



HAL
open science

**Socialisation professionnelle de “ novices expérimentés ” : les
faisant fonction de cadres à l’hôpital, in Didier Demazière,
Joëlle Morrissette et Marc Zune, La socialisation
professionnelle, Toulouse, Octarès, 2019, pp. 151-176.**

Sophie Divay

► **To cite this version:**

Sophie Divay. Socialisation professionnelle de “ novices expérimentés ” : les faisant fonction de cadres à l’hôpital, in Didier Demazière, Joëlle Morrissette et Marc Zune, La socialisation professionnelle, Toulouse, Octarès, 2019, pp. 151-176.. Didier Demazière, Joëlle Morrissette et Marc Zune, La socialisation professionnelle, Toulouse, Octarès, 2019., 2019. <hal-03005304>

HAL Id: hal-03005304

<https://hal.science/hal-03005304v1>

Submitted on 13 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L’archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d’enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



HAL Authorization

Sophie Divay
Université de Reims
Laboratoire CEREP
Sophie.divay@univ-reims.fr

Introduction

- 1- Le dispositif FFC : contexte et conditions d'émergence
- 1- 1- Tournant managérial et gestionnaire, déspecialisation du groupe professionnel
- 1- 2- Le dispositif « faisant fonction de cadre de santé » (FFC)
- 1- 3- Justifications du recours au dispositif de FFC
- 1- 4- Mises en forme localisées et diversifiées du dispositif de FFC
- 2- Structuration combinée de la socialisation professionnelle des cadres de santé
- 3- Un parcours individuel de FFC

Le cheminement de Safia, FFC pendant deux ans

Inscription du parcours individuel de Safia dans le schème particulier de socialisation professionnelle des FFC

- 4- Dimensions au cœur du processus de la socialisation professionnelle des cadres en devenir
- 4- 1- « Gestionnarisation » des FFC
- 4- 2- Managérialisation des FFC

Conclusion

Socialisation professionnelle de « novices expérimentés » : les faisant fonction de cadres à l'hôpital

in Didier Demazière, Joëlle Morrissette et Marc Zune, *La socialisation professionnelle*, Toulouse, Octarès, 2019, pp. 151-176.

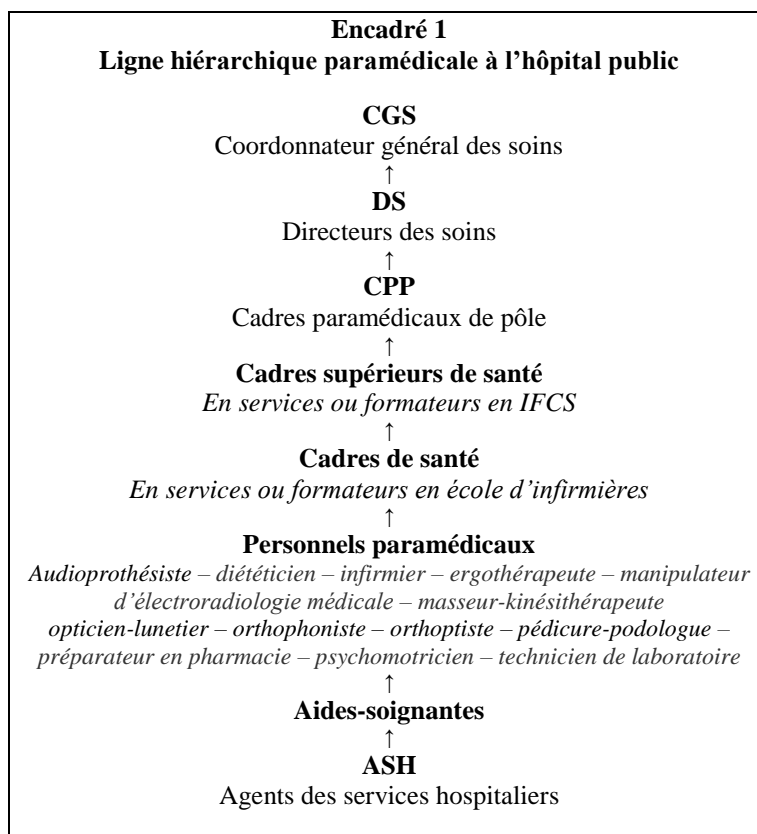
*« Les surveillants et surveillantes dirigent des infirmiers et des infirmières
et le personnel de service sous l'autorité du directeur,
pour toutes les fonctions administratives,
et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades.
Ils sont responsables de la distribution aux malades des vêtements,
aliments et tous autres objets de consommation reçus de l'économiste. »*
(Décret 831 du 17 avril 1943).

Introduction

La gestion du personnel, ou des ressources humaines, est un domaine souvent oublié dans l'étude des transformations hospitalières, certainement parce que moins spectaculaire et visible que les progrès médicaux techniques et thérapeutiques. Restent dans l'ombre les personnels chargés de l'organisation du travail et des soins. Et pourtant, ils n'ont pas été parmi les derniers à connaître des évolutions. Ainsi, les surveillantes de soignants ont-elles été pendant longtemps nommées à l'ancienneté en fonction de décisions locales prises par le directeur d'hôpital et le médecin-chef de service. Progressivement, la carrière de leurs successeurs, désormais nommés « cadres de santé », a été de plus en plus régie par une réglementation, comportant nombre d'arrêtés et de décrets, qui a réduit la marge de manœuvre des directions.

Depuis le décret de 2001¹, « les anciennes voies d'accès au grade de cadre de santé – notamment par voie d'inscription sur un tableau d'avancement – sont supprimées. Ce décret instaure un passage obligatoire par un institut de formation des cadres de santé (IFCS) ainsi que l'obtention du diplôme sanctionnant la formation pour prétendre accéder au grade de cadre de santé. » (Derche, 2005, p.9). Il faut obligatoirement avoir réussi un concours national, suivi une formation de dix mois dans un IFCS et obtenu un diplôme délivré par le ministère de la Santé pour enfin être affecté à un poste de cadre et titularisé.

Si l'on s'en tient à ces dispositions légales, on peut considérer qu'on ne devient cadre qu'après avoir appris à le devenir, c'est-à-dire après avoir suivi un enseignement formalisé et formel, défini par un programme national et dispensé par des formateurs issus du métier (cadres supérieurs de santé, cf. encadré 1) dont les missions relèvent de textes législatifs. La transmission des savoirs, du métier ou de la fonction de cadre serait une prérogative de ces écoles professionnelles dont le fonctionnement est organisé par un cadre réglementaire.



Toutefois, dans la pratique, ce cadre légal n'est pas strictement respecté. Parallèlement à l'application de ces procédures nationales réglementées, on assiste au développement de démarches localisées visant non pas la formation (par des formateurs), mais la fabrication (par des professionnels non-formateurs) des futurs cadres. Indépendamment des écoles professionnelles, des dispositifs d'apprentissage informels sont mis en place par les employeurs et la hiérarchie paramédicale à travers l'instauration de postes transitoires dits de

¹ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

« faisant fonction de cadre » (FFC). Ces postes sont attribués à des agents non cadres et occupés pendant une durée variable (le plus souvent deux ou trois années).

Comment caractériser sociologiquement ce dispositif de FFC ? Selon la désormais très classique distinction de Berger et Luckmann (1996), il s'agit de toute évidence d'une forme de socialisation secondaire professionnelle, sans programme pédagogique, par immersion, souvent brutale (du jour au lendemain), dans une fonction et par confrontation continue à des attentes, injonctions, questions auxquelles le FFC doit répondre sans délai. L'apprentissage par intériorisation, incorporation ne relève pas tant de l'action contrôlée et organisée d'agents socialisateurs, qui seraient expressément investis d'un rôle de tuteur, que d'enseignements tirés d'épreuves empiriques auxquelles il faut faire face jour après jour. C'est donc le facteur temps qui agit le plus fortement à travers un travail réflexif, permettant progressivement au « socialisé » de développer des capacités d'interprétation, d'anticipation, action et réaction, au sein d'interactions en situation de travail réel avec de multiples partenaires de travail. La principale problématique de ces cadres en devenir n'est de ce fait pas la construction d'une identification anticipée à un groupe de référence par projection personnelle (Merton, 1957), mais celle d'une identification immédiate par adaptation interactionnelle.

Cette socialisation par adaptation « sur le tas » revêt en l'occurrence une autre spécificité : elle s'opère chez des travailleurs certes novices dans leur nouvelle fonction, mais expérimentés dans leur milieu professionnel. On parle d'ailleurs de « deuxième carrière » concernant des agents quarantennaires. Ils ne sont de ce fait pas totalement démunis pour exercer leurs nouvelles responsabilités ; ils puisent dans leur capital de connaissances pratiques, techniques, relationnelles, médicales, constitué depuis des années, mais n'y trouvent pas toujours les ressources nécessaires pour traiter les problèmes inconnus qui se présentent à eux. La socialisation de ces novices expérimentés suppose donc un travail cognitif mais aussi moral sur fond de reconversion professionnelle. De l'état de soignant, il s'agit de passer à celui de chef dit de proximité, et cette transformation individuelle s'effectue dans le cadre d'évolutions structurelles hospitalières. Les cadres de santé d'aujourd'hui n'ont plus le même mandat que les surveillantes d'hier. Le décret de 1943 (placé en exergue de ce texte) est obsolète : d'une part, une hiérarchie paramédicale (*cf.* encadré 1) s'est constituée au cours du temps, limitant le pouvoir des directeurs et médecins ; d'autre part, le travail prescrit des cadres de santé ne s'apparente plus à celui de gouvernantes (distribution des vêtements, aliments, etc.), mais de managers et gestionnaires plongés au sein d'organisations rationalisées par des logiques financières dont ils doivent se faire les relais.

Ce sont les caractéristiques de ce contexte d'émergence qui seront dans un premier temps précisées, puis celles du dispositif de FFC (§.1). Une trame des étapes du parcours du cadre en santé en devenir (§.2) permettra de situer la période de FFC sur laquelle un zoom sera fait à travers l'analyse d'un parcours individuel (§.3). Apparaîtront alors deux dimensions socialisatrices déterminantes de la fabrication du cadre de santé dont les effets de transformation identitaire sont grandement favorisés par la force de processus agissant directement sur les dispositions soignantes des futurs managers (§.4).

Encadré n°1 : méthodologie d'enquête

L'enquête, en cours depuis 2013, n'est soutenue par aucun financement et ne répond de ce fait à aucune commande institutionnelle. Elle est menée indépendamment de toutes demandes d'évaluation, « mesure d'impact », « aide au pilotage » ou « préconisations », de plus en plus répandues dans les services publics (Martineau, Portelance, Presseau, 2009). Elle se déroule dans des hôpitaux de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris et dans un centre hospitalier universitaire (CHU X) de Province et certains de ses établissements périphériques. Ces terrains donnent accès à des sites hospitaliers aux situations contrastées du fait de leur taille, ressources financières et humaines, type de patients, organisation, degré de technicité et prestige médical, permettant ainsi de comparer différents dispositifs de FFC implantés dans des contextes hospitaliers variés.

Les 144 entretiens réalisés jusqu'à présent ont tous été enregistrés et intégralement retranscrits. Ils ont globalement été menés auprès de deux types d'interviewés : d'une part, des cadres paramédicaux en services ou de la formation, de tous niveaux hiérarchiques (de FFC au CGS), en activité ou à la retraite ; d'autre part, des salariés ou des membres d'institutions, organismes ou secteurs en charge de la gestion, formation, défense, représentation, du financement de ces cadres (directions d'hôpitaux, écoles professionnelles, associations professionnelles, agences, fédérations nationales, collectivités territoriales, syndicats, organisme paritaire collecteur agréé, etc.). On mobilisera ici plus particulièrement le premier type d'entretiens conduits de manière à faire raconter aux cadres leur parcours biographique à partir de leur entrée en école d'infirmière (ou autre formation paramédicale), point de passage commun à tous ces ex-soignants, autour duquel (en amont et en aval) ils ont retracé librement leur cheminement professionnel inévitablement mêlé d'événements personnels qu'ils évoquaient spontanément. Les relances visaient un approfondissement des récits sur les tournants de leur carrière, les acteurs impliqués, les événements déclencheurs, la durée des séquences, une comparaison de ces séquences, amenant ainsi les interviewés à porter un regard réflexif sur les moteurs de leur parcours. Si les rendez-vous ont parfois été difficiles à obtenir, surtout auprès des cadres du sommet de la hiérarchie dont les agendas sont chargés, une fois la situation d'entretien installée, ces chefs disaient apprécier ce moment (d'une durée souvent supérieure à 2 heures) qui leur permettait d'exprimer leurs difficultés et de rompre avec leur solitude ordinaire, due soit à un manque d'interlocuteurs de confiance, soit au respect des convenances propres au monde des chefs. Ces questionnements ont structuré l'analyse thématique réalisée manuellement sur le contenu de chaque entretien et les comparaisons des parcours singuliers qui ont fait apparaître des traits communs, majoritaires, et des variations entre autres dues au contexte (spécialité médicale du service, moyens financiers de l'établissement, filière professionnelle d'origine du cadre).

Parallèlement à ces entretiens de nombreuses séquences d'observation participante ou non participante ont eu lieu sur des scènes sociales variées : cours et suivi de mémoires en école et à l'université, épreuves de sélection au concours d'entrée en formation en IFCS, journées et congrès d'associations professionnelles et fédérations, Salon infirmier, réunions institutionnelles, etc. De nombreux documents ont également été consultés et analysés : rapports institutionnels, revues professionnelles pour cadres, ouvrages écrits par des cadres sur leur profession.

1- Le dispositif FFC : contexte et conditions d'émergence

1- 1- Tournant managérial et gestionnaire, déspecialisation du groupe professionnel

La hiérarchie infirmière, puis dite paramédicale, a connu des évolutions marquantes à partir de la moitié du XX^e siècle : progressive disparition de la surveillante qui laisse la place aux cadres infirmiers (1975) et par la suite aux cadres de santé (1995) ; construction d'une lignée hiérarchique indépendante de celle des médecins et des administratifs, avec la création du corps des infirmières générales (1975), devenues directrices des soins (2002) ; ouverture de formations spécifiques pour les cadres et infirmières générales. Ces évolutions se produisent au sein d'un milieu hospitalier public transformé par de profondes mutations qui s'opèrent entre l'après Seconde Guerre mondiale et les années 1970 : « Au 1^{er} janvier 1975, le parc hospitalier (non compris les hôpitaux psychiatriques) comportait 430 000 lits, soit un accroissement de 28 % par rapport au 1^{er} janvier 1962. » (Maillard, 1986, p.64). Cette période faste est entre autres portée par une forte croissance économique et des progrès scientifiques et techniques qui se déploient dans les CHU à partir de 1958. Toutefois, cette embellie

s'achève sur un revirement politique et économique qui instaure durablement une logique gestionnaire de restriction budgétaire et de réduction des dépenses. Les lois, programmes, plans, mesures, qui se succèdent à partir des années 1980 jusqu'à nos jours obéissent à des principes d'action publique relevant du nouveau management public (Pierru, 2007 ; Belorgey, 2010, 2013 ; Mas, Pierru, Smolski, Torrielli, 2011 ; Gheorghiu, Moatty, 2013), empreint d'une vision entrepreneuriale dont les maîtres mots sont « efficacité », « performance », « qualité », « gains de productivité », « évaluation », etc.

Ces orientations redéfinissent en profondeur l'organisation et le sens du travail, les modes de prise en charge des patients, les relations professionnelles inter-catégorielles et nécessitent une « orchestration » de la mise en place du changement qui devient récurrente et structurelle, souvent pénible et porteuse de contradictions. Dans de telles conditions, les directions des établissements de santé comptent tout particulièrement sur leurs cadres dits de « proximité » pour garantir une acceptation et une application efficace de leurs décisions. De cette « efficacité » dépend leur capacité à rendre des comptes à leurs financeurs et institutions de tutelle (ministère, ARS², conseil régional, etc.), notamment lorsqu'ils conduisent un « plan de retour à l'équilibre financier ».

Dans cette perspective, les cadres de santé jouent un rôle essentiel quand on sait que les agents de la filière soignante représentent plus de 70 % du personnel non médical des hôpitaux³. Ces chefs de proximité sont des passeurs de la politique d'établissement et les moteurs de son application par le biais d'une constante mobilisation et dynamisation des équipes qui souvent s'essouffent dans cette course aux changements. Comme ailleurs (Boussard, 2011), l'hôpital va remettre en cause le modèle du cadre traditionnel, ayant accédé à son statut par promotion interne, et valoriser la nouvelle figure du cadre-manager (Divay, Gadea, 2008, 2015). Le savoir technique, l'expertise ou l'attachement au service public et au travail bien fait comptent désormais moins que l'adhésion à la politique d'entreprise, la croyance en une inéluctable modernisation et les compétences transversales détachées du « cœur de métier ».

C'est en 1995 qu'intervient la dernière réforme en date de la formation des cadres. Le contenu du programme est remanié : « 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 de la gestion. Les connaissances en médecine et en chirurgie ne sont plus testées lors du concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé, alors qu'elles constituaient l'essentiel du programme de l'année préparatoire. » (Bourret, 2006, p. 37). Par ailleurs, les cadres infirmiers sont rebaptisés « cadres de santé », rompant ainsi la filiation avec le métier d'infirmière pour ouvrir le concours également aux personnels paramédicaux des filières de rééducation et médicotechnique (cf. encadré 1, liste des métiers). Cet élargissement du profil de l'ex-surveillante conduit ainsi à l'affirmation et à la reconnaissance du groupement professionnel des personnels paramédicaux.

Le modèle du cadre-manager généraliste est notamment repris par Chantal de Singly, ex-directrice d'hôpitaux parisiens et alors directrice de l'Institut de management à l'Ecole des hautes études de la santé publique, lorsque Roselyne Bachelot, ministre de la Santé, lui confie

² ARS : Agence régionale de santé

³ Source : <http://infos.emploi-public.fr/dossiers/la-fonction-publique-en-chiffres/la-fonction-publique-en-chiffres-2011/hospitaliere-les-soignants-constituent-70-des-effectifs/apm-1339/>. La filière soignante représente 70,2 % du personnel non médical des hôpitaux. Dans cette filière, les agents les plus nombreux sont les infirmiers (32 %), les aides-soignants (32 %) et les agents de service hospitalier (16 %).

en 2009 la « Mission cadres hospitaliers ». Dans son rapport, l'auteure insiste sur la dimension managériale de la fonction de cadre de santé, qu'elle entend revaloriser, notamment pour répondre aux griefs des cadres de terrain consultés, qui se plaignaient d'un manque de reconnaissance salariale et de marges de manœuvre. Elle encourage également une « universitarisation » de la formation des cadres, et ce en accord avec les attentes et initiatives du groupe professionnel. En effet, on a vu fleurir au début des années 2000, notamment après les accords de Bologne, des partenariats entre IFCS et différentes universités permettant aux étudiants d'obtenir, parallèlement à leur diplôme de cadre, un master 1 ou 2, souvent rattaché à un département de gestion ou encore à un institut d'administration des entreprises (IAE).

Toutefois, l'ajout de démarches et étapes informelles non prévues réglementairement ne s'arrête pas là. En effet, en amont de la formation en IFCS, se répand dans les établissements l'usage du dispositif de faisant fonction de cadre de santé. Cette période d'apprentissage non statutaire relève entre autres d'une mise à l'épreuve qui démontre la complexité « des mécanismes de contrôle à l'entrée des groupes professionnels (...) [dont] la régulation apparaît de moins en moins comme une règle stabilisée et codifiée, mais doit être conçue comme une activité sociale, objet de stratégies multiples, plus ou moins formalisée, processuelle. » (Demazière, Gadea, 2009, p. 450).

1- 2- Le dispositif « faisant fonction de cadre de santé » (FFC)

La catégorie des « faisant fonction » se rencontre dans les trois fonctions publiques (d'Etat, territoriale et hospitalière). Le principe est simple : un fonctionnaire d'un grade dans un corps donné se voit confier un emploi d'un niveau supérieur au sien, son traitement et ses perspectives de carrière et de retraite restant inchangés. D'après une directrice des ressources humaines du CHU de Nantes : « Faire faisant fonction c'est accomplir par exception une fonction dont on n'est pas le titulaire ou encore servir, être employé en guise de... » (Legendre, 2015, p.19).

Rien d'illégal donc, mais cette fonction réglementairement « marginale » entretient des zones d'ombre : « Supposé être dérogatoire, le statut de “faisant fonction” reste assez nébuleux (...) La loi demeure assez confuse concernant les “faisant fonction” et la durée légale durant laquelle ils peuvent s'exonérer du diplôme. “Il n'y a que pour les ‘faisant fonction’ de cadres formateurs qu'un délai maximal est imposé, précise Marie-France Guilbert, directrice de l'IFCS Croix-Rouge Paris. (...) Tout dépend de l'établissement employeur. Certains prévoient même de financer la préparation du concours d'entrée à l'IFCS.” » (Dihl, 2012, p.27).

De ce fait, il est difficile de disposer de chiffres précis sur le nombre de soignants concernés par ce dispositif et sur les pratiques qui organisent leurs conditions d'emploi et de carrière. En 2009, un rapport sur les cadres à l'hôpital donne toutefois un ordre d'idée : « Au regard des données fournies par la DHOS⁴, les effectifs de cadres hospitaliers s'élevaient en 2007 à environ 45 000 personnes soit 5,6 % du total des effectifs non médicaux des établissements publics de santé. Si l'on ajoute à ce chiffre l'effectif des personnels « faisant fonction de cadres », on approche les 6 % des effectifs des établissements publics de santé. » (2009, p.6), ce qui équivaldrait très approximativement 5000 agents en poste de FFC par an. Mais ce n'est pas tant le volume que les évolutions de ces effectifs qui sont intéressantes. Les séries de données globales étant quasiment introuvables, on ne peut donc s'en tenir qu'aux discours des

⁴ Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins, devenue Direction générale de l'offre de soins (DGOS) en 2009.

interviewés qui disent tous avoir constaté la multiplication des FFC au cours des années 2000. Pour certains, les FFC n'existaient tout simplement pas avant les années 2000, pour d'autres ils étaient rares.

1- 3- Justifications du recours au dispositif de FFC

Quand on interroge les responsables de la gestion du personnel soignant (directeurs des ressources humaines [DRH], directrices des soins, cadres supérieurs, etc.), plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce récent recours aux FCC. La plus fréquemment évoquée est celle d'une perte d'attractivité des postes de cadres (Desserprit, 2017). Les soignants sont de moins en moins nombreux à vouloir assumer des tâches administratives et gestionnaires qui non seulement les éloignent de plus en plus des patients, mais qui en outre les contraignent à mettre en œuvre des décisions dommageables pour les équipes : mesure de la charge de travail, calcul des « effectifs cibles » ou minimaux, regroupements de services, mutualisations des moyens, intensification du travail, contrôle voire baisse de la DMS (durée moyenne de séjour des patients), imposition de la polyvalence des personnels au sein d'un pôle pour assurer les remplacements et faire face à l'absentéisme, etc. L'obligation de faire ce « sale boulot » dissuaderait nombre d'agents.

Selon les interlocuteurs, les arguments justifiant l'intérêt du dispositif de FFC varient, sans pour autant se contredire. Les agents chargés de pourvoir les postes de cadres insistent en premier lieu sur « le manque de cadres ». Ils disent avoir dans leur établissement des postes de cadres vacants qu'ils doivent confier à des soignants non diplômés. Ce mode de recrutement par défaut n'est pas qu'un pis-aller et comporte selon ses utilisateurs plusieurs avantages. Le soignant dispose ainsi d'une période d'essai lui permettant de vérifier si son projet de devenir cadre est « solide ». Il se « frotte » à la réalité et en découvre les facettes insoupçonnées. Il peut passer par une phase de désenchantement en sortant de l'illusion de la posture du « cadre tout-puissant » capable de résoudre tous les problèmes auxquels il a été confronté en tant que soignant. Les FFC apprécient cette période de test qui leur permet, en cas d'abandon, de renoncer à leur projet de devenir cadre en toute liberté sans qu'il ne leur en soit tenu rigueur. Ils reprennent ainsi leur poste de soignant (des filières infirmière, de rééducation ou médicotechnique) sans perdre la face, même si ce retour en arrière peut comporter un coût personnel plus ou moins atténué par le renoncement à un projet après un essai non concluant.

Les encadrants apprécient cette possible rétractation après essai car elle économise l'engagement de frais inutiles occasionnés par un candidat qui se retrouverait en difficulté dans son rôle de cadre après avoir bénéficié de financements pour sa préparation au concours et son année de formation⁵. Elle évite également les problèmes de reclassement de cet agent diplômé cadre de santé incapable, ou jugé incapable, d'assurer sa fonction. Toujours dans le registre des avantages financiers, certains interviewés, notamment FFC ou jeunes cadres diplômés, ne sont pas sans faire remarquer les économies que les directions d'établissement réalisent en attribuant un poste de cadre à un FFC. En effet, celui-ci reste dans son grade et conserve donc son salaire de soignant, même si parfois certains perçoivent une (petite) prime, accordée selon le bon vouloir du directeur.

⁵ Par exemple, en 2015, pour les étudiants de l'IFCS du CHU X, le coût cumulé des étapes menant jusqu'à l'obtention du diplôme de cadre est compris entre environ 62 000 et 67 000 euros, soit 17 000 euros pour la formation comprenant un master 2 et le diplôme cadre auxquels il faut ajouter de 45 000 à 50 000 euros de salaire annuel et de cotisations sociales selon la grille indiciaire de l'agent formé.

Les directeurs de soins et DRH soulignent également l'opportunité de repérage que leur fournit le dispositif de FFC. Par ce biais, ils détectent les agents à potentiel ou « les talents », gagnant ainsi en latitude dans la gestion de leur personnel. En amont des dispositions réglementaires qui régissent notamment l'accès au concours et à la formation, ils peuvent présélectionner les candidats, déceler les aptitudes au management et renforcer leur contrôle sur le déroulement des carrières des personnels. Ils mettent à l'épreuve les agents repérés, et par la suite accordent aux élus le financement de leur préparation et passation du concours ainsi que leur année de formation s'ils sont reçus. Grâce à cette période probatoire, les supérieurs hiérarchiques évaluent (selon l'expression en vigueur dans la fonction publique hospitalière) la « manière de servir du fonctionnaire » en situation réelle, c'est-à-dire non seulement ses compétences techniques ou organisationnelles, mais aussi son « positionnement cadre » ou son rapport à la hiérarchie et à l'autorité : « La période de faisant fonction est par essence une période propice à l'évaluation de la loyauté d'un futur cadre vis-à-vis de sa hiérarchie, de son engagement, de sa capacité à faire face, à tenir le cap. » (Legendre, 2015, p.25).

Bien que de plus en plus répandue, cette gestion informelle du dispositif de FFC n'obéit à aucune règle administrative et nationale. Elle donne lieu à de multiples initiatives non coordonnées et non concertées entre établissements qui bafouent entre autres le principe d'égalité de traitement des agents titulaires, en l'occurrence voués à appartenir au même corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière.

1- 4- Mises en forme localisées et diversifiées du dispositif de FFC

Chaque hôpital organise les modalités de gestion des personnels FFC qui bénéficient ou non de divers avantages : « Le statut de la fonction publique hospitalière ne prévoit pas une reconnaissance particulière pour les faisant fonction cadres. Les établissements ont pour la plupart défini quels modes de gratification ils mettent en place. Il peut s'agir de la préparation au concours, du versement d'une prime prenant différentes formes (prime de service, prime d'encadrement, heures supplémentaires). » (Legendre, 2015, p.25)

Des différences marquantes s'observent également dans les formes d'« accompagnement » des FFC qui se déclinent en un large éventail de procédés, allant de l'inexistence de procédure à la mise en place d'un programme formalisé et composé d'étapes successives incontournables. Nous citerons celui de l'établissement public de santé mentale (EPSM Y, rattaché au CHU X), situé en province, qui, d'après la directrice des soins, comprend :

- la déclaration du « postulant » de son intention de devenir cadre de santé faite auprès de son cadre de proximité et de son cadre de pôle ;
- l'examen des candidatures par le cadre de proximité et le cadre supérieur ainsi que par la commission d'évaluation des projets professionnels (CEPP) ;
- la prise en compte de l'avis donné par le médecin chef de service (qui n'est pas le responsable hiérarchique du personnel paramédical) ;
- l'entrée dans la phase de mise à l'épreuve réservée aux « agents repérés » ;
- la proposition d'une mission d'encadrement dans une unité de soins accompagnée par le cadre de pôle et les cadres supérieurs de la CEPP ;
- la remise d'un guide d'accompagnement qui renferme des consignes sur « la conduite à tenir pour devenir cadre de santé, notamment le respect de la politique institutionnelle et les décisions prises par l'établissement et les compétences managériales attendues » ;

- un à trois mois après le début de cette mission, la première évaluation du postulant portant sur : « sa posture cadre », c'est-à-dire « sa capacité à observer une bonne distance relationnelle avec l'équipe » ; le respect du port « d'une tenue vestimentaire adéquate au service » ; ses compétences relationnelles ; ses compétences pédagogiques ; ses compétences organisationnelles ;
- le début d'une période « d'un an, modulable selon la situation » dite d'apprentissage fondée sur la signature d'un « contrat d'engagement écrit et signé par le postulant, le cadre accompagnant et la direction des soins » ;
- à l'issue de la mission d'encadrement, la rédaction d'un « rapport d'étonnement » soutenu à l'oral débouchant ou non sur l'attribution d'un poste de FFC ;
- l'écriture d'un projet professionnel soumis à la CEPP ;
- la mise en poste en tant que FFC sur un emploi vacant de cadre de santé si le projet professionnel est validé. L'accompagnement est poursuivi par les cadres de santé supérieurs ; de cette période doit émerger un questionnement qui constituera le sujet du mémoire de cadre au cours la formation en IFCS.

Si ce long parcours est strictement ordonné, « la mise à l'épreuve est surtout initiée avant la prise de fonction FFC » comme le souligne la directrice des soins elle-même : « *un agent mis en FFC est déjà considéré comme quelqu'un de responsable. Un cadre en initiation. La prime d'encadrement de cadre de santé leur est d'ailleurs attribuée* ». Ici, l'état de FFC équivaut à un statut de cadre de santé. Le repérage, la socialisation et l'attribution par l'employeur d'un poste de FFC se substituent temporairement au parcours réglementaire, passant par le concours, la formation à l'IFCS et l'obtention du diplôme de cadre... temporairement, puisque les obligations légales demeurent.

Une telle configuration s'avère exceptionnelle. Même s'il n'existe pas de recensement exhaustif de l'ensemble des dispositifs de FFC mis en œuvre dans les hôpitaux, rares sont les établissements, où nous avons enquêté ou dont nous avons eu indirectement connaissance du fonctionnement, à appliquer une procédure aussi élaborée. D'une part parce qu'elle requiert l'implication soutenue d'au moins un encadrant, principalement la directrice des soins, et d'autre part parce qu'elle nécessite un temps d'accompagnement des candidats important par les cadres dits de terrain (de santé et supérieurs de santé). D'ailleurs, dans cet établissement, les entretiens menés avec les FFC et les cadres de santé révèlent des écarts entre le modèle idéal du dispositif de FFC, tel que présenté par la directrice des soins, et sa réelle mise en œuvre. Il est en effet apparu que des « postulants » ne pouvaient être suivis que de loin, notamment par téléphone, car ils n'étaient, par exemple, pas affectés sur le même site que leur cadre-accompagnateur en titre.

Au fil du temps, la fabrication des chefs des personnels soignants hospitaliers a donc suivi des modèles de socialisation contrastés. Tout d'abord, le passage au statut de surveillante a obéi à des critères informels, non réglementés. Il était réservé aux infirmières expérimentées dont l'ancienneté justifiait à elle seule la promotion professionnelle, sans qu'aucun dispositif préalable de formation ou d'initiation au « commandement » (terme utilisé avant celui de management) ne soit jugé nécessaire. Dans un deuxième temps, un concours d'entrée en formation et une formation organisée par un programme national ont été mis en place et le diplôme d'Etat est devenu obligatoire. Enfin, au tournant des années 2000, s'est développé le dispositif de FFC, ré- octroyant ainsi une plus grande marge d'intervention aux employeurs et à la hiérarchie des cadres de santé. On peut dire que le parcours de chef de soignants en devenir atteint aujourd'hui son plus haut degré de complexité depuis l'émergence de cette fonction.

2- Structuration combinée de la socialisation professionnelle des cadres de santé

Le parcours des cadres de santé en devenir s'est ainsi complexifié avec l'adjonction de démarches, procédures, et règles locales notamment mises au point par le sommet de la hiérarchie paramédicale, de plus en plus imprégnée par des références managériales empruntées au monde de l'entreprise privée. De la combinaison des différents passages, d'une part, réglementairement obligatoires et, d'autre part, imposés par les politiques de GRH d'établissement émerge une trame ordonnée d'étapes plus ou moins formalisées et sophistiquées, mais dont une version partagée *a minima* dans les hôpitaux peut être établie.

Dans une étude désormais célèbre portant sur la fabrication des médecins, Hughes (1958, p.116) construit un schème général de référence permettant de retracer leur parcours (« *a modest study tracing the course of students through the maze of a particular medical school* »), applicable ou généralisable à l'analyse d'autres domaines professionnels (« *while the ideas refer specifically to medicine, they implicitly refer to other professions as well* »).

Cette grille de lecture des parcours de socialisation en milieu de travail sera reprise dans le but de développer une analyse circonscrite à la fabrication d'un groupe professionnel par la voie de la promotion professionnelle, celle des cadres de santé en devenir, qui débouchera plus loin sur la constitution d'un schème de référence de portée limitée structurant le processus de transformation de ces travailleurs. Ce schème de référence s'inscrit dans un déroulé chronologique des étapes que comprend leur parcours (tableau 1). Il a été mis en forme à partir des récits de parcours biographiques, livrés par des agents occupant des statuts de FFC, étudiants en IFCS ou ex-FFC devenus cadres au moment de leur entretien, et d'entretiens menés auprès de directeurs des soins, cadres et cadres supérieurs responsables de la gestion de la carrière de leurs subordonnés.

Tableau 1 : Déroulé des étapes concomitantes de socialisation professionnelle des cadres de santé

Etapes relevant du registre réglementaire légal Régulateur : l'institution	Etapes relevant du registre localement réglé Régulateur : l'organisation
Concours et entrée en formation initiale Etudiant en formation initiale, cours théoriques et stages Agent titulaire en emploi - exercice d'un métier paramédical	Emergence du projet de devenir cadre : projet personnel ou sur incitation Surinvestissement professionnel en tant que soignant référent ou coordinateur Repérage par les supérieurs hiérarchiques Election, désignation Obligation de dépôt d'une demande officielle par l'agent Avis favorable ou défavorable de la direction
Toujours agent titulaire en emploi, métier paramédical - aucun changement sur la fiche de paye, même intitulé d'emploi ; corps, grade, échelon inchangés - éventuellement attribution d'une prime	Si avis favorable, proposition d'un poste de FFC Si acceptation par l'agent, prise de fonction en tant que FFC Position de redevabilité envers la hiérarchie Période d'une durée indéterminée de mise à l'épreuve, début de l'apprentissage sur le tas Après statut de professionnel confirmé, mise en position de débutant futur cadre Avis de la hiérarchie, si positif : autorisation d'entrée en préparation et passation du concours

- Préparation au concours au sein d'un IFCS (facultative) <i>Prise en charge des frais pédagogiques sur accord de l'employeur</i>	Maintien en poste de FFC
- Inscription au concours : sous condition de 4 années d'exercice d'un métier paramédical - Concours : épreuves écrites d'admissibilité et épreuves orales d'admission <i>Si réussite, maintien du bénéfice du concours pendant deux ans</i>	
- Agent : en formation continue - Formation à temps complet, en alternance, pendant dix mois en IFCS - Selon les IFCS, suivi en parallèle d'un master 1 ou 2, au sein d'une université partenaire <i>Prise en charge des frais pédagogiques et du salaire sur accord de l'employeur</i>	Fin d'occupation du poste de FFC
- Obtention du diplôme d'Etat de cadre de santé et du master 1 ou 2	
- Affectation à un poste de cadre de santé : stagiairisation dans la fonction publique hospitalière	
- Titularisation par concours sur dossier <i>Procédure organisée dans l'établissement employeur</i>	

La démarche et les résultats présentés ici ne sont *a priori* pas d'une grande originalité. Toutefois, au-delà de la mise au jour d'étapes ordonnées jalonnant le parcours de fabrication de travailleurs d'un groupe professionnel donné, deux spécificités tranchent avec les constats connus et établis notamment pour les médecins dans les années 1950 par Hughes ou encore plus récemment dans l'univers policier (Marc, Pruvost, 2011). Le parcours des cadres de santé en devenir est, non seulement, comme cela a déjà été souligné, tout à la fois jalonné par des dispositions légales et des modalités locales, mais, il intervient de plus alors que ces travailleurs sont en passe d'entrer dans un nouveau métier en cours de carrière par le biais d'une étape de FFC programmée en amont de leur sélection officielle et de leur formation obligatoire. Le nombre de tournants s'en trouve augmenté, sans qu'ils ne s'avèrent irréversibles pour autant. Une infirmière peut faire fonction de cadre pendant plusieurs années, sans avoir l'assurance, d'une part, d'être autorisée par son employeur à passer le concours, et donc d'être financée, et, d'autre part, de réussir le concours. Cette période est donc particulièrement insécurisée par l'organisation et insécurisante pour les agents. L'analyse d'une situation singulière apportera une illustration du schème de référence propre à la socialisation des cadres de santé à l'hôpital public.

3- Un parcours individuel de FFC

Encadré 2 Parcours chronologique de Safia (entretien réalisé en mars 2017)
- 1970 : naissance dans une commune de Seine-Saint-Denis - 1988 : obtention du bac F8 « Sciences médico-sociales » - 1988-1990 : Brevet de technicien supérieur « électro radiologie médicale » - 1990 : premier emploi de manipulatrice en électroradiologie dans un cabinet privé pendant 3 mois - 1991 : deuxième poste à l'Hôpital public n°1 de sa commune natale pendant 1 an - 1992-1993 : troisième poste de « manip-radio » à l'Hôpital public n°2 de l'AP-HP

- 1993-2009 : quatrième poste à l'Hôpital public n°3 de l'AP-HP (au total, « manip radio » pendant 18 ans en hôpital public)
- avril 2009-juin 2011 : FFC à l'Hôpital public n°3. Au cours de cette période : reçue au concours de l'IFCS de l'AP-HP
- 2011-2012 : formation de cadre de santé à l'IFCS de l'AP-HP
- 2012-2014 : cadre de santé à l'Hôpital public n°3 de l'AP-HP, responsable de deux services composés de 65 agents et trois cadres
- depuis 2014 : cadre à l'Hôpital public n°4 de l'AP-HP, service médecine nucléaire de 15 agents

La situation de Safia n'est pas représentative de l'ensemble des FFC. Il n'est d'ailleurs pas question ici d'établir un « portrait statistiquement représentatif », tentative relevant d'une démarche quantitative alors qu'aucune base de données nationale n'est disponible sur cette population qui, rappelons-le, n'existe pas juridiquement.

Par comparaison avec les informations recueillies dans le cadre des entretiens menés avec des FFC ou ex-FFC et dans différentes publications professionnelles (revues telles *qu'Objectif Soins Management* et ouvrages écrits par des infirmières), le parcours singulier de Safia présente des caractéristiques fréquemment rencontrées qui permettent de dégager un profil moyen du FFC. En complément, l'éventail des variations potentiellement observables fera l'objet d'une synthèse après l'analyse du récit livré par cette interviewée.

Le cheminement de Safia, FFC pendant deux ans

A la fin des années 1980, Safia choisit de suivre des études courtes, n'étant « pas partie pour aller au-delà du bac F8 »⁶. Toutefois, alors que cette filière médico-sociale destine la lycéenne à occuper un emploi de secrétaire médicale, un stage en clinique lui fait découvrir le monde de la radiologie. C'est là qu'elle « a un véritable coup de cœur » pour la profession de manipulateur en radiologie. Elle décide de poursuivre ses études, et obtient un BTS d'électroradiologie médicale en 1990.

Après une brève expérience en laboratoire privé, elle « entre dans le public » en 1991 en tant que « manipulatrice », d'abord dans un centre hospitalier intercommunal qu'elle quitte rapidement pour intégrer l'AP-HP ; elle est employée dans un premier CHU pendant un an, puis un second pendant 16 ans.

Elle a « adoré » son métier qu'elle a exercé pendant 18 ans, sans éprouver aucune lassitude, contrairement à certaines de ses collègues infirmières qui disent souvent avoir eu l'impression d'« avoir fait le tour » de leur activité quatre ou cinq ans après leurs débuts professionnels. Cela s'explique entre autres par le fait que le domaine de la radiologie, et plus précisément de l'imagerie, a récemment connu de nombreuses évolutions techniques, empêchant la monotonie de s'installer. Mais elle attribue également cet intérêt prolongé pour son métier à des caractéristiques personnelles, et notamment à sa « curiosité professionnelle » qui l'a toujours poussée à évoluer. Elle ajoute cependant que ses supérieurs hiérarchiques l'ont très rapidement « mise tutrice puis référente sur certaines modalités » du fait de son aisance relationnelle qui facilitait le contact avec ses pairs et leur accompagnement lors de l'installation de nouveaux équipements ou matériels qu'elle avait de sa propre initiative déjà cherché à découvrir.

⁶ Toutes les expressions et termes placés entre guillemets sont extraits du verbatim de l'entretien de Safia.

C'est en 2009 que tout « a basculé » de façon inattendue. Alors que son métier de manipulatrice était pleinement satisfaisant et qu'elle ne songeait pas à changer de poste ou de fonction, elle récolte les fruits de sa forte implication qui n'était mue que par l'envie de diversifier son travail. Elle étendait ses compétences par exemple en « faisant les commandes » et en participant « à pas mal de petites choses » qui n'entraient pas dans la liste de ses tâches prescrites. A travers « ce positionnement dans l'équipe », elle se fait remarquer sans avoir recherché cet effet. Le jour où son cadre part à la retraite (événement prévisible qu'elle n'avait apparemment pas anticipé), le cadre paramédical de pôle lui propose d'occuper ce poste vacant en faisant fonction de cadre. Elle qualifie cette proposition d'« opportunité » qui constitue pour elle une véritable surprise.

Par un acte de désignation / élection (Schepens, 2014), son supérieur hiérarchique va produire un « turning point » dans le parcours de Safia, qui doit prendre une décision face à une alternative : soit se spécialiser davantage en suivant des formations maison ou universitaires qui lui permettront de travailler en médecine nucléaire, et non plus en radiologie, et de faire ainsi partie de l'élite des manipulateurs-radio qui accèdent au maniement des machines les plus sophistiquées (IRM, PET Scan, PET IRM⁷, etc.) ; soit « faire carrière » en s'orientant vers l'encadrement. Flattée par la proposition de son chef (et pas des moindres, son N+3), elle tente l'expérience, mais avec quelques réserves :

« Je leur ai dit : alors prendre la parole en public, mener des réunions, c'est des choses que, moi, je ne me sentais pas à l'aise, et que j'aurais sûrement besoin d'être préparée au moins avant de faire vraiment cadre. Donc, on me dit : "Pas de problème, y a des formations institutionnelles, on vous accompagnera. » (souligné par nous).

On voit que Safia ne s'inquiète pas tant d'un éventuel manque de connaissances pratiques ou techniques, que de sa capacité à incarner le rôle de cadre qui lui échoit du jour au lendemain, et ce « avant de faire vraiment cadre », remarque qui souligne bien la spécificité et l'inconfort de cette séquence de son parcours de socialisation professionnelle.

Les promesses de ses chefs sont tenues et elle bénéficie d'un réel accompagnement. La première mesure consiste à appliquer un principe de « distanciation » généralement préconisé par l'encadrement, mais souvent non respecté, faute de poste vacant et de possibilité d'anticipation : ne pas nommer FFC un agent dans son service d'origine pour lui éviter d'avoir à encadrer ses ex-collègues et d'avoir le sentiment de les « trahir » en « passant de l'autre côté », celui des cadres. Ces dispositions lui permettent plus facilement d'être reconnue comme cheffe par une équipe du même pôle mais d'un autre service, arrangement qui montre à quel point l'univers hospitalier peut être cloisonné, les équipes d'un même pôle se méconnaissant souvent ou tout au moins fonctionnant de façon très étanche.

Grâce à son chef qui la présente à l'ensemble de l'équipe, le jour de son arrivée, elle est officiellement « intronisée ». Il l'aide ainsi à lutter contre un sentiment d'illégitimité fréquemment éprouvé par les FFC, chefs non diplômés dans un milieu où la plupart des agents appartiennent à une profession réglementée exigeant la détention d'un diplôme d'Etat. Après cette prise de fonction publiquement mise en scène, elle bénéficie non seulement de la présence de ses collègues cadres de santé avec qui elle travaille « en doublon », mais aussi de la supervision attentive de son cadre paramédical de pôle. Ses attributions ne lui posent pas de

⁷ Image par résonance magnétique ; *Positron emission tomography scan*.

problèmes, dans le sens où elles ne sont pas vraiment nouvelles. Elle s'accommode par exemple facilement des commandes, puisqu'en tant que référente elle assurait déjà « un peu » ces tâches que sa cadre de l'époque lui délégait partiellement. Pour parfaire sa connaissance des logiciels, elle a assisté aux réunions dites logistiques et s'est appuyée sur des collègues de l'économat. Son expérience de référente a donc été une phase préparatoire à la phase transitoire de FFC.

Mais qu'a-t-elle donc eu à apprendre en tant que FFC, si elle avait déjà été initiée à de nombreuses tâches de cadre en tant que référente ? Moins que des savoirs techniques et pratiques, elle a surtout eu à assimiler des savoirs d'ordre relationnel afin d'adopter un bon « positionnement cadre », et ce autant dans le monde des cadres paramédicaux que vis-à-vis des médecins ou de ses subordonnés. Cette assimilation, intériorisation des règles et codes professionnels d'interaction s'opère au sein d'un entre soi cadre, un monde inconnu des non-cadres dans lequel les FFC sont accueillis, mais où ils doivent apprendre par mimétisme à occuper leur future place de cadre et à respecter les lois implicites de fonctionnement, de circulation de l'information entre chefs et de démarcation des territoires paramédicaux et médicaux.

Cet apprentissage nécessite de longues périodes d'observation, notamment dans les arènes que sont les réunions réservées aux différentes catégories de chefs. Le FFC doit comprendre à qui s'identifier (les cadres proximité), repérer les conventions que ses futurs pairs appliquent au cours des interactions avec leurs chefs (cadres supérieurs, cadre paramédical de pôle, médecin chef de pôle, directrice des soins, etc.), mais aussi avec leurs subordonnés soignants (infirmières, aides-soignantes, brancardiers, manipulateurs, kinésithérapeutes, etc.).

Le FFC découvre également les subdivisions qui organisent le monde des cadres, les frontières entre le pôle, le service, l'unité d'appartenance. Il s'agit d'apprendre à défendre ses intérêts dans une organisation où la raréfaction des ressources génère de multiples rivalités, conflits, luttes pour l'accès aux ressources matérielles, humaines et financières. Safia a vite saisi qu'il « ne fallait pas tout dire » et que le meilleur moyen de se protéger était de respecter sa hiérarchie et de s'y référer en cas de problème. Elle prend progressivement conscience des enjeux stratégiques qui structurent les relations entre responsables, réalité qui lui échappait totalement en tant que manipulatrice. Son regard sur les médecins se transforme. Ils ne sont plus les interlocuteurs privilégiés qui ont lieu entre gens de métier, par exemple au moment de l'interprétation des résultats d'examen. Les échanges deviennent plus stratégiques et impliquent des dimensions politiques, financières, parfois secrètes dont la manipulatrice d'hier méconnaissait totalement le contenu.

Le maniement des informations écrites ne s'improvise pas non plus. Safia se rode à cet exercice avec l'aide et sous le contrôle de son cadre supérieur. Les mails sont aujourd'hui les principaux supports professionnels de communication (le plus souvent descendante). Il lui a fallu reconsidérer l'usage de ces messages électroniques jusqu'alors assimilés aux « texto » envoyés spontanément à des proches, amis, collègues sur des sujets de la vie quotidienne. Son cadre a insisté sur les codes à respecter, comme les formules de politesse : à qui réserver le « très cordialement » et le « cordialement » ; les précautions à prendre dans l'évocation des personnes ; comment indiquer le titre et le nom de famille (« Madame X, cadre supérieure de santé » plutôt que le prénom, même s'il est utilisé dans le cadre des interactions quotidienne), etc. Plus important encore, il faut évaluer si le grade occupé autorise ou non une réponse à un mail venant notamment d'un supérieur hiérarchique. Il serait par exemple mal venu qu'un cadre de santé réagisse à un courrier de la directrice des soins sans passer par l'intermédiaire

du cadre de pôle. En suivant les conseils de son cadre de pôle, elle a progressivement acquis le sens des convenances propres à son futur rang hiérarchique de cadre de santé.

Inscription du parcours individuel de Safia dans le schème particulier de socialisation professionnelle des FFC

Quand commence la socialisation professionnelle des cadres de santé ? Une certitude : bien avant leur entrée en formation obligatoire dans un IFCS. Une autre certitude : rarement avant ou au cours de leur formation initiale. A de rares exceptions près, tous les interviewés ayant au moins atteint le statut de cadre de santé affirment ne pas avoir eu initialement l'intention de devenir cadre, alors que la vocation pour exercer un métier de soignant est souvent évoquée. La raison principale en est que cette fonction de cadre ne peut légalement être occupée qu'après une formation initiale et une expérience professionnelle paramédicale. De plus, elle est méconnue, pour ne pas dire inconnue, des jeunes gens au moment où ils choisissent leur orientation « post-bac » (à moins d'avoir un proche parent dans ce milieu professionnel). Par ailleurs, les professionnels d'aujourd'hui ne se souviennent pas d'avoir été incités à devenir cadres par leurs formateurs d'IFSI (institut de formation en soins infirmiers), fonction qu'ils ont découverte au cours de leurs stages d'études. Rares ont été également ceux à avoir eu envie de devenir cadre à cette époque, tant ils s'appliquaient d'abord à apprendre leur métier de soignant.

Deux points de départ du projet de devenir cadre sont repérables. Le premier, rare, émerge de façon diffuse à partir du moment où la fonction de cadre est connue, donc au cours des stages en formation initiale, et s'exprime des années plus tard avant d'en informer un supérieur hiérarchique ; le second, plus fréquent, date du jour où un autrui significatif, souvent un cadre ou cadre supérieur, suggère à l'agent qu'il pourrait devenir cadre ou lui propose plus directement un poste de FFC. Ce chef fonde son choix sur son observation de signaux positifs, tels que le surinvestissement professionnel d'un agent qui « sort du lot » démontrant ainsi qu'il est capable de prendre spontanément des initiatives jugées constructives, c'est-à-dire conformes aux attentes de sa hiérarchie.

Dans tous les cas, un processus de repérage (« des talents », selon les termes des cadres supérieurs et des directeurs des soins qu'ils empruntent à l'entreprise) est à l'œuvre et le soignant surinvesti, avec ou non l'intention de devenir cadre, se voit tôt ou tard proposer une fonction de référent ou de coordinateur, c'est-à-dire une mission spécifique, déléguée par son cadre. Il participe alors à des commissions (hygiène, immuno-vigilance, identito-vigilance, etc.) et s'engage, sans compter ses heures (signal très apprécié car présageant l'acceptation du forfait cadre), dans des projets de restructuration de services, de conduite de changement. Il pourra même être amené à remplacer son cadre, en congé ou arrêt maladie, pendant de courtes périodes et ce faisant être considéré comme un agent de confiance par sa hiérarchie.

Au moins deux moteurs, de nature opposée, génèrent ce surinvestissement : soit le soignant a l'impression de ne plus rien apprendre après quelques années de pratique et cherche à prendre de nouvelles responsabilités ; soit, comme Safia, il est toujours intéressé par son travail et souhaite développer son expertise, certaines spécialités comme la radiologie offrant davantage que les autres cette possibilité du fait de la rapidité des avancées techniques et scientifiques.

Survient alors la phase d'élection et désignation qui conduit l'agent à se déclarer volontaire et à exprimer son projet de devenir cadre au cours d'un entretien annuel avec le « N+1 ». L'avis favorable, émis par le « N+2 ou 3 » se traduit par l'attribution immédiate ou différée d'un poste de FFC, selon les besoins en personnel qui peuvent être pressants si un poste est vacant, par exemple à la suite d'un congé maternité.

L'affectation au poste de FFC comprend là aussi une double facette. Un principe fait théoriquement consensus : mieux vaut éviter de nommer FFC un agent dans son service d'origine afin de faciliter son acceptation par ses subordonnés. Mais en pratique, tous les FFC ne bénéficient pas des égards dont Safia a fait l'objet, et se retrouvent du jour au lendemain chefs de leurs ex-collègues. Selon l'état des relations dans le service, l'intégration du FFC est plus ou moins bonne. En tout état de cause, elle est rendue difficile quand l'arrivée de ce nouveau chef n'est pas annoncée officiellement par un cadre supérieur, et qu'il doit lui-même se présenter à l'équipe.

Une nouvelle alternative apparaît concernant cette fois l'accompagnement du FFC. Non pas celui mentionner dans les procédures officielles, quand elles existent, mais celui que les éventuels accompagnateurs vont vouloir ou pouvoir fournir. Des discordes plus ou moins importantes entre encadrants d'un même pôle peuvent expliquer pourquoi des FFC se retrouvent seuls dès leur prise de poste. Mais le manque de temps, de moyens ou encore l'existence de conflits au sein d'une équipe entre soignants représentent également des facteurs peu propices à l'accompagnement d'un FFC. Ce dernier connaît alors une période socialisatrice qui s'apparentera davantage à une succession d'initiatives suivies d'échecs (plus ou moins douloureux) ou de succès dont il devra tirer lui-même les leçons. Pour ces FFC, l'endurance est tout aussi précieuse que leur capacité à débusquer des personnes-ressources, non désignées par l'institution, auprès desquelles ils pourront prendre conseil plus ou moins ouvertement. Les recours du FFC livré à lui-même sont minces. Tout l'incite à se taire : sa redevabilité envers la hiérarchie qui en a fait un élu docile ; l'obligation de faire ses preuves au cours de cette période-test ; l'insécurisation due à son passage d'un statut de professionnel confirmé à celui de débutant cadre, confronté à une régression déstabilisante.

La durée de cette période de FFC est indéterminée, sauf dans certains gros établissements qui ont suffisamment de moyens pour maîtriser leur gestion prévisionnelle du personnel. L'AP-HP par exemple limite, en principe, cette durée à deux années à l'issue desquelles le FFC devra avoir réussi le concours d'entrée en IFCS. Mais les exceptions à la règle ne sont pas rares. Toujours est-il qu'il faudra un avis favorable des supérieurs hiérarchiques avant d'entamer la préparation au concours et de se soumettre aux épreuves de sélection conformément aux conditions réglementaires qui refont pleinement leur apparition à partir de cette étape.

La socialisation des futurs cadres de santé est donc structurée par des étapes institutionnelles, définies par l'Etat entre autres via le ministère de la Santé, et organisationnelles, déterminées localement par les établissements. Un contexte socioéconomique marqué par des orientations libérales et financières a ouvert la porte de l'hôpital public à des logiques de gestion du personnel du privé qui complexifient ainsi le parcours promotionnel des agents paramédicaux, et notamment la période de faisant fonction qui a été plus spécifiquement étudiée ici.

A ce parcours jalonné par des étapes de nature différente suivant un schème de référence de portée limitée composé de processus transformateurs visant à faire de soignants de métier des

cadres, s'ajoutent encore deux dimensions situées au cœur du processus de socialisation de ces cadres et indispensables à l'organisation hospitalière d'aujourd'hui.

4- Dimensions transversales du processus de la socialisation professionnelle des cadres en devenir

Les FFC apprennent à devenir des cadres, non pas en tant que « grands débutants », mais « débutants expérimentés ». Les infirmiers référents ou coordonnateurs, qu'ils ont par exemple été pendant plusieurs mois ou années, se sont familiarisés avec la conduite de projets de restructuration et réorganisation de services, la participation à des groupes de travail dans ou à l'extérieur de leur pôle, l'élaboration de protocoles et guides de bonnes pratiques, la commande de matériels ou de produits pharmaceutiques. Toutes ces tâches, qui débordent celles du soignant, ne relèvent pas encore totalement de celles d'un cadre à qui incombe la « garantie de la qualité et de la sécurité des soins ». Cette catégorie indigène de responsabilités recouvre deux problèmes cruciaux à l'hôpital: le contrôle et la diminution des dépenses avec augmentation des « recettes » ; l'encadrement ou le management des agents.

4- 1- « Gestionnarisation » des FFC

A leurs débuts, les FFC sont bien souvent motivés par l'espoir de changer des choses sur lesquelles ils n'avaient pas de prise en tant que soignants : améliorer l'organisation du travail, la prise en charge des malades, les conditions de travail des agents, etc. Rapidement, cependant, ils comprennent qu'ils vont devoir réviser leurs objectifs, et mettre au premier plan les questions financières pour faire des économies. Thomas, diplômé infirmier en 2010, devient FFC en 2017 à l'âge de 28 ans (il sera le plus jeune étudiant de sa promotion en formation IFCS), dans une unité de soins de suite et réadaptation, au sein du CHU X. Au cours des trois premières semaines, tout a été source de satisfaction pour lui, jusqu'au jour où « on » lui confie des missions auxquelles il ne s'attendait pas. Le « projet » le plus marquant sera celui visant l'« Amélioration du parcours patients » : *« C'est alors que j'ai été confronté pour la première fois avec des indicateurs de gestion hospitalière au cours de mon exercice professionnel ! »*

Sous ce bel intitulé, se cache un objectif d'augmentation de la productivité de l'unité, c'est-à-dire l'optimisation de l'utilisation des lits. « On » demande au FFC d'imposer que les sorties aient lieu le matin pour permettre une entrée « sur le même lit » dans l'après-midi. Trois indicateurs deviennent prédominants : La durée moyenne de séjour (DMS), son indicateur de performance (IP-DMS), le taux d'occupation [des lits] (TO). Les objectifs institutionnels sont clairement signifiés : il faut afficher le meilleur taux de remplissage possible, fixé à 92 %. La durée moyenne de séjour maximale par patient est de 21 jours (avec un renouvellement toléré si besoin). Mais « on » fait comprendre à Thomas que ces gains, émanant de la rémunération indirecte de l'établissement par le biais de la Sécurité sociale, ne suffisent pas. Il lui faut également développer les recettes provenant de rémunérations dites directes, notamment en encourageant les demandes de chambres individuelles, que seuls les patients adhérents d'une mutuelle couvrant ces frais peuvent formuler.

Par qui et comment Thomas apprend-t-il à remplir ses missions ? Son usage spontané du pronom impersonnel « on » révèle que le processus de « gestionnarisation » s'effectue sous l'effet d'un ensemble d'injonctions indirectes plus ou moins ciblées.

Les attentes de la direction envers les cadres, FFC y compris, transparaissent dans les discours des directeurs de sites, des cadres administratifs, des cadres paramédicaux de pôle, des chefs de pôle qui sont prononcés lors de rassemblements comme l'Assemblée générale des cadres de l'établissement, mais aussi de manière moins officielle, dans les commissions ou groupes de travail. La pression gestionnaire s'effectue de manière plus rapprochée au travers de prescriptions écrites, d'une part, dans les programmes nationaux, guides, fiches, référentiels produites par des agences telles que l'HAS et l'ANAP⁸, et, d'autre part, dans des messages électroniques internes. Ils sont envoyés à l'ensemble des cadres ou bien nominativement, et émanent de directeurs (des soins, des finances, de la qualité, de l'information médicale, etc.) qui exigent la « remontée de codages de l'activité » ou alertent sur une baisse de certaines recettes de grande « importance financière ». Ces messages contiennent en pièce jointe des tableaux, sans mode d'emploi, que le FFC apprend à remplir seul ou en demandant une assistance ponctuelle, souvent par téléphone, à des collègues cadres de santé ou autres FFC. Les tableaux de bord de suivi des indicateurs, à renseigner mensuellement et à remettre au directeur du site, sont autant d'outils qui arrivent jusque dans l'ordinateur du FFC, et celui-ci ne peut compter que lui-même pour les compléter, puisque lui seul a accès aux informations concernant l'activité de son unité. Viennent de plus s'ajouter des périodes récurrentes de certification, strate supplémentaire de « reporting » sur les « reporting » ordinaires.

Le mode de familiarisation avec les outils de gestion, standards, protocoles, tableaux laisse transparaître le désarroi et la solitude du FFC sommé dès sa prise de fonction de rendre des comptes en permanence et de répondre dans l'urgence à des prescripteurs peu accessibles, éloignés hiérarchiquement et topographiquement car localisés « à la direction », donc loin des services de soins ou parfois même installés dans un autre site. Il n'est en outre pas concevable pour un FFC de joindre directement ces interlocuteurs, les seuls échanges possibles passant par la réception et la réponse à des mails (*cf.* l'apprentissage que Safia a fait du maniement des mails). Les éventuels rappels à l'ordre constituent autant une sanction qu'un correctif apporté aux « erreurs » qui s'avèrent formatrices à l'esprit gestionnaire.

4- 2- Managérialisation des FFC

L'obligation de le « faire deuil de son métier » est mise en avant par les FFC, avec regret pour certains, résignation ou indifférence voire satisfaction pour d'autres, selon le sens qu'ils donnent à leur « passage cadre ». Entre les inconsolables et les satisfaits, se situent les agents qui disent avoir trouvé un compromis en transférant le « prendre soin » du patient sur les soignants de leur l'équipe. Cette rhétorique professionnelle montre que le rapport à la promotion professionnelle ou à la carrière peut être ambigu chez les FFC. En effet, elle ne révèle pas seulement un grand attachement à l'exercice d'un métier, éventuellement conçu comme une vocation, mais également un tabou partagé face au pouvoir. La majorité des FFC sont d'ex-infirmières. Or, la littérature produite par des intellectuels du milieu infirmier (Magnon, 2006, 1982 ; Poisson, 1998 ; Charles, 1979 ; Parrot, 1973 ; Mordacq, 1972) retrace une histoire du groupe professionnel des soignantes marquée par des luttes contre le pouvoir médical, clérical, masculin, administratif, hospitalier, politique qui les ont amenées à affirmer

⁸ HAS : Haute autorité de santé. ANAP : Agence nationale d'appui à la performance.

une identité fondée sur des valeurs humanistes, altruistes, le care, l'analyse et la satisfaction des besoins des patients, la santé publique, ensemble de caractéristiques bien distinctes de l'ambition, du carriérisme, ou encore de la quête de pouvoir.

Même si une ligne hiérarchique paramédicale existe bel et bien aujourd'hui (cf. plus haut, encadré 1) et si l'on s'y déchire aussi durement qu'ailleurs entre chefs, il n'empêche qu'il est mal venu de dire qu'on veut devenir cadre (de santé, supérieur, paramédical de pôle ou directeur des soins) pour le plaisir d'exercer du pouvoir. Face à ce tabou collectif, être socialisé à l'univers des cadres paramédicaux signifie « être socialisé aux rapports hiérarchiques », comme l'observe Emmanuelle Zolesio (2018, 2012) mais autrement qu'en chirurgie, de manière beaucoup plus distanciée qu'en situation de travail au bloc opératoire.

En prenant le risque de rapprocher des sensibilités théoriques divergentes (Darmon, 2018), et sans vouloir les concilier, on pourrait dire que le dispositif de FFC tend à travailler les dispositions des agents repérés, élus et désignés, de manière à les faire adhérer à une forme d'identité que Dubar (1992, p.525) qualifiait d'« identité d'entreprise » conduisant les agents à une « revendication de progression » et l'entreprise à une reconnaissance de cette revendication par l'employeur ou le supérieur hiérarchique. Mais cette « transaction relationnelle » est ici davantage construite par l'employeur plutôt que réceptionnée puis reconnue ou non. Les « vocations » à devenir cadre sont ainsi suscitées à un moment historiquement et sociologiquement situé où les candidats font défaut parce que structurellement peu prédisposés à être attirés par les postes de chef et contextuellement peu motivés par les conditions d'exercice du pouvoir à l'hôpital où prévaut la figure du gestionnaire-manager, passeur de réformes médico-économiques.

Toutefois, tout est question de dosage, et il ne s'agit pas de trop éveiller des envies de pouvoir. Le FFC constate bien vite qu'il doit d'abord apprendre à obéir, pour pouvoir mieux se faire obéir et être investi par l'organisation d'un pouvoir qu'elle lui délègue. D'où l'importance donnée au « respect de la hiérarchie » et à valeur morale attendue des chefs de proximité : la loyauté. Il faut apprendre à se montrer solidaire entre cadres (de tous niveaux) face aux équipes, ne jamais dénigrer un pair en présence d'un soignant, et éviter de divulguer des informations sensibles : *« J'essayais d'être la plus transparente possible, mais il y a des choses que je n'avais pas le droit de dire par rapport à la direction. Sur des projets qui pouvaient être mis en place suite à la baisse d'activité, on savait qu'il allait y avoir une restructuration, mais vu qu'on ne savait pas encore quoi exactement, je ne leur disais pas des suppositions pour ne pas créer du stress, des débats inutiles. »* (Sylvie, 47 ans, FFC pendant 2 ans, étudiante à l'IFCS du CHU X au moment de l'entretien)

Il faut donc apprendre à plaire aux supérieurs hiérarchiques, cadres supérieurs et directeur des soins, c'est-à-dire satisfaire leurs attentes. A travers les entretiens menés auprès de cadres supérieurs et les grilles d'évaluation qu'ils utilisent, on perçoit que la notion de « positionnement cadre » recouvre un processus de transformation des agents FFC en cadres fidèles et loyaux envers l'institution. Entrer dans le monde des cadres signifie : se plier aux orientations politiques de l'établissement, faire appliquer les décisions de la direction sans forcément y adhérer. A ce propos, dans la grille d'évaluation des postulants de l'EPSM Y (voir plus haut) figurent entre autres les critères suivants :

- Connaît et respecte la politique institutionnelle et projet d'établissement
- Adhère aux projets institutionnels
- Connaît et respecte les décisions prises dans l'établissement
- Lecture des notes de services et des décisions de la Direction

- Fait preuve de loyauté et observe un droit de réserve »

Le « bon » FFC, considéré comme un futur cadre adapté aux attentes sera celui qui aura intériorisé ce double rapport au pouvoir : aspirer à passer du côté des chefs, sans renier ses valeurs de soignant dévoué aux patients qu'il va servir indirectement, et occuper sa place de cadre de proximité-gestionnaire soumis à sa hiérarchie paramédicale et imprégné du vocabulaire et des normes en vigueur en milieu hospitalier.

Conclusion

La socialisation par transformation (Darmon, 2010) que connaissent les cadres de santé en devenir vise une « déculturation » (le deuil du métier) pour faire d'un soignant un manager. Son parcours, tel qu'il se déroule aujourd'hui dans les hôpitaux, n'est ni serein ni « fluide ». L'agent est d'abord incité par des autres significatifs à se soumettre à un processus de resocialisation qui le place dans un rapport pratique au management. Contraint de renoncer à certaines de ses croyances professionnelles originelles, il reçoit un « véritable choc existentiel » (Abraham, 2007), alors que la durée et l'issue de cette période inconfortable sont incertaines, puisque dépendant entre autres des besoins en personnel de son établissement et de sa réussite au concours.

Jusqu'à la consécration professionnelle finale, le futur cadre suit un parcours composé de plusieurs séquences successives : une période d'activité en tant que soignant ; une deuxième phase préparatoire en tant que « référent » chargé des missions transversales ; une troisième période transitoire de FFC, encadrant dépourvu de légitimité ; une quatrième période de perfectionnement théorique, plus ou moins régressive du fait d'un retour « à l'école » en tant qu'étudiant ; et enfin, l'aboutissement de cette socialisation à travers l'octroi d'un poste de cadre, d'abord stagiaire puis titulaire de la fonction publique hospitalière. Il ne s'agit pas ici d'un passage, mais de plusieurs passages saccadés « à travers le miroir » (Hughes, 1958) qui se produisent dans une temporalité longue souvent incertaine et suivant des rythmes variés, faisant alterner accélérations et ralentissements. Certes les cadres en devenir perdent progressivement leur regard naïf de profane pour acquérir celui du professionnel, mais de façon heurtée. Les chocs de la « gestionnarisation » et de la « managérialisation » se produisent dans le cours rapide de l'activité quotidienne, (sur)chargée d'urgences, laissant peu de temps aux FFC pour prendre un recul réflexif sur leur expérience, ce qu'ils ont le loisir de faire au cours de la formation en IFCS où certains s'interrogent à ce stade sur le bien-fondé de leur « choix » de carrière.

A ce propos, cette enquête doit être poursuivie et complétée par une comparaison entre les apprentissages effectués en situation de travail (FFC) et ceux en situation de formation (en IFCS) : dans ces deux contextes, les modèles, définitions, figures du cadre de santé sont-elles semblables, concordantes ou bien différentes, voire contradictoires ? Dans le premier contexte, l'agent socialisé doit répondre aux attentes que ses collègues et chefs ont construites au sein d'une organisation certes singulière, mais soumise à un cadre institutionnel national plus ou moins structurant ; dans le second, la socialisation s'avère certainement encore plus diversifiée. Elle se décline certes conformément au programme de formation de 1995, composé de six modules théoriques et de stages dits « cliniques »⁹, mais l'application de ce référentiel national varie selon les projets pédagogiques de chaque institut et selon les

⁹ Voir : <https://www.cefiec.fr/formations/cadre/>

approches disciplinaires et professionnelles des formateurs. Enfin, cette formation professionnelle s'articule plus ou moins intimement avec les enseignements délivrés en master 1 ou 2 dans pratiquement tous les IFCS. Ces formations universitaires relèvent en grande majorité des sciences de la gestion, mais les contenus ne sont pas pour autant semblables car élaborés en grande partie selon les domaines de spécialité des enseignants des facultés partenaires. L'analyse de la socialisation des cadres de santé, pour être complète, devra donc prendre en considération la totalité du parcours de la fabrication de ces professionnels.

Pour finir, une dernière remarque portera sur les patients qui s'avèrent physiquement absents parmi les socialisateurs qui entourent les FFC, même s'ils sont au cœur de tous les argumentaires et justifications des mesures rationalisatrices hospitalières. Cette rhétorique du patient émerge dès la fin du XIX^{ème} siècle (Chevandier, 2011) et était déjà utilisée par l'administration des hôpitaux pour évaluer le personnel soignant et notamment les surveillantes. Devenir cadre de santé signifie donc prendre de la distance avec les malades et se transformer en gestionnaire de patients (clients). Les chefs paramédicaux à tous les niveaux de la hiérarchie ne se défont jamais totalement de ce dilemme moral, étant tous issus d'un métier soignant. Ils s'arrangent individuellement avec cette tension interne, pris entre le credo du dévouement envers le patient et le principe de loyauté du cadre envers sa hiérarchie qui l'amène à appliquer et faire appliquer des restrictions budgétaires récurrentes, souvent préjudiciables tant aux soignants qu'aux patients. Leurs éventuelles frustrations et contradictions sont en partie compensées grâce à différents profits symboliques (Floco, 2015), tels que le port du titre de directeur ou la satisfaction de conduire des projets d'envergure aux côtés de médecins chefs ou directeurs administratifs, mais leurs rapports avec les cadres débutants en sont en partie imprégnés puisque les chefs des chefs en devenir ont connu un changement d'état similaire, même s'ils ne sont pas passés par une période de FFC. La transmission du métier s'en trouve en partie gênée par des aveux qu'ils ne sont pas en mesure de faire, préférant laisser le FFC se confronter seul à la dureté du travail qui s'opère sur ses dispositions et à l'âpreté de ses évolutions identitaires.

Bibliographie

- Abraham Yves-Marie, 2007, « Du souci scolaire au sérieux managérial, ou comment devenir un 'HEC' », *Revue française de sociologie*, 48, 1, p.37-66
- Belorgey Nicolas, 2010, *L'hôpital sous pression. Enquête sur le « nouveau management public »*, Paris, La Découverte
- Belorgey Nicolas, 2013, « Pourquoi attend-on aux urgences ? Un indicateur du New Public Management aux prises avec la réalité hospitalière », *Travail et emploi*, n° 133, pp. 25-38.
- Berger Peter, Luckmann Thomas, 1996, Paris, Armand Colin.
- Bourret Paule, 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital. Un travail de lien invisible*, Paris, Seli Arslan
- Boussard Valérie, 2011, « Des cadres de promotion rétifs au changement ? L'exemple de la SNCF », in Paul Bouffartigue, Charles Gadea, Sophie Pochic (dir.), *Cadres, classes moyennes : vers l'éclatement ?*, Paris, Armand Colin, pp. 93-103
- Charles Geneviève, 1979, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris, Editions du Centurion
- Chevandier Christian, 2011, *Infirmières parisiennes. 1900-1950. Emergence d'une profession*, Paris, Publications de la Sorbonne

- Darmon Muriel, 2018, « Socialisation : petite histoire d'un manuel », *Idées économiques et sociales*, n°191, pp.6-14
- Darmon Muriel, 2010, *La socialisation*, Paris, Armand Colin
- Demazière Didier, Gadea Charles (dir.), 2009, *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*, Paris, Editions La Découverte
- Derche Hubert, 2005, *L'accueil et l'intégration des cadres de santé : un enjeu managérial majeur pour le directeur des soins*, Rennes, Mémoire de l'Ecole nationale de santé publique, consultable à l'adresse suivante : <http://documentation.ehesp.fr/memoires/2005/ds/derche.pdf>
- Desserprit Gilles, 2017, « La formation des cadres de santé, à travers l'expérience d'un directeur d'institut de formation des cadres de santé », in Sophie Divay (dir.), *Cadres en devenir. Evolutions, transformations, socialisations, tensions*, Toulouse, Editions Octarès, pp. 17-46.
- Dihl Marjolaine, 2012, « "Faire fonction" : un tremplin pour mieux sauter ? », *Objectif Soins & Management*, octobre, n°209, pp.26-28
- Divay Sophie, Gadea Charles, 2008, « Les cadres de santé face à la logique managériale », *Revue française d'administration publique*, n° 128, pp.677-687
- Divay Sophie, Gadea Charles, 2015, « Aggiornamento managérial des établissements publics et dynamiques professionnelles. Éléments d'analyse à partir de l'évolution des cadres de santé », *Gouvernement et action publique*, n°4, pp.81-99
- Dubar Claude, 1992, « Formes identitaires et socialisation professionnelle, *Revue française de sociologie*, XXXIII », pp. 505-529
- Flocco Gaëtan, 2016, *Des dominants très dominés*, Paris, Editions Raisons d'agir
- Gheorghiu Mihai, Moatty Frédéric, 2013, *L'hôpital en mouvement. Changements organisationnels et conditions de travail*, Rueil-Malmaison, Editions Liaisons
- Hughes Everett C., 1958, *Men and Their Work*, Glencoe, The Free Press
- Legendre Muriel, 2015, « Le point de la DRH », in Dominique Bourgeon, *Faire fonction de cadre*, Paris, Editions Lamarre, pp.19-37
- Magnon René, 1982, *Le service infirmier ces trente dernières années*, Paris, Editions du Centurion
- Magnon René, 2006, *Les infirmières : identité, spécificité, et soins infirmiers*, Paris, Masson.
- Maillard Christian, 1986, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours*, Paris, Dunod.
- Marc Alain, Pruvost Geneviève, 2011, « Police : une socialisation professionnelle par étapes », *Déviance et société*, n°3, vol.35, pp. 267-280
- Martineau Stéphane, Portelance Liliane, Presseau Annie, 2009, « La socialisation au travail comme indicateur de développement professionnel : analyse des approches basées sur la mesure », *Questions Vives*, Vol.5 n°11, pp.243-258
- Mas Bertrand, Pierru Frédéric, Smolski Nicole, Torrielli Richard, 2011, *L'hôpital en réanimation*, Paris, Editions du Croquant
- Merton R. K. 1957, *The student physician. Introductory studies in the sociology of medical education*, Cambridge, Harvard University Press
- Mordacq Catherine, 1972, *Pourquoi des infirmières ?*, Paris, Editions du Centurion.
- Pierru Frédéric, 2007, *Hippocrate malade de ses réformes*, Paris, Editions du Croquant
- Poisson Michel, 1998, *Origines républicaines d'un modèle infirmier (1870-1900)*, Vincennes, Editions hospitalières
- Schepens Florent, 2014, *Trouver et tenir sa place. Socio-anthropologie des groupes professionnels*, Habilitation à diriger des recherches en sociologie, Dijon, Université de Bourgogne
- Singly Chantal de, 2009, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Remis à la ministre de la santé et des sports, Paris, 11 septembre

Zolésio Emmanuelle, 2012, *Chirurgiens au féminin ? Des femmes dans un métier d'hommes*, Rennes, Presses universitaires de Rennes
Zolésio Emmanuelle, 2018, « Socialisations primaires/secondaires : quels enjeux ? », *Idées économiques et sociales*, n°191, pp.15-21