

Institut d'Enseignement et de promotion Sociale  
De la Communauté Française  
Rue Saint-Brice, 53  
7500 Tournai  
Enseignement Supérieur Paramédical  
Cadre de santé

**Le métier d'origine du cadre de santé :**  
**une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ?**

Présenté par : Lenoir Elodie  
En vue de l'obtention du  
diplôme de Cadre de santé

Année scolaire 2017-2018



Institut d'Enseignement et de promotion Sociale  
De la Communauté Française  
Rue Saint-Brice, 53  
7500 Tournai  
Enseignement Supérieur Paramédical  
Cadre de santé

**Le métier d'origine du cadre de santé :**  
**une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ?**

Présenté par : Lenoir Elodie  
En vue de l'obtention du  
diplôme de Cadre de santé

Année scolaire 2017-2018

## **Remerciements**

J'adresse mes sincères remerciements aux personnes qui ont contribué à l'élaboration de mon épreuve intégrée.

Je tiens tout particulièrement à remercier Monsieur Patrick Vantomme, pour ses conseils, ses suggestions et son soutien durant les trois années de mon cursus et pour la réalisation de ce travail.

Je remercie aussi l'équipe pédagogique pour son enseignement dans l'apprentissage de cette profession.

Je souhaite remercier les trois professionnels de la santé pour le temps et la confiance qu'ils m'ont accordés dans la réalisation des entretiens.

J'ai une pensée toute particulière pour ma belle-sœur, Charlotte Legrand, pour l'aide et la relecture de ce travail mais également pour ma maman, Isabelle Petit, pour les corrections apportées.

Je tiens à souligner le soutien que m'ont accordé mes amis, mes collègues et ma famille pour mener à bien cette épreuve intégrée.

Merci à tous !

## Exercice d'intégration tenant lieu de préface

« Élémentaire » aurait pu dire Sherlock Holmes à son Docteur Watson. C'est évident, les évidences le sont pour leurs émetteurs, les convaincus d'avant l'émission et pour quelques crédules. Pour Emile Littré, clair et précis, l'évidence est « notion si parfaite d'une vérité qu'elle n'a pas besoin d'autre preuve ». Lorsqu'elle se manifeste, il n'y a plus qu'à s'incliner ... de toute évidence.

A l'opposé (qui ose ?), combien d'étudiants n'ont-ils pas dit : « *M'sieur, ce n'est pas évident !* ». Ainsi, subrepticement, l'évidence devient chose aisée. J'irai même à écrire que l'évidence répétée peut faire loi (normal, non !); se faisant droit, elle devient privilège. Et si ce n'était qu'un privilège ? « Pardon ? » « S'en justifier ? » L'évidence est mythifiée, elle mystifie donc. Mais qui sont les plus mystifiés ?

Stop ! Avec Edgar Morin, passons des évidences aux éventualités et interrogeons évidences et autres mythes, d'autant que le sujet en regorge. Qui sont nos chefs ? Pourquoi est-ce le chef ? Combien de chefs, de gouvernants n'ont-ils pas légitimé leur autorité par un mythe ! Suffit-il de dire pour qu'il soit ? C'est le performatif présent.

Nous, nous la justifions, outre par une bien hospitalière loi, mais aussi par une spécialisation. Se spécialiser, c'est se cantonner à une branche. Serait-elle celle où nous sommes (trop bien) assis ? Quelle est cette spécialité des infirmières ? Autrement dit, qu'avons-nous de spécial pour devenir chef ? Et une fois chef, quelle est la spécialité du chef ? Obéissons-nous mieux à un spécialiste ? Cela ne règle que modestement le rapport à l'autorité. Quid du pouvoir du général-iste ?

Stop ! Prenons garde au sens de la spécialisation. Si elle est horizontale, nous augmentons le niveau de nos compétences. Si elle est verticale, nous changeons de nature de compétences, et donc de métier. Et réellement, l'évidence se vide.

Que retenir ! N'oublions pas que le mythe est un récit fabuleux. N'oublions qu'une prérogative et son évidence peuvent disparaître. Plus encore et encore plus, n'oublions pas d'imaginer notre futur et le futur de nos structures de soins, il s'agit donc de construire ce drôle de métier. Pas évident ?

Bonne lecture en compagnie d'Elodie, une *Pegasus*.

**PATRICK**

# Table des matières

|                                   |          |
|-----------------------------------|----------|
| <b>Introduction générale.....</b> | <b>1</b> |
|-----------------------------------|----------|

|   |          |
|---|----------|
| <b>Chapitre I : La problématique et son champ .....</b> | <b>3</b> |
|---|----------|

|   |    |
|---|----|
| 1. Introduction .....                                     | 3  |
| 2. Constat de départ.....                                 | 3  |
| 3. Exploration des concepts de la problématique.....      | 4  |
| 3.1. Notion de cadre .....                                | 4  |
| 3.2. Notion de cadre de santé.....                        | 5  |
| 3.3. Notion de mythe.....                                 | 7  |
| 3.4. Notion d'origine.....                                | 8  |
| 3.5. Notion d'évidence.....                               | 8  |
| 3.6. Différence métier / profession .....                 | 9  |
| 3.7. Evolution / changement .....                         | 10 |
| 4. Approche de la problématique .....                     | 12 |
| 5. Démarche opérationnelle et démarche conceptuelle ..... | 14 |
| 6. Conclusion.....  | 14 |

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Chapitre II : Réflexion sur les différentes méthodologies possibles .....</b> | <b>16</b> |
|--|-----------|

|  |    |
|--|----|
| 1. Introduction .....                          | 16 |
| 2. Méthode Expérimentale .....                 | 16 |
| 3. Méthode différentielle.....                 | 17 |
| 4. Méthode historique .....                    | 18 |
| 5. Méthode sociologique .....                  | 18 |
| 6. Méthode clinique.....                       | 19 |
| 7. Choix de la méthode la plus appropriée..... | 20 |

|                    |    |
|--------------------|----|
| 8. Conclusion..... | 21 |
|--------------------|----|

### **Chapitre III : Application de la méthode clinique dans ce travail ..... 23**

|  |    |
|--|----|
| 1. Introduction .....                        | 23 |
| 2. La problématique .....                    | 23 |
| 3. La procédure de récolte des données ..... | 24 |
| 4. L’outil.....                              | 25 |
| 5. La population .....                       | 25 |
| 6. Les limites et les ajustements.....       | 26 |
| 7. Conclusion.....                           | 26 |

### **Chapitre IV : Présentation et synthèse des interviews ..... 27**

|   |    |
|---|----|
| 1. Introduction .....                                 | 27 |
| 2. Interview 1 .....                                  | 27 |
| 2.1. Profil .....                                     | 27 |
| 2.2. Expression libre sur la question inaugurale..... | 28 |
| 2.3. Entretien suite aux questions émises .....       | 29 |
| 3. Interview 2 .....                                  | 30 |
| 3.1. Profil .....                                     | 30 |
| 3.2. Expression libre sur la question inaugurale..... | 30 |
| 3.3. Entretien suite aux questions émises .....       | 31 |
| 4. Interview 3 .....                                  | 32 |
| 4.1. Profil .....                                     | 32 |
| 4.2. Expression libre sur la question inaugurale..... | 32 |
| 4.3. Entretien suite aux questions émises .....       | 33 |
| 5. Synthèse des entretiens .....                      | 35 |
| 6. Conclusion.....                                    | 41 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Chapitre V : Analyse et discussion des entretiens.....</b> | <b>42</b> |
| 1. Introduction .....   | 42        |
| 2. Réflexion sur les biais et les limites éventuelles.....    | 42        |
| 3. Mise en évidence de constats .....                         | 43        |
| 4. Analyse.....   | 45        |
| 5. Discussion .....   | 59        |
| 6. Conclusion.....  | 63        |
| <br>  |           |
| <b>Conclusion générale .....</b>                              | <b>64</b> |
| <br>  |           |
| <b>Annexes.....</b>   | <b>67</b> |
| <br>  |           |
| <b>Bibliographie.....</b>                                     | <b>82</b> |





# Introduction générale

Dans notre société, le changement semble permanent et fait partie intégrante du vécu de chacun d'entre nous. Nous grandissons, nous vieillissons, c'est une des constantes de la vie, inéluctablement. A l'heure actuelle, nous pourrions même dire que le changement est synonyme de réussite. Qui oserait donc rater son rendez-vous avec celui-ci ? Le système de la santé et les acteurs qui contribuent à son fonctionnement l'ont bien compris et sont montés à bord du bateau en marche. « Bonne » ou « mauvaise » initiative, la machine est lancée ! Nous avons décidé d'explorer dans cette épreuve intégrée l'introduction des changements dans les unités de soins et plus particulièrement, les conséquences qu'ils engendrent sur la personne qui les dirige, le cadre de santé. Suite à un constat provenant d'observations de terrain et des démarches pour suivre les cours de cadre de santé, un élément nous a interpellés. Nous avons donc décidé de construire cette épreuve intégrée sur la différence entre le monde professionnel et pédagogique. Elle concerne le cadre de santé et le lien étroit qu'il vit avec son métier d'origine. Ce travail s'élabore sous forme d'une réflexion dans le but d'assouvir notre sentiment avide de curiosités et de découvertes. En Belgique, la situation du cadre de santé fait encore très peu parler d'elle, comme un tabou qu'il est préférable d'ignorer ou encore comme un sujet sensible dont l'exploration dérange et soulève des polémiques. Nous avons donc opté pour la construction de ce travail sur des observations de terrain et la pratique d'interviews. Grâce aux témoignages de trois personnes cadres de santé, infirmiers au préalable, nous avons pu analyser leurs propos que nous avons mis en lien avec la théorie. La discussion qui s'en suit nous permet d'interpréter la situation pour en dégager des perspectives. Être au cœur de la réalité facilite la compréhension de ce qui est en train de se dérouler. La confrontation de la pratique aux éléments théoriques apporte son lot d'informations qui nous permet de comprendre les changements qui s'opèrent sur la profession du cadre de santé et ses conséquences. Mais nous espérons surtout provoquer une prise de conscience des enjeux encourus par le cadre de santé, de son métier d'origine à ses attentes actuelles. Les postes vacants sont-ils toujours réservés aux infirmiers ? Le métier d'origine du cadre le freine-t-il dans son évolution ? Les changements subis par le cadre de santé orientent-ils le choix des directions vers des personnes aux pratiques essentiellement managériales ? Les questions sont nombreuses, nous ne prétendons pas fournir des solutions toutes faites mais nous tenterons d'apporter un éclairage aux acteurs de terrain, voire de sensibiliser l'ensemble de la société concernant la perception que chacun peut avoir du cadre de santé. Bien que ce travail évalue la situation actuelle en Belgique, il nous a paru utile de comparer notre système à celui de la France. En effet, nous avons pu remarquer que nos voisins

français écrivaient et légiféraient davantage sur le cadre de santé que les Belges. C'est la raison pour laquelle il est souvent fait référence à des sources françaises. Il existe d'ailleurs très peu d'écrits en Belgique. Pour la structuration de ce travail, notre choix s'est porté sur la méthode clinique car elle ne prétend pas répondre à des questions ni apporter des solutions. Elle ne demande pas non plus à généraliser mais permet de comprendre la réalité de terrain sur base du vécu des intervenants et de susciter les interrogations. Il est à noter que la méthode historique est inhérente aux points théoriques de cette épreuve intégrée : elle fait référence aux origines et tente de comprendre l'impact de l'histoire sur un événement actuel. C'est donc l'articulation des deux méthodes qui va nous permettre d'explorer au mieux notre problématique.

# Chapitre I : La problématique et son champ

## 1. Introduction

La mise en bouche de cette épreuve intégrée s'articule autour de la problématique et son champ afin de comprendre les raisons qui nous poussent à l'intituler de la sorte. Nous partons d'un constat de départ établi suite à nos expériences de terrain et aux recherches effectuées pour suivre la formation « cadre de santé ». Ensuite, nous reprenons chaque notion mise en évidence dans l'intitulé par un essai de définitions. Elles nous permettent de soulever un certain nombre d'interrogations qui, associées à notre désir de découvertes et de curiosités, nous amènent à établir l'approche de la problématique. Pour terminer, un dernier point est rédigé concernant la structure dont ce travail fait l'objet en termes de démarche conceptuelle et opérationnelle.

## 2. Constat de départ

Lorsque nous comparons, suite à nos diverses expériences, à savoir les soins à domicile et le milieu hospitalier, notre constat est de ne rencontrer que des cadres de santé en exercice ou en cours de formation issus de la filière infirmière.

Cependant, lors des recherches effectuées sur la formation « cadre de santé » et ensuite la population rencontrée en participant aux cours, nos idées sont chamboulées car confrontées à une réalité qui est tout autre. En effet, l'accès et la participation aux études concernent tous les paramédicaux.

L'idée que nous avons quant au métier d'origine du cadre de santé ou des personnes en devenir de ce métier tourne autour du monde infirmier. Avant d'être confrontés à cela, nous pensions que seule cette profession pouvait accéder aux études et aux places vacantes.

La problématique de cette épreuve intégrée s'est ensuite construite face à ces constats. Il nous a semblé judicieux de pousser cette réflexion, ce questionnement quant au métier d'origine des cadres de santé pour comprendre ce qui induit ces croyances malgré la différence mise en lumière entre le monde pédagogique et le monde professionnel.

L'intitulé de ce travail peut surprendre mais reste énigmatique et ouvre nos esprits à la curiosité. Afin d'en découvrir ce qui s'y cache et le questionnement qu'il impose, nous allons reprendre les notions qui le composent de façon fragmentée.

### 3. Exploration des concepts de la problématique

Afin de comprendre les enjeux de ce constat de départ et de la problématique qui en découle, nous optons pour un essai de définitions de chaque notion qu'elle dégage. De celle se rapportant au cadre en général en passant par le cadre de santé ainsi que les notions de mythe, d'origine et d'évidence. Ensuite, nous ajoutons les notions d'évolution et de changement. En effet, elles représentent des conséquences induites à la réflexion de la problématique du métier d'origine du cadre de santé. Enfin, il paraît utile de différencier métier et fonction dans ce travail afin de lever toute ambiguïté qui pourrait survenir au cours de cette épreuve intégrée.

#### 3.1. Notion de cadre

Selon l'article « *Cadre : d'où vient ton nom?* »<sup>1</sup>, le mot « cadre » provient du latin « *quadrus* » qui signifie carré. Il est d'origine militaire. En effet, à la fin du XVII<sup>e</sup> siècle, il est utilisé pour nommer le tableau où étaient inscrits les officiers et les sous-officiers, une catégorie intermédiaire chargée de former le carré qui s'interpose entre l'état-major et le soldat. C'est au XVIII<sup>e</sup> siècle que l'évolution du terme fait introduire les personnels de commandement divisés en quatre classes, des moins au plus gradés. L'armée a donc inventé les grades.

Si aujourd'hui ce mot est devenu polysémique, il ne s'est octroyé, selon le centre national de ressources textuelles et lexicales<sup>2</sup>, la signification de personnel d'encadrement que plus récemment, vers 1840, d'où l'utilisation actuelle de personnel investi de cette fonction. Nous pouvons à présent lire au côté des premières significations telles qu'en moyen français, quartier de lune puis bordure en bois, en métal d'une glace ou d'un tableau ; à partir de 1778, la question de l'environnement, des définitions telles que : « *salarié exerçant, par délégation du chef d'entreprise, une fonction de direction, de conception ou de contrôle* »<sup>3</sup> mais aussi « *personne qui exerce une fonction d'encadrement dans une organisation, une association.* »<sup>4</sup> Les significations multiples de ce mot, jusqu'à l'apparition de personnes investies de fonction d'encadrement, ont été marquées par les changements de notre société et cette appellation se voit à présent utilisée dans les établissements hospitaliers. Mais comment cette dénomination s'est-elle retrouvée au sein des unités de soins ?

---

<sup>1</sup> <http://www.cadreo.com/actualites/dt-origine-mot-cadre>, page consultée le 17 février 2017.

<sup>2</sup> <http://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre>, page consultée le 17 février 2017.

<sup>3</sup> Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, p.191.

<sup>4</sup> Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, p.191.

## 3.2. Notion de cadre de santé

Si l'appellation « cadre de santé » est récente, il se trouve selon Y. Kniebiehler que « *les surveillantes ont toujours existé* »<sup>5</sup>. En effet, l'origine de ce terme vient de la transformation de la catégorie « surveillantes des hôpitaux ». Pour comprendre cette notion de cadre de santé, nous nous basons sur deux ouvrages en particulier, celui de Bourret P., *Les Cadres de santé à l'hôpital*<sup>6</sup> et celui de Sliwka C. et Deschamps C., *Les cadres de santé, des cadres de métier*<sup>7</sup>. Afin de mieux appréhender l'évolution des cadres de santé, il nous semble plus éclairant qu'un parallèle entre ceux-ci et l'évolution qu'ont connue les hôpitaux soit réalisé.

L'hôpital d'autrefois appelé « hôtel-Dieu », allant du VI<sup>e</sup> au XVI<sup>e</sup> siècle, a pour fonction de porter secours aux déshérités, aux pauvres et aux militaires blessés. Il requiert donc une prise charge, possible grâce à des hommes et des femmes consacrés ou civils, ceux qui seront à l'origine de notre personnel soignant actuel. La vie y est monastique et rythmée par les normes religieuses. La prise en charge est gratuite. Les soins y sont très limités car la médecine est enserrée dans des tabous religieux. Le personnel soignant ne compte que des religieuses au nombre restreint et essentiellement féminin. Les sœurs y ont une double mission. D'une part, elles surveillent les soins et les tâches annexes et veillent à l'accueil des malades. D'autre part, elles ont un rôle de gestionnaire ; autrement dit, elles assurent également divers services à savoir la cuisine, la lingerie, la buanderie, le cellier et le vestiaire.

Au XVII<sup>e</sup> siècle, nous voyons arriver les « hospices ». Bien que leurs missions restent similaires aux « hôtels-Dieu », le changement d'appellation est lié à la fonction de régulation sociale<sup>8</sup> qui se développe. Les conditions y sont encore précaires.

Lors de la Révolution Industrielle, l'Etat qui jusque-là est resté discret, va s'interposer pour centraliser l'administration. Par ailleurs, l'essor démographique et la paupérisation amènent l'Etat à nationaliser les hôpitaux par un décret, celui du 11 juillet 1794<sup>9</sup>.

Suite à la Première Guerre Mondiale, les lois et assurances sociales sont créées. Les sources de financement des hôpitaux s'accroissent et l'hôpital devient un lieu de soins accessible à tous. Après la Seconde Guerre Mondiale, un système de financement collectif des dépenses de la santé est mis en place, donnant à la sécurité sociale la plus grande charge de la consommation hospitalière des

---

<sup>5</sup> Kniebiehler Y., *Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française*, Paris, Collection « Hachette », 1984, p. 297.

<sup>6</sup> Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Collection « Seli Arslan », Paris, 2006, 288p.

<sup>7</sup> Sliwka C., et Deschamps C., *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Lamarre, Paris, 2007, p. 224.

<sup>8</sup> « Des règles structurent un groupe social et élaborent une action collective afin d'établir une stabilité. »

<sup>9</sup> Lepec M., *Recueil général des lois, décrets, ordonnances, etc : depuis le mois de juin 1789 jusqu'au mois d'août 1830, volume 5*, Paris, 1839, p. 304.

ménages. Les progrès de la médecine et de la science ouvrent peu à peu l'hôpital aux malades payants.

Il aura fallu une vingtaine d'années pour que les « hospices » disparaissent pour laisser place aux hôpitaux dits d'« excellence » grâce à la loi Debré de 1958. Cette époque dite « d'hospitalocentrisme » est à rattacher à une modernisation impressionnante. En contrepartie, cet élan est ralenti par la nécessité de contrôler la progression des dépenses de santé et la mise en place de politiques d'encadrement de la dépense.

Toutes ces modifications successives n'ont pas délogé les religieuses qui continuent à assurer leur rôle de surveillantes. Mais, la laïcisation, la création des hôpitaux universitaires et de pôles d'excellence médicale, ou encore l'évolution sociétale contribuent à l'émergence et à l'augmentation des conflits qui opposent les médecins et les religieuses. Ces rapports problématiques entraînent la nécessité d'un personnel formé d'où l'ouverture d'écoles infirmières. Le statut de surveillante disparaît dans les années 1960 pour laisser place aux infirmiers dont la mission est les soins aux patients. Malgré les empreintes laissées par les religieuses, elles finissent par disparaître et sont remplacées par du personnel possédant un diplôme d'infirmier qui est alors devenu obligatoire.

La partie gestion qui était aussi attribuée aux surveillantes est cependant laissée pour compte lors de cette obligation de formation. Dans un souci d'organisation, il faut réattribuer ces tâches de gestion très rapidement. La fonction de « surveillante des services de soins » est directement attribuée aux infirmiers, en fonction de l'ancienneté et du degré de compétences techniques. Nous assistons alors à la création d'une nouvelle appellation, celle d'infirmier en chef. L'Arrêté Royal de 2006<sup>10</sup> reprend par ailleurs les missions dont il a la charge à savoir, les activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital, les soins, la politique en matière de personnel, la gestion des moyens, la formation et le développement et pour terminer, la communication et la concertation. Nous pouvons remarquer qu'en Belgique l'appellation infirmier chef est toujours d'actualité. Toutefois, elle semble s'inspirer du système français en ce qui concerne la formation cadre de santé.

En France, nous passons d'infirmier chef à cadre infirmier grâce à un programme de formation qui a été réformé trois fois depuis ses origines en 1958. La fonction d'encadrement se situe au niveau des infirmiers, qui peut s'expliquer par l'absence d'obligation de formation des surveillantes jusqu'en 2001 et par un hôpital axé sur une médecine de pointe comme signalé ci-avant. Cependant en 1995, un diplôme de cadre de santé est créé pour remplacer l'infirmier chef ou encore le cadre infirmier. Cela fait suite à une réorganisation profonde des milieux hospitaliers français par la loi

---

<sup>10</sup> Annexe 1.

du 31 juillet 1991.<sup>11</sup> Il correspond à un nouveau programme de formation orienté totalement vers une dimension gestionnaire et s'ouvre à treize professions paramédicales. La formation ne s'inscrit plus dans la professionnalité de l'infirmière. Cette évolution suit celle de la société qui met l'accent sur les compétences gestionnaires et sociales des cadres de toutes organisations en lieu et place des compétences techniques de métier. Sur les diplômes remis à partir de 1996, le métier d'origine ne figure plus dans l'intitulé mais est seulement repris en tant que mention.

L'enjeu identitaire qui s'opère sur les surveillantes de l'époque a-t-il un impact quelconque sur la façon de considérer le cadre de santé aujourd'hui ? Au même titre, pouvons-nous affirmer que le fonctionnement de l'hôpital axé sur une médecine de pointe renforce les surveillantes à tirer profit du positionnement infirmier au détriment de la fonction d'encadrement ?

### 3.3. Notion de mythe

*« Le mythe est une légende orale qui appartient à un fond si ancien que l'on ne peut en fixer l'origine. Les mythes sont communs à toutes les cultures et traduisent les réponses que les peuples apportent aux grandes questions insolubles : d'où vient le monde ? Comment expliquer l'existence du mal ?... »*

*Le mythe constitue une « archi-histoire » qui engendre de multiples versions et réécritures. Parce qu'il répond, semble-t-il, à une question, le mythe est un récit qui a du sens. Platon, dans ses dialogues philosophiques, s'en sert pour éclairer au moyen d'une fable une proposition que la raison ne peut entièrement démontrer. On peut citer, par exemple, le mythe platonicien de la caverne, dans la république. De même, pour la psychanalyse (Freud), le mythe permet de figurer les pulsions premières et les angoisses de l'homme. Le mythe d'Oedipe traduit ainsi le désir de l'enfant de se débarrasser du parent de même sexe que lui. Par extension, le mot mythe prend encore d'autres sens : en sociologie, il désigne une réalité qui a une fonction symbolique, un sens caché ; par exemple, la voiture dans notre société, n'est pas seulement un moyen de locomotion, elle condense des valeurs et un discours sur le monde ; dans la langue courante, enfin, il désigne une histoire ou une idée fausse : le mythe du retour à la nature, de la croissance zéro, ... ».<sup>12</sup>*

Nous envisageons d'utiliser ce terme dans la problématique car il renvoie vers de multiples définitions comme nous pouvons le constater ci-dessus. En effet, sommes-nous face à une

---

<sup>11</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>, page consultée le 12 décembre 2017.

<sup>12</sup> <https://www.assistancescolaire.com/eleve/2nde/francais/lexique/M-mythe-fx077>, page consultée le 13 février 2018.



population qui se rassure par ce qui a été établi jusque-là et donc, reste sur la réserve des valeurs sûres ? Ou au contraire sommes-nous face à une idée fautive dont l'exploration dérange et donc, il s'avère moins contraignant de parler comme le plus grand nombre ?

### 3.4. Notion d'origine

Le petit Robert définit le mot origine comme suit : « *Ancêtre ou milieu humain primitif auquel remonte la généalogie d'un individu, d'un groupe.* »<sup>13</sup> Si nous reprenons ce qui a été établi dans la notion de cadre de santé, le milieu d'où il semble venir correspond dans un premier temps aux surveillantes et s'oriente ensuite vers l'infirmier. Ce mot est également défini de la façon suivante : « *le commencement de l'existence de quelque chose ; la naissance, ce qui provoque l'apparition de quelque chose ; cause, milieu d'où quelqu'un est issu ; extraction, temps, lieu, milieu d'où est issu quelque chose ; provenance* »<sup>14</sup>. A cela le CNRTL<sup>15</sup> ajoute que l'origine peut signifier la « *phase primitive d'une histoire, stade initial d'une réalité qui évolue.* »<sup>16</sup> Ces définitions mettent en évidence que nous venons tous, de quelque part, que nous avons tous des origines. Cependant, la seconde définition ouvre à la perspective d'une évolution du stade initial. Nous avons d'ailleurs déjà mis en évidence la progression des surveillantes d'hôpitaux dans le court récit concernant la notion de cadre de santé. Dès lors, quelles empreintes cette origine a-t-elle laissées sur les cadres de santé actuels ? Ressentent-ils le besoin de tenir compte de cette origine ? Comme repris dans un article<sup>17</sup>, nous constatons que les médias, les journaux parlent souvent de l'origine en terme d'identité. En effet, les individus, les groupes désirent de plus en plus connaître leur(s) origine(s) afin de mieux se connaître, se donner des repères, se positionner, assumer ou rejeter ce qui nous a quelque part ou en partie créé ou qui explique qui nous sommes.

### 3.5. Notion d'évidence

Ce terme provient du latin « *videre* » qui signifie « voir »<sup>18</sup>. Le petit Robert le définit comme suit : « *L'évidence est ce qui s'impose à l'esprit comme une vérité, ou une réalité, sans qu'il soit besoin d'aucune preuve ou justification.* » Nous pouvons également trouver : « *Caractère de ce qui est*

<sup>13</sup> Le Robert. *Le petit Robert illustré 2018*, Paris, 2018, p. 1396.

<sup>14</sup> Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, pp. 810-811.

<sup>15</sup> CNRTL = Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

<sup>16</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/origine>, page consultée le 16/02/2018

<sup>17</sup> Tozzi M., « Septi philo : « De l'origine à l'identité » » Michel Tozzi, Article de manifestation organisée par le pôle de l'université populaire de Narbonne, juillet 2009.

<sup>18</sup> Le Robert. *Le petit Robert illustré 2018*, Paris, 2018, p. 2049.

*évident, immédiatement perçu comme vrai* »<sup>19</sup> Si nous faisons le parallèle avec l'adjectif « évident », il en ressort : « *Qui s'impose à l'esprit comme une certitude absolue ; indiscutable* »<sup>20</sup> Toutes ces notions insistent sur l'illusion, la perception d'un fait, d'une idée ou encore de quelque chose qui semble vrai. En effet, le fait de voir provoque la sensation d'être face à des vérités évidentes, cependant, toutes les évidences ne sont pas nécessairement vraies. Si nous nous référons à notre constat de départ, nous pouvons nous demander s'il s'agit encore d'une évidence que l'accès à la fonction de cadre de santé n'appartienne qu'à la filière infirmière ? Et donc, sommes-nous face à une évidence qui n'est plus vraie depuis l'introduction des autres paramédicaux mais qui persiste malgré tout ?

### 3.6. Différence métier/profession

Nous trouvons judicieux de faire une parenthèse sur la différence qu'il existe entre métier et profession car ces termes sont repris de façon régulière dans ce travail.

Nous trouvons comme définition du métier : « *activité manuelle ou mécanique nécessitant l'acquisition d'un savoir-faire, d'une pratique.* »<sup>21</sup> Historiquement, il revêt : « *une organisation règlementant une activité précise sous l'Ancien Régime, en particulier le savoir-faire, habileté technique résultant de l'expérience, d'une longue pratique.* » Cette définition semble s'orienter vers une pratique plus manuelle qu'intellectuelle. Un savoir-faire qui se transmet.

La profession quant à elle est définie comme suit : « *activité régulière exercée pour gagner sa vie ; métier. Ensemble des personnes qui exercent le même métier ; réunion de leurs intérêts communs.* »<sup>22</sup> Celle-ci est davantage orientée vers un ensemble, un groupe de personnes exerçant une activité commune. Nous avons pu voir dans le cours de sociologie de la santé que « *les deux sont des activités procurant une rémunération, sans négliger leur rôle social. Celui-ci peut parfois prendre le dessus. Elles sont deux formes d'identité sociale ; la deuxième étant plus élaborée, aboutie que la première. La différence se marque en termes d'évolution et plus encore d'autonomie.* »<sup>23</sup> Cadre de santé, est-ce un métier et introduit-il l'idée d'un savoir-faire qui se transmet ou une profession aux pratiques davantage intellectuelles ? Lorsque nous évoquons le cadre de santé, sommes-nous face à un(e) nouveau/nouvelle métier/profession ou à une prolongation du métier infirmier ?

---

<sup>19</sup> <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/voir/82389>, page consultée le 15 février 2018.

<sup>20</sup> Larousse, *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, p. 469.

<sup>21</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9tier>, page consultée le 9 mars 2018.

<sup>22</sup> Larousse, *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, p. 1565.

<sup>23</sup> Vantomme P., *Cours de sociologie et sociologie de la santé*, 2013-2014, p. 21.

### 3.7. Evolution/changement

Nous estimons que l'évolution et le changement contribuent à la construction de notre thématique autour du cadre de santé. Ils constituent, en effet, du début à la fin, la base de notre réflexion. Nous pensons donc qu'il serait judicieux de les définir pour comprendre quels rôles ils peuvent jouer sur la problématique que nous mettrons en évidence par la suite.

Le terme évolution emprunté au latin « *evolutio* » signifie « *action de dérouler, de parcourir* »<sup>24</sup>. Historiquement, en 1536, il fait référence à « *l'action de manœuvrer* », ce n'est qu'à partir de 1776 qu'il se voit axé sur « *le changement, la transformation et le développement* »<sup>25</sup>.

Les dictionnaires d'usage proposent de nombreuses définitions, nous citons certaines d'entre elles : « *Transformation graduelle et continue* » et « *ensemble des changements subis au cours des temps...* »<sup>26</sup>. Nous pouvons également lire « *passage progressif d'un état à un autre* »<sup>27</sup> ; « *changement progressif de position ou de nature* »<sup>28</sup>. Toutes ces définitions nous indiquent le passage d'un point A<sup>29</sup> vers un point B<sup>30</sup> par l'intervention de transformations, de changements et ceci, de façon progressive.

Le sociologue Guy Bajoit, quant à lui, parle d'évolution en la considérant comme une étape du changement social. Il cite : « *nous parlons d'évolution lorsque le changement est le résultat d'une somme d'actions individuelles, entreprises par les membres de catégories sociales inorganisées, donc sans liens de solidarité entre eux* »<sup>31</sup>. Pour lui, les changements résultent d'une évolution ou ont été préparés par elle. Il la considère comme la première modalité du changement car elle prépare les conditions de l'apparition d'autres modalités. Suite à ces définitions et l'avis de cet auteur, il nous semble judicieux de découvrir ce que nous révèle cette notion de changement.

Tout comme le terme évolution, le changement est repris par les dictionnaires d'usage qui relatent toutes les significations attachées à cette notion et aux termes associés mais nous sélectionnons celles en lien avec notre sujet. Le Larousse le définit comme une : « *action, fait de changer, de se modifier, en parlant de quelqu'un ou de quelque chose* ».<sup>32</sup> Nous pouvons aussi lire : « *Tout passage d'un état à un autre, qui est observé dans l'environnement et qui a un caractère*

---

<sup>24</sup> <http://www.la-definition.fr/evolution>, page consultée le 22 mai 2017

<sup>25</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9volution>, page consultée le 25 avril 2017.

<sup>26</sup> Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, p.470.

<sup>27</sup> <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9volution/31900>, page consultée le 22 mai 2017.

<sup>28</sup> <http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9volution>, page consultée le 25 avril 2017.

<sup>29</sup> « Situation initiale »

<sup>30</sup> « Situation désirée »

<sup>31</sup> Bajoit G. *Le changement social, Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Collection De Boeck, Editeur Armand Colin, 2003, p. 373.

<sup>32</sup> Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, p.229.

*relativement durable* ». <sup>33</sup> Le changement revient donc à tenter de comprendre un ensemble complexe de phénomènes, de mouvements parmi d'autres mouvements. Si nous transposons cela à l'entreprise, nous pouvons considérer le changement comme une démarche qui accompagne sa vie face à l'instabilité et au développement de son environnement.

Des auteurs <sup>34</sup> considèrent le changement de l'être humain à partir de plusieurs perspectives. Ils le divisent en trois parties, à savoir les théories psychologiques, sociologiques et psychosociologiques. Dans un premier temps, ils considèrent les théories psychologiques comme un moyen pour soulager les individus de leurs difficultés. Ces théories sont souvent centrées sur l'individu sans tenir compte du contexte social.

Ensuite, en sociologie et surtout au niveau macroscopique, les auteurs parlent de changement social. Il s'agit du changement des sociétés en termes politique, économique, historique et démographique. Ces théories tendent à ignorer l'expérience subjective de l'individu en l'assimilant à des phénomènes de masse et en l'asservissant à des règles collectives.

Et pour terminer, dans le domaine organisationnel, les théories expliquant le changement proviennent surtout de la psychologie sociale et de la psychosociologie. Elles considèrent l'organisation comme un système. Ces approches s'intéressent à la complémentarité de l'organisation avec son environnement et la façon dont elles interagissent.

D'autres théories utilisent comme unité d'analyse l'individu dans son milieu, notamment les travaux de Lewin en 1947 qui consistent à mettre l'accent sur les processus évolutifs du changement en trois phases, à savoir la dé cristallisation, la transition et la recristallisation.

La dé cristallisation est donc la période où un individu, un groupe ou une collectivité commence à remettre en question, volontairement ou non, ses perceptions, ses habitudes ou ses comportements. Nous pouvons donc dire que le processus de changement est enclenché mais n'est pas pour autant acquis. En effet, il ne suffit pas d'abandonner certains comportements ou attitudes, il faut en acquérir de nouveaux.

La transition correspond à la phase d'initiation au nouveau mode de fonctionnement où sont expérimentées les nouvelles façons de faire les choses.

La recristallisation représente le changement intégré dans de nouvelles pratiques de plus en plus spontanées. Elles s'harmonisent avec les autres dimensions du quotidien et font désormais partie des habitudes. C'est donc lorsque cette phase est atteinte que le changement peut être durable.

Suite au descriptif de ces trois phases, nous nous interrogeons sur la position que prendrait le cadre de santé sur l'échelle du changement. En effet, où pourrions-nous le situer ? Nous pourrions

---

<sup>33</sup> Colletterte P., Delisle G., Perron R., *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Québec, Presse de l'université du Québec, 1997, P. 20.

<sup>34</sup> Colletterte P., Delisle G., Perron R., op. cit., pp. 21-25.

également pousser cette catégorisation plus loin, en considérant celle-ci vue par les professionnels de terrain d'un côté et par les organismes de formation de l'autre.

Nous remarquons aussi que des pressions pèsent sur les organisations. Nous citons par ailleurs : *« les nouvelles pratiques liées au développement des technologies de la communication, les exigences psychosociologiques des travailleurs et des clients, mondialisation des économies et accroissement de la concurrence, déclin des traditions, légitimité flottante de l'autorité, ... La nécessité qui subsiste à cette avalanche, non exhaustive, de contraintes est l'incessante adaptation des formes et des contenus, des structures et des hommes, du système et des acteurs. »*<sup>35</sup>

L'adaptation des acteurs qui vivent le changement est ici mise en évidence mais n'est cependant pas indissociable d'un trouble-fête qui l'accompagne, que nous nommons la résistance au changement. En effet, toutes perturbations de la routine et par conséquent, le chamboulement de la zone de confort d'un individu, engendre des résistances au changement. Nous constatons depuis plusieurs décennies un changement à l'hôpital dû à une quête de modernisation. Celui-ci semble être considéré comme une vieille demeure qu'il est nécessaire de transformer, le but étant de rapprocher la structure hospitalière d'une entreprise. Le travail du cadre de santé n'en subit pas moins les changements provoqués. Cela peut-il induire des résistances ? Cette quête de modernité conduira-t-elle les unités de soins à être dirigées par des personnes aux pratiques purement managériales ?

#### 4. Approche de la problématique

Au début de ce travail, nous avons établi le constat qu'en milieu hospitalier, nous ne rencontrons que des cadres de santé en exercice ou en cours de formation issus de la filière infirmière. Nous nous sommes ensuite rendus compte que l'accès aux études concernait tous les paramédicaux. Les titres pouvant en tenir lieu sont le Bachelier en soins infirmiers, le Bachelier accoucheuse et le Bachelier ou grade équivalent de la catégorie paramédicale. L'idée que nous avons cependant du métier d'origine du cadre de santé tournait autour du monde infirmier. Nous avons donc voulu savoir ce qui induisait cette croyance malgré les constats mis en évidence. Pour ce faire, nous avons décortiqué chaque notion de la problématique qui découle de ce constat. Les notions de cadre de santé, de mythe, d'origine et d'évidence ont fait l'objet d'un essai de définition pour comprendre pourquoi nous avons opté pour l'utilisation de ces termes dans l'intitulé du sujet. Ensuite, nous avons effectué des recherches sur la différence qu'il existait entre métier et profession car nous utilisons ces termes de façon récurrente au cours de cet écrit. Les notions d'évolution et de changement ont également été évoquées car elles contribuent à la thématique mise en évidence dans

---

<sup>35</sup> Vantomme P., *Cours de psychosociologie appliquée aux relations de travail*, 2013-2014, p. 41.

ce travail. Voyons à présent « le pourquoi » de ces notions évoquées pour construire l'intitulé de notre problématique.

La notion de cadre de santé nous renvoie à l'idée que les hôpitaux actuels, de même que les hébergements d'hier, doivent s'organiser face à leurs missions premières, l'accueil des déshérités puis des malades et la gestion des dépenses. Ils requièrent donc du personnel investi du rôle d'encadrement. Des religieuses en passant par les surveillantes qui se sont retrouvées dans l'obligation de se former en termes de pratique de soins, jusqu'à l'apparition de l'infirmier chef plus orienté vers les tâches de gestion et pour terminer le cadre de santé que nous connaissons aujourd'hui, l'encadrement nous fait prendre conscience des nombreux bouleversements auxquels il a dû faire face et de l'omniprésence du métier infirmier.

Le mythe quant à lui interroge notre curiosité. En effet, il introduit les notions de fond si ancien qu'on ne peut en fixer l'origine, de récit qui a du sens, de réalité qui a une fonction symbolique mais peut aussi désigner une idée fausse. Nous l'avons mentionné car le retour sur l'histoire de la fonction de cadre de santé nous montre que beaucoup de temps s'est écoulé depuis ses débuts. Le questionnement du mythe se situe donc sur sa symbolique et sur sa correspondance toujours actuelle ou non, sur le personnel hospitalier et extra-hospitalier.

L'origine est décrite comme un milieu humain auquel l'individu s'identifie mais aussi comme un stade initial d'une réalité qui évolue. Il nous a semblé utile de questionner les origines car tout individu tend à se définir par celles-ci. Si nous l'appliquons à ce travail, nous espérons montrer le lien entre le métier d'origine et le cadre de santé, en termes d'évolution rencontrée, mais également mettre l'accent sur la nécessité des individus de connaître et de s'identifier à ses origines.

L'évidence signifie « voir » et se définit comme ce qui s'impose à l'esprit. Nous ne pensons pas à la contredire car elle représente pour nous ce qui est vrai, acquis, intégré. Si nous la confrontons à notre constat de départ et aux personnes rencontrées de manière formelle ou informelle, elle met l'accent sur le fait que, seuls les infirmiers deviennent cadre de santé. Cette pensée générale nous amène à la concevoir comme réelle et donc comme une évidence.

En voulant différencier métier et profession, nous avons relevé que le premier a trait à la transmission d'un savoir-faire alors que le deuxième fait référence à des notions plus intellectuelles. L'origine du cadre de santé « les surveillantes » nous évoque davantage un savoir-faire. Ce constat nous a donc influencés sur le fait de reprendre l'appellation métier d'origine plutôt que profession d'origine.

Le changement quant à lui, n'apparaît pas comme tel dans l'intitulé de la problématique. Cependant, nous estimons qu'il prend tout son sens dans le questionnement qu'il induit. Il introduit l'évolution des perceptions et du métier d'origine. Les changements vont en effet être présents du début à la fin de cette épreuve intégrée, d'où la nécessité d'en reprendre les notions clés.

Suite à toutes ces raisons, nous avons décidé d'intituler notre problématique comme suit : « Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ? »

## 5. Démarche opérationnelle et démarche conceptuelle

Nous avons pour habitude de rencontrer ces deux démarches dans les travaux écrits de façon ordonnée et distincte. En effet, la logique ou la reproduction de ce qui est fait habituellement repose sur une démarche conceptuelle appelée « théorique » dans le langage courant pour débiter les travaux, suivie d'une démarche opérationnelle autrement dit « pratique » pour venir appuyer cette théorie. Notre choix en est tout autre face à la difficulté d'exposer ce sujet polémique et nous l'optons pour ne pas faire de séparation claire des deux démarches. En effet, il nous semble pertinent de nous baser sur ce qui est dit, pensé et fait sur le terrain avant de l'étudier à la lumière de la théorie. Ce choix s'opère pour garder de la distance par rapport au sujet afin de ne pas faire intervenir l'influence, l'opinion de l'auteur de cette épreuve intégrée et pour mener la réflexion, le questionnement dans un contexte proche des observations recueillies et en fonction des réponses récoltées dans les entretiens effectués. Le but recherché est d'être le plus proche de la réalité de terrain et de se rendre compte qu'un changement s'opère ou non sur les mentalités. En effet, comme le précise d'ailleurs Pierre Collerette dans son livre « *Les enjeux communicationnels de la gestion d'un changement dans une organisation* »<sup>36</sup>, pour comprendre une problématique du changement, il faut d'abord examiner l'expérience des acteurs qui vivent le changement.

## 6. Conclusion

La construction de notre problématique débute grâce à la différence soulevée dans notre constat de départ. L'hétérogénéité observée entre le monde professionnel et pédagogique nous amène à réfléchir sur différents concepts. Il nous paraît nécessaire de les définir afin de formuler une problématique la plus étroitement liée au constat de départ. Cette démarche nous permet de montrer que l'intitulé du sujet s'ouvre à un large éventail d'explications sans jamais apporter de solutions ni de jugements mais plutôt de soulever des questionnements, des réflexions. Notre choix s'arrête donc sur la dénomination suivante : « Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ? » Afin de la comprendre et face à la difficulté d'exposer ce sujet, nous décidons de ne pas séparer cette épreuve intégrée en deux parties distinctes à savoir une

---

<sup>36</sup> Collerette P., *Les enjeux communicationnels de la gestion d'un changement dans une organisation*, Montpellier, 1995, 856 p.

démarche conceptuelle et une démarche opérationnelle. C'est d'ailleurs déjà le cas dans ce premier chapitre. En effet, nous débutons le sujet en partant de ce qui est observable, dit et pensé pour ensuite amener des éléments théoriques. Dès lors, il nous faut une méthode de recherches appropriée pour ce travail. Le deuxième chapitre offre un tour d'horizon sur ce que les différentes méthodes vues lors de notre cursus proposent, pour ensuite choisir la plus adéquate.



# Chapitre II : Réflexion sur les différentes méthodologies possibles

## 1. Introduction

Au cours du premier chapitre, nous avons évoqué la nécessité de ne pas distinguer démarche opérationnelle et conceptuelle mais au contraire de les rendre inhérentes à ce travail. Suite à ce raisonnement et à la problématique qui en ont été dégagés au début, il nous semble à présent nécessaire de réfléchir et de choisir une méthodologie de recherches. En nous basant sur notre cours de « Méthodologies de recherche »<sup>37</sup> nous choisissons d'exposer les cinq méthodes principales à savoir, l'expérimentale, la différentielle, l'historique, la sociologique et la clinique afin d'en extraire les avantages et les inconvénients en fonction de la problématique mise en lumière. A la fin de ce deuxième chapitre, nous choisirons la méthodologie qui répondra au mieux à l'esprit souhaité dans ce travail.

## 2. Méthode expérimentale

*« La méthode expérimentale permet de mettre à l'épreuve certains éléments et de tester leurs effets scientifiquement avant qu'ils soient systématisés en tant que pratique. Elle invite, d'une certaine manière, à (ré-) interroger des allants de soi, des habitudes en vérifiant leur influence et/ou leur efficacité. Si les critères méthodologiques sont respectés, elle est un moyen de produire des connaissances généralisables. Elle se centre sur l'observation de groupes de sujets à la recherche de tendances centrales mais elle n'étudie pas les cas singuliers. Cette méthode va dans le sens de la standardisation et d'uniformisation des pratiques. »<sup>38</sup>*

Cette méthode est à la fois causaliste et réductionniste c'est-à-dire qu'elle se restreint à une partie du phénomène. Elle s'appuie sur un principe hypothético-déductif dans un schéma standardisé « observation, hypothèse, confirmation ou infirmation ». Elle vise également à maîtriser le plus grand nombre de variables, qu'elle soit dépendante, indépendante, contrôlée ou parasite (biais). Il s'agit de se distancer au maximum afin que la subjectivité du chercheur soit maîtrisée le plus

---

<sup>37</sup> Vantomme P., *Cours de Méthodologies de recherche appliquée au secteur de la santé, 2013-2014.*

<sup>38</sup> Vantomme P., *ibidem*, point 37.

possible. Son implication peut en effet influencer le recueil des données. Le but principal est de définir des généralités à partir de l'étude d'un échantillon. La significativité des résultats s'obtient par le calcul des probabilités, des statistiques. Dans ce cas, l'hypothèse est rédigée comme une réponse probable à la question de départ. Une fois la récolte des données effectuée, il s'agit de confirmer ou d'infirmer l'hypothèse de départ. La démonstration peut être reproduite par d'autres, elle prévaut ici sur l'interprétation.

### 3. Méthode différentielle

*« La méthode différentielle cherche soit à construire des catégorisations « stables » de sujets ou des listes de procédures mises en œuvre par les individus dans des situations identiques, soit à étudier la variabilité d'un individu dans des situations différentes. Elle se positionne à l'encontre du postulat d'unicité des conduites. Se centrer sur la variabilité individuelle ou interindividuelle à partir d'une problématique de santé ou d'encadrement permet d'identifier des éléments de compréhension du fonctionnement d'un sujet, ou de différencier des styles, des types, des groupes de personnes, et de définir leurs particularités dans différentes situations de soins. Elle participe à l'idée de démarche de soins ou d'encadrement individualisée. »<sup>39</sup>*

Cette méthode ressemble sur certains points à la méthode expérimentale. Dans les deux méthodes, un échantillon est créé et étudié. Cependant, alors que la méthode expérimentale crée un échantillon homogène, l'échantillonnage de cette deuxième méthode est en revanche hétérogène. Elle vise à étudier, à mesurer et à catégoriser les différences entre individus. La finalité de la méthode différentielle est la mise en évidence des mécanismes d'influence sur cette variabilité, en distinguant parmi un grand nombre de variables celles dont les modalités sont co-occurentes<sup>40</sup> de celles qui ne le sont pas. Les deux méthodes construisent un dispositif de recherches au préalable : définir une question de recherches et/ou des hypothèses, le choix de la population et des règles d'échantillonnage, la construction des outils de recueil des données, la récolte et l'analyse des données, l'interprétation des résultats en vue de repérer une certaine stabilité dans les variables individuelles et de les généraliser entre autre par l'utilisation de résumés statistiques.

---

<sup>39</sup> Vantomme P., *Cours de Méthodologie de la recherche appliquée au secteur de la santé*, 2013-2014.

<sup>40</sup> « État préalable à la corrélation. Il y a probablement un lien. Opposé à corrélation : il y a un lien. », Cité par Vantomme P., *ibidem*, point 39.

## 4. Méthode historique

*« La méthode historique s'intéresse à la compréhension ou l'explication d'un fait, d'un phénomène à partir des éléments de l'histoire qui ont participé à son élaboration. Le dispositif de recherche se construit en fonction de l'objet de recherche, comme le choix des périodes et du type de sources à étudier. La véritable gageure de cette méthode réside plus encore dans le travail d'interprétation des faits historiques. »<sup>41</sup>*

L'auteur qui utilise la méthode historique n'a pas vécu ce qu'il raconte, il s'appuie donc sur des témoignages du passé. Cette méthode cherche à repérer au sein d'une évolution, des caractéristiques de phénomènes, qu'elles soient stables ou variables. Elle s'intéresse autant au passé qu'au présent et au futur. Ce travail conduit à la formulation d'une hypothèse de recherches, qui se veut théorique et basée sur l'exploitation des études antérieures. Elle vise à comprendre un ou plusieurs faits passés (les processus) ou un fait actuel (le résultat). *« L'interprétation allie donc le temps présent, par des théories et des modèles utilisés, et le temps passé, par l'analyse contextuelle. »<sup>42</sup>* L'analyse tente à dégager les principaux indices historiques en restant au plus près du contexte d'origine.

## 5. Méthode sociologique

*« La recherche avec les méthodes sociologiques nous informe de la réalité de vie de certains groupes sociaux, de leurs habitus, des marquages sociaux et des représentations qui se construisent et évoluent. Dans le domaine de la santé, l'approche peut être celle de l'épidémiologie<sup>43</sup>, des conduites particulières face à une problématique de santé ou encore des phénomènes d'institutionnalisation. Elle s'intéresse également au rapport qu'un groupe social entretient avec la maladie, la santé, la thérapeutique. En ce sens, elle étudie un phénomène dans ce qu'il produit comme organisation, culture, habitudes de fonctionnement, règles et pratiques de vie d'un groupe. Il ne s'agit pas ici de trouver une solution aux problèmes, de prescrire une conception, de normaliser. Du contraire, il s'agit plutôt de tenter de comprendre comment fonctionne ce groupe, de mettre en évidence le sens attribué par ce groupe au phénomène considéré. La finalité relève de la qualité des soins envers ce groupe et d'autres pour lesquels l'étude est transférable. »<sup>44</sup>*

---

<sup>41</sup> Vantomme P., *Cours de Méthodologie de la recherche appliquée au secteur de la santé*, 2013-2014.

<sup>42</sup> Vantomme P., *ibidem*, point 41.

<sup>43</sup> « Voir notion d'identité »

<sup>44</sup> Vantomme P., *ibidem*, point 41.

Cette méthode fournit une réflexion en se basant sur l'intégration de l'enquêteur au sein du groupe étudié. L'acculturation<sup>45</sup> est donc de rigueur dans ce processus. Malgré cela, le rôle que l'auteur y joue, représente un biais qu'il s'avère de prendre en compte. En effet, le choix du rôle joué mais encore sa présence ou non dans le groupe peuvent engendrer des différences quant aux éléments constatés. L'interprétation, ensuite, de la recherche se base sur le langage du groupe observé. Il faut cependant ajouter à cela l'implication de l'auteur en termes de perception et compréhension propre à celui-ci sur les éléments relevés. Il va confronter cette interprétation à de la théorie en lien direct avec les observations. Cette méthode qualitative ne prétend donc pas à généraliser mais à contextualiser afin d'être réutilisée sur d'autres groupes aux caractéristiques identiques.

## 6. Méthode clinique

*« Les recherches menées avec la méthode clinique produisent des savoirs sur le rapport du sujet au soin et à la santé, sur le rapport du sujet, ou groupe, à l'institution et à ses normes. Elles participent à la compréhension de certains phénomènes liés à la singularité de l'humain. L'écoute clinique est riche d'informations qui bien traitées, peuvent contribuer au développement de la qualité des soins comme au management. La méthode clinique permet d'identifier les éléments qui sont conformes à la théorie et ceux qui sortent de ces attendus. En outre, les cas cliniques interrogent les pratiques de systématisation et de standardisation. »<sup>46</sup>*

Cette méthode permet la découverte d'un projet, en termes de cheminement et de changement grâce au sujet ou groupe avec lequel nous travaillons. La partie pratique passe par la transformation de la problématique en une question inaugurale. L'écoute lors d'entretiens est placée au centre de l'exercice afin de récolter des données en se basant sur le récit du vécu de l'individu ou du groupe. Cette approche qualitative dépasse l'attendu des critères. De ce fait, ce n'est pas ici le nombre de sujets interrogés qui importe mais leur vécu sur le plan clinique. Le recueil des données nous offre l'imprévisible qu'il s'avère de confronter au prévisible et donc, attendus repris par la théorie. Dans cette méthode, il faut être attentif à l'implication du chercheur, au langage non-verbal et à l'information des sujets de façon précise sur la démarche : thème, objectifs et modalités pratiques. Il faut au préalable établir un cadre théorique, ensuite écouter les sujets pour comprendre le phénomène étudié et pour terminer, confronter les éléments recueillis à la théorie. Le but n'est pas de généraliser mais de comprendre l'individu dans un processus de travail.

---

<sup>45</sup> « Comprendre qu'il faut mettre sa propre culture de côté pour s'approprier pleinement celle du groupe ».

<sup>46</sup> Vantomme P., *ibidem*, point 41.

## 7. Choix de la méthode la plus appropriée

Suite au récit synthétisé des différentes méthodes, nous avons pu explorer ce qu'elles engendrent et peuvent apporter de façon générale. Nous allons à présent nous concentrer sur les intérêts et les limites qu'elles dégagent, afin d'extraire celle qui sera la plus appropriée au questionnement qu'imposent notre problématique ainsi que notre constat de départ.

La méthode expérimentale se centre sur un échantillon très restreint. En effet, celui-ci se construit suite à la sélection d'un nombre conséquent de critères identiques entre les individus qui le constituent. Cette caractéristique spécifique à cette méthode s'explique par son but de vouloir établir une généralité sur base de cet échantillon.

La méthode différentielle est proche de l'expérimentale. Elle est cependant moins réductrice en ce qui concerne l'élaboration de l'échantillon. Son but est d'établir une catégorisation des individus sur base de similitudes.

La méthode historique s'appuie sur l'explication des faits en fonction de l'histoire et élabore des interprétations à partir de ceux-ci. Elle tente de comprendre des faits passés ou un fait actuel mais en restant toujours proche du contexte d'origine.

La méthode sociologique s'intéresse au rapport qu'un groupe social entretient avec des phénomènes d'institutionnalisation en étudiant des conduites particulières ou une épidémiologie. Elle nécessite l'intégration de l'enquêteur dans le groupe étudié afin de le comprendre. L'analyse des données se fait par l'observation et l'interprétation de l'enquêteur. Cette implication engendre des biais qu'il s'avère de repérer. Nous sommes face à une méthode qui ne prétend pas généraliser mais plutôt à contextualiser.

La méthode clinique apporte son lot de questionnements, de réflexions sur un sujet. Il s'agit de le découvrir par la mise en place d'une question inaugurale. Cette méthode demande peu de théorie avant la réalisation des entretiens, où l'écoute prime pour obtenir un recueil des données avec le moins d'influence possible de l'enquêteur. Son but n'est pas de généraliser mais de comprendre l'individu grâce à son vécu et le mettre en lien avec un processus de travail.

Notre choix se porte sur la méthode clinique car nous souhaitons à travers ce travail aborder la question en tenant compte du vécu des cadres de santé en fonction, retraités ou démissionnaires. Notre objectif est de confronter notre constat de départ aux intervenants directement concernés afin d'identifier des éléments attendus et inattendus dans le champ théorique.

Il ne s'agit donc pas de démontrer, de prouver et de généraliser en réduisant les différences individuelles comme la méthode expérimentale tend à le faire. Cette méthode fait d'ailleurs abstraction des cas singuliers, ce qui est contraire à notre démarche.

En ce qui concerne la méthode différentielle, même si elle ouvre l'échantillon à un public plus large, la catégorisation qu'elle suppose en fin de recherche ne correspond pas au but recherché par l'exploration de la pensée des cadres de santé. En effet, le questionnement de notre problématique cherche à la comprendre. Cette méthode cherche également à comprendre quelles variables influencent le plus les différences entre individus. Ce n'est pas notre objectif car nous souhaitons justement utiliser ces différences pour mettre en évidence ce qui est prévisible de ce qui ne l'est pas, en lien avec notre constat de départ, notre problématique et la théorie.

La méthode historique quant à elle peut apporter son lot d'éléments positifs car elle explore les faits passés auxquels nous faisons référence dans notre problématique de départ. Nous l'avons donc exploitée pour y apporter un éclairage théorique utile et nécessaire. Cependant, elle s'avère limitée car elle ne s'intéresse pas aux différences d'expérience des individus, à leur vécu respectif et plus particulièrement aux différences spécifiques de chaque cadre de santé.

Au niveau sociologique, nous estimons que cette méthode est trop prématurée pour le sujet évoqué. Elle pourrait faire suite à ce travail car elle ne se concentre plus sur la réflexion individuelle et clinique mais sur le fonctionnement d'un groupe et le sens qu'il attribue aux phénomènes considérés. Par ailleurs, la nécessité d'intégrer l'enquêteur au groupe d'étude ne nous permet pas de choisir cette méthode. En effet, notre situation actuelle en tant qu'auteur à savoir, infirmière et cadre de santé en devenir, est trop proche de la population qui est étudiée, nous entendons par cela des cadres de santé issus de la filière infirmière. Cette forte proximité entre l'enquêteur et le groupe observé implique selon nous trop de biais tant au niveau de l'observation que de l'interprétation. Il nous est presque impossible de les maîtriser, l'acculturation étant très difficile à obtenir dans cette situation. La finalité de la méthode sociologique est d'être transférable à d'autres groupes similaires alors que l'objet de notre étude en est encore au stade de l'individualité des situations.

La méthode clinique s'est donc imposée face aux autres méthodologies de recherche pour toutes ces raisons mais également car elle permet de s'ouvrir à notre problématique progressivement par la réflexion qu'elle induit.

## 8. Conclusion

Ce deuxième chapitre nous montre que les méthodes dites quantitatives, telles que l'expérimentale et la différentielle, ne sont pas adaptées au sujet choisi. Elles ne permettent pas de comprendre ce que notre problématique tente de révéler mais cherchent directement à démontrer ou à catégoriser. Les trois autres méthodes dites qualitatives présentent toutes des éléments favorables à leur

utilisation pour ce travail. Cependant, la méthode clinique nous semble être la plus appropriée à ce stade d'évolution des pensées sur le cadre de santé et la plus complète par rapport à la réflexion que nous voulons brandir à travers cette problématique et donc sur le but recherché par ce travail. Nous allons à présent adapter les passages obligés de cette méthode à notre épreuve intégrée en abordant la problématique, la méthode, l'outil, la population ainsi que les limites et les ajustements.

# Chapitre III : Application de la méthode clinique dans ce travail

## 1. Introduction

Suite au descriptif global des différentes méthodologies de recherche, il en ressort que la méthode clinique offre à ce travail une exploration plus appropriée. Afin d'en cerner le fonctionnement et la mise en pratique dans cette épreuve intégrée, nous la détaillons grâce à des points stratégiques tels qu'un rappel de la problématique, la procédure de récolte des données, l'outil, la population et pour terminer, les limites et les ajustements qui ont été apportés après réflexion. Ces différentes étapes vont nous permettre d'appliquer la méthode clinique à notre problématique.

## 2. La problématique

Suite à notre constat de départ, nous avons défini divers concepts afin d'appréhender au mieux la problématique formulée au point 1.4 de notre premier chapitre. Celle-ci s'intitule comme suit : « Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ? ». L'introduction de la méthode clinique impose sa reformulation sous la forme d'une question inaugurale.

Nous avons voulu insister sur certains points en lien avec la problématique. En effet, nous avons souhaité que notre question inaugurale guide le sujet en fonction de notre objectif de recherche sans pour autant influencer son avis.

Pour ce faire, il nous semblait important de faire référence à différentes notions à savoir, les années d'expérience, l'évolution de la profession, la limitation de leur point de vue à l'exercice de la fonction cadre et le questionnement sur la notion de « métier d'origine » du cadre de santé.

Les années d'expérience représentent la notion de temporalité qui est présente dans notre problématique à travers les termes mythe, origine, actuel et révolu. Nous souhaitons également que le sujet s'exprime sur son expérience générale de la fonction, point de départ de la méthode clinique. Relater leur vécu sur leur expérience professionnelle permet de couvrir une plus grande période d'évolution de la fonction cadre de santé que nous reprendrons lors de la comparaison des entretiens dans le chapitre 5.



L'évolution de la profession fait référence au questionnement que nous nous sommes posé sur le changement lors de la définition de la problématique. Nous souhaitons que les sujets évoquent les changements qu'ils ont observés, selon leur point de vue de la fonction cadre de santé. Nous utilisons le terme profession et non métier car il ne s'agit plus de la transmission d'un savoir-faire mais d'une formation supplémentaire accessible aux paramédicaux. Nous pouvons également ajouter plus intellectuelle comme le précise la définition de la profession.

La limitation à l'exercice de la fonction est le choix que nous avons fait de limiter ce travail à leur point de vue de cadre. La comparaison entre leur vécu de cadre et celui qu'ils avaient lors de l'exercice de leur métier d'origine pourrait faire l'objet d'un travail à part entière.

Le métier d'origine du cadre de santé est l'essence même de notre problématique. Les changements qui s'opèrent ces dernières années se situent au niveau de l'ouverture de la formation de cadre aux autres paramédicaux. Or, notre constat de départ vient de notre interpellation entre cette possibilité d'accès des autres fonctions et la pensée commune qui semble ancrée dans les milieux hospitaliers de notre point de vue.

Nous avons donc rédigé la question inaugurale comme telle : « Suite à vos années d'expérience et face à l'évolution de votre profession durant votre exercice de la fonction, que vous évoque la notion : « Le métier d'origine du cadre de santé ? »

### 3. La procédure de récolte des données

Une fiche explicative<sup>47</sup> est donnée à chaque personne interviewée environ quinze jours avant l'entretien afin qu'elle puisse s'approprier pleinement le sujet. Elle comporte le thème, les objectifs et les modalités de l'entretien.

Le thème exposé s'intitule : « Le métier d'origine du cadre de santé ».

Les objectifs associés se déclinent comme suit : utiliser/s'inspirer de votre vécu et de votre expérience pour comprendre l'importance du métier d'origine du cadre de santé ; constater l'évolution à laquelle les cadres de santé ont dû être et/ou sont encore confrontés suite, entre autres, au tournant gestionnaire que connaît la fonction ; comprendre pourquoi la formation pour cette fonction s'est ouverte à un plus grand nombre de professions paramédicales. Quelles répercussions vont s'en suivre et quels sentiments cela génère chez les cadres en fonction ou non ?

Les modalités quant au déroulement de l'interview sont clairement exposées car cette méthode impose un cadre afin d'être la plus productive possible. Les interviewés sont alors mis au courant que l'entretien se déroule dans un endroit calme afin de se sentir à l'aise et libres de s'exprimer. Un

---

<sup>47</sup> Voir annexe 2

rendez-vous est pris entre l'enquêteur et l'enquêté en fonction de leur convenance. L'interview prend fin après avoir laissé parler le sujet durant une heure. Elle est enregistrée avec l'accord préalable de l'enquêté dans le but de la retranscrire sans omettre certaines notions évoquées. Des notes sont prises par l'enquêteur durant l'interview pour récolter les gestes, attitudes et mimiques exprimés par le sujet durant son entretien. L'enquêteur veille à son langage non-verbal qui pourrait introduire des biais.

#### 4. L'outil

L'entretien non directif est utilisé pour réaliser les interviews. En effet, la méthode clinique se base pour l'essentiel sur l'écoute. Si l'écoute semble être par certains métiers du social utilisée de manière naturelle, elle ne l'est pas. Cette technique ne s'apprend pas spontanément mais nous pouvons nous entraîner. Nous avons donc effectué deux pré-tests auparavant sur un sujet différent, en l'occurrence notre choix s'est porté sur l'empathie en milieu de soins. Nous avons interrogé deux infirmières en fonction. Le but est de nous exercer à prélever le non-verbal, à écouter, à considérer notre attitude. Par définition, l'écoute « *implique un bruit, une source sonore que nous avons une tendance naturelle à essayer d'identifier.*<sup>48</sup> » Nous voulons en effet comprendre. La difficulté réside donc dans le fait d'accepter le sens que l'autre donne à un mot sans intervenir et donc contrecarrer la tournure complète dans le cas d'un entretien. Comme précisé ci-dessus, l'enquêteur doit au même titre veiller à son langage non-verbal qui pourrait également biaiser le recueil des données. Par ailleurs, nous avons tenté de formuler la question inaugurale le plus clairement possible afin d'interroger le sujet sur la thématique abordée sans influencer son point de vue. La reformulation est ensuite utilisée comme élément de relance du sujet. Cependant, l'enquêteur peut recentrer l'enquêté sur la question de départ lorsque le sujet s'éloigne de celle-ci.

#### 5. La population

La population choisie pour appliquer la méthode clinique s'est élaborée en deux phases. En effet, notre choix s'est tout d'abord porté sur un large éventail de personnes. Celui-ci se répartissait comme tel : une personne diplômée ou non qui exerce depuis de nombreuses années au sein d'une équipe, une personne diplômée ou non qui a exercé la fonction mais qui a démissionné de son poste, une personne retraitée de la fonction avec ou sans diplôme, une personne faisant fonction mais n'ayant pas de diplôme, une personne en cours d'étude qui exerce la fonction et pour terminer, une

---

<sup>48</sup> Randin J-M., « *Approche centrée sur la personne* », in *Cairn. Info*, n° 7, Pratique et recherche 2008, p. 71.

personne diplômée récemment et exerçant la fonction. Afin de pouvoir baser nos interviews sur le vécu des personnes interrogées, nous avons limité volontairement la sélection aux personnes exerçant depuis longtemps, retraitées et ayant démissionné de leur poste. Par cette sélection, nous voulions mettre en évidence l'expérience que ces personnes ont acquise de la profession cadre de santé et dont le parcours a été jalonné par l'évolution de l'hôpital et des soins.

## 6. Les limites et les ajustements

Nous nous limitons volontairement à interroger une seule personne de ces trois catégories car la méthode clinique ne prétend pas à généraliser mais à alimenter un questionnement. Suite à la première interview réalisée, nous nous sommes heurtés à une difficulté majeure. En effet, malgré la relecture de la fiche explicative, la première personne interviewée dit ne pas comprendre le sujet et aborde la question inaugurale en s'éloignant du contexte. A la fin de l'interview, elle a demandé à avoir des questions plus précises. Suite à cela, nous en avons rédigées et l'avons rencontrée une deuxième fois afin de les lui poser. Au vu du résultat concluant de cette deuxième partie, nous avons décidé de garder cette configuration d'interview en deux temps : une première partie où nous laissons le sujet s'exprimer sur la question inaugurale sans intervenir et une deuxième partie semi-dirigée réalisée grâce à ces questions qui seront identiques pour les trois interviews afin de limiter les biais liés à une intervention spontanée de l'enquêteur.

## 7. Conclusion

Cette description plus pointue de la méthode clinique met en évidence le caractère peu restrictif de celle-ci mais insiste par ailleurs sur la nécessité d'un cadre clairement défini afin qu'elle puisse être la plus productive possible. Le parallèle fait avec notre problématique montre qu'elle peut nous apporter son lot riche de données car elle s'intéresse au vécu, à l'expérience et la pensée des personnes interviewées. La libre expression des sujets sur la question inaugurale permet d'obtenir un premier recueil de données. Suite à la demande de la première personne interrogée d'être davantage orientée sur le sujet, nous avons décidé d'ajuster la méthode en proposant un deuxième temps d'interview réalisé en se basant sur la liste de questions préalablement rédigées. Il s'agit cependant d'utiliser cette méthode à bon escient afin de ne pas biaiser l'entretien. Pour ce faire, l'écoute est considérée comme l'outil de prédilection. Dans le prochain chapitre, nous offrons aux lecteurs le résumé des entretiens effectués au travers de cette méthode.

# Chapitre IV : Présentation et synthèse des interviews

## 1. Introduction

Dans ce chapitre, nous présentons le résumé des trois interviews effectuées dans le cadre de cette épreuve intégrée. Notre choix de la méthode clinique pour la réalisation des différents entretiens introduit l'utilisation d'une question inaugurale pour récolter des données propres à chaque individu interrogé sur le sujet mis en avant. Les questions issues de l'ajustement de la méthode viennent ensuite compléter leur discours afin d'obtenir de plus amples informations. Pour respecter les principes de la méthode clinique, nous avons fait le choix de différencier les réponses obtenues lors de la question inaugurale de celles récoltées grâce aux questions préalablement rédigées. Pour une plus grande clarté et après avoir présenté le profil de chaque interviewé, nous résumons son expression libre sur la question inaugurale et l'entretien qui s'en est suivi sur base des questions émises. Une synthèse par thèmes est ensuite établie dans un tableau pour une vision structurée et globale des informations recueillies.

## 2. Interview 1

### 2.1. Profil

Madame R. a 69 ans. Elle a travaillé comme infirmière durant plusieurs années et a été nommée chef infirmière en gériatrie à partir de 1980, en ayant un diplôme d'infirmière A2 et après avoir passé les passerelles pour devenir A1 ou bachelière. Quand elle a commencé à exercer sa fonction de chef, elle a suivi la formation de cadre. Elle a abandonné les cours en deuxième année pour des raisons personnelles et parce qu'elle n'avait pas suffisamment de jours de congés pour suivre cette formation. Madame R. est pensionnée depuis huit ans. Elle dit être partie car elle prenait tout à cœur et pleurait pour un oui ou pour un non. Elle dit qu'elle était arrivée au bout et que la direction en demandait beaucoup trop.

## 2.2. Expression libre sur la question inaugurale

Madame R. considère le métier d'origine du cadre de santé comme étant l'infirmière mais évoque rapidement des interrogations quant au sujet car elle ne voit pas pourquoi nous nous questionnons à ce propos. Elle ignore que d'autres paramédicaux peuvent suivre la formation cadre de santé. Elle éprouve également des difficultés face à la question inaugurale émise car l'appellation « cadre de santé » est un terme flou pour elle. Elle insiste sur le fait qu'à l'époque, le chef de service était nommé infirmier chef ou chef d'unité de soins. Elle n'était pas au courant de cette nouvelle appellation.

Elle exprime avoir voulu suivre les cours de cadre infirmier car elle était avide d'apprendre mais les conditions de travail et le refus de l'hôpital d'octroyer des heures à cet effet ne lui ont pas permis de les poursuivre jusqu'au bout. Elle devait rendre un nombre impressionnant d'heures à l'hôpital car elle avait épuisé tous ses jours de congés payés et avoue avoir arrêté car moralement elle n'aurait pas supporté l'échec. Elle ajoute que la formation n'était de toute façon pas obligatoire.

Selon elle, le chef de service doit savoir de quoi il parle, comment fonctionne son service donc elle considère que seul un chef étant infirmier au préalable peut correspondre à ce poste. Elle dit qu'à l'époque, les chefs étaient en souffrance à cause de la charge administrative lourde qui entraînait leur isolement et une distanciation avec l'équipe infirmière. Elle trouvait cela triste car le soutien du chef infirmier envers son équipe est primordial.

Madame R. relate qu'elle donnait régulièrement des soins en salle lorsque ses infirmières étaient confrontées à un rush. Elle dit que le chef est la personne qui exécute le mieux les soins, il est au sommet de la technicité car il est comme la personne référente du service.

Elle avoue que, dû à l'évolution de l'hôpital et des soins, sa fonction au sein de l'établissement a changé. Elle a gardé son grade de chef mais la direction lui a attribué de nouvelles missions qu'elle a acceptées car elle n'avait pas son école de cadre, contrairement à de nombreux collègues. Elle dit avoir mis son ego de côté et a accepté ce que l'hôpital lui proposait. Il s'agit de deux mi-temps, l'un concernait la prise en charge des patients de 75 ans et plus dès leur arrivée aux urgences jusqu'au bout de leur séjour, elle dit avoir eu un grand rôle social vis-à-vis de ses patients, l'autre concernait la création d'une équipe de soins palliatifs où tout était à créer car cela n'existait pas. Elle avait l'impression d'avoir plusieurs temps pleins. Elle ajoute que l'évolution sur une vingtaine d'années a été incroyable, de par les changements tant au niveau des mentalités, des spécificités et des exigences.

### 2.3. Entretien suite aux questions émises

Lorsque nous évoquons à madame R. l'ouverture des écoles cadre de santé aux autres paramédicaux, elle répond : « *mais qui a pondu une affaire pareille ? C'est encore Maggie De Block ! Oh mais qu'est-ce que tu me dis là, je suis horrifiée d'entendre cela !* » Elle ne comprend pas comment des paramédicaux qui ne sont pas infirmiers puissent comprendre les infirmières sur le terrain, apporter leur soutien à l'équipe et les aider quand il est nécessaire. Si cela ne tenait qu'à elle, elle obligerait les 13 autres filières à suivre les études infirmières avant de commencer l'école des cadres. Elle évoque que même si ils ne vont pas sur le terrain, comment peuvent-ils informer les infirmières des nouveautés, par exemple sur les pansements. Elle dit que le chef infirmier est la personne de référence du service et n'ose pas imaginer ce qu'il se passerait si un gros souci survenait dans le service, c'est le chef qui résout les problèmes.

Elle exprime que ce sujet devrait faire le tour des infirmières pour qu'elles se bougent et gardent ce poste de chef infirmier rien qu'à elles. Le problème, dit-elle, c'est que les infirmières sont écrasées par les responsabilités, l'administratif et leur vie privée. Elles sont toujours entre le vouloir faire, le bien faire et le faire. Elle exprime l'épuisement des infirmières et leur démotivation. De plus, elle met en évidence que la plupart des infirmières sont des femmes et qu'en principe des femmes font des enfants. Ce constat, elle le fait pour appuyer la différence qu'il peut y avoir entre le masculin et le féminin. Elle dit qu'un homme a peut-être plus d'ambition qu'une femme mais surtout qu'il a plus de possibilités, de facilités d'avoir cette ambition et de la réaliser.

Elle trouve dommage l'abandon des cours sur les soins enseignés aux personnes qui suivent les cours de cadre et ne comprend pas la raison. Elle dit que les chefs infirmiers peuvent se maintenir à jour grâce à cela.

Selon elle, devenir cadre de santé est une spécialisation infirmière bien qu'elle vienne d'apprendre que la formation s'est ouverte à d'autres paramédicaux suivant l'exposé de ce sujet. Elle reconnaît qu'il faut bien évoluer avec son temps mais n'est pas d'accord avec ce fait. Quand elle était chef, elle remplaçait parfois des infirmières malades le week-end et évoque cette raison pour dire que les autres paramédicaux ne peuvent pas devenir cadres de santé d'une unité de soins.

## 3. Interview 2

### 3.1. Profil

Monsieur C. a 64 ans. Il a travaillé comme infirmier dans de nombreux services à savoir, la médecine, la chirurgie cardiaque, le service d'imagerie médicale, la gériatrie, les soins intensifs et les urgences. Il a suivi différentes formations, tout d'abord trois années de candidature médicale, ensuite, des études d'infirmier gradué et s'est spécialisé en imagerie médicale et en siamu. A l'époque, il a également travaillé comme superviseur de nuit, ce qui lui a permis de suivre une licence hospitalière en gestion des hôpitaux. Il est devenu chef de la chirurgie en 2000, il exerce donc cette profession depuis 18 ans et prend sa retraite dans six mois.

### 3.2. Expression libre sur la question inaugurale

Le métier d'origine évoque pour lui l'infirmière. Il commence donc par expliquer que les infirmières du 21<sup>ème</sup> siècle doivent évoluer dans leur intelligence de métier et dans leur routine quotidienne. Il reprend l'histoire de celles-ci et les compare au maillon faible de la santé, le maillon fort étant les médecins. Il dit que 120 années se sont écoulées pour voir arriver les infirmières au même pied d'égalité que les médecins mais qu'elles doivent continuer à évoluer en se fixant des objectifs et un plan stratégique en participant à des formations continues. Cela leur permettra d'égaliser en tout cas en mérite et en nécessité, le corps médical et paramédical qui l'entoure.

Son avis qu'il estime très personnel est que les infirmières sont les seules personnes qui peuvent supporter la fonction de cadre de santé dans les unités de soins car il estime qu'elles ont une personnalité en plus par rapport aux autres paramédicaux, c'est l'empathie. Il voit celle-ci comme une qualité primaire de l'infirmière et pas comme une qualité primaire de métier qu'il attribue aux psychologues. Quand cette qualité est présente, elle amène automatiquement une confiance totale entre l'infirmière, le patient et l'environnement de celui-ci mais également un respect mutuel. Pour lui, cette qualité n'existe pas chez la kiné, l'assistante sociale et la diététicienne qui sont aussi des paramédicaux, car le temps passé au chevet du patient durant leur séjour n'est que de 5 à 10 minutes.

L'infirmière doit selon lui prendre son destin en main et doit absolument diriger les unités de soins. Une unité de soins doit comporter un cadre infirmier et un cadre médical qui sont d'une équivalence absolue parce qu'ils ont besoin l'un de l'autre pour dynamiser et harmoniser l'équipe. Les autres

paramédicaux rentrent alors en « jeu de chaîne » et forment un maillon mais il estime que le leader du maillon est le cadre infirmier.

### 3.3. Entretien suite aux questions émises

Il déclare qu'il ne pense pas du bien de l'ouverture des écoles de cadre de santé aux autres paramédicaux que les infirmières, même si il est conscient qu'il sera taxé d'anti-progressiste. Il n'envisage pas cela comme une progression malgré qu'il ne se considère pas comme corporatiste, il estime juste que les unités de soins sont spéciales, assez spécifiques et que l'infirmière doit être à la tête d'une unité de soins pour la raison principale citée ci-avant. Il ajoute que le chef infirmier est aussi présent pour aider son équipe lorsqu'il se rend compte que celle-ci est à genou à cause d'une charge de travail trop lourde. Les chefs infirmiers peuvent donc pallier à ce déficit en intervenant mais pas les autres paramédicaux car ils ne connaissent rien aux affinités et aux pratiques de l'art infirmier. Pour lui, il faut mettre la bonne personne au bon endroit sinon tout s'écroule.

Il comprend que les cours relatifs aux soins ne sont plus enseignés car l'école des cadres de santé s'est ouverte aux paramédicaux et qu'il fallait donc trouver un dénominateur commun pour tous. Il pense que ceux-ci sont encore peu nombreux à suivre ces cours mais qu'ils le seront de plus en plus car les kinés et les assistantes sociales, par exemple, rencontrent très peu de postes à responsabilités et tenteront un jour ou l'autre d'envahir l'espace des infirmières. Il estime cependant que l'infirmière chef n'est pas bureaucrate, elle ne va pas rester dans son bureau à regarder les patients passer. Il trouve qu'elle doit connaître chaque patient à fond pour savoir répondre aux questions du médecin ou de la famille. Il pense que les autres paramédicaux ne sont pas capables de comprendre l'environnement d'un patient à moins que nous lui apportions des preuves.

Il considère le cadre de santé comme une spécialisation infirmière, une continuité. Cependant, il estime que si c'est un autre paramédical qui devient cadre de santé alors il s'agit d'un nouveau métier qu'il s'avèrera d'apprendre, de connaître et d'étudier.

Il trouve dommage l'abandon du mot infirmier dans le titre octroyé au chef qui est maintenant dénommé cadre de santé. Cette appellation est vague, peu chaleureuse, c'est une étiquette qui ne lui plaît pas.

Il considère que si les infirmières prennent conscience qu'il faut se former pour garder leur place, elles garderont le privilège de pouvoir devenir chef de service mais il faut qu'elles se bougent et ne restent pas sur leurs acquis. Il exprime qu'elles ont déjà perdu beaucoup d'éléments, notamment l'écoute active qui se fait maintenant par le psychologue, les massages repris par les kinés. Le métier infirmier est envahi par ces paramédicaux. C'est aux infirmières de dire « halte-là » à ces hémorragies qui sont en train d'effriter le métier petit à petit en faveur d'autres destinations. Il faut



que les infirmières réfléchissent à leurs attitudes actuelles, elles ne sont pas là pour devenir des techniciennes de l'art de soigner. Il ne faut pas qu'elles oublient que l'art de soigner, ce n'est pas de la technique mais un art humain. Il est temps que le mot humain reprenne sa valeur et qu'elles essayent de l'extraire par le management par objectifs. Elles pourront dès lors être compétitives vis-à-vis des autres corps de métiers. Pour lui, l'infirmière du 21<sup>ème</sup> siècle a morcelé son métier, son art et il faut le récupérer ou du moins éviter d'encore perdre des morceaux. Il trouve que toutes les infirmières devraient suivre l'école des cadres ou faire une licence pour être interpellées, laisser place aux questions et donc réfléchir à garder leur art. Il dit que la routine appauvrit l'individu. Même si les places sont restreintes pour devenir chef, il trouve que chaque infirmière devrait suivre les cours pour avoir une vision globale de son métier et être plus efficace sur le terrain.

## 4. Interview 3

### 4.1. Profil

Madame C. a 58 ans et est infirmière graduée depuis 37 ans. Elle a exercé son métier durant six ans aux soins intensifs puis durant huit ans en salle d'opération où elle était la plupart du temps chargée de s'occuper des patients de l'orthopédie. Elle a ensuite effectué un remplacement de chef dans le service d'orthopédie puis y a accepté l'emploi de chef. Il y a 9 ans, elle démissionne de son poste après douze années de service et part travailler comme infirmière en salle de réveil.

### 4.2. Expression libre sur la question inaugurale

Madame C. reprend le parcours de sa vie professionnelle pour expliquer le comment et le pourquoi elle est devenue chef de service en orthopédie. Elle relate que son expérience en tant qu'infirmière qui comptabilise à l'époque quatorze années de service lui a permis d'accéder à la place de chef. Elle met en évidence que sa responsabilité octroyée au bloc opératoire vis-à-vis des patients de la chirurgie orthopédique a été un avantage pour se voir attribuer cette place ensuite dans le service d'orthopédie. Elle exprime que cette expérience lui a permis de comprendre ce que les patients subissaient et que dès lors, elle pouvait gérer plus facilement leurs demandes, leur suivi. Elle ajoute que cette connaissance du milieu la plaçait en position de force pour répondre à leurs attentes, à leurs questions éventuelles ainsi que celles de leur famille. Par exemple, comment faut-il se mobiliser, quel matériel avons-nous implanté, quand pouvons-nous nous appuyer sur le membre, qu'est-ce qu'une décharge, à quoi cela sert-il ?...

Elle explique sa démission après douze ans d'exercice en tant que chef et l'attribue au manque de moyens pour faire du bon travail. Elle considère cependant cette expérience comme enrichissante. La raison évoquée ci-avant associée à des médecins qui se reposaient beaucoup sur elle, même si cela apportait son côté valorisant par la confiance qu'ils lui accordaient, la fatigue, l'épuisement et ne jamais pouvoir crier au secours l'ont entraînée vers un burn out. Elle a ensuite pris la décision de s'éclipser un moment mais décide de ne plus jamais revenir car l'envie n'y est plus. Après son burn out, la direction lui propose une place de chef en médecine interne qu'elle refuse car elle estime qu'elle n'a plus les connaissances infirmières suffisantes de cette discipline pour être chef de ce service. La direction a pourtant insisté en évoquant qu'il n'était pas nécessaire de connaître les nouveautés infirmières pour diriger une équipe.

Elle évoque également que le seul diplôme en sa possession est celui d'infirmière graduée. Elle considère son expérience de terrain en tant qu'infirmière suffisante pour être chef d'une unité de soins. Elle a cependant fait trois mois à l'école des cadres de santé mais a abandonné car elle trouvait que les cours ne correspondaient pas à la réalité de terrain. Elle trouvait la méthodologie enseignée inutile, un travail de fin d'étude trop conséquent et estimait la connaissance de la pathologie, le suivi du patient et la proximité avec son équipe infirmière comme étant plus importants pour devenir chef. Elle dit que la pratique permet de pouvoir répondre aux questions du patient, ce qui rend le chef confiant et à l'aise dans son travail.

Elle met en évidence l'appellation cadre de santé figurant dans la question inaugurale en affirmant ne pas la connaître mais suppose qu'il s'agit de l'infirmier chef.

#### 4.3. Entretien suite aux questions émises

Au cours des douze ans où madame C. exerce la fonction de chef, la formation ne lui a jamais été imposée. Elle dit que le diplôme d'infirmière graduée avec une expérience dans le domaine de l'orthopédie lui suffisait à l'époque car il était recommandé d'avoir 3 ans d'expérience dans la discipline.

Elle exprime sa non-connaissance de l'ouverture de la formation cadre de santé aux autres paramédicaux, elle trouve cela absurde. Elle dit que c'est déjà compliqué pour une infirmière qui n'a pas d'expérience dans la discipline proprement dite du service et pense donc que pour un autre paramédical c'est inconcevable mais reste nuancée. En effet, elle estime qu'il ne faut pas être infirmière pour diriger une équipe en termes d'organisation et de gestion mais qu'il faut par contre savoir ce qui se passe dans le service, comprendre la pathologie, savoir répondre aux questions et poser des actes sensés. Pour toutes ces raisons citées, elle trouve indispensable l'infirmière à ce poste.

Les autres paramédicaux, pour elle, ne présentent que des inconvénients : pas de pratique, manque de compétences au niveau gestion et administration. Elle explique en effet qu'ils ne seraient pas capables de relever une erreur au niveau des médicaments si ceux-ci sont mal orthographiés ou mal recopiés. Elle estime qu'il faut un minimum de connaissances en pharmacologie même si ce sont les médecins qui font les traitements à la base. Pour elle, il faut comprendre son travail afin d'éviter les accidents, seuls les infirmiers en sont capables.

L'abandon des cours sur les soins est une erreur selon elle car les chefs ont besoin de se remettre à jour sans cesse mais par contre, elle trouve inutile la méthodologie demandée à l'heure actuelle aux personnes qui suivent les cours de cadre de santé. Elle dit qu'elle fait sûrement partie de la vieille école et que cette profession a beaucoup évolué.

Elle considère la fonction cadre de santé comme une spécialisation infirmière. La gestion et l'organisation d'un service pourraient être attribuées à d'autres paramédicaux. Cependant, ces deux activités ne représentent pas, pour elle, les seules fonctions d'un chef. En effet, elle met un point d'honneur à comprendre le service, le patient et l'équipe infirmière.

Elle ajoute que les services de soins et les hôpitaux vont à la perte d'humanité si un jour ce ne sont plus les infirmières qui encadrent leur équipe de soins. Elle trouve que cela reviendrait à faire un bond en arrière mais souligne malgré tout le fait qu'elle espère ne jamais voir arriver cela et insiste pour que les infirmières revendiquent leur chance de pouvoir accéder de façon privilégiée aux places de cadre de santé.

Elle ne comprend pas le changement d'appellation et l'abandon du mot infirmier dans l'intitulé du titre octroyé au chef. Elle considère tous les paramédicaux comme étant des acteurs de la santé qui peuvent être repris sous l'appellation cadre de santé en ce qui concerne les chefs des différentes disciplines comme kiné, assistante sociale, diététicienne,... mais que le chef d'unité de soins devrait encore se dénommer cadre infirmier ou chef infirmier. Elle estime que chacun doit garder sa spécificité. Elle ne se mêle pas des kinés et inversement.

Quand elle était chef, elle aidait son équipe sur le terrain lorsque celle-ci était débordée afin de privilégier l'ambiance et espérait de la sorte un retour positif. Elle est consciente qu'à l'heure actuelle ce n'est plus le meilleur infirmier au niveau technicité qui passe chef mais reste persuadée que c'est primordial pour garder des soins de qualité, mettre en évidence les manquements de son équipe afin de combler le bien-être du patient durant son séjour.

## 5. Synthèse des entretiens

Afin de rendre cette quantité d'informations récoltées lors des entretiens, structurée et claire, nous avons décidé de procéder à une synthèse sous forme de tableau. Il s'intitule comme suit : « Résumé par thèmes des interviews ». Les différents points stratégiques abordés par Madame R., Monsieur C. et Madame C. sont repris dans quelques thèmes que nous avons nommé de la sorte : situation personnelle ; formation personnelle en lien avec le cadre de santé ; obligation de formation à l'école de cadre durant la fonction ; métier d'origine du cadre de santé ; appellation : cadre de santé ; accès à la formation par les autres paramédicaux ; réactions face à l'accès de la formation par les autres paramédicaux que les infirmières ; cadre de santé, infirmier au préalable ; spécialisation ou nouvelle fonction ; abandon des cours sur les soins dans la formation cadre de santé.

Tableau 1 : Résumé par thèmes des interviews

|   | <b>Interview 1. Madame R.J.</b>   | <b>Interview 3. Madame C.V.</b>   | <b>Interview 2. Monsieur C.A.</b>  |
|---|---|---|--|
| <b>Situation personnelle</b>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chef infirmière de 1980 à 2010 : 30 ans</li> <li>- Retraitée depuis 8 ans</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chef infirmière de 1997 à 2009 : 12 ans</li> <li>- Démissionne en 2009, il y a donc 9 ans</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Chef infirmier depuis 2000 jusqu'à ce jour (mars 2018) : 18 ans</li> <li>- Retraité dans 6 mois</li> </ul>                      |
| <b>Formation personnelle en lien avec le cadre de santé</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière A2 qui a suivi des passerelles pour devenir A1 ou bachelière</li> <li>- Abandon des cours de cadre infirmier après 2 ans</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmière bachelière</li> <li>- Abandon des cours de cadre infirmier après 3 mois</li> </ul>        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Infirmier bachelier spécialisé en imagerie médicale et siamu</li> <li>- Licence hospitalière en gestion des hôpitaux</li> </ul> |
| <b>Formation à l'école de cadre durant la fonction</b>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non durant toute la période de la fonction mais l'hôpital lui a attribué d'autres missions en milieu de parcours</li> </ul>                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non pas obligatoire durant l'exercice de la fonction</li> </ul>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Non car il avait une licence avant d'être nommé chef infirmier</li> </ul>   |
| <b>Métier d'origine du cadre de santé</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière</li> </ul>   |

Tableau 1. Résumé par thèmes des interviews (suite 1)

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p><b>Appellation : cadre de santé</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne la connaît pas</li> <li>- Terme flou</li> <li>- Suppose qu'il s'agit de l'infirmier chef ou du chef d'unité de soins</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ne la connaît pas</li> <li>- Suppose qu'il s'agit du chef infirmier</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- La connaît</li> <li>- Dénominateur commun pour tous (les paramédicaux)</li> <li>- Appellation vague, peu chaleureuse, étiquette qui ne lui plaît pas</li> </ul>   |
| <p><b>Accès à la formation par les autres paramédicaux</b></p>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'en avait pas connaissance</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- N'en avait pas connaissance</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- connaissance</li> </ul>   |
| <p><b>Réactions face à l'accès de la formation par les autres paramédicaux que les infirmières</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Verbale</b> : « qui a pondu une affaire pareille ? C'est Maggie De Block ! Oh mais qu'est-ce que tu me dis là, je suis horrifiée d'entendre cela ! »</li> <li>- <b>Non verbale</b> : le ton de la voix augmente, le débit de paroles accélère, exprime un visage de colère</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Verbale</b> : elle trouve cela absurde</li> <li>- C'est inconcevable</li> <li>- <b>Non verbale</b> : semble étonnée et effrayée, elle lève les sourcils et fait de grands yeux</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Verbale</b> : ne pense pas du bien de l'ouverture des écoles aux autres paramédicaux</li> <li>- Ce n'est pas une progression</li> <li>- <b>Non verbale</b> : semble triste et en colère à la fois</li> </ul> |

Tableau 1. Résumé par thèmes des interviews (suite 2)

|  |   |   |  |
|--|---|---|--|
| <p><b>Cadre de santé, infirmier au préalable</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sait de quoi il parle</li> <li>- Sait comment fonctionne le service</li> <li>- Gère l'administratif</li> <li>- Soutient son équipe</li> <li>- Peut donner des soins en salle et de l'aide</li> <li>- Au sommet de la technique « infirmière » = personne référente du service</li> <li>- Peut comprendre les infirmières de terrain</li> <li>- Informe les infirmières des nouveautés (ex : les pansements)</li> <li>- Seule personne à pouvoir résoudre les problèmes du service</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'expérience infirmière et dans la discipline spécifique du service à diriger sont des atouts</li> <li>- De par les connaissances des pathologies et le suivi des patients, la pratique infirmière permet de répondre aux questions et aux attentes des patients/des familles, ce qui entraîne une relation de confiance</li> <li>- Proche des infirmières de terrain</li> <li>- Aide les infirmières pour certains actes donc bonne ambiance et retour positif sur le chef</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière cadre de santé en devenir a un trait de caractère inné que les autres paramédicaux n'ont pas : l'empathie</li> <li>- Relation de confiance et de respect mutuel entre le chef et le patient grâce à l'empathie</li> <li>- Seule personne à pouvoir supporter cette fonction</li> <li>- Peut aider son équipe en intervenant sur le terrain</li> <li>- Peut connaître chaque patient à fond</li> <li>- Peut répondre aux questions des médecins et des familles</li> <li>- Valeurs humaines de</li> </ul> |
|--|---|---|--|

Tableau 1. Résumé par thèmes des interviews (suite 3)

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
|   |   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Les infirmières plus humaines</li> <li>- Le meilleur infirmier est un atout pour être chef, il pose des actes sensés</li> </ul>      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- L'infirmière</li> </ul>  |
| <b>Spécialisation infirmière ou nouvelle fonction</b>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécialisation infirmière</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spécialisation infirmière</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pour les infirmières : spécialisation, continuité</li> <li>- Pour les autres paramédicaux : nouvelle fonction</li> </ul> |
| <b>Abandon des cours sur les soins dans la formation cadre de santé</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dommage</li> <li>- Ne comprend pas la raison</li> <li>- Compare cela à une mise à jour des chefs infirmiers</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- C'est une erreur car les chefs ont besoin de se mettre à jour sans cesse</li> <li>- C'est la méthodologie qui est inutile</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Comprend car les autres paramédicaux peuvent accéder à la formation</li> </ul>   |
| <b>Attitude face au changement</b>                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Horrifiée et en colère à l'annonce de l'accès des paramédicaux à la formation cadre de santé</li> </ul>                | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Refus d'une deuxième place de chef après sa démission car la discipline qui lui a été proposée ne</li> </ul>                         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Considère que les infirmières du 21<sup>ème</sup> siècle ont morcelé leur art car perte de l'écoute active/du</li> </ul> |



Tableau 1. Résumé par thèmes des interviews (suite 4)

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| <p><b>Attitude face au changement</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Met en lien son attribution de nouvelles missions durant sa carrière avec l'évolution de l'hôpital et des soins mais aussi dûe au fait qu'elle n'avait pas son école des cadres, elle a accepté après avoir mis son ego de côté</li> <li>- Sur 20 ans tout a changé : mentalités / spécificités / exigences</li> </ul> | <p>lui correspondait pas, elle exprime un manque d'expérience en tant qu'infirmière pour pouvoir diriger cette équipe</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Elle souligne la différence entre sa conception de chef infirmière et celle de sa direction qui lui a dit qu'il ne fallait pas avoir exercé dans la discipline pour gérer une équipe</li> <li>- Démissionne en expliquant qu'elle n'avait plus les moyens de faire du bon travail</li> </ul> | <p>tour de change suite à l'envahissement des infirmières par les paramédicaux. Il dit que tous ces métiers sont nés grâce à l'infirmière.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Il est inquiet pour les postes de cadre de santé car les paramédicaux recherchent des responsabilités qu'ils viendront encore prendre aux infirmières si elles ne se bougent pas</li> </ul> |
|---|---|---|---|

## 6. Conclusion

La description de chaque personne interviewée nous montre qu'il s'agit de trois profils hétérogènes. Nous avons interrogé une retraitée depuis 8 ans de la fonction chef infirmière, un chef infirmier en exercice depuis dix-huit ans qui sera retraité dans six mois et une infirmière ayant exercé comme chef durant douze années mais qui a démissionné de sa fonction il y a neuf ans. Suite à ces trois interviews, nous observons qu'il était nécessaire de réaliser une deuxième partie d'entretien car les réponses à la question inaugurale restent très succinctes. Le résumé des entretiens établi nous apporte un lot riche d'informations, d'avis et de point de vue. Cette récolte des données est relativement conséquente de par la méthode clinique utilisée. Afin d'en apporter un éclaircissement, une synthèse des entretiens par thèmes sous forme de tableau est réalisée. Nous analyserons ces entretiens dans le prochain chapitre en comparant les similitudes et les divergences que nous apportent ces interviews. Un parallèle théorique s'ajoutera à cette analyse afin d'en découdre des pistes de réflexions, des perspectives ultérieures sous forme de discussion.

# Chapitre V : Analyse et discussion des entretiens

## 1. Introduction

Le résumé des entretiens établis nous permet d'obtenir un condensé d'informations. La décision de les reprendre sous forme de tableau nous offre une vision plus claire des éléments récoltés afin de mettre en évidence des constats. Au préalable, nous nous interrogeons quant aux biais et aux limites rencontrés. Nous analyserons ensuite les constats mis en évidence en les éclairant grâce à un apport théorique supplémentaire. Et pour terminer, nous tenterons de répondre aux questions émises au premier chapitre de ce travail par une discussion.

## 2. Réflexion sur les biais et les limites éventuelles

La méthode clinique utilisée pour les entretiens se heurte à des limites. L'expression libre qu'elle suppose nous a fourni peu d'éléments à la réflexion que nous voulons suscités avec notre question inaugurale. L'introduction des questions rédigées au préalable nous apporte le complément d'informations souhaité. Bien que les questions proposées sont formulées de façon ouvertes et de manière à ne pas influencer les personnes interviewées, les biais induis par l'intervention de l'enquêteur sont inévitables. Malgré nos précautions, nous avons repéré certains biais durant la réalisation des entretiens. Il y a notamment des biais lié à l'observateur. Lorsque nous avons réalisé la deuxième interview avec Monsieur C., nous nous sommes rendu compte que l'expression du visage de l'enquêteur a perturbé l'enquêté. La situation du moment se résume comme telle : Monsieur s'égarait du sujet et malgré des reformulations émises, l'enquêteur ne parvenait pas à récupérer le fil du sujet, ce qui a provoqué son agacement, traduit par une mimique au niveau du visage et semble avoir été perçue par l'enquêté. En effet, suite à ce sentiment émergent chez l'observateur, le sujet a immédiatement écourté son discours.

Les biais liés à l'enregistrement peuvent être mis en évidence par une foule d'informations données par l'enquêté lorsque le dictaphone est éteint.

Bien que nous ayons veiller à réaliser les interviews dans un endroit calme comme signaler dans les modalités de l'entretien, des éléments perturbateurs ont été présents, comme par exemple, le mari qui nous interrompt pour une tasse de café, des personnes qui ouvrent la porte du bureau par mégarde ou encore des curieux qui se demandent ce qui est en train de se dérouler dans la pièce.

Nous pouvons également considérer la différence d'âge et d'expérience de l'enquêteur avec les enquêtés comme étant un élément qui a peut-être influencer les entretiens.

Les biais sont inhérents à la méthode clinique, qui fait interagir des êtres humains entre eux et sont donc presque impossible à maîtriser totalement. Toutefois, il est possible de les repérer et d'en tenir compte en prenant du recul par rapport à la situation d'entretien. C'est pour cette raison qu'il nous a paru utile d'étudier cette question lors de l'analyse des données.

### 3. Mise en évidence de constats

La description de la situation personnelle de toutes les personnes interviewées et leur rapport aux formations suivies met en évidence que seul Monsieur C. exerce encore sa profession de cadre de santé et qu'il est également le seul à avoir suivi une formation complémentaire à celle d'infirmière, à savoir une licence. Les cours nécessaires pour devenir cadre de santé ont été suivis par les deux autres sujets mais les ont abandonnés. Le parcours de ces trois individus nous permet aussi de couvrir une période assez large de l'évolution du cadre de santé. En effet, nous démarrons de l'année 1980 jusqu'à ce jour, mars 2018.

Le métier d'origine du cadre de santé est commun à tous, il s'agit de l'infirmière. L'appellation « cadre de santé » est connue par Monsieur C. tandis que les deux autres personnes supposent qu'il s'agit du chef infirmier ou encore du chef d'unité de soins.

Si Monsieur C. est au courant de l'accès des autres paramédicaux à la formation cadre de santé, il a fallu l'intervention de l'enquêteur pour prévenir Madame R. et Madame C. de cette nouveauté. Nous constatons dans l'expression libre de ces deux personnes qu'elles ne prennent pas en compte l'entièreté du sujet. En effet, si la première s'interroge sur le pourquoi ce sujet a été choisi comme épreuve intégrée, la deuxième quant à elle fait complètement abstraction de certains éléments. A aucun moment, elles ne mettent en évidence l'accès des autres paramédicaux à la formation cadre de santé. La fiche explicative remise quinze jours avant l'entretien programmé faisait pourtant mention de cette nouveauté concernant les cadres de santé.

Des réactions massives à la fois verbales et non-verbales s'en sont suivies. Relevées par l'observateur durant l'interview, le discours et les attitudes apparaissent simultanément et traduisent des affects négatifs que nous pouvons interpréter comme de la colère et de l'étonnement. A titre d'exemple, une des interviewées a stipulé qu'elle était horrifiée par ce qu'elle entendait. Ils émettent par ailleurs tous la nécessité de préserver l'infirmière au poste de cadre de santé. Les trois personnes interviewées énumèrent un certain nombre de faits sur le métier et la pratique infirmière pour justifier sa nécessité d'accéder aux places de chef de service et prouver l'impossibilité de son

remplacement par des autres paramédicaux pour gérer une équipe infirmière. Ils considèrent les arguments évoqués comme étant suffisants pour garder l'infirmière en première position pour diriger une équipe. L'ensemble des raisons évoquées est repris dans le tableau 1. au point dénommé « Cadre de santé, infirmier préalable ».

Monsieur C. nous interpelle cependant en exprimant ses inquiétudes sur la perte de cette place privilégiée jusque-là réservée aux infirmières. En effet, il met l'accent sur l'évolution de la fonction et les changements permanents qui ont jusqu'à présent « *morcelé l'art infirmier* » et repère donc le danger que ce morcellement perdure et finisse par faire perdre l'avantage des infirmières à devenir cadre de santé au détriment des autres paramédicaux en quête de responsabilités. L'attitude face au changement pour les deux dames se situe surtout dans les événements qu'elles ont vécus. N'ayant pas de diplôme de cadre, Mme R. pense en effet avoir dû accepter de nouvelles missions durant sa carrière qu'elle attribue aux changements, aux obligations et à l'évolution de l'hôpital et des soins. Mme C., quant à elle, démissionne en évoquant qu'elle n'avait « *plus les moyens de faire du bon travail* » et refuse une deuxième place de chef car sa conception du cadre et celle vue par la direction différaient. L'argument alors mis en évidence par la direction est qu'il ne faut plus l'expérience infirmière pour que le chef de service puisse diriger une équipe infirmière.

Tous les trois considèrent le cadre de santé comme une continuité, une spécialisation du métier infirmier. Cependant, Mr C. différencie l'infirmière des autres paramédicaux qui voudraient devenir cadre de santé. Alors qu'il s'agit en effet d'une continuité professionnelle pour l'infirmière, il considère que le cadre représente une nouvelle fonction pour tous les autres paramédicaux.

La suppression des cours qui ont trait aux soins infirmiers dans la formation cadre est « *dommage* » pour Madame R.. Elle n'en comprend pas la raison et estime pourtant qu'il s'agit d'une mise à jour des chefs ou futurs chefs. Bien que son discours soit similaire, Mme C. considère l'abandon des cours plutôt comme une erreur. Mr C. en est conscient puisqu'il évoque l'accès de la formation aux autres paramédicaux mais n'est pas pour autant favorable à cette décision.

Malgré qu'il soit informé de l'ouverture de la formation à d'autres professionnels, il est contre ce constat. Afin de faire prendre conscience à toutes les infirmières des changements et de l'évolution qui s'opèrent, il leur suggère de suivre une spécialisation, des formations complémentaires. Il leur conseille vivement de suivre les cours de cadre de santé pour avoir une vision globale d'un service mais aussi pour les éclairer sur les remaniements du cadre qui, selon lui, tendent à « *déposséder davantage l'infirmière* ». Il considère qu'une infirmière ayant suivi la formation de cadre serait plus efficace dans sa discipline car elle aurait une vision globale du service et des soins, ce qui entraîne une confiance grandissante dans sa pratique quotidienne des soins infirmiers. Pour lui, la formation cadre de santé n'est pas uniquement faite pour former les cadres mais sert également à permettre aux infirmières d'être plus compétentes. Mme R. et Mme C., après avoir été informées

de l'accès des paramédicaux à la formation cadre, émettent la nécessité de propager l'information auprès des acteurs de l'art de soigner afin de les sensibiliser et de garder ce privilège en faveur des infirmières. Tous les trois veulent mettre au courant un grand nombre de personnes afin de contester de manière éclairée cette « *perte de qualité de soins* » selon eux.

Mme R. souligne le caractère féminin de la profession cadre de santé. Nous constatons cependant une inquiétude qui pourrait se résumer dans la crainte de voir disparaître les femmes au profit des hommes suite aux impératifs, aux obligations familiales que celles-ci ont à gérer.

Suite à cette mise en évidence de constats, nous pouvons procéder à l'analyse en les confrontant à de la théorie afin d'en découdre des hypothèses et des perspectives.

## 4. Analyse

Les divergences et les similitudes mises en exergue dans le point précédent nous permettent à présent de soulever des hypothèses suite aux questions posées dans ce travail. La confrontation avec nos chapitres antérieurs et un apport théorique supplémentaire nous permettront d'établir des liens que nous pourrons ensuite interpréter en regard à notre problématique de départ.

Monsieur C. est encore en fonction et possède un diplôme supplémentaire tandis que les deux autres interviewées n'exercent plus et n'avaient pas de diplôme complémentaire à celui d'infirmière. Nous pourrions supposer que Monsieur C. a poursuivi sa carrière grâce à sa formation. Pour ce qui est de Mme R., infirmière A2 à l'époque, elle décide de prendre sa pension en 2010 car elle estime « *être arrivée au bout et la direction en demandait beaucoup trop* ». Nous pouvons mettre en lien ces différents vécus avec l'Arrêté Royal du 26 avril 2007<sup>49</sup> portant sur la fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Il ressort que l'infirmier breveté qui a réussi avant le 31 décembre 2010 une formation complémentaire de cadre de santé peut être pris en considération pour la fonction d'infirmier chef. Nous déduisons dès lors que l'introduction de cet arrêté serait un élément clé quant à la prise de décision de partir à la retraite pour Madame R., étant donné qu'elle ne possédait pas son école de cadre alors obligatoire en 2010. Cet Arrêté fait également mention que l'infirmier gradué ou accoucheuse ou bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse, qui a réussi une formation complémentaire de cadre de santé avant le 31 décembre 2010, peut également être pris en considération pour la fonction d'infirmier chef de service du cadre intermédiaire. Nous comprenons donc qu'à partir de 2010, les infirmiers brevetés n'ayant pas leur école de cadre de santé ne peuvent plus accéder à cette formation et donc, aux différents postes vacants tandis que les infirmiers gradués peuvent toujours suivre les cours et ceux-

---

<sup>49</sup> Annexe 3.

ci sont requis depuis l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006<sup>50</sup> où il est stipulé que l'infirmier en chef sera désigné par unité de soins s'il est détenteur de la formation cadre de santé au minimum. Une variante est cependant émise pour les infirmiers gradués ou bacheliers, toujours à partir de 2006. Il leur est demandé une formation supplémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique selon l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006<sup>51</sup> pour accéder à une place de chef de service intermédiaire ou cadre intermédiaire alors qu'avant cette date, une simple formation de cadre de santé suffisait. Mme C., infirmière graduée mais n'ayant pas de formation supplémentaire de cadre de santé, démissionne en 2009. Elle nous a par ailleurs déclaré qu'elle trouvait cette formation inutile. Sa démission associée à ce ressenti peuvent également être mis en lien avec cet arrêté et justifieraient sa décision suite à son entrée en vigueur. Nous déduisons dès lors que Mr C., infirmier gradué et en possession d'une licence aurait eu grâce à sa formation, l'élément nécessaire à sa disposition pour continuer à exercer sa fonction.

Si Mme C. déclare la formation inutile, Mme R., quant à elle, la considère comme élémentaire car elle la place en lien direct avec l'attribution de ses nouvelles missions en cours de carrière. Elle s'est en effet vue, après 20 ans de gestion d'une équipe en gériatrie, dans l'obligation d'accepter la proposition de la direction qui était de reprendre deux mi-temps. L'un concernait la prise en charge des patients de 75 ans et plus, de leur arrivée aux urgences jusqu'à la fin de leur séjour et l'autre, s'appliquait à la création d'un service de soins palliatifs. Elle dit : « *j'ai mis mon ego de côté et j'ai accepté la proposition car je n'avais pas mes cadres*<sup>52</sup> *contrairement à de nombreux collègues* ». Néanmoins, il s'agit toujours de gestion mais vue sous une autre forme aux yeux de la direction de l'hôpital, qui lui a par ailleurs conservé le statut de chef. Cette attribution correspond également aux nouvelles missions imputées aux hôpitaux en ce qui concerne leur financement et l'obligation d'assurer des soins palliatifs. Il ressort de l'Arrêté Royal du 12 décembre 1997<sup>53</sup> fixant, pour l'exercice 1998, le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, pour le financement des frais de fonctionnement de celui-ci, « *qu'au 1<sup>er</sup> janvier 1998, le financement de la fonction palliative dans les hôpitaux aigus, des unités résidentielles de soins palliatifs et de la hausse des normes pour les services K*<sup>54</sup>, *doit être assuré.* » Suite à cette loi, nous réalisons un parallèle avec le changement d'orientation en cours de carrière subi par Madame R. Nous le considérons, en effet, comme une conséquence aux exigences auxquelles les hôpitaux ont dû faire

---

<sup>50</sup> Annexe 4.

<sup>51</sup> Annexe 4.

<sup>52</sup> « Lire : la formation cadre de santé »

<sup>53</sup> Annexe 5.

<sup>54</sup> « Services de neuro-psychiatrie infantile, réservés aux enfants de moins de 15 ans atteints de troubles psychiques évolutifs et nécessitant une thérapeutique spécialisée. » Cité par Delvaux B., « Les hôpitaux en Belgique. Evolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », in Courrier hebdomadaire du CRISP, n°35, 1986, pp. 1-67.

face et ne correspond pas seulement à une formation cadre de santé qu'elle ne possédait pas. Nous déduisons à présent la formation et les changements tant législatifs qu'institutionnels comme des éléments d'influence sur une carrière professionnelle. Lorsque nous nous comparons à nos voisins français en matière de législation et de changement dans les hôpitaux, nous pouvons établir un parallèle avec la loi n°91-748 du 31 juillet 1991<sup>55</sup> qui porte sur la réforme hospitalière et en modifie l'organisation en obligeant les hôpitaux à produire des projets. Il résulte en effet de cette obligation un remaniement de l'organisation à tous niveaux de l'hôpital dans le but d'acquérir la rédaction et la réalisation de projets divers, à savoir institutionnels, d'établissement, de soins infirmiers, de services et de chefs de service. Les changements que cette loi impose ont eu des conséquences directes sur les acteurs de la santé et tout particulièrement sur les cadres de santé. En effet, si nous reprenons la thèse de Dembinski<sup>56</sup> s'intitulant « *le changement de paradigme organisationnel* », elle démontre que les activités gestionnaires s'accroissent à l'hôpital depuis la publication de cette loi portant réforme hospitalière. « *Cette réforme fixe un cadre réglementaire de gestion par objectifs sur la base d'un projet d'établissement compatible avec des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). La régulation des coûts de santé est devenue prioritaire. Elle suppose une rationalisation de la prise en charge des malades qui reconfigure le travail des médecins et de l'ensemble des personnels. Elle se traduit par un nouveau programme de formation des cadres en 1995*<sup>57</sup>. *Ce dernier parachève une orientation totale de la fonction vers une dimension gestionnaire amorcée dans les programmes précédents.* »<sup>58</sup> Nous reviendrons sur les programmes de formation du cadre de santé et les différentes modifications qu'ils ont subies, ultérieurement. Cependant, nous pouvons déjà déduire de l'entrée en vigueur de cette loi, certes propre au système français, mais si nous supposons que les pays faisant partie de l'Union Européenne tendent à s'aligner en ce qui concerne le système de la santé, sa mise en vigueur représente un élément fondateur de la transformation de la profession cadre de santé. Nous pouvons conclure ce point en interprétant « les lois » comme étant des vecteurs de changements profonds.

Monsieur C. évoque que le suivi de la formation cadre de santé par toutes les infirmières leur permettrait de prendre conscience des nouveautés et de travailler sur le terrain de manière plus compétente et confiante grâce à l'ouverture d'esprit que cet enseignement leur procurerait. Il dit : « *la routine appauvrit l'individu. Même si les places sont restreintes pour devenir chef, chaque*

---

<sup>55</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>, page consultée le 22 mars 2018.

<sup>56</sup> Cité par Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Collection Seli Arslan, Paris, 2006, p.37.

<sup>57</sup> « Par le décret n°95-926 du 18 août 1995 est créé un diplôme de cadre de santé »,

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>, page consultée le 22 mars 2018.

<sup>58</sup> Bourret P., op. cit., P. 37.



*infirmière devrait suivre les cours pour avoir une vision globale de son métier et être plus efficace sur le terrain.* » Son discours traduit encore la pensée relative au métier infirmier considéré comme inhérent à la fonction cadre de santé moyennant une formation complémentaire. Cependant, l'Arrêté Royal du 27 septembre 2006<sup>59</sup> a établi la liste des titres professionnels particuliers et des qualifications professionnelles particulières pour les praticiens de l'art infirmier. La fonction cadre de santé n'y figure pas en tant que spécialisation ni en tant que qualification du métier infirmier. Ces listes s'établissent comme suit :

**Titres professionnels particuliers :**

- Infirmier spécialisé en pédiatrie et néonatalogie ;
- Infirmier spécialisé en santé mentale et psychiatrie ;
- Infirmier spécialisé en santé communautaire ;
- Infirmier spécialisé en gériatrie ;
- Infirmier spécialisé en soins intensifs et d'urgence ;
- Infirmier spécialisé en oncologie ;
- Infirmier spécialisé en imagerie médicale ;
- Infirmier spécialisé en stomathérapie et soins de plaies ;
- Infirmier spécialisé en soins péri-opératoires ;
- Infirmier spécialisé comme perfusionniste ;
- Infirmier spécialisé en anesthésie.

**Titres des qualifications professionnelles particulières :**

- Infirmier ayant une expertise particulière en santé mentale et psychiatrie ;
- Infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie ;
- Infirmier ayant une expertise particulière en soins de plaies ;
- Infirmier ayant une expertise particulière en soins palliatifs ;
- Infirmier ayant une expertise particulière en diabétologie ;
- Infirmier ayant une expertise particulière en évaluation et traitement de la douleur.

Le SPF santé publique reprend également dans sa « *fiche profession : infirmier* »<sup>60</sup> ces titres et ces qualifications et ajoute qu'en 2013, seuls 6 titres et 4 qualifications sont agréés, autrement dit valorisés au niveau salarial. Nous déduisons face à ce constat que la Belgique ne considère pas le cadre de santé comme une continuité, une spécialisation ou encore une qualification du métier infirmier. Les trois personnes interviewées avaient pourtant émis qu'il s'agissait d'une

<sup>59</sup> [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006092741&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006092741&table_name=loi), page consultée le 27 février 2018.

<sup>60</sup> [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie\\_-\\_medisch\\_aanbod-fr/19099755\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscommissie_-_medisch_aanbod-fr/19099755_fr.pdf), page consultée le 19 juillet 2017.

spécialisation infirmière. De plus, lors de nos recherches dans différentes littératures françaises au cours de nos études ou encore pour la réalisation de notre épreuve intégrée, nous avons pu relever que les auteurs considèrent le fait de devenir cadre de santé comme revenir à s'approprier un « nouveau métier ». Nous pouvons cependant lire qu'« être reconnue comme l'infirmière la plus experte est un atout important pour être nommée surveillante.<sup>61</sup> »<sup>62</sup> Bien qu'auparavant, la fonction cadre de santé était d'office attribuée à l'infirmière la plus expérimentée, nous émettons l'hypothèse que la Belgique tend à ne pas reconnaître le cadre de santé comme une spécialisation infirmière mais elle n'en est pas encore au stade de la France, qui le considère comme un nouveau métier. Il n'y a pas de lois à ce sujet en Belgique. Nous pouvons donc supposer une zone grise entre l'absence de lois et les organismes de formation qui eux, considèrent le cadre de santé comme une nouvelle fonction. En effet, si nous reprenons le dossier pédagogique<sup>63</sup> du Ministère de la Communauté Française, il cite les titres pouvant accéder à cette formation, à savoir « les personnes détentrices d'un bachelier en soins infirmiers, d'un bachelier accoucheuse, d'un bachelier ou grade équivalent de la catégorie paramédicale.<sup>64</sup> » Nous avons pu relever lors des interviews que Mme R. et Mme C. n'avaient pas connaissance de ces titres pouvant accéder à la formation cadre de santé. Mr C., quant à lui, en était informé et a cependant ajouté que : « pour les infirmières, il s'agit d'une spécialisation, d'une continuité, tandis que pour les autres paramédicaux, c'est une nouvelle fonction. » En ouvrant l'accès à la catégorie paramédicale, nous venons encore appuyer notre constat émis ci-dessus quant à la considération de l'enseignement sur le cadre de santé à devenir une nouvelle profession, peu importe son métier d'origine. La déclaration de Mr C. nous montre cette volonté de voir persister le métier infirmier comme étant à l'origine de la profession cadre de santé. Malgré sa prise de conscience sur le sujet et sur la tendance de l'enseignement à le faire basculer vers une profession à part entière, il insiste sur ses origines autrement dit, son appartenance au monde infirmier. Mme R. et Mme C. ont toutes deux été informées de ce changement pour l'accès à la formation mais n'en font mention à aucun moment. Nous émettons l'hypothèse que l'acculturation ou encore « la culture affective » sont les causes qui expliqueraient leur comportement face à l'annonce de ce changement. En effet, lorsque nous reprenons la définition d'acculturation, il ressort deux tournants distincts. « Issu du vocabulaire des anthropologues, le terme désigne les mécanismes d'apprentissage et de socialisation. Elle caractérise le processus d'intégration d'un individu à une culture qui lui est étrangère. Ou l'inverse ? Plus fondamentalement, l'acculturation est ce processus fait de changements entraînés par les

---

<sup>61</sup> « Lire : ancienne appellation cadre de santé »

<sup>62</sup> Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Collection Seli Arslan, Paris, 2006, p. 36.

<sup>63</sup> Annexe 6

<sup>64</sup> « Se dit des professions non médicales se consacrant à la santé mais intervenant, en dehors des soins courants, à la demande et sous le contrôle de médecins », Larousse, *Le Petit Larousse illustré 2014*, Paris, p. 832.

*interactions réciproques visant à l'assimilation. Ce processus complexe génère l'identité. »*<sup>65</sup> Dans la première partie de définition, nous pourrions mettre en lien ces mots avec l'introduction des autres paramédicaux à la formation cadre de santé. En effet, nous supposons qu'il s'agit de faire entrer ces personnes étrangères dans « un système fermé », « un microcosme » que représentent les établissements hospitaliers où la profession cadre de santé et le métier infirmier sont étroitement liés. Face à cela, nous émettons l'hypothèse que les autres paramédicaux sont vus aux yeux de la société comme des personnes extérieures en quête d'une culture qui leur est tout à fait étrangère. « Ou l'inverse ? » Dans la deuxième partie de définition, il s'agit de faire partie d'un ensemble, d'un groupe auquel nous nous identifions. Selon Mme R. et Mme C., toutes les deux infirmières, elles considèrent le métier infirmier comme le seul à pouvoir prétendre devenir cadre de santé moyennant une formation supplémentaire. Nous déduisons dès lors que leur appartenance au groupe infirmier et les habitus ancrés renforcent l'idée d'identification du cadre de santé au groupe des infirmiers. Nous pourrions, dans un premier temps, expliquer cela par la position du bureau infirmier se situant au centre du service. Le cadre de santé y est intégré tandis que les paramédicaux en sont excentrés. Nous mettons donc en lien ce constat avec la perception que la société a de l'infirmier qui devient cadre de santé. Dans un second temps, nous appuyons sur l'article « *Les racines de la culture affective des établissements de santé* »<sup>66</sup> duquel il ressort que chaque intervenant de l'hôpital a sa propre logique qui est bien souvent en opposition aux choix stratégiques des établissements de santé. Les auteurs disent que ces antagonismes de logiques sont recouverts par une culture globale partagée par tous, « la culture affective ». Ils la considèrent comme responsable des problèmes de management des établissements de santé car elle s'oppose toujours aux changements importants qui peuvent être tentés pour réformer ces organisations. Ils définissent la culture qui est : « *un ensemble de croyances, de modèles, de représentations et d'habitudes qui guident inconsciemment les manières de penser et les conduites des individus qui participent de cette culture. La culture, par définition, est quelque chose que l'on requiert par l'expérience. Une culture professionnelle s'acquiert donc par les études et la formation ainsi qu'à travers la pratique du métier. Les origines de la culture « affective » des établissements de santé se trouvent dans une série de caractéristiques propres aux formations reçues et à la situation spécifique de travail. Pour schématiser, nous caractérisons cette situation de travail par cinq éléments : une forte demande d'implication du travail de soins, une forte distinction des rôles masculins et féminins, une tradition de soumission au pouvoir médical, l'absence de tradition de*

---

<sup>65</sup> Vantomme P., *Cours de sociologie et sociologie de la santé*, 2013-2014, p. 18.

<sup>66</sup> Hart J., Mucchielli A., « Les racines de la culture affective des établissements de santé », in *Revue gestion hospitalière*, n°332, janvier 1994, Paris, pp. 10-14.

*gestion rationnelle, une forte vulnérabilité des infirmières.* »<sup>67</sup> Si nous comparons les propos de Mme R. et de Mme C. avec cette « culture affective », nous pourrions supposer qu'elles génèrent des résistances aux changements suite aux mentalités et aux conduites des individus inhérentes à la culture propre aux milieux hospitaliers. Si nous reprenons la définition de résistances au changement, il s'agit d'une : « *attitude consciente ou inconsciente d'un individu ou d'une personne morale qui l'incite à refuser toute modification / évolution de son état actuel. Elle reflète la peur de l'inconnu et le risque de se placer dans un état de dissonance cognitive. Motivée le plus souvent par la crainte de la perte d'acquis, la résistance au changement, si elle est généralisée au sein de la population cible, peut constituer un frein à l'introduction de nouveaux produits.* »<sup>68</sup>

Cette définition associée à ce que nous avons expliqué dans le point évolution/changement du chapitre 1 de ce travail à savoir, l'introduction du changement semble perturber la routine des hôpitaux et donc, ébranler la zone de confort du personnel infirmier autrement dit, ce qui a toujours été établi. Nous pouvons conclure en disant que les changements seraient à l'origine de la résistance face à l'ouverture de la fonction cadre de santé à d'autres paramédicaux. Les changements associés à une culture fortement ancrée sembleraient induire la volonté de ne pas voir évoluer la profession cadre de santé.

Vu ci-avant dans la déclaration de Mr C., la formation cadre de santé ou la licence suivie par les infirmières leur permettrait de garder leur place privilégiée d'accéder au cadre de santé grâce à la vision globale que celle-ci peut leur apporter. Il estime en effet que si elles se forment, elles garderont leur place mais que pour cela « *elles doivent se bouger et ne pas rester sur leurs acquis.* » Mme R., quant à elle, exprime que le sujet de cette épreuve intégrée devrait faire le tour des infirmières pour qu'elles soient informées et puissent dès lors garder l'avantage d'accéder aux places de chef de service. Mme C. espère ne jamais voir arriver des personnes autres que les infirmières pour diriger une équipe soignante et insiste pour que celles-ci revendiquent leur chance d'accéder de façon privilégiée aux places de cadre de santé. Nous retenons donc que Monsieur C. met en évidence la formation, Mme R. parle de diffusion de l'information notamment par le biais de ce travail et Mme C. exprime son envie de voir les infirmières revendiquer leur statut avantageux. Ces trois éléments, selon les personnes interviewées, influenceraient la conception des infirmières sur leur travail et l'avenir de la profession cadre de santé. Si nous reprenons la définition du changement, il fait référence au passage progressif d'un état à un autre ou d'un point A à un point B. Le changement par l'intervention de la formation évoqué par Monsieur C., la diffusion

---

<sup>67</sup> Hart J., Mucchielli A., « Les racines de la culture affective des établissements de santé », in *Revue gestion hospitalière*, n°332, janvier 1994, Paris, pp. 10-14.

<sup>68</sup> <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Resistance-changement-242953.htm#rReDAfiDD4qA1LYZ.97>, page consultée le 21 mars 2018.

d'informations exprimée par Mme R ou encore la revendication émise par Mme C. sont à considérer comme les moyens d'obtenir une prise de conscience des infirmiers sur les enjeux encourus par la profession cadre de santé à savoir, que l'accès de ces postes ne se ferait plus de façon systématique au sein du personnel infirmier. Mais, nous pourrions également supposer que l'information, la communication, la revendication et la formation pourraient être les moyens de faire passer la conception de la profession cadre de santé par les infirmières d'un point A que nous pourrions considérer comme un état d'insouciance à un point B, une prise de conscience. Or, chez nos trois sujets, cette évolution d'état permettrait plutôt de provoquer un frein aux changements qui s'opèrent sur la profession cadre de santé. Prendre en considération les démarches proposées par ces trois personnes amènerait les infirmières à être en possession des éléments nécessaires pour réagir, pour revendiquer leur position privilégiée jusque-là en ce qui concerne l'obtention des places de « cadre de santé ».

Lors des interviews, nous avons pu remarquer que l'appellation « cadre de santé » était méconnue pour certaines personnes mais elles supposaient qu'il s'agissait du chef infirmier, de l'infirmier chef ou encore du chef d'unité de soins. Mr C connaît cette dénomination mais la désigne comme un terme vague, peu chaleureux, une étiquette qui ne lui plaît pas. Nous avons pu également entendre de la part de Mme R. l'adjectif « flou » pour la caractériser. Nous émettons l'hypothèse que cette ambiguïté d'appellation accentuerait encore le frein au changement évoqué ci-avant, en offrant un terrain propice à une non-considération des autres paramédicaux, que nous pourrions assimiler à une forme de déni. Nous pourrions également supposer que cette non-considération proviendrait de la législation belge. En effet, dans l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006<sup>69</sup>, il est encore question de l'infirmier en chef. Il n'y a pas de lois en Belgique qui ont été établies depuis lors pour modifier l'appellation de la profession, d'où cette ambiguïté laissant les infirmiers et les paramédicaux dans la méconnaissance. En France par contre, depuis le 18 août 1995, un décret<sup>70</sup> a vu le jour et porte sur la création d'un diplôme de cadre de santé. Nous pouvons supposer que la mise en vigueur d'une loi permettrait en Belgique de créer un premier levier au changement concernant cette appellation car pour l'instant « chef infirmier » induit directement le métier d'origine. En persistant à faire figurer le mot « infirmier » dans l'intitulé de cette nouvelle profession, la législation belge entretient le désir de s'accrocher aux origines et entraîne le personnel infirmier à croire qu'il reste le seul à pouvoir obtenir un poste de cadre de santé moyennant une formation, comme si c'était sa propriété. En effet, nous avons relevé dans l'article « de l'origine à l'identité » que les individus désirent connaître leur origine pour mieux appréhender, avoir des repères et se positionner, d'où

---

<sup>69</sup> Annexe 1.

<sup>70</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244>, page consultée le 17 juillet 2017.

l'entretien d'une ambiguïté en Belgique. Nous pouvons également lire que suite à ce décret français, « *les savoirs se rapportant à la médecine ne sont plus enseignés et sont remplacés par des savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion.* » Nous émettons l'hypothèse que l'abandon des cours relatifs aux soins et à la médecine donne une orientation gestionnaire et managériale à cette profession. Nous mettons en lien ce décret avec les modifications apportées par la loi du 31 juillet 1991<sup>71</sup> qui implique : « *un élargissement de la formation à l'ensemble des treize professions paramédicales intervenant dans le secteur de la santé.* »<sup>72</sup> et parachève le tournant subi par le cadre de santé en « *rompant avec la logique d'un enseignement spécifique au corps infirmier* »<sup>73</sup> Grâce à ces lois, nos voisins français officialisent l'appellation « cadre de santé » le 31 décembre 2001<sup>74</sup> suite au décret portant sur le statut particulier du corps des cadre de santé de la fonction publique hospitalière, obligeant dès lors la disparition des termes tels que surveillante, infirmier chef et cadre infirmier au profit du cadre de santé.

Si en Belgique, il n'y a pas de lois pour définir le cadre de santé, nous faisons l'hypothèse qu'elle suit les démarches françaises. En effet, dans son programme pédagogique, elle semble s'accorder au système français sur la matière enseignée et elle cite les titres pouvant accéder à la formation. Nous y retrouvons auprès du bachelier infirmier et accoucheuse le grade équivalent de la catégorie paramédicale mais la France se veut plus précise car elle a instauré dans la loi du 26 décembre 2012<sup>75</sup> la liste des métiers pouvant accéder à la formation cadre de santé, en la catégorisant en filières. Nous retrouvons donc :

➤ Dans la filière infirmière :

- Des infirmiers cadres de santé,
- Des infirmiers de bloc opératoire cadres de santé,
- Des infirmiers anesthésistes cadres de santé,
- Des puéricultrices cadres de santé

---

<sup>71</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id>, page consultée le 22 mars 2018.

<sup>72</sup> Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Collection « Seli Arslan », Paris, 2006, pp. 37-38.

<sup>73</sup> Coudray M-A., *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ? Identité et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin*, Paris, De Boeck, Collection « Sciences du soin », 2014, p. 21.

<sup>74</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539>, page consultée le 10 août 2017.

<sup>75</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539>, page consultée le 10 août 2017.

➤ Dans la filière de rééducation :

- Des pédicures-podologues cadres de santé,
- Des masseurs-kinésithérapeutes cadres de santé,
- Des ergothérapeutes cadres de santé,
- Des psychomotriciens cadres de santé,
- Des orthophonistes cadres de santé,
- Des orthoptistes cadres de santé,
- Des diététiciens cadres de santé,

➤ Dans la filière médico-technique :

- Des préparateurs en pharmacie hospitalière cadres de santé,
- Des techniciens de laboratoire cadres de santé,
- Des manipulateurs d'électroradiologie médicale cadres de santé.

Cette liste exhaustive nous montre que la formation ne s'inscrit plus dans une continuité du métier infirmier. Bien au contraire, la tendance que nous avons soulevée au début de ce travail sur la quête de modernisation de l'hôpital qui tente de se rapprocher des autres entreprises prend ici tout son sens. En effet, en ouvrant l'accès aux autres paramédicaux, ce sont les compétences gestionnaires, managériales et sociales qui priment sur les compétences techniques de métier. Marie-Ange Coudray parle d'ailleurs de *« rupture historique, en effet, autant les évolutions antérieures venaient plutôt « du bas », à partir des progrès et des avancées des équipes soignantes qui entraînaient une reconnaissance par les autorités sanitaires et un ajustement correspondant des rôles et des statuts, autant la mutation vers la formule « cadre de santé » a été introduite à partir « du haut », et son contenu en grande partie pensé par des administrateurs chargés prioritairement de réformes structurelles du système de santé. »*<sup>76</sup> Mr C., à ce sujet, avait exprimé que le fait d'autoriser des personnes autres que les infirmières obligeait le système de formation à s'uniformiser, d'où ce changement d'appellation que Mme R. désignait d'ailleurs comme « flou ». La législation belge aurait tout intérêt à se positionner et à clarifier la situation du cadre de santé. Suite à l'information de Mesdames R. et C. sur l'ouverture d'accès de la formation à des paramédicaux autres que les infirmiers et donc, l'arrivée de l'appellation cadre de santé qui en découle, des réactions verbales et non verbales s'en sont suivies. Mme R. dont le ton de la voix

---

<sup>76</sup> Coudray M-A., *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ? Identité et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin*, Paris, De Boeck, Collection « Sciences du soin », 2014, pp. 37-38.

augmente, le débit de paroles s'accélère et le visage exprime de la colère, dit : « *qui a pondu une affaire pareille ? C'est Maggie De Block !, Oh mais qu'est-ce que tu me dis là, je suis horrifiée d'entendre cela !* » Mme C. lève les sourcils, fait de grands yeux et semble étonnée, même effrayée et dit : « *c'est absurde, c'est déjà compliqué pour une infirmière qui n'a pas d'expérience dans la discipline proprement dite du service alors un autre paramédical c'est inconcevable.* » Face à ces réactions, nous pourrions supposer qu'elles sont dans le déni mais vu comme un mécanisme de défense. En effet, le déni est : « *l'action de refuser la réalité d'une perception perçue comme dangereuse ou douloureuse pour le moi.* »<sup>77</sup> L'article « *Le déni comme mécanisme de défense* »<sup>78</sup> explique que le moi est protégé par le déni grâce à la remise en question du monde extérieur. Il évite le conflit face à la perception d'un manque, d'une absence, d'une perte pourtant évidents aux yeux du monde environnant. Toujours dans cet article, Freud y ajoute dans sa définition la notion de refus, il dit : « *mode de défense constituant un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante.* » Nous pourrions conclure que ces réactions sont liées au refus ou à la crainte de voir disparaître le métier infirmier et surtout, son accès privilégié aux postes de cadre de santé.

De nombreuses raisons ont été évoquées par les trois sujets interviewées pour justifier l'infirmière comme étant la personne adéquate dans l'exercice de la fonction cadre de santé. Selon eux, l'attachement aux valeurs du « *care*<sup>79</sup> » fait entièrement partie des fonctions du cadre de santé. « *Sans renier cette dimension relationnelle majeure du métier infirmier, nombreuses sont celles qui posent comme point de départ de leur engagement comme cadres la conscience de pouvoir améliorer la prise en charge des patients, notamment au plan organisationnel. L'attention portée aux patients et aux familles est plus qu'une finalité générale de l'hôpital, c'est un moteur d'implication individuel puissant dans le travail et témoigne de la force de la valeur d'altruisme dans le service public hospitalier. Être proche des patients, les connaître, apporter des solutions concrètes pour assurer un parcours de soin approprié confère des gratifications symboliques importantes aux cadres. Il y a dans la mise en récit de cette continuité une déclaration de loyauté à l'engagement fondateur de la profession, celle du soin.* »<sup>80</sup> Mais cette définition s'applique tout autant aux autres paramédicaux. En effet, le soin au patient est inhérent à chaque intervenant, mais s'applique différemment pour chaque domaine. Notre réflexion personnelle et nos différentes

---

<sup>77</sup> <http://www.leconflit.com/article-le-deni-comme-mecanisme-de-defense-69945311.html>, page consultée le 10 janvier 2018.

<sup>78</sup> <http://www.leconflit.com/article-le-deni-comme-mecanisme-de-defense-69945311.html>, page consultée le 10 janvier 2018.

<sup>79</sup> « Lire : soin »

<sup>80</sup> Bourgeons D. et al., *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile entre soins et management*, Paris, Edition Lamarre, Collection « Fonction de cadre de santé », 2012, pp. 217-218.



rencontres durant notre carrière nous laissent penser que chaque paramédical pourrait apporter sa « touche positive », caractéristique à son métier. Par exemple, un kinésithérapeute pourrait mettre l'accent sur les positions des patients alités, sur la mobilité des bénéficiaires de soins hospitalisés, là où un psychologue mettrait un point d'honneur à l'accompagnement et le vécu des familles qu'il estime être un facteur favorisant le suivi de soin ou encore un logopède qui serait plus sensible à la stimulation du langage ou aux alternatives possibles pour changer de mode de communication pour les patients. Les soins infirmiers deviendraient alors une compétence spécifique au métier infirmier au même titre que les autres paramédicaux ont les leurs. Nous pourrions remettre cela en lien avec « la culture affective » reprise ci-avant. Mais lorsque nous faisons le lien avec l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006<sup>81</sup> qui concerne la fonction d'infirmier en chef, la liste de ces missions catégorisées sous les activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital, les soins, la politique en matière de personnel, la gestion des moyens, la formation et le développement, la communication et la concertation, elle ne représente pas des compétences impossibles pour un cadre venant d'une filière autre qu'infirmière. Mr C. a dit : « *l'infirmière du XXI<sup>e</sup> siècle a morcelé son métier, son art. Elle doit le récupérer ou du moins éviter d'en perdre des morceaux... Elle a déjà perdu beaucoup d'éléments, l'écoute active reprise par la psychologue, les massages repris par la kiné. Le métier infirmier est envahi par ces paramédicaux.* » Il semblerait donc que nous sommes plutôt face à une crainte de « morcellement » ou de perte du métier infirmier au détriment de voir l'évolution qu'a subi la profession cadre de santé suite au tournant gestionnaire de l'hôpital. En effet, « *l'hôpital de proximité de la fin du XX<sup>e</sup> siècle devait se muer en un établissement, vocable plus digne de la modernité, rapprochant la structure hospitalière d'une entreprise.* »<sup>82</sup> Les sujets interviewés font dès lors abstraction des changements imputés au contexte de travail du cadre de santé en termes de pratiques managériales consécutives aux mutations de l'hôpital. La citation de Vincent de Gaulejac s'intitulant comme telle : « *sur le plan psychologique, on passe d'un système fondé sur la sollicitation du Surmoi, le respect de l'autorité, l'exigence d'obéissance, la culpabilité, à un système fondé sur la sollicitation de l'Idéal du Moi, l'exigence d'excellence, l'idéal de toute-puissance, la crainte d'échouer, la recherche de satisfaction narcissique* »<sup>83</sup> nous montre les enjeux de l'entreprise moderne qui inspire l'hôpital aujourd'hui. Nous pourrions conclure en disant que la liste des tâches énumérées par les trois personnes interviewées et reprises dans le tableau au point « cadre de santé, infirmier au préalable » semble montrer leur volonté d'appartenance du cadre de santé au « soin infirmier », au risque de rater le rendez-vous avec la modernité.

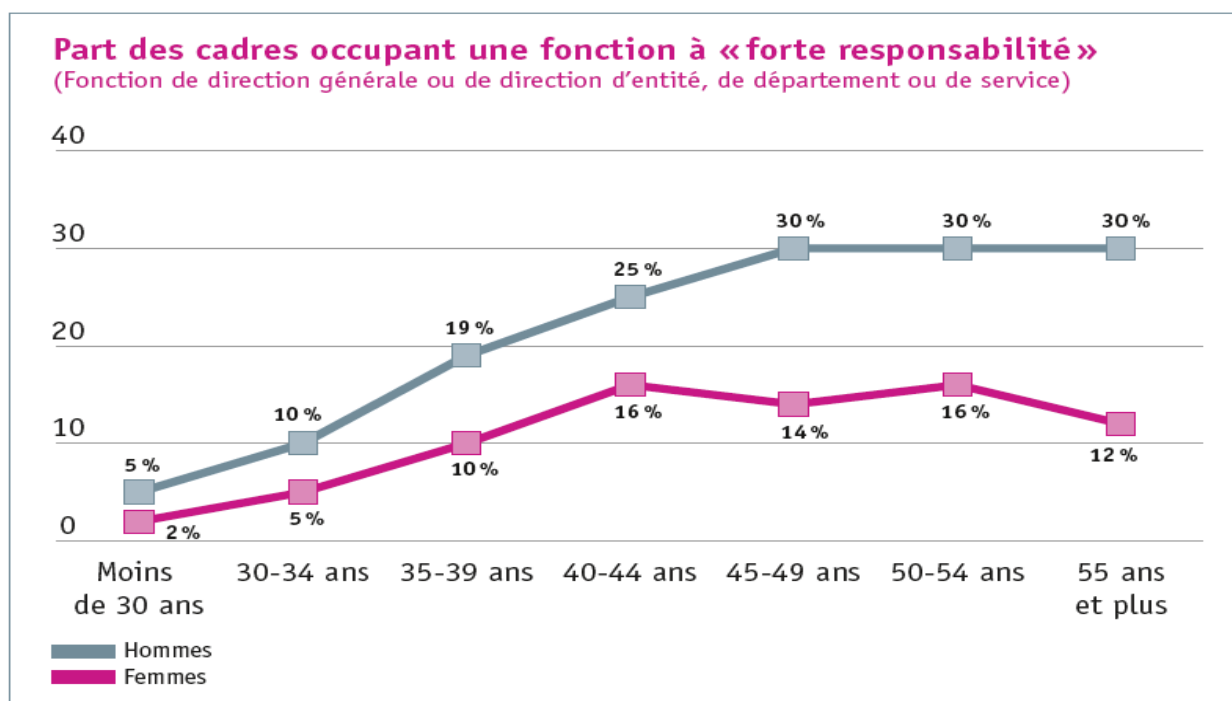
---

<sup>81</sup> Annexe 1

<sup>82</sup> Campia P., *Penser la formation des infirmières et des cadres de santé*, Paris, Collection « Walter Hesbeen », Edition Seli Arslan, 2015, p.105.

<sup>83</sup> Gaulejac V., *La Société malade de la gestion, idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil, Collection « Economie humaine », p. 201.

Mme R., lors de son interview, nous faisait part de la difficulté de concilier vie privée et vie professionnelle d'où selon elle, l'abandon de beaucoup de femmes en cours de formation. Elle précise notamment les obligations auxquelles elles doivent faire face, comme les obligations de ménage, de maman. A contrario, les hommes seraient plus en mesure de poursuivre leur formation et plus disponibles dans leur vie professionnelle. De ce fait, la société leur attribuerait plus volontiers des postes à responsabilités. Nous pouvons émettre l'hypothèse que les femmes sont encore enserrées dans des considérations de tâches, les plaçant en position inégalitaire face aux hommes dans l'acquisition de postes à responsabilités. Par ce constat mis en évidence par Mme R., nous serions en mesure de penser que les femmes obtiendraient moins de places à responsabilités que les hommes dues aux obligations familiales. Une deuxième hypothèse nous semble émerger quant à la volonté des infirmières de faire perdurer l'octroi du poste cadre de santé aux femmes pour diriger les équipes infirmières, comme ce qui a toujours été établi. L'historique de la fonction cadre de santé développé dans notre premier chapitre nous a, par ailleurs montré qu'aussi loin que remonte cette profession, celle-ci a été assumée par des femmes, en commençant par des bonnes sœurs, des surveillantes. Une étude réalisée par l'APEC<sup>84</sup> s'intitulant : « Femmes cadres et hommes cadres : des inégalités professionnelles qui persistent »<sup>85</sup> montre la progression constante des femmes cadres.

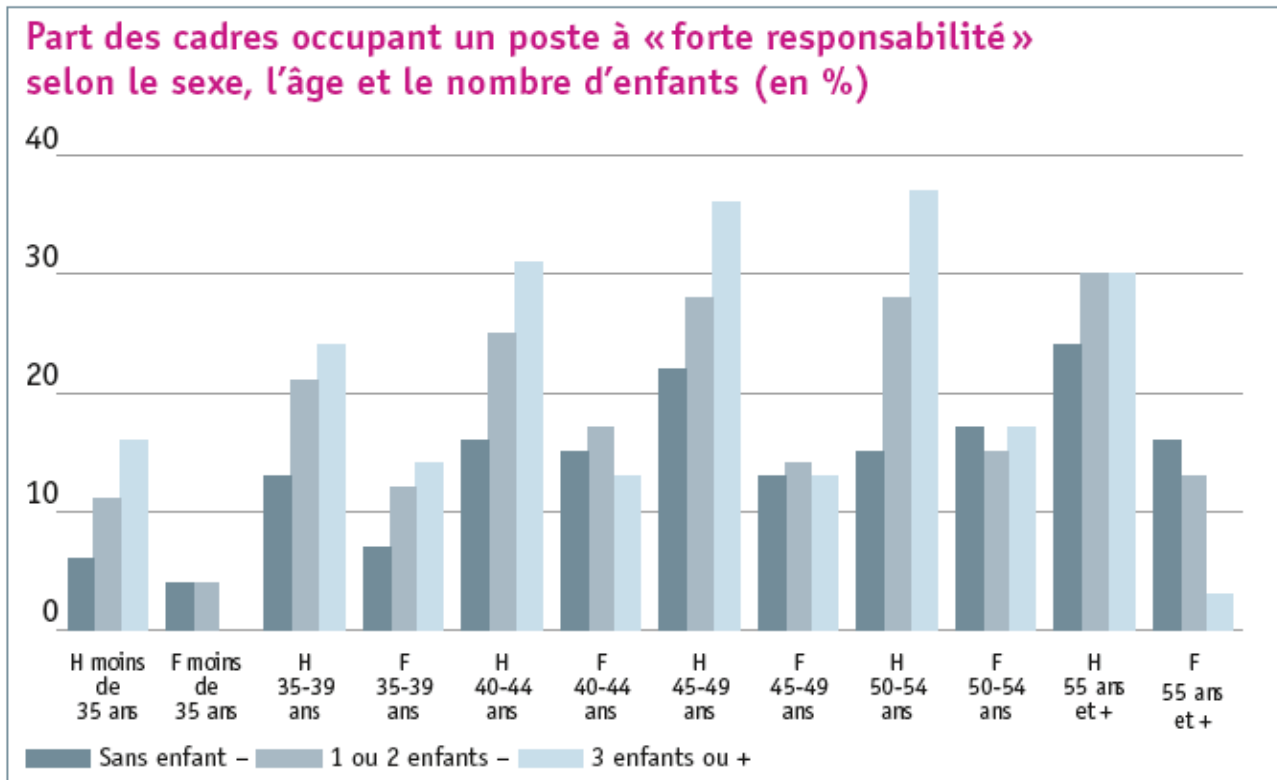


Source : Apec, 2010.

<sup>84</sup> APEC = Association pour l'emploi des cadres.

<sup>85</sup> [https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/espace\\_presse\\_communiques\\_etude\\_femmes\\_cadres\\_et\\_hommes\\_cadres\\_des\\_inegalites\\_professionnelles\\_qui\\_persistent/7cebddab60b24634e23b128611efedc4.pdf](https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/espace_presse_communiques_etude_femmes_cadres_et_hommes_cadres_des_inegalites_professionnelles_qui_persistent/7cebddab60b24634e23b128611efedc4.pdf), page consultée le 15 mars 2018.

Cependant, nous pouvons relever des différences, à savoir les hommes et les femmes cadres n'occupent pas les mêmes fonctions. Nous pourrions même ajouter que les femmes ont un niveau de responsabilités moindre que les hommes après quarante ans. Les chiffres montrent que 11% des femmes occupent un poste à forte responsabilité contre 23% des hommes. Selon Mme R., la situation familiale et notamment les enfants du ménage portent préjudice aux femmes cadres.



Source : Apec, 2010.

Si nous reprenons le graphique réalisé par l'APEC pour interroger la maternité comme un frein à la responsabilité, il ressort pour les hommes une corrélation positive entre le nombre d'enfants et le niveau de responsabilité exercée. A l'inverse, pour les femmes, cette corrélation tend à être négative. Les causes relatives sont les interruptions de carrière et une pratique du temps partiel plus fréquentes chez les femmes.

Nous déduisons de cette étude que la société a tendance à privilégier les hommes aux postes de cadres. Si cette étude met l'accent sur les cadres en général, elle pourrait se répéter dans les milieux hospitaliers pour les cadres de santé. Dans le chapitre premier, nous expliquons la naissance de cette profession lors de la réattribution des tâches de gestion aux surveillantes puis très rapidement reprises par les infirmières. A l'époque, ce métier était essentiellement représenté par le sexe féminin. Nous déduisons de ce constat associé à la réflexion de Mme R., l'intérêt de vouloir conserver l'encadrement des équipes infirmières par des femmes comme une revendication féministe.

## 5. Discussion

De par notre analyse et les éléments, qu'elle nous a permis de mettre en lumière, nous tenterons dans cette discussion de répondre aux différentes questions que nous nous sommes posées dans notre premier chapitre. Elles se sont établies en fonction des notions développées et nous les reprenons comme telles : « Mais comment cette dénomination s'est-elle retrouvée au sein des unités de soins ? », « cette quête de modernité conduira-t-elle les unités de soins à être dirigées par des personnes aux pratiques purement managériales ? », « si nous nous référons à notre constat de départ, nous pouvons nous demander s'il s'agit encore d'une évidence que l'accès à la fonction de cadre de santé n'appartienne qu'à la filière infirmière ? », « et donc, sommes-nous face à une évidence qui est révolue depuis l'introduction des autres paramédicaux mais qui persiste malgré tout ? », « lorsque nous évoquons le cadre de santé, sommes-nous face à un(e) nouveau/nouvelle métier/profession ou à une prolongation du métier infirmier ? », « sommes-nous face à une idée fautive dont l'exploration dérange et donc, il s'avère moins contraignant de parler comme le plus grand nombre ? », « l'enjeu identitaire qui s'opère sur les surveillantes de l'époque a-t-il un impact quelconque sur la façon de considérer le cadre de santé aujourd'hui ? », « quelles empreintes cette origine a-t-elle laissées sur les cadres de santé actuels ? », « quelle position prendrait le cadre de santé sur l'échelle du changement. En effet, où pourrions-nous le situer ? », « cela peut-il induire des résistances ? », « cadre de santé, est-ce un métier et introduit-il l'idée d'un savoir-faire qui se transmet ou une profession aux pratiques davantage intellectuelles ? » Toutes ces questions nous ont aidés à formuler notre problématique : « le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ? »

D'une manière générale, nous nous étions interrogés sur l'arrivée de la dénomination « cadre » dans les milieux hospitaliers. En effet, ce terme que nous pourrions estimer être utilisé de façon tout à fait courante dans les entreprises semblerait être accueilli amèrement au cœur des unités de soins. Si l'idée d'introduire un dénominateur commun pour tous a été évoquée, les adjectifs « flou », « vague » et « peu chaleureux » ont également fait l'objet de sa qualification par les personnes interviewées. Nous estimons cependant que les changements imputés aux hôpitaux et leur quête de modernité, d'excellence sont les éléments qui ont contribué à l'arrivée de cette appellation dans les unités de soins. Nous pensons en effet que l'entreprise moderne inspire les hôpitaux qui tentent dès lors de la calquer. Suite à cela, nous avons vu que les activités gestionnaires s'accroissent à l'hôpital, provoquant un remaniement de l'organisation à tous niveaux par la mise en place de projets divers. Cette vision impose des changements au sein des unités de soins et donc directement sur le cadre de santé. Mais si le monde hospitalier change, la formation cadre de santé a également

adapté ses programmes et se voit aujourd'hui totalement orientée vers une dimension gestionnaire de la fonction. De plus, l'accès de celle-ci à la catégorie paramédicale et, non plus réservée à la filière infirmière, expliquerait l'arrivée de ce terme commun à tous les paramédicaux. L'uniformisation de l'appellation de cette profession serait une piste à suivre pour faire prendre conscience qu'elle n'appartient plus au métier d'origine, l'infirmier, mais qu'elle signifie de nouvelles missions pour le cadre de santé. Une accentuation des compétences gestionnaires, managériales et sociales en lieu et place des compétences techniques de métier sont actuellement la tournure que l'enseignement veut faire prendre à la profession cadre de santé. L'ambiguïté qui persiste en Belgique sur le statut de cadre en milieu hospitalier et le fait qu'il ne soit pas considérée comme une profession à part entière dans notre société sont accentués selon nous par la loi belge qui ne légifère pas en termes d'appellation. La considération du cadre de santé comme étant une continuité du métier infirmier s'accroît encore plus lors de la lecture de l'Arrêté Royal du 13 juillet 2006 où nous retrouvons en tête de chaque phrase « l'infirmier chef » pour énumérer ses missions. Cependant, en Belgique, la non-présence du cadre de santé dans la liste des spécialisations et qualifications infirmières semblerait pourtant mettre l'accent sur le désir de ne pas considérer le cadre de santé comme une continuité du métier infirmier mais bien comme une profession à part entière. Nous pourrions conclure l'introduction du terme « cadre » dans les milieux hospitaliers comme un moyen de faire comprendre à toute personne concernée de près ou de loin par les hôpitaux ce qui est désormais attendu du cadre de santé. Ce changement d'appellation aiderait la société à comprendre que le cadre de santé est une profession à part entière avec des compétences qui lui sont propres. Nous pourrions pousser notre réflexion jusqu'à dire que les changements imputés au cadre de santé face aux modifications que subissent les hôpitaux et face à leur quête d'excellence, s'ils ne peuvent être obtenus avec un infirmier, pourront maintenant se faire avec un autre métier du paramédical. En effet, s'il s'avère moins contraignant d'acquérir les notions de gestion et de management par les autres paramédicaux que les infirmiers, qui eux, exercent comme cadre de santé en mettant toujours un point d'honneur à préserver la notion du « care » alors, la décision de s'orienter vers des personnes autres que les infirmiers semble être la solution pour que les hôpitaux obtiennent ce qu'ils désirent pour diriger leur équipe soignante. Nous voyons donc dans ce terme l'enjeu encouru par le monde infirmier quant à l'accès aux postes de cadre de santé et nous ajoutons que ce changement d'appellation ne vient plus « d'en bas » et donc, des équipes soignantes, mais correspond à une promotion « d'en haut », à savoir des administrateurs chargés des réformes structurelles du système de la santé. Nous sommes donc bien face à une profession qui ne peut plus se contenter d'être dans une continuité de métier.

Depuis la nuit des temps jusqu'à ce jour, le cadre de santé est considéré comme un infirmier. Nous pourrions même dire « une infirmière » car auparavant, il était représenté par les bonnes sœurs surveillantes, constituées pour l'essentiel par des femmes. Lorsqu'à l'époque, la partie gestion avait été laissée pour compte lors de la scission des missions des surveillantes, elle fut très vite réattribuée aux infirmières. Cet évènement a marqué la profession et représente, d'après nous, l'élément fondateur de la pensée qui rôde entre lui et son appartenance au métier d'origine, l'infirmier. Notre constat de départ qui reprend le fait de ne rencontrer que des cadres de santé infirmiers, montre à quel point ce mythe reste ancré. Nous pouvons dire que la diffusion de cette pensée tend à devenir une « idée fausse » depuis l'introduction des autres paramédicaux à leur formation. Nous pensons également que, lorsque la société s'interroge sur la thématique de travail du cadre de santé, elle l'attribue de façon logique aux infirmiers. Elle se rassure par ce qui a toujours été fait et reste sur des valeurs sûres. Les lois belges entretiennent d'ailleurs ce mythe en ne légiférant pas l'appellation cadre de santé. Si nous poussons nos considérations au-delà de notre constat de départ, nous pourrions dire que l'enjeu identitaire qui s'est opéré sur les surveillantes de l'époque en ce qui concerne les tâches administratives et de gestion pourrait représenter à l'heure actuelle la raison du tournant qui se dessine sur la dépossession partielle du monde infirmier dans l'acquisition de cette profession. En effet, l'attachement des infirmiers à leurs pratiques de métier pourrait faire croire qu'ils ne pourront pas répondre aux attentes demandées aux cadres de santé actuellement. Cet attachement, d'après nous, pourrait représenter un frein pour l'infirmier à devenir cadre de santé. Nous avons en effet soulevé que le cadre de santé doit acquérir d'autres notions notamment managériales, sociales et de gestion, en lieu et place des compétences techniques du métier d'origine. Cette évidence de l'infirmier à devenir cadre de santé semble révolue malgré la persistance de la société à le considérer comme unique personne pouvant détenir cette place. Les seuls à avoir compris et franchi le pas d'ouvrir l'horizon de l'accès de la profession est le monde pédagogique. Sur l'échelle du changement dont nous avons exposé le processus en trois phases, à savoir la dé cristallisation, la transition et la recristallisation, nous pourrions considérer que les changements au niveau de l'hôpital se trouvent actuellement au stade de la dé cristallisation. En effet, celle-ci commence à remettre en question ses habitudes, ses comportements, en orientant le cadre de santé vers un manager mais « sa culture affective » vue dans l'analyse empêche la phase d'initiation, autrement dit la pratique des nouveaux modes de fonctionnement de s'opérer. Malgré notre considération de la dé cristallisation comme stade actuel des milieux hospitaliers, nous considérons la position plus avancée de l'enseignement comme élément tentant à accélérer la prise de conscience des nouvelles missions attribuées au cadre de santé sur le terrain. Les écoles belges de cadre de santé se retrouveraient donc plutôt dans le stade de transition. Il semblerait en effet que c'est par elles que les changements de mentalité commencent à s'opérer. Elles tentent de

s'uniformiser sur ce qui est fait chez nos voisins français et expérimentent l'introduction des autres paramédicaux à la formation. Nous pourrions également admettre que les hôpitaux psychiatriques sont plus évolués et se retrouvent dans la recristallisation. Il semblerait que l'accès de la fonction de cadre aux autres paramédicaux soit plus communément admis dans ce secteur particulier. Nous pensons que la reproduction de ce travail dans des équipes de psychiatrie en hôpital général ou encore en institut psychiatrique serait intéressante. Une étude comparative des différents secteurs compléterait la compréhension du vécu des différents acteurs de terrain. Toujours en tentant de répondre à la question de l'origine, nous avons soulevé que la profession de cadre de santé est née d'une réattribution de la partie gestionnaire à l'infirmière la plus experte. Le métier infirmier était alors encore représenté presque exclusivement par des femmes. Lors des interviews, nous avons relevé les propos de Mme R. quant à sa volonté de voir perdurer les femmes aux postes de cadre de santé. L'étude de l'Apec, reprise dans notre analyse pour comprendre où elles se situent par rapport aux postes à responsabilités, nous a montré que celles-ci n'étaient pas encore considérées de façon égalitaire au sexe masculin. La considération de la femme encore enserrée dans des tâches de ménage est une cause reprise pour évoquer son manque de disponibilité pour la vie professionnelle et donc, représente un frein dans l'obtention de ces places. De plus, si pour elles, les enfants représentent un obstacle à leur évolution dans les responsabilités, l'étude montre cet élément comme étant un avantage pour les hommes. Il semblerait que les inquiétudes émises face à la perte de la place de la femme pour ces postes à responsabilités se confirment. Une seconde inquiétude avait cependant émergé des interviews, celle du morcellement voire de la perte du statut privilégié de l'infirmier pour diriger les équipes de soins. Les sujets interrogés avaient d'ailleurs émis des moyens pour contrer l'apparition des autres paramédicaux à la profession cadre de santé, garantissant un statut privilégié aux infirmières. Ces différents propos ont révélé un frein au processus de changement qui semble s'amorcer par la voie pédagogique. Nous pourrions encore une fois appuyer cette pensée du cadre de santé qui n'est pas perçu comme profession à part entière. C'est pour cette raison que nous avons voulu différencier métier et profession dans ce travail. Suite aux définitions émises dans le premier chapitre, profession faisait référence à des notions plus intellectuelles, nous l'avons donc associé au cadre de santé car il lui est demandé d'abandonner ses compétences techniques de métier infirmier au profit de compétences de gestion.

## 6. Conclusion

L'analyse de nos entretiens s'est construite grâce à la mise en évidence de constats que nous avons ensuite étayée grâce aux points abordés dans le premier chapitre et à un apport théorique supplémentaire. Nous en avons dégagé des hypothèses de réflexion nous permettant d'ouvrir des perspectives futures quant au sujet abordé dans notre travail. Nous en avons ensuite discuté en les mettant en lien avec les questions de départ émises dans le but de formuler notre problématique.



## Conclusion générale

Cette épreuve intégrée trouve tout son intérêt lorsque nous prenons conscience, suite à des observations de terrain et à des constats relevés durant nos démarches pour suivre les cours de cadre de santé, d'une différence surprenante. Elle se résume à ne rencontrer que des cadres de santé issus de la filière infirmière sur le terrain, contrairement à une formation ouverte à la catégorie paramédicale. Nous commençons par définir des notions telles que cadre, cadre de santé, mythe, origine, évidence, différence métier/profession et évolution/changement qui nous permettent de nous interroger jusqu'à concrétiser la formulation de notre problématique de départ, « Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ? » L'exposé de ce sujet polémique nous a poussés à ne pas différencier ce travail en deux démarches à savoir, conceptuelle et opérationnelle, le but étant de garder de la distance face au sujet pour ne pas faire intervenir notre opinion mais bien baser notre réflexion sur les observations et les réponses recueillies lors des interviews. Pour ce faire, nous devons choisir la méthodologie adéquate. Nous avons alors développé les cinq méthodes parcourues durant notre cursus et après avoir appuyé les supports théoriques grâce à la méthode historique, celle qui s'est avérée correspondre aux attentes de ce travail est la méthode clinique. Celle-ci permet de questionner et de réfléchir sur notre problématique en se basant sur le récit du vécu des individus pour comprendre notre sujet sans jamais devoir prétendre généraliser. Le troisième chapitre est consacré à l'intégration de notre problématique dans son fonctionnement et sa mise en pratique. Les interviews qui ont dès lors été réalisées selon cette méthode sont résumées et reprises dans un tableau afin d'avoir une vision claire des éléments récoltés afin de mettre en évidence des constats. Elles sont ensuite analysées à la lumière de théories afin d'y extraire des hypothèses de réflexion et établir des perspectives. Une discussion vient ensuite répondre aux questions de départ concernant la formulation de notre problématique.

Cette épreuve intégrée nous a permis de comprendre les changements qui s'opèrent sur le cadre de santé. Si au début de ce travail, notre avis rejoignait celui des personnes interviewées concernant les craintes relatives au statut de la profession cadre de santé, la réalisation de cette épreuve intégrée nous a éclairés et nous montre qu'elles n'étaient pas justifiées vu la tournure que prend cette profession. Ceci a donc modifié nos pensées. En effet, l'idée de morcellement de l'infirmier faisait partie de nos inquiétudes suite à l'introduction des autres paramédicaux à la formation cadre de santé et par conséquent, aux postes vacants. Cependant, ce travail nous montre que nous sommes bien face à une nouvelle profession avec des missions qui lui sont propres et ne font plus intervenir

les compétences techniques du métier infirmier. La mise en évidence dans l'analyse que les métiers pouvant accéder à la formation cadre de santé avaient tous cette notion de soins, certes, aux caractéristiques propres à chaque discipline, nous montre que chacun d'entre eux peut apporter des points positifs à la profession cadre de santé. La France a cependant établi une liste claire des métiers pouvant y accéder, nous ne l'approuvons pas dans son entièreté. C'est d'ailleurs pour cette raison que nous avons émis l'exemple du psychologue dans notre analyse qui, selon nous, trouverait une place justifiée dans cette liste contrairement aux préparateurs en pharmacie. Nous pouvons également pousser notre réflexion en mettant en évidence des avantages aux infirmiers de se voir diriger par des métiers d'origine différents du leur. La condition, cependant, est qu'ils acceptent et comprennent l'idée que le cadre provienne d'une autre filière car le cadre de santé est aujourd'hui devenu une profession à part entière. Le premier point positif pour les infirmiers d'être dirigés par des autres paramédicaux est de récupérer l'entièreté de leurs responsabilités au niveau du soin infirmier autrement dit, du pouvoir au sein du service de soins. Le deuxième point est que les infirmiers ne sont pas dépossédés de quoi que ce soit car chaque discipline pouvant accéder à la formation cadre de santé a son propre soin. Les paramédicaux au même titre que les infirmiers soignent. La différence se situe dans la manière de soigner comme nous l'avons mise en évidence dans l'analyse. En effet, chaque métier tourne autour du soin différemment et offre des points positifs à l'exercice de la profession cadre de santé. Le cadre de santé issu d'une autre filière serait alors aussi à sa place pour diriger une équipe suite aux nouvelles missions qui lui sont imputées et nous pourrions voir dans l'arrivée de ces paramédicaux l'opportunité pour l'infirmier de mieux exercer son métier : soigner grâce à la vision différente du soin qu'offrent les autres paramédicaux. L'ouverture de la formation aux autres paramédicaux est une étape clé dans l'amorce du changement, un deuxième pas après celui de l'enseignement pourrait être fait par les autorités belges quant à la légifération de l'appellation cadre de santé.



# Annexes

## Annexe 1.

**13 JUILLET 2006. – Arrêté royal portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef**  
(M.B. du 28/08/2006, p. 42546)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 9quinquies, inséré par la loi du 29 décembre 1990, renuméroté par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997 et renuméroté par la loi du 25 janvier 1999, l'article 17bis, inséré par la loi du 29 décembre 1990 et modifié par la loi du 14 janvier 2002, et l'article 17sexies, inséré par la loi du 29 décembre 1990;

Vu l'avis du 30 août 2005 du Conseil national des accoucheuses;

Vu l'avis du 20 décembre 2005 du Conseil national de l'art infirmier;

Vu l'avis du 12 janvier 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 2 mai 2006;

Vu l'avis 40.533/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2006 en application de l'article 84, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

### Chapitre premier Dispositions générales

**Article 1<sup>er</sup>.** Les dispositions du présent arrêté sont également applicables aux accoucheuses en chef.

**Art. 2. §1<sup>er</sup>.** L'infirmier en chef visé à l'article 17bis, alinéa 2, 3<sup>o</sup>, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, est responsable de l'organisation, de la continuité et de la qualité de l'activité infirmière au sein de son équipe, qui lui est confiée par le chef du département infirmier.

§2. L'infirmier en chef collabore au développement de la politique infirmière dans l'hôpital et l'applique au sein de son équipe.

§3. L'infirmier en chef peut être responsable pour le contrôle et l'évaluation de son équipe.

§4. Dans le cadre de la structure du département infirmier, l'infirmier en chef peut confier à un infirmier une ou plusieurs tâches ou missions qui lui ont été assignées.

**Art. 3.** L'infirmier en chef dépend hiérarchiquement directement d'un infirmier-chef de service ou du chef du département infirmier, conformément à l'organigramme du département infirmier.

**Art. 4.** Pour favoriser l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital dans le cadre des soins aux patients, l'infirmier en chef accomplit sa mission en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

### Chapitre II Activités particulières en ce qui concerne la vision stratégique de l'hôpital

**Art. 5. §1<sup>er</sup>.** L'infirmier en chef veille à ce que l'activité infirmière au sein de son équipe soit en phase avec la vision stratégique du département infirmier ainsi qu'avec les évolutions et attentes de la société.

§2. Il a en particulier la responsabilité:

1<sup>o</sup> de développer, d'opérationnaliser et d'assurer le suivi de la politique infirmière au sein de son équipe en concordance avec la vision stratégique de l'hôpital;

2<sup>o</sup> de diriger, d'accompagner et d'évaluer les processus de changement;

3<sup>o</sup> d'élaborer et d'adapter des procédures et méthodes de travail;

4<sup>o</sup> des enregistrements imposés par la loi en ce qui concerne l'art infirmier.

5<sup>o</sup> de suivre et de veiller à ce que soit appliquée la législation pertinente et d'en informer les membres de son équipe.

### Chapitre III

#### Activités particulières en ce qui concerne les soins

**Art. 6.** §1<sup>er</sup>. L'infirmier en chef est responsable de l'organisation, de la coordination, du contrôle et de l'évaluation de l'activité infirmière au sein de son équipe.

§2. Il est responsable:

- 1° de la fixation des objectifs de son équipe en concertation avec son supérieur hiérarchique et en tenant compte de la politique infirmière globale au sein de l'hôpital;
- 2° de l'offre d'une organisation de soins infirmiers centrée sur le patient accordant une attention particulière aux droits du patient et à l'éthique;
- 3° de l'adaptation de l'organisation des soins infirmiers au sein de son équipe suivant les besoins des patients et les soins requis;
- 4° de la qualité et de la continuité des soins assurés par son équipe.

### Chapitre IV

#### Activités particulières en ce qui concerne la politique en matière de personnel

**Art. 7.** §1<sup>er</sup>. L'infirmier en chef collabore avec son supérieur hiérarchique afin de disposer de l'encadrement en personnel requis, tant sur le plan qualitatif que quantitatif.

§2. Il est chargé en particulier:

- 1° de la gestion du cadre du personnel ainsi que de l'utilisation adéquate du personnel par la répartition du travail, la planification horaire et l'organisation des congés;
- 2° de la gestion des membres de son équipe en vue de créer une ambiance de travail favorable qui incite à la collaboration effective;
- 3° de l'accompagnement de nouveaux membres de son équipe;
- 4° du suivi, du soutien, de la supervision et de l'évaluation des membres de son équipe.

### Chapitre V

#### Activités particulières en ce qui concerne la gestion des moyens

**Art. 8.** §1<sup>er</sup>. L'infirmier en chef est responsable de l'utilisation optimale des moyens en vue d'assurer des soins infirmiers de qualité aux patients.

§2. Il a en particulier la responsabilité:

- 1° de la gestion et de l'affectation du budget de l'unité;
- 2° de l'utilisation efficace et efficiente par son équipe des biens et des locaux mis à leur disposition.

§3. L'infirmier en chef donne son avis sur l'acquisition de nouvelles ressources et la construction et la rénovation de l'hôpital, dans la mesure où il y a des répercussions pour les soins infirmiers.

### Chapitre VI

#### Activités particulières en ce qui concerne la formation et le développement

**Art. 9.** §1<sup>er</sup>. L'infirmier en chef veille à ce que les membres de son équipe puissent développer suffisamment leurs capacités par le biais du coaching et de la formation permanente, de sorte qu'ils disposent des connaissances, des capacités, ainsi que de la motivation nécessaires pour maintenir le niveau de qualité souhaité.

§2. Pour y parvenir, il prend les initiatives suivantes:

- 1° inventorier les besoins en matière de formation des membres de son équipe;
- 2° inciter les membres de son équipe à suivre une formation;
- 3° superviser et coordonner la formation des membres de son équipe;
- 4° soutenir l'évolution de la carrière des membres de son équipe;
- 5° participer personnellement à la formation permanente.

**Art. 10.** L'infirmier en chef supervise les étudiants infirmiers et accoucheurs dans son unité, en collaboration avec les maîtres de formation clinique et l'infirmier chargé spécifiquement d'accompagner les débutants et les personnes qui reprennent le travail et qui appartiennent à la catégorie du personnel infirmier.

## Chapitre VII

### Activités particulières en ce qui concerne la communication et la concertation

**Art. 11.** §1<sup>er</sup>. L'infirmier en chef est responsable de la communication concernant son équipe et ses patients, de la transmission d'information et de la concertation, tant en interne qu'en externe.

§2. L'infirmier en chef est plus particulièrement chargé des missions suivantes:

- 1° entretenir les contacts avec les patients, leur famille et les autres visiteurs;
- 2° se concerter avec les membres de son équipe;
- 3° se concerter avec les médecins et les paramédicaux au sein de l'hôpital;
- 4° se concerter avec d'autres professionnels de la santé;
- 5° se concerter avec les maîtres de formation clinique.

**Art. 12.** Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 13 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

## Annexe 2.

### **Fiche explicative pour l'interview**

#### **Le thème :**

Le métier d'origine du cadre de santé

#### **L'intitulé de l'épreuve intégrée :**

Le métier d'origine du cadre de santé : une évidence révolue ou un mythe toujours actuel ?

#### **La question inaugurale de l'entretien :**

Suite à vos années d'expérience et face à l'évolution de votre profession durant votre exercice de la fonction, que vous évoque la notion : « le métier d'origine du cadre de santé ».

#### **Les objectifs :**

- Utiliser/s'inspirer de votre vécu et de votre expérience pour comprendre l'importance du métier d'origine du cadre de santé.
- Constater l'évolution à laquelle les cadres de santé ont dû être et/ou sont encore confrontés suite, entre autres, au tournant gestionnaire que connaît la fonction.
- Comprendre pourquoi la formation pour cette fonction s'est ouverte à un plus grand nombre de professions paramédicales. Quelles répercussions vont s'en suivre et quels sentiments cela génère chez les cadres en fonction ou non ?

#### **Les modalités :**

- L'entretien se déroulera après que le cadre de santé ait pu s'appropriier le sujet suite à la remise de la fiche explicative reprenant le thème, la question inaugurale, les objectifs et les modalités.
- Un rendez-vous sera pris entre l'enquêteur et l'enquêté en fonction de leurs convenances respectives.
- L'entretien se déroulera dans un endroit calme où la personne interviewée se sentira libre de s'exprimer.
- L'entretien prendra fin après avoir laissé parler le sujet durant 1h.
- L'entretien sera enregistré afin de pouvoir le retranscrire sans omettre certaines notions évoquées.
- Des notes seront prises par l'enquêteur afin de pouvoir se rappeler des gestes et attitudes exprimés par le sujet durant son entretien.

**26 AVRIL 2007. – Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre**  
(M.B. du 07/06/2007, p. 30947)

ALBERT II, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe, partie I, « Normes générales applicables à tous les établissements », point III, « Normes d'organisation », 9° bis, « hygiène hospitalière », inséré par l'arrêté royal du 24 avril 1974, remplacé par l'arrêté royal du 7 novembre 1988, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991 et partiellement annulé par le Conseil d'Etat par arrêt du 12 juin 2003;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers du 10 novembre 2005;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 18 janvier 2007;

Vu l'avis n° 42.303/3 du Conseil d'Etat, donné le 6 mars 2007, en application de l'article 84, §1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons:

**Article 1<sup>er</sup>.** Le point 9° bis de l'annexe, partie I, « Normes générales applicables à tous les établissements », point III, « Normes d'organisation », de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, inséré par l'arrêté royal du 24 avril 1974, remplacé par l'arrêté royal du 7 novembre 1988, modifié par l'arrêté royal du 17 octobre 1991 et partiellement annulé par le Conseil d'Etat par arrêt du 12 juin 2003, est remplacé par les dispositions suivantes:

« 9° bis hygiène hospitalière

a) généralités

Dans tout hôpital, la promotion de l'hygiène requiert le concours:

- du médecin-chef;
- du chef du département infirmier;
- d'une équipe d'hygiène hospitalière;
- et d'un comité d'hygiène hospitalière.

b) l'équipe d'hygiène hospitalière

L'équipe d'hygiène hospitalière se compose:

- d'un ou plusieurs médecin(s)-hygiéniste(s) hospitalier(s);
- et d'un ou plusieurs infirmier(s)-hygiéniste(s) hospitalier(s).

Dans l'exercice de ses fonctions au sein de l'équipe, le médecin hygiéniste hospitalier dépend du médecin-chef de l'établissement, sous la supervision duquel il travaille directement.

Dans l'exercice de ses fonctions au sein de l'équipe, l'infirmier hygiéniste hospitalier dépend du chef du département infirmier, sous la supervision duquel il travaille directement.

L'équipe d'hygiène hospitalière jouit d'une indépendance opérationnelle mais fait rapport au comité d'hygiène hospitalière, au médecin-chef et au chef du département infirmier. Les décisions opérationnelles de l'équipe d'hygiène hospitalière sont exécutées après concertation avec le médecin-chef et le chef du département infirmier, et pour le compte et sous la responsabilité de ces derniers. L'équipe d'hygiène hospitalière peut collaborer directement avec d'autres comités et instances de l'hôpital.

Le médecin hygiéniste hospitalier coordonne le fonctionnement de l'équipe d'hygiène hospitalière.

Les membres de l'équipe auront suivi une formation appropriée de niveau universitaire comme visée dans les alinéas suivants.

L'infirmier hygiéniste hospitalier sera titulaire d'un diplôme de bachelier en soins infirmiers complété par un master en art infirmier ou un master en santé publique.

Pour pouvoir s'acquitter efficacement de sa fonction, il doit en plus faire la preuve d'avoir suivi avec succès une formation dans au moins les domaines suivants:

- infections nosocomiales: prévention et contrôle; aspects microbiologiques et infectiologiques; aspects épidémiologiques;



– législation relative à l'hygiène hospitalière.

Cette formation comprend au moins 250 heures de contact.

Par dérogation aux alinéas précédents, l'infirmier qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, fait fonction d'infirmier-hygiéniste hospitalier en application des normes d'agrément en application à ce moment, ne doit pas remplir les conditions fixées en ce qui concerne la formation.

N.B. l'AR du 26 avril 2007 est entré en vigueur le 17 juin 2007.

Le médecin hygiéniste est un médecin ou un pharmacien-biologiste clinique qui a suivi une formation équivalente à celle de médecin-hygiéniste hospitalier comme décrite ci-dessous.

Pour pouvoir s'acquitter efficacement de sa fonction, il doit faire la preuve d'avoir suivi avec succès une formation dans au moins les domaines suivants

– infections nosocomiales: prévention et contrôle; aspects microbiologiques et infectiologiques; aspects épidémiologiques;

– législation relative à l'hygiène hospitalière;

– agents antimicrobiens et gestion des antibiotiques.

Cette formation comprend au moins 300 heures de contact.

Par dérogation aux alinéas précédents, le médecin ou le pharmacien-biologiste qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, fait fonction de médecin-hygiéniste hospitalier en application des normes d'agrément en application à ce moment, ne doit pas remplir les conditions fixées en matière de formation.

N.B. l'AR du 26 avril 2007 est entré en vigueur le 17 juin 2007.

L'équipe d'hygiène hospitalière exécute les tâches suivantes:

1° le développement, la mise en oeuvre et le suivi, à travers l'hôpital, d'une stratégie relative:

a) aux mesures de protection standard ayant pour objet de prévenir la transmission de germes infectieux;

b) à l'isolement des patients infectés afin d'endiguer la transmission des maladies infectieuses;

c) à la surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs permettant d'en suivre et d'en corriger l'incidence au sein de l'établissement;

2° la mise sur pied d'une stratégie de lutte contre les épidémies;

3° le suivi des aspects ayant trait à l'hygiène dans le cadre d'activités hospitalières telles que:

a) la construction ou la transformation;

b) les activités au quartier opératoire ou en salle d'accouchements;

c) l'achat de matériels;

4° la mise en oeuvre des directives et recommandations rédigées par des organismes officiels tels que le Conseil supérieur de la Santé;

5° l'échange avec d'autres établissements d'informations et de l'expérience acquise, dans le cadre d'une plateforme de collaboration en matière d'hygiène hospitalière au sens de l'article 56, §3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

L'équipe établit un plan stratégique général ainsi qu'un plan d'action annuel, un rapport annuel d'activités et un rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe.

c) Le Comité d'hygiène hospitalière

Le Comité d'hygiène hospitalière se compose au minimum:

1° du directeur de l'hôpital;

2° de l'équipe d'hygiène hospitalière;

3° d'un pharmacien hospitalier;

4° d'un microbiologiste;

5° du médecin-chef;

6° du chef du département infirmier;

7° de trois médecins exerçant dans l'établissement, désignés par le conseil médical;

8° de trois infirmiers exerçant dans l'établissement, désignés par le chef du département infirmier.

Le comité d'hygiène hospitalière exécute au minimum les tâches suivantes:

1° discuter et approuver le plan stratégique général et le plan d'action annuel rédigés par l'équipe;

2° discuter et approuver le rapport annuel d'activités rédigé par l'équipe;

3° discuter et approuver le rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe;

4° discuter et approuver les budgets et les devis;

5° coordonner l'attribution de missions relatives:

a) au contrôle des techniques de stérilisation;

b) à la gestion des antibiotiques;

c) à l'élaboration de directives et à la surveillance:

- des procédés de lavage et de distribution du linge;

- de l'hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation tant à la cuisine qu'à la biberonnerie;

- des méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers;

d) à l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour le quartier opératoire, les quartiers d'accouchements et, le cas échéant, les services à risques.

Toutes les décisions prises au sein du comité sont consignées dans un registre et transmises à titre d'avis au directeur de l'hôpital. Le registre peut, en outre, être consulté par le médecin inspecteur compétent.

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

Le comité désigne un président parmi ses membres médecins.

Le comité peut inviter les chefs de service associés à la matière traitée.

Le comité peut faire appel à des conseillers. »

**Art. 2.** Pendant une période transitoire de cinq ans faisant suite à l'entrée en vigueur du présent arrêté, il suffit que l'infirmier-hygiéniste hospitalier ou le médecin-hygiéniste hospitalier engagé, remplisse, au plus tard à l'expiration de cette période, les conditions fixées en termes de formation, qui sont insérées, par le présent arrêté, dans le point 9°bis de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut prolonger le délai visé à l'alinéa précédent s'il devait s'avérer qu'à son expiration, un nombre insuffisant d'infirmiers, respectivement de médecins ou de pharmaciens-biologistes cliniques remplissent la condition de formation.

**Art. 3.** Notre Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 26 avril 2007.

ALBERT

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique,

R. DEMOTTE

Publié le : 2006-08-28

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE  
ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT

13 JUILLET 2006. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964  
portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent  
répondre

ALBERT II, Roi des Belges,  
A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68, modifié par l'arrêté royal du 25 avril 1997, confirmé par la loi du 12 décembre 1997;  
Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, annexe « III. Normes générales applicables à tous les établissements », « Normes d'organisation », notamment le 2°, modifié par les arrêtés royaux des 14 août 1987 et 15 février 1999, le 12°, remplacé par l'arrêté royal du 14 août 1987 et le 12°quater, inséré par l'arrêté royal du 14 août 1987;  
Vu l'avis du 9 mars 2006 du Conseil national des établissements hospitaliers;  
Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances du 2 mai 2006;  
Vu l'avis 40.534/3 du Conseil d'Etat, donné le 13 juin 2006 en application de l'article 84, § 1, alinéa 1<sup>er</sup>, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat;  
Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique,  
Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1<sup>er</sup>. Le 2° de la rubrique « III. Normes d'organisation » de la partie « Normes générales applicables à tous les établissements », figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux des 14 août 1987 et 15 février 1999, est remplacé par le suivant :

« 2° Dans chaque hôpital, la responsabilité de l'activité infirmière sera confiée à un infirmier gradué ou accoucheuse, ou à un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse, au titre de chef du département infirmier. Il aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique.  
Sans préjudice de la mission du directeur de l'hôpital, visée à l'article 8, 2°, et à l'article 12 de la loi sur les hôpitaux, le chef du département infirmier participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et cela en contact étroit avec le médecin en chef et les responsables des différents aspects des activités de l'hôpital.  
Afin de soutenir les aspects de l'organisation et de contenu des soins infirmiers, un cadre intermédiaire composé d'infirmiers chefs de service doit être prévu dans les hôpitaux généraux. Le cadre intermédiaire est constitué, par 150 lits, par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique.  
Dans tous les hôpitaux psychiatriques, il y a lieu de prévoir un cadre intermédiaire composé d'infirmiers chefs de service. Le cadre intermédiaire est constitué par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura

réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique.

Dans les hôpitaux psychiatriques comptant 150 lits ou plus, le nombre de cadres intermédiaires est déterminé proportionnellement, sur la base d'un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier ou master en santé publique, par 150 lits.

Selon l'organisation interne de l'hôpital, des tâches spécifiques peuvent être confiées au cadre intermédiaire, notamment l'accueil et la formation du personnel, les problèmes d'hygiène hospitalière, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, l'éducation du patient, l'introduction de nouvelles procédures et méthodes de travail.

Le chef du département infirmier de l'hôpital se concerta au moins dix fois par an avec les infirmiers chefs de service afin :

- de définir la vision stratégique du département infirmier;
- d'en évaluer sa cohérence avec la stratégie générale de l'hôpital, notamment en matière d'amélioration de la qualité des soins;
- d'assurer le suivi de sa mise en place et son développement.

L'hôpital établira un organigramme du département infirmier renseignant les responsables du département et des différents services et unité de soins.

En plus de cet organigramme, l'hôpital tiendra une liste de tous les infirmiers de l'hôpital, mentionnant leur diplôme ou brevet et leurs qualifications particulières.

Le nombre de personnes affectées aux soins doit répondre aux conditions spéciales fixées pour les différents services. ».

Art. 2. Le 12° de la rubrique « III. Normes d'organisation » de la partie « Normes générales applicables à tous les établissements », figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, remplacé par les arrêtés royaux des 14 août 1987 et 15 février 1999, est remplacé par le suivant :

« 12° Un infirmier en chef est désigné par unité de soins. L'infirmier en chef est un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de cadre de santé, ou une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique ou master en santé publique.

Cette formation doit être en rapport avec la direction d'une équipe d'infirmiers.

L'infirmier en chef participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et accomplit sa mission sous l'autorité hiérarchique du chef du département infirmier et en contact étroit avec avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

La présence d'un infirmier gradué ou breveté ou d'un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse sera garantie au côté de l'infirmier en chef, tous les jours de l'année, en permanence, par unité et maximum par 30 patients, ceci afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Le rapport entre le travail à temps plein et le travail à temps partiel doit être fixé en concertation avec le chef du département infirmier de l'hôpital de manière à ce que la continuité et la qualité des soins restent assurées.

Le travail infirmier dans les unités sera organisé de telle manière à pouvoir déterminer à chaque instant l'infirmier responsable d'un malade déterminé. ».

Art. 3. Le 12°quater de la rubrique « III. Normes d'organisation » de la partie « Normes générales applicables à tous les établissements », figurant en annexe de l'arrêté royal du 23

octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, inséré par l'arrêté royal du 14 août 1987, est remplacé par le suivant :

« 12quater Le chef du département infirmier, les infirmiers chefs de service et les infirmiers en chef doivent suivre une formation permanente, d'au moins 60 heures par période de 4 ans, afin d'entretenir leurs connaissances et compétences dans les domaines suivants :

- la législation sur les hôpitaux, y compris la législation relative au financement des hôpitaux;
- l'organisation et la gestion des ressources humaines, y compris le coaching;
- la législation sociale;
- les principes de la gestion d'entreprise;
- l'épidémiologie;
- la gestion des données hospitalières;
- l'efficacité et qualité des soins. ».

Art. 4. Les infirmiers qui, à la date de publication du présent arrêté, exerçaient déjà la fonction de chef du département infirmier, d'infirmier chef de service ou d'infirmier en chef peuvent continuer à exercer leur fonction.

Art. 5. Notre Ministre de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.  
Donné à Bruxelles, le 13 juillet 2006.

ALBERT

Par le Roi :  
Le Ministre de la Santé publique,  
R. DEMOTTE

## Arrêté Royal du 12 décembre 1997 publié le 25 décembre 1997

### Arrêté royal fixant, pour l'exercice 1998, le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux

source [ministere des affaires sociales, de la sante publique et de l'environnement](#)

numac 1997022899

pub. 25/12/1997

prom. 12/12/1997

moniteur [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article\\_body.pl?language=fsc\(...\)](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi/article_body.pl?language=fsc(...))



**12 DECEMBRE 1997. Arrêté royal fixant, pour l'exercice 1998, le budget global du Royaume, visé à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, pour le financement des frais de fonctionnement des hôpitaux**

ALBERT II, Roi des Belges, A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 87;

Considérant que les mesures prises dans le cadre du budget global 1997 poursuivent leurs effets en 1998;

Considérant qu'il y a lieu de prévoir en 1998 les moyens financiers nécessaires pour les révisions des budgets des moyens financiers des hôpitaux pour les années 1992 à 1994;

Considérant qu'il y a lieu d'appliquer strictement les normes d'agrément prévues par l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter, quant aux hôpitaux de moins de 150 lits, aux maternités comptant moins de 400 accouchements et aux services de pédiatrie de moins de 15 lits;

Considérant que l'application des normes d'agrément relatives aux taux d'occupation minimum des services hospitaliers, mise en oeuvre en 1997 poursuit ses effets en 1998;

Considérant qu'il y a lieu de tenir compte des fermetures volontaires de lits aigus et que les moyens ainsi libérés doivent, pour moitié, être ristournés soit sous certaines conditions à l'hôpital fermant des lits, soit au secteur sous forme de promotion de l'emploi;

Considérant qu'il y a lieu de financer au 1er juillet 1998 les normes relatives aux services MIC, NIC et N\*;

Considérant qu'au 1er août 1998, il y aura lieu de financer les normes pour les services d'urgence;

Considérant qu'au 1er janvier 1998, le financement de la fonction palliative dans les hôpitaux aigus, des unités résidentielles de soins palliatifs et de la hausse des normes pour les services X, doit être assuré;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant qu'il est urgent de fixer pour l'exercice 1998 le budget global pour le Royaume dont question à l'article 87 de la loi sur les hôpitaux, afin d'informer à temps les gestionnaires du budget des moyens financiers dont ils pourront disposer;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 19 novembre 1997;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions et de l'avis de Nos Ministres qui en ont délibéré en Conseil, Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1er.** Le budget global pour le Royaume pour l'année 1998 est fixé F 148 706 500 000, se répartissant en F 126 504 200 000 pour les hôpitaux généraux et F 22 202 300 000 pour les hôpitaux psychiatriques.

**Art. 2.** Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de la Santé publique et des Pensions sont chargés de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 12 décembre 1997.

ALBERT Par le Roi : La Ministre des Affaires sociales, Mme M. DE GALAN Le Ministre de la Santé publique et des Pensions, M. COLLA

Annexe 6.

**MINISTERE DE LA COMMUNAUTE FRANCAISE**  
**ADMINISTRATION GENERALE DE L'ENSEIGNEMENT ET DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE**  
**ENSEIGNEMENT DE PROMOTION SOCIALE DE REGIME 1**

**DOSSIER PEDAGOGIQUE**

**UNITE DE FORMATION**

**ELABORATION DU PROJET DE FORMATION**

**ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL DE TYPE COURT**

|  |
|--|
| <p><b>CODE :82 30 01 U34 D1</b><br/><b>CODE DU DOMAINE DE FORMATION : 804</b><br/><b>DOCUMENT DE REFERENCE INTER-RESEAUX</b></p> |
|--|

**Approbation du Gouvernement de la Communauté française du 11 juillet 2012,**  
**sur avis conforme de la Commission de concertation**

# ELABORATION DU PROJET DE FORMATION

## ENSEIGNEMENT SUPERIEUR PARAMEDICAL DE TYPE COURT

### 1. FINALITES DE L'UNITE DE FORMATION

#### 1.1. Finalités générales

Conformément à l'article 7 du décret de la Communauté française du 16 avril 1991 organisant l'enseignement de promotion sociale, cette unité de formation doit :

- ♦ concourir à l'épanouissement individuel en promouvant une meilleure insertion professionnelle, sociale, scolaire et culturelle ;
- ♦ répondre aux besoins et demandes en formation émanant des entreprises, des administrations, de l'enseignement et d'une manière générale des milieux socio-économiques et culturels.

#### 1.2. Finalités particulières

Cette unité de formation vise à permettre à l'étudiant d'élaborer son projet de formation dans la perspective d'un projet professionnel en :

- ♦ précisant la fonction de cadre dans le contexte des soins de santé ;
- ♦ identifiant les compétences spécifiques à cette fonction ;
- ♦ débutant une réflexion visant à se situer personnellement vis-à-vis de lui-même, des clients, des membres d'une équipe pluridisciplinaire, de sa profession et de son environnement.

### 2. CAPACITES PREALABLES REQUISES

#### 2.1. Capacités

- ♦ produire une analyse réflexive concernant une problématique professionnelle en exploitant des ressources bibliographiques adéquates et les données probantes ;
- ♦ situer l'exercice de sa profession au sein du système de santé ;
- ♦ se situer au sein d'une équipe pluridisciplinaire dans un contexte institutionnel de santé et dans le cadre de la prise en charge d'un patient ;
- ♦ décrire et justifier, au départ d'une situation de soin donnée, les démarches de prise en charge globale d'un patient et les principes qui les sous-tendent.

#### 2.2. Titre pouvant en tenir lieu

Bachelier en soins infirmiers, Bachelier accoucheuse, Bachelier ou Grade équivalent de la catégorie paramédicale.



### 3. HORAIRE MINIMUM DE L'UNITÉ DE FORMATION

| 3.1. Dénomination du cours                     | Classement du cours | Code U | Nombre de périodes |
|--|---------------------|--------|--------------------|
| Analyse de la fonction de cadre de santé       | CT                  | B      | 30                 |
| Démarche de mise en place d'une offre de soins | CT                  | B      | 10                 |
| Sociologie de la santé                         | CT                  | B      | 8                  |
| <b>3.2. Part d'autonomie</b>                   |                     | P      | 12                 |
| Total des périodes                             |                     |        | 60                 |

### 4. PROGRAMME

*Au départ de situations professionnelles en relation avec la fonction de cadre de santé,*

l'étudiant sera capable :

#### 4.1. En Analyse de la fonction de cadre de santé

- ♦ d'analyser la fonction de cadre de manière générale ;
- ♦ de découvrir la spécificité du cadre de santé au départ de témoignages de personnes ayant la responsabilité d'équipes de travail dans différents secteurs de soins de santé tant hospitaliers qu'extra-hospitaliers ;
- ♦ d'identifier les compétences-clés de la fonction de cadre ;
- ♦ de fixer les bases de son projet personnel de formation en relation avec les exigences et les ressources de la formation, les spécificités du contenu professionnel, les ressources et difficultés individuelles ;
- ♦ d'utiliser des outils d'évaluation diagnostique, et éventuellement de les adapter au contexte, en vue d'identifier ses motivations par rapport à :
  - ♦ sa formation,
  - ♦ son profil d'apprentissage,
  - ♦ les compétences déjà maîtrisées et celles à acquérir par comparaison avec les compétences-clés de la fonction de cadre.

#### 4.2. En démarche de mise en place d'une offre de soins

- ♦ de se référer à des modèles conceptuels en vue d'adopter une démarche fondée sur une philosophie de soins ;
- ♦ d'adopter la rigueur scientifique et la logique pour mener une démarche de résolution de problèmes.

#### 4.3. En sociologie de la santé

- ♦ de situer la politique de santé au sein de la politique socio-économique belge ;
- ♦ d'identifier les valeurs, les facteurs sociaux, anthropologiques et culturels qui conditionnent les représentations que les individus et les groupes ont de la santé.

### 5. CAPACITES TERMINALES

Pour atteindre le seuil de réussite, l'étudiant sera capable :

*Au départ de situations professionnelles en relation avec la fonction de cadre de santé,*

- ◆ d'identifier et de développer les facettes de la fonction de cadre et les compétences requises pour l'exercer en intégrant les données issues :
  - ◆ de témoignages de cadres,
  - ◆ de l'analyse d'une description de fonction d'une institution,
  - ◆ de la synthèse et la critique d'un article sur cette fonction ;
- ◆ d'analyser une situation de soins et de proposer une démarche pour la faire évoluer en utilisant un modèle conceptuel ;
- ◆ d'ébaucher son projet personnel de formation dans le cadre des modalités d'études proposées par l'organisme de formation :
  - ◆ en se basant sur les différentes dimensions de la fonction de cadre, le contexte des soins de santé, les compétences-clés à développer ;
  - ◆ en analysant sa situation institutionnelle spécifique ;
  - ◆ en tenant compte de ses caractéristiques individuelles.

Pour la détermination du degré de maîtrise, il sera tenu compte des critères suivants :

- ◆ le niveau de cohérence : la capacité à établir avec pertinence une majorité de liens logiques pour former un ensemble organisé,
- ◆ le niveau de précision : la clarté, l'exactitude et la concision au niveau de la terminologie, des concepts et des principes/modèles,
- ◆ le niveau d'intégration : la capacité à s'appropriier des notions, concepts et démarches en les intégrant dans son analyse,
- ◆ le niveau d'autonomie : la capacité de faire preuve d'initiatives démontrant une réflexion personnelle basée sur une exploitation des ressources et des idées en interdépendance avec son environnement.

## 6. CHARGÉ(S) DE COURS

Un enseignant ou un expert.

L'expert devra justifier de compétences particulières issues d'une expérience professionnelle actualisée en relation avec le programme du présent dossier.

## 7. CONSTITUTION DES GROUPES OU REGROUPEMENT

Aucune recommandation particulière.

# Bibliographie

## Les livres :

- Bajoit G. *Le changement social, Approche sociologique des sociétés occidentales contemporaines*, Paris, Collection De Boeck, Editeur Armand Colin, 2003, 454 p.
- Bourgeons D. et al., *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail, une position difficile ente soins et management*, Paris, Edition Lamarre, Collection « Fonction de cadre de santé », 2012, 344 p.
- Bourret P., *Les cadres de santé à l'hôpital, un travail de lien invisible*, Collection « Seli Arslan », Paris, 2006, 288p.
- Campia P., *Penser la formation des infirmières et des cadres de santé*, Paris, Collection « Walter Hesbeen », Edition Seli Arslan, 2015, 188 p.
- Collerette P., Delisle G., Perron R., *Le changement organisationnel : théorie et pratique*, Québec, Presse de l'université du Québec, 1997, 192 p.
- Collerette P., *Les enjeux communicationnels de la gestion d'un changement dans une organisation*, Montpellier, 1995, 856 p.
- Coudray M-A., *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager ? Identité et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin*, Paris, De Boeck, Collection « Sciences du soin », 2014, 111 p.
- Gaulejac V., *La Société malade de la gestion, idéologie gestionnaire, pouvoir managérial et harcèlement social*, Paris, Le Seuil, Collection « Economie humaine », 276 p.
- Kniebiehler Y., *Cornettes et blouses blanches, les infirmières dans la société française*, Paris, Collection « Hachette », 1984, 297 p.

- Lepec M., *Recueil général des lois, décrets, ordonnances, etc : depuis le mois de juin 1789 jusqu'au mois d'août 1830, volume 5*, Paris, 1839, 304 p.
- Sliwka C., et Deschamps C., *Les cadres de santé, des cadres de métier*, Lamarre, Paris, 2007, 224 p.

### **Les revues, les articles et les cours :**

- Article de manifestation organisée par le pôle de l'université populaire de Narbonne : Tozzi M., « Septi philo : « De l'origine à l'identité » », juillet 2009.
- Vantomme P., *Cours de sociologie et sociologie de la santé*, 2013-2014, p. 21.
- Vantomme P., *Cours de psychosociologie appliquée aux relations de travail*, 2013-2014, 108 p. 41.
- Vantomme P., *Cours de Méthodologies de recherche appliquée au secteur de la santé*, 2013-2014.
- Randin J-M., « *Approche centrée sur la personne* », in Cairn. Info, n° 7, Pratique et recherche 2008, p. 71.
- Delvaux B., « Les hôpitaux en Belgique. Evolution de l'infrastructure et de la politique hospitalière », in *Courrier hebdomadaire du CRISP*, n°35, 1986, pp. 1-67.
- Hart J., Mucchielli A., « Les racines de la culture affective des établissements de santé », in *Revue gestion hospitalière*, n°332, janvier 1994, Paris, pp. 10-14.

### **Les sites internet :**

- <http://www.cadreo.com/actualites/dt-origine-mot-cadre> (page consultée le 17 février 2017).
- [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr) :

<http://www.cnrtl.fr/etymologie/cadre> (page consultée le 17 février 2017).

<http://www.cnrtl.fr/definition/origine> (page consultée le 16 février 2018).

<http://www.cnrtl.fr/definition/m%C3%A9tier> (page consultée le 9 mars 2018).

<http://www.cnrtl.fr/definition/%C3%A9volution> (page consultée le 25 avril 2017).

- [www.larousse.fr](http://www.larousse.fr) :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/voir/82389> (page consultée le 15 février 2018).

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9volution/31900> (page consultée le 22 mai 2017).

- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id> (page consultée le 12 décembre 2017).
- <https://www.assistancescolaire.com/eleve/2nde/francais/lexique/M-mythe-fx077> (page consultée le 13 février 2018)
- <http://www.la-definition.fr/evolution> (page consultée le 22 mai 2017).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id> (page consultée le 22 mars 2018).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> (page consultée le 22 mars 2018).
- [http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/change\\_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006092741&table\\_name=loi](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2006092741&table_name=loi) (page consultée le 27 février 2018).

- [http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscomm issie - medisch aanbod-fr/19099755\\_fr.pdf](http://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/planningscomm issie - medisch aanbod-fr/19099755_fr.pdf) (page consultée le 19 juillet 2017).
- <http://www.e-marketing.fr/Definitions-Glossaire/Resistance-changement-242953.htm#rReDAfiDD4qA1LYZ.97> (page consultée le 21 mars 2018).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005619244> (page consultée le 17 juillet 2017).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000720668&categorieLien=id> (page consultée le 22 mars 2018).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539> (page consultée le 10 août 2017).
- <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000592539> (page consultée le 10 août 2017).
- <http://www.leconflit.com/article-le-deni-comme-mecanisme-de-defense-69945311.html> (page consultée le 10 janvier 2018).
- <http://www.leconflit.com/article-le-deni-comme-mecanisme-de-defense-69945311.html> (page consultée le 10 janvier 2018).
- [https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/espace\\_presse\\_communique\\_etude\\_femmes\\_cadres\\_et\\_hommes\\_cadres\\_des\\_inegalites\\_professionnelles\\_qui\\_persistent/7cebddab60b24634e23b128611efedc4.pdf](https://presse.apec.fr/files/live/mounts/media/fichiers/espace_presse_communique_etude_femmes_cadres_et_hommes_cadres_des_inegalites_professionnelles_qui_persistent/7cebddab60b24634e23b128611efedc4.pdf) (page consultée le 15 mars 2018).

#### **Les divers :**

- Larousse. *Le petit Larousse illustré 2014*, Paris, Edition Larousse, 2014, 2016 p.
- Le Robert. *Le petit Robert illustré 2018*, Paris, Edition Sejer, 2018, 2132 p.