

## Le processus de professionnalisation du cadre de santé : Cadre de santé ou Cadre de soins ?

Laurent QUENEC'H DU

**Descriptif :** Le métier de cadre de santé est en constante évolution : le cadre est aujourd'hui devenu un manager hospitalier. Depuis 2001, un diplôme est requis pour exercer en tant que cadre de santé, la formation commune étant ouverte à pas moins de 14 filières paramédicales. Ce décloisonnement des métiers au profit d'un seul, interroge le processus de professionnalisation du cadre de santé de proximité au regard de cette diversité. Le cadre de santé est-il alors nécessairement un cadre de soins ?

Les propos de cet article sont extraits d'un mémoire de recherche produit en fin de formation en Institut de Formation de Cadre de Santé (IFCS). Celui-ci intitulé « cadre de santé vers une nouvelle identité professionnelle », m'a permis de m'interroger sur la construction identitaire du cadre de santé au regard de la diversité des métiers paramédicaux ayant accès au diplôme cadre. Force est de constater que le métier de cadre de santé est constitué d'éléments identitaires hétérogènes tant dans le cursus professionnel que dans les expériences de chacun. Cette hétérogénéité de compétences est-elle un atout ou au contraire une difficulté pour que se construise une réelle identité professionnelle de cadre de santé ? C'est le sens de notre questionnement.

### Une variété de métiers pour un diplôme unique

Actuellement, il faut avoir pratiqué un exercice paramédical pour accéder à la formation menant au diplôme de cadre de santé, de plus ce diplôme est exigé depuis 2001 pour exercer la fonction de cadre de proximité d'unité de soins, de rééducation ou médico-technique.

Depuis la loi promulguée en août 1995 qui réforme les études de cadre de santé en Institut de Formation, le diplôme de cadre de santé est délivré à la fin du cursus de formation pour la filière infirmière (quel que soit le secteur d'activité) mais aussi pour 12 autres filières soignantes. Ce diplôme porte alors la mention de la profession des titulaires. On retrouve alors des cadres de santé kinésithérapeute, ergothérapeute, podologue, technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie, manipulateur en

électroradiologie, diététicien, psychomotricien, opticien lunetier, orthophoniste, orthoptiste, audioprothésiste.

Une diversité de métiers soignants, de cultures professionnelles, tous formés dans une même institution de formation pour un diplôme unique. Selon le législateur, cet apprentissage commun a pour but de favoriser : « *l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations [1]* ». Toutefois ce même texte, qui pourtant semble initier un décloisonnement des métiers au profit d'un seul, celui de cadre de santé, repositionne les professionnels dans leur métier d'origine. « 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 » . De ce fait, c'est la mention du métier d'origine portée sur le diplôme de cadre de santé qui fait généralement l'affectation. Ce qui, favorisant le corporatisme, n'est guère facilitant pour un processus de construction identitaire pour aborder le métier de cadre de santé !

L'apprentissage en Institut de Formation des Cadres de Santé s'ouvre aujourd'hui au management des ressources humaines, à l'approche de la complexité des organisations, et l'encadrement se rapproche de l'entreprise pour s'intéresser de plus en plus aux sciences de la gestion. Mais plus encore, la formation permet un travail de repositionnement nécessaire pour assumer sa place, son rôle et ses missions en tant que cadre de santé.

A l'heure actuelle, un cadre de santé non issu de la filière infirmière peut-être amené à manager une équipe d'infirmiers en unité de soins. Cela est encore rare, mais le phénomène peut tendre à se généraliser, d'autant plus que dans les années à venir la pénurie de certains métiers de la santé et les départs massifs en retraite des cadres de santé vont engendrer un nombre toujours plus important de postes ouverts à des cadres issus de filières différentes du lieu d'exercice. Peut-on envisager alors ce décloisonnement comme participant à la construction identitaire du cadre de santé ?

### **La construction identitaire du cadre de santé**

Le cadre de santé n'est plus le soignant qu'il a été, infirmier, kinésithérapeute, manipulateur radio ou autres, cela il l'éprouve au travers de la construction de son projet professionnel et au cours de la formation en Institut de Formation des Cadres de Santé. Mais ce n'est que le départ de la construction identitaire du cadre de santé, d'un positionnement réfléchi, pensé, conceptualisé en Institut de Formation ; il aura à le vivre et à développer sur le terrain des compétences acquises en partie dans sa pratique soignante.

Quel que soit son métier d'origine, sa filière paramédicale, il devra reconquérir auprès des équipes de soins une place qui est autre, celle de manager, sans pour autant avoir à perdre « son âme » de soignant, ses valeurs qui l'on construit. C'est concrètement prendre une autre place, avec d'autres actions à mener mais toujours avec le patient comme préoccupation centrale. Le passé de soignant n'est pas pour autant gommé, effacé, les compétences acquises dans le métier d'origine du cadre sont transférables et utiles à la fonction. La qualification du cadre de santé est certes légitimée par un diplôme, mais ce sont ses compétences dans l'action qui le positionne au regard des équipes. Comment envisager ce transfert de compétence ?

Pour B. CHARLOTT et S. STECH : *« le transfert n'est pas « transport » mais « pontage » : entre deux problèmes, entre deux disciplines, entre deux situations, entre le passé et le présent, entre deux ou plusieurs logiques. « Transférer », c'est en fait établir des liens. Ce sont ces liens qui permettent la mobilisation des savoirs antérieurs dans une situation nouvelle. Ils sont noués par des processus cognitifs mais aussi affectifs, culturels, sociaux – processus qui s'articulent dans des rapports indissociablement épistémiques et identitaires au savoir, aux savoirs [2] »*. Cela suppose un travail de déconstruction et de reconstruction de la part du sujet facilitant le repositionnement du professionnel dans un nouveau contexte de travail. Guy LE BOTERF conforte cette idée de lien et de pont. Il définit la notion de transférabilité comme suit : *« elle n'est pas à rechercher dans les compétences, les savoir-faire ou les connaissances du professionnel mais dans sa faculté à établir des liens, à tisser des fils, à construire des connexions entre deux situations [3] »*. Dans toute dynamique de transfert, il existe un travail sur soi de changement de cadre, de contexte. Le transfert nécessite de la part du professionnel une prise de risque par une remise en question dans de nouvelles pratiques. C'est par un projet du professionnel que l'acquis devient transférable. C'est parce que le professionnel a estimé qu'une situation pouvait être une opportunité de réutiliser un acquis qu'il y a transférabilité. Le transfert consiste pour un sujet à recontextualiser un apprentissage

effectué dans un contexte particulier. Pour le cadre de santé, la remise en question dans de nouvelles pratiques s'inscrit dans un continuum vers un nouveau positionnement, s'effectue dans l'élaboration de son projet professionnel (avec parfois une prise de poste de faisant fonction) et pendant sa formation.

Ces compétences antérieures servent toujours les valeurs du soin, mais celles-ci se cristallisent non plus au chevet du patient mais bien autour de ce qui fait que le patient est « pris en soin » dans les meilleures conditions en qualité et en sécurité. Son attention portée aux équipes permet cela, et si le métier d'origine ne compte plus autant dans ses actions et missions, l'appartenance à la communauté soignante au sens large apparaît nécessaire par une connaissance holistique [4] de ce qu'est le soin et les valeurs qu'il porte. La place du cadre lui permet de prendre soin de son équipe, d'être à l'écoute, de fédérer autour d'une dimension humaine l'ensemble des actions, car il partage la dimension émotionnelle du soin comme le souligne W. HESBEEN [5] le cadre de santé n'est pas « réductible à un instrument de gestion, un objet modèle d'organisation ».

C'est au cadre de santé, au travers de ce qu'il a été et de ce qu'il est, de maintenir la permanence des dispositifs de soins dans le sens de « mettre à disposition » les moyens. Faire fonctionner une unité de soins n'est plus du domaine de l'expertise soignante, c'est avant tout, par une connaissance du système, une analyse des éléments complexes et inter-agissants qu'il va affirmer ses compétences managériales et obtenir la reconnaissance des personnels favorisant sa construction identitaire. Il apparaît nécessaire pour le cadre de santé de prendre du recul pour accéder à ce nouveau métier. Ne plus être dans l'équipe mais travailler avec. Prendre du recul et de la distance notamment par rapport aux pratiques professionnelles de son métier initial tout en y restant attaché, attentif, dans une autre posture, avec un regard différent, en ayant pris conscience que sa mission est autre. L'identité professionnelle du cadre de santé se construit au fur et à mesure que ses compétences dans ce métier s'affirment et s'éprouvent sous le regard d'autrui. Il s'agit d'un véritable processus de professionnalisation. La professionnalisation n'étant pas un état, mais plutôt un processus inachevable évoluant au fur et à mesure que la personne progresse dans son milieu professionnel.

Les Directions des Soins restent réservées quant à la possibilité de cadres exerçant leurs missions en dehors de leur métier d'origine, le décroisement est un défi

aussi bien pour les uns que pour les autres car encadrer en dehors de sa filière reste un challenge pour les professionnels et un questionnement pour la direction des soins. Pour construire une réelle identité de cadre de santé et faire face aux mutations hospitalières, la profession aura à se défaire de ses origines pluriprofessionnelles sans pour autant les trahir. Pour certains infirmiers cela génère le sentiment de la perte de l'identité infirmière alors que c'est de cette même profession qu'est née la fonction cadre de santé. Pourtant ce métier de cadre de santé évolue vers une fonction charnière et les origines professionnelles soignantes variées peuvent être un atout dans ce positionnement à l'interface des différentes logiques qui font le soin. Il ne s'agit plus pour le cadre de posséder un domaine d'expertise dans le soin, mais bien de maîtriser les fondamentaux de l'institution pour coordonner dans la complexité entre production de soins, qualité et éthique, en cela le cadre de santé doit avoir une identité de soignant.

L'hôpital doit faire face à des évolutions constantes, structurelles, économiques, politiques et les cadres de santé doivent s'adapter et eux aussi évoluer. Ils doivent actuellement faire le grand écart entre leurs métiers d'origine, leurs cultures soignantes de base et une nouvelle culture de manager. Le cadre pour être efficace doit faire preuve de stratégie, d'un sens de l'organisation et de la relation. Pour cela il doit apprendre aujourd'hui d'autres manières d'être et d'agir et se défaire de son métier d'origine pour pouvoir développer ce qu'il est : un cadre de santé à part entière.

#### Notes :

[1] Annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé

[2] CHARLOTT. B et STECH. S, « A la recherche du concept », dans « Le transfert des connaissances en formation initiale et continue », Centre de Documentation Pédagogique, académie de Lyon, 1994.

[3] LE BOTERF. G, « Construire les compétences individuelles et collectives », Edition d'organisation, 2001, p 119

[4] Du grec holos, " le tout ", ce terme désigne toutes les approches de la vie, ou toutes les techniques thérapeutiques qui prennent en compte la globalité de l'individu. Par exemple, une vision holistique de l'être humain tient compte de ses dimensions physique, mentale, émotionnelle, familiale, sociale, culturelle, spirituelle

[5] HESBEEN W. Prendre soin à l'hôpital. InterEditions, Masson, Paris, 1997.