dire que les soignants non infirmiers pourraient difficilement évoluer vers la formation cadre de santé car il y a moins de poste.</i>
B	<i>Ce n'est pas normal, nous avons tous la même formation de cadre de santé. Pour ma part, j'ai appris à travailler et à connaître le métier d'infirmier et d'aide-soignant avant de faire la formation. Je pense que je connais aussi bien la profession infirmière qu'un cadre de santé d'origine infirmier.</i>
C	<i>Je ne savais pas. Je trouve cela dommage car dans mon cas cela aurait voulu dire de changer complètement de métier car je ne voulais plus être kinésithérapeute. Je voulais évoluer vers de nouveaux horizons tout en restant à l'hôpital.</i>
D	<i>Oui cela paraît logique si l'on pense exclusivement expertise technique mais le soin ce n'est pas que de la technique. Il faudrait demander aux soignants mais je ne pense pas qu'ils soient plus « malheureux » avec un cadre comme moi [non issu de la profession infirmière] qu'avec quelqu'un issu de la profession infirmière.</i>

Aucun des cadres de santé interrogés ne connaissait la présence de cette phrase dans l'arrêté précité. Même si deux d'entre eux en comprennent l'intérêt, tous regrettent que cela soit un frein potentiel à l'encadrement hors filière notamment en raison des difficultés qu'il y aurait, pour les soignants non infirmiers, à évoluer dans leur métier initial vers une fonction de cadre de santé.

Question n°6 : Pensez-vous qu'il existe des freins à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquels ?

Les principaux mots clefs attendus sont « compétences techniques » et « légitimité ».

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Oui il existe des freins du fait de ne pas connaître les actes techniques des professionnels que l'on encadre mais il faut passer outre ce n'est qu'une partie du métier infirmier.</i>
B	<i>Non. Cela demande du temps, de l'investissement pour le cadre de santé mais c'est possible.</i>
C	<i>Non, pour moi, il n'existe pas de freins. Cela dépend juste de la volonté du cadre de santé d'évoluer. C'est sûr que si c'est un choix imposé au cadre de santé, bien évidemment ce sera un frein.</i>
D	<i>Oui il existe des freins notamment pour tout ce qui est des services très techniques. Je ne verrais pas, par exemple être cadre de santé en réanimation ou aux urgences, je pense que cela demande une culture de l'urgence que je n'ai pas.</i>

Deux cadres de santé ont estimé qu'il y avait des freins notamment au regard des compétences techniques que certains services pouvaient demander. Un cadre de santé interrogé estime que ce n'est pas un frein mais que cela pourrait le devenir si l'affectation (sur poste de cadre de santé non en relation avec sa filière professionnelle d'origine) était imposée et non voulue. Par contre, aucun d'entre eux n'a indiqué la légitimité comme frein à l'encadrement hors filière.

Question n°7 : Concernant vos fonctions, vous considérez vous davantage comme soignant ou comme manager en santé ?

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Je suis un peu les deux. Soignant pour le côté relationnel et contact avec les patients et les familles, et manager par rapport à l'équipe de soins de part mon rôle de décideur dans l'organisation mise en place.</i>
B	<i>Je suis un soignant et je le revendique même si certaines disent que nous sommes passés de l'autre côté de la barrière [rires]. Je pense qu'un cadre de santé doit rester soignant pour éviter que l'hôpital ne devienne une organisation de type usine.</i>
C	<i>Je suis un manager. Aujourd'hui je n'ai toujours pas la compétence technique des soins et mon rôle n'est pas d'être un technicien. C'est également une volonté institutionnelle. D'ailleurs, sur l'établissement, on a créé le poste d'infirmière référente qui elle, est une soignante et une technicienne.</i>

D	<i>Je dirais que je suis davantage un manager en santé car, d'une part, je ne réalise plus d'actes techniques et, d'autre part, que mon rôle consiste à ce que les patients soient bien pris en charge. J'organise le travail et je donne les moyens aux soignants.</i>
----------	--

Deux des cadres de santé se considèrent manager en santé du fait de l'absence de compétences techniques et de leur rôle d'organisateur. Un dit être à la fois soignant, pour son rôle relationnel, et manager en santé pour son rôle d'organisateur. Un seul cadre interrogé ne se considère pas comme manager en santé mais comme soignant, il l'exprime avec force en le « revendiquant ».

Question n°8 : En vous référant à vos missions, pensez-vous qu'un manager – non issu d'un métier soignant – pourrait, si on lui donnait les clefs de compréhension, réaliser vos missions ?

Les mots clefs attendus sont « culture professionnelle », « compétence technique », « compétence relationnelle ».

SERVICE	REPOSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Oui bien sûr tout est possible. Une personne à qui on explique comment doit être organisé le service, comment faire le planning y arrivera très bien. La seule chose qui manquerait c'est tout l'aspect relationnel que nous avons avec les patients et leurs familles.</i>
B	<i>Non. Je pense qu'il faut une culture soignante pour gérer les services de soins. C'est peut être valable pour les services très techniques (blocs opératoires, plateaux techniques) mais, à mon avis, pas pour les services d'hospitalisation.</i>
C	<i>Oui tout à fait et d'autant depuis que l'on a créé le poste d'infirmière référente. Je suis moins sollicité pour tout ce qui relève du soin, ou même des commandes de matériels. Une personne, à qui l'on donnerait les informations, pourrait sans problème réaliser mes missions.</i>
D	<i>Oui ce serait possible mais peut être difficile car, comme je l'ai déjà dit, mon rôle est essentiellement relationnel avec les équipes. La réalisation des plannings et l'organisation ne sont pas très difficiles de nuit en soi et tout le monde pourrait le faire. Je pense qu'il faut quand même garder un peu de culture soignante pour préserver l'humanisme à l'hôpital.</i>

Trois des quatre cadres de santé interrogés pensent qu'un manager en santé pourrait réaliser leurs missions. A noter que deux d'entre eux pondèrent leur affirmation en mettant en avant leur rôle relationnel et l'intérêt pour cela d'être soignant. Par ailleurs, il est intéressant de noter que l'affirmation du cadre de santé du service C est liée à la présence d'une infirmière exerçant les missions « techniques » ou « soignantes » du service. Seul un cadre de santé pense qu'une culture professionnelle soignante est nécessaire pour animer et gérer une équipe de professionnels de santé.

Question n°9 : Quelle est selon vous la plus value d'être originaire d'un métier soignant ?

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>C'est le fait de connaître les rouages de l'hôpital et d'avoir été soignant avant d'être cadre de santé.</i>
B	<i>Ma plus value, par rapport à un gestionnaire ou un technicien, c'est de bénéficier de l'expérience, notamment relationnelle, que j'ai eu en tant que soignant avec les patients. Je sais comment aborder un patient, une famille alors qu'un gestionnaire serait peut être moins à l'aise.</i>
C	<i>Aujourd'hui, dans la configuration de mon service avec la présence d'une infirmière référente, je ne sais pas. Vraisemblablement aucune.</i>
D	<i>C'est connaître la structure hospitalière, comment fonctionne les équipes, la direction. Nous sommes l'interface entre les deux.</i>

A travers cette question, les cadres de santé interrogés ont pu réaffirmer ce qui leur paraissait le plus important dans leurs origines professionnelles soignante. Ainsi sont mentionnés la connaissance de l'hôpital, l'expérience de soignant et l'aspect relationnel du métier d'origine.

Question n°10 : Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

SERVICE	REPONSE DU CADRE DE SANTE
A	<i>Je pense que c'est une bonne chose de « mixer » les professions paramédicales. Cela apporte un plus dans la prise en charge des patients.</i>
B	<i>Même si l'organisation hospitalière évolue, il faut que le cadre de santé reste le garant de la qualité des soins. Pour cela, le cadre de santé doit à mon avis rester un soignant.</i>

C	<i>Aujourd'hui je ne crois pas que nous soyons beaucoup de cadres de santé non infirmiers à encadrer des infirmiers et aides-soignants, mais il est vrai qu'au rythme des réformes on peut légitimement se poser la question de l'intérêt d'être soignant pour encadrer des équipes étant donné qu'il y a, dans notre métier de cadre, de plus en plus d'administratif et de moins en moins de relationnel avec les patients et leurs familles.</i>
D	<i>Au début, lorsque le coordinateur général des soins m'a proposé le poste de cadre de santé de nuit, j'étais anxieux à l'idée d'imaginer d'encadrer des infirmiers et aides-soignants. Je ne savais pas si j'allais savoir faire. Aujourd'hui je ne regrette pas et si c'était à refaire, je recommencerais.</i>

Ces entretiens ont été très riches quantitativement et qualitativement. Ils ont pu conforter certains éléments que j'avais décrits dans mon cadre conceptuel mais aussi m'amener des éléments nouveaux que j'aurai l'occasion de développer dans la partie analytique qui va suivre.

5.2.2 Les questionnaires auprès des infirmières

Pour les tableaux, les réponses sont regroupées par service (A à D) tandis que dans les graphiques elles sont individualisées par service (A à D) et par infirmière (1 à 5).

Question n°1 : Depuis combien de temps êtes-vous dans le service ?

Le tableau ci-dessous synthétise les réponses des infirmières par tranche d'années et par service.

SERVICE	1 - < 3 ans	3 - < 5 ans	5 - < 7 ans	7 - < 9 ans	> 9 ans
A	1	2	2	0	0
B	0	1	1	2	1
C	0	2	1	1	1
D	2	2	1	0	0
TOTAUX	3	7	5	3	2

Le nombre d'années est intéressant à connaître pour la question suivante, mais aussi pour le service B où le lien entre le cadre de santé et les infirmières existe depuis longtemps (avant l'affectation de celui-ci dans le service en tant que cadre de santé).

Comme l'a indiqué le cadre de santé du service B, les infirmières ont une ancienneté assez élevée dans le service.

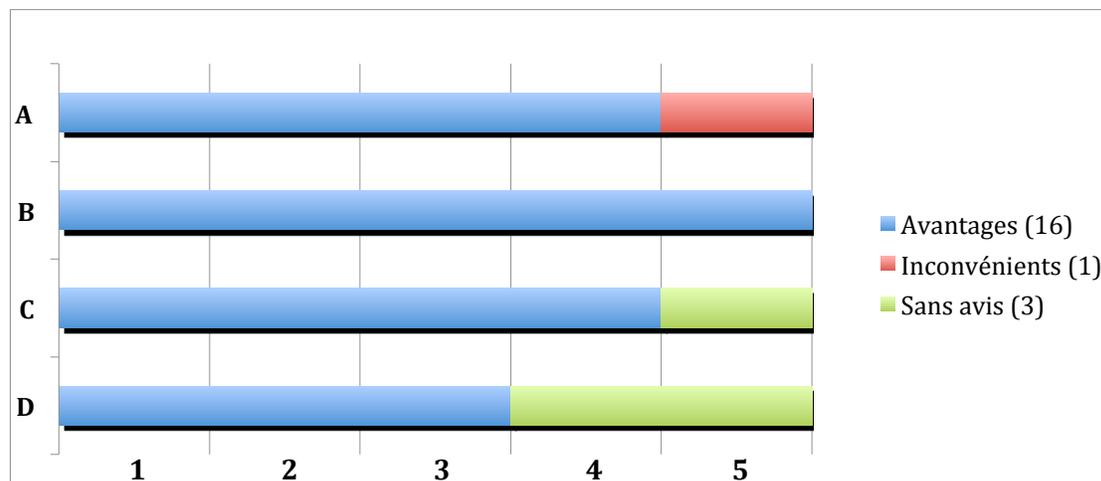
Question n°2 : Savez-vous que de quelle filière est issu votre cadre de santé ?

Le tableau représenté ci-après indique les réponses des infirmières par service (oui / non) puis, pour celles qui ont répondu par l'affirmative, l'indication de la filière à partir d'une liste de propositions préétablies.

SERVICE	NON	OUI	Infirmière	Kinési- thérapeute	Ergo- thérapeute	Laborantin
A	1	4	0	4	0	0
B	0	5	0	5	0	0
C	0	5	0	5	0	0
D	3	2	0	0	0	2
TOTAUX	4	16	0	14	0	2

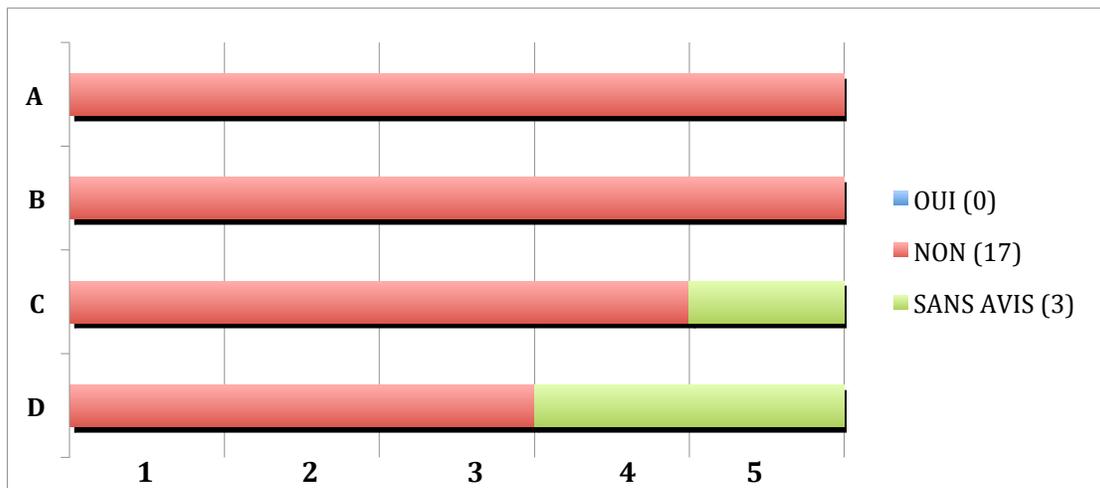
Plus des trois quarts (16 sur 20) des infirmières interrogées savaient que leur cadre de santé n'était pas issu de la filière infirmière. A noter qu'il y a une corrélation entre la durée d'exercice dans le service et cette connaissance. Ainsi, ce sont les infirmières arrivées le plus récemment qui ignorent l'origine professionnelle de leur cadre. Par contre, dès qu'elles la connaissent, cette information est complète c'est-à-dire que les infirmières connaissent précisément le nom de la filière professionnelle d'où vient leur cadre.

Question n°3 : Pensez-vous que ce soit un avantage ou un inconvénient que votre cadre de santé ne soit pas issu du même métier que vous ?



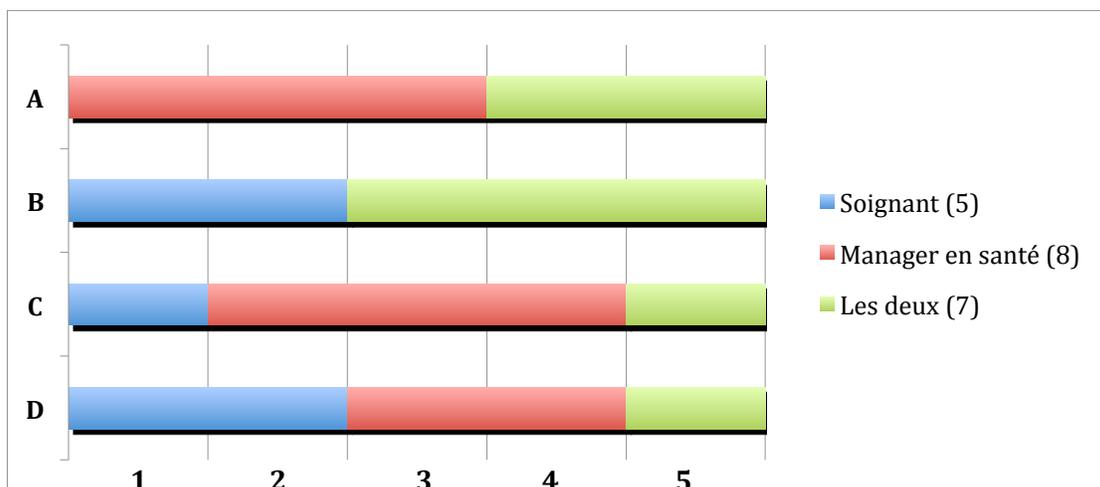
J'ai souhaité que même les infirmières qui ne savaient pas que leur cadre de santé n'était pas issu de la filière infirmière puissent répondre. 16 infirmières sur les 20, quelque soit leur service, trouvent que c'est un avantage. Comme raisons, elles indiquent principalement la différence de perception qu'a le cadre de santé qui n'est pas issu de la filière infirmière et les nouveautés qu'il apporte dans le service. A noter que l'avis est moins décisif dans le service de nuit (service D). Parmi les trois infirmières qui ont répondu « sans avis », deux ne connaissaient pas la filière professionnelle d'origine de leur cadre de santé et la dernière n'a pas justifié sa réponse.

Question n°4 : Est-il absolument nécessaire, selon vous, que votre cadre de santé soit issu de la profession infirmière ?



Aucune infirmière ne pense que c'est absolument nécessaire que son cadre de santé soit issu de la profession infirmière cependant trois restent sans avis.

Question n°5 : D'après vous, votre cadre de santé est-il essentiellement un soignant ou un manager en santé ?



Ces réponses sont intéressantes car aucun service ne donne une réponse catégorique. Je décide donc de comparer ces résultats avec ceux obtenus pour les cadres de santé :

- Service A : le cadre de santé estimait être à la fois un manager en santé et un soignant alors que trois infirmières, sur les cinq interrogées, disent qu'il est davantage un manager en santé ;
- Service B : le cadre de santé « revendiquait » être un soignant, pourtant trois infirmières disent qu'il est à la fois un soignant et un manager en santé. Par contre, aucun soignant n'indique que ce n'est qu'un manager en santé ;
- Service C : les réponses sont relativement en adéquation avec l'avis du cadre de santé qui disait être un manager en santé ;
- Service D : bien que le cadre de santé ne réalise pas d'actes techniques, deux infirmières interrogées le considèrent comme soignant.

Question n°6 : Pensez-vous que votre cadre de santé peut évaluer vos compétences professionnelles ? Indiquez votre réponse sur l'échelle de progression si dessous.

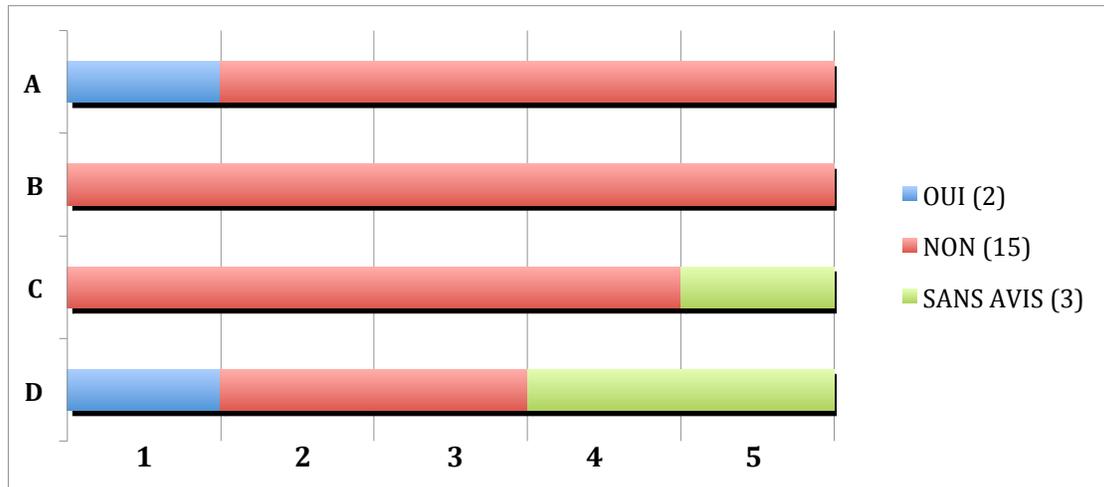
Pas du tout  Oui tout à fait

(La longueur de 10 cm me permet d'avoir une indication chiffrée de la réponse)

SERVICE	IDE 1	IDE 2	IDE 3	IDE 4	IDE 5	MOYENNE
A	7,3	8,1	6,9	5,3	5,2	6,56
B	8	8,3	7,5	8,7	7,2	7,94
C	7,9	8	6,9	5,5	6,3	6,92
D	4,5	7	6	5,5	4,9	5,58

9 infirmières interrogées sur 10 estiment que leur cadre de santé peut évaluer leurs compétences professionnelles. Seules deux infirmières du service de nuit ont mis une indication juste en dessous de la moyenne (4,5 et 4,9). Il est à noter que c'est le service B où le cadre de santé a fait toute sa carrière qui donne la meilleure évaluation (7,94) et que c'est le service de nuit qui, à l'inverse, est le plus modéré (5,58).

Question n°7 : Pensez-vous qu'un manager – non issu d'un métier soignant – puisse encadrer une équipe de soins ? Justifiez votre réponse.



Alors que trois des quatre cadres de santé estimaient qu'un manager, non issu d'un métier soignant, pouvait encadrer une équipe de soins, trois quarts des infirmières (15 sur les 20) pensent l'inverse. Les raisons principales évoquées sont le manque de culture professionnelle soignante et de connaissance de la structure hospitalière. Deux infirmières ont répondu qu'elles pensaient que cela était possible en indiquant que leur cadre de santé n'était pas de la filière infirmière donc que ce serait vraisemblablement identique à ce qu'elles vivent actuellement.

6 ANALYSE DES DONNEES RECUEILLIES

Mon hypothèse de départ était la suivante :

Le fait de ne pas être de la même filière, que celle des soignants encadrés, ne rend pas moins légitime le cadre de santé. En outre, il est possible d'envisager une transposition vers un encadrement par des managers en santé non soignants.

Pour réaliser l'analyse de ce travail, j'ai confronté mon hypothèse de départ avec d'une part le cadre conceptuel et d'autre part les éléments qui sont ressortis de l'enquête réalisée auprès des cadres de santé et des infirmières.

6.1 La légitimité et la culture professionnelle du cadre de santé

Les résultats des entretiens réalisés auprès des cadres de santé ont montré qu'il ne suffisait pas d'être nommé dans la fonction pour avoir, de leur point de vue, une légitimité incontestable. Ainsi, trois des quatre cadres de santé interrogés ont indiqué que la reconnaissance de leur légitimité leur avait semblé difficile du fait de l'absence de compétences techniques infirmières.

Par ailleurs, en analysant les réponses des cadres de santé, je me suis aperçu que la légitimité s'obtient avec le temps. Ainsi le cadre de santé du service B a été immédiatement, dès sa prise de pose, légitimé par l'équipe infirmière du fait des connaissances que le cadre de santé avait du métier d'infirmier mais aussi en raison de la connaissance qu'elles avaient de lui (manière de fonctionner, de prendre des décisions...). Le cadre de santé du service C a été reconnu dès lors qu'il a su se positionner, montrer sa capacité à réagir face à une situation.

Ces éléments corroborent la définition du concept de légitimité, développé par Max WEBER, que j'ai détaillé dans la partie relative au cadre conceptuel. La légitimité du cadre de santé passe donc par deux éléments que sont la nomination par l'institution et la reconnaissance sociale de l'individu (le cadre de santé) par le groupe (les infirmières).

Par contre, à l'inverse, les infirmières n'ont pas souligné que le manque de compétences techniques pouvait être un frein à l'encadrement par des managers en santé non issus de la filière soignante. En effet, celles-ci ont estimé qu'une culture professionnelle était nécessaire au cadre de santé pour pouvoir animer et gérer une équipe de soins. Sous le terme de « culture professionnelle », les infirmières ont évoqué le passé soignant du cadre de santé mais aussi la connaissance de la structure hospitalière notamment de son organisation.

Comme nous l'avons vu dans le cadre conceptuel, la culture professionnelle promeut la culture d'appartenance à un service avec des valeurs et des objectifs communs. Elle est indispensable à la réussite d'un projet. Il semble donc nécessaire que le manager en santé ait une connaissance fine de l'organisation hospitalière.

6.2 L'identité professionnelle et filière professionnelle

L'identité professionnelle permet aux professionnels de santé d'avoir un langage commun. Pour les cadres de santé, la réforme de la formation de 1995 en a été l'un des objectifs. Selon Renaud SAINSAULIEU, il y a une identification des travailleurs à leur chef. L'identité professionnelle correspond à un ensemble de savoirs théoriques et pratiques qui amènent à la compétence et à l'expertise professionnelle. L'ensemble de ces éléments suppose que ce dernier soit coutumier du langage commun hospitalier. Dans notre étude, la question du langage commun ne se pose pas car l'ensemble des cadres de santé interrogés, bien qu'ils ne soient pas issus de la filière infirmière, ont été soignants (masseur kinésithérapeute ou laborantin).

Par contre la différence de filière professionnelle, entre les cadres de santé et les infirmières interrogées, a été décrite par les infirmières interrogées comme un avantage car elle apporte un regard nouveau dans la prise en charge des patients au-delà de la spécificité du métier infirmier.

Il y a donc une nouvelle distinction à faire dans le concept d'identité professionnelle. En effet, l'identité professionnelle ramène à un groupe de personnes ayant les mêmes valeurs, le même langage. L'identité professionnelle ne doit pas se limiter au service, à la reconnaissance des autres au travers de son savoir faire et des compétences.

Nous avons vu, avec la question sur la différence de filière professionnelle, que pour les infirmières interrogées il s'agissait d'un avantage. Ainsi il semblerait que le fait d'avoir la connaissance hospitalière suffise à permettre au cadre de santé d'être reconnu par ses subordonnés.

Pourtant, dès lors que nous évoquons les termes d'identité professionnelle et de filière professionnelle, nous pensons inévitablement à l'évaluation des compétences professionnelles. A ce propos, les infirmières ont estimé que leur cadre de santé pouvait évaluer leurs compétences professionnelles bien que les résultats chiffrés ont montré une moyenne globale de 6,75 sur 10. Il est à noter que c'est le service B, où le cadre de santé a fait toute sa carrière, qui donne la meilleure évaluation (7,94) et que c'est le service de nuit qui, à l'inverse, est plus modéré (5,58). Aussi, il faut différencier l'évaluation des compétences des autres concepts. Il semblerait que ce soit, pour les infirmières interrogées, un frein à l'encadrement des personnels infirmiers par un cadre de santé non issu de cette même filière.

6.3 Le positionnement du cadre de santé, clé du management stratégique

Comme je l'ai détaillé au travers de l'étude de l'évolution des fonctions du cadre de santé, les cadres de santé ne sont plus des soignants mais des managers en santé. Aujourd'hui les notions d'efficience et de performance tendent à rapprocher un peu plus l'hôpital de l'entreprise. De fait, le cadre de santé doit avoir un management stratégique et connaître les jeux d'acteurs, les incertitudes et les zones de pouvoir qui l'entourent.

Pour autant, la posture soignante du cadre de santé existe toujours. Pour l'un des cadres de santé interrogé le statut de soignant est revendiqué et pour un autre il est partagé avec celui de manager en santé. Du côté des infirmières, il n'y a qu'un seul service (le service A) où le statut de soignant n'est pas clairement apparu, dans les autres services il est apparu entre une et deux fois.

Il me semble pertinent de noter la contradiction entre la formation de cadre de santé, où la notion de soin est absente, et le vécu des cadres de santé interrogés au sein des services d'hospitalisation. Il est vraisemblable que cette différence soit liée au positionnement du cadre de santé auprès des infirmières. En effet, en analysant finement

les données, je me suis rendu compte que c'est dans le service B où le cadre de santé a fait toute sa carrière (d'abord en tant que masseur kinésithérapeute puis faisant fonction de cadre de santé puis cadre de santé), et le service D où le cadre de santé a annoncé à l'équipe qu'elle n'avait pas les compétences infirmières mais qu'elle avait d'autres ressources pour les aider, que les infirmières les avaient considérés davantage comme soignants ou à la fois soignants et managers en santé.

Je pense que le fait de connaître l'équipe soignante avant de prendre le poste à responsabilité de cadre de santé, ou d'annoncer les possibilités d'actions qu'a le cadre de santé, limite les jeux de pouvoir et facilite le management stratégique du cadre de santé par le maintien d'un équilibre du système d'action concret. A l'inverse, ces éléments peuvent être fragilisants pour la ligne médiane que forme le cadre de santé entre la base opérationnelle (les infirmières) et le sommet stratégique (la direction). En effet, le cadre de santé doit concilier les intérêts des personnels du service qu'il anime et ceux de la direction ; il ne doit pas montrer une zone de faiblesse ou d'incertitude envers l'une ou l'autre des composantes.

6.4 Le manager en santé non originaire d'une filière soignante

Au travers des travaux de groupe réalisés par les étudiants de ma promotion à l'issue de notre stage en entreprise, il s'est avéré que les cadres de santé et managers en santé avaient de nombreuses missions communes.

Les cadres de santé interrogés ont estimé que le manager en santé aurait les mêmes difficultés qu'eux (notamment eu égard aux questions de technicité infirmière) dans leur prise de poste mais que, sur le principe, ce changement était envisageable pour tout ce qui est technique et non relationnel (réalisation des plannings, organisation du travail). Néanmoins, que ce soient les étudiants cadres ou la majorité des cadres de santé interrogés, aucun ne pense que ce changement serait bénéfique. Les cadres de santé ont justifié leur réponse en indiquant qu'il fallait « *préserver l'humanisme à l'hôpital* », que l'hôpital ne devait pas devenir une entreprise, qu'il fallait avoir une expérience soignante pour pouvoir animer et gérer une équipe de soignants, connaître les rouages et l'organisation de la structure hospitalière...

Du côté des infirmières interrogées, c'est le même constat. Aucune infirmière n'a estimé indispensable que le cadre de santé soit issu de la filière infirmière. Pour autant, les trois quarts (15 sur 20) ont indiqué qu'il fallait que ce soit un soignant et non un manager non issu du domaine sanitaire. Ainsi le fait que ce soit un encadrement d'un cadre de santé, hors filière infirmière, ne semble pas être une difficulté pour les soignants.

Une piste d'ouverture a été amenée, selon moi, par le cadre de santé du service C. En effet, c'est le seul à avoir indiqué que le fait d'être soignant n'avait aujourd'hui plus aucune plus value pour le service dont il avait la charge. Il a expliqué sa réponse au travers de l'évolution de ses missions depuis la création, dans son service, du poste d'infirmière référente. En effet, celle-ci a dans ses missions tout l'aspect technique et relationnel des soins, de même que la gestion des matériels et des commandes. Cette nouvelle organisation a permis au cadre de santé de se concentrer sur l'aspect managérial et gestion de projets pour le service. Dans ce contexte, il est vrai que le diplôme originel de professionnel de santé a un intérêt moindre.

7 LES LIMITES ET APPORTS DE CE TRAVAIL

7.1 Les limites

Au travers de l'élaboration de ce travail, j'ai rencontré des difficultés pour réaliser mon enquête. Au début de la réflexion et de mes recherches, j'espérais pouvoir interroger des cadres non issus de la filière soignante. N'en ayant pas trouvé suffisamment, j'ai dû réorienter ma population d'enquête. Là encore, mes recherches ont été laborieuses. Je pense que c'est dû à l'appellation commune, quelque soit la filière, de « cadre de santé ». Si je n'avais pas fait appel à mon réseau, je pense que je ne serais pas arrivé à trouver les ressources nécessaires pour réaliser ce sujet.

Par ailleurs, les limites de mon travail se situent également au niveau de l'échantillon de l'enquête. Malheureusement, par faute de temps, le nombre d'entretiens et de questionnaires recueillis manque de puissance pour être représentatif et d'en permettre une généralisation des conclusions. De plus, peut-être m'a-t-il manqué une question auprès des infirmières, celle de savoir si – notamment pour les jeunes infirmières – le cadre de santé actuel était leur premier cadre de santé ou si elles avaient déjà bénéficié d'un encadrement par un cadre de santé issu de la filière infirmière.

7.2 Les apports

Ce travail de recherche m'aura permis de prendre du recul par rapport à ma question de départ. J'ai trouvé très intéressant de réaliser mon enquête auprès d'une population cible n'exerçant pas dans un domaine médico-technique comme cela peut être mon cas. Il est vraisemblable que, si je n'avais pas fait le choix de réaliser mon enquête dans des blocs opératoires, les réponses auraient été toutes autres.

Par ailleurs, ce travail aura favorisé un élargissement de mon champ de lecture et une plus grande ouverture que celles proposées par la formation cadre de santé.

Enfin, au travers de ce travail j'ai pu découvrir et mieux appréhender la technique de l'entretien semi-directif. En effet, lors de mes précédents travaux de recherche, j'utilisais plus facilement, tant par commodité que par nécessité, le fait d'avoir un échantillon important de questionnaires.

CONCLUSION

Après avoir étudié l'évolution des fonctions des cadres de santé et réalisé une enquête exploratoire, j'ai défini les concepts de légitimité, d'identité et de culture professionnelle, et de management stratégique. Mon enquête a consisté à interroger, au sein d'établissements publics de santé, quatre cadres de santé et cinq infirmières de chaque service.

La confrontation issue des résultats obtenus avec le cadre conceptuel me permet de dire que le fait de ne pas être de la même filière professionnelle, que celle des soignants encadrés, ne rend pas moins légitime le cadre de santé. Néanmoins cette légitimité n'est pas automatique, elle est conditionnée à une reconnaissance des soignants. Quant à l'évolution vers une transposition du métier de cadre de santé vers des managers en santé, il ressort de l'enquête réalisée que cela nécessite – pour les managers en santé – d'acquérir une culture professionnelle et un langage commun afin de maintenir la cohérence de prise en charge des patients. Bien que les cadres de santé et les infirmières y soient favorables, il semble difficile, à ce jour, de mettre en place cette transposition.

Pourtant le contexte actuel du champ de la santé nous laisse à penser que les cadres de santé auront de plus en plus un rôle de gestionnaire. La mise en place des pôles d'activités tend à renforcer les notions d'efficacité et de performance au niveau des services et à rendre les cadres de santé davantage conscients de leurs responsabilités quant à la nécessité d'une gestion rigoureuse. C'est peut-être grâce ou à cause de cette évolution que des managers en santé seront amenés à intégrer les services de soins dès lors que les textes législatifs le permettront.

En plus, dans un des service où j'ai effectué l'un des entretiens, j'ai eu l'occasion – durant un stage – de voir la mise en place d'un nouvel intermédiaire entre les infirmières et le cadre de santé : l'infirmière référente. Ne serait-ce pas le maillon manquant pour qu'il y ait une conciliation entre une professionnalisation plus accrue du management et le respect de l'identité et de la culture professionnelle des soignants ?

BIBLIOGRAPHIE

TEXTES LEGISLATIFS

- Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, Journal Officiel n° 179 du 02/08/1991, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668> [Consulté le 01/02/2012]
- Décret du 17 avril 1943 RAP pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 sur la réorganisation des hôpitaux et hospices, Journal Officiel du 27 avril 1943, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000679345&dateTexte=> [Consulté le 01/02/2012]
- Décret du 14 Novembre 1958, portant création du Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Surveillante (CAFIS), et du Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Monitrice (CAFIM)
- Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, Journal Officiel du 20 août 1995, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> [Consulté le 01/02/2012]
- Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel n°1 du 01 janvier 2002, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005632011> [Consulté le 01/02/2012]
- Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Journal Officiel n° 193 du 20 août 1995, <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=> [Consulté le 01/02/2012]
- Circulaire DH/8A/IM/CT/n°297 du 10 mai 1989 relative à la formation de l'encadrement soignant aux démarches de management
- Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôles des surveillantes et surveillantes chefs hospitaliers

OUVRAGES

- BARREYRE Jean-Yves, BOUQUET Brigitte, Dictionnaire critique d'action sociale, Paris : Bayard Editions, 1995, 436 pp (Collection travail social)
- BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations : nouvelle édition, Londrai : Editions du Seuil, 2010, 368 pp.
- Philippe BERNOUX, « La sociologie des organisations », Paris : Edition le point, février 1990, 379 pages, p 161
- BOURRET Paule, Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible, Gap : Seli Arslan, 2011, 288 pp.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard, L'acteur et le système. Londrai : Editions du Seuil. 1992, 368 pp.
- DUBAR Claude, La crise des identités, L'interprétation d'une mutation, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2001 (2^{ème} édition), p. 95
- HESBEN Walter, Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin, penser une éthique du quotidien des soins, Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2011, 155 pp
- ION Jacques, Le travail social à l'épreuve du territoire, Paris, Dunod, 1996, p. 91
- MINTZBERG Henry, Structure et dynamique des organisations, Paris : Editions d'organisation, 1998, 440 pp
- MISPELBLOM BEYER Frederik, Encadrer, un métier impossible : 2^{ième} édition, Paris : Armand Collin, 2010, 298 p.
- Alex MUCCHIELLI, L'identité, Paris : Presses Universitaires Françaises, 1986, 128 p, (Que sais-je, n° 2288)
- SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs : appartenances et égalités, Saint-Etienne : Belin, 2007, 267 p.
- SAINSAULIEU Renaud, L'identité au travail, 2^{ème} édition, Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985, 480 p.
- SAINSAULIEU Renaud, Sociologie de l'entreprise : Organisation, culture et développement, 2^{ième} édition, Paris : Editions Presses Sciences Po et Dalloz, 476 pages
- THEVENET Maurice, La culture d'entreprise, 5^{ième} édition, Paris : Presses Universitaires Françaises, 2006, 128 pp (Que sais-je ? n° 2756)

- WEBER Max, Economie et Société Tome 1 : les catégories de la sociologie, Paris : Pocket, 1995, 450 pp

MEMOIRES – TRAVAUX DE FIN D’ETUDES

- BOUCETTA Kamel, Le management des cadres de proximité en hôpital local : diagnostic, enjeux et choix stratégiques, Ecole des hautes Etudes en Santé Publique Décembre 2010, 88 pp (Directeur d’établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux)
- GUYADER Marie, L’évaluation : une clé de la légitimité ?, Ecole Supérieure Montsouris, Juin 2010, 70 pp (Diplôme d’Etat de Cadre de Santé)
- LE BONNIEC Bernadette, Le cadre de proximité : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier, Ecole Nationale de la Santé Publique, Octobre 2000, 83 pp (Formation des infirmiers généraux)
- OUBRY Christine, Cadre de santé : quid des filières ?, Institut de Formation des Cadres de Santé Section Kinésithérapie de Montpellier, Juin 2004, 210 pp (Diplôme d’Etat de Cadre de Santé)
- ROUSSEL Eric, Les référentiels professionnels cadres de santé : quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe ?, Ecole Nationale de la Santé Publique, 75 pp (Diplôme de Directeur des Soins)
- SALLAM Céline, Cadre de santé : une place à prendre ! ?, Institut de Formation des Cadres de Santé, Centre Psychothérapique de Nancy-Laxou, Juin 2009, 127 pp (Diplôme d’Etat de Cadre de Santé)

SUPPORTS ELECTRONIQUES

- Ministère de la santé et des sports, Cadre responsable d’unité de soin, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27> [Consulté le 01/02/2012]

- Ministère de la santé et des sports, Rapport de la mission Cadres hospitaliers présentée par Chantal de Singly, 11 septembre 2009, 124 pp, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf [Consulté le 01/02/2012]
- Ordre des conseillers en ressources humaines agréés du Québec, Guide des compétences professionnelles, 2007, <http://www.portailrh.org/etatsgeneraux/pdf/GuideCompetences.pdf> [Consulté le 02/02/2012]
- Annie-Claude COZE, Yvan POTIN, La culture d'entreprise, Centre de Ressources en Economie et en Gestion, 21 juin 2006, <http://www.creg.ac-versailles.fr/spip.php?article176> [Consulté le 06/02/2012]
- Rapport du Bureau international du travail, Emploi et conditions de travail du personnel hospitalier, Etudes et documents, 1960, <http://www.ilo.org/global/lang--fr/index.htm> [Consulté le 06/02/2012]
- Gestionnaire administratif(ve), Le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=118> [Consulté le 16 avril 2012]

ANNEXES

Annexe I :

Extrait de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

I

Annexe II :

Grille d'entretien des cadres de santé

III

Annexe III :

Questionnaire à destination des infirmiers

V

JORF n°193 du 20 août 1995 page 12469

ARRETE

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

EXTRAIT DE L'ANNEXE I - PROGRAMME

Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants.

C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles.

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 oeuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en oeuvre 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 décroisement 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.

La formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Elle les prépare à assumer pleinement ces dernières dans l'exercice de leurs futures fonctions, notamment par l'étude des outils techniques et d'évaluation propres à chaque filière professionnelle.

Dans le respect du programme institué, elle est organisée et dispensée en fonction des besoins des candidats et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. Le travail personnel de recherche et de documentation et le travail de groupe seront notamment utilisés au maximum afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité des étudiants. Les stages devront leur permettre un apprentissage pratique et approfondi de leurs fonctions de cadre par une application concrète et un transfert à leur domaine d'exercice professionnel. La formation est dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil.

GRILLE D'ENTRETIEN

CADRES DE SANTE

QUESTION N° 1

Pouvez-vous me dire quel est votre parcours professionnel jusqu'à votre diplôme de cadre de santé ?

QUESTION N° 2

Depuis combien de temps êtes-vous en fonction dans ce service ? Est-ce un choix de votre part ?

QUESTION N° 3

Du fait de ne pas être issue du même métier que les soignants que vous encadrez, avez-vous rencontré des difficultés lors de votre prise de poste ? Si oui lesquelles ?

QUESTION N° 4

Aujourd'hui pensez-vous que ce soit un avantage ou un inconvénient de ne pas être issu du même métier que les soignants que vous encadrez ? Pouvez-vous justifier votre réponse ?

QUESTION N° 5

L'arrêté relatif à la formation des cadres de santé indique que « *une formation commune des cadres de santé ne saurait autoriser l'encadrement des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle* ». Qu'en pensez-vous ?

QUESTION N° 6

Pensez-vous qu'il existe des freins à l'encadrement hors filière ? Si oui, lesquelles ?

QUESTION N° 7

Concernant vos fonctions, vous considérez vous davantage comme soignant ou comme manager en santé ?

QUESTION N° 8

En vous référant à vos missions, pensez-vous qu'un manager – non issu d'un métier soignant – pourrait, si on lui donnait les clefs de compréhension, réaliser vos missions ?

QUESTION N° 9

Quelle est selon vous la plus value d'être originaire d'un métier soignant ?

QUESTION N° 10

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?

QUESTIONNAIRES INFIRMIERS

QUESTION N° 1

Depuis combien de temps êtes-vous dans le service ?

- 1 – < 3 ans
- 3 – < 5 ans
- 5 – < 7 ans
- 7 – < 9 ans
- ≥ 9 ans

QUESTION N° 2

Savez-vous que de quelle filière est issue votre cadre de santé ?

- OUI
- NON

Si oui, précisez :

- Infirmière
- Kinésithérapie
- Laborantin
- Ergothérapie
- Autre

Précisez : _____

QUESTION N° 3

Pensez-vous que ce soit un avantage ou un inconvénient que votre cadre de santé ne soit pas issu du même métier que vous ?

- Avantage
- Inconvénient
- Sans avis

Commentaires :

QUESTION N° 4

Est-il absolument nécessaire, selon vous, que votre cadre de santé soit issu d'une filière soignante ?

- OUI
- NON
- SANS AVIS

Commentaires :

QUESTION N° 5

D'après vous, votre cadre de santé est-il essentiellement un soignants ou un manager en santé ?

- Soignant
- Manager en santé
- Soignant et Manager en santé

Commentaires :

QUESTION N° 6

Pensez-vous que votre cadre de santé peut évaluer vos compétences professionnelles ?
Indiquez votre réponse sur l'échelle de progression si dessous.

NON



OUI

Justifiez votre réponse :

QUESTION N° 7

Pensez-vous qu'un manager – non issu d'un métier soignant – puisse encadrer une équipe de soins ?

- OUI
- NON
- SANS AVIS

Justifiez votre réponse :

QUESTION N° 8

Souhaitez-vous rajouter quelque chose ?
