

## Congrès AFSP Paris 2013

### **ST 4 Les politiques de réforme de l'Etat et des services publics : une approche par les activités des « cadres intermédiaires » de l'administration »**

#### **Sophie Divay**

Maître de conférences en sociologie,  
Université de Reims, Cerep  
sophie.divay@wanadoo.fr

#### **Charles Gadea**

Professeur de sociologie  
Université de Versailles Saint Quentin en Yvelines  
Centre de recherches Versailles Institutions Publiques  
charles.gadea@uvsq.fr

### **Le développement de la notion de cadre dans les établissements publics. Eléments d'analyse à partir du cas des cadres de santé**

*« Les cadres dans les établissements publics de santé se répartissent en plusieurs sous-ensembles distincts : soignants, médico-techniques, sages-femmes, formateurs, administratifs, logistiques et techniques. Quelle que soit leur spécialité, leur travail quotidien est également en pleine évolution suivant en cela les diverses étapes de la réforme de la gouvernance. Dans les hôpitaux, les cadres sont chargés aujourd'hui de mettre en place de nouvelles procédures et des démarches de plus en plus transversales correspondant au décloisonnement des services. Relais actifs, ils ont la responsabilité d'entraîner les autres catégories de personnels dans leur sillage pour élaborer des projets mettant en œuvre l'optimisation des moyens et la réorganisation de l'hôpital public. Avec cette première semaine nationale, un nouveau pas a été franchi : la fédération d'un groupe, jusque-là composé de professions diverses, sous la bannière du service public de santé. »*

CHU de Nancy  
Première Semaine nationale de l'encadrement  
dans les établissements publics de santé,  
21 au 24 septembre 2010  
<http://www.chu-nancy.fr/index.htm/page784langfr>

## **Introduction**

Paradoxalement, alors que nombre de travaux de sociologie des cadres mettent en avant le malaise des cadres ou annoncent la disparition de cette « figure sociale », la notion de « cadre » s'est fortement diffusée pendant les années 1990 et 2000 dans des espaces professionnels du secteur public au sein desquels elle n'avait pas cours. Nous nous intéresserons principalement au cas des cadres de santé dans cette contribution, mais, au-delà de leurs particularités, c'est un phénomène plus général de politiques publiques tendant à transformer certaines professions en relais des réformes inspirées par le New public management qu'il faut prendre en compte. Les cadres de santé apparaissent alors comme une des variantes d'une figure émergente qui combine des traits « professionnels » et des traits « managériaux », et qui se développe aussi bien dans les établissements scolaires que dans les commissariats ou les écoles, les tribunaux, voire dans les casernes. Nous tracerons d'abord un tableau des évolutions qui ont conduit à la construction de la catégorie contemporaine de cadre de santé (première partie), avant d'étudier la manière dont leurs fonctions et leur formation se voient redéfinies par la logique managériale (deuxième partie), qui se propage dans les hôpitaux mais dont les effets se font sentir de manière différenciée selon les segments professionnels (troisième partie). Enfin, nous esquisserons (de manière plus prospective) des similitudes qui peuvent être notées avec des logiques en cours dans d'autres secteurs du service public tels que le travail social, l'éducation, la police (quatrième partie).

### **1. Des surveillantes aux cadres de santé**

Plusieurs étapes ont jalonné l'histoire de l'encadrement du personnel soignant. Les surveillantes d'hier portent aujourd'hui le titre de cadres de santé. Cette population a connu des vagues successives de transformation : laïcisation, professionnalisation puis « managérialisation ». Malgré ces changements de fond, les cadres demeurent comme leurs prédécesseurs marqués par un rapport complexe, parfois tendu, avec le métier de soignante ou d'infirmière.

#### **1- 1- Un long passé**

Les premières surveillantes appartenaient à des congrégations religieuses. Ces sœurs occupaient un rôle central dans les services : « Fonction de surveillance, d'intendance, de maintien de l'ordre et de la discipline plus que fonction de soignante avec laquelle elles n'ont qu'un rapport lointain par le biais d'un personnel laïque qu'elles utilisent et encadrent. » (Poisson, 1998, p. 40).

Si le courant de laïcisation des hôpitaux a fait disparaître ce personnel religieux, il n'en a eu raison que progressivement. L'éviction des sœurs et des aumôniers s'est d'abord produite dans les établissements de l'Assistance publique. Entre 1878 et 1888, dix-sept hôpitaux sont laïcisés à Paris. Il en va tout autrement en province : « Par rapport à la laïcisation de l'enseignement, la volonté politique de laïciser les hôpitaux est moins évidente : la question demeure au second plan, compte tenu d'une opinion publique très attachée aux religieuses soignantes. (...) Les médecins eux-mêmes sont partagés sur la question de la laïcisation, d'autant plus qu'ils constatent l'absence d'un personnel capable de remplacer immédiatement la sœur de charité. » (Knibiehler, 1984). Cette laïcisation prendra des décennies avant

d'achever son œuvre. Si en 1954, on comptait encore 12 000 religieuses dans les hôpitaux, leur catégorie s'éteint au cours des années 1960. (Maillard, 1986).

### Encadré 1. Eléments statistiques relatifs aux cadres de santé des hôpitaux publics

Tableau 1 : Taux d'encadrement par filière dans les établissements publics de santé au 31 décembre 2007 (1)

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

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

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

Effectifs des différentes catégories de cadres :

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

La filière infirmière représente ainsi la principale part des professionnels au sein des établissements de santé, d'où un nombre élevé de cadres de santé parmi les cadres hospitaliers.

La professionnalisation des surveillantes est liée à celle des infirmières. Si ces dernières obtiennent la création d'un diplôme d'Etat en 1922, beaucoup continueront d'exercer sans qualification pendant encore des années. La formation n'est pas systématiquement suivie et le diplôme pas toujours possédé. Jusque dans les années soixante, des infirmières dites « autorisées » peuvent en effet exercer la profession de façon dérogatoire (voir encadré ci-dessous). Les résultats d'une enquête de l'Ined (Baudot, Vimont, 1968), réalisée auprès d'hôpitaux publics français, met en évidence la progressive disparition de ces infirmières « autorisées » : dans l'échantillon des établissements étudiés, elles représentent 7 % des effectifs des infirmières laïques en 1964, 6,2 % en 1965 et 5 % en 1966.

Pour leur part, les surveillantes ont dû attendre les années 1950 avant de pouvoir bénéficier d'une formation spécifique. Toutefois, malgré la création d'un diplôme, nombre d'entre elles ont continué d'être promues à l'ancienneté, comme encore aujourd'hui dans les cliniques

privées où les cadres en exercice ne sont toujours pas légalement obligés de posséder le diplôme d'Etat délivré par les Instituts de formation des cadres de santé (IFCS) .

**Encadré 2. Loi n°372 du 15 juillet 1943 relative à la formation des infirmières ou infirmiers hospitaliers, à l'organisation et à l'exercice de leur profession.**

Art 6 - « Par dérogation aux dispositions de l'article 2 ci-dessus et jusqu'à ce que le nombre de diplômés d'Etat soit devenu suffisant pour répondre à tous les besoins d'exercice de la profession est permis, pour un ou plusieurs établissements ou pour un mode d'activité déterminé :

1° Aux personnes dépourvues de certificats, titres ou attestations dont la liste et les conditions de validité seront établies par arrêté du secrétaire d'Etat à la santé et à la famille ;

2° Aux élèves préparant le diplôme d'Etat pendant la durée de leur scolarité, mais seulement dans les établissements ou services agréés pour recevoir des stagiaires.

## **1- 2- La professionnalisation des encadrantes de personnel soignant**

L'apparition d'une définition officielle de la fonction de surveillante est tardive. Le premier décret faisant mention de leur mission date de 1943 :

« Les surveillantes dirigent les services des malades et le personnel placé sous leurs ordres, sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et sous l'autorité du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. » (Décret du 17 avril 1943 n°831).

En 1962, un autre texte apporte quelques précisions : « Peuvent être promus au grade de surveillant ou de surveillante et à la condition d'être légalement habilités à exercer la profession d'infirmière dans les services où il doivent être affectés, les infirmiers et infirmières spécialisés, les infirmiers et les infirmières diplômés d'Etat ayant accompli huit ans au moins de services effectifs en qualité de titulaire ou de stagiaire dans l'un des emplois visés aux articles 5, 6 et 10 ci-après. Toutefois la durée minimum de service prévue à l'alinéa précédent est fixée à cinq ans pour les agents titulaires du diplôme d'infirmière surveillante institué par le décret n°58.1104 du 14 novembre 1958. » (Décret du 2 février 1962 n° 62.132)

Un lien étroit est établi entre la fonction de surveillante et le métier d'infirmière. Les encadrantes du personnel soignant doivent non seulement être issues du rang, c'est-à-dire avoir suivi la formation d'infirmière et posséder le diplôme d'Etat, mais également être des professionnelles expérimentées (*cf.* l'obligation d'une durée minimum de service). Formation, diplôme d'Etat, expérience professionnelle, telles sont les caractéristiques requises à cette époque pour prétendre pouvoir occuper légitimement un poste de surveillante.

Ces conditions semblent à un tel point couler de source que les définitions officielles demeurent rares : « Si les infirmières et les infirmières générales sont abondamment pourvues de références réglementaires, les surveillantes, par contre, sont à peu près ignorées par les textes. Ainsi, dans le "Statut du personnel infirmier" qui rassemble toute la réglementation nécessaire à la gestion administrative de l'ensemble des agents, on ne trouve aucun texte particulier sur les surveillantes. Ce statut remis à jour chaque année comprend, pour 1978, sept livres totalisant 2 151 pages. Le mot "surveillante" est cité pour manifester tout au moins l'existence administrative de cet emploi. Il figure aussi dans une partie des tableaux

présentant les carrières, les échelons, les indices du “personnel soignant des services médicaux”. » (Montésinos, 1993, p. 26)

C'est dans le domaine de la formation que les avancées les plus nettes sont observables. On doit à la Croix Rouge l'ouverture en 1951 de la première école de formation à l'encadrement. Il faudra attendre 1958 pour que cette formation soit sanctionnée par un diplôme : conçu sur le modèle du programme de formation initié par la Croix-Rouge française, les certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmière monitrice (CAFIS et CAFIM) font leur apparition (décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, JO 19 novembre 1958, n°10400).

Le CAFIS et le CAFIM sont supprimés en 1975 et fondus en un certificat unique de cadre infirmier (CCI) (Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier, JO du 12 octobre 1975 n°10566). La formation de cadre n'est accessible qu'aux infirmières ayant exercé leur profession pendant au moins trois années, dont deux en service. « La sélection s'effectue alors exclusivement sur des épreuves professionnelles de type contrôle de connaissances. La réussite à ce concours confirme l'expertise professionnelle du candidat et entraîne de fait une reconnaissance de ses pairs » (Oubry, 2004, p. 6). Si les activités de formatrice (monitrice) et d'encadrante ne sont plus distinguées, le nouveau diplôme garde l'empreinte de l'origine professionnelle infirmière.

## **2- La « managérialisation » des encadrantes**

La professionnalisation de la fonction de surveillante s'est traduite par la mise en place de formations, de certificats puis d'une formation et d'un diplôme unique qui rassemblent en un même groupe les professionnelles de la « surveillance » des infirmières et celles de la formation des élèves infirmières.

La « managérialisation » relève d'un processus autre que celui de la professionnalisation. L'objectif visé est de transformer le groupe professionnalisé des surveillantes en un corps de cadres-managers. Cette volonté émane des pouvoirs publics qui, parallèlement aux réformes budgétaires de l'hôpital, vont miser sur ces encadrantes dites de proximité pour favoriser l'enrôlement des soignants dans les différents dispositifs de « modernisation » et de restructuration des établissements publics de santé.

### **2. 1. De réforme en réforme**

Des changements, des innovations et des mesures vont contribuer à cette « managérialisation » des surveillantes. On citera tout d'abord la création en 1975 du grade d'infirmier général qui participe à la construction d'une ligne hiérarchique infirmière permettant un affranchissement partiel des infirmières et de leurs chefs du pouvoir médical et administratif. Cette autonomisation a répondu aux revendications de certains représentants du groupe professionnel infirmier : « La hiérarchie infirmière, longtemps, se limita aux surveillants et surveillants chefs, dont la fonction avait pour cadre les services hospitaliers. Depuis 1948, l'Association française des infirmiers, infirmiers diplômés et élèves (l'ANFIDE), revendiquait le renforcement d'une hiérarchie infirmière pour offrir une carrière aux infirmiers d'une part, et d'autre part, pour mieux encadrer une fonction de plus en plus complexe et éclatée. Le grade de surveillant général est apparu, sommet de la hiérarchie infirmière, faisant figure de “bâton de maréchal” sans véritable visibilité institutionnelle mais

non sans utilité fonctionnelle. (...) C'est le décret du 11 avril 1975 qui crée le grade d'infirmier général et d'infirmier général adjoint. » (Schweyer, 1993, p. 128).

Le groupe professionnel des infirmières s'affranchit partiellement du pouvoir des médecins à travers l'avènement de cette position au sommet d'une toute nouvelle hiérarchie infirmière : « Relevant du cadre A de la fonction publique, et placée sous l'autorité du directeur d'hôpital, celle-ci organise et contrôle le service infirmier nouvellement créé. A la fin des années soixante-dix se dessine ainsi la première formalisation d'une ligne hiérarchique complète, qui comprend les surveillantes d'unités de soins, les surveillantes-chefs, dont le nombre est renforcé, et à leur sommet l'infirmière générale. La profession médicale n'intervient plus dans les procédures de recrutement des surveillantes quel que soit leur niveau hiérarchique. » (Feroni, Kober-Smith, 2005, p. 475).

Au milieu des années 1990, une autre évolution se fait jour, celle de l'instauration d'une rupture du lien traditionnel entre le métier d'origine d'infirmière et la fonction de surveillante. Cette volonté va être appliquée à l'aide de nouvelles réformes.

En 1995, un décret transforme et élargit les conditions d'entrée dans la profession d'encadrante. Le diplôme de cadre de santé (DCS) est ouvert à l'ensemble des professionnels paramédicaux réglementés et remplace tous les autres certificats cadres. A partir de 2001, ce diplôme devient obligatoire pour exercer la profession de cadre de santé, tout au moins dans le secteur public.

De ce fait, la formation devient potentiellement accessible à un plus grand nombre de professionnels non seulement issus de la filière infirmière, mais aussi des filières de rééducation et médico-technique (Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, JO 20 août 1995, n°12468).

### **Encadré 3. Liste des professionnels de santé autorisés à suivre une formation de cadre de santé depuis 1995**

1° Dans la filière infirmière :

- infirmières diplômé d'Etat,
- infirmières spécialisées de bloc opératoire,
- infirmières spécialisées anesthésistes,
- infirmières spécialisées puéricultrices.

2° Dans la filière de rééducation :

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

3° Dans la filière médico-technique :

- préparateurs en pharmacie hospitalière,
- techniciens de laboratoire médical,
- manipulateurs d'électroradiologie médicale.

Pour les cadres de santé (anciennement surveillantes), la promotion à l'ancienneté disparaît (Décret n° 2001-1375 du 31/12/2001, titre Ier article 2, portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière). Il n'existe plus qu'un seul mode d'accès au grade, celui du concours sur titre, interne ou externe, ouvert aux candidats titulaires du diplôme de cadre de santé ou d'un certificat équivalent. Autrefois classés dans la catégorie B de la fonction publique hospitalière, les cadres de santé accèdent à la catégorie A et bénéficient d'une grille indiciaire revalorisée.

L'évolution du contenu de la formation est également un révélateur de ce travail de métamorphose qui s'opère sur la catégorie des encadrantes : le nouveau programme de 1995 « parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire amorcée dans les programmes précédents. Une comparaison des quatre programmes officiels montre la diminution de la place de la clinique dans cette formation. A partir de 1995, les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion. » (Bourret, 2006, p. 37). Le tableau (placé ci-dessous) dans lequel Sophie Reinhardt (2001, p. 187) met en regard les caractéristiques des différents certificats et diplômes successifs illustre également l'avancée du processus de managérialisation de ce groupe professionnel.

<b>Encadré 3. Certificats et diplômes d'encadrants du personnel soignant</b>			
	<b>1985</b>	<b>1975</b>	<b>1995</b>
	Certificat d'aptitude aux fonctions de surveillante et de monitrice	Certificat de cadre infirmier	Diplôme de cadre de santé
Décret	n°58-1104 du 14 novembre 1958	n°75-928 du 9 octobre 1975	n°95 du 18 août 1995
Durée des études	8 mois	9 mois	9 mois et demi
Ancienneté exigée	3 ans à temps plein en hospitalisation pour les surveillantes 3 ans à temps plein dont 2 ans en hospitalisation pour les monitrices	3 ans à temps plein dont 2 ans en extrahospitalier A partir de 1981, 5 ans d'ancienneté dont 3 ans en hospitalisation ou en extrahospitalier	5 ans puis 4 ans depuis 1997, en équivalent temps plein
Objectifs	Connaître l'organisation du travail et des soins Développer une capacité de contrôle Connaître l'hygiène des soins et de l'ensemble des locaux	Savoir évaluer les professionnels du soin Développer sa capacité de promoteur des soins Apprendre à construire des projets et à les mettre en œuvre	Acquérir les savoirs théoriques et techniques propres aux métiers de cadres hospitaliers Développer une capacité d'analyse des situations de travail en milieu hospitalier
Contenu	Santé publique dans le monde et en France Fonctionnement des services de santé	Soins infirmiers hospitaliers et extrahospitaliers Place de l'éducation individuelle et collective Politique de santé	Concepts, principes, démarches, indicateurs et grands problèmes de santé publique La politique en santé et ses moyens
Total stages	-	400 heures	390/450 heures
Total général	-	1 100 heures	1 260 heures

Les glissements sémantiques qui ont touché le titre des encadrantes (voir tableaux ci-dessous) constituent symboliquement une autre manifestation de cette conversion des professionnelles consacrées à la surveillance en managers des temps modernes hospitaliers. L'introduction du nom de cadre s'est faite par le biais d'une douce évolution, c'est-à-dire à travers la transitoire conservation de la référence au métier (cadre « infirmier »), puis par son abandon, permettant de signifier l'élargissement professionnel du corps de ces cadres (cadres de santé).

#### Encadré 4. Intitulés d'emploi des soignants et de l'encadrement des soins

##### Titres d'emploi successifs des encadrantes de personnel soignant

Titre de la fonction d'encadrement	<b>Surveillante</b> jusqu'en 1975	<b>Cadre infirmier</b> 1975 - 1995	<b>Cadre de santé</b> à partir de 1995
Diplômes	CAFIS (1958) CAFIM (1958) CAFICSP (1973)	Certificat de cadre infirmier (1975)	Diplôme de cadre de santé (1995)

##### Changements de titres des membres de la ligne hiérarchique infirmière

Anciens titres	Titres actuels
Infirmière générale	Directeur de soins infirmiers (DSI) coordinateur des soins ??
Surveillante chef Surveillante générale Cadre infirmier supérieur	Cadre de santé supérieur
Surveillant de soins Cadre infirmier	Cadre de santé

Les cadres de santé se voient aujourd'hui attribuer des missions qui relèvent des domaines de la gestion et du management. Si l'on se réfère à la fiche du poste du cadre de santé figurant dans le Répertoire des métiers de la fonction publique (*cf.* tableau ci-dessous), quatre grandes dimensions d'activité peuvent être dégagées : la gestion de ressources humaines (organisation des services, coordination, le suivi des personnels titulaires, stagiaires, précaires, etc.) ; la gestion des moyens matériels et financiers (contrôle, reporting, tableaux de bord, etc.) ; la conduite de projets (rapports d'activités, veille, etc.) ; la garantie de la qualité des soins (sécurité, hygiène, protocoles, etc.). On remarquera que le travail de soin est totalement absent de cette liste de tâches prescrites et que le terme de patients n'apparaît pas une seule fois.



## Encadré 5. Répertoire des métiers de la fonction publique

<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>

### Cadre responsable d'unité de soins

**Famille :** Soins

**Sous-famille :** Management des soins

### Information générale

#### Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique

ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

#### Autres appellations :

Cadre de santé

Surveillant

### Activités

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

### Savoir-Faire

- 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, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

Finalement, le groupe des cadres de santé était déjà grandement préparé, ou tout au moins sensibilisé, à une conversion identitaire professionnelle lorsque que Chantal de Singly<sup>1</sup> s'est vue confier une mission par la ministre de la santé et des sports portant sur les cadres hospitaliers. Sans chercher à résumer ici le volumineux rapport qu'elle a remis en septembre 2009, on peut toutefois retenir que l'auteure a non seulement dressé un état des lieux de la

---

<sup>1</sup> Chantal de Singly a été directrice de plusieurs hôpitaux parisiens (Saint-Antoine, Armand-Trousseau, etc.). Elle a ensuite dirigé l'Institut du management de l'École des Hautes Études en santé publique. Puis, fin 2009, elle a été nommée directrice générale de l'agence de santé de l'Océan Indien. Elle est aujourd'hui directrice de l'ARS Bretagne.

situation de cadres de santé à l'hôpital public, mais aussi émis de nombreuses propositions (37) regroupées au sein des six rubriques suivantes :

- 1- « Pour une réelle politique managériale au sein de chaque établissement »,
- 2- « Pour une reconnaissance universitaire de la formation des cadres et le renforcement du lien avec le métier<sup>2</sup> »,
- 3- « Pour une dynamique régionale du développement des compétences managériales et de soutien des cadres »,
- 4- « Pour un accompagnement national des projets et des innovations par les cadres »,
- 5- « Pour valoriser les niveaux de responsabilités des cadres par les statuts et les rémunérations »,
- 6- « Pour porter et piloter les suites de la mission ».

Les intitulés de chacune de ces six rubriques parlent d'eux-mêmes et traduisent l'orientation donnée à ce rapport. Chantal de Singly insiste fortement sur la dimension managériale de la fonction de cadre de santé, qu'elle entend revaloriser, notamment pour répondre aux griefs des cadres de terrain consultés, qui se plaignaient d'un manque de reconnaissance, de marge de manœuvre et leur faible rémunération.

La question de l'universitarisation de la formation, parallèlement à celle des infirmières mise en place en 2009 dans le cadre de la réforme du LMD (Licence, master, doctorat), est également soulevée et il est prévu d'accorder le grade de master (1 ou 2) aux cadres de santé, ce qui n'est pas sans reconsidérer non seulement le contenu de formation, mais aussi le statut des IFCS et de leur personnel, notamment si les facultés (de médecine ou de sciences humaines) devaient à terme devenir les porteuses de ce cursus.

Le groupe professionnel des cadres de santé n'est pas touché au hasard par de telles transformations. Elles s'inscrivent dans le cours de l'histoire des nombreuses réformes hospitalières, et notamment de celle de 2005 qui a instauré la « nouvelle gouvernance des établissements publics de santé »<sup>3</sup>. A cette occasion, les pôles d'activité et la tarification à l'activité (T2A) ont été mis en place. A la tête de l'organisation dite « polaire » de l'hôpital est placé le « trio de pôle » composé d'un chef de pôle, d'un cadre supérieur de santé et d'un cadre de gestion. 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, Zeggar, 2010, p. 3).

Après le rapport de Singly de 2009, celui de Toupillier et de Yahiel Michel insiste en 2011 sur le rôle central de l'encadrement intermédiaire dans un tel contexte de « modernisation ». Dans cette perspective et selon ces auteurs, « de nouvelles coopérations doivent s'instaurer entre le chef de pôle, autres praticiens, cadres supérieurs et cadres de santé, de même qu'entre directeurs des soins et services supports, au premier rang desquels la DRH. (...) Hiérarchies médicale, soignante, socio-éducative, administrative et technique doivent ainsi s'articuler en de nouvelles formes de régulation, sous le regard des équipes souvent nombreuses, voire très nombreuses, d'autant plus en attente que l'emprise du quotidien ne se desserre pas rendant malaisé de dégager des temps d'échange et de réflexion partagés. » (Toupillier, Michel, 2011, p. 13). Se trouve ainsi réaffirmée la place à part entière des cadres de proximité au sein de la ligne hiérarchique, ou plus exactement des lignes hiérarchiques puisqu'ils sont situés à la fois par rapport au chef de pôle, à la direction des soins et à la direction des ressources humaines.

---

<sup>2</sup> Sous entendu : métier de cadre et non d'infirmière.

<sup>3</sup> Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

Pour les cadres de santé, une telle assignation de positionnement renferme un double objectif, celui de renforcer le poids de leur influence sur les équipes des soignants et celui d'augmenter leur éloignement du travail de soin.

## 2.2 Une logique qui rencontre des résistances

Les infirmières et surveillantes religieuses d'hier ont quasiment disparu. Les soignantes et les cadres de santé d'aujourd'hui sont désormais « professionnalisées », en tout cas davantage que leurs prédécesseures. Et demain, les cadres de santé se convertiront-elles en managers ? Sur certains points, l'avancée de cette transformation rencontre des obstacles.

On observe tout d'abord que les liens avec le métier d'infirmière persistent : dans le secteur public, le groupe des cadres de santé est encore constitué à plus de 85 % par d'anciennes infirmières ( De Singly, 2009, p. 26). La rupture avec le monde professionnel du soin n'est pas consommée. La loi de 1995 n'a pas produit les effets escomptés. La création d'un nouveau corps de cadres de santé n'a entraîné qu'une intégration limitée d'agents provenant des filières de rééducation et médico-technique. Ce résultat n'est pas uniquement imputable aux choix individuels des soignants. Les causes sont tout autant à rechercher du côté des modes de régulation structurels et des règles institutionnelles de gestion du personnel et des organismes de formation. Le fonctionnement des IFCS est contrôlé. Le nombre de places qu'ils peuvent offrir dépend de quotas fixés au niveau national par le ministère de la santé, et les conseils régionaux n'ont que la possibilité de procéder à une répartition de ces places sur leur territoire sans pouvoir en modifier le nombre<sup>4</sup>. En outre, l'offre de formation de chaque IFCS est encore déterminée par des agréments ministériels qui définissent le nombre d'étudiants par filières paramédicales et par professions. Les besoins nationaux et en région étant mesurés en fonction des postes de cadres vacants, les remplacements se font en reproduisant peu ou prou l'organisation existante des services, c'est-à-dire en privilégiant les agréments pour la filière infirmière, et ce d'autant que la création de postes de cadres de santé est rare (voir plus loin, &. 4- 2- 3- Les cadres « faisant fonction »).

Par ailleurs, des études démontrent que le contenu de travail réel des cadres de santé ne correspond pas aux prescriptions officielles, telles que les énonce, par exemple, le Répertoire des métiers de la fonction publique (voir plus haut). Nombre de cadres doivent faire face à des questions d'ordre organisationnel, matériel et relationnel directement liées au fonctionnement quotidien de leur service qui se révèlent bien éloignées de l'élaboration de projets, d'une gestion sophistiquée des ressources ou d'un management d'équipe permettant une évaluation et une valorisation des compétences des personnels. Elles parent au plus pressé et leur préoccupation centrale (qui relève d'une de leurs activités traditionnelles) est celle de la constitution du planning des soignantes et de son perpétuel remaniement pour faire face au manque de personnel, aux absences, aux arrêts maladie, etc. (Bourret, 2006 ; Reinhardt, 2011). Nos propres travaux de recherche, nous ont amenés à établir les mêmes constats que ce soit au sein d'un hôpital local (Divay, Gadea, 2008 , Divay, 2013a) ou au sein de cliniques privées (Divay, 2013b). On aurait pu s'attendre à ce que, dans ces établissements privés, les principes managériaux soient largement répandus. Or, un des directeurs interviewés exprime des attentes très traditionnelles envers ses cadres de proximité :

---

<sup>4</sup> Malgré le transfert aux Conseils régionaux de la responsabilité des formations sanitaires et sociales, conformément à la loi de décentralisation du 13 août 2004, l'Etat a conservé une grande partie de ses prérogatives.

*« Au niveau interne, elle [la cadre de santé] doit pour moi être ce qui améliore au quotidien le fonctionnement du service. C'est-à-dire le rouage du service, l'huile en quelque sorte, la durée d'huile qui va faire en sorte que les choses fonctionnent convenablement. Alors, je parle sur les aspects qu'on retrouve chez tout cadre de santé, organisationnel, etc., ça relève j'allais dire de leur mission initiale. Mais ce que... ce que je demande en plus, c'est sans que ce soit du tout péjoratif, c'est en même temps un peu cette fonction de gouvernante au sein même du service. C'est-à-dire qu'elles doivent être en même temps prestataires de service à l'égard des personnels qui seront au sein des services. Parce que si elles ont ce rôle de prestataire de service, donc de réponse à leurs attentes, forcément le patient va être mieux soigné derrière. Et puis, elles doivent aussi donc être à l'écoute et donc d'être autant que faire ce peut l'interface entre le corps médical et le service. »*

D'autre part, en dehors des milieux de travail, les cadres de santé ou leurs représentants exposent, sur la place publique, certaines de leurs oppositions ou résistances aux orientations ministérielles. Les propositions émises en 2011 par Michel Yahiel et Céline Mounier dans leur rapport sur une éventuelle réforme de la formation des cadres hospitaliers ont suscité de virulentes critiques de la part de certaines associations professionnelles qui se sont ouvertement opposées entre autres à la « mastérisation » telle que définie par les auteurs qui limitaient les cadres de santé au niveau du master 1, réservant éventuellement le master 2 aux cadres supérieurs de santé. Il était également envisagé d'instaurer une alternance des fonctions de cadres de terrain et de cadres formateurs tous les trois ans. Ce projet a été perçu comme la négation de la professionnalité spécifique des cadres formateurs : « La fonction de formateur demande une vraie légitimité résultant de l'appartenance à la profession paramédicale et de l'expertise pédagogique. » (Communiqué de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles paramédicales, mars 2011, <http://www.andep.fr/wp-content/uploads/2011/04/argumentaire-rapport-igas.pdf>)

Les oppositions au rapport Yahiel et Mounier sont à mettre en lien avec certaines inquiétudes des acteurs du milieu de la formation des cadres. Les débats sur l'universitarisation ont soulevé la question de l'utilité des IFCS et parmi les scénarii envisagés, leur disparition au profit de la création de Hautes écoles ou d'Instituts du management a été évoquée. Les IFCS sont en effet considérés par une partie des réformateurs comme des lieux conservateurs, reproducteurs de la logique de métier et éloignés de l'actualité des services et de leurs multiples restructurations. Les responsables des IFCS, cadres supérieurs de santé, pour la plupart anciens infirmiers, font figure d'agents déconnectés du terrain et crispés sur leurs logiques de carrière, logiques menacées si les IFCS venaient à disparaître : où retrouveraient-ils une place équivalente, notamment en termes de pouvoir et de responsabilités ? Quant aux formateurs, leur professionnalité est interrogée.

La sensibilité de ces enjeux explique les réactions vives que le rapport Yahiel et Mounier a suscité notamment de la part du Comité d'entente des formations infirmières et écoles de cadres (CEFIEC) dont les adhérents sont majoritairement des structures de formation de professionnels paramédicaux (infirmiers, cadres de santé, aides-soignantes, auxiliaires de puéricultures et infirmiers spécialisés), de l'Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales et de l'Association Française des Directeurs des Soins (voir encadré ci-dessous).

**Encadré 6. Communiqué de presse CEFIEC - ANDEP - AFDS du 21.02.11 sur le rapport YAHIEL – MOUNIER intitulé « Quelles formations pour les cadres de santé ? » Rejet ou volonté de dialogue !**

Le CEFIEC, l'ANDEP et l'AFDS demandent au Ministre du travail, de l'emploi et de la santé un véritable débat sur les enjeux de la formation des cadres de Santé de demain.

Le rapport YAHIEL – MOUNIER est inacceptable au niveau des recommandations relatives à la formation des futurs cadres de santé. Nous restons persuadés d'être à un moment décisif dans la formation aux métiers de la santé et que cela nécessite un regard global sur la totalité du dispositif avec des décisions politiques appropriées aux enjeux qui se dessinent.

En qualité de partenaires associatifs reconnus, le CEFIEC, l'ANDEP et l'AFDS travaillent à la rédaction de propositions innovantes en lien avec les aspirations des professionnels afin de structurer la formation des cadres de santé de demain.

Au vu du mécontentement de la profession face à certains éléments du rapport, nous attendons un signe fort de notre ministère pour ouvrir des discussions sur la place des cadres de santé et de leur formation, considérant qu'un dialogue constructif permettra d'aboutir à une vraie reconnaissance de l'encadrement.

► Mme Joëlle KOZLOWSKI, Présidente du CEFIEC (Comité d'Entente des Formations infirmières et écoles de cadres)

► Mme Florence GIRARD, Présidente de l'ANDEP (Association Nationale des Directeurs d'Ecoles Paramédicales)

► Mr Jean Marc GRENIER, Président de l'AFDS ( )

Source : site internet du Syndicat national des professionnels infirmiers, <http://www.syndicat-infirmier.com/Rapport-cadre-YAHIEL-MOUNIER.html>

Par ailleurs, les suites concrètes données au rapport De Singly, à travers la mise en place en 2010 de Semaines annuelles de l'encadrement dans les hôpitaux, ont, elles aussi, fait l'objet de vives critiques notamment rapportées sur le site Infirmier.com :

« Premiers retours sur la semaine de l'encadrement. Du 20 au 25 septembre, les hôpitaux publics ont organisé, à la demande du ministère de la Santé, une semaine visant à créer une communauté de cadres.

Prévenus le 17 mai par une note de la Direction générale de l'offre de soins, les établissements publics de santé viennent d'accueillir en leur sein la Semaine de l'encadrement. La première édition de ce nouveau rendez-vous annuel s'est tenue du 20 au 25 septembre. L'idée est issue du rapport de la mission Cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly en 2009. Le but : fédérer les différents métiers de l'encadrement autour de "valeurs communes" pour créer une communauté au sein des établissements, engager une réflexion pour "enraciner l'évolution des pratiques managériales" et "accélérer la conception et l'évaluation des projets managériaux". Le thème de la semaine 2010 était "Nos réussites collectives : un agent, une équipe, un projet". (...) Pour autant, la méthode peut déplaire. Imposer un rendez-vous annuel à des établissements censés être de plus en plus autonomes a de quoi surprendre. D'autant que les cadres ont pour l'heure d'autres priorités, comme le souligne le Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH), qui a qualifié cette action de "gadget". Le Syncass-CFDT pointe pour sa part que ce projet "paraît plutôt un exemple éloquent de l'anti-management". Et soulève deux interrogations : pourquoi limiter cette opération aux seuls établissements publics de santé ? Comment s'interroger sur l'encadrement sans associer les médecins et les autres personnels ? » (<http://www.espaceinfirmier.com/actualites/detail/31334/premiers-retours-sur-la-semaine-brde-l-encadrement-.html>)

### **3. Le New Public Management (NPM) : un phénomène aux effets complexes et différenciés**

Si les pouvoirs publics tentent d'instaurer une nouvelle forme de gouvernement des établissements publics et, plus particulièrement des hôpitaux, on ne saurait croire que ses applications concrètes prennent les mêmes formes partout et que les professionnels touchés réagissent de la même façon.

#### **3.1. Au-delà d'une vision dichotomique simpliste**

Contrairement à une thèse répandue, il serait simpliste d'admettre qu'une opposition systématique est observable entre d'un côté des professions (perdantes) et de l'autre le NPM (gagnant) : « Pour le dire d'une formule, les réformes néo-managériales et les mobilisations professionnelles contemporaines soulèvent d'intéressants problèmes d'analyse et d'interprétation qui invitent moins à prendre pour un acquis stable et immuable l'opposition entre NPM et professionnels publics qu'à faire jouer, pour les dépasser, les termes de cette polarité. L'enjeu est alors de comprendre et de montrer comment l'introduction de logiques et d'instruments managériaux constitue un vecteur de différenciations des trajectoires des professions, de recomposition du travail des professionnels, de division des mondes professionnels. » (Demazière, Bezes, 2001, p. 300)

En l'occurrence, les cadres de santé n'apparaissent pas au niveau collectif comme des victimes passives du NPM. Si des réactions de résistance se font jour, elles sont complexes car elles ne se réduisent pas à un refus des réformes, mais portent également des revendications, des demandes de négociation, d'ajustement, et la défense d'intérêts corporatistes. En fait, les professionnels adoptent des positionnements divers face à un courant réformateur porté et relayé par de nombreuses instances (directions d'hôpital, ministère de la santé et ses différentes directions, appareil de formation, Agence Régionale de Santé (ARS), etc.)

Une analyse reste à faire du rôle de chacune de ces parties prenantes ainsi que du jeu mouvant de leurs rapports, alliances, tensions et conflits d'intérêt, afin de mieux cerner quelles structures publiques ou associatives constituent le bras armé du NPM. Nous adopterons ici un autre point de vue qui portera plus particulièrement sur le groupe des professionnels cadres de santé pour en comprendre les logiques propres. Dans cette perspective plus microsociologique, il convient d'explorer les différentes facettes de ce groupe qui ne saurait être appréhendé comme une entité homogène. Il s'agit de dépasser l'image stéréotypée du, ou plus exactement de la cadre de santé, prenant les traits d'une femme en milieu de carrière, dotée d'une expérience professionnelle conséquente, issue du métier d'infirmière qu'elle abandonne pour endosser la fonction d'encadrante de proximité d'une équipe de soignantes. Le groupe de ces cadres se subdivise en fait en différents segments plus ou moins facilement identifiables car ne formant pas toujours une catégorie formelle, mais qui ne sont pas sans développer des réactions différenciées face aux changements induits par le NPM.

Une multiplicité de stratégies et de réactions des professionnels se déclinent sous plusieurs formes : « la "colonisation" des nouveaux instruments gestionnaires, le "découplage" consistant en leur adoption formelle sans impact sur le travail effectif, ou la "reconfiguration" qui combine les deux précédentes. (...), l'adaptation au changement, les mutations de modèles professionnels » ou encore « les recompositions du professionnalisme. » (Demazière, Bezes,

2011, p.302. Par ailleurs, les effets du NPM sont repérables au niveau des pratiques de travail dont l'étude a donné lieu « à des interprétations diverses. On peut identifier dans la littérature quatre grilles de lecture : la “déprofessionnalisation”, la “segmentation”, la “restratification” et le “découplage” entre instruments et pratiques professionnelles. » (Le Bianic, 2011, p.309).

A travers une démarche déductive, nous tenterons de dégager des types de cadres de santé pour caractériser leur rapport au processus de « managérialisation » dont ils sont la cible, et plus précisément d'émettre des hypothèses sur les stratégies qu'ils sont susceptibles de développer face au NPM et ses incidences sur la définition de leur fonction.

### **3.2. Segments du groupe des cadres de santé et rapports professionnels face au NPM**

Etre cadre de santé revêt des situations de travail et des statuts différenciés, peu connus et dont nous ne parviendrons pas ici à épuiser la diversité. Nous aurons toutefois contribué à lever le voile sur une réalité complexe de situations dont la découverte (en tout cas, pour les profanes) permet de mettre au jour une diversité de positionnements professionnels face aux réformes actuelles du milieu hospitalier.

#### *L'héritage de la surveillante : la figure traditionnelle de l'encadrante*

Le type le plus traditionnel de la cadre de santé s'inscrit dans le prolongement du modèle de la surveillante d'antan qui après une longue carrière au sein d'un même hôpital bénéficiait d'une promotion à l'ancienneté au sein de son service. Reconnue pour son expérience, comme une « femme de métier », il était de coutume que cette « ancienne » soit récompensée pour son « dévouement » (qualité ô combien féminisée et prêtée aux infirmières) et qu'elle « sorte des soins » pour encadrer ses pairs. Elle est attachée à son service, à son métier d'origine, à son groupe professionnel, et n'est donc pas mobile.

Les cadres qui aujourd'hui se retrouvent dans ce portrait ne peuvent satisfaire les attentes institutionnelles en vigueur à l'hôpital ; elles incarnent même le contre-modèle du cadre manager prioritairement défenseur des intérêts gestionnaires de l'organisation plutôt que des normes du métier de soignante.

#### *Les cadres sans appartenance à un service de soins*

Une partie des titulaires du diplôme de cadre de santé n'exercent pas leur fonction au sein d'un service de soin comme cela est le cas pour les formatrices employées dans un IFSI. Ces dernières n'ont pas abandonné leur métier d'origine. Si elles ont choisi de ne plus l'exercer, c'est pour le transmettre aux étudiantes infirmières. Elles réalisent une reconversion professionnelle, qui les transforment en pédagogues et non pas en cadres. Elles ne sont pas concernées par le processus de « managérialisation » ; elles n'ont pas à se transformer en manager, pas plus qu'elles n'ont à convertir leurs pairs en managers comme leurs collègues formatrices en IFCS.

Le contenu de formation en institut comprend cinquante deux unités d'enseignement reliées aux dix compétences professionnelles du métier d'infirmière (voir tableau ci-dessous). Aucune de ces compétences ou de ces unités d'enseignement ne porte sur des aspects

gestionnaires, financiers ou administratifs. Seule la compétence 7 comprend une UE où le terme « gestion » figure dans l'intitulé, mais pour désigner des tâches relevant des soins techniques : UE 4.5. « Soins infirmiers et gestion risques ». Dans le cadre de l'enseignement théorique, les formatrices n'ont donc à aborder que des contenus professionnels propres aux aspects techniques et relationnels du travail de soin infirmier.

**Référentiel de compétences**  
**Annexe II de l'arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier**

- 1- Evaluer une situation clinique et établir un diagnostic dans le domaine infirmier
- 2- Concevoir et conduire un projet de soins infirmiers
- 3- Accompagner une personne dans la réalisation de ses soins quotidiens
- 4- Mettre en œuvre des actions à visée diagnostique et thérapeutique
- 5- Initier et mettre en œuvre des soins éducatifs et préventifs
- 6- Communiquer et conduire une relation dans un contexte de soins
- 7- Analyser la qualité des soins et améliorer sa pratique professionnelle
- 8- Rechercher et traiter des données professionnelles et scientifiques
- 9- Organiser et coordonner des interventions soignantes
- 10- Informer et former des professionnels et des personnes en formation

Au rang des cadres de santé non affectés à un service, on compte le « cadre de santé expert » qui fait partie d'une catégorie minoritaire : expert d'un domaine précis comme l'hygiène, la douleur, la gestion des risques, la qualité des soins, il est chargé d'une « mission transversale au sein de son établissement au niveau d'un pôle ou d'une direction des soins. Il n'a donc aucun rôle d'encadrement. C'est le cas du cadre hygiéniste par exemple, cadre expert que l'on retrouve le plus fréquemment dans les établissements. Le cadre expert n'a donc pas les mêmes contraintes au quotidien que le cadre de soin, puisqu'il n'a pas la responsabilité d'un service. Le cadre expert a plus un travail de réflexion, d'analyse et de recherche (participation à des colloques et à des publications). » (Rheinardt, 2001, p. 175).

Enfin, les cadres de santé de nuit jouent un rôle particulier et large puisqu'ils chapeautent plusieurs services. En moins grand nombre que leurs homologues de jour, ils encadrent des personnels soignants de plusieurs services dont ils ne gèrent pas l'organisation du travail. Ils ne sont pas chargés de la gestion des ressources humaines et matérielles. Ils pallient cependant les absences imprévues des agents, s'enquière du bon fonctionnement des services et se chargent de faire circuler les informations entre les services. Toutefois, comme tous les personnels de nuit, les cadres de santé de nuit, d'une part, souffrent d'un certain isolement et d'une invisibilité par rapport à leurs collègues de jour, mais, d'autre part, ils bénéficient d'une plus grande autonomie et marge de manœuvre grâce à une moindre présence des membres des différentes hiérarchies. De ce fait, ils sont moins impliqués dans la vie des services, puisque les réunions d'équipe ont lieu de jour. La nuit demeure un univers à part, dont les agents sont tenus à l'écart de la prise de décisions importantes et de ce fait de leur application directe.



### Les cadres « faisant fonction »

Comme le montrent les résultats d'une enquête menée en 2009 et 2010, par Marie-Claire Chauvancy, la fonction d'encadrante n'est pas attractive à l'hôpital. Par exemple, en 2007, un peu plus de 10% (340 sur 3277) des postes de cadres de santé étaient vacants l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris.

Toujours d'après Marie-Claire Chauvancy (2010), cette pénurie se vérifie à travers l'évolution des effectifs de cadres de santé qui accusent une baisse sensible au cours de ces dernières années, baisse qui risque de s'accroître selon les prévisions de départ à la retraite de ce personnel établies par la DHOS (voir les tableaux ci-dessous).

#### Encadré 7. Evolution des effectifs de cadres de santé

Evolution des effectifs de cadres de santé entre 2004 et 2008 dans les établissements de santé

Année	Effectif physique des titulaires cadres de santé (filiale infirmière)	Ecart
2004	23 933	
2008	22 033	- 1 900

Champ : France métropolitaine

Source : Ministère de la santé et des solidarités - DREES - SAE 2004 ET 2008, données administratives

Évolutions du taux moyen de croissance des effectifs de cadres de santé

Années	Évolutions
2004/2005	- 0.7
2005/2006	- 0.4
2006/2007	- 1.6
Taux moyen de croissance	- 0.9

Source : SAE base administrative 2004-2007 (données brutes), Drees

Prévisions des départs en retraite des cadres de santé dans les établissements de santé

Années de départ en retraite	Nombre de départs de cadres de santé
2008	1453
2009	1517
2010	1584
2011	1570
2012	1507
2013	1558
2014	1606
2015	1548
2016	1504
2017	1452

Projections des départs à la retraite par corps 2008-2017

Etude réalisée par la DHOS/Cellule des statistiques

Pour compenser cette pénurie de personnel, les directions des hôpitaux recourent à une main-d'œuvre, recrutée parmi les infirmières ou les autres agents paramédicaux, à laquelle le titre de « faisant fonction » est attribué. Bien qu'on puisse les rencontrer dans tous les établissements, ces encadrants demeurent mal connus et surtout non dénombrés : « Il nous a été impossible d'obtenir les chiffres officiels des faisant fonction sur les établissements, aucune recherche statistique n'ayant été entreprise jusqu'à présent. Leur nombre varie d'un établissement à l'autre, le sujet restant "tabou". Ces raisons font que nous n'avons pas de visibilité sur les postes de cadres vacants occupés par des faisant fonction, d'autant que certains de ces postes sont des "temps partiels" (quelques jours par semaine). Certains établissements comptent un nombre important de faisant fonction dans leurs effectifs (tel cet hôpital de région parisienne qui, sur un effectif de 50 cadres, compte 22 faisant fonction). Il en est de même pour la durée d'exercice dans la fonction variant de deux ans minimum à plusieurs années dépassant les neuf ans sur certains établissements de Paris et de la région parisienne. » (Chauvancy, 2010, p. 8)

Pour résumer rapidement les caractéristiques de ces faisant fonction, on peut en premier lieu retenir le fait qu'ils occupent une position de cadre fragile, voire inconfortable, faute de légitimité. Leur statut ne leur offre pas le bénéfice d'une pleine reconnaissance de leur fonction auprès de leurs différents interlocuteurs, et notamment auprès de l'équipe de soignants qu'ils encadrent, surtout s'ils en sont issus. Ils se savent par ailleurs observés, comme mis à l'épreuve par leur hiérarchie qui évalue leurs compétences et leur motivation à devenir cadre, et pour ce faire à accéder au concours d'entrée à l'IFCS. Les quelques extraits choisis du témoignage d'un cadre de santé de son expérience de faisant fonction rendent compte de la spécificité des difficultés inhérentes à ce statut :

*« Sur un plan financier, les établissements de santé ont intérêt à développer ce type de poste dans la mesure où, il leur permet d'économiser les charges budgétaires normalement allouées à la rémunération de cadres de santé, diplômés ou nommés à l'ancienneté, tout en assurant l'encadrement des unités de soins. (...) Certains établissements préservent leurs infirmiers faisant fonction de cadres des difficultés possibles de la fonction en les positionnant uniquement sur des postes d'encadrement (pas d'alternance entre postes de cadres et postes d'infirmiers) et en leur octroyant une reconnaissance salariale avec le versement de la prime d'encadrement. D'autres, au contraire, utilisent à leur avantage cette ressource inespérée. Il convient alors d'émettre des réserves sur le positionnement et la reconnaissance de "l'apprenti cadre" par son institution. (...)*

*Sur un plan stratégique, il convient de préciser que les institutions conservent une influence et des moyens de pression sur leur faisant fonction par la fragilité du devenir attenante à ce type de poste. L'implication du faisant fonction de cadre dans son travail passe par le sentiment qu'il a d'être souvent redevable à son institution pour sa "promotion". (...) S'il est aisé pour un infirmier de se voir confier un tel poste, il est tout aussi facile, pour son employeur, de lui restituer son statut initial. Parfois même, pour remédier ponctuellement à un manque de personnel infirmier, le faisant fonction peut retrouver son statut d'origine. Cette alternance, toute aussi occasionnelle qu'elle soit, ne favorise pas le positionnement du faisant fonction, qui oscille entre un poste d'infirmier et un poste de cadre, et sa reconnaissance par l'équipe qu'il anime. Cette fragilité de l'être et du devenir, malgré parfois des engagements institutionnels de formation professionnelle ou de nomination interne, est une des limites de ce rôle. (...) Bien que toutes les conditions d'accueil et d'accompagnement soient réunies pour favoriser le positionnement et l'intégration du faisant fonction, la place est souvent difficile à occuper. La gestion d'une équipe soignante et la prise en charge d'une unité de soins demandent des prises de décisions fréquentes, des réorganisations en vue d'améliorer*

*la qualité des soins proposés et des prises de position claires. L'infirmier faisant fonction de cadre, ne se sentant pas toujours autorisé à décider et ayant, parfois, le sentiment de devoir rendre des comptes à sa hiérarchie, peut hésiter à prendre certaines décisions. Ces difficultés rencontrées dans le positionnement et la reconnaissance représentent une autre limite de la fonction. (...)*

*Si avoir recours à des faisant fonction est une pratique assez fréquente dans les établissements hospitaliers, elle se retrouve également dans certains I.F.S.I. où des infirmiers occupent des postes de cadres pédagogiques. Ce type de positionnement doit, toutefois, s'accompagner d'un projet d'accéder au statut de cadre de santé et de passer le concours d'entrée en I.F.C.S.*

*Si la participation au concours se solde par un échec, le faisant fonction ne pourra exercer en I.F.S.I. qu'une année, renouvelable, à titre exceptionnel, une fois. Il sera ensuite invité à retourner en unité de soins et à reprendre sa fonction d'infirmier. L'exercice du faisant fonction de cadre pédagogique est, malgré tout, restreint. Il n'est pas, par exemple, autorisé à évaluer toutes les épreuves officielles de la formation d'infirmier : concours d'entrée, épreuves théoriques et pratiques du diplôme d'Etat. On remarque bien, là encore, que le faisant fonction peut être, lui aussi, en difficulté dans son exercice en I.F.S.I. même si il ne se voit pas proposer un retour à sa fonction d'infirmier comme son confrère hospitalier. »*  
Christophe Haller, IFCS CRF/CHU Nice, promotion 2001/2002, Site Cadre de santé.com, jeudi 19 août 2004, <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Faisant-fonction-de-cadre-de-sante.html>.

Le statut de faisant fonction fait de son occupant un encadrant vulnérable, notamment face aux attentes et exigences de la direction qui, à tout moment, a le pouvoir de le « rétrograder » et le de réaffecter dans son poste d'infirmier.

Il faut encore ajouter une nuance à ce tableau. Deux catégories de faisant fonction sont en fait à distinguer. Nous avons jusqu'à présent évoqué la situation des faisant fonction non diplômés et non « cadrés ». A leurs côtés, on trouve parfois des faisant fonction diplômés, mais non « cadrés », c'est-à-dire en attente d'un poste après l'obtention de leur diplôme d'Etat de cadre de santé. Les chiffres sont là aussi inexistantes sur cette population, mais elle est sans doute numériquement non négligeable. Sophie Reinhardt (2011) cite ainsi le cas de cadres diplômés mais cantonnées pendant presque une dizaine d'années dans un statut de faisant fonction. Ces derniers sont sans doute tout autant que leurs collègues non diplômés en situation d'allégeance vis-à-vis de leur employeur puisque l'ouverture d'un concours sur titre dépend de la volonté de ce dernier.

### **3.3. Des cadres de santé plus ou moins intéressés dans la diffusion du NPM**

Indéniablement, l'hôpital public représente désormais un terrain conquis par le NPM (Belorgey, 2010), mais sans que tous les agents ne soient pour autant convertis ou soumis. Des régularités sont certes observables d'un établissement à un autre, mais de nombreuses variantes les distinguent toutefois. De nombreux paramètres déterminent les configurations locales. Le positionnement des différents segments des cadres de santé joue un rôle dans le cours de l'histoire propre à un hôpital. Tous les membres de ces segments ne partagent pas le même intérêt ou désintérêt envers les nouvelles formes de gouvernement mises en place et ne donnent pas le même sens aux transformations que différents acteurs tentent de leur imposer. Pour ce faire, il reste à identifier avec précision les composantes de l'environnement des

cadres de santé, avec lesquelles (ou contre lesquelles) ces derniers construisent leurs stratégies.

Il importe ainsi de comprendre comment le NPM se met en place et s'organise autour des cadres de santé. Le fonctionnement du pôle d'activité dans lequel ils sont impliqués a notamment une grande influence sur la marge de manœuvre dont ils disposent pour jouer leur rôle. Il faut alors prendre en compte les agencements hiérarchiques locaux, c'est-à-dire la répartition des rapports de force et de pouvoir établie entre les parties prenantes. Ainsi est-il intéressant de se pencher sur l'organisation du « trio de pôle » qui selon les consignes officielles devait impliquer un chef de pôle (médecin), un cadre gestionnaire et un cadre supérieur de santé. Il ressort d'un premier bilan de l'organisation en pôles d'activité des établissements de santé dressé par l'IGAS en 2010 que, de manière générale, les « trio » n'ont pas été complètement constitués :

*« Le constat principal est celui du manque de cadres administratifs dans les pôles ainsi que de l'hétérogénéité de leurs profils professionnels. La mission a constaté lors de ses visites l'absence fréquente de cadres de gestion dans les pôles, qui devraient venir compléter le binôme médico-soignant. Souvent, les cadres de gestion ne travaillent pour les pôles qu'à temps partiel parce qu'ils restent rattachés à une direction fonctionnelle et accomplissent d'autres tâches en son sein, ou assurent des fonctions de gestion pour plusieurs pôles à la fois. Par ailleurs, lorsque des cadres de gestion sont effectivement présents dans les pôles, on constate qu'ils sont insuffisamment coordonnés de manière transversale par les directeurs des affaires financières ou les directeurs des ressources humaines. Ainsi, cette fonction est-elle loin derrière celle des cadres supérieurs de pôle qui, non seulement peuvent s'appuyer sur une identité métier forte, mais bénéficient en plus, de la coordination des directions de soins. » (Vallet, Zeggar, 2010, p. 24).*

La place et la force des cadres supérieurs de santé dans l'organisation et le commandement des pôles d'activité n'ont certainement pas été sans effet sur les cadres de santé de proximité. En outre, ces derniers doivent également tenir compte des aménagements et des redéfinitions du travail auxquels procèdent les soignantes placées sous leur responsabilité (Acker, 2005). Des infirmières profitent des restructurations organisationnelles de l'hôpital et de ses réorientations gestionnaires pour occuper des places et des rôles nouveaux sources de reconnaissance et d'un enrichissement de leurs tâches. Ainsi, le développement des fonctions de référentes dans différents domaines spécialisés peut-il contribuer à la diffusion de méthodes et de techniques visant l'amélioration, de la performance des soignants, de la qualité des soins et de leur efficacité (Dumesnil, 2011) :

*« L'infirmier référent est un correspondant par qui l'information circule. Il a acquis une expertise du métier d'infirmier en s'appuyant sur une clinique construite. Son avis est éclairé du fait de son expérience. Sa pratique fondée sur les preuves (Evidence Based Nursing) correspond à l'utilisation des meilleures données de la recherche scientifique dans la prise en charge personnalisée de chaque patient. L'infirmier référent est soucieux d'améliorer ses pratiques professionnelles avec la mise en œuvre des évaluations des pratiques professionnelles (EPP)<sup>5</sup>. C'est ainsi que l'on trouve des infirmiers référents dans les domaines de la douleur, des plaies et cicatrisation, de la stomathérapie, de l'hygiène... Leur profil de poste fait souvent mention aux aptitudes requises (savoir, savoir être, savoir-faire et qualités pédagogiques, sens de l'observation et capacité d'analyse, connaissance des limites*

---

<sup>5</sup> Développement professionnel continu des infirmiers, HAS, 2010, voir : [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

*de son champ de compétence, mise en œuvre des techniques d'évaluation, des stratégies thérapeutiques).* » (Site Infirmiers.com, 01.08.2011, <http://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/documentation/infirmier-referent-quel-role-et-quelle-expertise.html>)

Enfin, toujours au sein de l'hôpital, la création en 1989<sup>6</sup> des Départements d'Information Médicale a parallèlement offert une nouvelle mission aux médecins en leur attribuant la responsabilité de ces nouvelles instances. Pour ces derniers, il s'agit d'une réorientation de leur activité puisqu'ils deviennent des experts du recueil et de l'analyse de l'information médicale dont l'objectif formel est la réduction des dépenses de santé : « *La DIM [Direction de l'Information Médicale] est chargée de "la mise en œuvre des traitements automatisés des données médicales nominatives". Elle assure donc le recueil et l'agrégation des données médicales, dans un cadre strictement formalisé et dans le respect rigoureux des droits des patients. Les informations collectées et traitées par la DIM permettent de déterminer la partie des financements des établissements liée à l'activité (soit la plus grande partie des ressources de l'hôpital depuis 2008). La DIM collabore étroitement à la fois avec la direction générale de l'établissement et le corps médical, et est de plus en plus impliquée dans le pilotage stratégique et financier de l'établissement. Cette activité transversale nécessite une culture à la fois médicale, en Santé publique, en gestion financière et en traitement informatique des données.* » (Site Hôpital. fr, <http://www.hopital.fr/Hopitaux/Nos-missions/Lexique-administratif/Direction-de-l-information-medicale>)

Mais les cadres de santé ne sont pas seulement aux prises avec les nouvelles missions des groupes professionnels qui les entourent au sein de l'hôpital. D'autres changements proviennent jusqu'à elles de l'extérieur, et par exemple des instituts de formation des infirmières et des cadres de santé, récemment impliqués dans des réorientations pédagogiques et des restructurations institutionnelles. L'instauration du LMD et l'universitarisation ont déjà fortement reconfiguré l'organisation des études d'infirmières, et donc du travail des cadres de santé formateur en institut et des cadres de santé tuteurs dans les services. La réingénierie de la formation des cadres de santé est actuellement à l'étude au ministère de la santé. D'ores et déjà, les débats vont bon train et certaines parties prenantes s'inquiètent, comme nous l'avons déjà vu, des conséquences de la mastérisation du cursus des cadres de santé qui en se rapprochant de l'université risque d'échapper au groupe professionnel des infirmières et à leur hiérarchie dont les directeurs d'IFSI ou d'IFCS sont issus en tant que cadres supérieurs de santé ou directeurs des soins.

#### **4. Un phénomène plus large**

Sans pouvoir entrer dans le détail de l'analyse, nous pouvons relever une série de signes indiquant que les processus qui affectent les cadres de santé touchent également des professions qu'on peut considérer comme leurs homologues dans d'autres établissements où s'effectue la rencontre entre les missions du service public et le public auquel se destinent ces missions.

##### **4.1. Du travail social à l'enseignement secondaire**

En premier lieu, l'analogie paraît évidente avec le travail social, notamment l'éducation spécialisée, qui a fait l'objet d'une politique analogue de fabrication de cadres, là où

---

<sup>6</sup> Circulaire n° 275 du 6 janvier 1989 relative à l'informatisation des hôpitaux publics.

n'existaient que des éducateurs spécialisés, les uns en position d'exercice direct du métier, les autres en charge de la responsabilité d'un service ou d'un établissement, mais tous définis par leur appartenance à une profession et à un « mandat » qui structurait leur identité sociale et professionnelle. C'est bien, là aussi, une politique venue des niveaux supérieurs de l'administration des services – sur fond de directives européennes poussant à la réduction des dépenses publiques et à l'ouverture des services publics aux entreprises privées- qui a promu le changement de vocabulaire : les éducateurs-chefs et les responsables d'établissement ont été qualifiés de plus en plus souvent de « cadres » (Chéronnet, 2006).

Directement impliqués dans la mise en œuvre de ces changements, les chefs de service et responsables d'établissement de l'Education spécialisée font l'objet d'un traitement particulier visant notamment à homogénéiser leur formation (en renforçant les enseignements de conduite de projet et de gestion), à spécifier leurs fonctions et à promouvoir une identité professionnelle plus distanciée envers la culture des métiers du social. Cette politique s'accompagne d'ouvertures en termes de valorisation statutaire et d'évolution de carrière. Elle implique également une redéfinition du contenu de l'activité, non sans tensions avec un ethos professionnel façonné dans la plupart des cas au cours de parcours individuels ancrés dans une longue pratique des métiers du travail social (Chéronnet et Gadea, 2009).

Une des caractéristiques communes aux cadres de santé et à ceux de l'éducation spécialisée tient aux remaniements dont fait l'objet l'organisation des carrières. De manière typique, le recrutement des cadres puise dans un vivier d'éducateurs pour lesquels la promotion (le plus souvent par la voie interne) représente la seule perspective de carrière dans la filière professionnelle. La position de chef de service éducatif correspondait mutatis mutandis à celle de la surveillante par rapport aux infirmières. L'évolution vers la catégorie de cadre est marquée par une formalisation de la formation, avec la création en 2004 du Certificat d'aptitude aux fonctions d'encadrement et de responsabilité d'unité d'intervention sociale (CAFERUIS) pour les cadres et du Certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement ou de service d'intervention sociale (CAFDES) pour les directeurs d'établissement.

La nécessité de remplacer des cohortes importantes de départs en retraite a favorisé le renouvellement non seulement du corps mais de la fonction et de l'identité professionnelle, plus imbibée désormais de fibre managériale et plus distanciée envers la culture de métier des travailleurs sociaux. Ainsi, ces nouveaux cadres passent d'une logique de prise de responsabilités dans la continuité d'une mission d'éducation et d'assistance aux plus démunis à une logique d'exercice de fonctions managériales ou d'expertise liées à une place dans l'organigramme. En échange d'une clarification statutaire et d'une reconnaissance plus officielle de leur fonction, il est attendu qu'ils contribuent à la mise en pratique des consignes budgétaires, à la diffusion de la culture du résultat et la mobilisation des destinataires. Ce faisant, ils se font également les agents de propagation des outils managériaux d'évaluation, de procédures de qualité, de « tableaux de bord » et autres instruments classiques du contrôle de gestion. Comme tout manager, ils doivent anticiper, communiquer, animer des projets, promouvoir des innovations, ou du moins donner à leurs autorités de tutelle une image conforme à ces prescriptions, dans un contexte de réduction globale des moyens et d'incitation à la recherche de gains de productivité.

Ces changements sont solidaires d'une redéfinition de la mission des services sociaux, qui met en avant l'idée de contrat, où l'utilisateur se rapproche du modèle du client, dans une structure de relations régie par le calcul (de risques, de rapport coût/résultat), en contradiction

avec des valeurs professionnelles qui orientées vers l'engagement et l'implication personnelle. Il arrive fréquemment que les impératifs financiers conduisent à faire des choix revenant à sacrifier des populations destinataires des aides sociales, non sans heurter la morale professionnelle.

Le tournant managérial se solde pour eux par un gain de visibilité et de légitimité statutaire, payé par des concessions sur le plan des et référents identitaires, qui les éloignent de leur profession d'origine et de celle des travailleurs sociaux.

Il semble que les collèges et lycées publics soient le siège d'une évolution du même type, dans laquelle les principaux, les proviseurs et leurs adjoints, ainsi que les conseillers principaux d'éducation et parfois les intendants soient de plus en plus souvent désignés comme des « cadres de proximité » gérant le fonctionnement pédagogique, organisationnel et logistique de leur établissement. Des travaux récents concluent en ce sens, et relient ce mouvement d'une part à un changement de la politique de l'Etat, notamment dans le cadre du transfert de compétences aux niveaux territoriaux, d'autre part à un renouvellement du corps et un déploiement de ses effectifs. On note ainsi que « ..la croissance des effectifs [des personnels de direction] ne prend donc véritablement sens que dans le cadre d'une politique de rénovation qui vise autant à consolider l'encadrement de proximité (en limitant la pénurie de personnels de direction) qu'à améliorer le profil des nouveaux cadres » (Maufras, 2012, p. 195). Le proviseur dans son lycée incarne ainsi la figure d'un cadre « nodal », qui articule l'action de l'équipe enseignante avec celle d'un réseau d'acteurs locaux politiques (élus de la mairie, du conseil général), techniques (pompiers, médecins, entrepreneurs du bâtiment), économiques (entreprises locales pourvoyeuses d'emploi et de stages), administratifs (préfet, recteur..) et qui tente cherche à placer au mieux son établissement dans une carte scolaire qui ressemble de plus en plus à un marché concurrentiel. Ainsi peut-on rencontrer des analyses de l'action d'un proviseur qui semblent parler plutôt de celle d'un cadre d'entreprise : « la nodalité des cadres et les évolutions du mode étatique d'intervention s'accompagnent d'une évolution du profil de l'encadrement de proximité, qui tend à faire émerger un cadre-sécant, un passeur-marginal, dont les compétences résident dans la capacité à nouer des liens au sein d'un espace réticulaire » (idem p. 157). Ces mêmes travaux font état d'une reconfiguration des modalités d'accès au corps, d'une unification de celui-ci et d'une réorganisation des carrières, si bien que le constat d'un échange de clarifications et avantages statutaires contre une implication dans la mise en œuvre d'une logique managériale dans les établissements scolaires semble ici aussi vérifié.

#### **4.2 L'établissement public, foyer de refonte managériale des professions ?**

Les établissements d'éducation spécialisée ceux d'enseignement secondaire semblent donc pris dans une même ligne de refonte des missions, de l'armature statutaire et de la carrière de leurs « cadres », dans la même logique globale de rationalisation managériale. Le rapprochement avait déjà été effectué entre les tendances à l'œuvre dans divers établissements publics, en relation avec l'assimilation de leur responsable à un chef d'entreprise, dans une perspective qui part des hôpitaux, pour s'élargir aux écoles et même universités, voire, à l'ensemble des établissements publics :

« Quant aux chefs d'établissements publics (hospitaliers, scolaires, universitaires, et autres), il s'agirait plutôt pour eux de passer d'une professionnalité bureaucratique à une professionnalité entrepreneuriale, définie par l'autonomie et la capacité à se "positionner" sur un marché concurrentiel des services. La publicité, la transparence, la théâtralisation de l'action, le

marketing, l'entretien des réseaux politiques et économiques locaux font partie de la professionnalité. Metteur en scène et acteur principal, chef d'entreprise et homme politique, le directeur est présenté comme le porteur d'une conception globale de l'activité des établissements (de soins ou d'enseignement), auxquels il doit imposer une dimension prospective dans l'activité et la coopération dans l'organisation du travail» (Demailly et Dembinski, 2000, p.52).

L'établissement, lieu ultime de l'action publique, est aussi le théâtre de la réalisation du service public à travers le travail des professionnels dotés d'une formation spécifique, d'une forte identité et, à ce titre, d'une bonne descriptibilité statistique (Chenu, 1997 ; Gadea, 2013), mais aussi de valeurs et principes d'action qui s'opposent à la logique managériale, et de capacités de résistance à celle-ci, soit au plan de l'action collective, soit dans le cadre du travail quotidien. On peut alors comprendre qu'il est stratégique pour les autorités centrales de l'Etat promotrices des réformes inspirées du NPM, de s'assurer de la coopération des professions dont le rôle consiste à assurer la supervision et le contrôle du travail des professionnels, ainsi que la conformité du fonctionnement des établissements aux directives centrales.

Cette piste semble pertinente, au moins en partie, pour comprendre les évolutions de la profession de commissaire de police, en charge de l'unité territoriale que représente leur commissariat, et qui ont eu à insuffler auprès des policiers une culture du résultat qui leur était largement étrangère, en échange de négociations autour des primes et des évolutions de carrière (Ocqueteau, 2006). Pour eux aussi, le modèle assigné est celui de l'entreprise et des gains de productivité que doit obtenir son manager : « Obtenir et améliorer, par des résultats mesurables la « productivité » de l'appareil dans le champ de la protection des personnes et des biens, voilà ce que l'idéologie politique du moment attend de la plupart. On suppose que leurs habiletés managériales récemment acquises pourvoiront aux exigences de l'heure, à condition qu'aucun agent concurrent parmi les officiers dans la machine ou parmi les experts du privé ne vienne démontrer qu'il saurait mieux s'y prendre » Ocqueteau, 2009, p. 71

Il serait facile d'accumuler des signes de la généralisation de cette rationalisation managériale dans d'autres établissements publics tels que les casernes de la gendarmerie ou dans celles de l'armée aux prises avec une « professionnalisation » sous forte contrainte budgétaire (Gresle, 2003 ; Jakubowski, 2011). Ou encore, les tribunaux, qui, en France comme en Belgique, ont connu une redistribution des territoires, dans le cadre d'une réforme qui « se voit donner pour objet de dégager des marges de manoeuvre opérationnelles et financières au profit de managers locaux responsabilisés. Ici et là, l'objectif est de mener les juridictions à la taille critique permettant l'application des méthodes managériales » (Ficet, 2011). Ici aussi, les identités professionnelles, en particulier celles des magistrats, sont amenées à se reconfigurer face aux tensions que suscite cette logique managériale : « Alors que les critères du « bon travail » étaient définis exclusivement par la profession, ils tendent aujourd'hui à être définis en partie de manière plus exogène. L'identité et la légitimité professionnelle se recomposent en effet par l'intégration de principes d'action autrefois étrangers à la culture des magistrats. » (Vigour, 2006, p. 432). Cette ressemblance entre le cas français et le cas belge, vaut sans doute pour d'autres pays européens, en particulier ceux dans lesquels la tendance de l'action publique vers la décentralisation va de pair avec cette montée en puissance des établissements de niveau local et du nouveau rôle dévolu à leurs « managers » qui « sont désignés comme les garants de l'amélioration des performances organisationnelles et sont supposés adopter de nouveaux rôles afin de diffuser et faire appliquer les outils et orientations du NMP » (Pichaut et Schoenaers, 2011, p. 6).



## En guise de conclusion

Sans vraiment conclure, on peut tenter de résumer quelques traits caractéristiques de ce processus d'apparence multiforme, mais qui présente dans ses manifestations des régularités significatives. Sa diversité tient aux dimensions multiples du NMP qui articule des références théoriques et idéologiques néolibérales, avec des logiques participatives, et des volontés de reprise du contrôle de l'administration et des professionnels de la part du politique (Bezes, 2005). Il se combine avec d'autres logiques politiques, en particulier celles qui poussent dans le sens du transfert de compétences de l'Etat central vers les niveaux territoriaux, souvent accompagnées d'un changement de gouvernance faisant la part belle aux contrôles à distance basés par exemple sur les indicateurs de gestion. Il peut aussi avoir une part de ses spécificités à des facteurs politiques plus conjoncturels, comme la poussée de fièvre autour de la culture du résultat qui a marqué le passage de N. Sarkozy au Ministère de l'intérieur (2002-2003), qui a favorisé la managérialisation des commissaires de police, ou comme la réorganisation de la carte des tribunaux, qui a donné un tour particulier à la managérialisation de la justice française.

Il faut ajouter que la mise en œuvre de ces politiques de rationalisation des services publics passe par divers niveaux et instances, s'appuyant tantôt sur des institutions centrales, à travers la diffusion de normes et de directives, de dispositifs de contrôle et d'évaluation, de procédures de certification, ou de pôles d'expertise normatifs comme ceux qui ont fleuri dans le monde de la santé, et faisant tantôt appel aux stratégies individuelles en créant des opportunités locales de carrière pour des individus prêts à jouer le jeu managérial. On peut donner pour exemple de ce dernier cas la création des Départements de l'information médicale (DIM) dans la foulée de la mise en place de la tarification à l'acte dans les hôpitaux, création qui suppose celle de postes de directeur du département et de cadres pour l'entourer (Belart, 2012). Au point de rencontre de ces deux logiques, au niveau intermédiaire, se situent les processus d'aggiornamento professionnel, qui mettent en scène des groupes professionnels invités à jouer un rôle particulier de conduite des réformes lancées par l'Etat et imposées à des professionnels de la base souvent rétifs, et tout particulièrement parmi ces groupes professionnels, ceux des cadres de proximité et des responsables d'établissements publics chargés de mettre en musique au niveau local les partitions venues de l'Etat. Sous réserve de plus amples investigations, il semble qu'on retrouve dans leur cas certains éléments idéaltypiques dont il serait intéressant de vérifier la présence de manière plus systématique. En premier lieu, ces groupes professionnels font l'objet d'une offre de contreparties en termes de réaménagement vers le haut des carrières et des statuts professionnels, comme le montre clairement le cas des équipes de direction des lycées et collèges (Maufras, 2012). Ils se voient souvent dotés d'un renforcement de leurs pouvoirs ou prérogatives en même temps que de revalorisations indiciaires ou de primes, comme les commissaires de police ou les directeurs d'hôpitaux (Ocqueteau, 2009, Schweyer, 2006). Ces améliorations sont généralement obtenues dans le cadre de négociations avec des syndicats corporatistes, et parfois les réformes des statuts et des missions constituent des réponses plus ou moins directes à des demandes venues de la profession elle-même. C'est en partie dans cette logique que les surveillantes des hôpitaux sont devenues cadres de santé<sup>7</sup>. Enfin, et c'est certainement le trait le mieux partagé, ces professionnels généralement issus de métiers fortement orientés par un

---

<sup>7</sup> «... l'encadrement infirmier se construit autour d'une tension entre les aspirations corporatistes de la profession et les politiques hospitalières. Après une période de consolidation qui voit l'affirmation de l'encadrement infirmier aux différents niveaux de l'organisation hospitalière, le pouvoir de contrôle exclusif de la profession sur l'ensemble des soignants se voit fragilisé par la redéfinition de la structure managériale des établissements promue par le changement de paradigme de l'action publique. » Feroni et Kober-Smith, 2005 p. 486

idéal de service public (santé, éducation, justice, sécurité..) sont amenés à s'en éloigner pour intégrer les normes managériales et les faire accepter, ou du moins, mettre en œuvre, aux professionnels qu'ils encadrent. Ce faisant ils ne manquent pas de provoquer des tensions qui les traversent eux-mêmes et qui peuvent générer des troubles identitaires, d'autant plus que ces nouvelles fonctions managériales peuvent avoir pour effet de les rapprocher d'autres professions subsumées sous la catégorie des cadres et avec lesquelles ils n'entretenaient guère de liens, ce qui fait que l'identité de corps en tant que « cadres » est souvent à construire. C'est finalement le groupe professionnel en tant que « corps » social qui est ainsi conduit à se redéfinir à travers son mandat, sa « juridiction », ses activités et savoirs emblématiques, voire sa morale.

## **Bibliographie**

Acker Françoise, 2005, « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital », *Revue française des affaires sociales*, n°1, pp.161-181.

Baudot Jacques, Vimont Claude, 1968, Les infirmières des hôpitaux publics, évolution récente des effectifs, calculs des besoins, *Population*, 23e année, n°3, pp. 477-498.

Belart Claire, 2012 « Les processus de rationalisation du soin en psychiatrie publique. Les nouveaux dispositifs de gestion » thèse de sociologie, Lille.

Belorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public*, Paris, Editions la Découverte.

Bezes Philippe, 2006, « Le renouveau du contrôle des bureaucraties. L'impact du New Public Management », *CNAF Informations sociales*, n° 126, pp. 26 à 37.

Bezes Philippe, 2009, *Réinventer l'État. Les réformes de l'administration française (1962-2008)*, Paris, PUF, coll. « Le lien social ».

Bourret Paule, 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris, Editions Seli Arslan.

Chenu Alain (1997) « La descriptibilité statistique des professions », *Sociétés contemporaines*, n°26, p. 109-136.

Chéronnet Hélène, 2006. *Statut de cadre et culture de métier. La structuration de la fonction d'encadrement dans le secteur de l'Éducation spécialisée*. Paris, L'Harmattan.

Chauvancy Marie-Claire, 2010, *Faisant fonction cadre de santé : politique vertueuse ou pérennisation par défaut ?*, Mémoire de master Economie de la santé et des politiques sociales. Spécialité Économie et gestion de la santé, Université de Dauphine, novembre.

Demazière Didier, Bezes Philippe, 2011, « Introduction », in Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'État : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, n°53, pp. 294-305.

Divay Sophie, Gadea Charles, 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue Française d'Administration Publique*, n°128, pp. 677-687.

Divay Sophie, 2013a, *Soignantes dans un hôpital local. Des gens de métier confrontés à la rationalisation et à la précarisation*, Rennes, Presses de l'École des Hautes Etudes en Santé Publique, collection « Métier ».

Divay Sophie, 2013b, « Les cadres de santé : des encadrants de proximité au pouvoir limité », 2013b, in Jean-Paul Cadet et Christophe Guitton (Dir.), *Les professions intermédiaires. Des métiers au cœur de l'entreprise*, Paris, Armand Colin, pp. 135-151.

Dumesnil Julien, 2011, *Art médical et normalisation du soin*, Paris, Presses Universitaires de France.

Feroni Isabelle, Kober-Smith Anémone, 2005, La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et Grande-Bretagne, *Revue Française de Sociologie*, pp. 469-494.

Gadea Charles, 2010, « Les cadres de santé, maillons indispensables du New public management ? » in P. Bouffartigue, C. Gadea, S. Pochic (dirs.) *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Colin, pp. 56-64.

Gadea Charles, 2013 « Les professions intermédiaires de l'enseignement, de la santé et du travail social comme objet de recherche en sociologie des groupes professionnels », in J.P. Cadet, C. Guitton (dirs) *Les professions intermédiaires. Des métiers au cœur de l'entreprise*, Paris, Armand Colin, p. 101-124.

Gresle François, 2003 « La « société militaire » » Son devenir à la lumière de la professionnalisation », *Revue française de sociologie*, Vol. 44, n°4, p. 777-798.

Knibiehler Yvonne, *Cornettes et blouses blanches. Les infirmières dans la société française 1880-1980*, Paris, Hachette, 1984.

Le Bianic Thomas, 2011, « Les bureaucraties professionnelles face à la nouvelle gestion publique : déclin ou nouveau souffle ? », in Philippe Bezes, Didier Demazière, Thomas Le Bianic, Catherine Paradeise, Romuald Normand, Daniel Benamouzig, Frédéric Pierru, Julia Evetts, « New Public Management et professions dans l'Etat : au-delà des oppositions, quelles recompositions ? », *Sociologie du travail*, n°53, pp. 294-305.

Maillard Christian, 1986, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Paris, Dunod.

Montésinos André, 1993, *Surveillante. Une fonction à reconsidérer*, Paris, Arnette, Collection « Encyclopédie des soins infirmiers ».

Ocqueteau Frédéric, 2006, *Mais qui donc dirige la police ? Sociologie des commissaires*. Paris, Armand Colin.

Oubry Christine, 2004, *Cadre de santé, quid des filières ?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme de cadre de santé, IFCS Montpellier.

Pichaut François, Schonaers Frédéric, 2011, «Le “middle management” sous pression: la difficile intégration du référentiel managérial issu du NPM dans les organisations au service de l'intérêt général », Communication au 22ème Congrès de l'AGRH, Marrakech.

Poisson Michel, *Origines républicaines d'un modèle infirmier*, Vincennes, Editions Hospitalières, 1998.

Reinhardt Sophie, 2011, *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?*, Thèse de doctorat de sociologie, Université Paris 8, mars.

Schweyer François-Xavier, 1993, «L'infirmière qui devient “directeur”. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics », in Pierre Merle (dir.), *La compétence en question. école, insertion, travail*, rennes, pur, pp.127- 148.

Schweyer François-Xavier, 2006, «Une profession de l'Etat providence. Les directeurs d'hôpital », *Revue européenne des sciences sociales*, Tome XLIV, n° 135, pp. 45-60

Toupillier Danielle, Yahiel Michel, 2011, *Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé*, Paris, Ministère du travail, de l'emploi et de la santé

Vallet Guy, Zeggar Hayet, 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.

Vigour Cécile, 2006, «Justice : l'introduction d'une rationalité managériale comme euphémisation des enjeux politiques » *Droit et société*, n°63-64, p. 425-455

Yahiel Michel, Mounier Céline, 2011, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ? Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, janvier, 74 pages.