La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation

Sophie Divay

► To cite this version:

Sophie Divay. La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. Sciences Sociales et Santé, 2018, 36, pp.39 - 64. 10.1684/sss.2018.0102 . hal-02999726

HAL Id: hal-02999726

<https://hal.science/hal-02999726>

Submitted on 11 Nov 2020

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

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

La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital. Entre réglementation et cooptation

Sophie Divay

Résumé. L'hôpital est depuis quelques décennies soumis à des mesures de contrôle et de restriction de ses dépenses. Tous les personnels hospitaliers sont confrontés à des changements fréquents, souvent contradictoires et pénibles, qui entraînent une intensification de leur charge de travail. Les dirigeants doivent compter sur des relais capables de faire accepter leurs décisions. De par leur proximité avec les soignants, les cadres de santé représentent des acteurs-clé dont il s'agit de faire de « bons managers ». De ce fait, la fabrication de ces cadres devient un enjeu essentiel pour le « bon fonctionnement » des hôpitaux. Parallèlement aux conditions réglementaires qui régissent les carrières statutaires des personnels de la fonction publique hospitalière, se mettent en place des règles organisationnelles et locales, propres au secteur privé, relevant d'une des formes du Nouveau Management Public. Ces évolutions participent à la mutation de l'hôpital public en hôpital-entreprise.

Mots clés : *hôpital, cadres de santé, carrière, Nouveau Management Public.*

Dans les hôpitaux, les ancêtres des cadres de santé apparaissent à la fin du XX^e siècle avec l'émergence d'un personnel soignant laïcisé (Poisson, 1998, 2016). Les « surveillantes » acquièrent une existence

Sophie Divay, sociologue, Centre d'études et de recherches sur les emplois et les professionnalisations (CEREP), Université de Reims Champagne-Ardenne, 23 rue Clément Ader, 51100 Reims, France ; Sophie.Divay@univ-reims.fr

officielle par voie de décret en 1943 (Montésinos, 1993) et une formation diplômante en 1958. La création de la fonction d'infirmière générale en 1975 institue une ligne hiérarchique infirmière qui s'affirme face aux pouvoirs médical et administratif.

À partir des années 1980, après une période de développement, le milieu hospitalier connaît un revirement politique et économique qui instaure une logique gestionnaire de restriction budgétaire relevant du Nouveau Management Public (Pierru, 2007 ; Belorgey, 2010, 2013 ; Mas *et al.*, 2011 ; Gheorghiu et Moatty, 2013). Dans de telles conditions, les directions des hôpitaux comptent sur leur encadrement de « proximité » pour garantir une application efficace de leurs décisions. Comme ailleurs (Boussard, 2011), l'hôpital remet en cause le modèle du cadre traditionnel, issu de la promotion interne, et érige la nouvelle figure du cadre-manager (Divay et Gadea, 2008, 2015). La dernière réforme de la formation des cadres, intervenue en 1995, s'inscrit dans cette perspective. Les enseignements médicaux sont remplacés par des apports en économie de la santé et en gestion (Bourret, 2006). Les « cadres infirmiers » sont rebaptisés « cadres de santé », perdant ainsi l'attache sémantique à leur métier d'origine.

Ce modèle du cadre-manager généraliste est repris une dizaine d'années plus tard par la « Mission cadres hospitaliers » confiée en 2009 par Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, à Chantal de Singly, alors directrice de l'Institut de management à l'École des hautes études de la santé publique, qui préconise le remplacement des IFCS (Instituts de formation des cadres de santé) par des instituts du management (Singly, 2009). Si ces écoles professionnelles n'ont pas disparu en 2016, elles ont toutefois emprunté le chemin de la « managérialisation » à partir des années 2000, notamment après les accords de Bologne, en nouant des partenariats avec différentes universités permettant ainsi aux étudiants d'obtenir, parallèlement à leur diplôme de cadre, un master 1 ou 2 souvent délivré par un département de gestion et de management.

Dans leur analyse des évolutions du groupe professionnel des cadres de santé, Isabelle Feroni et Anémone Kober-Smith insistent sur la persistance de règles strictement définies : « En France, la permanence du rôle de l'État en matière d'emploi, au travers du statut de la fonction publique hospitalière, garantit l'homogénéité des règles de recrutement, des appellations d'emploi et des salaires. » (Feroni et Kober-Smith, 2005 : 484). Peut-on encore souscrire à leurs conclusions ?

Dans la fonction publique hospitalière, l'accès au corps de cadre de santé est certes toujours soumis à un cadrage réglementaire qui présente toutes les caractéristiques d'un marché du travail fermé dans lequel prédomine une liaison formelle entre titre, ancienneté et poste de travail, régie par une « super-règle qui prétend articuler les intérêts des

travailleurs et des acheteurs de la force de travail » (Paradeise, 1984 : 353). Toutefois, des formes de dérégulation sont observables à travers l'instauration de nombreux procédés informels, imposés aux futurs cadres par leur hiérarchie. Finalement, cette coexistence de règles de nature différente et d'intensité variable laisse transparaître certaines failles dans l'ordre que la « super-règle » bureaucratique impose : « L'analyse des mécanismes de contrôle à l'entrée des groupes professionnels (...) exige de prendre en compte des caractéristiques économiques ou démographiques, et pas seulement politiques, des groupes professionnels. Plus largement, cette régulation apparaît de moins en moins comme une règle stabilisée et codifiée, mais doit être conçue comme une activité sociale, objet de stratégies multiples, plus ou moins formalisée, processuelle. » (Demazière et Gadea, 2009 : 450)

Dans cette perspective, l'évolution des modalités d'accès aux postes de cadre de santé semble concentrer un ensemble de pratiques révélatrices des transformations de ce groupe professionnel, ainsi que de son contexte. Alors que les infirmières devenaient surveillantes à l'ancienneté et sur proposition de leur hiérarchie médicale ou administrative, les cadres de santé d'aujourd'hui doivent non seulement se soumettre aux conditions légales de promotion professionnelle, mais aussi, et sans que cette étape ne soit officiellement obligatoire, s'engager dans des démarches informelles jusqu'à leur nomination en tant que cadre. C'est ce parcours complexe que l'on retracera ici en mettant en lumière non seulement ses séquences, mais aussi les logiques d'action et d'interaction des acteurs de terrain plus ou moins conscients des enjeux politiques propres au milieu dans lequel ils sont pris et parfois contraints d'agir au nom de valeurs et d'objectifs contradictoires.

La première partie portera sur l'enquête mobilisée dans cet article. Puis les trois séquences successives de la carrière idéal-typique de cadre de santé en devenir seront présentées. La conclusion reviendra sur la dérégulation en cours de ce marché fermé du groupe professionnel des cadres de santé.

Analyser l'entrée dans la carrière de cadre de santé

Le parcours des cadres de santé en devenir ne se décompose pas en deux temps qui seraient distinctement répartis entre un avant (statut non cadre) et un après (statut cadre). Sans entrer dans le détail des pratiques informelles, l'examen des seuls textes officiels laisse apparaître un ensemble d'étapes obligatoires (inscription au concours, concours, entrée en formation de dix mois, formation, obtention du diplôme et concours sur titre) qui tendent à brouiller les frontières entre les

différentes places occupées et à multiplier les moments de transition. Dans ce contexte, nous présentons les choix méthodologiques qui ont présidé au recueil des matériaux les plus pertinents sur cet objet dont les temporalités sont multiples. Nous interrogeons et définissons ensuite la notion de parcours, notamment en mobilisant celle de carrière, avant de préciser la méthode par laquelle elle sera construite.

L'enquête et le matériau recueilli

L'enquête de terrain a démarré en septembre 2012 au sein d'un IFCS de province et de son hôpital de rattachement. Plusieurs opérations ont été conduites parallèlement. Aux nombreux entretiens informels qui ont eu lieu en cours de formation, au gré des occasions qui se présentaient¹, s'ajoutent ceux réalisés systématiquement environ six mois après l'obtention du diplôme en juin de chaque année auprès de deux promotions successives (2013-2014 et 2014-2015). Au total, 33 entretiens ont été menés, soit 90 % des étudiants inscrits. Un seul homme figure dans notre échantillon. Cette surreprésentation féminine est certainement due au fait que, jusqu'en 2015, cet IFCS n'offrait que des places de formation pour la filière infirmière, où les femmes sont plus nombreuses que dans les autres filières paramédicales. Toutefois, malgré les différences entre instituts, les femmes demeurent majoritaires parmi l'ensemble des nouveaux diplômés, soit 84 % des 1564 sortants des IFCS français en 2014 (Casteran Sacreste, 2016). L'âge moyen de notre échantillon (40 ans) correspond à la tranche d'âge la plus importante de la population globale, située à presque 30 % entre 36 et 40 ans (Casteran Sacreste, 2016). Les origines sociales du père des étudiants de l'IFCS étudié diffèrent peu de celles de la population globale, si ce n'est pour la catégorie des ouvriers (+ 8 points). Mais cet écart est difficilement interprétable et peut être lié aux secteurs d'activité de la région d'implantation de l'IFCS. Enfin, on constate que les caractéristiques des étudiants de notre échantillon et de ceux de la population globale de tous les IFCS sont proches de celles des étudiants inscrits en école d'infirmière : 83 % de femmes (Casteran Sacreste, 2016) et une distribution de l'origine sociale semblable.

Au cours de la même période, d'autres entretiens ont été menés auprès de différents acteurs institutionnels et professionnels hospitaliers appartenant à l'IFCS enquêté, au monde hospitalier ou au milieu professionnel des cadres de santé, afin de recueillir leurs témoignages

(1) Soit à l'IFCS avant ou après les cours que j'y donnais, soit lors de fréquents échanges avec les dix étudiants dont j'ai été la directrice de mémoire.

sur les pratiques de sélection, d'encadrement, d'accompagnement, de formation des futurs cadres et sur leur vision de l'univers de formation et de travail des cadres.

Du parcours à la carrière des cadres de santé

Cette enquête de terrain a eu pour but d'analyser le chemin que doit aujourd'hui emprunter un futur cadre de santé. Pour commencer, il s'est agi d'opérer un choix sémantique qui a conduit non pas au reniement, mais à l'abandon des termes de cheminement ou encore de parcours, parce que leur acception s'avère en l'occurrence trop floue. Si parcours il y a pour les cadres en devenir, il prend la forme d'une progression vers le haut au cours de leur vie de travail (Hughes, 1996), c'est-à-dire de leur carrière professionnelle. En se référant à Hughes (1958), Tréanton définissait la carrière de la façon suivante « la vie de travail apparaît comme une suite de seuils, d'étapes, de bifurcations dont la carrière marque le cours ; ou mieux : la carrière est cette séquence même de statuts, de rôles d'honneurs, pour autant que la profession (et non pas le talent personnel, ni la famille, ni le hasard, ni d'autres circonstances) en détermine la chronologie. » (Tréanton, 1960 : 73)

Les cadres de santé en devenir sont entre autres, soumis à un ordre réglementé qui prescrit un itinéraire tout tracé par des règles, balisé par une succession de postes et de statuts à occuper et d'étapes obligatoires à suivre afin de connaître une promotion professionnelle. Faire carrière à l'hôpital semble dépendre du respect d'un ensemble de règles impersonnelles, bureaucratiques et universelles dans le sens où tous les agents y seraient soumis indistinctement, quels que soient leur lieu d'exercice, leur employeur, leurs supérieurs hiérarchiques ou encore leurs collègues.

Toutefois, la réalité s'avère beaucoup plus complexe. S'il existe des règles officielles, on observe aussi l'invention et l'adjonction de dispositifs plus ou moins formels, de règles et des pratiques généralisées dans tous les IFCS ou propres à un établissement et parfois seulement à un pôle de cet établissement. Elles émanent de certains responsables hiérarchiques² qui appliquent des logiques locales, construites au cours du temps. Cela signifie que le parcours à effectuer pour devenir cadre

(2) À l'hôpital public, la lignée hiérarchique se décline ainsi de haut en bas : coordonnateur général des soins et / ou directeur des soins selon la taille de l'établissement, cadres supérieurs de santé (de pôle ou pas), cadres de santé, personnel soignant.

ne se résume pas au suivi de règles consignées dans des textes officiels et portés à la connaissance de tout le monde, mais qu'il comprend un ensemble plus ou moins visible, localisé et diversifié de régularités auxquelles les candidats à la fonction cadre doivent se soumettre. De ce fait, la fabrique des cadres de santé suit une carrière professionnelle relevant, d'une part, d'une logique réglementaire-universelle et, d'autre part, d'une logique organisationnelle-locale qui tend à diversifier les parcours d'agents de la fonction publique hospitalière auxquels le législateur garantit pourtant une égalité de traitement. Entre ces deux pôles, universel et local, se décline un éventail de règles et de régularités qui s'inscrivent au sein d'un continuum de séquences significatives de nature différente. La carrière professionnelle est donc délinéée par des « régularités » sous-jacentes, sociologiquement objectivables, qui participent à l'établissement d'une « réalité *sui generis*, pour reprendre un terme cher à Durkheim, existant pour une part "hors de la conscience" des individus, et ne devenant visible que par l'opération méthodologique consistant à agréger et à fondre des expériences individuelles (par construction de phases communes et le séquençage de la carrière), comme dans le cas de l'agrégation statistique. » (Darmon, 2008 :162)

Un idéal-type de la carrière des cadres de santé en devenir

Si l'on admet que la carrière peut être comprise comme un parcours professionnel complexe et ordonné par différents registres de régulation, soumis à des degrés de formalisation variables, il reste encore à déterminer par quelle méthode elle peut être analysée et objectivée. Que retirer des données recueillies auprès d'individus différents, impliqués dans des contextes de travail et de formation localisés ? De ces expériences singulières peuvent être extraits un certain nombre de traits qui apparaissent comme les plus significatifs des situations étudiées (Coenen-Huther, 2006). Leur agglomération, mise en cohérence et en contraste (Gerhardt *et al.*, 1987) produit une trame commune fournissant un modèle d'intelligibilité et un support de comparaison d'où se dégage un idéal-type (Weber, 1965) de carrière des cadres en devenir. Ses composantes et logiques sous-jacentes correspondent certainement aux attentes, intérêts et conceptions des cadres (de santé, supérieurs et directeur des soins), même si tous ne s'accordent pas sur l'ensemble des modalités. En tout cas, cette carrière idéal-typique démontre que ces cadres fonctionnaires ne se contentent pas d'appliquer les dispositions réglementaires et qu'ils cherchent à les aménager selon leurs définitions des bons processus de fabrique ou de socialisation des futurs cadres de leur établissement.

Les étapes d'une carrière idéal-typique d'un cadre de santé en devenir ont été distinguées en trois périodes distinctes mais continues suivant, d'une part, un ordre chronologique et, d'autre part, un degré croissant de formalisation et d'officialisation des actions entreprises par le cadre lui-même ou par son entourage professionnel. Dans un premier temps sera reconstituée la séquence biographique qui se situe en amont de tout projet promotionnel où les prémices du processus ascensionnel prennent racine. S'ensuit une période de formalisation moyenne au cours de laquelle le projet de devenir cadre est arrêté et exprimé, mais sans encore s'inscrire dans des dispositifs réglementés. Enfin, s'ouvre officiellement une séquence composée d'étapes réglementaires qui occasionnent notamment un engagement financier de la part de l'employeur.

Une séquence non formalisée d'entrée dans la carrière

L'entrée dans l'univers professionnel des soignant(e)s

La carrière des cadres de santé en devenir est tout d'abord menée par une femme, puisqu'issue d'un métier fortement féminisé du soin. Elle a obtenu, selon son âge au moment de l'enquête, un baccalauréat F8 (jusqu'en 1994) ou un baccalauréat sciences médico-sociales. Par la suite, elle a tenté et réussi le concours d'entrée dans une école d'infirmière ou « institut de formation en soins infirmiers » (IFSI). Après trois ans d'études, elle a obtenu un diplôme d'État d'infirmière. Elle a rapidement trouvé un poste d'infirmière dans un hôpital public, souvent dans un service où elle a réalisé un de ses stages pratiques au cours de sa troisième année d'études et où elle a donné satisfaction à la cadre de santé qui lui a proposé de candidater dès qu'elle serait diplômée.

Sa carrière d'infirmière démarre dans ce premier poste qui apparaît comme une suite logique à la période estudiantine. La pleine prise de responsabilités en tant que soignante, et non plus en tant que stagiaire, est impressionnante et suscite bien des frayeurs. L'infirmière débutante constate qu'elle a encore beaucoup de choses à apprendre et qu'il lui faut désormais travailler « sans filet ». Dans les premiers temps, la peur de l'erreur et de la faute professionnelle est vive, mais elle tend progressivement à s'atténuer sans jamais vraiment disparaître. Au bout de trois ou quatre ans, s'installe même un sentiment de lassitude, une impression « d'avoir fait le tour ». Une envie de « découvrir autre chose » se fait jour, entraînant la recherche d'une nouvelle activité dans un service inconnu ou différent. L'opportunité d'un poste vacant à pourvoir viendra satisfaire cette envie de

changement. Ce nouveau poste finira également après quelques années par générer de l'ennui et une nouvelle envie de changement. Dix ans ou quinze ans après l'obtention du diplôme, l'infirmière aura derrière elle une carrière horizontale (Divay, 2012) riche de nombreuses expériences professionnelles dans des services et spécialités médicales variées.

Ces fréquents changements de postes, d'équipe et d'activité de soins ne suffisent pas indéfiniment à lutter contre la routine. Les soins, d'un service à un autre, prennent petit à petit un air de déjà-vu. Comment sortir de cet enlèvement ? Une solution s'offre alors à ces infirmières frustrées, celle de s'investir dans des tâches transversales et de participer à des commissions ou groupes de travail (portant sur l'hygiène, la douleur, l'accompagnement des étudiants, l'élaboration de protocole de soins, etc.). Ces travaux de groupe dépassent l'horizon du service puisqu'ils sont souvent organisés au sein d'un pôle, voire au sein de l'établissement. Ils constituent des collectifs de travail dits « pluridisciplinaires » qui rassemblent non seulement des professionnels médicaux et paramédicaux de filières et métiers différents, mais également des agents de plusieurs niveaux hiérarchiques, tels que des cadres de santé, des cadres supérieures et la directrice de soins. Les infirmières retirent de nombreux bénéfices de ces activités qui les font « sortir des soins » et « prendre du recul » par rapport à leur quotidien. L'intérêt qu'elles y trouvent se mesure au temps passé gratuitement dans ces groupes et dans leur absence de demande de reconnaissance salariale des nouvelles compétences qu'elles mobilisent et développent dans le cadre de ces activités.

L'infirmière que l'on rencontre dans ces commissions et groupes de travail approche la quarantaine et se dit satisfaite de son poste agrémenté par des activités transversales supplémentaires, même si une frustration latente la taraude : elle aimerait faire plus et prendre des initiatives, mais elle se heurte aux limites de son statut qui lui interdisent de prendre des responsabilités réservées à la hiérarchie. Toutefois, selon les témoignages des interviewées, l'idée de devenir cadre n'a, à ce stade, pas encore pris forme dans son esprit. Il va falloir qu'interviennent, de l'extérieur, des facteurs déclencheurs.

La désignation comme facteur déclencheur

Sans qu'une stratégie n'ait été établie ni même pensée, le surinvestissement volontaire dans des collectifs de travail conduit l'infirmière à se « faire remarquer » par des collègues et des cadres qu'elle n'aurait pas rencontrés et qui ne l'auraient pas vue à l'œuvre si elle n'avait pas quitté les murs de son service. Elle est ainsi « repérée » par ses supérieures hiérarchiques qui sont attentives aux « talents » en

émergence. Lorsqu'elle a donné suffisamment de signaux positifs, elle reçoit des invites qui souvent les prennent de court : « *Une cadre sup. m'a dit : "Mais pourquoi tu ne fais pas l'école des cadres ?" Je ne sais pas si j'aurais eu l'idée sans elle, ça a été une parole à un moment donné. Et les filles m'ont dit : "Mais c'est évident, tu mènes la baraque !"* » (Suzy, 40 ans, cadre de santé débutante)

La désignation est une élection par les pairs ou futurs pairs (Schepens, 2014) qui veillent à la reproduction du corps des cadres de l'hôpital. Cadres de santé, cadres supérieures et directrice des soins, chacune à son niveau effectue un travail de veille et d'incitation auprès des infirmières qui « sortent du lot », c'est-à-dire qui font montre d'un engagement volontaire et spontané dans des tâches non prescrites, de nature organisationnelle et transversale, détachées des soins techniques prodigués au lit des patients.

L'infirmière désignée reçoit des sollicitations non formalisées, fortuites, formulées sous forme d'encouragements valorisants. La réaction de la destinataire est double et ambivalente : elle est, d'une part, flattée par cette reconnaissance inattendue, et, d'autre part, effrayée par les conséquences d'une telle proposition : un tournant s'amorce-t-il dans sa carrière ? Sera-t-elle à la hauteur de la confiance accordée ? Sera-t-elle capable de reprendre des études et d'obtenir le diplôme de cadre ? A-t-elle l'étoffe d'une cadre ?

À cette réaction s'ajoute l'impression d'« être poussée » à emprunter une voie qui n'a pas été personnellement choisie, même si elle s'avère tentante. Très rares sont les personnes interviewées, infirmières ou infirmières devenues cadres (ou cadres supérieures ou directrice des soins), à déclarer avoir « toujours eu envie de devenir cadre ». Alors que le choix du métier d'infirmière est parfois présenté sur le mode de la vocation, une telle version a très rarement été donnée du choix de devenir cadre. En d'autres termes, il ne s'agit pas d'une intention première. Elle naît sous l'effet d'une désignation émise par des pairs. Mais bien que cette désignation ait une certaine force persuasive (entre autres, parce que flatteuse), elle ne saurait suffire à elle seule. Un autre élément favorise l'effet « actif » de cette désignation : celle de l'existence de modèles ou contre-modèles de cadres auxquels il s'agit de ressembler ou dont il faut se démarquer, mais qui rendent possible des processus identificatoires (positifs ou négatifs). Traditionnellement, le milieu infirmier est un milieu fortement féminisé, où en outre ne s'observe pas une tendance à la masculinisation. Si plus de 80 % des étudiants nouveaux inscrits en IFSI ainsi qu'en IFCS sont des femmes, elles représentent encore 75 % des admis à la formation des directeurs de soins (Dardel-Lesmarie, 2013).

Bien que la part des femmes soit moins élevée dans le haut de la hiérarchie (75 % pour les directrices de soins contre plus de 80 % pour les cadres de santé), elle demeure importante et ce notamment pour des postes de cadres et cadres supérieures. La construction progressive d'un projet de promotion sociale vers une fonction de cadre peut se faire ici plus facilement pour les femmes que dans certains milieux où elles manquent de repères comme le soulignent Joëlle Allouche-Benayoun et Marie-Claude Kançal dans leur étude sur les « femmes leader » : « Lorsque nous interrogeons ces femmes, ce qui ressort c'est qu'elles avaient très peu de modèles féminins d'identification. Leurs modèles étaient masculins : leur père, d'autres hommes "responsables". Aussi sentent-elles confusément qu'elles élaborent sur le tas de nouvelles images de femme. Être femme-leader, pour nos interviewées, c'est souvent conjuguer deux identités antagonistes, en quelque sorte être femme et être homme aussi ; la parade, c'est d'être femme chez elles, et asexuée au travail. » (Allouche-Benayoun et Kançal, 1986 : 265)

Dans l'univers hospitalier très féminisé, les modèles identificatoires positifs ne manquent donc pas aux soignantes et renforcent les effets du processus de désignation. Par ailleurs, et de façon contre-intuitive, les modèles identificatoires négatifs ne les annulent pas, bien au contraire : « *Dans mon unité, il y avait une cadre qui était une surveillante à l'ancienne. Quand elle arrivait, du bout du couloir, on entendait claquer ses talons, et ça donnait une idée de sa mauvaise humeur ! Elle était rejetée par les médecins, parce qu'elle était là pour les emmerder, les rappeler à l'ordre sur ce qui n'allait pas ! Et moi, je me suis dit, il faut que je sois le contraire d'elle si je veux arriver à améliorer les choses !* » (Charline, 50 ans, cadre de santé débutante)

L'influence des autrui significatifs

Les processus d'identification et de désignation déterminent le parcours de la future cadre qui n'en est à ce stade qu'aux prémices de sa socialisation professionnelle. On voit à quel point les pairs sont importants, occupant une place d'autrui significatif passif et jouant un rôle d'agent socialisateur actif.

Passifs, car c'est l'infirmière qui choisit ses modèles (positifs ou négatifs) au sein d'une large palette de professionnelles. Cette situation évoque celle des étudiants en médecine étudiés par Becker et ses collègues (Becker *et al.*, 1961). Hughes y utilise la notion d'« autrui significatif » pour désigner les personnes qui vont être particulièrement importantes dans la socialisation secondaire d'un individu. L'usage qu'il en fait ne se réduit pas à un simple emprunt à la théorie meadienne

de la socialisation primaire. Hughes avance que « lors de la socialisation secondaire, les “autrui significatifs” sont à la fois divers (pour le médecin en devenir, ce peuvent être ses collègues, ses supérieurs, ses enseignants, ou des patients) et variables (les personnes qui remplissent ce rôle changent avec le temps et en fonction de la situation). » (Darmon, 2010 : 78). Nous verrons plus loin que le vivier des autrui significatifs varie selon les étapes du parcours, et que leur nombre tend à diminuer quand l'infirmière occupe un poste de faisant fonction.

Actifs, car le processus de désignation appartient aux cadres paramédicaux. Leur repérage des « des talents » peut être approuvé et applaudi par des collègues infirmières, mais il se peut que cette marque de reconnaissance suscite certaines réactions de jalousie émanant de rivalités, rancunes, frustrations accumulées au cours du temps. Il ne semble pas que ces rivalités puissent faire barrière aux effets du repérage effectué par les cadres.

L'effet du croisement de ces deux processus se concrétise au moment du premier engagement officiel pris par l'infirmière qui se traduit par une déclaration d'intention de devenir cadre. Cette déclaration est le plus fréquemment faite au cours d'un entretien annuel d'évaluation mené par la cadre de santé de l'unité. L'infirmière se saisit de l'opportunité qui lui est donnée de s'exprimer sur sa situation de travail et sur ses projets professionnels pour faire enregistrer sa décision de devenir cadre et solliciter l'autorisation de tenter le concours d'entrée à l'IFCS, de suivre la formation idoine, et d'obtenir la prise en charge financière par l'employeur du coût de ce projet. Le point de départ de la procédure est posé et la demande transmise à la cadre supérieure qui elle-même la transmet à la directrice de soins.

Vers une formalisation de l'entrée dans la carrière : occuper un poste de « faisant fonction de cadre »

La déclaration d'intention de devenir cadre faite au moment de l'entretien annuel est consignée dans le dossier de l'infirmière. Par la suite, elle est examinée par la directrice des soins et par le directeur des ressources humaines (DRH), s'il s'agit d'un grand établissement, ou par le directeur lui-même si l'établissement est de plus petite taille. L'équipe de direction prend une décision en fonction des avis de la cadre de santé et de la cadre supérieure de l'infirmière. Si cette décision est favorable, le processus d'officialisation se poursuit et la demande orale doit être suivie d'un courrier adressé par la candidate à la

directrice des soins qui proposera alors un entretien dans son bureau en présence du DRH.

Au cours de cet entretien, l'infirmière est invitée à présenter ses motivations. L'envie de participer activement à l'organisation des soins afin d'améliorer la qualité de la prise en charge des patients constitue un motif apprécié. En revanche, la demande parallèle permettant la mise en œuvre de ce projet n'est pas recevable immédiatement : avant qu'un accord ne soit donné à son inscription au concours d'entrée en IFCS et en cas de réussite au financement de sa formation, l'infirmière se voit proposer un poste de faisant fonction de cadre pendant une période non déterminée à l'avance. Il faudra qu'elle ait donné satisfaction en tant que faisant fonction pour être autorisée à tenter le concours et obtenir une prise en charge financière.

Si l'infirmière n'a pas la réponse qu'elle attendait, elle accepte tout de même la proposition de sa direction et franchit un pas supplémentaire sur le chemin de la promotion professionnelle. Toutefois, il va lui falloir non pas apprendre à être une cadre, mais à occuper un statut intermédiaire, celui de faisant fonction.

Cette expérience, d'une durée d'au moins un an, recouvre des caractéristiques jugées « pédagogiques » par les intéressées, mais aussi éprouvantes dans le sens où ce statut transitoire peut représenter une véritable mise à l'épreuve d'ordre initiatique.

L'essai comme confirmation

Le poste de faisant fonction offre à l'infirmière la possibilité de tester l'occupation de son éventuel futur poste de cadre de santé. Pendant plusieurs mois, elle va faire l'expérience de l'encadrement d'une équipe en situation réelle et décider si elle maintient ou non son projet. « *J'ai beaucoup appris, surtout en termes de positionnement et aussi à défendre mes idées auprès de la direction et de l'ARS. C'est une expérience qui m'a été utile, car j'ai moins douté de mes capacités ensuite. Et puis, on est un peu protégé, on sait qu'on a des choses à faire qu'on ne sait pas faire, donc on nous pardonne aussi les erreurs !* » (Joëlle, 48 ans, cadre de santé débutante, souligné par nous). La candidate a l'occasion de se confronter à la réalité, sachant qu'elle doute d'elle-même et de ses capacités tant son métier d'infirmière, qui la cantonne dans « le faire », la prédispose peu à avoir l'âme d'une « cheffe ».

Les supérieures hiérarchiques sont conscientes de ce manque d'assurance, en partie construit depuis les études d'infirmière. De ce fait, la période de faisant fonction permet de confirmer la pertinence du repérage des potentiels et du pari qu'elles ont fait à travers la désignation d'une élue. Des arguments financiers entrent parallèlement

en ligne de compte. Le repérage et la désignation sont étayés sur une période d'essai qui évitera des dépenses inutiles de prise en charge de formation si la cadre, jeune diplômée, ne confirmait pas les espoirs qui ont été placés en elle.

La position de faisant fonction offre à toutes les parties prenantes une période d'essai qui s'inscrit dans une configuration relationnelle composée d'interactions croisées. Comme dans un laboratoire, les responsables paramédicales observent les réactions des infirmières qu'elles ont plongées « *in vivo* » dans une fonction de pseudo-cadre. Les faisant fonction, quant à elles, découvrent leurs capacités d'adaptation à ce nouveau rôle en observant leurs propres réactions, tout en étant attentives aux jugements de leurs cadres³.

Changer d'activité

Au cours de cette période, l'infirmière apprend à changer d'identité professionnelle, mais aussi à changer d'activités de travail : « *Je viens du milieu professionnel infirmier, donc d'une pratique. On exécute des tâches, on réfléchit sur un soin, une personne. On n'est pas habituée finalement à donner notre avis, ou plutôt on ne s'autorise pas.* » (Anne-Marie, 36 ans, cadre de santé débutante)

Il lui faut s'éloigner des patients, abandonner les soins techniques et relationnels. Ces transformations se manifestent dans l'occupation de l'espace : la faisant fonction délaisse les chambres, les offices, les pharmacies pour occuper un bureau doté d'un ordinateur avec lequel elle établit notamment les plannings des agents.

Ses tâches quotidiennes sont équivalentes à celles d'un cadre de santé : gestion des ressources humaines (planning, congés, RTT, arrêts maladie, remplacements), du matériel et des commandes ; gestion des flux de patients et de leur parcours de soins comprenant les opérations et les transferts ; organisation du service et de la charge de travail, participation aux transmissions des équipes ; régulation des tensions et des conflits entre les agents ; garantie de la qualité des soins et de la

(3) Voici comment, par exemple, une DRH de CHU décrit cette période de faisant fonction : « Faire fonction c'est accomplir par exception une fonction dont on n'est pas le titulaire, ou encore servir, être employé en guise de... Dans les établissements de santé, être faisant fonction est devenu un passage quasi systématique pour les professionnels qui veulent devenir cadres de santé. Passage incontournable, rythme initiatique, gestion prévisionnelle des métiers et des compétences, gestion de pénurie, on peut y voir beaucoup de choses derrière cet état de fait. En vérité, c'est un peu tout à la fois. » (Legendre, 2015 : 19)

sécurité ; rôle d'interlocutrice avec les médecins, les patients, la famille, les partenaires extérieurs, etc. Toutefois, certaines prises de responsabilité lui sont interdites, faute d'expérience ou parce qu'elle n'est pas légalement cadre : « *En tant que faisant fonction, ce n'était pas possible d'être dans les commissions de l'établissement. Je n'avais pas non plus en charge les recrutements de personnel qui étaient du ressort de la cadre supérieure pour mon unité.* » (Marion, 33 ans, cadre de santé débutante)

Un apprentissage difficile

La tâche est rude, puisque comme le souligne plus haut Joëlle : « *Il faut faire ce qu'on ne sait pas faire* ». La faisant fonction apprend « sur le tas » et doit faire face aux problèmes qui se posent sans avoir bénéficié d'une période d'observation ou d'intégration. De ce fait, les réponses apportées le sont sans prise de recul.

La faisant fonction ne maîtrise pas les lois, textes et règlements qui régissent le fonctionnement du système hospitalier et de santé. Elle ignore les aspects juridiques du droit du travail, et n'a jamais eu d'apports sur la gestion ou le management d'une unité. Elle a tout à découvrir à tous les niveaux, du plus général et formel au plus local et banal. Au-delà du manque de connaissances sur le fonctionnement du milieu hospitalier, la faisant fonction est aussi confrontée à un manque symbolique de légitimité. Cette fonction n'est pas statutairement reconnue et ne nécessite aucun titre, aucun diplôme particulier⁴. De ce fait, les différents professionnels auxquels elle a affaire refusent souvent de lui accorder une quelconque autorité. Agents hospitaliers de service, aides-soignantes et infirmières n'acceptent pas toujours de se plier à ses consignes. Quant aux médecins, ils adoptent pour certains des attitudes méprisantes envers ces agents paramédicaux assimilés à des « sans-grade ».

Enfin, la faisant fonction est au quotidien relativement isolée dans son unité. Les cadres sont souvent en nombre réduit et sont responsables d'unités dont la taille a tendance à grossir suivant une logique de regroupement des moyens humains et matériels. Chacune est ainsi accaparée par les affaires courantes de son unité et a peu de

(4) Les postes de faisant fonction cadres ou cadres supérieurs de santé ne sont régis par aucun texte. Officiellement, l'agent demeure enregistré sous son emploi de titulaire (infirmière diplômée d'État par exemple) dans les effectifs de l'établissement. Ainsi, son bulletin de salaire ne comporte aucune mention de la fonction de faisant fonction qu'elle occupe temporairement.

temps à consacrer à une collègue débutante. Quant aux cadres supérieures, elles sont peu accessibles car leurs attributions les rapprochent de la direction et les éloignent du terrain, même si elles se montrent intéressées et encourageantes vis-à-vis des faisant fonction de leur pôle en les aidant ponctuellement dans la construction de leur projet. Les faisant fonction découvrent une réalité du milieu des cadres qu'elles ne soupçonnaient pas.

Il faut ajouter à ces manques dont la faisant fonction pâtit, une perte de salaire due à l'alignement sur l'emploi du temps des cadres de santé qui ne sont plus soumises aux horaires atypiques des infirmières : « *Dans le passage d'infirmière à faisant fonction, j'ai perdu 230 euros parce que je n'avais plus de prime de week-end et d'astreinte. Et puis, nous les faisant fonction, ici, on n'a le droit à aucune prime d'encadrement !* » (Joëlle, 48 ans, cadre de santé débutante)

Entre autonomie et dépendance

L'impression qu'a la faisant fonction d'être seule, voire livrée à elle-même, pourrait laisser supposer que ce relatif isolement offre en contrepartie l'avantage d'une grande autonomie, donnant tout loisir à une expérimentation libre et sans contrainte de cette situation. Or, les choses s'avèrent plus complexes. Si la désignation a un effet valorisant et incitatif, elle crée aussi des liens de dépendance entre la personne désignée et celle qui la désigne. L'élue reçoit un signal distinctif interprété comme une reconnaissance professionnelle à laquelle elle ne s'attendait pas de la part d'un autrui significatif. Elle aura ainsi à cœur de « se montrer à la hauteur », de « ne pas décevoir » la cadre qui aura « cru en elle ». En en mot, elle se sent moralement redevable, mais aussi mise à l'épreuve : « *On nous demande la même chose qu'aux cadres de santé, et même plus parce qu'il faut qu'on fasse nos preuves, qu'on ne déçoive pas. Il y a une exigence supérieure envers les faisant fonction qui sont plus malléables. Alors que quand on est cadre, on peut dire : "Non !", "Pas possible !" Pendant la période de faisant fonction, il y a un stress, une pression. On vous choisit, mais il faut faire ses preuves, on sait qu'on est jugé et que c'est là qu'on vous dira si oui ou non on vous autorise à faire la prépa et si on vous paiera la formation.* » (Kathy, 44 ans, cadre de santé débutante)

L'entrée dans une séquence réglementée

L'étape de la déclaration d'intention correspond à ce que l'on pourrait appeler un « révélation publique » de la part de l'infirmière de

sa volonté de devenir cadre. En acceptant et endossant le rôle de faisant fonction, elle fait connaître son projet à tous les membres de son milieu professionnel, projet demeuré pendant un certain temps confiné « dans le secret des cadres ». À partir de cette révélation, autorisée et supervisée par les cadres, l'infirmière faisant fonction traverse une période d'initiation à la fois « pédagogique » et « éprouvante ».

Elle est jugée sur ses réussites, mais aussi sur sa capacité à tenir son rôle de faisant fonction, et à endurer des problématiques structurelles propres à l'établissement, au pôle ou au service : restrictions budgétaires, manque de moyens, relations conflictuelles entre cadres de santé et cadres supérieures, tensions avec des médecins exigeants vis-à-vis du personnel paramédical et en conflit ou rivalité au sein de leur équipe médicale, etc. Si elle parvient à surmonter ces épreuves, la faisant fonction peut poursuivre sa carrière et se soumettre aux conditions nationalement réglementées, ou encore à la super-règle du marché du travail des agents hospitaliers.

Autour du concours d'entrée à l'IFCS

Arrive alors le jour où la directrice des soins autorise la faisant fonction à s'inscrire dans une préparation au concours de cadres de santé et, de ce fait, s'engage en cas de réussite à financer sa formation. Cette proposition intervient soit à un moment que la directrice des soins avait programmé, c'est-à-dire par exemple lorsque qu'un agent en formation rentre diplômé en juin de l'école des cadres, libérant ainsi une place et un financement, soit de façon imprévue à la suite d'un départ ou d'une absence d'une cadre de santé.

Tous les IFCS proposent cette préparation, mais, pour des raisons financières, la candidate au concours sera de préférence dirigée vers l'IFCS le plus proche, éventuellement rattaché à son établissement. La préparation s'étale sur quatre semaines réparties sur plusieurs mois et constitue une étape d'un nouveau genre dans le processus de fabrique des cadres. Les individus en transformation entrent dans un dispositif formel d'apprentissage et sont pris en charge non plus par des cadres en service à l'hôpital, mais par des professionnels de la formation, issus du milieu paramédical (occupant un statut de cadre supérieur), c'est-à-dire par des pairs reconnus par l'institution hospitalière comme les spécialistes de la production des cadres de santé.

Le contenu de cette préparation comporte globalement deux volets distincts : d'une part, des apports généraux sur l'hôpital public et ses évolutions, sur le système de santé français à travers des cours de santé publique, de droit, d'économie de la santé, et, d'autre part, une remise à niveau en français, portant tant sur l'écrit (pour la rédaction

du dossier professionnel et les épreuves d'admissibilité) que sur l'expression orale (en vue des épreuves d'admission).

Cette préparation est appréciée non seulement parce qu'elle remplit sa fonction première, c'est-à-dire celle de préparer au concours, mais aussi parce qu'elle amorce en douceur un retour douloureux dans le monde scolaire. De manière générale, les infirmières entretiennent un rapport difficile, voire malheureux à l'école. Beaucoup n'ont pas fait partie des bonnes élèves, ont obtenu un baccalauréat technique (F8 ou SMS), puis ont choisi d'entrer en IFSI qui offrait un cursus diplômant, mais court. L'écrit est un point faible qui ne gêne pas l'exercice du métier d'infirmière, mais qui réapparaît comme un handicap pendant les études de cadres de santé, au cours desquelles les devoirs sur table et la production de dossiers ou d'un mémoire vont susciter de fortes craintes et demander de gros efforts de rédaction.

Les épreuves du concours commencent en mars et les résultats sont publiés au cours du mois de mai. Dans l'hypothèse d'une réussite, les lauréates sont susceptibles de commencer leur formation en septembre de la même année. Mais il est probable que leur employeur impose un report⁵ d'entrée en formation s'il ne dispose pas du financement nécessaire.

Finalement, la période de faisant fonction peut durer plusieurs années (deux, trois ou quatre ans), et comprendre au moins deux moments entre l'avant et l'après obtention du concours. Cette obtention a un effet plus subjectif qu'objectif puisque l'infirmière a désormais la certitude de pouvoir entrer en formation et de grandes chances d'obtenir son diplôme de cadre, les échecs étant très rares (Casteran Sacreste, 2016).

Une nouvelle rencontre avec la directrice des soins est organisée avant l'entrée en IFCS, notamment dans le but d'envisager l'avenir et les conditions de retour en emploi après la formation. Selon l'évaluation de la période de faisant fonction établie par la cadre supérieure, une affectation en tant que cadre de santé peut être envisagée dans le service de départ. La directrice des soins veillera également à consulter le chef de service du pôle, qui bien que médecin, a aussi son mot à dire dans la gestion du personnel paramédical. Ces pourparlers sont importants dans la construction du devenir de la future cadre de santé, mais ont également un impact sur le vécu de la nouvelle période qui s'amorce : si les conditions de retour sont anticipées avant l'entrée en formation, elles favorisent un déroulement

(5) L'employeur peut au maximum exiger deux reports, puisque les lauréats gardent le bénéfice de leur concours pendant trois ans après le concours.

serein des études puisque l'étudiante n'a pas à se préoccuper de sa (ré) affectation en emploi à la sortie de l'IFCS.

Apprendre à devenir étudiante

À son entrée à l'IFCS, l'infirmière, qui veut devenir cadre, doit de nouveau faire un travail sur soi, et plus précisément sur son positionnement social. Après s'être efforcée d'acquérir une reconnaissance sociale de sa fonction hiérarchique dans un poste sans assise statutaire, il lui faut effectuer une opération inverse. Occuper un statut d'étudiant exige d'adopter pendant quasiment un an une position de soumission envers les formateurs, enseignants et intervenants détenteurs d'un pouvoir de sanction (positive ou négative) à travers les notes qu'ils attribuent.

Cette construction d'une identité sociale estudiantine est encore plus complexe qu'il n'y paraît, d'une part parce qu'elle est double et d'autre part parce qu'elle est temporaire. Les étudiantes en formation de cadre de santé relèvent non seulement des IFCS, mais également, de l'université et ce depuis l'« universitarisation » de leurs études auxquelles s'est greffée dans la plupart des instituts la délivrance d'un master (1 ou 2). Ces étudiantes, en formation continue, sont donc brusquement immergées dans le milieu scolaire et, de plus, confrontées à un monde qu'elles n'ont jamais fréquenté, celui de l'université. Situées entre deux univers différents, elles sont aussi au cœur de contradictions issues de conceptions pédagogiques et d'objectifs différents et parfois divergents.

L'étudiante est plongée dans une situation socialisatrice qui va s'avérer problématique, comme celle des étudiants en médecine (Becker *et al.*, 1961). Elle va devoir trouver des solutions, des réponses adaptatives face à des difficultés inédites, c'est-à-dire faire des choix qu'elle va construire collectivement avec ses consœurs et confrères de promotion. Elle apprend ainsi à faire face à une lourde charge de travail imposée tant par les formateurs de l'IFCS que par les enseignants universitaires. Jusqu'aux premiers partiels programmés courant décembre et janvier, elle tente d'assimiler le maximum de connaissances et travaille d'arrache-pied pour réussir ses examens et avoir des bonnes notes, notamment afin de se prouver à elle-même, mais aussi souvent à son entourage (professionnel et familial, et notamment ses enfants) qu'elle est capable « d'y arriver ». Généralement, les résultats de ces épreuves sont rassurants et lui permettent de poursuivre sa formation plus sereinement.

Ces épreuves étant surmontées, un apaisement se produit à mi-parcours, mais une perspective majeure demeure, celle des moyens à

mettre en œuvre pour réaliser le mémoire qui doit être remis en mai et soutenu en juin. Ce travail concentre des tensions entre les visions (et les visées) universitaires et professionnelles. Les étudiantes, surtout si elles sont inscrites en master 2, sont tenues de mener une démarche de recherche objective et distanciée, tout en produisant parallèlement un rapport professionnel d'analyse d'une situation concrète débouchant sur des préconisations de résolution de problèmes. Ce travail s'appuie sur des enquêtes de terrain menées en milieu hospitalier dans lequel ces étudiantes sont impliquées surtout s'il s'agit de leur employeur. Si le sujet choisi touche une problématique professionnelle sensible (absentéisme, manque de personnel, statut des faisant fonction, malaise des cadres, etc.), il n'est pas exclu que la directrice des soins demande à être informée des démarches de l'étudiante (contenu du questionnaire, nom des agents interviewés, services investigués, etc.) bafouant ainsi les règles déontologiques de préservation de l'anonymat des personnes contactées.

Dès leur entrée en formation, les étudiantes sont confrontées à ces enjeux de lutte qu'elles décryptent progressivement afin de construire leur positionnement d'étudiante. Mais ce travail, s'il est important, puisque déterminant dans l'évaluation de leurs productions écrites ou orales, requiert un investissement délimité dans le temps. Elles sont conscientes du caractère transitoire et temporaire de leur statut d'étudiante, l'objectif principal étant d'être transformées en cadre de santé à l'issue de cette formation. De ce fait, en mars ou avril, une préoccupation d'ordre professionnel refait surface : l'étudiante pressent qu'elle va devoir abandonner son statut transitoire et envisager son retour au travail, et ainsi devoir se projeter en tant que cadre dans le poste qui va lui être attribué.

Le retour en emploi

La remise des diplômes de cadre de santé, début juillet, marque la fin de la vie estudiantine et la reprise immédiate de la vie professionnelle. Le retour dans le poste où l'infirmière faisait fonction de cadre demande une conversion identitaire qui se produit dans la confrontation entre la cadre fraîchement diplômée et les agents de l'unité qu'elle a quittés dix mois auparavant. La nouvelle cadre éprouve un sentiment ambivalent de satisfaction et de déception : d'une part, le soulagement d'avoir obtenu son diplôme et d'être arrivée au terme d'une formation intense ; d'autre part, la frustration d'être rattrapée par la routine, les urgences du quotidien dans un milieu où rien ne semble avoir changé depuis son départ, alors qu'elle revient avec l'intention d'innover, de mettre en place des projets pour

améliorer la qualité des soins et les conditions de travail des agents. Le poids du fonctionnement de la structure hospitalière et de ses priorités entrave les initiatives. De plus, cette cadre débutante doit faire face à la frilosité, quand il ne s'agit pas de la méfiance, des soignantes de son équipe qui s'interrogent sur les éventuelles transformations de leur ex-faisant fonction.

Les inquiétudes exprimées par les subordonnées montrent que cette nouvelle étape se joue toujours dans le cadre d'interactions et que l'interprétation du nouveau rôle professionnel va dépendre en grande partie des attentes des interlocuteurs que la cadre va trouver sur son chemin, même si elle peut désormais s'appuyer sur un statut officiel. Toutefois, cette reconnaissance statutaire et légale ne lui est pas immédiatement accordée, puisqu'il faut attendre que la procédure du concours sur titre soit mise en place par son employeur dans les mois qui suivent son retour.

Conclusion

De manière générale, les conditions non réglementaires sont nombreuses, diversifiées et difficiles à cerner avec précision car dépendantes des initiatives locales et non répertoriées. Certaines directions de soins renforcent les modalités organisationnelles (Wolf, 2015), par exemple, en complétant le repérage et la désignation des agents à potentiel par une procédure de sélection des meilleurs projets professionnels des faisant fonction. Ces derniers disposent d'une année pour construire leur projet et doivent le soumettre à terme devant un jury local qui donnera ou non son accord au candidat pour tenter le concours de cadre de santé, bafouant ainsi le principe de libre accès d'entrée en formation. Des employeurs vont jusqu'à proposer un contrat moral de professionnalisation : « Cette démarche est l'apanage de quelques établissements mais il semblerait que l'idée commence à séduire les autres établissements (...). [Ceux] ayant entamé une procédure d'accompagnement ont formalisé le contrat passé avec les faisant fonction mais sur une durée déterminée, soumis à l'obligation de se présenter au concours d'entrée à l'IFCS. La durée d'accompagnement est comprise entre deux ou trois ans. » (Chauvancy, 2015 : 55-56). On ne saurait donc dire que la dérégulation de la carrière des cadres de santé en devenir se résume à un simple effet du Nouveau Management Public qui restructure aujourd'hui le monde hospitalier.

Certes, les dernières réformes nationales, et notamment celle de 2005 qui a instauré la « nouvelle gouvernance des établissements

publics de santé »⁶, ont fortement contribué à redéfinir la mission des cadres de santé. Les pôles d'activité ont été mis en place, à la tête desquels se situe le « trio de pôle » composé d'un chef de pôle, d'un cadre (souvent supérieur) de santé et d'un cadre administratif. Le « pilotage médico-économique » de l'hôpital s'appuie sur un « principe de subsidiarité » censé favoriser « la transmission de l'autorité et des marges de décision aux échelons les plus proches de la production de soins. » (Vallet et Zeggar, 2010 : 3). Parallèlement à ces nouvelles dispositions, les employeurs et le groupe professionnel des cadres de santé ont co-construit de nouvelles modalités de production des cadres qui s'articulent aux mesures relevant du Nouveau Management Public. Les directions d'hôpital, y compris les directions de soins, ont trouvé un avantage certain à l'introduction de méthodes du privé (repérage, « détection des talents », accompagnement, « professionnalisation », évaluation, etc.)

Les IFCS, quant à eux, ont introduit l'« universitarisation » et la « mastérisation » de leur formation sans que le ministère de la Santé ne les ait incités de le faire. Cette revalorisation de la formation, qui, dans certains instituts, octroie aux diplômés un niveau master 2, n'est pas sans satisfaire les professionnels qui y voient un atout à faire valoir au-delà du marché fermé du travail hospitalier, par exemple auprès d'établissements privés ou associatifs du secteur sanitaire et social où ils peuvent postuler sur des postes de directeurs. Comme le signalait Catherine Paradeise à propos de la dérégulation du marché de la marine marchande, la transformation de l'offre de formation avec la délivrance d'un diplôme national modifie les stratégies individuelles : « Les candidats à la recherche de titres s'attachent plus à la valeur d'échange qu'à la valeur d'usage des diplômes qu'ils convoitent. » (Paradeise, 1984 : 371). « L'effet certifiant » représente un atout symbolique rentable pour des cadres de santé appelés à devenir des cadres-managers polyvalents, qui du fait de leur déspecialisation ont le loisir de briguer des postes du secteur public comme du secteur privé.

Le local rejoint le national. La déréglementation de l'emploi des agents sous statut public s'instaure progressivement autant « par le haut » que par le « bas », sans que ces tendances compatibles ne soient vraiment orchestrées. L'évolution de la situation des cadres de santé de la fonction publique hospitalière est donc intéressante car révélatrice de transformations en cours dans toute la fonction publique.

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

Liens d'intérêts : Q2

RÉFÉRENCES

- Allouche-Benayoun J., Kançal M-C., 1986, Trajectoires professionnelles de femmes cadres, In : Aubert N., Enriquez E., de Gaulejac V., ed., *Le sexe du pouvoir. Femmes, hommes et pouvoirs dans les organisations*, Paris, Desclée de Brouwer, 260-273.
- Becker H., Geer B., Hughes E., Strauss A., 2007 (1961), *Boys in White. Student Culture in Medical School*, New Brunswick and London, Transaction Publishers.
- Belorgey N., 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte.
- Belorgey N., 2013, Pourquoi attend-on aux urgences ? *Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière*, *Travail et Emploi*, 133, 25-38.
- Bourret P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan.
- Boussard V., 2011, Des cadres de promotion rétifs au changement ? L'exemple de la SNCF, In : Bouffartigue P., Gadea C., Pochic S., eds., *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, 93-103.
- Casteran Sacreste B., 2016, La formation des professions de santé en 2014, *Document de travail, Série statistiques*, Paris, DREES, n° 198, janvier.
- Chauvancy M-C, 2015, Faisant fonction : vers une politique vertueuse ou une pérennisation par défaut ?, In : Bourgeon D., ed., *Faire fonction de cadre*, Paris, Ed. Lamarre.
- Coenen-Huther J., 2006, Compréhension sociologique et démarches typologiques, *Revue européenne de sciences sociales*, tome XLIV, 135, 195-205.
- Dardel-Lesmarie A., 2013, *Rapport de la présidente du jury. Concours d'accès au cycle préparatoire de directeur des soins*, Paris, Centre national de gestion, 30 mai, www.cng.sante.fr/IMG/pdf/CP-DDS_2013.pdf.
- Darmon M., 2008, La notion de carrière : un instrument interactionniste d'objectivation, *Politix*, 21, 82, 149-167.
- Darmon M., 2010, *La socialisation*, Paris, Armand Colin, collection 128.
- Demazière D., Gadea C., 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, La Découverte.
- Divay S., 2012, *Les carrières des infirmières, plus horizontales que verticales*, Marseille, Céreq, Net.Doc, n° 90, <http://www.cereq.fr/index.php/publications/Net.Doc/Les-carrieres-des-infirmieres-plus-horizontales-que-verticales>.

- Divay S., Gadea C., 2008, Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue Française d'Administration Publique*, 4, 128, 677-687.
- Divay S., Gadea C., 2015, Aggiornamento managériale des établissements publics et dynamiques professionnelles. *Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé*, *Gouvernement et Action Publique*, 4, 81-99.
- Feroni I., Kober-Smith A., 2005, La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne, *Revue Française de Sociologie*, 46, 3, 469-494.
- Gerhardt U., Kirchgässler K., Laroche F., 1987, Analyse idéaltypique de carrières de patients, *Sciences Sociales et Santé*, 5, 1, 1987, 41-91.
- Gheorghiu M., Moatty F., 2013, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Ed. Liaisons.
- Hughes E. C., 1981, (1958), *Men and Their Work*, Westport, Connecticut, Greenwood Press.
- Hughes E. C., 1996, *Le regard sociologique. Essais choisis*, Textes rassemblés et présentés par J-M Chapoulie, Paris, Éditions de L'EHSS.
- Legendre M., 2015, Le point de vue de la DRH, In : Bourgeon D., *Faire fonction de cadres de santé*, Paris, Ed. Lamarre, 19-37.
- Mas B., Pierru F., Smolski N., Torrielli R., 2011, *L'hôpital en réanimation*, Paris, Éditions du Croquant.
- Montésinos A., 1993, *Surveillante. Une fonction à reconsidérer*, Paris, Arnette.
- Paradeise C., 1984, La marine marchande française : un marché du travail fermé ?, *Revue Française de Sociologie*, 25, 3, 352-375.
- Pierru F., 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant
- Poisson M., 1998, *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Vincennes, Éditions Hospitalières.
- Poisson M., 2016, Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français, In : Divay S. eds., *Cadres en devenir. Transformations, socialisations, tensions*, Toulouse, Octarès.
- Schepens F., 2014, *Trouver et tenir sa place. Socio-anthropologie des groupes professionnels*, Habilitation à diriger des recherches en sociologie, Dijon, Université de Bourgogne.
- Singly de C., 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Remis à la ministre de la santé et des sports, <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/094000432.pdf>.
- Tréanton J-R., 1960, Le concept de "carrière", *Revue Française de Sociologie*, 1, 73-80.
- Vallet G., Zeggar H., 2010, *Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé*, Paris, Inspection générale des affaires sociales, février.

Weber M., 1965, *Essai sur la théorie de la science*, Paris, Librairie Plon.
Wolf S., 2015, *La “fabrique” institutionnelle des cadres de santé*, Mémoire de master 2, Administration économique et sociale, Parcours Encadrement des unités de soins, Reims, Université de Reims.

ABSTRACT

Q1

For some decades hospitals have been subject to measures of expenditure control and restriction. Hospital staff are confronted with frequent, often contradictory and painful changes, which lead to an intensification of their workload. In this context, decision-makers must rely on relays capable of making their decisions acceptable and implement them. Because of their proximity to healthcare givers, health managers are expected to be efficient. Therefore their training becomes a crucial issue for the expected management of hospitals. In addition to the regulations governing the statutory careers of hospital employees in the public service, organizational and local rules from the private sector are introduced as a contribution to the new public management of public hospitals. These developments participate into the transformation of public hospital into company-hospital.

RESUMEN

La nueva fábrica de una carrera de gerente de salud en los hospitales.
Entre regulación y cooptación

Desde hace algunas décadas, los hospitales están sometidos a medidas de control y de limitación de sus gastos. Todo el personal hospitalario se enfrenta a cambios frecuentes, a menudo contradictorios y difíciles, que llevan a una intensificación de su carga de trabajo. Los directores deben contar con intermediarios capaces de hacer aceptar sus decisiones. Debido a su proximidad con los cuidadores, los administradores son actores clave destinados a ser “buenos managers”. Como resultado, la fabricación de estos gerentes se convierte en una cuestión fundamental para el “buen funcionamiento” de los hospitales. Además de las condiciones reglamentarias que rigen las carreras estatutarias del personal de la función pública hospitalaria, se establecen normas organizativas y locales propias del sector privado que pertenecen a una de las formas de la Nueva Gestión Pública. Estos desarrollos contribuyen a la mutación del hospital público en hospital-empresa.

Questions à l'auteur

Merci de bien vouloir répondre directement dans le texte à l'emplacement concerné aux différentes questions et/ou remarques listées ci-dessous.

Q1 merci de donner le titre de l'abstract

Q2 merci de déclarer les liens d'intérêts en rapport avec cet article