

Histoire

Evolution socio-historique de la fonction cadre.

Descriptif : Cet article présente la fonction cadre dans son évolution socio historique afin de faire les liens entre les problématiques actuelles et le passé. Certes, l'histoire n'explique pas tout mais elle permet un éclairage.

Marc Catanas, le 07 mars 2008

Analyse des éléments d'influence des problématiques actuelles

De la surveillante religieuse au cadre de santé manager, c'est tout le vingtième siècle qui sépare ces deux personnages. L'évolution de ce que l'on pourrait appeler encadrement dans le domaine de la santé aujourd'hui s'est produite avec l'évolution de la profession infirmière, la modification des modèles féminins et l'histoire de l'organisation du travail. C'est ce que nous allons entrevoir dans cet article.

Silence et abnégation

Jusqu'au moyen âge, les femmes ont exercé une certaine forme de médecine à partir de savoirs empiriques basés sur l'utilisation des plantes et autour de la fécondité sans que cela pose de quelconques problèmes pour la société de l'époque [1]. En Europe, avec le développement du christianisme, le corps devient source de péché et se voit assez rapidement frappé d'interdit. Les connaissances en soins qu'avaient acquises les femmes de façon empirique furent alors assimilées à des pratiques païennes. M.F. COLLIÈRE nous explique que l'Eglise va diaboliser [2] les pratiques de soins des guérisseuses qui vont périr sur le bûcher, et en même temps va contrôler les soins corporels grâce au modèle de la femme consacrée en les incitant à se destiner au service des malades et des déshérités.

Ce savoir leur est interdit nous décrit G. CHARLES [3], puisque appartenant à des congrégations religieuses, celles-ci vivent selon des règles strictes et une hiérarchie fortement structurée et c'est justement la hiérarchie ecclésiastique qui joue le rôle d'encadrement, l'ancêtre de la surveillante étant la supérieure.

Deux modèles d'encadrement prévalaient en France à l'époque. Un premier issu de la congrégation des filles de la charité fondée par Saint Vincent de Paul en 1617. Les actions de soins de ces dernières laissèrent le pas au fil des siècles à des actions d'encadrement. Ainsi, au XIXème siècle, les filles de la charité (soeurs cheftaines) s'occupaient de la surveillance des infirmiers et infirmières, des cuisines, des celliers, des buanderies et lingerie des hôpitaux. Elles étaient placées sous l'autorité immédiate de la Supérieure dans chaque hôpital, et sous celle de leur Supérieure Générale et du Supérieur des Pères Lazaristes à Paris. Les administrations hospitalières n'avaient aucune autorité sur elles quant à leur nomination dans les divers services hospitaliers, leur déplacement ou révocation. [4].

Un second modèle d'encadrement dominait dans les hôpitaux de Lyon où existait un trait d'union entre personnels hospitaliers religieux et professionnels. Les sept hôpitaux de Lyon étaient dirigés par un conseil général de 25 membres (tous des hommes) qui tenait lieu de direction générale. Dans chaque hôpital, un Administrateur-directeur désignait des mères des novices choisies avec soin pour diriger les salles de malades. Le recrutement se basait sur la capacité de la postulante "à être absolument dévouée à l'organisation" [5] afin que l'esprit congréganiste n'envahisse pas le personnel. Cette cheftaine des novices avait le rôle de surveiller, diriger et étudier les nouvelles venues et de tenir l'administration au courant de leur capacité à devenir de bonnes hospitalières. Il est à noter qu'à chaque départ de cheftaine, le médecin chef de service était consulté quant au recrutement de la suivante.

Ainsi, on voit, en cette fin de XIX^{ème} siècle, apparaître les trois pouvoirs de l'hôpital : le pouvoir religieux, le pouvoir administratif laïque et le pouvoir médical.

Surveiller et punir [6]

A la fin du XIX^e siècle, avec la révolution pasteurienne, l'approche de la maladie nécessite l'utilisation de techniques de plus en plus perfectionnées. Les médecins, (débordés ?), se trouvent dans la nécessité de déléguer certains soins à un personnel subalterne. L'auxiliaire médicale apparaît et les premières écoles d'infirmières ouvrent leurs portes.

Le personnel religieux assume, à cette époque, l'intendance et la surveillance des salles de malades, tandis que les gros travaux et les soins sont à la charge d'un personnel infirmier fruste et totalement illettré [7]. L'apparition dans les hôpitaux de l'auxiliaire médicale sous l'impulsion du Dr BOURNEVILLE [8] va ouvrir le débat intense entre personnels laïcs et religieux. Ce médecin voulait chasser les religieuses des hôpitaux et former des infirmières professionnelles dévouées aux prérogatives médicales avec une hiérarchie propre.

Malheureusement, l'insuffisance d'instruction du personnel de l'époque était un obstacle à sa promotion. "Ce qui aurait pu être pour lui une émulation s'avéra très difficile : il fallait plus de sept ans pour arriver surveillant. On ne put donc, de ce fait, améliorer les effectifs des responsables de services dont on avait tant besoin. Si bien que, pour pallier cette carence, des personnes "convenables", après un stage de quelques mois, devenaient surveillantes sans avoir jamais été infirmières." [9].

Cette tentative d'enrichir l'encadrement fut dans un premier temps vouée à l'échec et celui-ci toujours occupé par les religieuses se résuma alors à surveiller et punir. Il s'en suivit un long débat sur d'un côté, la volonté de recruter des surveillantes parmi un personnel soignant laïc formé dans les premières écoles d'infirmières et de l'autre, la nécessité de laisser les congrégations en place puisqu'on considérait qu'une fonction d'encadrement était incompatible avec une fonction soignante. On voit déjà émerger ici l'idée d'une dichotomie entre fonction soignante (= aider l'autre) et fonction cadre (=diriger l'autre). Cette dichotomie se retrouvera tout au long de l'histoire de la fonction cadre et reste une problématique encore actuelle.

Ebauche d'une profession

A la demande de l'Association Nationale des Infirmières Diplômées d'Etat, un décret du 18 février 1938 avait prévu un diplôme supérieur d'infirmière hospitalière qui permettait d'exercer des fonctions de responsabilité. Mais avec la déclaration de guerre, rien ne fût institué [10].

Après la seconde guerre mondiale, avec le développement de l'antibiothérapie et des techniques d'explorations, l'hôpital devient un lieu d'hypertechnicité, et on assiste d'une part à l'apparition de nouveaux professionnels de santé (diététiciennes, manipulateurs en radiologie médicale, technicien de laboratoire...) et d'autre part à l'appropriation par les infirmières de nouvelles compétences médicales. Les soins dispensés en série sont centrés sur la maladie ou l'organe atteint. L'hypertechnicité entraîne une hiérarchie professionnelle construite sur tout un système de valeurs techniques. La surveillante, soucieuse du bon fonctionnement du service, voit son rôle se résumer à la bonne application des tâches et au maintien de la règle. C'est à cette époque que l'on assiste à l'explosion des vade-mecum et fiches de soins qui dictent d'une façon drastique les façon de faire. La conception du travail est ici taylorienne, l'ordre est régi par la règle, le management est de type directif.

En 1951, la Croix Rouge met en place une expérience pilote en accord avec les pouvoirs publics où deux programmes d'études (un centré sur l'administratif et l'autre sur la pédagogie) sont proposés aux infirmières. Afin de donner à cette formation plus de crédit, la Croix Rouge propose d'y associer d'autres professionnels hors hôpital et de créer un institut. Mais l'ANFIIDE [11] s'oppose à ce projet craignant que cet institut appartienne à l'Education Nationale plutôt qu'il soit sous l'égide du Ministère de la Santé. L'exemple de la Croix-Rouge fût rapidement suivie dès 1954. En 1958, le Ministère de la Santé Publique et de la Population crée le Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice [12].

Emergence de la fonction cadre de santé et du management hospitalier

C'est à partir de 1975 que le mot "cadre infirmier" apparaît d'un point de vue législatif [13] et institutionnel dans les structures hospitalières. L'ouverture d'écoles de cadres depuis les années 1960 a grandement contribué à l'émancipation de la profession infirmière par rapport aux tutelles médicale et administrative. L'encadrement infirmier tourne son regard vers les entreprises, s'interroge sur les organisations et s'intéresse de plus en plus aux sciences de gestion. Certaines écoles de cadres développent des partenariats avec des universités. La création du Diplôme de Cadre de Santé en 1995 [14] marque ce changement puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité et la notion de qualité.

En résumé

Pendant de longues années, la profession [15] infirmière (ou le métier [16] ?) n'a pu intérioriser sa spécificité et a confié aux médecins le monopole de sa formation comme de son perfectionnement. La représentation du métier d'infirmier a souffert de deux images : une première inféodée à un pouvoir médical paternaliste et omniscient, une seconde de soumission et de dévouement. L'image de l'infirmière ayant comme qualités le dévouement et l'obéissance, a longtemps prévalu, il était forcément difficile dans un tel contexte de voir émerger un encadrement autonome.

De plus, le développement des connaissances et des techniques médicales n'a fait qu'amplifier le pouvoir du médecin alors que les infirmières assimilaient des valeurs de soumission à ce pouvoir en prolongement de celles prônées par l'Eglise. Il s'accumule des traces ou habitus [17] qui s'intériorisent toujours plus profondément et se transforment en dispositions générales. Il est alors aisé de comprendre le difficile passage à une fonction d'encadrement puisqu'il correspond à l'acquisition de modèles "paternels - directifs" ou d'autonomie.

Les récents décrets parus en janvier 2001 sur la fonction cadre de santé et le nouveau corps des directeurs des soins marquent définitivement un tournant dans la profession. Seulement, l'acquisition de nouveaux modèles ne peut se faire sans la perte d'anciens. Ainsi, les puristes de la profession y voient une perte de l'identité infirmière alors que c'est de cette profession qu'à émergé la fonction cadre de santé.

Notes :

[1] BADINTER, Elisabeth, L'amour en plus, Flammarion, 1980

[2] COLLIÈRE, Marie-Françoise, Proumouvoir la vie, Inter Editions, 1982

[3] CHARLES, G., L'infirmière d'hier à aujourd'hui, Le Centurion, 1979

[4] HAMILTON, A., Considération sur les infirmières des hôpitaux, Thèse pour le Doctorat en Médecine, Montpellier, Imprimerie centrale du Midi, 1900

[5] HAMILTON, A., op. cit. p. 74

[6] Titre que nous nous sommes permis d'emprunter à Michel FOUCAULT, 1975

[7] Cet état des lieux des hôpitaux français de la fin du XIX^{ème} siècle est tiré de la thèse de A. HAMILTON

[8] POISSON, M., Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900), Editions hospitalières, 1998

[9] CHARLES, G., op. cit. p. 77

[10] CHARLES, G., op. cit. p. 181

[11] Association nationale des infirmiers et infirmières diplômés d'Etat

[12] CHARLES, G., op. cit. p. 182

[13] Décret du 4 octobre 1975

[14] Décret du 18 août 1995

[15] La caractéristique majeure d'une profession est d'être liée à un écrit qui est à son tour enseigné en y adhérant

[16] Le métier est lié à la transmission orale des savoirs

[17] Au sens de Pierre BOURDIEU : disposition durable, répétitive dans le temps