

*Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil Val
de Marne*

Diplôme de Cadre de Santé



*Un collège pour
les cadres : un
enjeu majeur ?*

Thierry DESCHAMPS

2011-2012

DCS 11-12

Remerciements

Pour leur contribution dans la réalisation de ce mémoire et le temps qu'ils m'ont consacré, je tiens à remercier :

- Jean-Yves MASQUELIER Cadre supérieur de pôle au CH St ANNE, Paris ;
- Les membres du collège cadre du CH du Mans et en particulier Stéphane PARCAY, Directeur des Soins au CH Le Mans ;
- Les cadres du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP et en particulier les membres du bureau du collège cadre.

Je tiens aussi à remercier particulièrement Enrique LEDESMA, Cadre Formateur à l'IFCS de l'Ecole Supérieure de Montsouris, et Directeur de ce mémoire, pour ses orientations et ses précieux conseils, et tous ceux qu'il n'a pas pu me donner...

Enfin, je dédie ce mémoire

à ma compagne, que je ne remercierai jamais assez, pour son aide, sa patience infinie, son soutien inconditionnel, et tout le support logistique qu'elle a pu apporter à mon centre opérationnel ;

et à ma fille, qui m'émerveille un peu plus chaque jour.

Sommaire

Table des matières

Glossaire	3
Introduction	4
1 Cadre conceptuel	7
1.1 Le concept d'identité	7
1.1.1 L'identité	7
1.1.2 L'identité professionnelle :	10
1.2 La notion de groupe	15
1.3 L'hôpital : une organisation, un contexte, et des acteurs	21
1.3.1 L'organisation de l'hôpital selon Mintzberg	21
1.3.2 Le contexte de l'hôpital public aujourd'hui	25
1.3.3 Les acteurs et les jeux de pouvoir	28
1.4 Le cadre de santé	31
1.4.1 Un cadre historique	31
1.4.2 Missions et activités des cadres de santé	34
1.4.3 La place du cadre de santé aujourd'hui : Rouage ou simple acteur ?	40
1.4.4 La crise des cadres	42
1.5 Le collègue cadre dans le rapport de Singly	46
1.5.1 Le rapport de Chantal De Singly	46
1.5.2 Le collègue cadre	47
2 Méthodologie	49
2.1 Phase exploratoire	49
2.2 Modalité de l'enquête	52

3	Analyse	54
3.1	Analyse des données	54
3.2	Les limites du travail	81
3.3	Synthèse.....	82
3.3.1	Une plus-value sur la pratique des cadres de santé... ..	82
3.3.2	...favorisant la construction d'une identité professionnelle.....	83
3.3.3	...Mais pas forcément leurs pouvoirs.....	83
3.3.4	Le collègue cadre, indispensable ?.....	84
3.4	Pour résumer	85
	Conclusion	86
	Bibliographie.....	87
	Annexes	91

Glossaire

- ANAP : Agence Nationale d'Appui à la Performance
- AP-HP : Assistance Publique - Hôpitaux de Paris
- ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
- ARS : Agence Régionale de Santé
- CA : Conseil d'Administration
- CDS : Cadre de santé
- CEFIEC : Comité d'Entente des Formation Infirmière et Cadres
- CH : Centre Hospitalier
- CHSCT : Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail
- CHU : Centre Hospitalier Universitaire
- CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
- CLUD : Comité de Lutte contre la Douleur
- CME : Commission Médicale d'Etablissement
- CRUQPC : Commission des Relations avec les Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge
- CSIRMT : Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Techniques
- CTE : Comité Technique d'Etablissement
- DCS : Diplôme Cadre de Santé
- EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles
- IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
- NDR : Note Du Rédacteur

Introduction

Dans l'hôpital où j'ai exercé, ainsi que dans de nombreuses autres structures, chaque service de soins est géré par un cadre de santé. Mais la nuit, c'est au cadre de nuit qu'il incombe de prendre en charge l'organisation des soins de l'ensemble des services ainsi que des équipes nocturnes (affectations, plannings, évaluations,...). Une des missions majeures de ce dernier consiste à maintenir une organisation et une continuité des soins efficace et cohérente.

Lors de ma prise de poste de faisant fonction de cadre de nuit, j'ai eu cependant un sentiment assez prononcé d'isolement, et ce malgré tout l'accompagnement que j'ai pu avoir à cette prise de poste, et les instances auxquelles je participais activement. Certes, il paraît évident que ce sentiment était intrinsèquement lié au poste de nuit en lui-même, mais au-delà de cela, mon ressenti était celui d'un manque de lien, de cohésion du groupe cadre, chacun se débattant avec ses propres difficultés.

Les rencontres avec les autres cadres de santé (lors de réunions d'encadrement par exemple, ou par différents groupes de travail), permettaient d'échanger sur ces ressentis, et étaient souvent sources réciproques d'informations de tout type (réorganisation d'un service, procédures, existence de nouveaux postes comme l'infirmière d'annonce, postes vacants, difficultés avec certaines équipes, nouveau matériel de soins, etc.). Ces informations informelles étaient loin d'être l'objectif de ces rencontres, mais leurs utilités dans le travail quotidien étaient précieuses. J'ai ainsi pu constater l'importance de se constituer et de maintenir un « réseau » formel mais aussi informel, qui facilitait la communication entre les différents partenaires, et par là-même facilitait la coordination, tant au niveau de la prise en charge des patients que de l'organisation en général (étudiants en stage, Evaluation des Pratiques Professionnelles, mouvement des effectifs, heures supplémentaires, mutualisation des ressources humaines et matérielles,...).

Par la suite, j'ai pu participer à une formation destinée à l'ensemble des cadres de l'établissement, portant sur la « cohérence managériale ».

Cette formation a permis une réflexion sur l'importance de se connaître les uns les autres, de confronter nos valeurs, nos pratiques, nos attentes, nos difficultés. Cela a constitué d'importants et riches moments d'échanges entre cadres. La finalité était de

mettre en commun nos interrogations, nos souhaits, nos difficultés, et de les porter à la direction des soins à l'issue de cette formation, lors d'une réunion de clôture.

Partant de ce constat, je me suis dit qu'au-delà du fond de cette formation, c'est aussi dans la forme que celle-ci prenait toute sa dimension : il s'agissait ni plus ni moins de se rencontrer et d'échanger, et d'apprendre à travailler ensemble (et en ceci, c'était assez proche des objectifs des travaux de groupe proposés à l'IFCS¹). Un espace d'échange par et pour les cadres, un lieu dédié pour se faire entendre, une perspective intéressante, enrichissante, épanouissante, et séduisante.

Par ailleurs, les nombreuses années passées à l'hôpital m'ont permis de suivre, bien que dans des fonctions différentes, l'évolution des établissements de santé, notamment au travers des réorganisations des directions, de l'encadrement, et des services de soins (directoire, mise en place des pôles, parcours du patient, tarification à l'activité, certification, qualité des soins, etc.). Dans ce contexte de changements multiples et de bouleversements majeurs de l'organisation sanitaire, il paraît primordial que les cadres, rouage incontournable de l'hôpital, et dont le rôle d'interface est essentiel, collaborent ensemble afin d'assurer une efficacité et une cohérence certaine.

Ces éléments m'ont amené à me poser un certain nombre de questions, en lien avec la place du cadre dans le contexte actuel des établissements de santé, place qui a sensiblement évolué. En effet, comment parvenir à une cohérence efficace dans l'organisation des soins, qui est soumise à de multiples contraintes et changements ? A une meilleure coordination ? Comment atténuer ce sentiment d'isolement ? Comment permettre aux cadres d'échanger afin de les aider à mieux appréhender leurs postes et leurs missions ? Comment leur permettre de verbaliser leurs difficultés, entre eux mais aussi face à la direction ? Comment leur permettre d'être reconnus et entendus ?

Un espace d'échange entre pairs, un groupe cadre, un réseau cadre entre cadres pourrait d'une part permettre de répondre en partie à ces questions.

C'est en passant le concours d'admission pour entrer à l'IFCS que pour la première fois j'ai entendu parler du « collège cadre », lorsqu'un membre du jury m'a demandé si j'en avais connaissance. Ce n'était pas le cas évidemment mais cela a piqué ma curiosité.

¹ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

C'est ainsi que j'ai pris connaissance du rapport de Chantal de Singly abordant ce thème. Pour asseoir la place des cadres dans les établissements, le rapport suggère entre autre d'établir un collège cadre au sein des établissements.

Cela m'a amené à un certain nombre de questionnements : Quelle est la place de ce collège cadre aujourd'hui, presque trois ans après la remise de ce rapport ? Le collège cadre ne pourrait-il pas être lié à un espace cadre dont le rapport fait également mention ? Quelle est la pertinence et l'intérêt du collège cadre dans les établissements pour les cadres de santé ?

Mes ressentis, croisés avec la formation sur la cohérence managériale et mes interrogations quant au collège cadre m'ont incité à choisir d'étudier ce thème.

Avant d'entamer une démarche autour de ce sujet, il convient tout d'abord de définir un certain nombre de concepts.

Nous allons donc aborder dans un premier temps les concepts d'identité et d'identité professionnelle, ainsi que celui de groupe.

Par la suite, nous porterons notre regard sur l'hôpital aujourd'hui, avec son organisation, le contexte actuel, et ses acteurs.

Dans un troisième temps, nous aborderons le thème du cadre de santé, en faisant un bref rappel historique, avant de décrire ses missions et fonctions actuelles et la place qu'il occupe dans l'organisation. Enfin, nous évoquerons le problème de la crise que traversent les cadres de santé aujourd'hui afin de mieux comprendre comment ce contexte a fait naître le collège cadre, que nous décrirons ensuite dans le rapport de Singly.

La seconde partie de ce mémoire sera consacrée à la méthodologie employée pour notre recherche, alors que nous exploiterons et analyserons les résultats de celle-ci dans une troisième partie, dont nous ferons une brève synthèse, avant de conclure.

1 Cadre conceptuel

1.1 Le concept d'identité

Afin de déterminer ce qui entre en jeu dans la compréhension du cadre de santé aujourd'hui, il convient de définir le concept d'identité.

1.1.1 L'identité

Selon le dictionnaire Larousse, l'identité peut se définir par un « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ».

Etymologiquement, le nom « identité » est dérivé du terme latin « idem » qui signifie le même, la même chose.

Le concept d'identité a été étudié sous plusieurs angles, de la psychologie aux sciences politiques, en passant par l'anthropologie et la sociologie. C'est de ce dernier point de vue que nous allons l'aborder, car elle a le mérite de mettre entre autre en lumière le processus d'identification par le rapport au travail et par le jeu des acteurs stratégiques, ce qui nous permettra de mieux comprendre comment les cadres de santé traversent depuis quelques années une véritable crise identitaire.

D'un point de vue sociologique, « *l'identité résulte d'une transmission méthodique, reçue principalement au cours de l'enfance. Cette inculcation assure l'appartenance de l'individu à des groupes sociaux, dont elle garantit la stabilité temporelle (Durkheim, 1922)* »². Ainsi pour Durkheim, l'identité d'un individu s'imposerait de lui-même à lui dès l'enfance et par la suite, à travers son inscription sociale, son appartenance à des groupes sociaux. Sa fonction sociale ou sa profession permettrait donc la construction de son identité.

Dubar dans son ouvrage « La crise des identités » décrit deux types de conception de l'identité : une position « essentialiste », reposant sur le fait que l'identité des individus est ce qui fait qu'ils restent identiques dans le temps, identiques à leur « essence », portant une idée de permanence et singularité. Ces essences cependant peuvent être rattachées - et doivent être - rattachées à des « catégories » afin de pouvoir

² BOUDON Raymond, BESNARD Philippe, CHERKAOUI Mohamed, LECUYER Bernard-Pierre : **Dictionnaire de sociologie**, Paris : Larousse-Bordas, 1999, 279 p.

être qualifiées. Ainsi, « *chaque catégorie définit le point commun « essentiel » de tous ceux qu'elle regroupe.* »³

La seconde conception est « nominaliste » ou « existentialiste », et s'oppose à la position essentialiste dans le sens où il n'y aurait pas d'essence éternelle, tout étant soumis au changement. Il y aurait donc des modes d'identification, qui seraient variables selon l'histoire collective et la vie personnelle. De fait, « *l'identité des individus dépend de l'époque considérée, du point de vue adopté et la façon de les nommer est historiquement variable.* »⁴

L'identité serait donc à la fois ce qui est propre à un individu ou à un groupe et ce qui le singularise, ce qui le différencie par rapport aux autres, mais aussi ce qui permet de définir une appartenance commune. L'identité serait donc paradoxale, le paradoxe étant « *que ce qu'il y a d'unique est partagé* »⁵.

Pour Claude Dubar, il y aurait donc l'**identité pour soi**, appelée aussi identité « *biographique* » ou « *générique* »⁶, c'est-à-dire celle qui est revendiquée par soi-même, à laquelle on se sent appartenir, liée à son histoire personnelle (ethnie, parenté, formation, parcours professionnel,...), et l'**identité pour autrui**, appelée encore identité « *relationnelle* » ou « *prédicative* »⁷, celle qui est attribuée par les autres, et qui s'inscrit dans l'adhésion à des normes, valeurs, à un instant donné. Elle serait ainsi « *le résultat de transactions entre soi et les autres dans divers contextes sociaux de relations concrètes d'échanges ou de pouvoir.* »⁸

« *Par identités, il faut entendre un ensemble de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité du soi. (...) L'identité est aussi un système de repères conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différent des autres. C'est l'identité pour autrui.* »⁹

³ FRAISSE-D'OLIMPIO Stéphanie : **Essai de précision d'un concept paradoxal**, mars 2008, site des sciences économiques et sociales <<http://ses.ens-lyon.fr/essai-de-precision-d-un-concept-paradoxal-39777.kjsp>> [consulté le 14/01/2012]

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

⁶ TATARA Natacha : **Le concept d'identité professionnelle chez Claude Dubar**, janvier 2011, Site sciences humaines@suite101, article disponible sur <<http://natacha-tatara.suite101.fr/le-concept-d-identite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>> [consulté le 1^{er} avril 2012]

⁷ Ibid.

⁸ PIOTET Françoise., SAINSAULIEU Renaud. : **Méthodes pour une sociologie de l'entreprise**, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1994, p. 202.

⁹ Ibid.

Ces deux identités peuvent être en accord ou en désaccord, selon que l'individu intègre ou non son appartenance héritée, accepte ou non l'identité attribuée par les autres.

Or « *le passage d'un mode d'identification « pour autrui » à un mode d'identification « pour soi » expliquerait en partie ce que l'on qualifie aujourd'hui de crises identitaires* »¹⁰, dont l'identité au travail.

Plus précisément, Claude Dubar, reprenant le postulat de Max Weber sur le passage de formes communautaires d'identification à des formes sociétares d'identification, fait l'hypothèse que ce phénomène serait à l'origine des crises d'identité professionnelles aujourd'hui. Les formes d'identités communautaires seraient des groupes d'appartenances « essentielles », pour reprendre la théorie énoncée plus haut (cultures, nations, ethnies, corporations, etc.), où l'identification « pour autrui » serait plus importante que l'identification « pour soi ». Quant aux formes sociétares, elles renvoient à des ressources d'identifications puisées dans l'appartenance à des collectifs multiples, variables et éphémères, qui changent et évoluent au cours de la vie. Ici, l'identification « pour autrui » serait plus importante que l'identification « pour soi ».

« Dit autrement, la modernisation à l'œuvre dans les sociétés industrielles est un mouvement qui fait primer l'identité des Je sur l'identité des Nous ; les formes individualisantes, différenciatrices, sur les formes collectives, généralisantes. » (C. Dubar)¹¹

Dit plus simplement, la société fait face aujourd'hui à une montée de l'individualisme, où effectivement le « je » prend le pas sur le « nous ». C'est aussi ce qui fait une des difficultés des cadres aujourd'hui dans la gestion et l'implication de son équipe au travail, et que nous pouvons constater chaque jour en service.

Pour résumer, toute organisation sociale, que ce soit l'école, la famille, la communauté, le travail, etc. participe directement à la construction de son identité.

Cette notion d'identité, de fait, permet de comprendre les sentiments d'appartenance, mais aussi de décalage ou d'exclusion.

¹⁰ FRAISSE-D'OLIMPIO Stéphanie : **Essai de précision d'un concept paradoxal**, mars 2008, site des sciences économiques et sociales <<http://ses.ens-lyon.fr/essai-de-precision-d-un-concept-paradoxal-39777.kjsp>> [consulté le 14/01/2012]

¹¹ ALLEMANT Sylvain : **Identités professionnelles : le temps du bricolage- Rencontre avec Claude Dubar**, Sciences humaines, n° 114, mars 2011- disponible sur le site http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_dossier_web=57&id_article=1194 [consulté le 29 mars 2012]

1.1.2 L'identité professionnelle :

Si la notion d'identité définit ce que sont les individus, celle-ci diffère selon que l'on distingue « l'identité privée », qui serait celle de la sphère intime, de « l'identité professionnelle », qui serait ce qui caractérise l'individu dans le domaine professionnel.

« L'identité professionnelle, c'est le fait que le travail soit un élément structurant de l'identité des individus qui se présentent et se définissent à travers et par leurs activités professionnelles, leur appartenance à des groupes professionnels. »¹²

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, construisant des acteurs du système social d'entreprise* ». ¹³

Ainsi son approche propose la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de travail et notamment des relations de pouvoir. Dans cette optique, il est important de prendre en compte trois dimensions, à savoir la situation de travail, les relations de groupe, et les rapports à la hiérarchie.

Il souligne dans son ouvrage « L'identité au travail » que dans les modèles de relations au travail « *se développent constamment des phénomènes d'identification projective ou imitative, en fonction des moyens que l'on a de prendre de la distance avec les chefs ou de collaborer avec ses collègues.* »¹⁴ A partir d'enquêtes menées dans les entreprises, il repère des processus identitaires particuliers « *en fonction des moyens dont disposent les individus pour obtenir la reconnaissance d'autrui* »¹⁵, qu'il définit en quatre idéaux-types ou modèles d'identité au travail :

Le modèle de retrait :

Dans ce modèle, souvent plus subi que désiré, le travail n'est qu'un moyen de gagner sa vie, aussi, l'individu y est peu investi, voire désinvesti. Il va privilégier plutôt la

¹² TATARA Natacha : **Le concept d'identité professionnelle chez Claude Dubar**, janvier 2011, Site sciences humaines@suite101, article disponible sur <<http://natacha-tatara.suite101.fr/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>> [consulté le 1^{er} avril 2012]

¹³ SAINSAULIEU Renaud : **L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation**, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 3^{ème} édition 1988, 1^{ère} 1977, p.9.

¹⁴ Ibid. p. 304.

¹⁵ ALTER Norbert, LAVILLE Jean-Louis : **La construction des identités au travail**, Sciences humaines magazine, n° 149, Mai 2004.- disponible sur le site <http://www.scienceshumaines.com/la-construction-des-identites-au-travail-norbert-alter-jean-louis-laville_fr_4063.html> [consulté le 30 mars 2012]

vie de famille, les enfants, les activités non-professionnelles... De même; il ne recherche pas spécialement les relations avec les collègues et n'est pas attaché au groupe. Il y a peu de meneurs dans ce modèle, et la confrontation de point de vue est évitée. Par contre, le chef est important, car il structure le rapport au monde du travail.

L'individu ne s'implique pas dans des relations de pouvoir au travail, mais peut avoir du pouvoir en dehors de celui-ci. De même, dans ce modèle l'identité ne se construit pas au travail mais ailleurs.

Il comprend les travailleurs les moins intégrés dans le travail, les professions les moins qualifiées, les immigrés, les femmes peu qualifiées (à l'usine). (Il est nécessaire de remettre dans le contexte de l'époque- NDR)

Le modèle affinitaire :

Dans ce modèle plutôt individualiste, l'individu est carriériste, motivé par des mobiles professionnels. Il vise la promotion sociale en privilégiant les relations affinitaires et les connivences affectives, que ce soit avec les collègues ou avec la hiérarchie, mais est acteur pour lui-même. Il n'y a donc pas de forte solidarité entre collègues dans ce modèle. Le chef est nécessaire dans la relation, car il détient la clé de la promotion.

Le modèle affinitaire conduit à une action individualisée, centrée sur l'ascension sociale. « *Les individus jouent la carte de l'uniformité, de l'adhésion à la culture interne pour adopter des stratégies individuelles.* »¹⁶

Il s'agit des techniciens, des agents de maîtrises, des contremaîtres, des employés qui parviennent cadres.

Le modèle fusionnel :

Dans ce modèle, les individus ayant peu de pouvoir vont compenser cette faiblesse par la force de la collectivité. En général attachés au travail et à l'activité, voire à l'entreprise, l'importance est donnée aux relations entre collègues, avec une forte solidarité, et des valeurs de camaraderie, d'unité de groupe. Ce modèle conduit à l'action collective, par la mobilisation d'un grand nombre d'individus. Le leader est donc important. Il représente le groupe, assure sa cohérence, et tous se regroupent sous sa bannière.

¹⁶ PETITJEAN Nadia : **Claude Dubar- La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles**, Fiche de lecture du Centre Nationale des Arts et Métiers, p. 15. 29 pages. Disponible sur <<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE/DUBAR%20IDENTITES%20SOCIALES%20PROFESSIONNELLES.pdf>> [consulté le 1^{er} avril 2012].

On y retrouve des ouvriers qui ont peu de moyens pour se faire reconnaître, et les syndicats.

Le modèle de la négociation :

Dans ce modèle, le travail est très important. Il permet de s'accomplir, de se réaliser. L'individu, en général très qualifié, y est donc très investi. Le groupe est important car il possède des compétences évoluées, et les relations avec les collègues sont nombreuses, notamment pour débattre ou échanger sur les pratiques. En effet, elles leur permettent d'affirmer leurs différences, et de négocier leurs alliances pour obtenir ce qu'ils désirent. Les groupes se forment de façon ponctuelle dans un but précis, et se dissolvent une fois ce but atteint. Si le groupe est important, l'individualité y est donc forte, et c'est aussi pourquoi le chef est mal accepté, à moins d'être expert ou que son style de management soit participatif.

En d'autres termes, ce modèle est basé sur la négociation et la reconnaissance sociale, et intervient quand les situations de travail permettent un accès aux positions stratégiques.

On y trouve des professionnels qualifiés (dont des ouvriers), et des professionnels ayant des responsabilités. C'est dans ce modèle que se retrouvent les cadres.

Pour Renaud Sainsaulieu, c'est donc dans ces modèles où l'entreprise est un lieu de socialisation que se construisent les identités professionnelles, grâce aux relations de pouvoir avec les individus, mais aussi grâce à leur reconnaissance dans le groupe d'appartenance. Ainsi, pour former son identité, il est aussi important d'être reconnu.

Pour Claude Dubar, « *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, noyaux durs des identités par les institutions.* »¹⁷

Pour lui, on ne peut parler d'identité professionnelle que si elle est reconnue socialement à la fois par le groupe professionnel et par les membres en dehors du travail. En reprenant sa théorie de l'identité, l'identité professionnelle serait l'articulation entre l'identité « pour soi » et l'identité « pour autrui », c'est-à-dire entre son identité

¹⁷ DROT-DELANGE Béatrice : **Une hypothèse : l'identité professionnelle**, dans « *Internet, outil d'identité professionnelle des enseignants ?* » Exposé présenté au séminaire 2000- 2001 des Technologies de l'information et de la communication et éducation, IUFM de Rennes. Disponible sur <<http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm>> [consulté le 15/04/2012]

biographique et son identité relationnelle. Cette articulation se ferait par le biais de deux transactions : la **transaction subjective**, liée à l'identité relationnelle, qui serait le rapport entre le désir identitaire d'un individu et l'identité attribuée par autrui (et à laquelle il tend à se conformer), et la **transaction objective**, liée à l'identité biographique, et qui serait la relation entre son identité professionnelle actuelle et celle qu'il vise.¹⁸

Ainsi, l'identité professionnelle se construirait à la fois par l'identification à l'image que les autres renvoie à l'individu, et par l'image à laquelle il se réfère, et ce tout au long de la vie d'un individu.

L'auteur émet une légère distinction entre identité professionnelle et identité au travail : « *Les identités professionnelles ne sont des catégories acquises une fois pour toutes. Comme les autres, elles se construisent dans et par les interactions, tout au long de la vie. Elles s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant les limites du lieu de travail. [...] L'identité professionnelle diffère de l'identité au travail : elle est une manière de se situer dans le champ professionnel et, au-delà, dans la vie sociale ; elle continue à influencer toute l'existence hors travail.* »¹⁹

Ainsi, l'identité professionnelle participerait également à une reconnaissance identitaire dans d'autres sphères sociale que celle au travail.

Pour Ivan Sainsaulieu, « *les identités au travail se construisent dans la pratique de proximité, dans l'interaction avec les autres professionnels et profanes.* »²⁰

Il reprend dans ses travaux la grille des modèles d'identités pour les appliquer à l'hôpital et les définit ainsi²¹ :

Le modèle réglementaire :

Dans ce modèle, l'individu est peu investi dans le travail, attendant que les ordres viennent « d'en haut ». Le rapport au travail reste instrumental, le sens donné à celui-ci résidant uniquement dans le statut, le salaire, et le maintien de l'emploi. Il est par ailleurs

¹⁸ TATARA Natacha : **Le concept d'identité professionnelle chez Claude Dubar**, janvier 2011, Site sciences humaines@suite101, article disponible sur <<http://natacha-tatara.suite101.fr/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>> [consulté le 1^{er} avril 2012]

¹⁹ ALLEMAND Sylvain (2011) : **Identités professionnelles : le temps du bricolage- Rencontre avec Claude Dubar**, Sciences humaines, n° 114, mars 2011- disponible sur le site http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_dossier_web=57&id_article=1194 [consulté le 29 mars 2012]

²⁰ SAINSAULIEU Ivan : **L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalités-** Paris : Belin, 2007, p. 196

²¹ SAINSAULIEU Ivan : **La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société-** Collection cadre de santé, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2006, p 111.

peu impliqué affectivement dans ses relations avec ses collègues, restant à l'écart du groupe et du leader.

Y sont représentés les agents administratifs, ouvriers, et certains aides-soignants et agents hospitaliers.

Le modèle communautaire :

Dans ce modèle, l'implication au travail est le plus souvent importante, notamment par les relations et liens avec la communauté professionnelle, qui est protectrice. La notion de solidarité est importante et l'affect est présent avec les collègues. Le chef est reconnu comme leader, détenteur du savoir, ou porte-parole.

On y trouve en général des agents hospitaliers, techniciens (manipulateurs radio par exemple), aides-soignants, et parfois des ouvriers.

L'auteur précise que ce modèle est en déclin.

Le modèle professionnel :

C'est, selon Ivan Sainsaulieu, le modèle central. L'individu est très attaché et impliqué au travail, celui-ci permettant de se réaliser, de s'accomplir, notamment dans l'expertise et dans les interactions professionnelles qui sont riches et continues. La relation avec la hiérarchie repose sur les échanges, et celle avec les collègues sur la négociation. Il espère être promu, et/ ou pouvoir développer ses compétences par le biais de formations

On y trouve des experts spécialisés (psychologues, orthophonistes, etc.), des infirmiers, des médecins (chefs de clinique, chefs de service,...), et des **cadres de santé**.

« Néanmoins certains acteurs peuvent subir des tensions les éloignant vers le modèle entrepreneurial (cadres et chefs de service) ou communautaires, ou encore vers celui de la mobilité (infirmiers, psychologues, internes...). »²²

Le modèle professionnel de service public :

Il est nettement présent à l'hôpital, et s'apparente au modèle professionnel excepté que le sens du travail est fondé sur l'utilité sociale et le service rendu au patient. En effet, la mission est importante car elle permet de s'y identifier. L'individu y est responsable et autonome, et possède des compétences relationnelles particulières. C'est le cas pour les aides-soignants, assistantes sociales et certains agents hospitaliers (brancardiers par ex).

Le modèle de la mobilité :

Là aussi, il y a une forte implication dans le travail, où les échanges relationnels sont prévalents, mais avec une notion de mobilité sociale, et une conduite privilégiant

²² Ibid. p. 112.

l'employabilité. L'emploi est inscrit dans une trajectoire de vie, qui sera marquée par la promotion, la formation, la réalisation de soi. On y retrouve des médecins, des aides-soignants, des infirmiers, ou encore des agents souhaitant évoluer

Le modèle entrepreneurial :

C'est un modèle peu courant, où l'implication au travail est forte, et dans lequel l'individu, revendiquant l'appartenance à un collectif, se mobilise pour l'entreprise.

On y trouve « *un certain nombre de cadres de proximité particulièrement mobilisés pour animer leur équipe, en tenant compte des critères de gestion comme du besoin d'animation propre à la dynamique des ressources humaines.* »²³

A travers ces trois auteurs, on peut donc résumer que l'identité professionnelle se construit **dans des modèles identitaires** d'une organisation sociale à travers les **interactions** et les **relations de pouvoir** au sein et entre des **groupes d'appartenance**, le **rapport au travail** et à la **hiérarchie**, la **reconnaissance** par ses pairs, mais aussi par les autres membres dans et en-dehors de l'organisation. Par ailleurs, elle se construit par l'image que les autres renvoient à l'individu aussi bien que par une image à laquelle il se réfère.

Le groupe social est donc un facteur primordial dans la construction identitaire des individus au travail.

1.2 La notion de groupe

Dans le dictionnaire Larousse, la notion de groupe se définit de manière générale par « *la partie homogène d'un ensemble dans une classification* », ou encore par un « *ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et définis par une caractéristique commune* », qui peut être encore un « *ensemble formé par des choses ou des êtres de même nature et, en particulier, ensemble défini par le nombre ou la quantité qui le constitue (par opposition à « un »)* ».

Ainsi, ce que nous pouvons retenir d'emblée de ces définitions, c'est qu'il y a une notion d'ensemble, de nombre (par définition, on parlera de groupe à partir de trois personnes), d'homogénéité ou de caractéristique commune, ou encore de même nature.

²³ Ibid. p. 113

Depuis toujours, l'être humain est inséré socialement au sein de groupes tels que la famille, l'école, les équipes de travail ou de loisirs, etc.

Le groupe serait ainsi un intermédiaire entre l'individu et la société

Mais on peut distinguer différentes catégories de groupe²⁴ :

La foule : Elle est caractérisée par un très grand nombre d'individus, réunis au même endroit de façon ponctuelle, sans avoir particulièrement cherché à se réunir. Elle prédisposerait « à l'apathie devant un meneur, à la contagion des émotions, aux actions paroxystiques ». ²⁵

La bande : est caractérisée par la recherche et l'identification à l'individu semblable, possédant les mêmes modes de penser. Les actions communes sont spontanées mais peu importantes pour le groupe.

Le groupement ou association : Il s'agit d'un groupe de personnes réunies dans un intérêt commun, avec une fréquence plus ou moins grande. Les relations entre les membres sont assez superficielles, et les actions en général limitées.

Le groupe primaire ou restreint : doit être suffisamment petit pour que ses membres soient en interrelation (6 à 13 membres). Ces derniers poursuivent activement les mêmes buts, avec une division des rôles et tâches, et il y a une notion de forte solidarité et d'interdépendance, ainsi que la constitution de relations affectives plus ou moins importantes (sympathie, antipathie,...), voire de sous-groupes d'affinités. Il serait caractérisé selon Charles Horton Cooley par « des relations intimes d'association et de coopération »²⁶. Ce groupe possède des normes, des croyances, des traditions, des signaux, codes, et rites qui lui sont propres. Les actions communes sont en général spontanées voire novatrices.

Pour Freud, «un groupe primaire est formé d'un certain nombre d'individus, qui ont un idéal commun en la personne de leur chef et qui, en vertu de cet idéal, s'identifient les uns aux autres». ²⁷

Le groupe secondaire ou organisation : C'est un système social rassemblant un ensemble de personnes à des fins déterminées, identiques ou complémentaires, dans une structure, une institution (juridique, politique, économique, etc.) et régis par des règles de

²⁴ LEDESMA Enrique, cadre formateur, IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, Paris, DCS Mod. 4, Master 1 Santé & Management Université Paris Est, ECUE 5.5 : Analyse et développement des pratiques d'encadrement, novembre 2011 : **La dynamique des groupes restreints.**

²⁵ DESBROSSES Stéphane : **Notion de groupe : origine du concept-** Cours de psychologie sociale- Dijon, 20 décembre 2007, disponible sur <<http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/132-notion-de-groupe-origine-du-concept.html>> [consulté le 3/04/2012]

²⁶ Ibid.

²⁷ Ibid.

fonctionnement préétablies réglant les rapports entre les groupes la composant. Les relations entre les membres y sont essentiellement fonctionnelles. Les actions communes sont habituelles et généralement planifiées.

Kurt Lewin, psychologue allemand et inventeur du concept (1944), définit le groupe comme une structure qui ne serait pas figée mais dynamique, reposant non pas sur les ressemblances ou les différences des éléments qui le composent, ou même sur la poursuite d'un but commun, ce qui serait assez réducteur selon lui, mais sur leur interdépendance. Plus précisément, Lewin parle d'un double système d'interdépendance, qui expliquerait les conduites du groupe : un système d'interdépendance entre les membres qui le constituent, et un système d'interdépendance entre les éléments de sa structure (buts, normes, représentation du milieu extérieur, division des rôles, statuts, etc.). Dans ce champ dynamique, il y aurait un système de forces en équilibre, et les comportements des individus auraient pour but le rétablissement de cet équilibre quand celui-ci se rompt, introduisant une tension chez ses membres. De plus, selon lui, le groupe serait un tout, dans lequel le changement d'un des éléments qui le compose changerait l'état de tous les autres.²⁸

Selon Lewin, le groupe constituerait par ailleurs une microculture, possédant ses croyances, ses normes, son langage, ses traditions propres.

Dans le même ordre d'idée, pour Jean Maisonneuve, le groupe « *se définit non par la simple proximité ou la simple ressemblance de ses membres, mais comme un ensemble de personnes interdépendantes. C'est en ce sens qu'il constitue vraiment un organisme et non un agrégat, une collection d'individus.* » Il rajoute que « *La trame de cette organisation est le champ psychologique du groupe englobant non seulement les membres, supports matériels en quelque sorte, mais leurs buts, leurs actions, leurs ressources, leurs normes, etc.* »²⁹

La dynamique des groupes reposerait sur l'ensemble des éléments et des processus qui interviennent au cours de leur existence, où « *tous les membres existent psychologiquement les uns pour les autres et se trouvent en situation d'interdépendance et d'interaction potentielle* ». ³⁰

²⁸ Ibid.

²⁹ MAISONNEUVE Jean : **La dynamique des groupes**, 16^{ème} éd., Paris : PUF, 2011, p 15.

³⁰ Ibid. p. 21

Cependant, il précise que ceci ne suffit pas à définir la notion de groupe. En effet, il faut que celui-ci, en plus des interactions entre ses membres et des éléments qui le composent s'inscrive dans une structure afin de prendre toute sa notion collective.

« On ne saurait parler de « groupe » à partir des seuls facteurs de proximité, de ressemblance et d'interrelations ; celles-ci ne prennent un sens collectif qu'à l'intérieur d'une structure –tantôt préalable tantôt émergente- qui régit le jeu des interactions et implique, à un niveau plus ou moins conscient, un but, un cadre de référence et un vécu commun. »³¹

Ainsi, il propose un classement des groupes, retenant pour ce faire quatre critères principaux (en dehors de la taille du groupe), à savoir le rapport avec **l'organisation sociale**, avec les **normes admises**, avec les **buts collectifs** et avec un **projet de recherche éventuel**.

Il y aurait donc dans le cadre de l'organisation sociale, les **groupes institutionnels**, dépendant directement de celle-ci (famille, bureau,...), et les **groupes informels**, portés par des projets particuliers (la bande copain, un club,...).

En rapport avec les normes admises, on trouve les **groupes déviants**, souvent imprégnés d'idéologies, et plus ou moins rebelles.

En ce qui concerne la recherche de buts collectifs, il distingue les **groupes de base**, où il s'agit simplement d'être ensemble, le groupe étant plus une fin qu'un moyen, et les **groupes de travail**, centrés sur une tâche où les facteurs opératoires dominent.

Enfin, inscrits dans un projet de recherche éventuel, il y a les **groupes naturels**, indépendants de tout projet d'étude, et les **groupes de laboratoires**, souvent artificiels et éphémères, réunis dans le cadre d'une expérience.

Jean Maisonneuve explique que ces classifications ne sont ni exhaustives, ni exclusives. Ainsi, un groupe de travail peut comporter des relations informelles, aussi bien qu'un groupe spontané peut se rigidifier dans son organisation jusqu'à devenir un « réseau d'entreprise » centré sur le pouvoir ou le succès.

Nous pouvons noter que bien avant Maisonneuve, Wilfried Bion, psychanalyste britannique (1897-1979), avait déjà mis en évidence la notion de « *groupe de travail* » et de « *groupe de base* », posant le postulat que chacun d'eux disposerait d'une « mentalité de groupe », dépendante de l'état affectif de ses membres et pouvant évoluer en fonction

³¹ Ibid. p. 21

des circonstances. Selon lui, le groupe de travail serait un « *niveau rationnel d'exécution des activités dans le but d'atteindre des objectifs communs avec une répartition objective des rôles et des moyens entre ses membres* », alors que le groupe de base serait défini comme « *niveau subjectif et inconscient où les besoins, pulsions, désirs des individus interviennent et peuvent générer des conflits, favoriser des consensus ou au contraire entraver l'action du groupe* ». ³²

Par ailleurs, au-delà de la proximité (spatiale, sociale, culturelle), qui facilite la cohésion de groupe, il propose des facteurs extrinsèques et intrinsèques permettant celle-ci.

Dans les facteurs extrinsèques, c'est-à-dire antérieurs à la constitution du groupe, ou formalisés dès sa naissance, on trouve les contrôles sociaux (contraintes législatives, opinion publique, etc.), la dépendance hiérarchique ou fonctionnelle, et la disposition spatiale (réseaux de communication, statuts sociaux, cadres de références).

Dans les facteurs intrinsèques, il distingue les facteurs socio-affectifs et les facteurs opératoires et fonctionnels.

Dans ces derniers, il met en lumière deux principaux facteurs :

La distribution et l'articulation des rôles : Elles dépendraient à la fois des activités et des aptitudes des individus, s'inscrivant dans un processus de différenciation et d'ajustement à la fois horizontal (l'auteur donne l'exemple du travail à la chaîne ou d'un tour de table dans une discussion), et vertical (partout où la hiérarchie intervient, c'est-à-dire où l'action de l'un conditionne l'action du suivant). C'est ainsi qu'émergerait des rôles définis et articulés entre eux. Il précise d'ailleurs qu'on ne peut parler de groupe « *que lorsqu'un tel système de rôles, à la fois interdépendants et complémentaires, est en mesure de fonctionner.* » ³³

La conduite du groupe et le mode de leadership : Chaque membre du groupe influe en intensité et en qualité sur la conduite de ce dernier, mais toute action de productivité (matérielle ou intellectuelle) nécessite un « *moniteur* », un individu ayant le rôle de chef. Ce rôle de « *leader* » doit être complémentaire des autres et envisagé comme une fonction de coordination et de stimulation. Selon le style adopté et la situation, il peut avoir un pouvoir décisionnel ou être facilitateur des prises de décisions collectives.

³² LEDESMA Enrique, cadre formateur, IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, Paris, DCS Mod. 4, Master 1 Santé & Management, Université Paris Est, ECUE 5.5 : Analyse et développement des pratiques d'encadrement, sept 2011 : **Initiation au management.**

³³ MAISONNEUVE Jean : **La dynamique des groupes**, 16^{ème} éd., Paris : PUF, 2011, p 30.

En ce qui concerne les facteurs socio-affectifs, appelés aussi « *mobiles sociaux-affectifs* »³⁴, ils confèrent au groupe son attractivité, et comprennent tout ce qui est de l'ordre de la motivation, des émotions, et des valeurs communes. Ils sont représentés par :

L'attrait d'un but commun : Ce but est plus ou moins clair et plus ou moins exaltant en fonction de l'âge ou de la nature du groupe, cependant « *sa force attractive dépend non seulement de sa netteté, mais encore de son adéquation au niveau moyen d'aspiration des membres du groupe* »³⁵ ;

L'attrait de l'action collective : C'est le moyen de poursuivre le but. Elle est source de satisfaction en soi.

L'attrait de l'appartenance au groupe : Il résulte de la combinaison de différents affects, où peuvent dominer un sentiment de puissance, de fierté, ou de sécurité.

L'auteur précise cependant que « *par-delà ces affects, le mobile fondamental sans doute est celui de communiquer, de s'unir de quelque façon à autrui en échappant à l'anxiété de la solitude. [...] C'est l'ensemble de ces facteurs qui détermine le processus d'identification des membres à leur groupe et l'intensité (variable) du sentiment du « nous ».* »³⁶

C'est dans cette dernière citation, que nous trouvons la réponse à ce sentiment de solitude souvent présent chez les cadres de santé. Ainsi, si ce sentiment émerge chez ces derniers, c'est peut-être qu'ils ne se sentent plus appartenir à aucun groupe, ni à celui de l'équipe soignante qu'ils ont quitté, même s'ils ont le sentiment d'en faire toujours partie, ni à celui des directions qui sont dans des logiques souvent contradictoires avec leurs valeurs et leurs représentations. La solution partielle au malaise des cadres hospitaliers consisterait donc peut-être à trouver du réconfort dans la constitution d'un groupe cadres, auxquels ils pourraient s'identifier et revendiquer leur appartenance.

Car, comme nous l'avons vu précédemment, la notion de groupe et celle d'identité restent indissociables l'un de l'autre.

En effet, « *la différenciation [par rapport à un autre groupe] permet d'établir (ou de maintenir) à l'intérieur de chaque catégorie une spécificité et par là même une certaine*

³⁴ Ibid. p 27.

³⁵ Ibid. p 27.

³⁶ Ibid. p 27-28.

identité ; celle-ci se définit par la place qu'occupe un individu ou un groupe au sein d'un réseau de catégories sociales. »³⁷

Pour finir, nous pourrions dire au regard de ces définitions, que les cadres peuvent être considérée comme un groupe, organisé, en interdépendance, possédant ses valeurs, et ses normes, avec des ressources, des actions, des buts communs, soumis aux facteurs extrinsèques et intrinsèques décrits plus haut, avec les notions d'appartenance au groupe, d'action collective, etc. Ce groupe s'inscrit dans une structure, une organisation : l'hôpital.

1.3 L'hôpital : une organisation, un contexte, et des acteurs

1.3.1 L'organisation de l'hôpital selon Mintzberg

Henry MINTZBERG propose une analyse de l'organisation basée sur cinq éléments de base : elle serait composée d'un **sommet stratégique** (qui assure la responsabilité de l'ensemble et prend les décisions stratégiques, composé par le directeur et le comité de direction), d'une **ligne hiérarchique** (qui prend les décisions managériales, composée des cadres intermédiaires), d'un **centre opérationnel** (chargé de la production des biens ou des services, et qui prend les décisions opérationnelles), d'une **technostructure** (composée d'analystes chargés de la conception et adaptation de la structure), et d'un **support logistique** (qui fournit différents services internes à l'organisation : cantine, courrier, entretien des locaux, etc.).³⁸

Par ailleurs, il propose plusieurs typologies structurelles des organisations, à savoir la **structure simple ou entrepreneuriale**, la **bureaucratie mécaniste**, la **bureaucratie professionnelle**, la **structure divisionnalisée** et l'**adhocratie**.

Ainsi, parmi ces typologies de structures, l'hôpital est considéré dans cette approche comme une **bureaucratie professionnelle**. Celle-ci est caractérisée par une domination du centre opérationnel et une décentralisation des pouvoirs, où le mode de coordination privilégié est la **standardisation des qualifications** : « *L'organisation professionnelle, pour coordonner ses activités, s'appuie sur la standardisation des*

³⁷ Ibid. p 43.

³⁸ PIROTON Gérard : **Les organisations vues par Henry Mintzberg, présentation schématique**, 2011, 14 p. <<http://www.users.skynet.be/gerard.pirotton/Textes-site-DW08/Autour-Mintzberg-GP-ligne.pdf>> [consulté le 01/11/2011]

*qualifications qui est elle-même réalisée principalement à travers la formation et la socialisation. ».*³⁹

Ce **centre opérationnel** est centré sur la production de soins, et est caractérisé par un travail qualifié, standardisé, et spécialisé, constitué de deux principaux types de professionnels, médicaux et paramédicaux (filères de soins et médico-techniques), possédant une certaine autonomie individuelle, et regroupés aujourd'hui en pôles d'activité, eux-mêmes divisés en unités ou services de soins. Ces pôles sont sous la responsabilité d'un médecin chef de pôle, qui dispose à présent d'une délégation de gestion du directeur et d'une autorité fonctionnelle sur les équipes médicales, paramédicales, et d'encadrement.

Le **sommet stratégique**, quant à lui, est représenté par le directeur général de l'établissement, nommé par le ministre de la santé. Il est responsable de la gestion et du bon fonctionnement de l'hôpital, et a autorité sur l'ensemble du personnel.

Ce sommet stratégique est également représenté par un conseil de surveillance, qui se prononce sur les orientations stratégiques et exerce un contrôle permanent sur la gestion et la santé financière de l'établissement. Par ailleurs, « *il délibère sur l'organisation des pôles d'activité et des structures internes* » et « *dispose de compétences élargies en matière de coopération entre établissements* ». Enfin, « *il donne son avis sur la politique d'amélioration de la qualité, de la gestion des risques et de la sécurité des soins* ». ⁴⁰

Ce conseil est constitué de représentants des collectivités territoriales, du corps médical, des personnels hospitaliers, et des usagers, ainsi que des personnes qualifiées.

Enfin, on trouve également au sommet stratégique de l'hôpital le directoire, instance présidée par le directeur, et dont le président de la CME est le vice-président. Il est chargé d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement, et d'accompagner le directeur dans ses missions.

Au niveau de la **technostructure**, composée d'analystes permettant la standardisation du travail, des pratiques, et des résultats (les planificateurs, les ingénieurs, les analystes des méthodes de travail, les comptables, les spécialistes en contrôle de

³⁹ MINTZBERG Henry : **Le management : voyage au centre des organisations** – Paris : Editions d'Organisation, 2^{ème} édition, 2004, 576 pages

⁴⁰ **L'organisation interne de l'hôpital**. Disponible sur le site « Hôpital.fr », <<http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-Hopital-comment-ca-marche/Le-fonctionnement-de-l-hopital/L-organisation-interne-de-l-hopital>> [consulté le 9/04/2012]

gestion, etc.), notamment par l'évaluation et le suivi de la qualité, la recherche opérationnelle et l'évaluation de la performance, on peut y voir de ce point de vue différentes instances telles que la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT), le Comité d'Hygiène, de Sécurité et des Conditions de Travail (CHSCT), la Commission des Représentants des Usagers et de la Qualité de la Prise en Charge (CRUQPC), ou encore le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN) et le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD).

Elle est constituée d' « *analystes qui standardisent le travail des autres et qui, grâce à leurs techniques, aident l'organisation à s'adapter à son environnement* ». ⁴¹

Le **support logistique** est assuré par la filière technique et administrative, dont les directions financières, de la qualité, et des Ressources Humaines. On y trouve également les ateliers, les cuisines, la lingerie/blanchisserie, les vagemestres, etc.

Enfin, sur la **ligne hiérarchique**, qui relie le sommet hiérarchique au centre opérationnel, on trouve les cadres intermédiaires, qu'ils soient cadres de santé responsables d'unité de soins, cadres supérieurs de santé responsables de pôle, cadres administratifs ou logistiques. « *Elle regroupe, en milieu hospitalier, de l'équipe de direction jusqu'aux cadres qui exercent la supervision directe, ceux qui ont une autorité directe sur les opérateurs, c'est à dire les surveillantes.* » ⁴²

Cependant, l'hôpital serait soumis à une double ligne hiérarchique. En effet, « *dans les bureaucraties professionnelles, il existe fréquemment deux hiérarchies, l'une pour les professionnels qui va du bas vers le haut qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique qui va du haut vers le bas qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste. Les administrateurs professionnels et plus particulièrement la direction ont des rôles clés situés à la frontière de l'organisation entre les professionnels qui sont à l'intérieur de l'organisation et les parties prenantes externes (tutelles, administration).* » ⁴³

Il y aurait donc une hiérarchie administrative, et une hiérarchie soignante (médicale et paramédicale).

⁴¹ MINTZBERG Henry : **Structure et dynamique des organisations** – Paris : Editions d'organisation, 1982, p.36.

⁴² Ibid.

⁴³ NOBRE Thierry : **L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisité à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements**, 1999, 18 pages <http://hal.inria.fr/docs/00/58/78/13/PDF/psa620_nobre.pdf> [consulté le 8 février 2012].

Les avantages de la bureaucratie professionnelle résident dans le développement des compétences, l'autonomie (notamment des acteurs opérationnels), et l'engagement des professionnels. Ses inconvénients sont centrés sur la difficulté de la coordination.⁴⁴

L'hôpital serait en réalité en train de changer en une **bureaucratie professionnelle hybridée de bureaucratie mécaniste**, de plus en plus émergente, où dominent la standardisation des procédés, des processus de travail, et la technostructure, qui définit les normes (plan, ordonnancement, méthode, analyse...) et a tendance à se développer de façon conséquente (ANAP⁴⁵, etc.) avec la rationalisation des hôpitaux.⁴⁶

Mintzberg dans son ouvrage, « structure et dynamique des organisations », explique que pour comprendre une organisation, il faut considérer un ensemble de « flux » complexes (d'autorité, de matériels, de communication, etc.), reliant entre eux les cinq éléments de base qui la composent (sommet hiérarchique, centre opérationnel, etc.).

Ainsi, l'organisation comprend un **système d'autorité formelle** (correspondant à l'organigramme de l'entreprise, et utilisant la supervision directe comme mécanisme principal de coordination), un **système de flux régulés**, avec un flux opératoire, un flux de contrôle ascendant (pour les informations), et descendant (pour les décisions), et un flux d'informations fonctionnelles. Ces flux sont parfois complétés ou court-circuités par un **système de communications informelles** (que l'on peut décrire à l'aide d'un sociogramme).

Par ailleurs, au sein des organisations se forme souvent un **système de constellations de travaux**, où des groupes de travail entre pairs ont tendances à se former, et il existe un système de **processus de décision ad hoc**, qu'ils soient programmés (décisions standards et régulières), ou non programmés (pour répondre à des problèmes ponctuels).

De plus, selon lui, il est nécessaire de prendre en compte également des « facteurs de contingence », à savoir l'âge et la taille de l'organisation, le système technique, son environnement, et enfin les **relations de pouvoir** existant en son sein.

⁴⁴ Ibid.

⁴⁵ ANAP : Agence Nationale d'Aide à la Performance

⁴⁶ DUMOND JP, maître de conférences, Master 1 Management & Santé, Université Paris-Est, UE 3.1, 2011-2012 : **La spécificité des organisations de santé ?**

1.3.2 Le contexte de l'hôpital public aujourd'hui

Pour mieux comprendre le contexte de l'hôpital actuellement, il faut se pencher sur les dernières réformes.

Pour reprendre Ivan Sainsaulieu, l'hôpital a en effet connu une histoire à plusieurs vitesses⁴⁷ :

Une histoire longue, située entre sa naissance et l'avènement de la seconde guerre mondiale, avec ses notions de bienfaisance et d'actes de charité, notamment des infirmières dévouées et des médecins libéraux qui y exerçaient gracieusement. C'est à la fin du XVIIIème siècle que sont apparus les établissements de soins qui ont posé les premières fondations de ceux que nous connaissons aujourd'hui, les hôpitaux étant d'abord confiés aux communes⁴⁸, puis devenant autonome et disposant de la personnalité morale⁴⁹.

C'est ensuite une histoire semi-longue, avec d'abord l'évolution du statut de fonctionnaire, de sa création officielle en 1946⁵⁰ à son aboutissement en 1986⁵¹ avec le statut de la fonction publique hospitalière.

C'est par la loi du 21 décembre 1941, que sont posées les bases de l'organisation interne des hôpitaux et de l'institution moderne, avec d'une part la volonté d'ouvrir l'accès des soins à tous, sans distinction de ressources, et d'autre part, la mise en place d'une gouvernance qui perdurera avec la nomination d'un directeur, et la création d'une Commission Administrative, qui deviendra plus tard le Conseil d'Administration, et d'une Commission Médicale Consultative, qui deviendra par la loi du 24 juillet 1987 la Commission Médicale d'Etablissement. Par ailleurs, La médecine payante fait officiellement son apparition à l'hôpital, notamment par l'instauration du prix de journée, et, bien que les salles communes existent toujours, des services de soins voient le jour en tant que tels (physiologie, prématurés, désintoxication alcoolique,...).⁵²

Dans le contexte des Trente Glorieuses qui ont suivi, l'hôpital a connu peu de réformes marquantes.

⁴⁷ SAINSAULIEU Ivan : **La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société**- Collection cadre de santé, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2006, p. 109-110.

⁴⁸ Loi du 16 vendémiaire an V (7 octobre 1796)

⁴⁹ Loi du 7 août 1851

⁵⁰ Loi n° 46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires.

⁵¹ Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

⁵² VICHARD Philippe : **La loi hospitalière du 21 décembre 1941**, Histoire des Sciences Médicales - tome XLI - N° 1 - 2007, p. 61 à 70. Disponible sur le site <<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2007x041x001/HSMx2007x041x001x0061.pdf>> [consulté le 2 avril 2012]

C'est à partir des années 80 et jusqu'à aujourd'hui avec la loi HPST du 21 juillet 2009⁵³, que l'histoire hospitalière s'est brutalement accélérée, suivant l'évolution sociale et économique du pays.

En effet, pour répondre à l'avancée vertigineuse des progrès technologiques, au déficit de plus en plus important de l'assurance maladie, à l'évolution des mentalités (notamment de celles des usagers), de la législation, des métiers (hyperspécialisation médicale,...), de la démographie du public et des personnels hospitaliers, l'hôpital public connaîtra une succession de réformes relatives à son organisation et à sa gouvernance, conduisant à une rationalisation des moyens et du système de santé, *« avec pour toile de fond un gain en autonomie des entités médicales et une efficacité accrue de l'institution, qui devient le principe de base de la politique de l'hôpital. »*⁵⁴

Parmi les plus marquantes, citons la loi du 31 juillet 1991⁵⁵, qui renforce le contenu de la carte sanitaire, développe les alternatives à l'hospitalisation et crée le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS).

L'ordonnance d'avril 1996⁵⁶ institue les Agences Régionales d'Hospitalisation. De plus, elle affirme les droits des patients, introduit les procédures d'évaluation des hôpitaux (l'accréditation), avec l'émergence d'une exigence de la qualité et de la sécurité des soins et d'une lisibilité de celle-ci par critères, et amorce la restructuration de l'offre de soins, avec notamment la régionalisation du budget.

La loi de mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé⁵⁷, réaffirme à nouveau la place centrale du patient. C'est en 2002 qu'apparaît également le corps des directeurs de soins et qu'est introduite une direction des soins dans les établissements hospitaliers.

Par la suite, deux grandes réformes ont suivi.

⁵³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

⁵⁴ **L'organisation hospitalière**, février 2011, disponible sur le site de la Revue Hospitalière <<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/L-ORGANISATION-HOSPITALIERE>> [consulté le 21 février 2012]

⁵⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁵⁶ Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁵⁷ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

D'une part, le plan hôpital 2007, porté par l'ordonnance du 4 septembre 2003⁵⁸, et l'ordonnance du 2 mai 2005⁵⁹, ou la Nouvelle Gouvernance. Ces réformes ont modifié profondément les organisations hospitalières, avec notamment l'introduction d'une « Tarification à l'activité » (T2A) tentant d'établir un lien direct entre le niveau de production et le financement des établissements, et la réorganisation des hôpitaux en « pôles d'activité » regroupant différents services autrefois administrativement cloisonnés. Ces pôles sont dirigés par un médecin, assisté d'un cadre de santé et d'un responsable administratif. Le médecin chef de pôle reçoit une délégation de décision et de gestion qu'il exerce dans le cadre d'un contrat d'objectifs. De plus, les missions stratégiques d'évaluation sont réaffirmées et un conseil exécutif présidé par le directeur et composé de médecins et d'administratifs est créé, associant étroitement ces partenaires médicaux et administratifs dans l'élaboration de tous les projets importants de l'hôpital.

D'autre part, la loi du 21 juillet 2009 (dites loi HPST) portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Cette loi dispose de 4 titres principaux, axés sur l'organisation régionale de santé, avec notamment la création des ARS⁶⁰ (qui remplacent les ARH⁶¹) et la volonté d'une coordination des soins entre les différents acteurs de soins (hôpitaux, médecins de ville, médicosocial,...), l'accès aux soins pour tous, qu'elle soit financière ou géographique (faire face aux déserts médicaux), la prévention, et la refonte de la gouvernance hospitalière. En effet, les pouvoirs du directeur sont fortement renforcés, l'essentiel des compétences détenues par le Conseil d'Administration (CA) lui étant transféré. Ce dernier devient un Conseil de Surveillance, chargé de se prononcer sur les orientations stratégiques de l'établissement et de contrôler sa gestion. Quant au Conseil Exécutif, il devient le Directoire, a un rôle consultatif, et pour mission d'approuver le projet médical, de préparer le projet d'établissement.

Aujourd'hui, l'hôpital public occupe toujours une place centrale dans l'offre de soins, mais au fil du temps, il a vu ses missions s'étendre, son organisation se bouleverser,

⁵⁸ Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.

⁵⁹ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁶⁰ ARS : Agence Régionale de Santé

⁶¹ ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation

avec une exigence de traçabilité, de lisibilité, et de qualité des soins toujours plus importante, et des contraintes économiques et budgétaires de plus en plus prévalentes.

1.3.3 Les acteurs et les jeux de pouvoir

L'hôpital en tant qu'organisation est un lieu où, au-delà du simple pouvoir hiérarchique, un certain nombre d'autres pouvoirs s'exercent.

En effet, si la direction dispose principalement d'un pouvoir hiérarchique, légitimée par sa position dans la structure, il existe des relations de pouvoir tout autre au sein de l'organisation.

Ainsi, Michel Crozier et Erhard Friedberg, dans leur ouvrage « L'acteur et le système », proposent une lecture sociologique de l'organisation basée sur la méthode de l'« analyse stratégique ».

Pour les auteurs, « *l'organisation est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage, et du calcul.* ». C'est « *un construit humain qui n'a pas de sens en dehors de ses membres* ». ⁶² Elle est selon leur théorie, un champ de coopération et d'interdépendance entre des acteurs, dont les différents intérêts (symboliques, économiques, politiques) peuvent être divergents voire contradictoires, et constitue un ensemble de « *jeux structurés* ». ⁶³ C'est ce que les auteurs ont défini comme un système d'action concret : « *Un système d'action concret est 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* ». ⁶⁴

Cette théorie renvoie au fait que tout acteur, inscrit dans une action collective, dispose d'un pouvoir propre, basé sur le contrôle des zones d'incertitudes des autres acteurs. L'analyse stratégique peut se définir comme le fait d'« *identifier les zones d'incertitude des individus, les stratégies pour les contrôler, les équilibres qui se créent et les règles qui en découlent.* » ⁶⁵

⁶² CROZIER M. & FRIEDBERG E. **L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective**, Paris : Seuil, 1977, 437 p. ; rééd. 1992, p. 50

⁶³ Ibid. p. 20.

⁶⁴ Ibid. p. 286.

⁶⁵ DUMOND JP, maître de conférences, Master 1 Management & Santé, Université Paris Est, UE 3.1, 2011-2012 : **Analyse « stratégique »**.

Cette **zone d'incertitude** est la part d'indétermination que comporte une situation, un problème. Elle est la **marge d'autonomie-** ou **marge de liberté-** dont dispose l'acteur, et correspond aux ressources qu'il a pour peser sur la situation. « *Une zone d'incertitude, c'est la liberté de pouvoir faire... ou ne pas faire* »⁶⁶.

Celle-ci détermine le **pouvoir des acteurs** : les membres des organisations ont des marges de manœuvre liées en particulier à la maîtrise de ces zones d'incertitudes (ou liée à des fonctions). Ainsi, « *Ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoir du point de vue des acteurs* »⁶⁷. De plus, "*plus la zone d'incertitude contrôlée par un individu ou un groupe sera cruciale; plus celui-ci disposera de pouvoir*".⁶⁸ La capacité d'influer sur autrui n'est donc pas uniquement liée à la position hiérarchique. « *Dans un rapport de pouvoir, l'incertitude constitue un point de vulnérabilité et le pouvoir consiste à contrôler l'incertitude d'autrui.* »⁶⁹

De fait, «*une situation organisationnelle donnée ne contraint jamais totalement un acteur. Celui-ci garde toujours une marge de liberté et de négociation. Grâce à cette marge de liberté (qui signifie source d'incertitude pour ses partenaires comme pour l'organisation dans son ensemble) chaque acteur dispose ainsi de pouvoir sur les autres acteurs.*»⁷⁰

Ainsi, les acteurs qui évoluent dans l'hôpital et participent à ce construit humain poursuivent leurs intérêts propres, et ont leurs propres pouvoirs.

D'une part, il y a les destinataires directs de la production de soins, c'est-à-dire les malades, ainsi que leurs proches, qui exercent un pouvoir sur l'ensemble de l'institution, en tant qu'individus sur lesquels sont centrés la sécurité et la qualité des soins, mais aussi les services hôteliers et administratifs. De plus, ils exercent également un pouvoir en vertu des droits auxquels ils peuvent prétendre, et qu'ils revendiquent, notamment depuis la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé.

D'autre part, il y a les acteurs propres à l'hôpital, à savoir, pour les principaux, les équipes paramédicales et médico-techniques, les équipes administratives, ainsi que les médecins et la direction.

⁶⁶ BACHELET Rémi, maître de conférences, Ecole Centrale de Lille : **L'analyse stratégique des projets**. <http://rb.ec-lille.fr/l/Socio_orgas/cours-socio_Analyse_strategique.html> [consulté le 28/02/2012]

⁶⁷ CROZIER M. & FRIEDBERG E., Op. cit., p. 24.

⁶⁸ Ibid. p.67

⁶⁹ DUMOND JP, maître de conférences, Université Paris Est- cours Master 1- Management et Santé, UE 3.1, 2011-2012 : **analyse « stratégique »**.

⁷⁰ CROZIER, M. & FRIEDBERG, E., Op. cit., p. 90

L'hôpital est donc un lieu où s'affrontent différentes logiques, souvent contradictoires, et où les relations de pouvoir sont tout aussi nombreuses que les enjeux et les stratégies des acteurs.

Mais « *cette multiplicité des pouvoirs conduit à des fonctionnements de chapelles où chacun défend sa logique et ses intérêts sans se préoccuper des conséquences pour les autres et pour la cohérence d'ensemble.* »⁷¹

Or, situés véritablement au carrefour de l'ensemble de ces acteurs, les cadres de santé tentent de maintenir cette cohérence. Une bonne partie de leur travail consiste à comprendre, analyser, anticiper parfois, et rattraper toujours, l'impact qu'ont les actions des uns sur les autres. Etirés entre toutes ces parties, pris en tenaille entre le « *marteau et l'écume* »⁷², ils tiennent une position délicate qui présente à la fois des inconvénients, mais aussi des avantages. Cette position correspond à ce que Crozier et Friedberg ont appelé le **marginal sécant**, c'est-à-dire que certains acteurs, en raison de leurs appartenances multiples, peuvent maîtriser une zone d'incertitude forte, disposant ainsi d'un pouvoir important. Ainsi le marginal sécant se définit comme « *un acteur qui est partie prenante dans plusieurs systèmes d'action en relation les uns avec les autres et qui peut, de ce fait, jouer le rôle indispensable d'intermédiaire et d'interprète entre des logiques d'actions différentes, voire contradictoires.* »⁷³ En effet, les cadres de santé tiennent à la fois d'une logique soignante, gestionnaire/ manager, et administrative. Ils sont à l'intersection du champ des décisions, et du champ opérationnel, ainsi que de celui des usagers. En tant que tels, ils contrôlent donc de nombreuses zones d'incertitudes, et ont donc un pouvoir important au sein de l'organisation.

De plus, Crozier et Friedberg précisent qu'il existe plusieurs types de pouvoirs en fonction des différentes sources d'incertitudes de l'acteur. Ils peuvent provenir de la maîtrise d'une compétence particulière, de la maîtrise de la communication et des informations, ou encore de la relation de l'organisation à son environnement.

Or, les cadres de santé ont à la fois une certaine expertise dans leur domaine d'activité, tout en possédant des compétences managériales. Ils sont au cœur des réseaux de communication et d'information, et doivent, aujourd'hui plus que jamais, s'inscrire dans

⁷¹ GONNET Françoise : **L'hôpital en question(s)**- Paris, Editions Lamarre, 1992, p. 82

⁷² MISPELBLUM BEYER F. : **Encadrer : un métier impossible**- Paris : Armand Colin, 2006, 298p. « [...] le terme « écume » convient mieux que celui d'enclume, qui suggère une passivité de l'exécution par rapport à l'activité de la direction. », et puis, il faut souvent « ne pas faire de vagues ».

⁷³ CROZIER M. & FRIEDBERG E., Op. cit., p.73

leur environnement. De fait, ils disposent bien d'un pouvoir important, voire central, bien que non reconnu, au sein de l'organisation hospitalière.

1.4 Le cadre de santé

1.4.1 Un cadre historique...

Le métier de cadre de santé a évolué parallèlement à l'évolution des hôpitaux et de la société. En effet, les différentes réformes hospitalières tout au long de l'histoire ont non seulement provoqué des changements majeurs pour celles-ci, mais par voie de conséquence, toute transformation conduisant à des innovations (nouveaux métiers, nouveaux référentiels, nouvelle organisation, nouvelles fonctions, etc.), sur les métiers travaillant en son sein. Cela a impacté directement les cadres de santé, au centre des relations dans ces institutions, comme nous venons de le voir, et dont une des missions principale est de décliner les décisions institutionnelles dans les unités de soins.

Pour revenir brièvement sur leur histoire, il est nécessaire de comprendre qu'à l'origine, l'hôpital est administré par des religieux et portait le nom de maison d'hospitalité, puis d'hospice. Sa vocation était charitable, et sa mission principale était d'accueillir les pèlerins et les voyageurs (dans le but de les évangéliser), ainsi que les personnes âgées, malades, ou nécessiteuses. L'encadrement des « personnel soignant » (les sœurs) était assuré par la Mère supérieure. Le don, la vocation et la soumission étaient les valeurs prônées, et elle exerçait surtout des fonctions d'intendance. Ces valeurs resteront ancrées longtemps chez les professionnels, mais aussi dans l'esprit collectif de la population.

Bien que la révolution française ait marqué un tournant pour les hôpitaux, puisqu'à sa suite ceux-ci et la totalité de leurs biens ont été confisqué au clergé pour devenir des institutions nationales et laïques⁷⁴, les sœurs ont continué à prendre soin des malades, des vieillards et des pauvres, mais n'avaient plus l'exclusivité, devant composer avec des personnes laïques.

Par la suite la fonction de cadre de santé, appelé généralement « surveillant(e) », et nommé(e) d'abord à l'ancienneté, a peu évolué et était axée sur l'organisation du travail infirmier, la planification des présences et absences, et l'exécution correcte des tâches à

⁷⁴ Décret du 23 messidor de l'an II (1794)

accomplir. Il exerçait donc plus une fonction de contrôle, en plus de l'intendance. De plus, ils étaient à la fois sous l'autorité directe du directeur et du médecin chef de service. « *Les surveillants et surveillantes dirigent les infirmiers et infirmières et le personnel de service sous l'autorité du directeur, du directeur économe ou sous-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'économe.* »⁷⁵

C'est en 1922 qu'est créé le Brevet de Capacité Professionnel d'Infirmière Diplômée d'Etat⁷⁶, et par la suite, entre 1938 et 1995, pas moins de huit certificats ou diplômes différents se succéderont en vue d'assurer d'une part les missions d'encadrement des soins et d'autre part la formation des futures infirmières.

Ainsi, les premières décisions relatives à un diplôme supérieur d'infirmière datent de 1938⁷⁷, puis de 1942⁷⁸, mais c'est en 1951 que la Croix Rouge crée la première école des cadres avec deux filières (une pédagogique et l'autre d'administration), ainsi qu'un diplôme de cadre infirmier.

En 1958 sont créés le Certificat d'Aptitude à la Fonction d'Infirmière Surveillante (CAFIS) et d'Infirmière Monitrice (CAFIM)⁷⁹, formation assurée par la Croix-Rouge et quelques hôpitaux publics, alors que l'Assistance Publique de Paris ouvre sa propre école à l'hôpital de la Salpêtrière, toujours en activité à ce jour.

Ces deux certificats sont réunis en un seul et même diplôme de cadre infirmier avec la création du Certificat Cadre Infirmier (CCI) en 1975⁸⁰. Cette même année, avec le décret du 11 avril 1975, est également institué un **corps des infirmiers généraux**⁸¹ créant par là même un encadrement supérieur (auquel sont intégrées les conseillères hospitalières de l'AP-HP). « *Il s'agit de coordonner les activités des personnels soignants, de participer à*

⁷⁵ Extrait de l'article 101 du décret du 17 avril 1943, portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics, Journal Officiel du 27 avril 1943, p. 1156 et suiv.

⁷⁶ Décret du 27 juin 1922, Journal Officiel du 1^{er} juillet 1922, p. 6881.

⁷⁷ Décret du 18 février 1938, Journal Officiel du 19 février 1938, p. 2084-2086.

⁷⁸ Décret du 10 août 1942, Journal Officiel du 30 septembre 1942, p. 3335.

⁷⁹ Décret du 14 novembre 1958, Journal Officiel du 19 novembre 1958, p. 10400.

⁸⁰ Décret du 9 octobre 1975, Journal Officiel, Journal Officiel du 12 octobre 1975, p. 10566.

⁸¹ Décret du 11 avril 1975, Journal Officiel du 15 avril 1975, p.3927 et suiv.

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. »⁸²

Ainsi, au rôle de la surveillante, autrefois intendante, puis devenant progressivement cadre infirmier à la fois administratif et soignant, ainsi qu'enseignant, s'ajoute peu à peu une dimension gestionnaire à laquelle s'associe une fonction de coordination.

Ce dernier décret permet au corps des cadres infirmiers de gagner sa place au côté du directeur chef d'établissement, d'abord sous la dénomination de cadre supérieur, puis de cadre de direction membre de l'équipe de direction de l'établissement de santé⁸³. C'est avec le décret du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, qu'il deviendra directeur des services de soins infirmiers, marquant ainsi une réelle volonté de représenter les personnels paramédicaux comme un acteur à part entière des établissements sanitaires et d'associer les soins infirmiers comme un élément important dans le pilotage des établissements sanitaires.

La loi de juillet 1991 associe également l'encadrement à la gestion du service et à la coordination des soins, et officialise le conseil de service ainsi que le projet de service. De plus, la qualité des soins et les droits du malade sont au cœur des préoccupations et le cadre infirmier est à la première place pour veiller à l'application des nouvelles directives. La fonction d'encadrement s'appuie alors sur des textes législatifs et non plus seulement sur des valeurs professionnelles. Parallèlement, la Commission Médicale d'Etablissement (CME) ainsi que le Comité Technique d'Etablissement (CTE) sont instaurés, et la Commission de Soins Infirmiers est créée.

En 1995 est créé le diplôme de **cadre de santé** commun à toutes les professions paramédicales, remplaçant ainsi tous les autres certificats cadre (hospitalier, extra-hospitalier, de formation, de santé publique,...)⁸⁴. Cependant, celui-ci n'est pas obligatoire.

Par la suite, et notamment en réponse aux mouvements de grève de 2000- 2001, plusieurs textes réglementaires sont créés. Ainsi, les cadres de santé, considérés comme faisant partie du corps infirmier jusqu'alors, acquièrent un nouveau statut, par le décret du

⁸² EGGERS Jérôme : **Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique**- in Sainsaulieu Ivan (dir.), Picot Geneviève, Vega Anne- *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*.- Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008, p. 1- 45- (Coll. Fonction de cadre de santé).

⁸³ Décret du 18 octobre 1989, Journal Officiel du 19 octobre 1989, p. 13056.

⁸⁴ Décret du 18 août 1995, Journal Officiel du 20 août 1995, p. 12468 et 12469.

31 décembre 2001⁸⁵, avec la création d'un nouveau corps unique pour l'ensemble des cadres de santé, classés désormais en « catégorie A » (catégorie jusqu'ici réservée aux cadres supérieurs). Le métier est donc revalorisé (notamment financièrement), mais ils devront à présent suivre obligatoirement la formation conduisant au diplôme de cadre de santé.

La notion de management émerge très rapidement au niveau de la formation, qui ne tardera pas à s'ouvrir sur l'université dans le cadre de la réforme Licence-Master- Doctorat (LMD), introduite en France suite aux accords de Bologne signés en 1999. Ces accords avaient pour but d'harmoniser les diplômes sur l'ensemble de l'Union Européenne.

La profession infirmière s'est vue ainsi dotée d'une équivalence du niveau licence, et le diplôme cadre de santé s'est progressivement accompagné d'un master 1. La formation des cadres de santé, dépendante du projet pédagogique de l'institut de formation des cadres de santé en partenariat avec l'université affiliée, se différencie alors de l'une à l'autre, certaines privilégiant le management, l'économie de la santé, d'autres l'éthique ou les sciences humaines.

A travers ce rapide historique, on voit combien l'évolution des cadres et des organisations hospitalières sont liées aussi au contexte socio-économique. Ainsi, la Révolution Française, les deux guerres mondiales, ont vu suivre des réformes majeures des institutions de santé. Les Trente Glorieuses qui ont suivi ont vu peu de bouleversement dans la politique sanitaire. Aujourd'hui, c'est dans un contexte de crise économique que nous évoluons, avec une logique marchande et de mondialisation, et le déficit que l'on connaît de l'assurance maladie.

Ainsi, les missions du cadre de santé ont évolué au gré du contexte, devenant de plus en plus un manager.

1.4.2 Missions et activités des cadres de santé

Ainsi, si le cadre de santé trouve son origine dans la filière soignante, comme nous avons pu le voir, il est aujourd'hui aussi et surtout un manager à part entière, dont les rôles et missions l'éloignent de plus en plus de la sphère des soins.

⁸⁵ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Si l'on s'en réfère à **Henri Fayol**, il existe 5 activités de la fonction de manager : **prévoir** (c'est-à-dire anticiper et planifier), **organiser** (munir l'entreprise de tout ce qui est utile pour son fonctionnement: ressources humaines, financières et matérielles), **commander** (indiquer les tâches et instructions aux membres du corps social), **coordonner** (mettre l'harmonie entre tous les actes d'une entreprise de manière à en faciliter le fonctionnement et le succès), et **contrôler** (vérifier que tout se passe conformément au programme adapté aux ordres donnés, aux principes admis).⁸⁶

Conformément à cette description, il s'avère que les cadres de santé effectuent toutes ces activités au sein de leurs institutions.

Henry Mintzberg, lui, définit **10 rôles du cadre**⁸⁷, qu'il regroupe en trois catégories de rôles.

Ainsi, dans les **rôles interpersonnels**, on trouve le rôle de **symbole**, où en tant que tel il est obligé de remplir un certain nombre de devoirs légaux ou sociaux, celui de **leader**, responsable de la motivation, de la formation, de l'animation, de l'affectation de ses subordonnés, etc., et celui d'**agent de liaison**, en créant et en entretenant un réseau de contacts.

Dans les **rôles liés à l'information**, il décrit le rôle d'**observateur actif**, centré sur le recueil d'informations permettant une compréhension à la fois de l'organisation et de son environnement, celui de **diffuseur d'information** auprès des membres de son équipe, et celui de **porte-parole**, où il communique des renseignements à des personnes extérieures à son service, tels que des bilans d'activité, des informations diverses, revendications, difficultés, etc.

Enfin, dans les **rôles décisionnels**, il aurait le rôle d'**entrepreneur**, en mettant notamment des projets en œuvre, celui de **régulateur**, centré sur les réajustements nécessaires et le traitement des perturbations et crises, celui de **répartiteur des ressources**, humaines, financières et matérielles, et celui de **négociateur**, le moins reconnu mais peut-être le plus important, car c'est de ce rôle qu'est dû en partie le bon fonctionnement de l'organisation.

Pour reprendre Mintzberg, les activités principales du cadre peuvent être résumées ainsi : « *le cadre de niveau intermédiaire doit servir de symbole pour son unité et en être le*

⁸⁶ Henri Fayol <http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol> [consulté le 27/10/2011].

⁸⁷ MINTZBERG Henry- **Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre**- Paris : Eyrolles, 2011, Pages 65 à 104

*leader , il doit développer un réseau de contacts, contrôler l'environnement et les activités de son unité, transmettre certaines de ces informations à sa propre unité, aux niveaux supérieur de la hiérarchie, et à l'extérieur de la ligne hiérarchique, réaliser l'allocation des ressources à l'intérieur de leur propre unité, négocier avec des parties extérieures, prendre l'initiative de changements stratégiques et traiter des exceptions et des conflits ».*⁸⁸

Pour recentrer sur le cadre de santé à proprement parler, et bien que les activités du cadre décrites par Mintzberg lui correspondent assez bien, il existe des textes législatifs s'y rapportant, mais restant assez vagues quant à leurs fonctions.

Ainsi, on trouve quelques informations en annexe I du décret de 1995, où l'on comprend que le cadre de santé a des « *responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités* », où il doit acquérir « *une culture et 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* », et des « *fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part* ». Il précise de plus que « *la formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement.* »

Est abordé ensuite le contenu de la formation, où l'on cerne à peu près les compétences requises pour la fonction, mais pas ses activités.

Le décret du 31 décembre 2001⁸⁹ quant à lui, est plus qu'évasif à ce sujet :

« *Art. 4. - Les agents du grade de cadre de santé exercent :*
1o Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;
2o Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;
3o Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification dans les instituts de formation et écoles relevant d'établissements publics de santé... »

⁸⁸ MINTZBERG H. **Structure et dynamique des organisations**, Op.cit., p.44-45

⁸⁹ Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Ainsi, pour résumer, le cadre de santé effectue des missions correspondant à leurs qualifications, consistant à encadrer des équipes ou à former des étudiants, avec des missions communes à plusieurs services ou en charge de projets...

Cependant, on trouve les activités du cadre de santé mieux définies dans les fiches métiers de la fonction publique hospitalière concernant le « cadre responsable d'unité de soins ».⁹⁰

Il est intéressant au passage de noter que les autres appellations du cadre notifiées sont « cadre de santé » ou bien... « Surveillant ». Il semblerait que son rôle de contrôle soit encore bien présent, bien qu'il ne se limite plus à celui-ci, loin s'en faut.

Ainsi selon la définition donnée, le cadre se doit d'« *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.* »

Ensuite, sont listées les activités, savoir-faire, et savoirs requis du métier.

Pour résumer, le cadre planifie les activités, les évalue, et élabore les rapports d'activité, ainsi que des projets spécifiques qu'il met en œuvre, assurant son suivi. Il gère les moyens et les ressources, qu'elles soient techniques, financières, humaines, ou informationnelles, ainsi que le personnel et l'encadrement de l'équipe, dont il assure l'organisation et l'accueil (stagiaires, nouvelles recrues, etc.). Il s'assure de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des activités paramédicales par leurs évaluations et leurs suivis, et coordonne la prise en charge des prestations. Enfin, il établit une veille d'information quant à son domaine d'activité.

La fiche métier dresse ensuite une liste des savoir-faire requis, qui va de l'analyse des données et tableaux de bord, avec une notion importante de justification des résultats, au travail en équipe et en réseau, en passant par la conception de projets, de protocoles et modes opératoires, l'animation, la motivation, l'évaluation des équipes et le développement de leurs compétences, l'allocation des ressources en fonction de la charge de travail et la gestion du budget, ou encore l'organisation du service selon différents critères (stratégiques, de missions, et de moyens).

Enfin, dans les connaissances associées, il est intéressant de noter que la première citée concerne les soins. Ainsi, son expertise soignante est importante afin de remplir ses missions. D'ailleurs, ce point est clairement énoncé dans le décret de 1995 : « *La formation*

⁹⁰ Cf. Annexe 1 : Fiche métier du cadre de santé responsable d'unité de soins

s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée »⁹¹. D'ailleurs, cela explique aussi pourquoi les candidats à la formation conduisant au diplôme cadre de santé doivent justifier de quatre années d'activité de soins.

De plus, le cadre doit avoir des connaissances en management et en animation d'équipe, en analyse de situation, stratégie, organisation, et évaluation de la charge de travail, en communication (dans les relations interpersonnelles et dans la relation d'aide), en droit des patients.

Par ailleurs, il est en relation avec la direction des soins (pour l'élaboration et le suivi de projets), les médecins (pour la gestion journalière de l'unité), et les autres services de soins, ainsi qu'avec le service de formation continue et des partenaires extérieurs (continuité des prestations, fournisseurs de matériel, instituts de formations).

A travers cette fiche métier, on voit à quel point la profession est riche, ses missions vastes, et ses tâches multiples. Ainsi, le cadre de santé est à la fois un manager, un expert dans son domaine d'activité, et un gestionnaire accompli. Il doit maîtriser les outils et de communication et les systèmes d'information, être au fait de son domaine et de son environnement, ainsi que de la législation et des règlements, entretenir un réseau important, être un négociateur averti, que ce soit avec son équipe, la direction, les médecins, etc. Il travaille à la fois sur les projets institutionnels, les projets de service qu'il met en place, les projets transversaux, les procédures, et doit effectuer un suivi et une évaluation constante de toutes ses activités, les tracer et les rapporter et en tirer les conclusions qui permettront de les améliorer davantage.

En ce qui concerne le cadre de pôle, qui est souvent la nouvelle identité du cadre supérieur de santé, et si l'on s'en réfère à la fiche métier de la fonction publique portant sur le cadre gestionnaire de pôle, la définition de ses missions est d' « *organiser, coordonner et encadrer les moyens d'un pôle* ».⁹²

On remarque que ses activités sont sensiblement les mêmes que celles du cadre d'unité de soins, mais à un autre niveau.

Ainsi, il organise, coordonne, et contrôle les activités, gère également les ressources, encadre les équipes, et assure une veille d'information. Ce qui se démarque est

⁹¹ Décret du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé- annexe I.

⁹² Cf. Annexe 2 : Fiche métier du cadre gestionnaire de pôle

son rôle de « *conseil aux décideurs (Directions, ligne hiérarchique) concernant les choix, les projets, les activités du domaine d'activité* ».

De fait, si le cadre d'unité de soins est l'interface entre les patients, les équipes de soins, les médecins, la hiérarchie, les autres services et partenaires transversaux et extérieurs, le cadre gestionnaire de pôle est un interlocuteur des directions et de la ligne hiérarchique (les cadres de santé). Il a donc un rôle essentiellement consultatif, et a priori non décisionnel en ce qui concerne les « *choix, les projets, les activités du domaine d'activité* ».

De plus, il se distingue par les savoir-faire requis, où il doit arbitrer et décider entre différentes propositions, auditer l'état général d'une organisation ou situation, concevoir et bâtir un plan emploi et ressources humaines, et traduire la stratégie en orientations, en plans d'actions, et en moyens de réalisation.

Par ailleurs, il doit savoir « *argumenter, influencer et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, dans son domaine de compétence* ».

Par contre, du passage d'une fiche à l'autre, on remarque que le travail en équipe et en réseau ne serait pas spécialement requis.

Ses connaissances associées sont beaucoup plus tournées sur la gestion et le droit.

Par ailleurs, le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) a réalisé un référentiel métier des cadres de santé.⁹³ Celui-ci présente une description assez détaillée mais pourtant non exhaustive des activités et des ressources nécessaires à la fois au cadre de santé d'unité de soins et formateur en soins.

Pour ce faire, et en ce qui concerne le cadre d'unité de soins, les activités sont organisées en quatre situations de travail, soit :

« *Gérer au quotidien la production des soins et des prestations de service d'un secteur d'activité ;*

Manager une équipe pluriprofessionnelle prestataire de soins ;

Gérer l'information relative au secteur d'activité ;

Initier et / ou conduire des études et travaux visant l'amélioration continue de la qualité. »

⁹³ CEFIEC : Référentiel Métier des cadres de santé 23 pages. Disponible sur <http://www.cefiec.fr/wa_files/R_C3_A9f_C3_A9rentiel_20de_20comp_C3_A9tences_20des_20cadres_20de_20sant_C3_A9_20vers_209.pdf> [consulté le 19/11/2011]

De plus, pour chaque activité, le document indique le mode d'action pour les réaliser.

Par exemple, dans la gestion quotidienne de la production de soins, on trouve l'activité de « *diagnostic de la situation* », qui se réalise en « *évaluant la charge en soins, en identifiant les ressources et les compétences disponibles, en définissant les priorités en tenant compte des ressources mobilisables et à mobiliser, et en adaptant l'organisation du travail.* »

Disons que ce référentiel reprend les grandes lignes énoncées dans la fiche métier de la fonction publique, mais qu'elle est beaucoup plus précise et détaillée. De plus, les situations de travail sont remises dans leur contexte.

Néanmoins, malgré une description riche, il est difficile de cerner véritablement le travail de cadre, qu'ils ont du mal eux-mêmes à définir, dont les équipes n'ont qu'une idée partielle et les médecins souvent pas la moindre. La clé du travail du cadre réside dans justement tout ce qui n'est pas « prescrit », rédigé dans une fiche de poste, caractérisé par « *l'ensemble des savoirs dont la mise en œuvre est censée permettre un résultat* ». ⁹⁴

En effet, à ces activités définies, il est nécessaire de rajouter que les cadres, comme le décrit Paule Bourret dans son ouvrage ⁹⁵, ont une activité primordiale de lien, essentielle dans la gestion du personnel, du parcours patient, dans la coordination, dans les relations aux personnes. Enfin, ils ont également une activité de « *rattrapage* » toute aussi importante, et une mission principale de « *maintenir la cohérence* ».

Les tâches du cadre sont donc multiples, et ses missions ont évolué au même titre que l'hôpital. De fait, il est légitime de se demander quelle est sa place aujourd'hui au sein de l'organisation ?

1.4.3 La place du cadre de santé aujourd'hui : Rouage ou simple acteur ?

Nous l'avons vu, depuis quelques années, les hôpitaux et le système de santé en général ont vécu- et continuent de vivre- de profonds changements et remaniements pour s'adapter aux évolutions et aux besoins de la société française, dont une des premières logiques est avant tout économique.

⁹⁴ BOURRET Paule : **Les Cadres de Santé à 'Hôpital- Un Travail de Lien Invisible**, Paris, Editions Seli Arslan, 2006, p. 45

⁹⁵ Ibid. 284 p.

La loi HPST et la nouvelle gouvernance, constituant les plus importantes réformes dans ce contexte de rationalisation, ont conduit à repenser les organisations et les modes de fonctionnement sur un plan général, et les responsabilités, relations et rôles de tous les acteurs de santé en particulier. Associés à ce bouleversement managérial, l'ensemble de l'encadrement a en effet été particulièrement sollicité dans la mise en place des pôles et directement impliqué dans la mutualisation et l'optimisation des ressources. Les cadres hospitaliers, au cœur même de l'organisation, ont donc été directement impactés dans leurs fonctions et leur positionnement.

Ainsi, les cadres de santé, dont la fonction tend de plus en plus vers celle de manager, sont à présent étroitement associés à la gestion des pôles, et leur collaboration est devenue indispensable. En plus de leurs fonctions d'encadrement de terrain, ils ont vu se rajouter des fonctions managériales habituellement associées à l'encadrement supérieur. Leurs tâches se sont donc diversifiées de plus en plus et leurs missions ont augmenté au même titre que leurs contraintes et responsabilités, en devenant ainsi partenaires dans la réalisation du contrat qui lie le pôle et l'administration de l'établissement. Ils sont en effet missionnés par la direction de l'hôpital pour mettre en place les décisions institutionnelles, et deviennent un partenaire du médecin dans la gestion efficace de l'unité par la délégation de gestion prévue au sein des pôles.

De fait, de nouvelles relations se sont établies, basées non plus sur une logique hiérarchique ou corporatiste, mais sur une logique de travail en complémentarité. La nécessité de se mobiliser ensemble pour mettre en œuvre les nouvelles exigences de fonctionnement implique donc une nécessaire cohabitation basée sur une réelle coopération.

Pour mener à bien leurs missions, ils doivent donc développer leurs connaissances sur leur environnement, les évolutions juridiques et socio-économiques du système de santé, mais aussi leur expertise propre dans le management : la clarification et les enjeux de la mise en place des pôles, le développement de projets collectifs, la collaboration et la coopération, mais aussi la négociation, la prise de décision, la priorisation et l'arbitrage.

Ainsi, les cadres de santé dans l'organisation actuelle des hôpitaux ont gagné en autonomie dans leurs fonctions et d'une certaine façon en liberté dans leurs sphères de décision, mais également en responsabilités. A la fois au cœur de l'activité de soins, et

également en dehors sur un versant plus gestionnaire, voire entrepreneurial pour reprendre Ivan Sainsaulieu, ils sont l'articulation nécessaire entre toutes les parties.

Cependant, s'ils sont devenus des acteurs indispensables dans cette nouvelle organisation hospitalière, ils n'ont paradoxalement aucun pouvoir décisionnel sur les actions et stratégies menées (ou à mener) les concernant, et encore moins dans la politique de l'établissement. Celui-ci est, au regard des textes et comme nous l'avons vu, entre les mains des médecins chefs de pôles, des administratifs, et de la direction, les cadres de santé n'ayant qu'un positionnement exécutif et consultatif.

On pourrait dire pour finir que si les cadres sont un rouage indispensable dans l'organisation, c'est-à-dire un élément nécessaire à son bon fonctionnement, ils ne sont pas reconnus pour autant en tant que tel, n'ayant officiellement aucun poids stratégique pour peser dans la politique de l'hôpital.

1.4.4 La crise des cadres

Les multiples réformes de l'hôpital ont modifié profondément à la fois l'organisation, les pratiques professionnelles, les relations entre les acteurs, et le rapport au travail. Ces changements ont donc eu un impact important sur les professionnels.

L'évolution de leur métier, couplée à celle de l'hôpital, font qu'aujourd'hui les cadres de santé traversent une crise majeure, qui est avant tout identitaire.

En effet, la mise place des pôles, les a contraints à se repositionner, leurs missions étant redéfinies, leurs tâches s'étant diversifiées, et leurs responsabilités s'étant largement accrues, que ce soit dans la conduite de projet, la mise en place et le suivi d'objectifs - et surtout des résultats attendus, la gestion du budget, le bon fonctionnement de leur unité, la qualité des soins et de la prestation de service en général, etc.

Ainsi, dans ce contexte de rationalisation des soins, la logique économique prenant le pas sur les autres, ils sont devenus des cadres entrepreneurs, devant concilier une qualité des soins de plus en plus exigeante, avec des moyens très limités, qu'ils soient financiers (restriction budgétaire), matériels (locaux désuets ou inadaptés, choix dépendant du coût), ou humains (pénurie importante de professionnels de terrain).

« Les réformes de l'hôpital tendent à adapter davantage ce dernier à son environnement. Mais cette « rationalisation » n'est pas qu'un projet abstrait, c'est une pratique réelle, un processus vécu différemment par les acteurs qui traduisent volontiers rationaliser par gérer la pénurie ou faire des économies ou encore intensifier le travail. Le vécu des acteurs, c'est la mise en cause de leur autonomie, c'est-à-dire de leur capacité professionnelle individuelle ou de leur service de rattachement. En même temps, une crise d'identité est palpable, malgré sa complexité. »⁹⁶

Par conséquent, hormis le temps consacré à savoir comment faire « bien » sans moyens, ce qui est le casse-tête quotidien des cadres, cette approche économiste et gestionnaire entraîne une véritable fracture identitaire.

D'une part, leurs valeurs, conception, et représentations de leur travail sont particulièrement heurtés : « Ce nouveau concept de direction, de management, de contractualisation à tous les niveaux introduit de fait une modification des représentations des valeurs de la profession; valeurs humaines jusqu'alors fondées sur l'empathie, le collectif et le prendre soin. »⁹⁷

Dans ce cas, il devient donc compliqué pour eux de trouver du sens à leur travail.

D'autre part, cette logique transforme profondément leur métier, ébranlant par là-même leur identité professionnelle. « Pour les cadres infirmiers, trois modèles différents se seraient ainsi succédés depuis l'après-guerre : ceux de la « vocation », de la « profession », puis de la gestion » (I. Feroni et A. Kober-Smith, 2005). La problématique de la « gestionnarisation » suppose davantage le divorce d'avec la profession d'origine, niée ou mise de côté, que le mariage réussit. Le thème de la crise de confiance des cadres est devenu aussi célèbre que celui de la cohésion idéologique. »⁹⁸

En effet, d'un côté, le modèle identitaire à laquelle ils appartiennent a profondément muté, entraînant une perte de repères. Le sens qu'ils donnent habituellement à leur travail (centré sur la mission de service rendu au patient) est devenu incompatible avec les contraintes économiques. Leur rapport au travail s'en est trouvé affecté, étant empreint de paradoxes. Quant à leur rapport à la hiérarchie, et aux autres acteurs de l'organisation, il devient difficile, ne sachant pas eux-mêmes comment se positionner, étant

⁹⁶ SAINSAULIEU I. : **La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société**- Op.cit., p 75

⁹⁷ CHAUVANCY Marie-Claire : **Cadres de santé : une crise identitaire**- décembre 2008, 10 pages. Article disponible sur le site carnets de santé <http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Cadres_de_sante_.pdf> [consulté le 16 décembre 2012]

⁹⁸ SAINSAULIEU Ivan (2008) : **Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime**, in Sainsaulieu Ivan (dir.), Picot Geneviève, Vega Anne- *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*.- Rueil-Malmaison : Lamarre, (Coll. Fonction de cadre de santé) p. 48

à la fois dans et en dehors de leur sphère de travail originel (les soins), coincés entre une logique soignante, administrative, budgétaire, gestionnaire, ...

« Cette modification de la donne, à savoir, l'accomplissement des tâches administratives et de gestion, pose le problème de son repositionnement et de la reconnaissance de ses nouvelles fonctions au sein de l'institution. »⁹⁹

Ainsi, le cadre est sollicité, voire attendu pourrait-on dire, partout à la fois, et doit répondre aux équipes, à la direction, aux médecins (dont le chef de pôle est devenu un partenaire à part entière), aux patients ainsi qu'à leurs proches, aux partenaires extérieurs (IFSI, fournisseurs,...),...

Nous pouvons dire en jouant sur les mots que celui-ci endosse un rôle de cadre manager pour la direction, de cadre de proximité pour les patients, de cadre infirmier pour les équipes, de cadre de service pour les médecins, et de cadre intermédiaire pour tous les autres acteurs. Dans ces conditions, comment le cadre ne pourrait pas se sentir morcelé ? Comment peut-il trouver le juste positionnement ?

De plus, leurs nouvelles attributions éloignent de plus en plus les cadres du terrain : *« Le cadre de proximité, du fait de la multiplication des tâches et des responsabilités, s'éloigne du soin, des équipes et du patient. »¹⁰⁰*, or *« les cadres infirmiers ont encore ancrée la conviction que leur rôle est auprès de leurs malades et de leurs équipes. »¹⁰¹*

D'ailleurs, comment pourrait-il en être autrement ? Les cadres ont besoin d'être sur terrain pour accomplir leurs missions, puisque, pour reprendre la définition donnée dans la fiche métier qui leur est dédiée, ils doivent *« organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. »* Ainsi, le cadre de santé semble pris au piège dans sa propre logique.

En ce qui concerne le problème de la reconnaissance, si leurs places, leurs fonctions et surtout leurs responsabilités ont évolué, les cadres de santé ne se sentent pas reconnus. : *« Tous se plaignent de la non reconnaissance de leur travail par l'administration et le*

⁹⁹ CHAUVANCY Marie-Claire : **Cadres de santé : une crise identitaire**- décembre 2008, 10 pages. Article disponible sur le site carnets de santé <http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Cadres_de_sante_.pdf> [consulté le 16 décembre 2012]

¹⁰⁰ Ibid.

¹⁰¹ Ibid.

corps médical. »¹⁰². A cela s'ajoute un sentiment de solitude et d'isolement. En effet, « *ils ont le sentiment de se sentir bien seuls face à l'institution, à l'administration, aux médecins. En résumé, ils se sentent peu épaulés, non reconnus et responsables.* »¹⁰³

Or, comme nous l'avons vu, la reconnaissance est essentielle dans la participation à la construction de l'identité professionnelle, l'autre point étant par l'identification aux autres membres du groupe. Mais « *la prise en compte des modes de fonctionnement de l'entreprise dans la gestion hospitalière a entraîné une remise en cause des identités sociales qui traduit le passage de relations communautaires à des relations sociétaires. Le cadre de santé ne travaille plus en collectif, mais en individuel.* »¹⁰⁴

Dans ce cas, on peut comprendre que la construction d'une identité professionnelle soit difficile, puisque pour résumer, il n'y a pas de notion de reconnaissance, ni d'images identificatoires. Par ailleurs, il est tout aussi compliqué de s'identifier à un groupe professionnel qui est lui-même en recherche de sens.

Les cadres sont donc en quête de sens et d'identité. Ils ont à construire un nouveau métier dans un contexte en constante mutation, positionnés au centre de l'ensemble des acteurs, et des différentes logiques qui s'affrontent.

De plus, ce mal-être, ces insatisfactions, sont majorés par le fait que les cadres eux-mêmes ont de difficultés à rendre compte de leur travail, dont l'essentiel ne se consiste pas en sa réalisation, mais dans la façon qu'ils ont de le réaliser, dans cette articulation, dans ce « *travail de lien invisible* » pour reprendre Paule Bourret,¹⁰⁵ En effet, « *le malaise des cadres, voire leur souffrance, est d'autant plus important qu'ils ont du mal à rendre visible l'importance de l'énergie déployée.* »¹⁰⁶

Face à cette crise, quelles réponses apporter ? C'est en ce sens que Chantal De Singly a été missionnée par le ministère de la santé. Le collègue cadre proposé dans ce rapport pourrait en être une solution partielle. Tout au moins, il pourrait apporter aux cadres une certaine plus-value.

¹⁰² Ibid.

¹⁰³ Ibid.

¹⁰⁴ Ibid.

¹⁰⁵ BOURRET P., Op.cit.

¹⁰⁶ MARASCHIN Joëlle : **Cadres : sortir de l'ombre le travail réel**, in Objectif soins n°205, Avril 2012, p25-27

1.5 Le collège cadre dans le rapport de Singly

1.5.1 Le rapport de Chantal De Singly

Chantal de Singly, anciennement directrice de l'institut du management de l'EHESP¹⁰⁷, s'est vue confier en 2009 une mission ministérielle sur les cadres hospitaliers, à la demande de Roselyne Bachelot, alors ministre de la santé et des sports, dont l'« *objectif était d'aller vers les cadres, de leur donner la parole et de faire en sorte que dans la démarche même de la mission, les cadres soient associés aux décisions qui les concernent.* »

Ainsi pendant près de quatre mois, cette mission, sous le pilotage de Chantal De Singly et constituée entre autres de cadres, d'experts (sociologues, universitaires, etc.), d'un président de CME et d'une directrice de soins, a permis aux cadres hospitaliers, toutes filières et tous niveaux confondus (cadres de santé, cadres administratifs, cadres médico-techniques, cadres de pôle, coordinateurs de soins, etc.), de s'exprimer et de se faire entendre par le biais d'un audit réalisé entre les mois d'avril et juillet 2009 auprès de 133 personnes au cours de 60 auditions (cadres, personnalités du monde de la santé, syndicats, associations), de rencontres et d'échanges sur 12 régions du territoire ayant mobilisé près de 4000 cadres sur le mois de juin, et par le biais d'un forum internet ouvert sur trois mois, avec 23000 visiteurs, afin de pouvoir prendre en compte le plus grand nombre de professionnels de santé et faciliter le retour d'expérience.

Au terme de cette mission, Chantal De Singly a rendu un rapport le 11 septembre 2009, proposant 36 pistes de réponses sur les questions du rôle, du positionnement, de la formation et de la valorisation des cadres hospitaliers. Ces suggestions, regroupées en six chapitres (concernant tout aussi bien la mise en place dans les établissements d'une réelle politique managériale, la formation, la revalorisation du statut), proposaient entre autres de « *rendre effective la participation des cadres aux décisions qui concernent leurs domaines de responsabilité* », de « *fonder l'évaluation individuelle des cadres sur la mesure de l'atteinte des objectifs fixés* », de « *développer les compétences managériales individuelles et collectives par le biais des EPP*¹⁰⁸ », de « *donner une dimension universitaire aux formations initiales des cadres [...] tout en garantissant leur dimension professionnelle* », de revaloriser financièrement le statut de cadres, rendre obligatoire un projet managérial au sein du projet d'établissement, mais aussi de « *créer un collège cadre au sein du Comité*

¹⁰⁷ Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique

¹⁰⁸ EPP : Evaluation des Pratiques Professionnelles

Technique d'Etablissement » et d' « *établir une présence des représentants de ce collègue cadre à la CME*¹⁰⁹ », ainsi que de « *favoriser la création d'espaces cadres* ». ¹¹⁰

A travers ce rapport, on sent bien la volonté de revaloriser le corps de métiers, notamment dans le positionnement des cadres au sein des établissements, et leur participation active aux décisions institutionnelles.

1.5.2 Le collègue cadre

Selon le dictionnaire Larousse, le mot « collègue » se définit par une « *réunion de personnes revêtues de la même dignité ou ayant la même fonction (ex : collègue des magistrats)* ». Etymologiquement, il viendrait du latin « collegium », et signifierait « ensemble, corps ». Selon l'autre définition de l'Académie française, il serait une « *Corporation, association jouissant d'une personnalité morale et juridique.* »¹¹¹

Ainsi, le collègue cadre serait une association de cadres hospitaliers, regroupant tous les individus appartenant au corps cadre, qu'ils soient soignant, médico-technique, administratifs, etc.

Dans son rapport, Chantal De Singly propose la création d'un collègue cadre dans les établissements de santé (propositions 10, 11, et 12), afin d'affirmer le positionnement des cadres au sein du système hospitalier, et de les impliquer dans les processus de décision. Il s'agit d'organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement. ¹¹²

Elle distingue d'une part, le besoin d' « espaces cadres », permettant les échanges, la réflexion, le partage d'information, et le soutien entre cadres, favorisant ainsi l'émergence d'une culture et de références communes, et d'autre part, celui de créer un espace institutionnel formel de l'encadrement, que serait le collègue cadre. Si le rapport ne précise pas les caractéristiques constitutives de ce collègue, la mission estime nécessaire que ce collègue s'inscrive dans le Comité Technique d'Etablissement, et que des représentants élus des cadres au CTE soient des invités permanents à la Commission Médicale

¹⁰⁹ CME : Commission Médicale d'Etablissement

¹¹⁰ DE SINGLY Chantal. : **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers**, Paris, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 1, 11 Septembre 2009, p. 78-80

¹¹¹ Définition de l'Académie française (éd. 1986) sur <http://www.ptidico.com/definition/coll%c3%a8ge.htm> [consulté le 16 04/2012]

¹¹² Cf. Annexe 3 : Extrait du Rapport de Singly

d'Établissement. Ainsi, contrairement à l'espace cadre, le collège cadre aurait un caractère obligatoire et officiel. Ses membres seraient élus par les personnels de l'établissement.

Cependant, le collège cadre ne prend pas naissance grâce au rapport de Singly, mais s'inspire des (rares) établissements qui en ont déjà fait l'expérience et qui ont été audités par la mission.

Ainsi, pour prendre l'exemple du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Rouen, où un collège cadre a été mis en place en 2006, l'objectif était de « *mettre en place un mode de management qui positionne les cadres, quels que soient leurs grades ou filières professionnelles, comme de vrais partenaires dans la réflexion et la mise en œuvre de la stratégie globale de l'établissement.* »¹¹³ Ce projet a été impulsé par le directeur de l'établissement dans l'optique de valoriser le rôle des cadres dans la conduite du changement entraîné par la réforme du plan hôpital 2007.

Trois sortes de missions ont été formalisées :

- celles traitées directement par le collège, centrées sur les cadres et concernant le référentiel métier cadre, la formation continue des cadres, la permanence de l'encadrement, le positionnement des « faisant fonction », la communication et la diffusion de l'information ;
- celles consultées par le collège, tels que la politique qualité (écoute client, certification,...), la réflexion sur l'offre de soins, le projet managérial et professionnel de l'établissement, la gestion prévisionnelle des emplois et compétences (évolution des métiers, des qualifications, adaptation à l'emploi, formation...);
- et celles pour lesquels le collège cadre propose des représentants cadres.

Ainsi, « *c'est au collège cadres qu'il appartient de poursuivre les travaux des groupes projets, et de mettre en œuvre les perspectives souhaitées et déjà engagées, notamment la formation et le positionnement des cadres.* »¹¹⁴

Bien qu'il ne soit pas représenté ni en CTE, ni en CME, ce collège cadre a permis l'instauration de commissions décisionnelles « *sur des sujets aussi structurants que la détermination de la méthodologie de la mise en œuvre du projet d'établissement, la*

¹¹³ GUERDER M., GUILLAUME B., KENDEK R. : **Les cadres, réels partenaires du changement. Du projet d'encadrement à la mise en place d'un collège cadre au CHU- Hôpitaux de Rouen.** Gestion hospitalière, décembre 2006, p 744 à 745.

¹¹⁴ Ibid.

définition des effectifs par pôle, le choix des activités et projets ou le pilotage de l'optimisation des ressources. »¹¹⁵

Ainsi, les cadres ont pu trouver une vraie place dans la participation à la politique de l'établissement, et par là même une certaine reconnaissance.

Par ailleurs, à travers cet exemple, nous voyons bien que ce collège cadre a d'autres missions que celle, essentielle mais restrictive, d'inclure les cadres dans les décisions institutionnelles, comme évoqué par la mission. Il serait en ce sens aussi associé à un espace cadre.

2 Méthodologie

2.1 Phase exploratoire

Cela va bientôt faire trois ans que le rapport de Singly a été rendu, et le collège cadre, de ce que nous en savons, reste peu développé dans les établissements de santé. Ils restent marginaux, ce qui explique la pauvreté de la littérature à son sujet.

Aussi, nous avons fait le choix de mener un entretien exploratoire afin de délimiter le champ de notre enquête.

Pour ce faire, nous avons donc rencontré Jean-Yves Masquelier, cadre supérieur de pôle au centre hospitalier Saint-Anne, situé à Paris. Le CH St-Anne ne possède pas de collège cadre, mais il a la particularité d'y avoir eu une tentative de création d'un tel comité, ce qui était intéressant comme point de départ.

Il s'agissait d'un entretien libre et non-directif, que nous pouvons résumer comme suit :¹¹⁶

J-Y. Masquelier explique en ouverture qu'il n'y a pas de littérature quant au collège cadre pour la simple et bonne raison qu'il ne s'agit pas d'une instance officielle. En effet, la mission de Singly avait pour objectif de dresser un état des lieux sur les cadres hospitaliers, et les conclusions qui en ont été tirées n'ont pour valeur que celles de propositions, ne débouchant sur aucun texte législatif.

¹¹⁵ Ibid.

¹¹⁶ Cf. Annexe 4 : Compte-rendu d'entretien avec J-Y Masquelier

Sur la volonté des cadres, la direction des soins a été sollicitée pour la création d'un collège cadre, suite à la réforme sur la nouvelle gouvernance et la mise en place des pôles. Ce souhait partait de deux principales idées : d'une part, être force de proposition auprès de la direction, d'avoir un poids sur les décisions, de proposer des thématiques et de lui porter les informations par un interlocuteur privilégié. D'autre part, il s'agissait de créer un espace d'échanges entre les cadres.

A cela, la direction des soins s'y est opposée, n'en voyant pas l'intérêt, stipulant qu'elle représentait déjà les cadres, mais au-delà de ça, d'y voir la volonté de mise en place d'un « *contre-pouvoir* ». Par ailleurs, il y a également eu opposition de la part des syndicats, voyant ainsi une « *instance leur échapper* ». Il y a donc autour du collège cadre de vrais enjeux de pouvoir. D'ailleurs pour le citer, il spécifie qu'« *un groupe est un poids* », *plus représentatif, et peut intervenir au plus haut niveau.* »

La volonté des cadres de créer un comité cadre ayant un certain pouvoir n'étant pas ébranlée, ce qui devait être au départ un collège cadre s'est transformé en un syndicat cadre. C'est par ce biais qu'ils ont pu atteindre leurs objectifs, mais aussi cela leur a permis de rentrer dans des instances officielles telles que le CTE ou le CHSCT¹¹⁷.

J-Y. Masquelier explique que cette instance leur permet « *de partager les vécus, d'apporter un soutien aux cadres isolés par rapport à différentes problématiques.* », et un espace d'échange. Par ailleurs, cela leur permet également de trouver des consensus avec la direction, comme ça a été le cas pour un problème de week-ends de garde.

Par la suite, ils sont parvenus à étendre ce syndicat à toute la région parisienne avec la création d'une association de cadres supérieurs de santé : « *corp-cadsupp* ». Mais cela sort du cadre nous concernant.

Il précise que dans la mise en place d'un tel collège, selon lui, tout dépend de la direction et de son positionnement, et que « *le mouvement part la plupart du temps des cadres supérieurs* ».

Il termine l'entretien en donnant des pistes de réflexion quant à notre travail, abordant ainsi la fidélisation des cadres, l'accompagnement par leurs pairs des nouveaux cadres ainsi que des « *faisant fonction* », et la dynamique d'évolution de la fonction.

¹¹⁷ CHSCT : Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail

A travers cet entretien, J-Y. Masquelier nous permet de dégager plusieurs notions, à savoir : être force de proposition auprès de la direction, participer aux décisions, créer un espace de parole et d'échanges entre cadres, partager les vécus, apporter un soutien mutuel et combattre l'isolement, accompagner les cadres arrivants et les faisant-fonction, trouver des consensus, proposer des thématiques, transmettre et échanger les informations, fidéliser les cadres, donner des avis, prendre en compte l'expertise des autres.

Ainsi, au regard de cet entretien et des concepts que nous avons abordés, le collègue cadre pose donc un certain nombre d'interrogations :

Est-ce qu'il permet aux cadres de se regrouper pour répondre à leurs difficultés ou a-t-il une mission plus institutionnelle en donnant aux cadres une position particulière ?

Ce collègue aide-t-il les cadres à échanger sur leurs pratiques entre pairs ? Permet-il d'améliorer celles-ci ? Aide-t-il à la mutualisation des moyens ? Permet-il d'améliorer l'organisation ?

Facilite-t-il la communication entre eux ? Et leur permet-il d'assurer mieux leur devoir de veille d'information ?

Permet-il d'améliorer leurs relations avec les autres acteurs, et participe-t-il à la construction de leur réseau ?

Est ce qu'il aide le cadre dans son management ? Aide-t-il à avoir une cohérence managériale ? Aide-t-il les jeunes cadres dans leur prise de poste ?

Leur permet-il d'être reconnu, à la fois dans l'institution, mais aussi par les équipes, par les médecins ? Développe-t-il leur sentiment d'appartenance ?

Et est-ce que cela leur permet de trouver leur place dans l'institution ?

Est-ce que cela leur permet d'avoir un certain rôle dans les décisions liées à la politique de l'établissement ? D'être force de proposition ?

Le collègue cadre permet-il de faire face au mal-être des cadres ?

Est-il un atout pour l'institution, notamment dans la fidélisation et l'attractivité des cadres ?

Ces questions nous conduisent à nous poser cette interrogation :

Quelle est la pertinence d'un collègue cadre dans un établissement de santé ?

Mais, dans la mesure où cette question serait trop large à traiter, car demandant une certaine exhaustivité, de structures, d'organisations, de personnels, de collèges cadre, nous pouvons la reformuler ainsi, en la recentrant sur les cadres hospitaliers :

Quelle est la plus-value ressentie par les cadres hospitaliers dans la mise en place d'un collège cadre au sein de l'établissement ?

2.2 Modalité de l'enquête

Afin d'y répondre, nous proposons de mener l'enquête par le biais d'un questionnaire reprenant l'ensemble des thèmes vus précédemment, avec des questions ouvertes et fermées.¹¹⁸

L'objectif est de mener une étude comparative sur deux hôpitaux dans lesquels un collège cadre a été mis en place, et d'en tirer des conclusions à la fois quantitatives et qualitatives.

Dans notre recherche de terrain d'étude, il a été difficile de trouver une structure possédant un collège cadre.

Finalement, nous mènerons cette enquête d'un côté auprès du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP¹¹⁹, qui regroupe les cadres des sept filières de rééducation (orthophoniste, orthoptiste, psychomotricien, ergothérapeute, pédicure podologue, diététicien et masseur-kinésithérapeute). Cette « collégiale » est reconnue par la direction centrale des soins et des activités paramédicales, mais n'est pas représentée ni en CTE, ni en CME.¹²⁰

D'un autre côté, nous interrogerons les membres du collège cadre du Centre Hospitalier du Mans (CH Le Mans), constitué d'environ 200 membres de filières multiples (soignante, administrative, technique, logistique, médico-technique, informatique). De même, le collège n'est pas représenté aux instances.

¹¹⁸ Cf. Annexe 5 : Questionnaire d'enquête sur le collège cadre

¹¹⁹ AP-HP : Assistance Publique- Hôpitaux de Paris

¹²⁰ Cf. Annexe 6 : Plaquette de présentation du collège des cadres de rééducation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

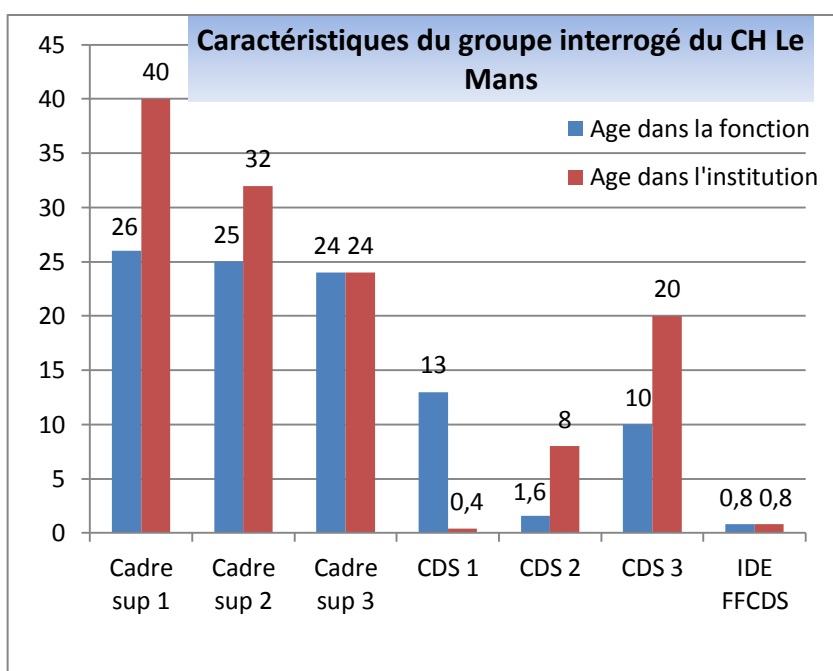
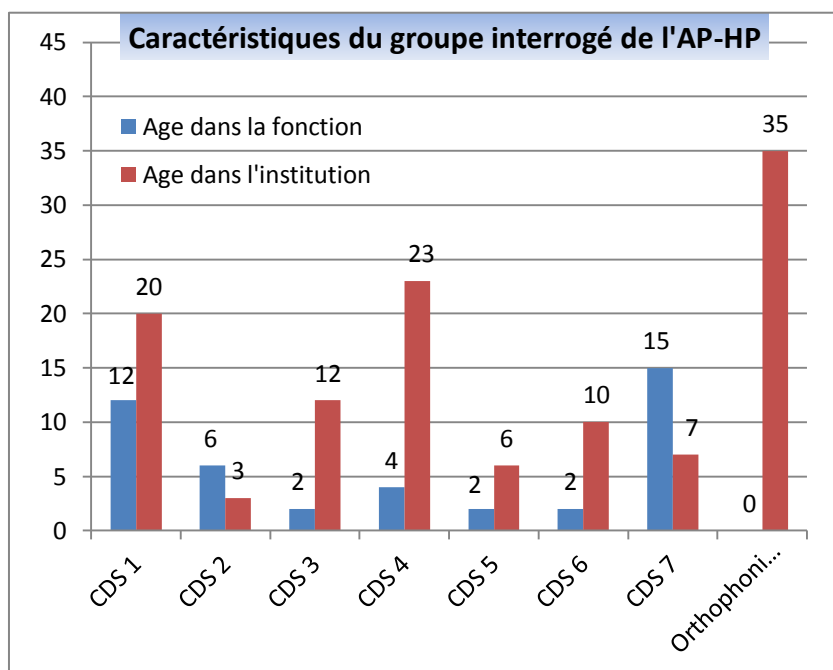
Les questionnaires, réalisés sous format papier et format électronique, ont été envoyés par courriel, ou transmis de main à main.

Nous avons recueillis un faible nombre de réponses, en dépit de multiples relances.

Ainsi, pour le collège de l'AP-HP, 11 réponses nous sont parvenues, parmi lesquelles 2 questionnaires ont été exclus de l'enquête car non exploitables (non rempli dans la majorité), et un a été « perdu » (fichier électronique effacé par erreur).

Et pour celui du Mans, nous avons eu 7 retours.

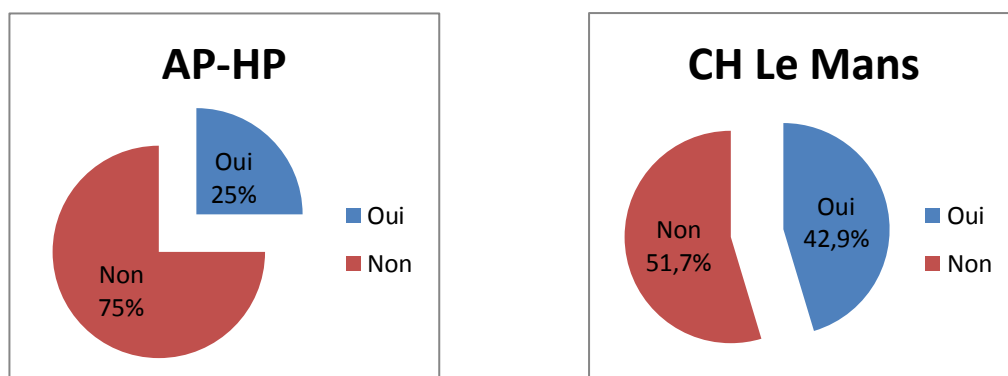
Voici ci-dessous une représentation graphique des caractéristiques des deux échantillons, réalisée au regard des réponses 16, 17, et 18 du questionnaire.



3 Analyse

3.1 Analyse des données

Question 1 : Avez-vous participé à la mise en place du « collège cadre » dans votre institution ?



Cette question avait pour but en réalité d'introduire la question 2, à savoir quels étaient les objectifs et les attentes à l'origine dans la volonté de mettre en place un collège cadre.

Question 2 : Si oui, quelles étaient les attentes et les objectifs de cette mise en place ?

Pour les membres interrogés de l'AP-HP, deux ont pu participer à la mise en place du collège. Les objectifs étaient de « *pouvoir réunir l'ensemble des cadres de l'établissement pour définir les stratégies communes, de débattre de différentes difficultés entre cadres de santé et hors soins* », et « *le partage des compétences et des difficultés, et permettre une fluidité de l'information et de la communication* ».

Pour les membres du collège cadre du CH Le Mans, les objectifs et attentes de la mise en place d'un collège cadre, dont un peu moins de la moitié y a participé, étaient de pouvoir partager les informations, de pouvoir dialoguer avec la direction, de servir d'interface entre les informations institutionnelles et le terrain. « *À l'origine, il s'agissait de combler un manque d'informations chez les cadres* », une expérience ayant été faite il y a plus de 10 ans : le groupe de liaison des cadres supérieurs.

Ainsi dans la mise en place d'un collège cadre, les objectifs sont souvent de créer un comité pour d'une part pouvoir être un interlocuteur pour la direction et permettre

l'échange et la transmission de l'information entre cadres mais aussi en tant qu'interface entre la direction et les équipes de soins, et d'autre part pour définir des stratégies communes, évoquer les difficultés, et partager les expériences.

Nous pouvons noter qu'un des membres précise qu'il y avait des lacunes dans l'information chez les cadres, le collège étant un moyen d'y pallier.

De plus, le collège du CH Le Mans était à l'origine un comité de cadres supérieurs. Ceci fait écho à l'entretien avec J-Y Masquelier concernant le fait que souvent l'impulsion d'un collège cadre part des cadres supérieurs.

Question 3 : En quelques lignes, comment définiriez-vous le « collège cadre » de votre établissement ? (missions, objectifs, année de création)

Pour les membres de l'AP-HP, le collège a été créé avant 2000, en 2001, ou en 2009 selon les personnes(!). C'est un lieu institutionnel d'échanges constructifs, de transmission d'informations et de parole. « *Son importance réside dans le regroupement professionnel des cadres rééducateurs* ». Il permet de fédérer l'encadrement et les métiers de la rééducation, de regrouper, créer des liens, de donner son point de vue, et devenir partenaires de la direction centrale des soins ; d'être une force de proposition et de participation, et d'apporter à chaque participant un soutien collectif, d'harmoniser les pratiques, et d'être une ressource pour tous les professionnels. « *Le collège cadre permet de promouvoir nos professions et d'améliorer nos pratiques* », « *Si collège cadre il y a, c'est sûrement pour une meilleure congruence... et élargir la réflexion et la confrontation constructive.* » Il permet également de recueillir et traiter les informations et les propositions d'actions communes à l'ensemble des métiers de la rééducation comme un interlocuteur privilégié pour les directions, de « *repositionner et promouvoir les cadres de santé, de réfléchir sur l'évolution des métiers et sur la place de la rééducation à l'hôpital* ».

Les membres du CH Le Mans définissent leur collège cadre, créé en 2007 pour les cadres supérieurs, puis étendu à tous les cadres en 2009, comme un lieu où l'on transmet l'information, mais « *compte-tenu du nombre de personnes qui y assistent, il ne peut être un lieu de dialogue* ». Il reste quand même un lieu d'échange entre cadres d'horizons divers. Il permet la circulation des informations ascendantes et descendantes, d'être une interface, entre les différentes directions et l'encadrement, ainsi que d'émettre un avis sur les projets institutionnels. Il permet également le partage des différents projets de pôle et la

présentation des différents objectifs souhaités par l'institution notamment par le directeur, le coordonnateur des soins, le directeur des affaires médicales et des relations sociales. Enfin il permet de représenter le personnel d'encadrement, et permet également le partage d'expérience et l'évolution des pratiques professionnelles d'encadrement. Le Bureau du collège cadre est un interlocuteur de la direction, il permet d'être force de proposition.

A travers ces retours, nous voyons bien que les missions et objectifs sont assez similaires entre les deux collèges. Ainsi, la transmission de l'information, la volonté de fédérer les cadres dans un espace de partage, d'échange et de réflexion, de les représenter auprès de la direction, d'être force de proposition, voire d'être considéré comme un partenaire, et de partager les projets, sont des notions communes aux deux.

**Question 4 : Comment fonctionne le « collège cadre » de votre établissement ?
(Organisation, espace dédié, fréquence des réunions, etc.)**

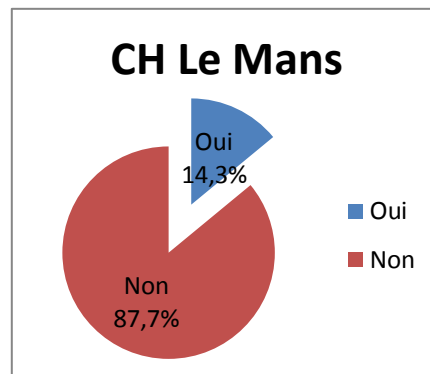
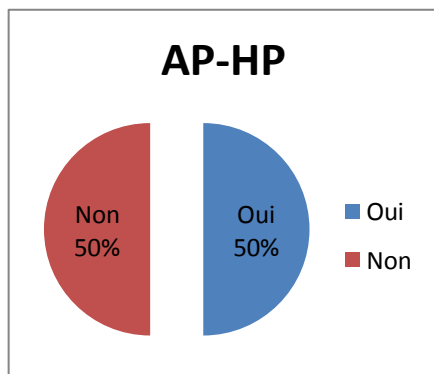
Pour l'AP-HP, il existe un Bureau dont les membres sont élus pour 3 ans (renouvelable tous les ans) par les adhérents au collège. Il fonctionne selon le principe du bénévolat. Il y a une réunion toutes les 6 à 8 semaines, soit environ 4 réunions par an, dans une salle au siège de l'AP-HP. Cependant, il n'y a pas d'espace dédié en tant que tel. *« Devant le contexte où le temps manque cruellement, on assure une veille et est un intermédiaire auprès des instances. »* Des échanges se font aussi par mail. Il existe également un règlement intérieur qui définit le fonctionnement.

Etrangement une personne a répondu que *« le projet a été torpillé dès son lancement, il ne fonctionne plus. »*

Pour le CH Le Mans, le collège fonctionne avec un Bureau de 12 membres, représentatif de tous les cadres de l'établissement, et des groupes, qui ont pour vocation de faire remonter l'information et la partager. Des réunions plénières ont lieu tous les deux mois et au moins trois fois par an, et sont organisées par le Bureau. Le Bureau, élu pour 4 ans, se réunit une fois par mois, et peut rencontrer l'équipe de direction. Les réunions sont planifiées en fonction d'un calendrier préétabli, dont les ordres du jour sont communiqués par mail. Il y a un espace dédié. Chaque membre anime un groupe d'une quinzaine de cadres de santé (cadres et cadres supérieurs) qui se réunissent une fois par an pour débattre sur différents thèmes qui seront exposés en réunion du collège. Il existe un règlement intérieur.

Ces deux collèges cadres sont donc des instances très formalisées, avec un Bureau, des membres élus, un règlement intérieur, et des réunions régulières.

Question 5 : Diriez-vous que le « collègue cadre » représente pour vous une charge de travail supplémentaire ?

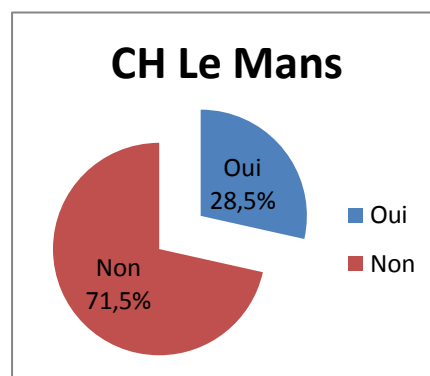
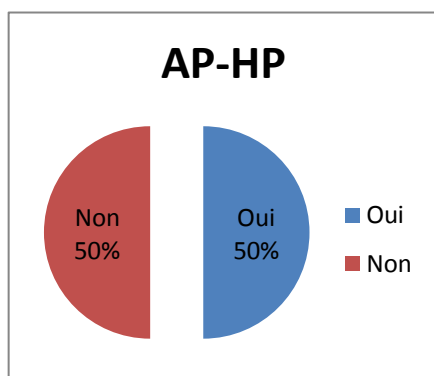


Cette question avait pour but de savoir si le collègue alourdisait la charge de travail des cadres, déjà pesante comme nous l'avons vu.

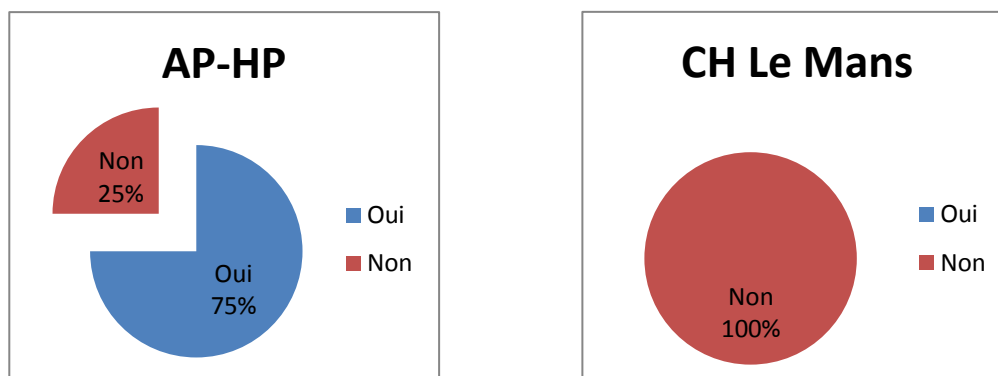
Pour les membres de l'AP-HP, les ressentis sont partagés puisque pour la moitié, il représente une charge de travail supplémentaire, alors que pour l'autre moitié non.

Pour les membres du collège du Mans, les avis sont plus nets puisque pour la majorité il ne représente pas une charge de travail en plus. Cependant, comme décrit à la question précédente, le nombre de réunion est assez conséquent. De fait, on peut imaginer que la plus-value ressentie par le collègue est suffisamment importante pour prendre le pas sur la charge de travail.

Question 6 : Avez-vous pu bénéficier d'un accompagnement par vos pairs lors de votre prise de poste ?



Et **Question 7** : Si oui, cet accompagnement s'est-il réalisé grâce au « collègue cadre » ?



Ces questions avaient pour but de savoir si le collègue cadre apportait une plus-value dans l'accompagnement des cadres lors d'une prise de poste.

Dans la mesure où les missions des cadres sont vastes, il peut être facilitant d'être accompagné par ses pairs en arrivant dans un nouveau poste. En effet, comme il a été signalé plus haut, le collègue peut permettre d'apporter un soutien aux collègues. D'autre part, si un sentiment d'isolement existe, cela peut contribuer à le diminuer d'emblée.

Ainsi, pour les membres du collège de l'AP-HP, la moitié a bénéficié d'un accompagnement lors de sa prise de poste (soit 4), et sur ceux-ci, 3 d'entre eux ont pu être accompagnés grâce au collègue cadre.

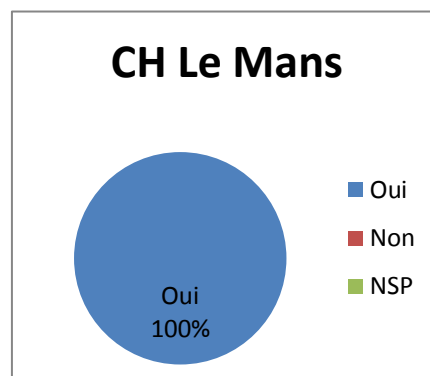
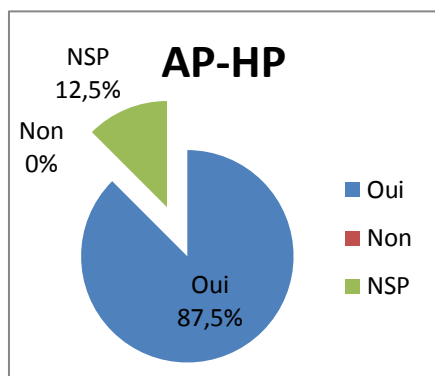
Pour le collège du Mans, sur les 2 personnes ayant bénéficié d'un accompagnement, il ne s'est pas réalisé grâce au collègue cadre.

Au-delà de l'objectif premier de cette question, et au regard des résultats par la négative, il est étonnant de constater que les cadres ne soient pas plus accompagnés que cela lors de leur prise de poste...

Or « *L'aide et le soutien apportés par les pairs sont fondamentaux. C'est pourquoi quand ils sont absents, les cadres peuvent être en souffrance.* »¹²¹

¹²¹ LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.

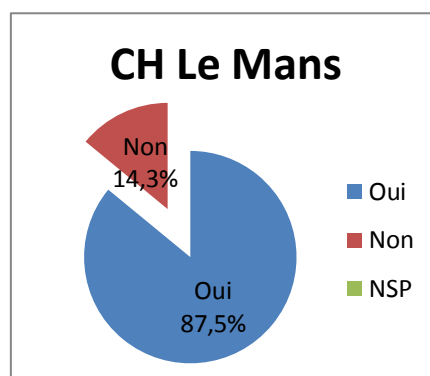
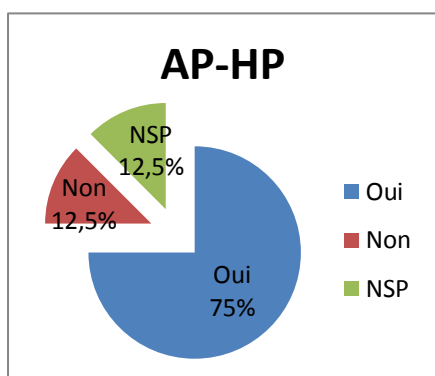
Question 8a : Selon vous, le « collègue cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la circulation de l'information ?



L'objectif de cette question était de savoir si le collègue cadre apporte un réel intérêt dans la circulation des flux d'informations en général, c'est-à-dire ascendantes et descendantes.

Les résultats parlent d'eux-mêmes pour les deux établissements, et le collègue est donc une réponse positive aux problèmes de manque de communication des informations, à la rétention, ou au trop plein d'information (« trop d'information tue l'information ») que peuvent rencontrer l'encadrement, mais aussi les équipes, les partenaires, et la direction.

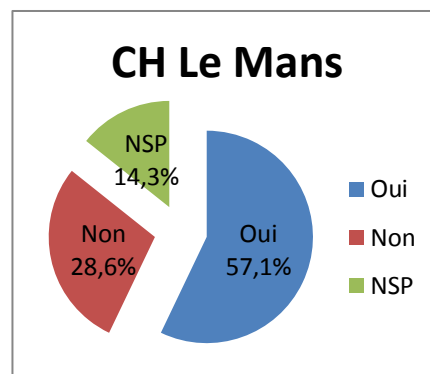
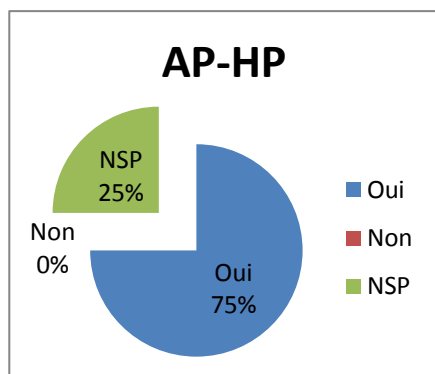
Question 8b : Selon vous, le « collègue cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la communication entre cadres ?



Cette question avait pour but de savoir cette fois si la communication horizontale était favorisée par le collègue cadre.

Pour les deux organisations, la réponse est majoritairement oui, bien que cela soit moins marqué que sur la question précédente. Ainsi pour une personne de chaque collègue, la communication entre cadres n'en serait pas facilitée, et une personne de l'AP-HP n'en sachant rien.

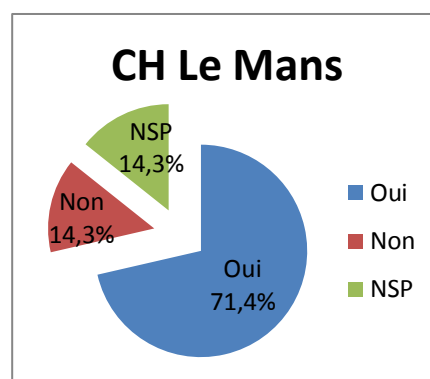
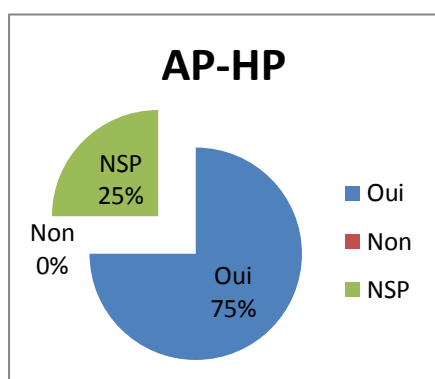
Question 8c : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la coopération entre cadres ?



Dans ce contexte de décloisonnement des services et où la coopération est devenue un maître mot, le but de cette question était de connaître si le collège en était facilitateur entre cadres. En effet, « *Les décisions courantes des cadres de santé pourraient devenir plus visibles et concerner des domaines plus vastes et plus hauts dans la hiérarchie, si la coopération entre tous les cadres hospitaliers [...] facilitée par ce terme générique se concrétisait.* »¹²²

Si au collège de l'AP-HP, le retour est majoritairement positif, deux personnes n'en sachant rien, il est moins évident pour les membres du collège du Mans, avec la moitié pensant que oui, 2 personnes pensant que non, et une n'en sachant rien.

Question 8d : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer les relations entre cadres ?



¹²² MISPELBLUM BEYER Frederik : *Les décisions invisibles du management de proximité- in Soins Cadres n°76- novembre 2010, p 27 à 30.*

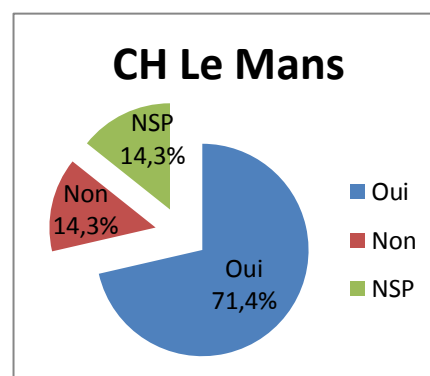
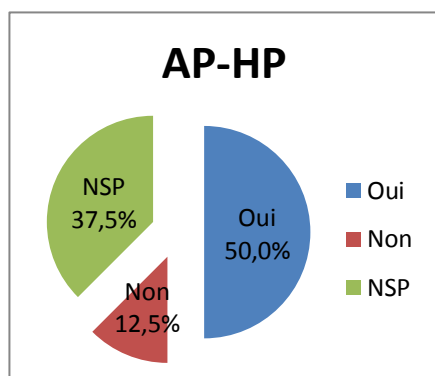
Les relations étant un premier pas vers un travail en collaboration efficace, l'objectif de cette question était de savoir si le collège permettait leur amélioration entre cadres.

Par ailleurs, étant un élément indispensable de socialisation, les relations participent ainsi à la construction de l'identité professionnelle, comme nous l'avons vu en décrivant ce concept.

Pour les deux structures, le collège permet d'améliorer ou de développer les relations entre cadres pour trois-quarts des membres interrogés. Il est plus étrange de constater que certains n'en savent rien (deux pour l'AP-HP et un pour Le Mans).

Ainsi, nous pouvons dire que l'un des bénéfices du collège cadre, pour ces deux exemples tout au moins, est de permettre de développer de meilleures relations entre cadres, et en extrapolant, une meilleure dynamique de groupe, participant ainsi à la (re)construction de leur identité professionnelle, et par là-même, atténuant ce sentiment de mal-être qu'ils connaissent aujourd'hui.

Question 8e : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer les relations avec la direction ?



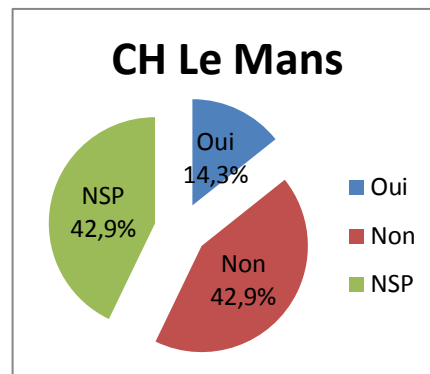
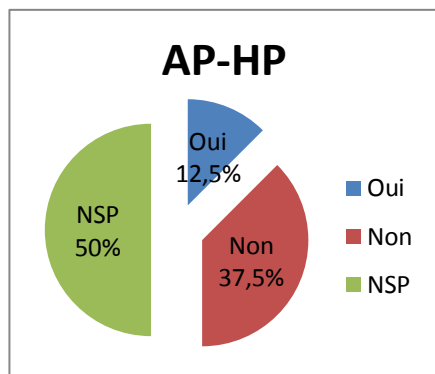
Si les relations entre cadres sont importantes, améliorer les relations professionnelles avec la direction est tout aussi nécessaire, le collège cadre pouvant être un interlocuteur privilégié pour la direction.

Pour les membres du collège de l'AP-HP, la moitié pensent que ce dernier permet d'améliorer les relations avec la direction, un pensant que non, et deux n'en sachant rien.

Pour les membres du collège du Mans, les trois-quarts pensent que oui, un non, et un n'en sachant rien.

Ainsi nous pouvons dire que dans l'ensemble, le collège cadre permet bien l'amélioration des relations avec la direction.

Question 8f : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer les relations avec les équipes de soins ?



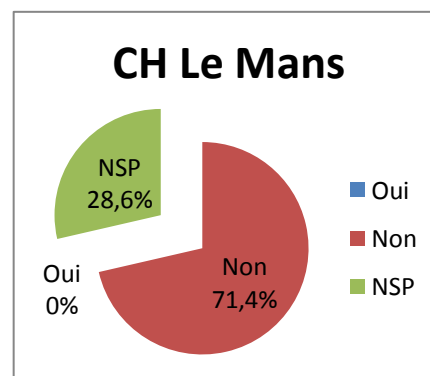
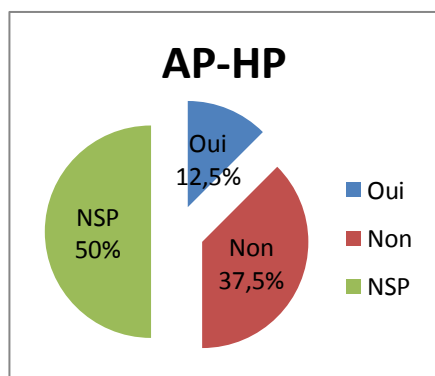
A présent que les cadres sont amenés à être éloignés de plus en plus du terrain, il est intéressant de savoir si le collège permet l'amélioration des relations avec les équipes.

Les résultats sont à peu près identiques d'un collège à l'autre. Ainsi, près de la moitié des membres de chaque instance n'en sait rien, un pense que oui, et le tiers restant pense que non.

Les objectifs du collège cadre n'étant pas du tout centrés sur les équipes, les réponses ne sont pas surprenantes, si ce n'est que pour une personne de chaque collège, c'est tout de même une plus-value sur ce point.

Ainsi, si le collège cadre n'a pas été pensé pour être un interlocuteur pour les équipes, on peut considérer que pour ces deux structures, l'amélioration des relations avec celles-ci est un « avantage collatéral ».

Question 8g : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer les relations avec les médecins ?



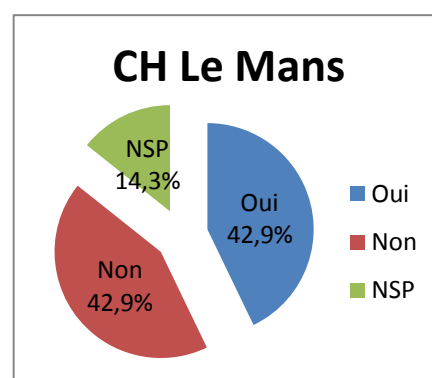
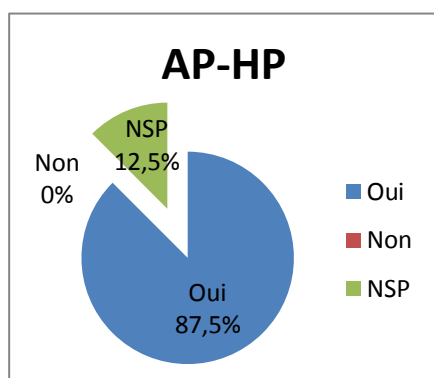
Même question avec ces partenaires incontournables du cadre que sont devenus les médecins.

A l'AP-HP, la moitié ne sait pas si le collège a permis de développer ou d'améliorer les relations avec les médecins, et 3 d'entre eux pensent que non, alors qu'un pense que oui.

Pour les membres du collège du Mans, la réponse est plus tranchée puisque les trois-quarts pensent que le collège ne contribue pas à améliorer les relations avec le corps médical, et que le restant n'en sait rien.

Ainsi, d'après ces expériences, le collège cadre ne permet pas d'améliorer les relations avec les médecins. Cela pourrait changer si le collège avait sa place en CME comme le prône Chantal de Singly.

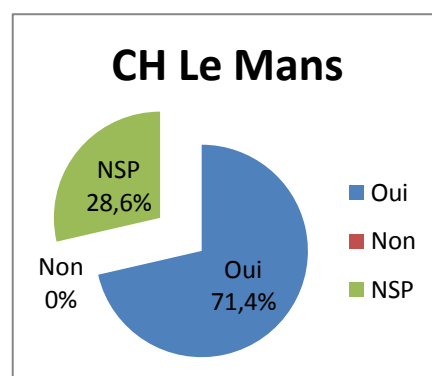
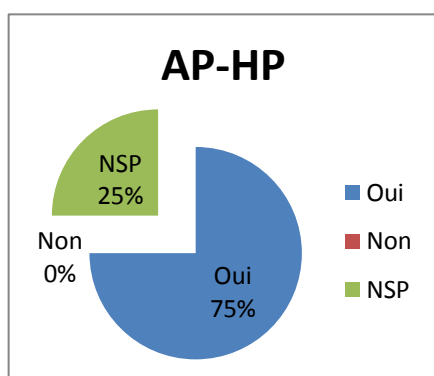
Question 8h : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer votre fonction de coordination ?



Pour tous les membres du collège de l'AP-HP sauf un qui ne sait pas, les résultats sont univoques dans le sens où le collège participe largement à améliorer leur fonction de coordination.

Pour les membres du collège du Mans, près de la moitié pense que oui, et près de l'autre moitié pense que non, un ne sachant pas.

Question 8i : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer votre réseau de partenaires ?

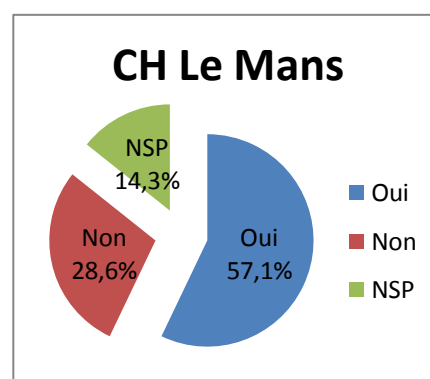
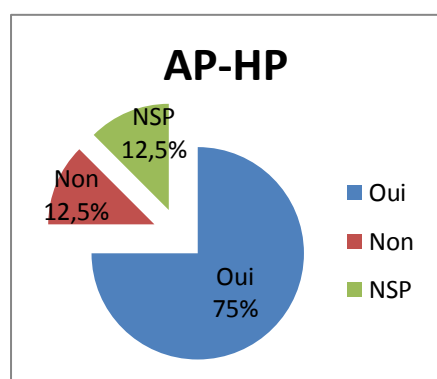


Comme stipulé dans la fiche métier qui lui est consacrée, le cadre de santé doit entretenir un réseau important, afin de pouvoir remplir ses missions au mieux.

Pour trois-quarts des personnes interrogées sur les deux structures, le collègue cadre participe au développement de leur réseau.

Ainsi, il participe largement à aider les cadres dans leur missions.

Question 8j : Selon vous, le « collègue cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la réflexion sur votre pratique ?



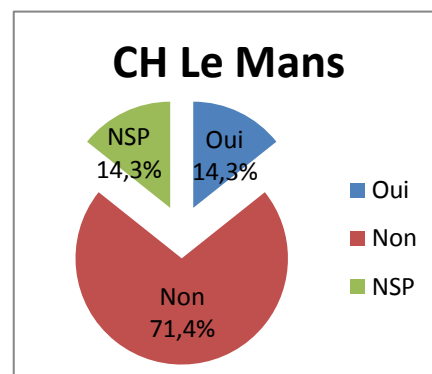
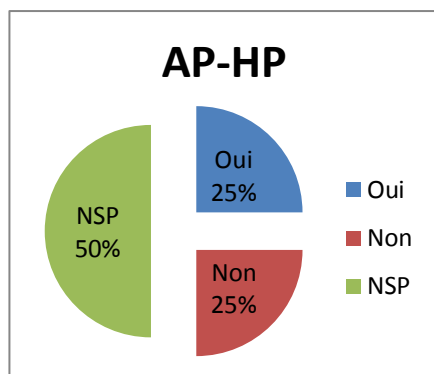
Le but de cette question était de savoir si le collègue cadre, en tant que lieu d'échange, permet aux cadres de débattre et d'apporter une réflexion sur leur pratique et l'évolution de leur métier.

Il semblerait que ce soit le cas pour trois-quarts des membres interrogés de l'AP-HP, et un peu moins pour ceux du CH Le Mans (un peu plus de la moitié).

Le collègue cadre apporterait donc une vraie plus-value en ce sens, ce qui n'est pas négligeable si on considère qu'« *il est primordial que des temps soient prévus pour permettre (aux cadres) de poser leurs problèmes, de les analyser ensemble et de prendre le recul nécessaire à leur fonction.* »¹²³

¹²³ LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.

Question 8k : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer votre pratique managériale auprès des équipes ?



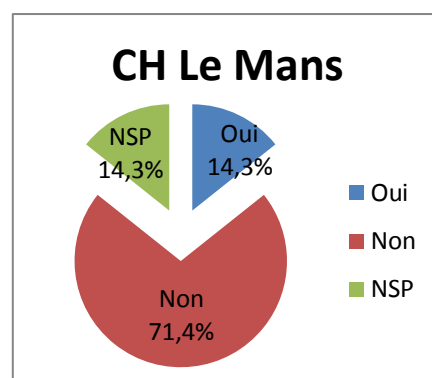
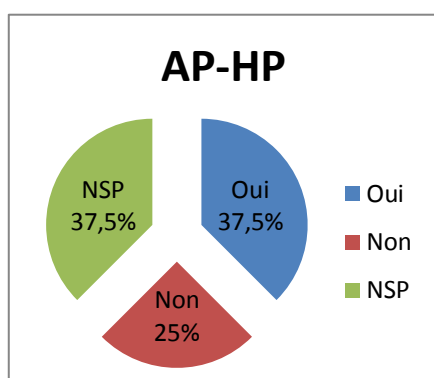
Cette question fait référence au besoin des cadres de confronter leurs pratiques afin de les améliorer en mutualisant leurs connaissances et compétences. Le collège cadre pourrait ainsi être considéré comme professionnalisant.

Pour les membres interrogés du collège de l'AP-HP, seulement un quart pensent que c'est le cas, un quart pensant que non et la moitié n'en sachant rien.

Pour ceux du collège du Mans, la majorité (trois quarts) pensent que le collège ne permet pas l'amélioration de leurs pratiques managériales auprès des équipes.

Au regard des résultats, il semblerait que la plus-value du collège en ce sens soit minime, bien que non dénuée d'intérêt.

Question 8l : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la mise en place et la conduite de projet ?

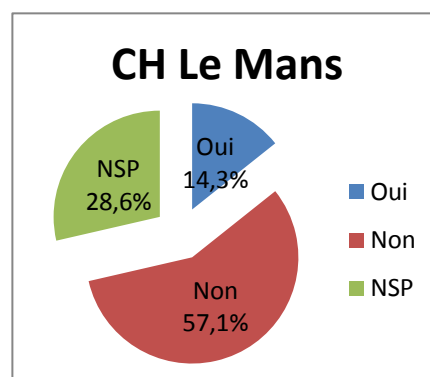
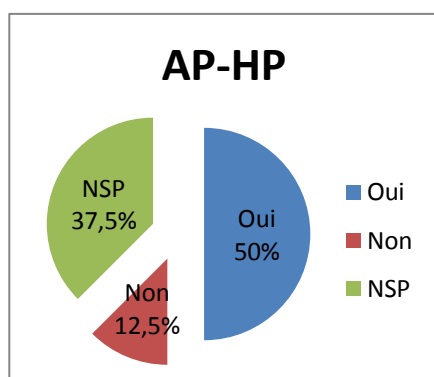


A l'heure où les cadres doivent de plus en plus adopter une posture managériale basée sur la conduite de projets et d'objectifs à atteindre, et établir des plans stratégiques, cette question permet de savoir si le collège cadre en serait un facteur facilitant.

Pour plus d'un tiers des membres de l'AP-HP ce serait le cas, alors que pour ceux du CH Le Mans la réponse est majoritairement négative.

Les avis sont donc partagés sur cette question, qui peut trouver son explication dans le fait que le collège cadre des rééducateurs de l'AP-HP est plus spécialisé que celui du Mans.

Question 8m : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer l'harmonisation des pratiques de l'encadrement ?

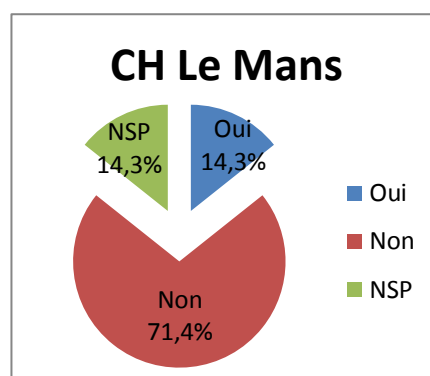
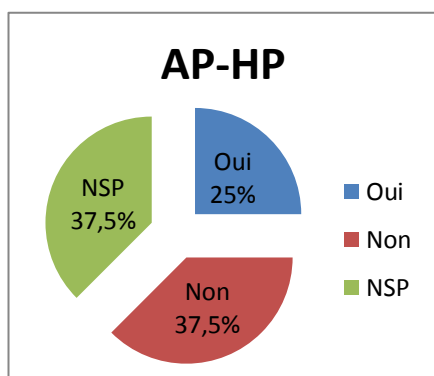


Afin de donner une cohérence des pratiques aux équipes ou aux partenaires médicaux, notamment ceux ayant des missions transversales, et avant tout pour les cadres eux-mêmes, la question était de savoir si le collège permettait à ces derniers d'harmoniser celles-ci. C'est une manière aussi de donner la vision d'un encadrement qui fait « corps ».

C'est le cas pour la moitié des membres de l'AP-HP interrogés, mais ce n'est pas le cas pour plus de la moitié des membres du collège du Mans.

Comme pour la question précédente, nous pouvons supposer que la spécialisation du collège cadre de l'AP-HP peut expliquer qu'il est plus évident d'harmoniser les pratiques que sur un collège cadre vraiment pluriprofessionnel.

Question 8n : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la cohérence managériale ?



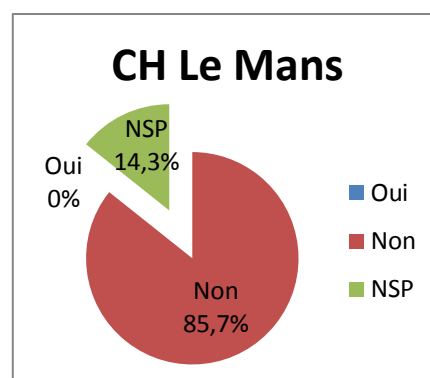
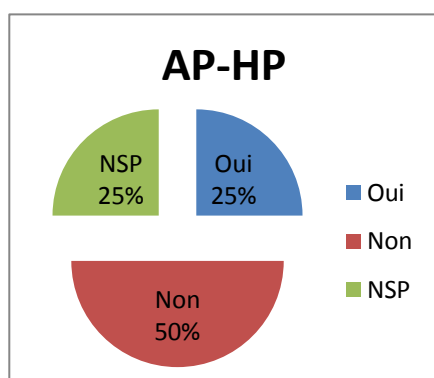
Cette question, plus axée sur l'ensemble de l'encadrement, permet de savoir si le collège cadre est un facteur d'amélioration d'une cohérence managériale sur tout l'établissement, et notamment face à la direction. Ce pourrait être aussi une manière de donner la vision d'un encadrement qui fait « corps », mais notamment plus axée sur la direction.

Pour les membres du collège de l'AP-HP, les résultats sont très partagés, puisqu'à peu près un tiers pense que non, un tiers n'en sait rien, et un peu moins d'un tiers pense que oui.

Pour les membres du collège de l'AP-HP, les résultats sont plus tranchés puisque pour la majorité, le collège ne permet pas d'améliorer une cohérence managériale.

A cette question, on peut donc dire que le collège cadre n'apporte pas vraiment de cohérence de l'encadrement, les réponses n'allant pas en ce sens.

Question 80 : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer l'organisation des soins ?



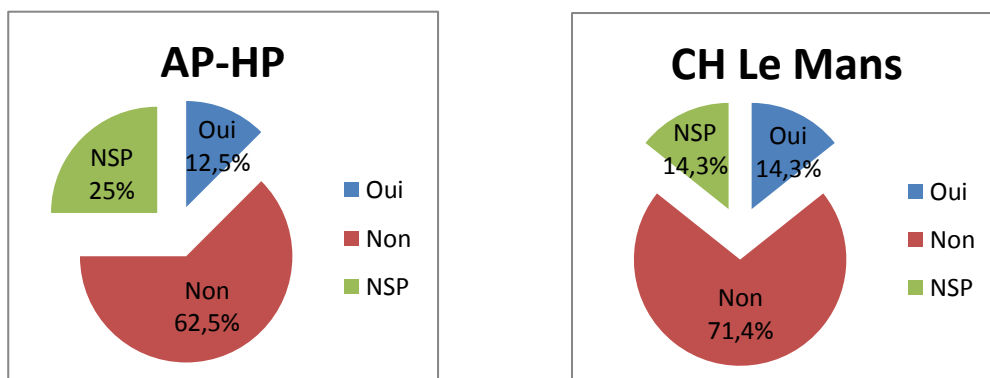
Le collège cadre ayant été pensé essentiellement après la réforme du plan hôpital 2007 avec notamment la création des pôles, et les cadres ayant été comme nous l'avons vu, plus sollicités que jamais, cette question et les deux suivantes permettent de savoir si le collège apporte une plus-value dans la réorganisation nécessaire des établissements, tant au niveau des soins, du management par pôles, que de l'ensemble de l'institution.

Ainsi, en ce qui concerne l'organisation des soins, la moitié des membres interrogés de l'AP-HP pense que non, et deux personnes pensent que le collège en permet l'amélioration.

Pour les membres du CH Le Mans interrogés, la réponse est clairement non.

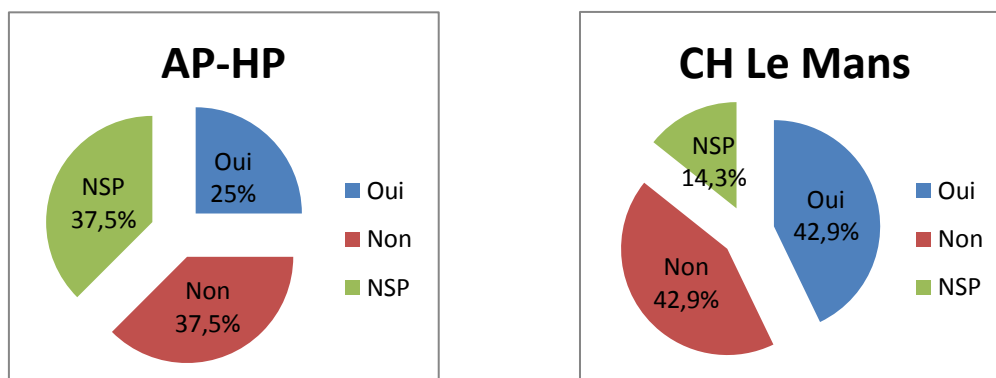
Ainsi, le collège cadre ne semble rien apporter à l'organisation des soins, c'est-à-dire celle qui va servir directement le patient.

Question 8p : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer l'organisation managériale des pôles ?



A cette question également, il semblerait au vu des résultats que le collège cadre ne soit pas un facteur favorisant l'organisation managériale des pôles, bien qu'une personne de chaque groupe pense le contraire.

Question 8q : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer l'organisation managériale de l'ensemble de l'institution ?



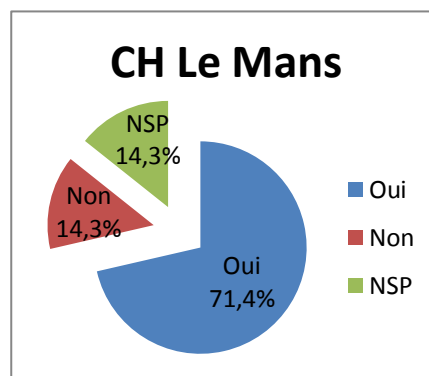
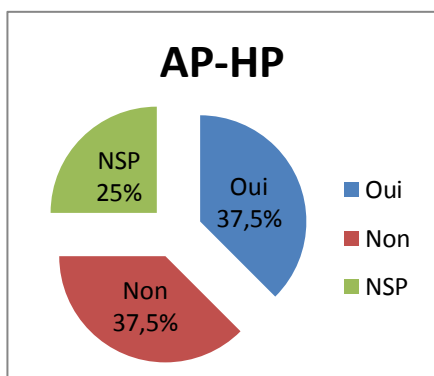
A cette question, un quart des acteurs interrogés de l'AP-HP pensent que oui, contre un peu moins de la moitié pour ceux du CH Le Mans.

Pendant, un peu moins de la moitié de ce collège pensent que non, contre un peu plus d'un tiers pour l'AP-HP.

Les avis sont donc très partagés sur cette question, et il semblerait donc que la plus-value du collège cadre concernant l'organisation managériale de l'ensemble de l'institution

ne soit pas évidente, bien qu'apportant tout de même des bénéfices (notamment pour le collège du Mans).

Question 8r : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer le décloisonnement des services de soins ?

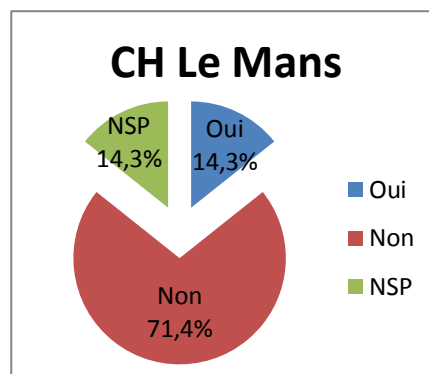
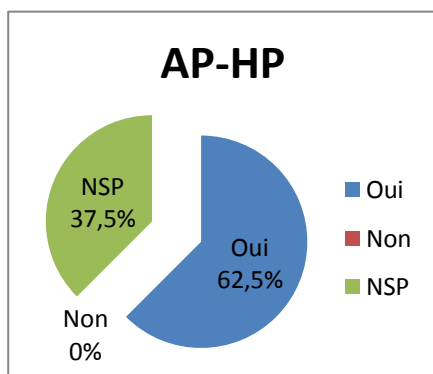


Toujours dans le contexte des pôles, la question était de savoir si le collège cadre apporte des bénéfices dans le décloisonnement des services.

Or pour l'AP-HP au regard des résultats, cela apporterait une plus-value pour plus d'un tiers des personnes interrogés, alors que pour les membres interrogés du Mans, le collège est sans conteste un facteur favorisant le décloisonnement inter-services.

Par là même, il semblerait que le collège cadre pourrait contribuer à atténuer le sentiment d'isolement des cadres.

Question 8s : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la mutualisation des ressources entre cadres afin de remplir vos missions ?



La mutualisation des ressources est comme nous l'avons vu un enjeu majeur aujourd'hui, à la fois dans le but de faire face au manque de moyen et de fait dans la nécessité d'optimiser ceux-ci.

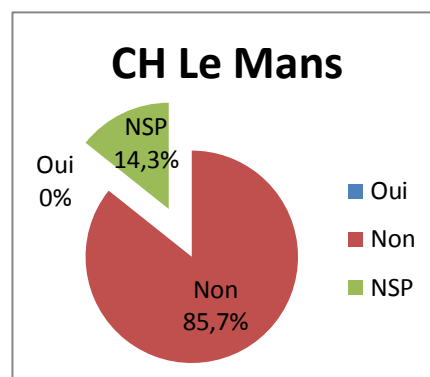
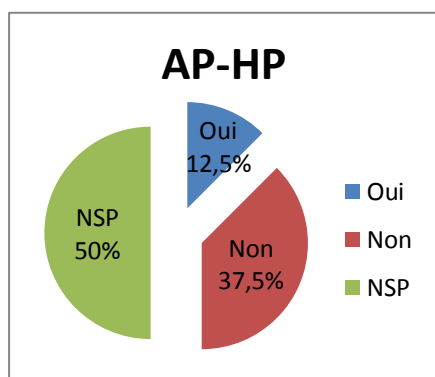
A cette question, il semblerait que le collège de l'AP-HP présente un véritable bénéfice en ce sens puisque 62% des membres interrogés ont répondu par l'affirmative, et qu'aucun n'ait répondu non, les autres n'en sachant rien.

Par contre, pour les membres du collège du Mans, les résultats sont dans la tendance inverse, puisque 71% des personnes interrogées pensent que le collège ne permet pas de mutualiser les ressources. A cela, rien d'étonnant puisque cette question ne fait en rien parti des objectifs fixés dans la mise en place de leur collège cadre.

Cependant, on remarque que si le collège permet de décloisonner les services, il ne permet pas forcément de mutualiser les ressources et inversement.

On peut donc dire, même si le collège cadre n'est pas à l'origine pensé pour optimiser les moyens, qu'il peut apporter un bénéfice en ce sens.

Question 8t : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la gestion des lits (entrées/ sorties, transfert des patients d'une unité à l'autre, etc.) ?



Dans la continuité des deux questions précédentes, c'est-à-dire sur la mutualisation des moyens et le décloisonnement des services, celle-ci se concentre plus sur un élément de difficulté rencontré par les cadres au quotidien, c'est-à-dire sur la gestion des lits.

Une seule personne des membres interrogés de l'AP-HP pense que le collège permet d'améliorer ce point, la moitié n'en sachant rien, et plus d'un tiers pensant que non.

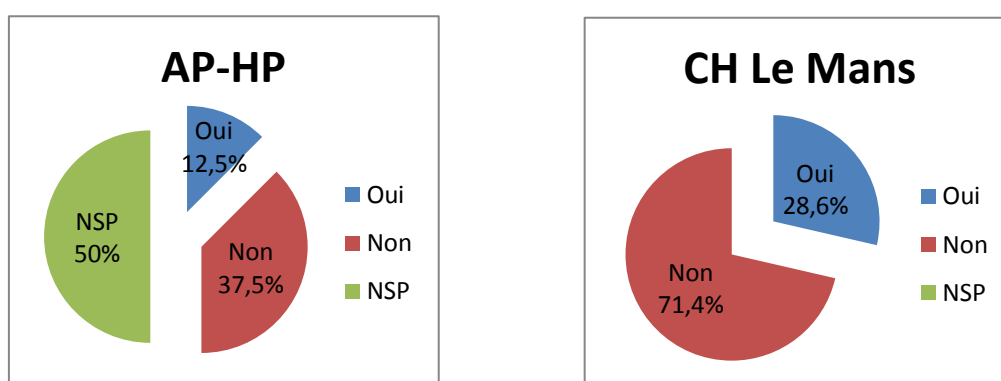
Pour les membres interrogés du Mans, la réponse est clairement négative sur cette question.

Ainsi, on peut conclure que le collège cadre de ces établissements n'aide en rien l'encadrement dans leur gestion des places et mouvements des patients.

Pourtant « *la collaboration entre cadres autour du parcours du patient est primordiale et permet souvent d'amorcer ce travail collaboratif qui peut ensuite s'instituer sur d'autres thématiques.* »¹²⁴

Ainsi, mutualiser des ressources ne s'apparente pas forcément à collaborer entre cadre. Le collège cadre a priori n'est donc pas un espace permettant la collaboration entre cadres.

Question 8u : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la gestion des ressources humaines ?



Toujours dans l'optique de mutualiser les ressources, cette question amène à savoir si le collège permet d'optimiser la gestion des ressources humaines, notamment pour faire face à la pénurie de personnel que les hôpitaux connaissent aujourd'hui.

Au regard des résultats, il semble que le collège cadre n'apporte pas particulièrement de plus-value sur ce point.

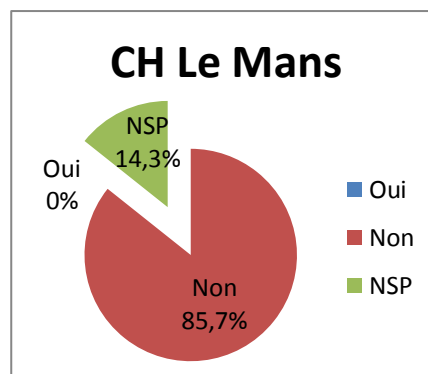
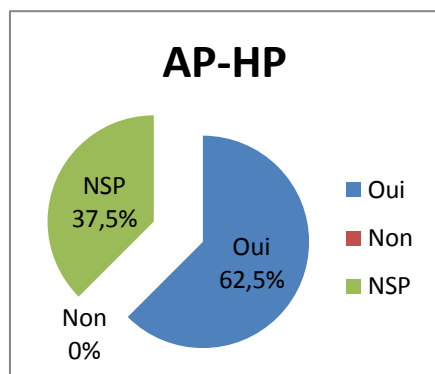
Pourtant, « *cette mutualisation (dans la gestion des ressources humaines) permet d'assurer la continuité des soins dans un système contraint financièrement. Mais [...] (Les cadres) peuvent avoir le sentiment que les pôles ont été instaurés uniquement pour les obliger à collaborer autour de la restriction des moyens humains.* »¹²⁵

Ainsi, si le collège cadre a souvent été créé suite à la mise en place des pôles, il ne permet pas particulièrement à aider les cadres à mutualiser leurs moyens.

¹²⁴ LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.

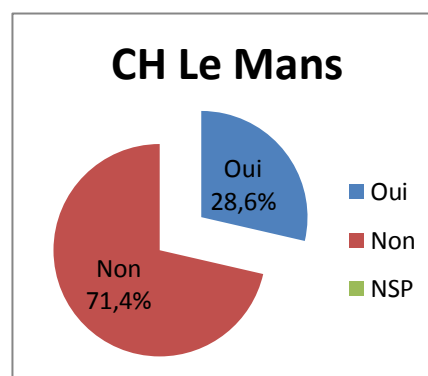
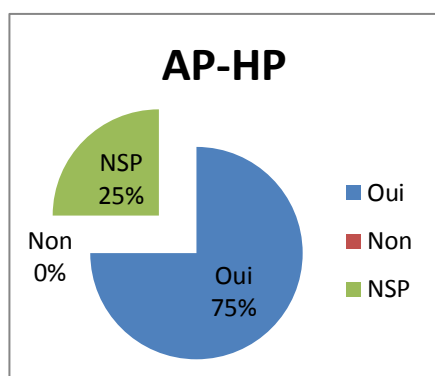
¹²⁵ Ibid.

Question 8v : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer l'accompagnement des nouveaux cadres (y compris faisant fonction) ?



Cette question a été formulée suite à l'idée de J-Y Masquelier concernant l'accompagnement des cadres. Elle est un peu redondante avec les questions 6 et 7, mais l'on retrouve les mêmes tendances, ce qui confirme ces résultats, à savoir que le collège de l'AP-HP permet un accompagnement des nouveaux arrivant sur un poste de cadre, alors que pour les membres du CH Le Mans pas du tout.

Question 8w : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer le sentiment d'appartenance à une équipe cadre ?



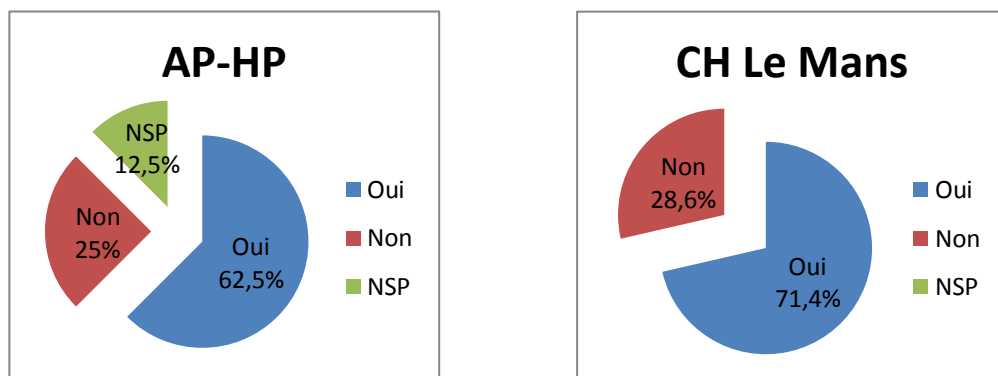
Comme nous l'avons vu, le sentiment d'appartenance à un groupe, un collectif, participe à la construction professionnelle de l'individu à la fois « pour soi », mais aussi « pour autrui ». Or dans cette conjoncture où les cadres de santé sont en quête d'identité professionnelle, cette question, reposant sur l'appartenance à un groupe de pairs, ainsi que la suivante, reposant sur l'appartenance à une collectivité plus grande, doit permettre de savoir si le collège permet le développement de ce sentiment.

Par ailleurs, le sentiment d'appartenance à un groupe est aussi un élément permettant de limiter le sentiment d'isolement des cadres, et un premier pas vers une

collaboration efficace entre cadre, car « *si les cadres ne se sentent pas appartenir à une institution ou au groupe cadres, ils risquent de ne pas être volontaires pour collaborer.* »¹²⁶ Par là même, il peut également permettre de faire face au mal-être des cadres. En effet « *Le sentiment d'appartenance au groupe, la solidarité et les échanges entre ses membres, l'adhésion à des buts, à des normes, à des idéaux communs rétablissent les relations humaines altérées par la division du travail, par les communications de masse, par l'emprise de la civilisation urbaine, industrielle et bureaucratique.* »¹²⁷

Ainsi, pour les membres du collège de l'AP-HP, la réponse est clairement oui, alors qu'au contraire, pour ceux du Mans, la réponse est clairement non, bien que deux personnes aient répondu affirmativement.

Question 8x : Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer le sentiment d'appartenance à votre institution ?



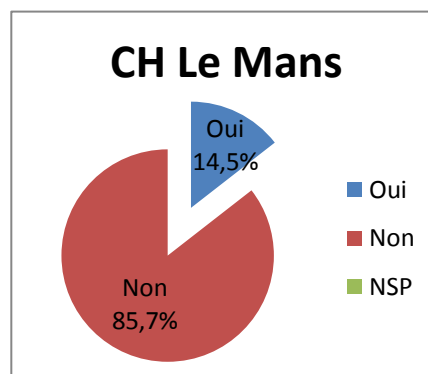
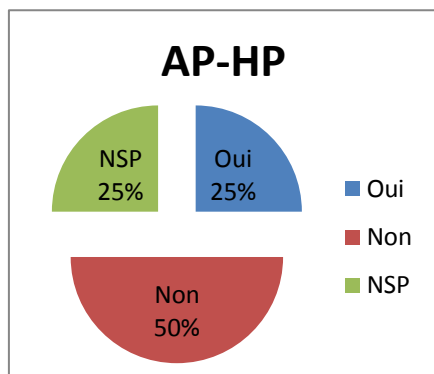
Contrairement à la question précédente, il semblerait au vu des résultats que le collège des deux structures participe à développer le sentiment d'appartenance à leur institution.

Le bénéfice du collège cadre sur ce point serait donc entier.

¹²⁶ LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.

¹²⁷ DESBROSSES Stéphane : **Notion de groupe : la dynamique de groupe**, cours de psychologie sociale- Dijon, 20 décembre 2007, disponible sur <<http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/136-notion-de-groupe-la-dynamique-de-groupe.html>> [consulté le 4/04/2012]

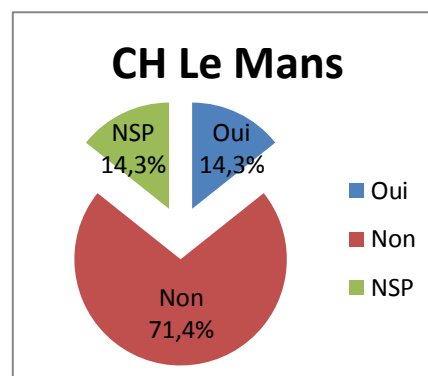
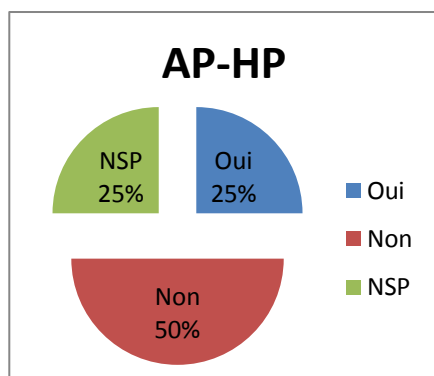
Question 8y : Selon vous, le « collègue cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la diminution des tensions au travail ?



Le but de cette question était de savoir, au regard du fait que le collègue peut éventuellement permettre d'améliorer un certain nombre de choses pour les cadres, si par là même il était aidant dans la pression que peuvent subir les cadres ; en bref, s'il était un élément « dépressurisateur ».

D'après les résultats sur les deux collèges, il semblerait que ce bénéfice soit minime.

Question 8z : Selon vous, le « collègue cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer la satisfaction au travail ?



Dans un contexte où les cadres de santé trouvent peu de satisfaction au travail, suite aux nombreuses missions qui leurs sont assignées et surtout au paradoxe qui lie la qualité des soins avec des moyens quasi nuls, cette question avait pour but de connaître si le collègue leur permettait en fin de compte d'améliorer leur satisfaction au travail, au regard des bénéfices qu'il peut apporter.

D'après les résultats, il semblerait que la plus-value apportée par le collège cadre sur ce point soit minime, puisque seulement un quart des membres interrogés de l'AP-HP, et une personne du Mans pensent que oui.

Question 9 : Le « Collège cadre » de votre institution est reconnu par : les équipes de soins, et/ou la CME/ les médecins, et/ou la direction (/ aucun des trois) ?

Au vu des résultats, il semblerait que cette question ainsi que la suivante présente un biais. En effet, certains n'ont rempli aucun des trois. On peut donc supposer qu'il manquait un item « aucun des trois » ou encore « ne sait pas ». Cette question a été revue dans la réalisation du questionnaire sous format électronique, avec le rajout d'une case « aucun des trois ».

Pour l'AP-HP, deux personnes n'ont coché aucune case, et une « aucun des trois ». Pour les six autres, il y a 100% de réponses comme quoi le collège était reconnu par la direction.

Au collège du Mans, toutes les personnes interrogées ont répondu, excepté une, qui a noté à côté « ne sait pas ». Pour les autres, tous ont noté que le collège était reconnu par la direction.

Cela signifie que si ce dernier est largement reconnu par la direction, il ne l'est pas par les équipes de soins, ni par les médecins.

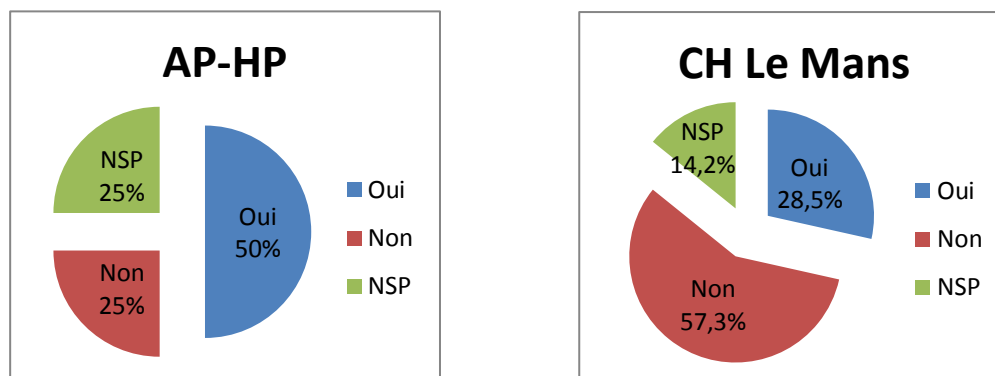
Question 10 : Pensez-vous que le « Collège cadre » est un atout dans votre positionnement face : aux équipes de soins, et/ou aux médecins, et/ou à la direction (/aucun des trois) ?

Nous l'avons vu, le positionnement des cadres aujourd'hui reste une de leur difficulté majeure. A travers cette question, nous cherchons donc à savoir si le collège cadre apporte une plus-value sur ce point.

Pour l'AP-HP, 4 personnes n'ont pas répondu à cette question (biais de questionnaire, tout comme la question précédente), et on peut penser que le collège n'est un atout pour aucun des trois acteurs cités. Parmi les réponses, tous pensent que le collège est un atout dans leur positionnement face à la direction, et une personne pense qu'il l'est également face aux équipes de soins.

Pour le CH Le Mans, tous pensent que le collège est un atout dans leur positionnement face à la direction, et parmi elles, une pense qu'il l'est également face aux équipes de soins et aux médecins.

Question 11 : Le « collègue cadre » vous a-t-il permis d'être force de proposition auprès de votre direction ? Si oui, pouvez-vous citer un exemple ?



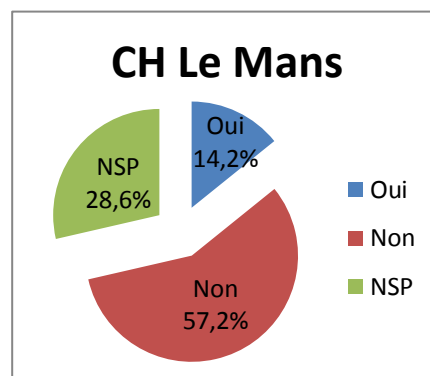
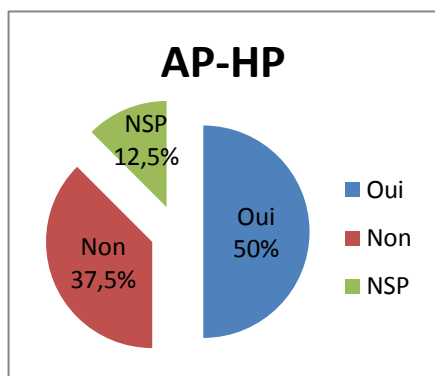
Avec cette question et la suivante, nous rentrons au cœur même de l'objectif principal du collègue cadre tel qu'il a été défini dans le rapport de Singly, à savoir inscrire l'encadrement hospitalier dans les décisions stratégiques et la politique des établissements.

Pour la moitié des membres interrogés de l'AP-HP, le collègue cadre a permis d'être force de proposition auprès de la direction. Parmi les exemples cités, cela a été le cas pour la mise en place du dossier informatisé, l'évaluation du dossier de soins, le projet de formation, la participation à des enquêtes diverses.

Pour un quart environ des personnes interrogées du CH Le Mans, le collègue a permis d'être force de proposition, notamment avec son fonctionnement où un cadre animateur est chargé de recueillir et faire remonter les remarques du groupe. L'autre exemple cité est la participation au projet d'établissement.

Au regard des objectifs fixés dans la mise en place du collègue cadre dans les deux établissements, il apparaît que cet enjeu majeur ne soit pas particulièrement atteint puisque pour 50% des membres du collègue de l'AP-HP il leur a permis d'être force de proposition (avec toutefois un bon nombre d'exemples pour lesquels il l'a été), et seulement un quart pour les personnes interrogées du collègue du Mans.

Question 12 : Votre direction consulte-t-elle le « collègue cadre » pour prendre des décisions ?



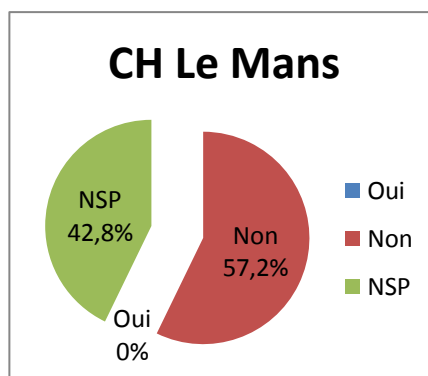
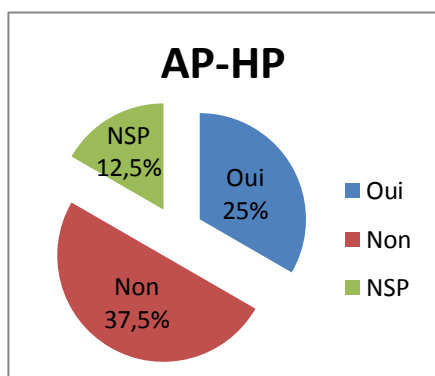
Si l'objectif de pouvoir être force de proposition auprès de la direction n'est pas forcément atteint par les collègues, est-ce que la direction le prend en compte dans ses prises de décisions ?

Pour la moitié des personnes interrogées de l'AP-HP il semblerait que oui, alors que ce n'est le cas que pour une personne du collège du Mans.

Là encore, il semblerait que si les collègues cadres ont été mis en place dans cette volonté que l'encadrement soit un acteur participant aux décisions institutionnelles, il semblerait que cela ne soit pas le cas à 100%. Ainsi, il est probable que le collège ne soit consulté que parfois.

Le fait qu'il ne soit pas représenté aux instances stratégiques officielles telles que le CTE ou la CME n'y est sans doute pas étranger.

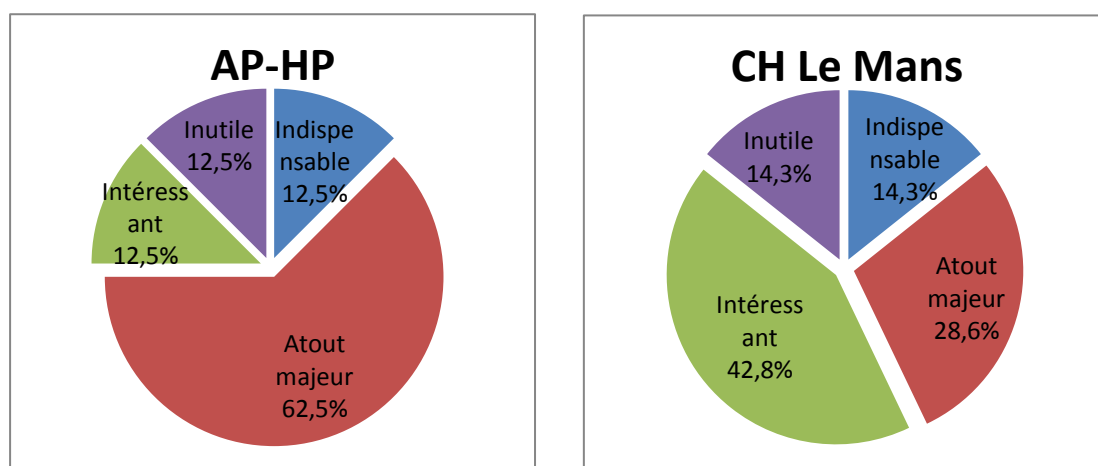
Question 13 : Pensez-vous que le « collègue cadre » rend votre institution attractive pour d'éventuels cadres postulants ?



Nous posons cette question dans l'optique de savoir si le collège cadre peut également être une plus-value certaine pour les établissements, avec l'idée qu'il serait ainsi plus attractif pour les cadres de santé.

C'est l'avis d'un quart des personnes interrogés de l'AP-HP, mais ça ne l'est pas du tout pour les membres du collège du Mans.

Question 14 : Au regard de votre expérience, diriez-vous que le Collège cadre de votre établissement est : indispensable, un atout majeur, intéressant sans plus, inutile ?



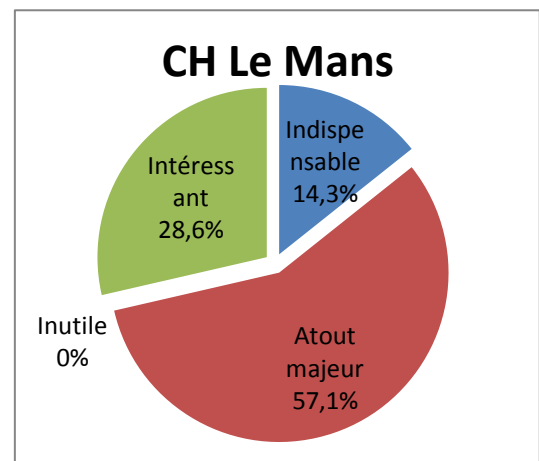
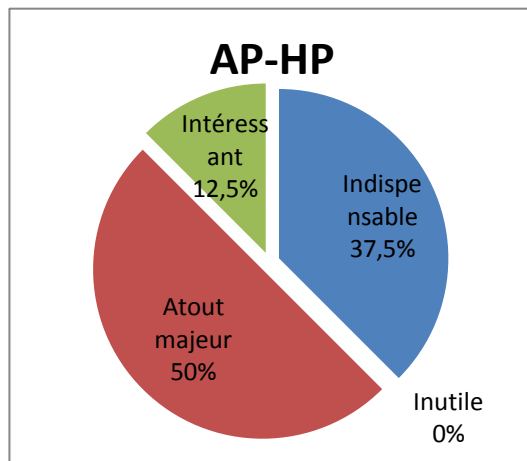
Cette question a pour but de connaître le ressenti des personnes interrogées sur l'utilité de leur collège cadre.

Ainsi, pour les membres de l'AP-HP interrogés, une personne pense que le collège est indispensable, une pense qu'il est intéressant sans plus, et la majorité pense que c'est un atout majeur. Par contre, une personne pense qu'il est inutile.

Pour les personnes du Mans interrogées, une personne pense qu'il est indispensable également, deux personnes qu'il est un atout majeur, la majorité pensant qu'il est intéressant sans plus. Là aussi, une personne pense qu'il est inutile.

Ainsi, dans leur ressenti, les membres de ces deux collèges pensent que s'il n'est pas forcément indispensable, il est pour beaucoup un atout majeur, ou tout au moins intéressant sans plus.

Question 15 : Au regard de votre expérience, diriez-vous que la mise en place d'un collège cadre dans un établissement de santé est : indispensable, un atout majeur, intéressant sans plus, inutile ?



Paradoxalement à la question précédente, les personnes interrogées pensent que la mise en place d'un collège cadre dans les établissements de santé sont indispensables (à 37 et 14%), un atout majeur pour la majorité d'entre eux, et au minimum intéressant sans plus (pour 12 et 28% d'entre eux).

Cela montre qu'au-delà de leur ressenti pour leur propre collège, ils pensent que le collège peut représenter un vrai bénéfice pour les cadres hospitaliers en général.

En extrapolant quelque peu, nous pouvons ajouter qu'il est probable (les résultats ne concordants pas totalement) que certaines personnes ne sont pas satisfaites de leur collège, qu'il ne correspond pas forcément à leurs attentes, ou qu'ils en sont déçus.

Cependant, il reste indéniable que le collège cadre apporte à l'encadrement un vrai bénéfice.

Question 16 : Quelle est votre fonction et service ?

Parmi les membres du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP ayant répondu à cette enquête, tous sont cadres de santé, excepté un orthophoniste ayant des missions transversales. Parmi les autres, trois exercent en rééducation, un en Unité d'Hospitalisation Temps Plein, un en Hôpital de jour, et un en transversal en gestion, rééducation, transport interne et externe, et sur le plateau technique. Enfin, le dernier n'a pas précisé.

Dans les membres du collège du CH Le Mans ayant répondu à l'enquête, il y a trois cadres de santé (un aux urgences adultes, un aux urgences pédiatriques et gynécologique, et un en soins intensifs cardiaque/hôpital de semaine), une infirmière détachée effectuant des fonctions d'encadrement en unité conventionnelle cardiaque, et trois cadres supérieurs

de santé (un à la direction des soins-direction des ressources humaines, un à l'information du dossier de soins, et un en neurologie- cardiologie).

Ainsi, le collège cadre est non seulement ouvert au cadres de santé et cadres supérieurs, mais aussi aux professionnels faisant fonction de cadre ou en position de management.

Question 17 : Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé (ou faisant fonction) ?

Parmi les membres du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP ayant répondu à cette enquête, le plus ancien étant cadre de santé l'est depuis plus de 15 ans, le plus jeune depuis 2 ans. Une personne n'a pas répondu à cette question.

Dans les membres du collège du CH Le Mans ayant répondu à l'enquête, les cadres supérieurs sont cadres depuis 26, 25, et 24 ans. Parmi les cadres de santé, le plus ancien est dans la fonction depuis 13 ans, le plus jeune depuis 8 mois.

Cette question avait pour objectif de mettre en regard les réponses avec l'ancienneté dans la fonction. A posteriori, elle n'a pas d'incidence sur l'exploitation des questionnaires, et n'est donc pas essentielle à l'enquête, même s'il permet d'avoir une idée de l'échantillon interrogé.

Question 18 : Depuis combien d'années êtes-vous dans l'institution ?

Parmi les membres du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP ayant répondu à cette enquête, le plus ancien dans l'institution l'est depuis 35 ans, le plus jeune depuis 3 ans.

Dans les membres du collège du CH Le Mans ayant répondu à l'enquête, le plus ancien l'est depuis 40 ans, le plus jeune depuis 4 mois.

Cette question avait pour but de se faire une idée de l'ancienneté des enquêtés dans l'institution afin de mettre en lien avec les réponses. Cependant, cette question, comme la précédente, n'a pas d'incidences sur l'exploitation des résultats et n'était à posteriori pas essentielle à l'enquête.

3.2 Les limites du travail

La principale limite à ce travail est le peu de retour de questionnaires qu'il y a eu. Cela, bien que dégagant tout de même une certaine tendance, ne permet pas vraiment une généralisation des réponses en ce qui concerne le collègue cadre. Devant ce constat, il aurait été peut-être plus intéressant de baser la recherche sur des entretiens, afin de recueillir les ressentis des professionnels sur la plus-value du collègue cadre.

Cependant, nous pouvons nous interroger quant au peu de réponses reçues, d'une part malgré les relances, et d'autre part malgré la constitution du questionnaire en format électronique (à la demande des membres du Bureau du collègue) afin de faciliter la passation, la transmission et le recueil des questionnaires. Est-ce parce que les questionnaires n'étaient pas attractifs (et peut-être maladroits selon eux ?), ou le sujet « mal vendu » (balayons avant tout devant notre porte !) ? Ou est-ce parce que les professionnels n'ont pas eu le temps de s'y pencher (sur trois mois environs), pris dans leurs tâches quotidiennes ? Ou est-ce encore par manque d'intérêt sur le sujet (auquel ils adhèrent pourtant) ?

Est-ce aussi la traduction d'un mal-être très présent chez les cadres comme nous l'avons vu ? Quoiqu'il en soit, un questionnaire nous interpelle dans le sens où ce mal-être transparait à travers les réponses : par exemple « *Si collègue cadre il y a, c'est **surement** pour une meilleure congruence... et élargir la réflexion et la confrontation constructive.* ». L'ajout de cet adverbe et la ponctuation posent question. Par ailleurs, cette même personne a coché la case « NSP » dans toutes les questions utilisant le triptyque « oui/non/ne sait pas ». De plus, cette personne pense que le collègue cadre est « inutile », et « intéressant sans plus » pour d'autres institutions. Enfin, à la question 16 sur la fonction, ce professionnel a répondu « *cadre **dit** de proximité* ». Nous pouvons supposer que cette personne n'est pas intéressée par le sujet, mais dans ce cas, pourquoi avoir répondu au questionnaire ? Il est difficile de voir ce retour autrement que comme un cri, qui fait écho à cette crise des cadres de santé, cette crise identitaire qu'ils traversent, leurs rôles et fonctions ayant été bouleversés, bousculant leurs valeurs originelles (de par leur histoire et leur formation initiale).

3.3 Synthèse

3.3.1 Une plus-value sur la pratique des cadres de santé...

Il se dégage très clairement de l'enquête que les cadres interrogés ressentent une vraie plus-value du collège cadre en matière d'information et de communication. Il est aussi un facteur favorisant la constitution d'un réseau de partenaires, et le développement de la coopération entre cadres.

En ce sens, il contribue largement à ce que les cadres entretiennent ce travail de lien si essentiel à leur fonction, pour faire référence à Paule Bourret. Il leur permet également de remplir leur rôle d'agent de liaison décrit par Mintzberg, ainsi que tous les rôles liés à l'information.

Par ailleurs, le collège cadre permet aux cadres de développer la réflexion sur leurs pratiques, et dans une certaine mesure, d'harmoniser ces dernières (ce qui est plus vrai pour les membres du collège de l'AP-HP. De ce point de vue, il est un facteur facilitant le travail des cadres, car « *La collaboration entre cadres, lorsqu'elle est favorisée et instituée, permet une réflexion commune dans un souci de cohérence pour faciliter le travail de chacun.* »¹²⁸

Cependant, le collège cadre n'a qu'un impact marginal sur leur management auprès des équipes et sur la conduite et mise en place de projets, ainsi que dans le développement d'une cohérence managériale. Cependant il facilite largement leur fonction de coordination.

Néanmoins, en ce qui concerne l'impact de l'encadrement sur les organisations, le collège n'apporte pas grand-chose dans l'organisation des soins ou des pôles, mais dans une certaine mesure serait un facteur améliorant l'organisation managériale de l'institution en général, et serait un élément facilitant le décroisement des services.

Enfin, sur la question de la mutualisation des ressources en général, les résultats sont plus tranchés entre les deux collèges, mais on peut dire de façon générale que le collège cadre apporte une certaine plus-value. Cependant, il n'apporte pas de bénéfice dans la gestion du parcours du patient, et peu dans la gestion des ressources humaines.

¹²⁸ LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.

3.3.2 ...favorisant la construction d'une identité professionnelle...

D'après les résultats, les collègues cadre permettent nettement l'amélioration des relations entre cadres d'une part, et avec la direction d'autre part. Cependant, ils n'ont aucun impact sur les relations avec les équipes de soins ou le corps médical.

En matière de reconnaissance, il est clairement reconnu par la direction, mais nullement par les équipes de soins ni le corps médical encore une fois. De plus, il est un atout certain dans le positionnement de l'encadrement face à la direction, mais toujours pas face aux médecins ni aux équipes. Enfin, il contribue fortement à développer un sentiment d'appartenance à la fois à une équipe cadre, et à l'institution, et facilite la coopération.

Ce sentiment d'appartenance à une équipe et cette coopération sont à même d'aider les cadres à résoudre leurs problèmes communs, mais est importante aussi dans la cohésion du groupe qu'ils constituent. En effet, *« les cadres ont de nombreuses préoccupations communes et sont souvent confrontés à des problèmes analogues. Ce partage d'orientations généralistes constitue un socle important, non seulement pour la coopération entre cadres et autres personnels, mais aussi pour la cohésion du groupe cadres (et donc in fine pour la constitution d'une identité professionnelle). »*¹²⁹

Ainsi, si la relation au travail avec ses pairs et avec la hiérarchie, associée à une certaine forme de reconnaissance et un sentiment d'appartenance (à la fois au modèle identitaire et à la structure), sont des bases essentielles à la construction de l'identité professionnelle, nous pouvons en déduire que le collège cadre participe à cette reconstruction identitaire. C'est par ces interactions au sein du groupe, mais aussi en dehors du groupe cadre, représenté par lui aux yeux de tous et auquel ils se sentent appartenir, que les cadres de santé pourront retrouver une identité qui leur est propre. En effet, *« [L'identité professionnelle] se fonde traditionnellement sur l'unité, la cohérence du groupe et l'appartenance à celui-ci, le partage, la coordination, l'échange, le tutorat entre pairs, l'interdépendance consentie, où chacun apporte sa contribution. »*¹³⁰

3.3.3 ...Mais pas forcément leurs pouvoirs.

En effet, le collège trouve cependant sa limite en ce qu'il n'a aucun impact sur les équipes de soins ou le corps médical. De fait, le pouvoir des cadres sur ces acteurs

¹²⁹ DE SINGLY Chantal. : **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers**, Paris, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 1, 11 Septembre 2009, p. 37

¹³⁰ BAILLY Isabelle : **Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière-**
in Soins Cadres n°71- Août 2009- p20 à 22

stratégiques n'en sont spécialement pas changés. Ainsi, s'ils conservent le même pouvoir dû à leur place de marginal sécant, ils restent pris en étau par les différents acteurs, ce qui limite leur pouvoir de décision. En effet, « *Les cadres de santé sont des encadrants, qui organisent le travail des personnels soignants, hiérarchiquement « en dessous », mais encadrés à leur tour par des médecins et d'autres cadres hiérarchiquement « au-dessus ». La sphère de décision des cadres se situerait donc dans cet entre-deux, ce que j'appelle le « marteau et l'enclume » car la pression sur leur travail vient aussi bien d'en haut que d'en bas.* »¹³¹

De plus, le collège cadre permet d'inscrire l'encadrement dans les décisions institutionnelles pour lesquelles il est parfois consulté par la direction, et ainsi être dans une certaine mesure force de proposition auprès d'elle, bien que cela ne soit pas flagrant. Cependant, cela leur a permis de participer à un certain nombre de projets et d'émettre leurs avis, ce qui est un véritable bénéfice.

Néanmoins, au regard des objectifs de ces collèges tels qu'ils ont été décrit par les personnes interrogées, et des réponses aux questions 11 et 12, on ne peut pas dire qu'ils aient acquis du pouvoir en tant que tel sur les décisions institutionnelles. Il semblerait que leurs avis restent consultatifs, et leur propositions...Des propositions, acceptées ou non, même si cela leur donne incontestablement plus de poids.

Ainsi, tant que le collège cadre ne sera pas formalisé comme le rapport de Singly le recommande, c'est-à-dire en l'inscrivant officiellement dans des instances stratégiques (comme le CTE ou la CME), il restera une instance permettant certes un certain nombre de choses, mais pas d'impacter les décisions institutionnelles à proprement parler.

3.3.4 Le collège cadre, indispensable ?

D'après les résultats et dans une moindre mesure, le collège cadre améliore la satisfaction au travail et diminue les tensions, mais cela reste très minoritaire. Par contre, il n'est pas particulièrement un facteur rendant l'institution plus attractive pour les cadres en recherche de poste, mais il peut apporter un vrai bénéfice dans l'accompagnement de nouveaux cadres et des « faisant fonction » comme c'est le cas à l'AP-HP (ou pas du tout comme c'est le cas au CH du Mans).

¹³¹ MISPELBLOM BEYER Frederik : *Les décisions invisibles du management de proximité- in Soins Cadres n°76- novembre 2010, p 27 à 30.*

En fait tout dépend des objectifs et des missions de ces collèges, qui pour l'heure restent des expériences propres à chaque établissement où il est mis en place.

Cependant, les cadres interrogés pensent de façon générale que le collège cadre est un atout intéressant pour eux, et est un atout majeur, voire indispensable à mettre en place dans les établissements de santé.

3.4 Pour résumer

Le collège cadre, d'après ces deux photographies, apporte un grand nombre de bénéfices sur la pratique des cadres, que ce soit dans le domaine de l'information et de la communication, ou dans celui de la coordination ou de la réflexion sur les pratiques.

Mais par ailleurs, si « *l'expérience du CH du Mans fait sans doute partie des initiatives les plus abouties, [...] (dont) l'enjeu est de permettre aux cadres de participer aux processus de décision puisque le bureau de l'encadrement est amené à donner son avis sur les différents projets de l'hôpital* »¹³², on peut dire suite à ce travail et d'après les résultats que ce n'est pas dans ce domaine que le collège cadre trouve sa vraie force. Son véritable intérêt réside en effet bien plus dans le fait de participer à la construction de l'identité professionnelle des cadres à travers un certain nombre de facteurs constitutifs de son élaboration.

De fait et en ce sens, le collège cadre devient un atout indispensable permettant d'une certaine manière de faire face au mal-être des cadres de santé.

¹³² MARASCHIN Joëlle : **Cadres : sortir de l'ombre le travail réel**, in *Objectif soins* n°205, Avril 2012, p25-27

Conclusion

Partant, d'un vécu de faisant fonction de cadre, d'une formation sur la cohérence managériale, et sur de multiples questionnements, notre cheminement nous a conduits à nous interroger sur le collègue cadre, instance dont nous n'avions jamais eu connaissance jusqu'alors.

Cela nous a amené à comprendre certains concepts comme la construction de l'identité. A posteriori, cela paraît cohérent puisque d'infirmier nous sommes passés à faisant fonction de cadre de santé, et que de faisant fonction nous nous apprêtons à passer à cadre de santé. Cela a donc amené un certain nombre de bouleversements identitaires. Et en y réfléchissant, il n'est pas impossible, et même plutôt probable, que ce travail de recherche fasse écho à notre propre recherche identitaire.

A travers le choix du thème et la démarche pour le cerner, ce travail nous a donc d'une certaine façon permis de dresser un tableau de l'identité, de la place, des fonctions, et des vécus des cadres de santé aujourd'hui. En bref, de dresser un bilan de la profession que nous allons investir, mais aussi des « rêves » que nous y associons.

Car en ce qui concerne le collègue cadre, c'est bien de cela qu'il s'agit.

D'une idée de départ assez idéalisée sur cette instance, que nous imaginions presque comme idyllique, avec un espace cadre dédié aux cadres, permettant de se faire entendre, de s'entraider et de se soutenir, d'échanger, de se transmettre les informations, d'être inclus dans les décisions institutionnelles, etc., nous sommes arrivés par le biais de ce travail à la conclusion que le collègue n'était peut-être pas si idyllique que ça. En tout cas, pas suffisamment pour prendre le dessus sur la crise que traverse les cadres actuellement, comme en témoigne le nombre de réponses retournées.

Cependant, il fait partie des facteurs qui peuvent fortement y contribuer. En effet, il apporte un certain nombre de plus-values aux cadres sur de multiples points comme nous avons pu le constater, et même le peu de bénéfice qu'il permet est toujours une avancée dans l'amélioration du travail et des conditions du cadre à ce jour. Ainsi, il ne manque plus qu'une chose : qu'il soit institutionnalisé légalement par des textes de lois. Jusqu'alors, le collègue cadre restera une expérience unique et locale. Pour ce faire, il serait bon que le rapport de Chantal de Singly, qui est la clé vers l'amélioration et la reconnaissance du travail des cadres de santé, ou en tout cas qui en est une base solide, ne reste pas lettre morte. Mais cela n'est-il pas un autre combat ?

Bibliographie

Ouvrages :

- BOUDON Raymond, BESNARD Philippe, CHERKAOUI Mohamed, LECUYER Bernard-Pierre : **Dictionnaire de sociologie**, Paris : Larousse-Bordas, 1999, 279 p.
- BOURRET Paule : **Les Cadres de Santé à 'Hôpital- Un Travail de Lien Invisible**, Paris : Editions Seli Arslan, 2006, 284 pages.
- CROZIER M. & FRIEDBERG E. **L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective**, Paris : Seuil, 1977, 437 p. ; rééd. 1992, 500 p.
- EGGERS Jérôme : **Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique**- in Sainsaulieu Ivan (dir.), Picot Geneviève, Vega Anne- *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*.- Rueil-Malmaison : Lamarre, 2008 (Coll. Fonction de cadre de santé), p. 1- 45
- GONNET Françoise : **L'hôpital en question(s)**- Paris, Editions Lamarre, 1992, 355 p.
- MAISONNEUVE Jean : **La dynamique des groupes**, 16^{ème} éd., Paris : PUF, 2011, 127 p.
- MINTZBERG Henry : **Le management : voyage au centre des organisations** – Paris : Editions d'Organisation, 2ème édition, 2004, 576 p.
- MINTZBERG Henry : **Structure et dynamique des organisations** – Paris : Editions d'organisation, 1982, 440 p.
- MINTZBERG Henry- **Le manager au quotidien : Les 10 rôles du cadre**- Paris : Eyrolles, 2011, Pages 65 à 104
- MISPELBLOM BEYER F. : **Encadrer : un métier impossible**- Paris : Armand Colin, 2006, 298p.
- PIOTET Françoise., SAINSAULIEU Renaud. : **Méthodes pour une sociologie de l'entreprise**, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1994, 377 p.
- SAINSAULIEU Renaud : **L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation**, Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 3^{ème} édition 1988, 1^{ère} 1977, 480 p.
- SAINSAULIEU Ivan : **L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalités**- Paris : Belin, 2007, 267 p.
- SAINSAULIEU Ivan : **La communauté de soins en question, le travail hospitalier face aux enjeux de la société**- Collection cadre de santé, Rueil-Malmaison : Lamarre, 2006, 267 p.

- SAINSAULIEU Ivan (2008) : **Le cadre animateur, figure fragile d'une conciliation légitime**, in Sainsaulieu Ivan (dir.), Picot Geneviève, Vega Anne- *Les cadres hospitaliers : représentations et pratiques*.- Rueil-Malmaison : Lamarre, (Coll. Fonction de cadre de santé) p. 46- 86

Documents et revues :

- BAILLY Isabelle : **Les pôles d'activité au service de la reconstruction identitaire infirmière**- in Soins Cadres n°71- Août 2009- p20 à 22
- DE SINGLY Chantal. : **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers**, Paris, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 1, 11 Septembre 2009, 125 p.
- DE SINGLY Chantal. : **Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers**, Paris, Ministère de la Santé et des Sports, Tome 2, 11 Septembre 2009, 125 p.
- GUERDER M., GUILLAUME B., KENDEK R. : **Les cadres, réels partenaires du changement. Du projet d'encadrement à la mise en place d'un collège cadre au CHU- Hôpitaux de Rouen**. Gestion hospitalière, décembre 2006, p 744 à 745.
- LODE Séverine : **La collaboration entre cadres, utopie ou réalité ?**- in Soins Cadres, supplément au n°75, Août 2010, p. S19 à S21.
- MARASCHIN Joëlle : **Cadres : sortir de l'ombre le travail réel**, in Objectif soins n°205, Avril 2012, p25-27
- MISPELBLOM BEYER Frederik : **Les décisions invisibles du management de proximité**- in Soins Cadres n°76- novembre 2010, p 27 à 30.

Cours :

- BACHELET Rémi, maître de conférences, Ecole Centrale de Lille : **L'analyse stratégique des projets**. <http://rb.ec-lille.fr/1/Socio_orgas/cours-socio_Analyse_strategique.html> [consulté le 28/02/2012]
- DUMOND JP, maître de conférences, Master 1 Management & Santé, Université Paris-Est, UE 3.1, 2011-2012 : **La spécificité des organisations de santé ?**
- DUMOND JP, maître de conférences, Master 1 Management & Santé, Université Paris Est, UE 3.1, 2011-2012 : **Analyse « stratégique »**.
- LEDESMA Enrique, cadre formateur, IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, Paris, DCS Mod. 4, Master 1 Santé & Management, Université Paris Est, ECUE 5.5 : Analyse et développement des pratiques d'encadrement, nov. 2011 : **La dynamique des groupes restreints**.
- LEDESMA Enrique, cadre formateur, IFCS Ecole Supérieure de Montsouris, Paris, DCS Mod. 4, Master 1 Santé & Management, Université Paris Est, ECUE 5.5 : Analyse et développement des pratiques d'encadrement, sept 2011 : **Initiation au management**.

Webographie :

- FRAISSE-D'OLIMPIO Stéphanie : **Essai de précision d'un concept paradoxal**, mars 2008, site des sciences économiques et sociales <<http://ses.ens-lyon.fr/essai-de-precision-d-un-concept-paradoxal-39777.kjsp>> [consulté le 14/01/2012]
- TATARA Natacha : **Le concept d'identité professionnelle chez Claude Dubar**, janvier 2011, Site sciences humaines@suite101, article disponible sur <<http://natacha-tatara.suite101.fr/le-concept-didentite-professionnelle-chez-claude-dubar-a24030>> [consulté le 1^{er} avril 2012]
- ALLEMAND Sylvain : **Identités professionnelles : le temps du bricolage- Rencontre avec Claude Dubar**, Sciences humaines, n° 114, mars 2011- disponible sur le site <http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_dossier_web=57&id_article=1194> [consulté le 29 mars 2012]
- ALTER Norbert, LAVILLE Jean-Louis : **La construction des identités au travail**, Sciences humaines magazine, n° 149, Mai 2004.- disponible sur le site <http://www.scienceshumaines.com/la-construction-des-identites-au-travail-norbert-alter-jean-louis-laville_fr_4063.html> [consulté le 30 mars 2012]
- PETITJEAN Nadia : **Claude Dubar- La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles**, Fiche de lecture du Centre Nationale des Arts et Métiers, 29 p. <<http://www.lereservoir.eu/MALLE%20DU%20PROF/BIBLIOTHEQUE/SOCIOLOGIE/DUBAR%20IDENTITES%20SOCIALES%20PROFESSIONNELLES.pdf>> [consulté le 1^{er} avril 2012].
- DROT-DELANGE Béatrice : **Une hypothèse : l'identité professionnelle**, dans « *Internet, outil d'identité professionnelle des enseignants ?* » Exposé présenté au séminaire 2000- 2001 des Technologies de l'information et de la communication et éducation, IUFM de Rennes. Disponible sur <<http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm>> [consulté le 15/04/2012]
- DESBROSSES Stéphane : **Notion de groupe : origine du concept**- Cours de psychologie sociale- Dijon, 20 décembre 2007, disponible sur <<http://www.psychoweb.fr/articles/psychologie-sociale/132-notion-de-groupe-origine-du-concept.html>> [consulté le 3/04/2012]
- PIROTON Gérard : **Les organisations vues par Henry Mintzberg, présentation schématique**, 2011, 14 p. <<http://www.users.skynet.be/gerard.piroton/Textes-site-DW08/Autour-Mintzberg-GP-ligne.pdf>> [consulté le 01/11/2011]
- **L'organisation interne de l'hôpital**. Disponible sur le site « Hôpital.fr », <<http://www.hopital.fr/Hopitaux/L-Hopital-comment-ca-marche/Le-fonctionnement-de-l-hopital/L-organisation-interne-de-l-hopital>> [consulté le 9/04/2012]
- VICHARD Philippe : **La loi hospitalière du 21 décembre 1941**, Histoire des Sciences Médicales - tome XLI - N° 1 – 2007, p. 61 à 70. Disponible sur le site <<http://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx2007x041x001/HSMx2007x041x01x0061.pdf>> [consulté le 2 avril 2012]

- NOBRE Thierry : **L'hôpital : le modèle de la bureaucratie professionnelle revisitée à partir de l'analyse du coût des dysfonctionnements**, 1999, 18 pages <http://hal.inria.fr/docs/00/58/78/13/PDF/psa620_nobre.pdf> [consulté le 8 février 2012].
- **L'organisation hospitalière**, février 2011, disponible sur le site de la Revue Hospitalière <<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/L-ORGANISATION-HOSPITALIERE>> [consulté le 21 février 2012]
- Henri Fayol <http://fr.wikipedia.org/wiki/Henri_Fayol> [consulté le 27/10/2011].
- CHAUVANCY Marie-Claire : **Cadres de santé : une crise identitaire**- décembre 2008, 10 pages. Article disponible sur le site carnets de santé <http://www.carnetsdesante.fr/IMG/pdf_Cadres_de_sante_.pdf> [consulté le 16 décembre 2012]
- CEFIEC : **Référentiel Métier des cadres de santé**, 23 pages. Disponible sur <http://www.cefiec.fr/wa_files/R_C3_A9f_C3_A9rentiel_20de_20comp_C3_A9tences_20des_20cadres_20de_20sant_C3_A9_20vers_209.pdf> [consulté le 19/11/2011]

Textes législatifs :

- Loi n° 46-2294 du 19 octobre 1946 relative au statut général des fonctionnaires.
- Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.
- Décret du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé
- Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.
- Décret no 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.
- Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation.
- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

Annexes

- **Annexe 1** : Fiche métier du cadre de santé responsable d'unité de soins
- **Annexe 2** : Fiche métier du cadre gestionnaire de pôle
- **Annexe 3** : Extrait du Rapport de Singly
- **Annexe 4** : Compte-rendu d'entretien avec J-Y Masquelier
- **Annexe 5** : Questionnaire d'enquête sur le collège cadre
- **Annexe 6** : Plaquette de présentation du collège des cadres de rééducation de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris

Annexe 1 : Fiche métier du cadre responsable d'unité de soins

Famille : Soins

Sous-famille : Management des soins

Code métier : 05U20 Code Rome : 22122 Code FPT : 06D25

Cadre responsable d'unité de soins

➤ **DEFINITION :**

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, medico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

➤ **AUTRES APPELLATIONS**

COURANTES : Cadre de sante
Surveillant

➤ **LES ACTIVITES DU METIER:**

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

➤ **SPECIFICITES DANS LE METIER:**

➤ **LES SAVOIR-FAIRE REQUIS DU METIER:**

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Etablir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Evaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

➤ CONNAISSANCES ASSOCIEES :

Soins	Connaissances approfondies	
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies	14254
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies	
Communication et relation d'aide	Connaissances approfondies	44021
Management	Connaissances détaillées	
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées	32025
Organisation du travail	Connaissances détaillées	42887
Droit des patients	Connaissances détaillées	43415
Animation d'équipe	Connaissances détaillées	
Evaluation de la charge de travail	Connaissances détaillées	32012

➤ RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
 médecins pour la gestion journalière de l'unité
 autres services de soins, medico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
 partenaires de sante extra hospitaliers pour la continuité des prestations
 fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
 service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
 instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
 responsables du pole et autres cadre du pole pour l'élaboration et le suivi des projets du pole

➤ ETUDES PREPARANT AU METIER ET DIPLOME(S) :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de sante
 Diplôme de cadre de santé

➤ PREREQUIS INDISPENSABLES POUR EXERCER LE METIER :

Exercice professionnel de 4 ans



CORRESPONDANCES STATUTAIRES EVENTUELLES :

Cadre de sante

➤ PROXIMITE DE METIER: PASSERELLES COURTES :

Directeur des soins,
 cadre supérieur de sante,
 cadre de sante de pole

➤ **PROXIMITE DE METIER: PASSERELLES LONGUES:**

➤ **TENDANCES D'EVOLUTION DU METIER: LES FACTEURS CLES A MOYEN TERME :**

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires, évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences, évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques

➤ **CONSEQUENCES MAJEURES SUR L'EVOLUTION DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES :**

Développement de la traçabilité

Réalisation de protocoles, de procédures

Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

Annexe 2 : Fiche métier du cadre gestionnaire de pôle

Fiches métier de la Fonction Publique Hospitalière

Famille : Management, gestion et aide à la décision

Sous-famille : Gestion et administration

Code métier : 45S50 **Code Rome** : 0 **Code FPT** :

Cadre gestionnaire de pôle

➤ **DEFINITION :**

Organiser, coordonner et encadrer les moyens d'un pôle

➤ **AUTRES APPELLATIONS COURANTES :**

Cadre administratif de pôle
CAP

➤ **LES ACTIVITES DU METIER :**

- Organisation et suivi opérationnel des activités / projets, coordination avec les interlocuteurs internes et externes
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Conseil aux décideurs (Directions, ligne hiérarchique) concernant les choix, les projets, les activités du domaine d'activité
- Élaboration et déploiement des programmes de formation, en relation avec l'équipe pédagogique
- Conception et réalisation d'outils et / ou de méthodes spécifiques au domaine d'activité
- Élaboration, mise en place et suivi du plan emploi
- Établissement / actualisation et mise en oeuvre de procédures, protocoles, consignes, spécifiques à son domaine
- Contrôle, suivi et bilan des actions réalisées, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Veille spécifique à son domaine d'activité

➤ **SPECIFICITES DANS LE METIER :**

➤ **LES SAVOIR-FAIRE REQUIS DU METIER :**

- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Auditer l'état général d'une situation, d'un système, d'une organisation dans son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Concevoir et bâtir un plan emploi / ressources humaines
- Définir, allouer et optimiser les ressources au regard des priorités, des contraintes et variations externes / internes
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Identifier, analyser, prioriser et synthétiser les informations relevant de son domaine d'activité professionnel
- Traduire la stratégie en orientations, en plans d'actions et en moyens de réalisation
- Argumenter, influencer et convaincre un ou plusieurs interlocuteurs, dans son domaine de compétence

Cadre gestionnaire de pôle

Fiches métier de la Fonction Publique Hospitalière

➤ CONNAISSANCES ASSOCIEES :

Gestion administrative, économique et financière	Connaissances approfondies	
Gestion des ressources humaines	Connaissances approfondies	33054
Contrôle de gestion	Connaissances détaillées	32652
Droit de la fonction publique	Connaissances détaillées	13041
Droit hospitalier	Connaissances détaillées	43415
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées	32025
Méthodes d'évaluation médico-économique	Connaissances générales	
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances générales	

➤ RELATIONS PROFESSIONNELLES LES PLUS FREQUENTES :

Chef de pôle et cadre soignant de pôle pour la coordination et la gestion du pôle
 Directions fonctionnelles pour les échanges concernant les objectifs, moyens et réalisations (dans les domaines financiers et contrôle de gestion, RH, SI, services généraux, Qualité, etc.)

Encadrement du pôle pour adapter les procédures, les fonctionnements

➤ ETUDES PREPARANT AU METIER ET DIPLOME(S) :

BAC plus 3/5 dans le domaine gestion-management

➤ PREREQUIS INDISPENSABLES POUR EXERCER LE METIER :

➤ CORRESPONDANCES STATUTAIRES EVENTUELLES :

Attaché d'administration hospitalière

➤ PROXIMITE DE METIER : PASSERELLES COURTES :

Responsable de gestion administrative
 Contrôleur de gestion

➤ PROXIMITE DE METIER : PASSERELLES LONGUES :

Chef d'établissement

➤ TENDANCES D'EVOLUTION DU METIER : LES FACTEURS CLES A MOYEN TERME :

➤ CONSEQUENCES MAJEURES SUR L'EVOLUTION DES ACTIVITES ET DES COMPETENCES :

Cadre gestionnaire de pôle

Annexe 3 : Extrait du Rapport de Singly

En externe la question du management fait partie de l'évaluation des chefs d'établissement. La mission souligne que les directeurs d'ARS et du CNG devront, dans le cadre de leurs responsabilités en matière d'évaluation des chefs d'établissement, se donner la possibilité de s'assurer que l'hôpital s'est fixé des objectifs de la politique managériale et qu'ils sont mis en œuvre.

III. 2 Organiser un réel positionnement institutionnel de l'encadrement

Donner des champs de décision clairs aux cadres et les associer à la réflexion stratégique, tels sont les axes forts que doit garantir une politique managériale qui leur reconnaît une place réelle dans les processus de décision. Mais le positionnement des cadres dans l'établissement implique aussi leur représentation institutionnelle. Les cadres hospitaliers et leurs représentants sont ainsi nombreux à réclamer un positionnement institutionnel clair de leur fonction au sein des établissements ; comme l'exprime l'un d'eux sur le forum internet « *Il s'agit de réfléchir à une réelle "démocratie d'élaboration" au sein des établissements.* ».

Sur cette question très discutée qui reçoit des réponses multiples, la mission a longuement débattu. Elle considère que la solution esquissée dans l'ordonnance de mai 2005 - à savoir la réunion de la CME et du CTE dans une seule instance incluant un collège cadre³⁵ - serait la plus appropriée : elle garantit une représentation institutionnelle des cadres sans créer une instance supplémentaire et elle fait le lien entre le médical et le non médical. Mais quatre années après, force est de constater que les hôpitaux ne sont pas prêts et rien ne laisse penser qu'ils le seront à court terme. Il restait une alternative : la création d'un collège cadre en tant que tel, ou l'intégration d'un collège cadre dans le CTE. C'est la deuxième formule que la mission préconise, en recommandant que cette représentation des cadres au CTE se fonde sur une dynamique locale facilitée par la création d'espace-cadre.

III.2.1. Favoriser la création d'un espace cadre dans chaque établissement

Des groupes de réflexion et d'échanges entre cadres se sont mis en place dans les hôpitaux, sur l'initiative des cadres, le plus souvent soignants, ou sur celle des directions hospitalières. La mission a étudié un panel de ces groupes³⁶. Leur appellation varie : collège de

³⁵ Extrait de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé : Art. L. 6144-6-1. - Le conseil d'administration peut décider, après avis conforme de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement, de constituer à titre expérimental, pour une durée de quatre ans, un comité d'établissement se substituant à ces deux instances pour donner un avis sur les projets de délibération mentionnés à l'article L. 6143-1. Le comité d'établissement est composé à parité de représentants désignés par la commission médicale d'établissement, d'une part, de représentants désignés par le comité technique d'établissement proportionnellement au nombre de sièges détenus dans cette instance par les organisations syndicales et d'un collège des cadres, d'autre part. Le directeur préside le comité d'établissement.

³⁶ Elle s'est appuyée sur des informations communiquées en région, sur une étude conduite par Pascal Forcioli, Directeur ARH Picardie, quand il dirigeait l'hôpital Simone Veil à Eaubonne-Montmorency, et sur une analyse spécifique.

l'encadrement, comité de l'encadrement, collège du management, commission des cadres de l'établissement, comité de concertation cadre, conseil des cadres. Ce sont des lieux d'échange et de partage d'information, de soutien entre cadres qui contribuent à créer une culture et des références communes. Y sont invités, en permanence ou ponctuellement, des médecins, des directeurs. Leur organisation n'est pas toujours formalisée, mais néanmoins certains hôpitaux ont fixé un mode de désignation, le rythme de réunion et certains directeurs ont précisé avec les cadres les missions de ces comités. Ainsi les comités cadres sont consultés sur certains thèmes tels que la formation continue des cadres, la permanence de l'encadrement, le référentiel métier cadre, la communication et la diffusion de l'information ; certains comités cadres sont consultés sur les projets de développement et sont associés à l'élaboration d'un projet managérial quand il existe. Ces comités peuvent être amenés à désigner des cadres pour rejoindre des groupes de travail transversaux. Sous réserve d'une implication réelle du directeur, ces comités semblent répondre à l'attente d'une meilleure association des cadres à la vie institutionnelle. Mais la mission a perçu de fortes réticences à systématiser des comités de cadres qui deviendraient une instance supplémentaire à animer ; elle observe aussi que ces comités ne répondent pas toujours au besoin de décloisonnement entre les différents mondes de l'hôpital. Elle ne propose donc pas de les rendre obligatoires mais elle en recommande fortement la création, en laissant à chaque établissement, en fonction de sa taille, en fonction de ses projets, le soin de déterminer son espace cadre.

III.2.2 Créer un collège cadre au sein du CTE en relation avec la CME

Parallèlement à la constitution d'un espace plus ou moins formalisé d'échanges entre cadres, il est proposé par la mission de renforcer le positionnement institutionnel formel de l'encadrement au sein de chaque établissement. La mission estime nécessaire, à ce titre, la création d'un collège cadre au sein du Comité Technique d'Etablissement de chaque centre hospitalier.

En effet les expériences de Comité de concertation cadres sont jugées intéressantes mais trop fragiles et dépendantes de la motivation des acteurs locaux: *« Il faut un collège cadre officiel, avec un droit de vote dans les instances », « Chaque expérience s'est achevée en désillusions... Car, informels ou formels, quel poids réel ont ces instances "consultatives"? Aucune incidence sur les votes ou décisions stratégiques. Aucune légitimité légale. Forts de ces expériences, nous avons présenté des listes et avons des élus suite aux élections professionnelles. Selon moi, c'est cette option qui est la meilleure, au niveau local, régional et national. Encore plus avec un nécessaire collège cadre ».*

Membres du personnel non médical, les cadres sont à même d'apporter un éclairage particulier sur des questions comme le projet d'établissement, l'organisation interne de l'établissement, l'organisation du travail, la politique générale de formation du personnel (pour eux-mêmes et pour les personnels qu'ils encadrent). Dans le contexte actuel, des cadres peuvent siéger au CTE comme représentants de la catégorie A. Mais à terme, avec une catégorie A composée très majoritairement de non-cadres du fait du passage des paramédicaux en catégorie A, les cadres pourraient être totalement absents des CTE. La mission considère que les cadres

ont toute légitimité à être représentés en tant que tels. Dès lors que l'on crée un collège spécifique pour les cadres au sein du CTE, ses représentants seront, comme ceux des collèges déjà existants, élus par les personnels de l'établissement et bénéficieront de ce fait, d'une légitimité pour les représenter.

En outre la mission considère que les représentants élus des cadres au CTE devraient être des invités permanents à la CME. C'est une manière de les associer plus étroitement encore au débat institutionnel de l'établissement. Les cadres contribueraient ainsi à côté du représentant du CTE à la CME à renforcer l'articulation entre les deux instances. Cela serait peut être une étape vers la réunion des deux instances dans un comité d'établissement.

Enfin les membres du collège cadre du CTE devraient s'appuyer sur la dynamique locale de l'encadrement de l'hôpital. Ou bien il existe un espace cadre et ils devraient en faire partie et veiller à préparer dans cet espace l'expression de l'avis des cadres au CTE. Ou bien il n'existe pas d'espace cadre et il leur appartient de réunir les cadres pour débattre.

III.3 Renforcer la reconnaissance statutaire et financière des cadres

III.3.1 Des carrières peu attractives et des responsabilités mal valorisées

III.3.1.a Des adaptations statutaires indispensables

Un statut doit s'adapter au contexte institutionnel et non l'inverse.

Créé en 1986³⁷, le statut général des personnels de la fonction publique hospitalière s'inscrit dans le cadre de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires³⁸, cette dernière s'inspirant de la philosophie du statut général de 1946. Les hôpitaux et leurs personnels connaissent des contraintes particulières liées à leurs missions spécifiques : accueil de personnes fragiles ou vulnérables, fonction soin, ouverture 24h sur 24 toute l'année, etc. Ces fortes spécificités ont, de tout temps, justifié non seulement la construction d'un statut général propre mais aussi la reconnaissance de dispositions particulières en matière de rémunération, d'organisation des carrières et d'environnement statutaire en comparaison avec les règles applicables aux agents relevant des deux autres fonctions publiques. En ce sens, le statut s'est adapté aux exigences de l'organisation des soins en établissement hospitalier public. C'est dans le même esprit que certains statuts particuliers doivent aujourd'hui être aménagés. A défaut, ils

³⁷ Un statut national des personnels hospitaliers apparaît en 1955, remplacé par les dispositions du livre IX du code de la santé publique, elles-mêmes abrogées par la loi du 9 janvier 1986.

³⁸ La loi du 13 juillet 1983 constitue le titre 1^{er} du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, le statut général des fonctionnaires de l'Etat (1984) en constitue le titre II, celui des fonctionnaires territoriaux (1984), le titre III et celui des fonctionnaires hospitaliers le titre IV.

Annexe 4 : Compte-rendu d'entretien avec J-Y Masquelier

Compte-rendu entretien avec Jean-Yves Masquelier, Cadre supérieur de santé et Cadre de pôle sur l'établissement de St Anne (Paris 14).

Date : 16 janvier 2012 : 8h30

Sujet : le collège cadre.

Entretien libre, non directif.

→ Que pouvez-vous me dire du collège cadre ?

« Il n'y a pas de littérature sur le collège cadre car celui-ci n'est pas une instance officielle légale.

A St Anne, il n'y a pas d'expérience de collège cadre mais une tentative d'élaboration de celui-ci.

Il s'agissait d'un besoin des cadres au moment de la discussion sur toute la gouvernance.

Mais il y a eu opposition de la Direction des soins quant à ce projet. Elle se positionne comme directeur et voit d'un « mauvais œil » cette instance, donc n'a pas voulu donner son aval pour la création d'un collège cadre.

Elle le vit comme la mise en place éventuelle d'un contre-pouvoir. L'argument de la direction était que les cadres de santé étaient déjà représentés par elle.

Par ailleurs, la direction pensait que cette instance ne serait pas représentative du personnel encadrant, et ne pourrait donc pas la reconnaître en tant que telle.

De plus, il y a eu aussi une opposition de la part des syndicats, qui y voient une instance qui leur échappe, et pour laquelle ils perdraient des voix éventuelles.

A St Anne, la position de la direction des soins est en tant que directeur, et de fait, elle est peu à l'écoute des cadres.

La volonté de créer un collège cadre est née après la mise en place des pôles et de la nouvelle gouvernance. L'idée était d'être force de proposition et porter les informations auprès de la direction des soins, avoir un poids sur les décisions, proposer des thématiques et être capable de porter des souhaits auprès de la direction.

L'autre idée était de créer un espace de parole entre professionnels cadres, avec des réunions de cadres et cadres supérieurs.

L'autre origine de cette volonté était le fait que la direction a voulu d'imposer une permanence des cadres de santé et des cadres supérieurs les week-end et jours fériés.

De fait, cette volonté de créer un collège cadre s'est transformée en création d'un syndicat cadre (bien la volonté première ne soit pas, encore une fois, syndicale) il y a plus de 5 ans, avec des cadres de santé et des cadres supérieurs de santé : La CFCGC.

Avantages et inconvénients : perte de membres cadres qui ne souhaitaient pas être syndiqués, mais du coup, adhésion d'autres membres qui y voyaient un certain intérêt de l'être.

De plus, il a permis de rentrer dans certaines instances : CTE, CHSCT,...

Un autre avantage d'une instance syndicale est qu'elle a permis de défendre des collègues cadres en difficultés, par rapport à la direction.

Par ailleurs, elle permet de partager les vécus, d'apporter un soutien aux cadres isolés par rapport à différentes problématiques.

Thématique et fonctionnement : 1 président, 1 secrétaire, 1 représentant cadre, 1 représentant IDE (car il représente également les IDE), et incluant également les « faisant fonctions ».

Il se réunit par thématiques, et permet un espace d'échange.

Dans la mise en place de permanence des cadres supérieurs les week-ends et jours fériés, ce qui était une vraie inquiétude pour eux, cette instance a permis à ceux-ci d'élaborer eux-mêmes une organisation (5 week-end/ an) avec une proposition de rémunération qui a été acceptée par la direction. De fait, grâce à la mobilisation des cadres, il y a eu un véritable consensus permettant d'avoir une situation où chacune des parties était « gagnant-gagnant ».

Dans la création de ce type d'instance, tout dépend de la position des directions des soins des établissements.

Mais il existe une crainte de la direction de la mobilisation des cadres et cadres supérieurs de santé qui représentent un pouvoir important (personnel le plus nombreux,...).

Selon les établissements, il existe plusieurs cas de figure d'instance type « collègue cadre », mais beaucoup sont contrôlé par la direction des soins.

Nous sommes parvenus à étendre ce fonctionnement à la région parisienne avec la création de « corp-cadsupp », association de cadres supérieurs de santé, avec la présence de membres de l'ARS, dont l'origine est la volonté de se structurer pour optimiser l'organisation devant la mise en place des pôles et de la nouvelle gouvernance notamment. Les réunions ont pour but d'échanger autour de grands thèmes, communs à tous, mais dont les approches sont différentes. Il s'agit de débattre sur différentes problématiques, avec des comptes rendus. Elle permet d'échanger les vécus, les points de vues, les informations, les perspectives, et éventuellement d'accompagner des professionnels en difficulté, en se réservant le droit d'alerter les tutelles. « Un groupe est un « poids », plus représentatif, et peut intervenir au plus haut niveau. »

L'objectif pour 2012 est de se déplacer par groupe de 5-6 cadres supérieurs de santé pour « visiter » des institutions et pour accompagner des professionnels sur des problématiques, en fonctionnant comme des « audits », sur l'invitation de cadres supérieurs ou des hôpitaux ; car « chaque cadre peut rencontrer des difficultés ou des problématiques mais souvent ils ont le nez dans le guidon et sont isolés. »

L'intérêt principal de ce type d'instance, est de discuter entre professionnels, sans notion de hiérarchie, de positionnement de la direction,...

Au sujet de votre mémoire, vous pourriez avoir plusieurs idées de questionnement :

- La fidélisation des cadres : faire une étude comparative sur le taux de rotation/mouvement des cadres dans une institution avec un collègue cadre et dans une institution sans.
- L'accompagnement de la prise de poste des nouveaux cadres arrivant.
- L'accompagnement des « faisant fonctions », par des pairs.

- La dynamique d'évolution de la fonction cadre.

Attention à la légitimité de la mise en place d'un collègue cadre, notamment en tant que cadre de santé. (Le mouvement part la plupart du temps des cadres supérieurs).

L'instauration d'une instance « type » collègue cadre permet également (et a permis dans le cadre de sa création à St Anne) de prendre et donner des avis, de prendre en compte l'expertise des professionnels sur différents sujets.

On peut y adhérer ou non. »

Annexe 5 : Questionnaire d'enquête sur le collège cadre

Dans le cadre de mon mémoire, je réalise une enquête portant sur le « collège cadre », qui me permettra de nourrir ma réflexion.

Voici donc un questionnaire, confidentiel et anonyme, destiné aux cadres de l'établissement. Il ne prendra que quelques minutes et je vous remercie d'avance pour le temps que vous lui consacrerez et l'intérêt que vous lui porterez.

Cochez ou remplissez la bonne réponse (☐)

NSP : Ne Sait Pas

1. Avez-vous participé à la mise en place du « collège cadre » dans votre institution ?
Oui ☐ Non ☐
2. Si oui, quelles étaient les attentes et les objectifs de cette mise en place ?
3. En quelques lignes, comment définiriez-vous le « collège cadre » de votre établissement ?
(missions, objectifs, année de création)
4. Comment fonctionne le « collège cadre » de votre établissement ? (Organisation, espace dédié, fréquence des réunions, etc.)
5. Diriez-vous que le « collège cadre » représente pour vous une charge de travail supplémentaire ?
Oui ☐ Non ☐
6. Avez-vous pu bénéficier d'un accompagnement par vos pairs lors de votre prise de poste ?
Oui ☐ Non ☐
7. Si oui, cet accompagnement s'est-il réalisé grâce au « collège cadre » ?
Oui ☐ Non ☐

8. Selon vous, le « collège cadre » a-t-il permis de développer ou d'améliorer :

- | | | | |
|---|------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| a. La circulation de l'information ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| b. La communication entre cadres ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| c. La coopération entre cadres ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| d. Les relations entre cadres ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| e. Les relations avec la direction ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| f. Les relations avec les équipes de soins ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| g. Les relations avec les médecins ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| h. Votre fonction de coordination ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| i. Votre réseau de partenaires ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| j. La réflexion sur votre pratique ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| k. Votre pratique managériale auprès des équipes ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| l. La mise en place et la conduite de projet ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| m. L'harmonisation des pratiques de l'encadrement ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| n. La cohérence managériale ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| o. L'organisation des soins ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| p. L'organisation managériale des pôles ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| q. L'organisation managériale de l'ensemble de l'institution ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| r. Le décloisonnement des services de soins ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| s. La mutualisation des ressources entre cadres afin de remplir vos missions ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| t. La gestion des lits (entrées/ sorties, transfert des patients d'une unité à l'autre, etc.) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| u. La gestion des ressources humaines ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| v. L'accompagnement des nouveaux cadres (y compris faisant fonction) ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| w. Le sentiment d'appartenance à une équipe cadre ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| x. Le sentiment d'appartenance à votre institution ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| y. La diminution des tensions au travail ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |
| z. La satisfaction au travail ? | Oui <input type="checkbox"/> | Non <input type="checkbox"/> | NSP <input type="checkbox"/> |

9. Le « Collège cadre » de votre institution est reconnu par :

- Les équipes de soins ?
- La CME/ les médecins ?
- La direction ?

10. Pensez-vous que le « Collège cadre » est un atout dans votre positionnement face :

- Aux équipes de soins ?

- Aux médecins ?
- A la direction ?

11. Le « collègue cadre » vous a-t-il permis d'être force de proposition auprès de votre direction ?

Oui Non NSP

- Si oui, pouvez-vous citer un exemple :

12. Votre direction consulte-t-elle le « collègue cadre » pour prendre des décisions ?

Oui Non NSP

13. Pensez-vous que le « collègue cadre » rend votre institution attractive pour d'éventuels cadres postulants ?

Oui Non NSP

14. Au regard de votre expérience, diriez-vous que le « collègue cadre » de votre établissement est :

Indispensable Un atout majeur Intéressant sans plus Inutile

15. Au regard de votre expérience, diriez-vous que la mise en place d'un « collègue cadre » dans un établissement de santé est :

Indispensable Un atout majeur Intéressant sans plus Inutile

16. Quelle est votre fonction et service ?

17. Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé (ou faisant fonction) ?

18. Depuis combien d'années êtes-vous dans l'institution ?

Merci beaucoup d'avoir répondu à ce questionnaire

Annexe 6 : Plaquette de présentation du collège des cadres de rééducation de l'AP-HP.

Présentation Générale

Créé le 8 octobre 2001, Le Collège des Cadres de Rééducation rassemble l'ensemble des cadres de santé issus des filières de la rééducation : diététiciens, ergothérapeutes, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, orthoptistes, pédicures-podologues et psychomotriciens de l'AP-HP.

Il est ouvert aux pédicures-podologues qui n'ont pas d'encadrement et aux professionnels cooptés par des cadres pour les professions dont l'encadrement est restreint, soit orthophonistes, orthoptistes et psychomotriciens.

Les rééducateurs, non cadres, exerçant effectivement des fonctions d'encadrement, peuvent s'inscrire au Collège des Cadres de Rééducation, sous réserve d'en présenter la preuve aux membres du Bureau.

Le Bureau, élu pour 3 ans, est composé de 15 membres.

L'inscription au Collège des Cadres de Rééducation est une démarche volontaire, gratuite et possible à tout moment.

Le Collège des Cadres de Rééducation est reconnu au niveau de la Direction Centrale des Soins au titre de « Collégiale ».

Chaque membre du Bureau représente l'ensemble des rééducateurs

Le Bureau

Le Bureau se réunit au minimum 4 fois par an sur convocation du président :

- Il étudie les problématiques professionnelles,
- Il est force de proposition auprès de ses pairs et de la Direction Centrale des Soins,
- Il élabore et réactualise le règlement,
- Il rédige un compte rendu après chaque réunion de Bureau et le transmet sous forme de bulletin électronique informatisé (BEI) à tous les membres inscrits,
- Il publie chaque année le rapport moral du collège.

Une Assemblée Générale a lieu une fois par an. Elle est ouverte à l'ensemble des cadres inscrits et non inscrits. Elle a pour objectif d'en présenter les actions du Bureau, le travail des commissions et de recueillir l'avis des participants par un débat interactif. Elle procède par vote au renouvellement d'une partie des membres du Bureau.

Représentativité et Missions

Le Collège des Cadres de Rééducation a pour objet :

- De promouvoir l'interprofessionnalité,
- D'être une force de proposition et de participation au sein de l'AP-HP,
- De fédérer les cadres de rééducation autour de projets communs,
- De valoriser la rééducation à l'hôpital,
- De réfléchir sur l'évolution des métiers.

Ses missions

- Recueillir et centraliser les informations et les propositions d'actions communes à l'ensemble des métiers de la rééducation,
- Être un interlocuteur privilégié pour les Directions Centrales,
- Représenter et promouvoir les cadres de santé issus des filières de la rééducation,
- Réfléchir sur l'évolution des métiers et sur la place de la rééducation à l'hôpital.

Les Commissions de Travail

Les commissions sont des groupes de travail composés de membres volontaires, cadres de santé ou rééducateurs cooptés par leur encadrement.

Elles ont pour intérêt d'étudier des thématiques particulières, soulevées en Assemblée Générale ou proposées au cours de l'année. Des pistes de réflexions, des plans d'action et des outils sont proposés et validés en Assemblée Générale avant diffusion.

Le Collège des Cadres de Rééducation s'engage à réaliser un appel à candidature pour constituer ces groupes de travail interprofessionnels. Il assure la diffusion des comptes-rendus de commissions dans les BEI.



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

Un collège pour les cadres : un enjeu majeur ?

AUTEUR

Thierry DESCHAMPS

MOTS-CLES

Collège cadre
Identité professionnelle
Reconnaissance
Missions, activités
Crise identitaire

KEYWORDS

College cadre
Professional identity
Acknowledgement
Missions, activities
Identity crisis

RESUME

Le thème de ce mémoire porte sur le « *collège cadre* », qui constitue une des propositions formulée par Chantal De Singly dans son rapport de la mission portant sur les cadres hospitaliers, destiné à valoriser et reconnaître la place et le rôle de ces derniers au sein des institutions de santé. En tant que tel, ce travail, qui n'a d'autres prétentions que de dévoiler une photographie du collège cadre de deux établissements de santé, met en lumière le fait qu'il apporte un certain nombre de bénéfices à l'encadrement dans le contexte de crise identitaire qu'ils traversent aujourd'hui, notamment en participant à la reconstruction de leur identité professionnelle.

ABSTRACT

The research theme focuses on the "*college cadre*", which is one of the proposals made by Chantal De Singly in her mission report on the hospitals managers, designed to reward and recognize the place and functions of this one within healthcare institutions. As such, this work, which has no other intentions than to reveal a picture of the college cadre through two hospitals, highlights the fact that it brings a number of benefits to managers in the identity crisis they live, especially by participating in the reconstruction of their professional identity.