4ème rencontre inter – IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) Grand-Est[1] . Reims, le 3 mai 2018

"Etre cadre de santé en 2030"

Marc FOURDRIGNIER[2].
Cadres de santé : des métiers pour demain ?

Sommaire

Introduction 2

I- UNE MISE EN PERSPECTIVES 2

A. La longue histoire des cadres de santé 2

B. Quinze ans de transformations du monde de la santé 3

II- LES ENJEUX D'AUJOURD'HUI 5

A. L'évolution des activités de soins 6

B. La question des territoires 7

III- ETRE CADRE DE SANTE EN 2030 8

A. Des métiers de cadre en transformation 8

B. Des spécificités pour les cadres de santé ? 9

1. Une diversification des profils 9

2. Des professionnalisations nouvelles ? 10

3. Des fonctions renouvelées ? 11

Conclusion 11

Bibliographie 13

1. Articles, ouvrages. 13

2. Textes de référence. 14

Annexe 1 : Quelques exemples de travaux de prospective 16

1. Gestions Hospitalières, 2016. L'hôpital du futur 16

2. Tribunes de la santé, 2017. Santé 2050. 16

Annexe 2 : De nouvelles organisations territoriales 18

Annexe 3 : Évolution des métiers et des compétences cadres : quels enjeux ? 19

[1] La région Grand Est est entendue ici au sens des Instituts de Besançon, Dijon, Strasbourg, Nancy et Reims.

[2] Sociologue. Maître de Conférences. CEREP (Centre d'Etudes et de Recherche sur les Emplois et les Professionnalisations) Université de Reims Champagne-Ardenne.

Introduction

La sociologie, par définition, n'est pas la mieux placée pour faire de la prospective, dans la mesure où elle s'intéresse à ce qui existe, voire à ce qui a existé mais plus difficilement à ce qui pourrait exister. Néanmoins, j'ai accepté votre sollicitation en la traitant à partir de la focale du temps de la manière suivante. Il ne s'agit pas de considérer que le temps est linéaire, au sens de l'évolutionnisme : il y aurait alors différentes étapes dans le développement des cadres de santé. Chaque nouvelle étape serait supérieure à la précédente. Il ne s'agit pas non plus de considérer que l'histoire est circulaire au sens d'un éternel recommencement. Il s'agit plutôt, dans une vision constructiviste, de considérer que chaque étape se construit à partir de ce qui a pu exister, des contextes dans lesquels elle a lieu et des stratégies qui vont pouvoir s'élaborer dans le cadre des rapports de domination du moment. Dans cette perspective cela revient à dire qu'un mouvement de professionnalisation n'est pas directement prévisible et linéaire et qu'il peut connaître diverses formes de développement, y compris de déprofessionnalisation. Nous y reviendrons. Nous nous proposons donc, en trois temps, de mettre en perspective le développement du groupe professionnel - s'il est unique - des cadres de santé avant d'évoquer très brièvement les enjeux des activités de soins pour aborder enfin les cadres de santé en 2030.

I- UNE MISE EN PERSPECTIVES

Il y a quelques temps déjà Ljiljana JOVIC soulignait le fait qu'il y a souvent « *une méconnaissance de l'histoire professionnelle* ». Elle complétait en indiquant que « *l'Histoire permet de connaître le passé, de comprendre le présent et, si elle ne permet pas de prédire l'avenir, elle le nourrit de sa représentation*. (Jovic, 2012). Nous allons utiliser une double focale, la première de longue période, la seconde de courte période.

A. La longue histoire des cadres de santé

Comme l'indique Michel Poisson l'histoire des cadres de santé – même si l'appellation n'est pas homogène – s'étale de 1875 à aujourd'hui (Poisson, 2017, p 117). Sans reprendre cette histoire dans le détail, ce que cet auteur fait très bien, on se doit de relever deux ruptures radicales.

Tout d'abord il faut rappeler qu'à l'origine, dans le courant du XIX° siècle, le recrutement à l'extérieur de l'hôpital constituait la règle : « *les religieuses « surveillantes » sont recrutées à l'extérieur de l'hôpital, c'est-à-dire dans leurs communautés d'appartenance, sans aucun lien ni une quelconque formation en relation avec le monde des soins* » (Poisson, 2017 p 118). Dans cette période dominent le pouvoir administratif et le pouvoir ecclésiastique, qui légitime ce recrutement des surveillantes.

La rupture radicale qui va être introduite pour 120 ans, consiste à « *recruter à l'intérieur de l'hôpital (…) parmi les infirmières elles-mêmes, introduisant ainsi une filiation et une légitimité nouvelles de nature à bouleverser en profondeur l'organisation hospitalière » (ibid.).* Pour autant ceci n'est rendu possible que par l'émergence du pouvoir médical et du besoin de chef au sens intermédiaire.

Tout au long du XX° siècle ce principe va rester présent en prenant en compte deux autres éléments : la nécessité d'une formation spécifique et la diversification des profils. Cela se traduit notamment par la création de quatre certificats distincts : celui d'infirmière monitrice et d'infirmière surveillante (en 1959[3]) d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique (en 1973) de cadre infirmier de secteur psychiatrique (en 1976). Recrutement interne, professionnalisation et diversification des fonctions, tels sont les trois éléments clés de cette première grande période[4]

La deuxième rupture réside dans la publication du décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. « *Cette orientation consacre une rupture avec la logique de filiation professionnelle comme source de légitimité qui a prévalu depuis plus d'un siècle, pour toutes les professions concernées. Désormais, la profession d'origine n'apparaît plus que sous forme de mention sur le diplôme de cadre de santé* » (Poisson, 2017, p 137). Pour autant il ne s'agit pas de « gommer » l'identité des quatorze professions regroupées puisque dans l'annexe 1 de l'arrêté il est précisé qu' « *ainsi l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle* »[5.]

Plus de vingt ans après ce texte reste la référence, à défaut d'avoir vu aboutir la « réingénierie » tant de fois annoncée.

B. Quinze ans de transformations du monde de la santé

Pour appréhender la situation des cadres dans une période plus récente, je commencerai par la citation suivante.

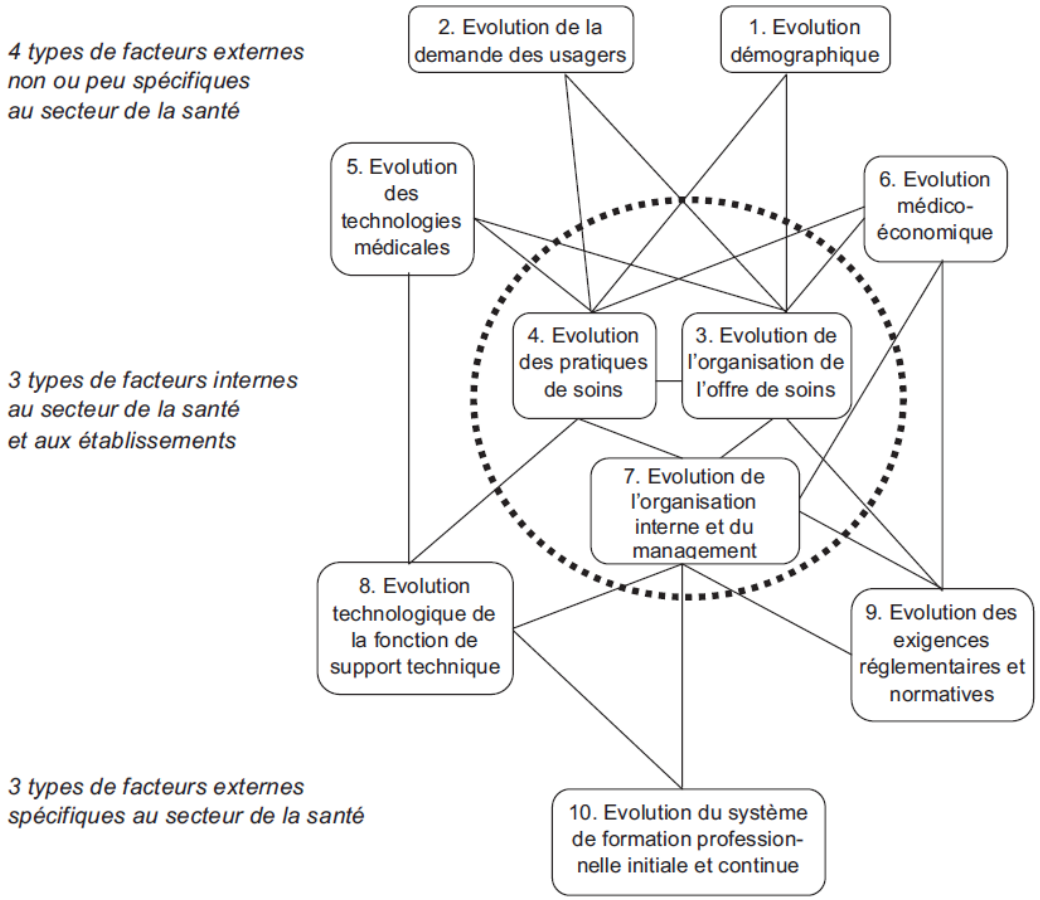
Encadré 1 : L'impact des évolutions du champ de la santé

Les puissantes évolutions qui sont aujourd'hui à l'œuvre dans les champs sanitaire, social et médicosocial modifient en profondeur l'organisation du système de soins. La démographie de la population française et son impact, à moyen terme, sur les conditions de prise en charge des patients, se conjuguent avec la « révolution » technologique et numérique et les changements notables dans les attentes des usagers vis-à-vis du système de santé. (…). Identifier les changements probables à moyen et long terme permet de les [leurs conséquences concrètes sur les principaux acteurs] anticiper et donc de s'y préparer. (Ministère de la Santé, 2007, p 7).

Tél était le propos d'Annie Podeur, directrice de l'hospitalisation et de l'organisation des soins en 2007, préfaçant la présentation d'une étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière, lancée par la DHOS au début des années 2000.

3 - Voir dans le point 2 de la bibliographie les références précises des textes réglementaires.
4 - Dans l'article cité Michel Poisson distingue trois périodes : 1878-1950 ; 1950- 1975 ; 1975-2015. La première a pour titre : *L'invention d'une surveillante française au service de la transformation de l'espace hospitalier : d'un lieu d'enfermement des miséreux et de régulation de l'ordre social à un lieu de soins ?* La seconde : *Monitrices, surveillantes et infirmières générales : l'affirmation par la formation d'une ligne hiérarchique infirmière au service de l'hôpital moderne, mais aussi du développement professionnel*. La troisième : *Des cadres infirmiers aux cadres de santé : l'invention prudente, voire hésitante, d'une nouvelle figure de chef de première ligne, au service d'un hôpital de plus en plus présenté comme un théâtre d'activités tarifées visant la performance dite médico-économique*. Nous avons plus tendance à considérer que la césure entre les deuxièmes et troisièmes périodes serait en 1995, date de création du « cadre de santé », mais aussi période où s'implante le new public management.
5- Extrait de l'annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995.

Ce travail a permis, alors, d'identifier les facteurs d'évolution probable à moyen et long terme dans les champs sanitaire, social et médico-social publics impactant les ressources humaines et les organisations (encadré 2).
Sur cette base dix métiers dits sensibles, c'est-à-dire jugés comme les plus impactés par les évolutions à venir, ont été distingués. Parmi ceux-ci les « cadres de santé et cadres de pôle » étaient considérés comme très impactés par six des dix critères.



Encadré 2 : Les dix critères retenus dans l'étude ministérielle de 2006.

Source : Ministère de la Santé, 2007, p 305

Les compétences des cadres de santé de proximité sont alors identifiées de la manière suivante : « *Les aspects économiques et techniques côtoient l'aspect humain et relationnel. Le métier de cadre de santé nécessite donc une double compétence à la fois en gestion des ressources humaines (animation d'équipe, formation, gestion des conflits…) et en organisation d'une unité de soins (gestion et suivi de projets, organisation du travail) » (*(Ministère de la Santé, 2007, p 135).

Est également caractérisé le marché du travail pour lequel *« des difficultés de recrutement se font sentir, sans doute plus marquées dans les plus petits établissements ou dans des spécialités peu attractives (ex. gérontologie). Elles ont été plus importantes dans un passé encore récent, mais elles risquent de redoubler compte tenu des massifs départs à la*

retraite. Le nombre de postes vacants de personnels paramédicaux faisant fonction de cadre est non négligeable, il risque d'augmenter. Le métier d'encadrement souffre d'une faible attractivité, le gain de rémunération n'étant pas en rapport avec les responsabilités et la pénibilité du travail. En outre, la majorité des soignants ne désire pas abandonner les soins et la relation aux patients qui constituent le cœur de leur vocation ». (Ministère de la Santé, 2007, p 137).

Enfin, dans une vision prospective, l'horizon 2015 est caractérisé de la manière suivante :

- Un recentrage de l'activité de cadre de santé de proximité sur le management d'équipe et l'organisation de service.
- L'incidence croissante dans l'activité du déploiement du système d'information.
- Un repositionnement du cadre de santé de proximité au plus près de l'équipe et des malades, dans la gestion des parcours de soins, après un temps où l'on a vu les cadres s'éloigner de l'activité des soins, happés par la gestion administrative. (Ministère de la Santé, 2007, p 137).

En prenant appui sur ce travail il ne s'agit pas de valider ou d'invalider le travail de prospective mais de montrer que l'on peut voir autant des continuités que des changements dans la vision vers 2030.

II- LES ENJEUX D'AUJOURD'HUI

Sur cette base quels sont les enjeux d'aujourd'hui ?

Ceux ci sont d'abord liés aux modifications des environnements : un cabinet spécialisé, Asterés, dans un travail de prospective « La santé en 2030», souligne les points suivants :

- Avec une moyenne de 85 ans pour les femmes et de 79 ans pour les hommes, les Français figurent dans le « top 10 » mondial des peuples ayant la plus forte longévité. Leur durée de vie s'est sensiblement allongée au cours du siècle dernier et cette tendance va se poursuivre presque sans faiblir à horizon 2030.
- A cette date, la France comptera 7% de résidents en plus qu'aujourd'hui et sa population vivra en moyenne trois années supplémentaires. Cela montre bien que notre système de santé est relativement performant. Mais il n'en souffre pas moins d'insuffisances majeures, par exemple en matière de prévention.
- La mortalité prématurée et évitable est très élevée en France et les années de vie gagnées sur la mort ne sont plus nécessairement en bonne santé.
- Surtout, rien ne dit que notre système de santé, s'il est incapable de financer et d'intégrer en son sein la vague d'innovations technologiques médicales qui s'amorce, ne décroche pas dans les classements internationaux cette prochaine décade, ce qui romprait notre pacte social.
- A horizon 2030 comme au-delà, l'amélioration de la santé repose sur le perfectionnement du système de santé dans son ensemble (environnement, comportements, prévention, curatif), et non uniquement du système de soins curatif, sur lequel se sont concentrées jusqu'à présent les politiques publiques. (Asterès, 2015).

Pour analyser les enjeux on se doit de constater que les travaux de prospective[6] ont souvent une tendance à se focaliser sur l'hôpital, les activités médicales et les transformations technologiques. L'impact sur les organisations et sur les métiers est peu ou pas abordé. Pour préciser les enjeux nous allons nous focaliser sur deux points, sachant qu'ils ne sont pas exhaustifs. Le premier concerne l'évolution des activités de soins, le second la montée des territoires.

[6] - Nous avons analysé deux exemples en annexe 1.

A. L'évolution des activités de soins

Quelle vision a-t-on aujourd'hui de l'évolution des activités de soins d'ici 2030 ? Une première réponse réside dans les travaux de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques). Ce document présente les projections d'activité hospitalière de court séjour à l'horizon 2030, calculées à partir d'hypothèses construites avec un groupe d'experts, et tenant compte des évolutions démographiques à venir. Ces hypothèses s'appuient sur un meilleur suivi en ville de certaines pathologies chroniques, des progrès techniques et des changements de pratiques dans certaines prises en charge hospitalières. Sept tendances sont identifiées.

Tableau 1 : Les sept tendances d'évolution de l'activité hospitalière en 2030.

Tendance	***Argumentation***
Les progrès des prises en charge réduiraient la progression des taux d'hospitalisation	Sont pris en compte la notion de *pertinence des hospitalisations* (par exemple en ce qui concerne les interventions sur la cataracte) L'hypothèse de *l'amélioration du suivi de certaines pathologies ou facteurs de risque* par la médecine de ville à horizon 2030 (cas de l'hypertension artérielle).
Une rupture de tendance pour les hospitalisations des plus de 65 ans	Le recours à l'hôpital des personnes âgées diminuerait, grâce aux *progrès dans le suivi des pathologies chroniques*, à une *meilleure organisation des parcours de soins* permettant de limiter les hospitalisations évitables, et à une *attention apportée à la pertinence des soins*. Entre 2012 et 2030, le taux d'hospitalisation des plus de 65 ans baisserait de près de 5 %.
Une augmentation du nombre de séjours réalisés en ambulatoire	Les experts prédisent *une augmentation de la part d'activité réalisée en ambulatoire*, proche de la poursuite des évolutions récentes tous âges et toutes pathologies confondues, *la part de séjours réalisés en ambulatoire passerait de 39,6 % en 2012 à 49,5 % en 2030.*
Une répartition stable des motifs de recours	Les trois principaux groupes de motifs d'hospitalisation resteraient inchangés en 2030 par rapport à 2012 (autres recours aux soins, maladies de l'appareil digestif et maladies de l'appareil circulatoire).
Un raccourcissement des durées de séjours réalisés en hospitalisation complète	*La durée moyenne de séjour en hospitalisation complète pourrait être moins importante*, selon l'hypothèse retenue de modifications d'organisation des prises en charge entre hôpital, médico-social et médecine de ville notamment : elle atteindrait 5,7 jours en 2030 et serait identique à celle obtenue avec les projections réalisées en 2008.
Une baisse de 1 à 2 % du nombre d'équivalents-journées à l'horizon 2030	Il est probable que, même si on peut en contenir l'ampleur, le nombre de séjours hospitaliers va continuer à augmenter d'ici à 2030. En revanche, grâce au développement de la prise en charge hospitalière ambulatoire et au raccourcissement des durées de séjours en hospitalisation complète, le nombre d'équivalents-journées, c'est à dire le nombre de jours passés à l'hôpital pourrait légèrement diminuer (de près de 500 000 équivalents-journées, soit une baisse de 1 %)
Des réorganisations hospitalières à poursuivre	La quasi-stabilisation du nombre d'équivalents-journées ne doit pas s'interpréter comme le signe que des restructurations ne seraient pas

	nécessaires. Au contraire, ce résultat signifie que malgré le vieillissement de la population, les besoins hospitaliers ne vont pas augmenter. Or, aujourd'hui, *une situation de surcapacité prédomine* déjà à certains endroits du territoire, et au niveau global, *l'offre apparait excédentaire,* même si une vacance de lits est nécessaire afin d'accueillir les patients non programmés.

Il est difficile d'avoir un avis sur cette projection, sachant que selon les hypothèses retenues les résultats peuvent être très différents. Néanmoins, au regard de ce qui nous réunit aujourd'hui, on voit bien que la place du management, notamment de proximité, pour aller vers ces projections - si tant est que cela soit souhaitable et réaliste- restera tout à fait vital.

Pour autant cette projection, par définition, est très hospitalo-centrée. Elle repose sur le fait que d'autres lieux, d'autres modalités et d'autres intervenants seront en capacité d'appréhender et de traiter les questions de santé qui ne le seront plus que partiellement au sein de l'hôpital.

B. La question des territoires

« *Depuis quelques années, le monde hospitalier connaît des transformations majeures. (…) De nouveaux acteurs sont apparus, de nouveaux objets de gestion ont émergé. Parmi ces objets, le « territoire » est en train de bouleverser les repères traditionnels que les acteurs hospitaliers possédaient ». (Baly, Cazin, Kletz, Periac in Baly Cazin,2016, p 7).*

En effet de multiples manières la question des territoires est venue ces dix dernières années sur le devant de la scène des politiques et des pratiques de santé.

- C'est tout d'abord le T de la loi HPST et la nécessité de la prise en compte de la dimension territoriale dans les attributions des nouvelles agences créées à cette occasion.
- C'est ensuite, et de manière progressive, la « découverte » des inégalités territoriales de santé et de ce que l'on appelle depuis lors les déserts - médicaux aujourd'hui, hospitaliers peut être demain.
- C'est encore l'injonction au développement de coopérations inter-hôpitaux - à défaut d'être vraiment territoriales- par le biais d'abord- en 2009- des Communautés Hospitalières de Territoire puis-en 2016- par la généralisation des Groupements Hospitaliers de Territoire (GHT).
- C'est enfin le développement de dispositifs territoriaux visant à mettre à disposition des acteurs du système sanitaire et médico-social des ressources permettant de mieux faire face aux situations complexes, voire rares[7].

Pour le cas précis du GHT, on peut rappeler qu' « *était en gestation dans les grands rapports, tels que la stratégie nationale de santé de 2013 ou le Rapport Devictor de 2014 visant à « développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé* » (Fulconis, Joubert, 2017, p 59).

[7] – Voir l'annexe 2 qui présente les principaux dispositifs territoriaux.

On peut néanmoins s'interroger sur la perception de la coopération qu'ont les différents acteurs : « *La coopération est-elle perçue comme étant avant tout une réponse aux besoins du territoire, ou bien une stratégie de marketing visant à augmenter ses parts de marché ? Est-il possible, selon les acteurs, de concilier ces deux ambitions ? Retrouve-t-on ici la dichotomie souvent observée entre médecins et gestionnaires ? »* (Cazin, 2016, p 178). Dans un autre vocabulaire on pourrait dire que nous sommes face à un double usage du territoire : est-ce un cadre qui n'a aucune incidence sur le contenu du projet du GHT et que celui est en fait une extension de l'hôpital ? Est-ce un contenu qui prend en compte les spécificités du territoire dans le cadre d'un projet territorial de santé ?

Les cadres de santé peuvent avoir, par suite, beaucoup de mal à se positionner au regard des enjeux que nous venons d'identifier. Dans ce face à face entre l'administration hospitalière et les médecins quelle autonomie peuvent-ils avoir ? Quelles sont les alliances possibles ? Il est à souligner que dans ces différentes analyses il est rarement fait référence aux collectivités territoriales et aux intercommunalités, par ailleurs impliquées par leurs compétences sur un certain nombre de ces thématiques. Il est à souligner également que les coopérations attendues, et qui peuvent mobiliser les cadres de santé dans des démarches de travail en réseau par exemple, peuvent parfois se transformer en coopétition, « logique *dans laquelle coopération et concurrence sont mêlées : les établissements ont des intérêts communs, mais espèrent tirer de ce partenariat des gains individuels, ce qui peut engendrer des conflits d'intérêt* » (Cazin, 2016, p 185).

III- ETRE CADRE DE SANTE EN 2030

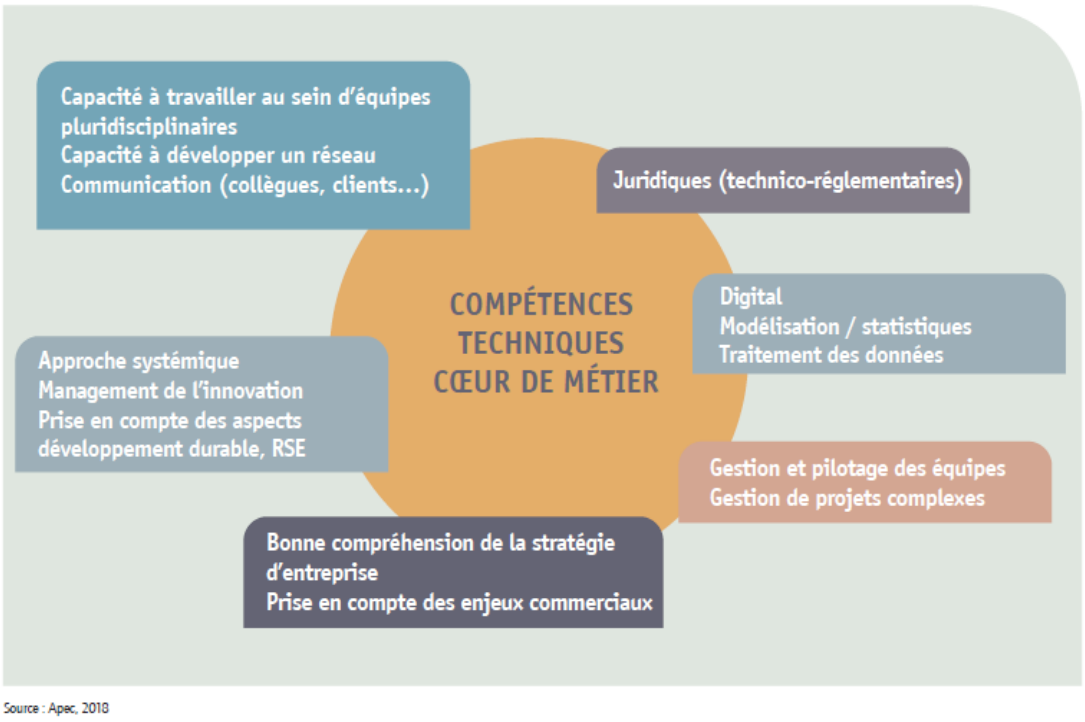
Quelles sont les questions qui se posent au regard de votre questionnement « être cadre de santé en 2030 » ? A un premier niveau on peut considérer que les questions qui se posent ne sont pas propres aux cadres de santé. A un second des éléments spécifiques sont à prendre en compte.

A. Des métiers de cadre en transformation

Dans ce premier temps on peut considérer que les cadres de santé comme beaucoup d'autres cadres sont confrontés à de nombreux enjeux. Une étude récente de l'APEC a permis d'identifier six facteurs d'évolution des métiers cadres : la mondialisation, la métropolisation, la transition énergétique, la réglementation, l'innovation et la digitalisation[8]. Certes le champ de la santé n'est pas exposé de la même manière à ces différents facteurs. *« Il reste que les métiers réellement nouveaux sont marginaux, alors que la très grande majorité d'entre eux se transforment et nécessitent une adaptation à l'évolution des compétences désormais requises pour les exercer. Il en découle pour les cadres, la nécessité de maîtriser un nombre de plus en plus important de compétences qui se situent souvent en dehors de leur cœur de métier*. (APEC, 2018, p 1).

Cette étude a notamment mis en évidence, au delà des compétences techniques et du cœur de métier, l'exigence de compétences transverses, qui ne sont pas nouvelles en elles-mêmes mais « *c'est l'exigence accrue d'une plus grande maîtrise de celles-ci qui est un phénomène récent* ». (APEC, 2018, p 14). Elles sont dans l'encadré 3.

[8] Voir annexe 3.



Encadré 3 : Les nouvelles compétences requises.

B. Des spécificités pour les cadres de santé ?

Si l'on se centre maintenant sur les cadres de santé on peut aborder trois points.

1. Une diversification des profils

Cette question se pose de deux manières, d'abord pour les profils de recrutement, ensuite pour les profils de cadre.

Comme nous l'avons indiqué dans la première partie le recrutement interne n'a pas toujours été la règle. En 2030, faudra-t-il encore être issu de l'univers professionnel pour encadrer dans le champ de la santé ? Cela pourrait constituer une troisième rupture radicale. Sans aller très loin on a des secteurs proches où c'est déjà le cas. Dans les instituts de formation en travail social ont été recrutés au fil des ans des formateurs qui n'avaient pas de diplôme professionnel[9]. Les étudiants diplômés du même master que les cadres de santé de l'IFCS de Reims sont susceptibles d'occuper des postes d'encadrement dans le champ médico-social sans avoir pour autant une expérience de travailleur social. Certes ces deux secteurs ne sont pas structurés de la même manière : le secteur sanitaire est un véritable marché du travail fermé, ce qui n'est pas le cas dans le secteur social. En fonction de l'évolution des profils requis, voire des difficultés de recrutement, il pourrait apparaître nécessaire de diversifier le recrutement des cadres de santé.

Ceci est à mettre en lien avec la question des profils. Là encore si on se réfère à l'histoire on peut constater que selon les époques on a plus ou moins mis l'accent sur la diversité et

[9] Au début de ma carrière il a été nécessaire de demander une dérogation à la DRASS (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales) de l'époque pour que je puisse occuper un poste de formateur dans un institut de formation en travail social.

l'unité. Lors de l'institutionnalisation des cadres de santé on a privilégié la diversité en allant jusqu'à quatre situations distinctes. Avec la réforme de 1995 on a formellement réintroduit l'unité, au moins sous le même intitulé de cadre de santé. Cette question n'est pas uniquement formelle elle renvoie à la fois à la distinction entre profession et métiers et entre fonctions et métier. A ce jour on considère qu'il y a une profession de cadre de santé qui peut se décliner en plusieurs fonctions, tout cadre de santé étant susceptible de les exercer. Est-ce que cette position est tenable à l'avenir ? Dans un champ voisin on a, à une certaine époque, eu le même raisonnement. En effet lors de la création du Diplôme Supérieur en Travail Social en 1978 on a distingué trois options : « *il a été décidé un tronc commun et trois options : cadres, formateurs et recherche* » (Leplay, 2017, p 21). Il sera difficile de tenir longtemps cette position au regard du point précédent, tiré de l'étude de l'APEC : une plus grande maîtrise des compétences suppose une spécialisation accrue. Cela signifie qu'à terme on ne pourra plus considérer de la même manière les métiers de cadre d'unité, de cadre pédagogique et de chercheur. D'ailleurs dans le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière on a déjà au moins deux métiers bien distincts qui sont identifiés (tableau 2). Plus largement cela rejoint l'idée selon laquelle les cadres ont un double statut, entre profession et métier : « *en tant que groupe engagé dans un processus de professionnalisation, qui s'est traduit par une plus grande autonomie au cours des dernières décennies, et simultanément en tant que métier défini par l'organisation hospitalière* ». (Feroni, 2018, p 66).

2. Des professionnalisations nouvelles ?

Qu'en est-il en termes de professionnalisation ? Dans la suite de ce que nous venons d'aborder on peut penser que les professionnalisations ne peuvent pas être les mêmes pour les différents métiers : devenir cadre d'un service, cadre-formateur ou enseignant-chercheur ne peut reposer sur les mêmes bases disciplinaires et sur les mêmes bases méthodologiques.

C'est déjà une situation observable aujourd'hui en l'absence de toute décision ministérielle sur la mastérisation de la formation de cadre de santé. Certains vont vers des masters de sciences de l'éducation, d'autres vers des masters de gestion et d'autres encore vers des masters de sociologie.

Au delà d'une formation unique, ou non, on peut se demander si le concept de « professionnalisme hybride » ne serait pas pertinent. Il est utilisé par des auteurs pour appréhender le cas des directeurs de soins et nourrir *« la thèse de l'essor d'un professionnalisme hybride dans les organisations de santé* » (Bloch, Hénaut, 2016, p 95). « Ce *concept [de professionnalisme hybride] est introduit par Mirko Noordegraaf (2007) pour caractériser les nouvelles formes de contrôle professionnel qui s'observent aujourd'hui dans les services publics qui font face à un accroissement de la demande et à une réduction des moyens. (…) Elle résulte d'une hybridation entre le « contrôle professionnel », consistant en la capacité à résoudre des problèmes grâce à la détention de savoirs spécialisés et le « contrôle organisationnel » exercé au moyen d'un ensemble de règles propres à une organisation et d'outils managériaux génériques ». L'avènement du professionnalisme hybride est caractéristique des recompositions professionnelles engendrées par la nouvelle gestion publique* ». (Bloch, Hénaut, 2014, p 260)

Dans le cas d'espèce il s'agit de prendre en compte le double ancrage, professionnel et managérial, qui peut permettre de développer un professionnalisme hybride, qui se

manifeste notamment par des capacités de conception et de mise en œuvre d'innovations très variées en réponse aux multiples problèmes complexes auxquels leurs organisations sont confrontées, ... (Bloch, 2015).

Il serait également nécessaire de prendre en compte le processus de professionnalisation en amont de l'entrée en IFCS. Comme le dit Sophie Divay « *de manière générale, les conditions non règlementaires sont nombreuses, diversifiées et difficiles à cerner avec précision car dépendantes des initiatives locales et non répertoriées* » (Divay, 2018, p 58).

3. Des fonctions renouvelées ?

Dernier point pour envisager le cadre de santé en 2030, celui des fonctions.

Nous avons évoqué la recherche dans le point précédent. Il est clair que le développement très récent de la recherche infirmière et paramédicale est un pas en avant qui peut contribuer à l'émergence de nouveaux profils. « *Pour que la recherche soit valorisée et reconnue, la création de départements de recherche en Sciences Infirmières ou en soins constitue un axe structurant à la construction d'une filière universitaire pour les infirmiers voire pour l'ensemble des professionnels de santé si l'interdisciplinarité est mise à l'honneur* » (Boissart, 2017, p 329).

On pourrait de la même manière se demander si les dispositifs territoriaux que nous avons évoqués ne sont pas susceptibles de générer de nouvelles fonctions pour les cadres de santé. Un travail récent de l'ANAP relatif aux organisations territoriales au service de la coordination porte sur la mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui (ANAP, 2018). Il s'efforce de préciser les compétences et les profils requis, qui pourraient ne pas être éloignés de ceux des cadres de santé. Le développement des maisons de santé, au même titre que les différents dispositifs cités, constituent sans doute des opportunités également. Pour autant être cadre dans un hôpital ou dans un dispositif territorial ne mobilise pas les mêmes partenaires et les mêmes compétences.

Plus globalement c'est le champ extrahospitalier, dont on attend beaucoup nous l'avons vu, qui pourrait être exploré dans cette perspective sans oublier que la fonction publique hospitalière n'est pas la seule à avoir besoin d'un encadrement de proximité.

Conclusion

Au terme de ce parcours il nous faut revenir sur le titre proposé. J'ose espérer qu'il est maintenant plus compréhensible. En proposant « cadres de santé : des métiers pour demain ? » nous souhaitions montrer que le cadre de santé a bien un avenir à l'horizon 2030. Cependant nous avons tendance à plutôt le voir dans la diversité et la diversification : diversification du recrutement et des professionnalisations : l'hybridation peut se faire à partir de plusieurs variétés, dont la gestion n'est qu'un exemple. Diversité des métiers sur la base d'une spécialisation plus accrue afin de mieux répondre aux défis organisationnels, territoriaux, disciplinaires et pédagogiques.

Tableau 2 : Trois métiers de la fonction publique territoriale

Chargé(e) de valorisation de la recherche	Famille : MANAGEMENT, GESTION ET AIDE A LA DECISION Sous-famille : Droit et juridique Code métier : 45M20	Concevoir, mettre en œuvre et piloter des opérations de promotion et de valorisation de la recherche dans un ou plusieurs domaines scientifiques, sous ses aspects administratifs, juridique (propriété intellectuelle), économique et en évaluer les résultats
Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales Autres appellations : Cadre de santé Prérequis réglementaires pour exercer le métier : Diplôme de cadre de santé	Famille : SOINS Sous-famille : Management des organisations des soins Code métier : 05U20	Organiser l'activité de soins et des prestations associées, Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Développer la culture du signalement et gérer les risques Développer les compétences individuelles et collectives. Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle.
Formateur(trice) des professionnels de santé Autres appellations : Cadre pédagogique Cadre de santé formateur(trice) Cadre enseignant(e) Formateur(trice) Institut de Formation paramédicale (IFSI, IFMK, IFCS ...) Spécificités : Coordinateur(trice) de promotion, d'équipe Prérequis réglementaires pour exercer le métier : Diplôme professionnel du métier enseigné	Famille : SOINS Sous-famille : Formation et ingénierie de la formation aux soins Code métier : 05X10	Former des professionnels paramédicaux. Concevoir et organiser les conditions de leurs apprentissages en formation initiale, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations. Organiser et réaliser des actions de formation continue dans des domaines liés aux soins, à la santé, à la pédagogie et au management.

Source : ANFH, répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière.

Bibliographie

1. Articles, ouvrages.

ANAP. (2018). Organisations territoriales au service de la coordination. Tome 2 : Mise en œuvre des missions et organisation d'une plateforme territoriale d'appui, avril, 56 p.

APEC. (2018). Évolution des métiers et des compétences cadres : quels enjeux ? Les études de l'emploi cadre, n° 2018-02, février, 18 p.

APEC. (2016). Les métiers du sanitaire, social, médico-social. Les référentiels des métiers cadres.156 p.

ASTERéS.(2015). La santé en 2030. Etude prospective. 1° semestre, 54 p.

BALY, Olivier. Cazin, Léo et alii. (Dir). (2016). *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis.* Presses des Mines, 240 p.

BARLET, Muriel. CAVILLON, Marie. (2011). La démographie des infirmiers à l'horizon 2030. Un exercice de projections aux niveaux national et régional. *Etudes et résultats*, DREES, N° 760, mai.

BLOCH, Marie-Aline. HENAUT, Léonie. (2016). Les directeurs de soins : innover pour gérer la complexité des organisations in BALY, Olivier. Cazin, Léa et alii. (Dir). *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis.* Presses des Mines, 81- 98.

BLOCH, Marie-Aline. (2015). Directeur des soins et stratégie des établissements de santé. Soins Cadres, n°95, septembre, p.19-24

BLOCH, Marie-Aline. HENAUT, Léonie. (2014). Coordination et parcours. La dynamique du monde sanitaire, social et médico-social. Dunod.

BRILHAULT, Gwennaëlle. MILLIEN Christelle (2017). Projections d'activité hospitalière à l'horizon 2030. *Les dossiers de la DREES*, n° 18, mai, 227 p.

BOISSART, Marielle. (2017). La formation infirmière à l'ère de l'universitarisation ? Ingénierie, enjeux et défis de professionnalisation. SETES, 376 p.

CAZIN, Léo. (2016). Coopérations territoriales : un nouvel outil stratégique au service de l'hôpital-entreprise ? in BALY, Olivier. Cazin, Léo et alii. (Dir). (2016). *Management hospitalier et territoires : les nouveaux défis.* Presses des Mines, 175-194.

DIVAY, Sophie. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 1, Vol. 36, p. 39-64.

DIVAY, Sophie. (Dir). (2017). Cadres en devenir - Evolutions, transformations, socialisations, tensions. Octarès Editions,

DIVAY, Sophie. (2017). Cadre de santé en devenir. Entre carrière réglementaire universelle et carrière organisationnelle locale in DIVAY, Sophie. (Dir). Cadres en devenir - Evolutions, transformations, socialisations, tensions. Octarès Editions,

DIVAY, Sophie. GADEA, Charles. (2008). Les cadres de santé face à la logique managériale, *Revue française d'administration publique*, 4, n° 128, p. 677-687.

FERONI, Isabelle. (2018). Le recrutement des cadres de santé : entre profession et intégration institutionnelle. Commentaire. *Sciences sociales et santé*, 1, Vol. 36, V p. 65-70.

FOURDRIGNIER, Marc. DIVAY, Sophie. (2014). Être cadre de proximité aujourd'hui, mission impossible ? Soins Cadres, n° 90, mai, pp 16-19.

FOURDRIGNIER, Marc. (2014). La construction de deux groupes professionnels : l'assistant de service social et l'infirmier. *Sociologie Santé*, n° 37, 2014.

FOURDRIGNIER, Marc. CARIGNAN, Louise. (Dir). (2013). *Pratiques réflexives et référentiels de compétences dans les formations sociales*. Presses de l'Université du Québec.

FOURDRIGNIER, Marc. (2009). Professionnaliser les métiers du sanitaire et du social à l'université : une mission impossible ? *Formation emploi*, 108, octobre-décembre, 67-81, 2009.

France Stratégie. (2015). Les métiers en 2022. Rapport du groupe prospectif des métiers et qualifications, avril, 416 p.

FULCONIS, François. JOUBERT, Jérôme. (2017). Compétitivité et réseau public d'offre de soins : des Communautés Hospitalières de Territoire aux Groupements Hospitaliers de Territoire. *Management & Avenir*, 3, n° 93, p. 37-63.

Gestions Hospitalières. (2016). L'hôpital du futur, n° 555, avril.

INPES. (2010). Prospective santé 2030–prévention 2010. Rapport final, novembre, 52 p.

JOVIC, Ljiljana. (2012). L'Histoire pour connaître le passé, comprendre le présent et se projeter dans l'avenir, *Recherche en soins infirmiers*, 2, n° 109), p. 5.

LEPLAY, Éliane. (2017) La création du DSTS le 14 novembre 1978 : pourquoi et comment ? Forum, 3, n˚ 152, p. 16-23.

Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. (2007). Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière. Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles. Editions ENSP, 329 p.

Ministère des Solidarités et de la Santé. Ministère de l'Enseignement Supérieur, de la Recherche et de l'Innovation. (2018). L'universitarisation des formations en santé. Dossier de presse, 14 mars, 24 p.

POISSON, Michel. (2017). Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français in DIVAY, Sophie. (Dir). Cadres en devenir - Evolutions, transformations, socialisations, tensions. Octarès Editions, p 117 – 147.

2. Textes de référence.

Décret n° 2016-336 du 21 mars 2016 portant statut particulier du cadre d'emplois des cadres territoriaux de santé paramédicaux. JO n°0069 du 22 mars 2016.

Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. JO n°0302 du 28 décembre 2012.

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

Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier (abrogé par l'art 4 du décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé).

Décret n° 73-822 du 7 août 1973 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière et d'infirmier cadre de santé publique (abrogé par l'art 4 du décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé).

Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958, modifié par le décret n° 66-617 du 10 août 1966, portant création des certificats d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. JO du 19 novembre 1958.

Arrêté du 17 avril 2018 modifiant l'arrêté du 21 avril 2007 relatif aux conditions de fonctionnement des instituts de formation paramédicaux, JO n°0092 du 20 avril 2018

Arrêté du 15 mars 2010 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

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

Arrêté du 22 juillet 1976 relatif au certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique (abrogé par l'art 29 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé).

Arrêté du 22 août 1966 relatif aux écoles de cadres d'infirmiers et d'infirmières (abrogé par l'art 29 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé).

Annexe 1 : Quelques exemples de travaux de prospective

Nous reprenons ici quelques publications récentes visant à définir une prospective pour la santé et l'hôpital à l'horizon 2030 ou 2050.

1. Gestions Hospitalières, 2016. L'hôpital du futur

« Grant Thornton et *Gestions hospitalières* ont organisé en novembre dernier, à Paris, la conférence « La santé, an 2050 » qui devait répondre à une question ambitieuse : que sera la santé et plus particulièrement l'hôpital dans trente-cinq ans ? »

Type d'article	*Titre de l'article*	*Auteur(s)*
Réflexion	La santé de demain	Thierry Courbis
Entretien	L'hôpital génomique	Arnold Munnich, Louis Omnès
Entretien	L'hôpital numérique	Louis Omnès, Vincent Leroux
Stratégie	Demain se programme aujourd'hui : L'avenir des big data à l'hôpital	Magali Tassery, Gaëtan Wagenaar
Recherche	Biobanques hospitalières et robotisation de la biologie	Philippe Beaune
Performance	Exigence pour une ergonomie fonctionnelle et cognitive	Vincent Leroux
Analyse	Géomatique en santé. Innovations, visualisations et modélisations des informations géographiques et sanitaires	Anne Quesnel-Barbet, François Dufossez, David Delerue, Arnaud Hansske
Innovation	La chirurgie mini-invasive guidée par l'image Une (r)évolution en marche à l'IHU Strasbourg	Jacques Marescaux, Jean-Luc Dimarcq
Conférence	La santé, an 2050. « Vers une mort de la mort »	Hélène Baron-Bual, Pol Nolet
International	Innovations à l'hôpital : perspectives américaines	Maryaline Catillon

2. Tribunes de la santé, 2017. Santé 2050.

« Santé 2050. Le titre du cycle 2016 des Tribunes de la santé, organisé par la Chaire santé de Sciences Po, invitait à un voyage dans le futur. Que sera notre système de santé dans plus de trente ans ? »

Gérard Cornilleau	Financement des dépenses et environnement économique	Economiste. Chercheur au CNRS, il a rejoint l'OFCE en 1988 où il a été responsable des prévisions macroéconomiques pour la France. Il est actuellement conseiller scientifique à l'OFCE, membre du Haut Conseil du financement de la protection sociale et de la Commission des comptes de la santé. Ses travaux portent sur l'économie française et européenne, le fonctionnement du marché du travail, la politique de l'emploi et la protection sociale.
André Cicolella	Le trente-troisième anniversaire de la santé environnementale	Président du Réseau environnement santé. Il a récemment publié : Toxique planète, Le scandale invisible des maladies chroniques (Le Seuil, 2013, Livre de poche, 2017) et Cancer du sein : en finir avec l'épidémie (Les Petits matins, 2016).
Brice Gayet	La chirurgie après-demain	Chirurgien à l'Institut mutualiste Montsouris.
	La mort des médecins	Chirurgien-urologue et neurobiologiste, diplômé de Science Po, d'HEC et de l'ENA. Fondateur et

Laurent Alexandre		développeur de Doctissimo. fr et d'une dizaine d'entreprises hi-tech, il est l'auteur de La mort de la mort (JC Lattès, 2011).
Yves Lévy, Propos recueillis par Christine Maillard	La révolution biologique et médicale à l'horizon 2050	Président directeur général de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm),
Bettina Experton	L'information est l'avenir des patients et des systèmes de santé	Bettina Experton, diplômée de la faculté de médecine Paris-XIII, est professeur adjoint à la faculté de médecine de l'université de Californie à San Diego et président directeur général d'Humetrix.

Annexe 2 : De nouvelles organisations territoriales

	Autisme	Handicaps Rares	Maladies Rares	Personnes âgées en perte d'autonomie	« Parcours de santé complexe »	Santé Publique	Santé mentale
National		Centres nationaux de Ressources (4)					
Interrégional		Equipes relais interrégionale Handicap rare (12)					
Régional	Centre de Ressources Autisme (CRA)		Centres de Références Maladies Rares Centres de Compétences Maladies Rares				
Infra régional	Equipe mobile pour les adultes porteurs de troubles du spectre autistique			Méthode d'Action pour l'Intégration des Services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA)	Plateformes territoriales d'appui à la coordination des parcours de soins		
Niveau local (ou intercommunal)				Equipes mobiles gériatriques	Equipe mobile venant en appui des ESMS pour les situations complexes (ARS Centre).	Contrat Local de Santé	Contrat Local de santé Mentale Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité

Annexe 3 : Évolution des métiers et des compétences cadres : quels enjeux ?

Les nouveaux enjeux sociétaux, économiques, technologiques et réglementaires constituent des défis pour les entreprises, mais également pour les salarié.e.s. Les transformations induites ont progressivement fait émerger de nouveaux métiers. Il reste que les métiers réellement nouveaux sont marginaux, alors que la très grande majorité d'entre eux se transforment et nécessitent une adaptation à l'évolution des compétences désormais requises pour les exercer. Il en découle pour les cadres, la nécessité de maîtriser un nombre de plus en plus important de compétences qui se situent souvent en dehors de leur cœur de métier. Identifier ces compétences permet aux cadres de travailler leur employabilité et contribue à la compétitivité des entreprises. L'accompagnement à l'acquisition de ces compétences nouvelles est sans aucun doute indispensable pour permettre aux cadres d'évoluer au sein d'organisations en transformation. (APEC, 2018).

P 2	Les principaux facteurs d'évolution des métiers cadres. (Voir page suivante)	Six facteurs sont identifiés : la mondialisation, la métropolisation, la transition énergétique, la réglementation, l'innovation et la digitalisation
P 11	Transformation des métiers, entre spécialisation et polyvalence.	Deux situations sont distinguées : la fragmentation des métiers et l'élargissement des compétences.
P 14	Les « nouvelles » compétences requises	La réglementation, les outils digitaux, la gestion de projets, le management des équipes, la stratégie globale de l'entreprise, l'approche systémique, le savoir être,

– Figure 1–
Les principaux facteurs d'évolution des métiers cadres

Source : Apec, 2018