

MOTS CLÉS

Cadre supérieur
de santé
Pôle
Diplôme
HPST
Identité professionnelle
Master
Encadrement

dossier

RÉFLEXION

L'accès au grade de master pour les cadres supérieurs de santé

Utopie statutaire ou professionnalisation académique en perspective ?

L'environnement hospitalier ne cesse de proposer de nouvelles lignes organisationnelles, politiques et stratégiques. En un mot, l'hôpital est impliqué dans les arcanes réglementaires du *new public management* transformant les logiques d'acteurs sur toutes les strates hiérarchiques et fonctionnelles. Comme le précise V. de Gaulejac ⁽¹⁾, le comportement des institutions tend aujourd'hui à transformer, de plus en plus, les exigences abstraites en prescription organisationnelle, générant, ainsi, l'illusion d'une autonomie des cadres, conditionnés à des modes opératoires producteurs de normalisation, à l'instar des procédures qualité.

C'est le cas du positionnement des cadres supérieurs de santé, particulièrement sollicités pour s'adapter, en toutes circonstances, aux turbulences permanentes de « *l'hôpital sous pression* », comme le décrit finement N. Belorgey ⁽²⁾.

Aussi, dans le prolongement de notre étude précédente ⁽³⁾, il est question de porter une analyse des conditions hospitalières. Peut-on considérer que le cadre supérieur de santé, « collaborateur de pôle », puisse asseoir uniquement sa légitimité par le positionnement statutaire validé au « concours sur titre et travaux » dans la fonction publique hospitalière (FPH) ? Car cette qualification n'implique pas la contrainte de suivre une formation complémentaire d'adaptation au poste occupé. Serait-il conseillé, voire fortement recommandé, de suivre un cursus certifiant pour mieux appréhender la complexité de cette responsabilité éminemment stratégique ?

Nous proposons de développer un regard réflexif et épistémologique de cette fonction, à partir de la réalité quotidienne hospi-

Dominique CHARNIGUET

Diplômé universitaire 3^e cycle
Management de pôle,
université Paris-Est
Marne-la-Vallée
Cadre supérieur
de santé Iade, assistant
de pôle, MCO (90)

Jean-Luc STANISLAS

Diplômé master
management
de la santé, université
Paris-Dauphine
Cadre supérieur
de santé, collaborateur
de pôle, EPS de santé
mentale (93)

talière, dont les circonvolutions nécessitent, de notre point de vue, un développement professionnel continu des compétences, par la voie académique permettant de mieux situer son positionnement... entre l'inertie de ses conditions statutaires et l'instabilité de sa posture managériale.

Une fonction accessible par voie unique ascendante

«[...] Partant du principe que la compétence relève de savoirs et de savoir-faire [...] ⁽⁴⁾ » : une affirmation du dernier rapport de l'Igas concernant la formation professionnelle des cadres hospitaliers, dans le contexte de la mise en œuvre du système licence/master/doctorat (LMD) – accords de Bologne – qu'il nous paraît intéressant de confronter à la réalité de nos propres compétences acquises, nos savoirs modelés et nos savoir-faire peaufinés.

C'est ainsi que nous souhaitons effectivement introduire notre propos réflexif autour de l'exercice de notre profession de cadres supérieurs de santé assistants de pôle.

Certes, le diplôme de cadre de santé a permis l'initiation à certains fondamentaux académiques requis pour l'exercice de la fonction et mis rapidement en savoirs pratiques favorisant l'opérationnalité à travers les stages sur le terrain.

C'est le principe de l'approche des théories de l'apprentissage par « l'alternance » entre les apports théoriques et expérimentiels, maillant la formation de cadre de santé.

Cette forme d'apprentissage est devenue, depuis la réforme de 1995, la règle pour tout soignant souhaitant consolider ses compétences en formation à l'IFCS afin de valoriser ses potentialités d'encadrant ou de formateur, traduites après l'obtention de son diplôme par sa nomination administrative légitimant ainsi son positionnement statutaire.

Mais cette formation initiale de cadre de santé n'est plus suffisante pour constituer le socle de connaissances nécessaires à l'exercice futur de la fonction de cadre supérieur de santé, notamment pour occuper le poste de collaborateur de pôle à l'hôpital.

Paradoxalement, la réglementation actuellement en vigueur ⁽⁵⁾ précise que trois ans de « services effectifs dans le grade de cadre de santé » sont requis statutairement pour se présenter au concours sur « titre et travaux » de cadre supérieur de santé.

Il n'y a pas de règles formelles, hormis la composition du jury, en ce qui concerne les critères de sélection des candidats ⁽⁶⁾ : le « jury établi par ordre de mérite la liste des candidats déclarés admis ». Leur parcours professionnel est donc soumis à l'appréciation du jury, laissant toute latitude pour retenir telle ou telle candidature interne ou externe, avec ou sans titre autre que le diplôme de cadre de santé exigé, comme les diplômes académiques. Une étude sur la monographie des métiers sensibles de la FPH, référentiel de l'ex-École nationale de la santé publique (ENSP) – actuelle École des hautes études en santé publique (EHESP) –, confortait déjà cette idée d'évolution nécessaire en 2007 : « *Le concours de cadre supérieur de santé est sans doute appelé à évoluer, et il pourra inclure un programme de formation incluant des modules théoriques et des stages.* »

Pour autant, il est de notoriété publique que cette fonction d'encadrement de niveau « intermédiaire » a beaucoup évolué ces dernières années, tant sur sa position institutionnelle que sur son périmètre d'activité. La description de cette fonction, utile aux DRH, est somme toute relativement récente et encore aujourd'hui en évolution constante, aux frontières particulièrement floues entre le cadre de proximité et le directeur des soins ⁽⁷⁾.

Ce sont nos expériences singulières d'encadrement supérieur de santé, individuelles, qui participent, en définitive, à l'adaptation du profil de poste pouvant être aussi diversifié que sont nos institutions, elles-mêmes soumises aux multiples évolutions conjoncturelles variables selon leur histoire, leur culture, leur structure (CHU, CHR, CH, CHS, EPS) et leurs spécificités disciplinaires (MCO, psychiatrie, SSR). Ce constat est renforcé d'ailleurs par les considérations faites dans cette même étude précédemment citée : « *Les compétences requises, à l'instar du périmètre d'activité et de mission, dépendront dans chaque établissement de la définition qui sera finalement adoptée pour le poste de cadre de santé de pôle et de la structuration en pôle et du type d'établissement.* » ⁽⁸⁾

Une compétence évoluant au fil de l'eau

L'exercice de la fonction d'encadrement supérieur de santé tient beaucoup à des compétences particulières, certaines individuelles et surtout dépendantes du contexte conjoncturel institutionnel auquel appartient le professionnel.

Pour se rendre à l'évidence de la complexité de cette fonction, nous illustrons notre propos par sa définition très lapidaire inscrite dans le *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* ⁽⁹⁾ exposant une liste exhaustive de rôles et missions qui, en première lecture, ne clarifie pas vraiment son positionnement politique, stratégique ou opérationnel ; reflet de l'ambiguïté dans l'exercice au quotidien, comme nous l'avions précédemment souligné dans notre étude récente ⁽¹⁰⁾.

Les compétences intrinsèques à cette fonction de « collaborateur » soignant de pôle, au sens de la loi Hôpital, patients, santé, territoires (HPST) ⁽¹¹⁾, en sont ainsi mal circonscrites, au point même de se voir proposer des appellations plurielles proposées par le chef d'établissement, selon le lieu d'exercice pour nommer la position de collaborateur de pôle : « *Assistant de pôle, cadre paramédical de pôle, cadre soignant de pôle, cadre supérieur de santé de pôle, cadre hospitalier responsable de pôle, cadre soignant collaborateur du chef de pôle, etc.* »

D'ailleurs, un rapport récent de l'Igas rendu public en février 2010 confirme cette ambiguïté en précisant que « [...] si les fonctions des cadres supérieurs de santé sont claires, leur positionnement reste double, entre l'appartenance au trio de pôle, sous l'autorité fonctionnelle du chef de pôle et leur place dans la hiérarchie soignante, sous l'autorité de la direction des soins » ⁽¹²⁾.

Par ailleurs, C. Dubar et P. Tripier ⁽¹³⁾ ont bien décrypté les trajectoires des professionnels de la fonction publique qui se caractérisent par deux modes de professionnalisation : la logique de la « qualification » (valorisée par les titres, les connaissances formelles, codifiées et

NOTES

- (1) V. de Gaulejac, *La Société malade de la gestion : idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Seuil, p. 75.
- (2) N. Belorgey, *L'Hôpital sous pression : enquête sur le nouveau management public*, La Découverte.
- (3) J.-L. Stanislas, D. Charniguet, « Cadre soignant de pôle : expériences MCO/psychiatrie », *Gestions hospitalières*, n° 502, février 2011.
- (4) M. Yahiel, C. Mounier, « Quelles formations pour les cadres hospitaliers », rapport Igas, novembre 2010.
- (5) Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant « statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière ».
- (6) Arrêté du 19 avril 2002 fixant la composition des jurys et des modalités d'organisation du concours sur titres permettant l'accès au corps des cadres de santé.
- (7) Ministère de la Santé, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, 2^e édition, 2009.
- (8) ENSP, « Étude prospective des métiers sensibles de la FPH : monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles », 2007. Tome 2, p. 148.
- (9) *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*, 2^e édition, EHESP, 2009.
- (10) J.-L. Stanislas, D. Charniguet, « Cadre soignant de pôle : expériences MCO/psychiatrie », *op. cit.*
- (11) Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 complétée par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 relative à l'hôpital, aux patients, à la santé et aux territoires.
- (12) H. Zeggar, G. Vallet, « Bilan de l'organisation en pôle d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé », rapport Igas, février 2010, p. 23.
- (13) C. Dubar, P. Tripier, *Sociologie des professions*, 2^e édition, Armand Colin, 2005, p. 161.

« Une succession de savoirs pratiques et d'apprentissages académiques permet de construire une identité professionnelle et de légitimer les compétences pratiques mobilisées quotidiennement dans cet environnement hospitalier mouvant. »

transmissibles) et la logique de la « compétence » (valorisée par l'expérience acquise sur le terrain). Ces modalités hybrides d'évolution professionnelle suscitent souvent un sentiment de déficit de « reconnaissance » tant décriée dans la filière soignante qui est tiraillée entre son attachement aux corporations métiers (filiale professionnelle du soin) et ses désirs d'évolutions académiques valorisantes issues des « professions savantes » (filiale universitaire).

Nous pouvons illustrer notre argumentaire par nos parcours professionnels respectifs, essentiellement ancrés sur le développement de compétences d'expertise de terrain, puis valorisés par la voie académique, dans une démarche plus individuelle :

► infirmier anesthésiste diplômé d'État pendant dix-neuf ans au bloc opératoire, puis « tuteur » des étudiants des instituts de formation en soins infirmiers (Ifsi) et écoles d'infirmiers anesthésistes, puis de faisant fonction de cadre de santé en unité de médecine interne et gériatrie, avant de suivre la formation de cadre de santé. Cette réelle expertise soignante dans la spécialité pointue qu'est l'anesthésiologie a participé à la constitution d'un socle de compétences combinées à celles des fonctions d'encadrement soignant ayant permis d'évoluer progressivement vers l'exercice des fonctions de cadre supérieur assistant de pôle, validé au terme de près de trois ans de faisant fonction, sur le plan statutaire, avec un diplôme obtenu à l'université en 2010 sur le management des pôles médico-hospitaliers ;

► infirmier de secteur psychiatrique depuis 1993 pendant sept ans en unités cliniques

d'hospitalisation et de soins ambulatoires, avant d'évoluer vers des fonctions d'encadrement, via l'entrée en IFCS en 1999. Une prise de poste en unité d'hospitalisation temps plein en 2000 pendant trois ans qui s'est élargie par des responsabilités sur plusieurs unités extrahospitalières jusqu'en 2005. Un poste d'encadrement supérieur se présente pour occuper cette nouvelle fonction validée sur concours en 2005, avec une posture d'assistant de pôle depuis 2007 à ce jour, dans le contexte de changement organisationnel. Posture consolidée par un cursus universitaire de niveau master en économie et management de la santé obtenu en 2008.

C'est donc bien une succession de savoirs pratiques et d'apprentissages académiques qui permet de construire une identité professionnelle et légitimer les compétences pratiques mobilisées quotidiennement dans cet environnement hospitalier mouvant. Les savoirs expérientiels viennent asseoir l'expertise pratique en évolution constante devant reposer parallèlement sur des fondements théoriques certifiants, que la voie académique permet de légitimer. Selon Ph. Perrenoud ⁽¹⁴⁾, « *il n'y a pas de pratiques sans savoirs [...] Il est évident que les pratiques technologiques ou scientifiques ne fonctionnent pas sans savoirs. Le risque serait plutôt de les réduire à l'application de savoirs-savants, déclaratifs et procéduraux, en ajoutant un peu de know how pour faire la part des tours de main et du bricolage qu'exige tout métier technique [...]* ». S'agissant de l'exercice de la fonction d'encadrement, la question de la valeur intrinsèque de cette fonction se pose car l'identité professionnelle des cadres intermédiaires se construit uniquement par le truchement de l'évolution organisationnelle hospitalière, sans asseoir cette légitimité par une voie autre que statutaire.

Vers l'obtention d'un master

L'accès au titre académique devient une seconde reconnaissance indispensable pour mieux intégrer les nouvelles mutations. C'est ce que proposent M. Yahiel et C. Mounier dans leur rapport : « *Les cadres supérieurs devant être titulaires du master complet [...], une partie du cursus s'effectuerait [sous l'égide de l'EHESP]. Cette exigence de niveau n'a de sens que si elle s'articule dans un cadre homogène, en l'occurrence celui du management des établissements de santé.* » ⁽¹⁵⁾

Compte tenu de ces considérations actées dans les recommandations faites à l'encontre des cadres hospitaliers, il n'est pas inopportun de reposer la nécessaire formation d'adaptation à l'emploi au poste de cadre supérieur de santé, collaborateur de pôle, en management hospitalier. D'autant plus que si l'on prend acte des considérations faites dans le premier rapport d'activité annuel rendu public en janvier 2011 du Centre national de gestion (CNG), la question de la valorisation du positionnement de l'encadrement intermédiaire est, pour le moins, particulièrement riche d'enseignements : « *Véritables pivots des organisations [...] soignantes [...], les cadres supérieurs et cadres sont au centre de tous les enjeux et maîtres d'œuvre associés au changement.* » ⁽¹⁶⁾

Autant la formation dispensée en IFCS, avec son contenu modulaire pendant dix mois, propose un mode d'accompagnement au changement de posture pouvant se traduire par le passage de praticien du soin vers celui de manager du soin ; la mission principale du cadre supérieur de santé s'apparenterait davantage à l'indispensable approfondissement de fondamentaux managériaux, stratégiques,

NOTES

⁽¹⁴⁾ Ph. Perrenoud, « La transposition didactique à partir des pratiques : des savoirs aux compétences », *La Revue des sciences de l'éducation*, vol. XXIV, n° 3, 1998, pp. 487-514.

⁽¹⁵⁾ M. Yahiel, C. Mounier, « Quelles formations pour les cadres hospitaliers », *op. cit.*, pp. 3-4.

⁽¹⁶⁾ D. Toupillier, M. Yahiel, « Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé », CNG, janvier 2011, p. 11.

sociologiques, gestionnaires et aux processus décisionnels dans l'environnement macro-économique des politiques institutionnelles et des enjeux territoriaux de santé: «*Le profil de cadre de santé de pôle intègre des savoir-faire plus politiques ou stratégiques qu'auparavant pour le cadre supérieur de santé: agir davantage sur le processus de décision et du pôle.*»⁽¹⁷⁾

Ces nouvelles compétences ne peuvent donc être issues d'un capital de connaissances acquises en formation initiale de cadre de santé et de conditions statutaires peu représentatives du niveau de responsabilité actuel du cadre supérieur de santé; comme le rappelle Ch. de Singly dans son rapport sur les cadres hospitaliers, «*la formation universitaire doit mailler la formation des cadres hospitaliers*»⁽¹⁸⁾.

Il devient urgent d'inscrire une plus grande cohérence entre la formation des cadres de santé et l'absence de formation continue «obligatoire» pour les cadres supérieurs de santé, considérant que les liens entre les IFCS et les universités valident souvent un diplôme académique de niveau master 1.

L'exercice de la fonction cadre supérieur de santé, collaborateur de pôle, interroge sur le niveau requis de savoirs et savoir-faire impérieusement mobilisables au quotidien pour plusieurs raisons:

» comprendre et surtout intégrer les changements managériaux au regard des réformes du secteur sanitaire et social, et des changements induits;

» intégrer le repositionnement des différents acteurs et l'identité des pôles avec un fort développement des notions de transversalité et de coopérations;

» comprendre la nécessaire et continuelle articulation des différentes stratégies du pôle inhérentes aux projets du pôle lui-même mais également au projet d'établissement;

» appréhender les nouvelles approches du management où la mise en exergue des dimensions participatives, fédératives, déléгатrices est de plus en plus prégnante;

» occuper les missions d'optimisation de la gestion des budgets avec l'émergence d'outils jusqu'alors exclusifs à une sphère administrative hermétique;

» assumer les délégations et intéressements renforcés dans la logique de subsidiarité;

» asseoir une posture sur l'interdisciplinarité dans l'animation pour ne pas dire la gouvernance du pôle;

» maîtriser les outils de pilotage stratégiques et de valorisation des activités;

» développer des compétences sur l'accompagnement des changements structurels des organisations de santé...

À l'image du dispositif d'accompagnement recommandé pour les chefs de pôle⁽¹⁹⁾ dont la réglementation propose un véritable dispositif modulaire certifiant, il serait souhaitable qu'il en soit autant pour la consolidation des compétences nécessaires pour l'exercice des fonctions de cadre supérieur de santé, collaborateur de pôle, en lien avec l'Institut du management rattaché à l'EHESP. À ce titre, le CNG promeut cette idée dans les attendus de la recommandation n° 15 de son premier rapport annuel 2011: «*Investir dans la formation [...] des cadres de pôle [...] pour créer une culture commune et s'appuyer sur des repères, outils et méthodes partagés.*»⁽²⁰⁾

Dans le même sens, le rapport de Ch. de Singly propose d'inciter les établissements à accompagner leurs cadres supérieurs de

santé: «*[...] Le master, répondant aux objectifs évoqués plus haut, pour accéder au grade de cadre supérieur de santé, tout cadre de santé devrait également pouvoir le suivre sur la base du volontariat, sous réserve de l'accord de l'établissement d'enseignement supérieur*»⁽²¹⁾. Les premiers éléments de contenus de ce programme de formation y sont également introduits: «*Cette deuxième année (master) devrait davantage être orientée vers les compétences transversales du manager, en particulier autour des questions de stratégie et de pilotage en milieu complexe et incertain, mais aussi de dialogue social et de leadership. Elle devrait également renforcer les compétences des cadres en pédagogie.*»⁽²²⁾

En conclusion, les attendus de la fonction, précisés précédemment, nécessitent que chaque cadre supérieur de santé collaborateur de pôle se hisse à la hauteur de son positionnement stratégique, de sa fonction et de ses missions; afin que le cadre «pratico-pratique», limité par les possibles réglementaires et financiers de l'exercice, au service de ses collaborateurs et surtout des patients, réponde aussi aux impératifs des valeurs soignantes qui doivent être, au même titre que toutes autres, considérées comme l'un de nos fondements académiques. «*[...] Les cadres de santé de pôle couvrent tous les champs de responsabilités, justifiant qu'ils bénéficient, pour les exercer, d'une formation universitaire en management de niveau master. La mission propose de rendre ce master obligatoire.*»⁽²³⁾

Une évolution est en marche vers l'accès à un plus large panel de formations universitaires de niveau master 2, devant être accompagnées par les décideurs de nos établissements, dans une logique réglementaire favorisant la formation tout au long de la vie professionnelle et le développement professionnel continu⁽²⁴⁾; ce qui apportera une meilleure posture stratégique, une légitimité renforcée et des compétences élargies pour mieux se situer dans cet environnement hospitalier en pleine mutation tant sur le plan managérial qu'organisationnel dans son nouveau périmètre des territoires de santé. ●

NOTES

(17) ENSP, «Étude prospective des métiers sensibles de la FPH: monographie de 10 métiers et groupes métiers sensibles», *op. cit.*, p. 148.

(18) Ch. de Singly, rapport de la mission Cadres hospitaliers, 11 septembre 2009.

(19) Arrêté du 11 juin 2010 fixant les modalités de la formation à l'exercice des fonctions de chef de pôle d'activité clinique ou médico-technique (six modules pour 60 heures de formation).

(20) D. Toupillier, M. Yahiel, «Rapport sur la modernisation de la politique des ressources humaines dans les établissements publics de santé», *op. cit.*, p. 58.

(21) *Idem.*

(22) M. Yahiel, C. Mounier, «Quelles formations pour les cadres hospitaliers», *op. cit.*

(23) Ch. de Singly, rapport de la mission Cadres hospitaliers, *op. cit.*

(24) Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la FPLV des agents de la FPH et décret n° 2011-2114 du 30 décembre 2011 relatif au DPC des professionnels de santé paramédicaux.