

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

L'ANCIM tient à remercier Madame DEROCHE - rapporteure - et Mesdames et Messieurs les sénateurs pour leur invitation.

Ce texte est la synthèse des remontées de nos adhérents et du conseil d'administration de l'ANCIM, Association Nationale des Cadres de Santé, des trois filières paramédicales (infirmiers, médicotextiques et rééducateurs) de toutes les structures hospitalières publiques, privées et médico-sociales. Notre association a été enregistrée au journal officiel le 16 novembre 1989.

Qui sont les cadres de santé (de proximités et supérieurs) ?

Nous sommes 18 880 cadres – supérieurs, de proximité ou assimilés (DRESS 2021) dont 80 % qui exercent dans les établissements de santé (environ 14 000 dans le secteur public). 84% des cadres de santé sont des femmes.

76 % des cadres de santé ont entre 50 et 60 ans.

En France, il y a 37 Instituts de formation des cadres de santé (IFCS) de proximité, en revanche aucun pour les cadres supérieurs nommés par concours sur titre selon des modalités différentes en fonction des établissements !

Actuellement 30 % de places en IFCS non pourvues avec une diminution de 25 % de candidatures entre 2009 et 2019.

Les cadres sont **les maillons indispensables de la gouvernance et du management** des organisations sanitaires et sociales. Ils font preuve d'adaptabilité dans les réorganisations fréquentes. Ils contribuent largement à motiver et réassurer les équipes. Leur rôle est d'organiser et coordonner les activités de soins mais aussi d'informer et manager des compétences.

Pendant les différentes vagues de la COVID, les cadres ont encore fait preuve d'agilité et de créativité. Travail invisible mais indispensable, en partenariat avec les chefs de service, pour faire fonctionner les services dans les situations de crise mais également pour l'après crise et la reprise de l'activité normale, notamment pour reprendre en charge les patients qui ont renoncé aux soins.

Il faut reconnaître le rôle du management de proximité pour trois composantes :

« La force d'un travail en équipe, le développement d'un climat organisationnel serein et la stabilité d'un pilotage partagé et autonome ».

Les cadres, par leur leadership, leur gestion de compétences et leur capacité à s'adapter, aident les équipes à tenir durant la crise. Ils accompagnent toutes les réformes, ils sont de tous les combats, projets et restructurations. C'est ce en quoi ils sont spécifiques.

Les directeurs et les médecins sont heureux de pouvoir s'appuyer sur des personnes responsables, autonomes, capables de diriger des équipes parfois importantes. En conséquence **la valorisation des cadres par leur institution et par l'état n'est pas à la hauteur de leur responsabilité, ni de leur disponibilité.** La profession souffre **d'une perte d'attractivité**, par le manque de reconnaissance de son investissement.

Les cadres de santé sont les maillons utiles, nécessaires et indispensables pour donner du sens et accompagner le changement. Le **grand malaise des cadres**, fortement exprimé depuis

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

plusieurs années, est à prendre en compte dans la perspective d'une volonté de réussir une nouvelle et profonde mutation globale du système de santé.

Les cadres de santé sont "entre le marteau et l'enclume" et traitent sans arrêt des injonctions paradoxales : Ils sont malgré eux, les bras armés de l'administration hospitalière qui leur demande de développer la Qualité de Vie au Travail du personnel mais aussi de faire revenir les agents sur repos pour assurer la continuité de service.

« Ils sont souvent tenus pour responsables de situations liées à des dysfonctionnements institutionnels : fermetures de lits, patient sans place aux urgences, manque de matériel, ce qui crée des tensions constantes avec les équipes médicales et entre les secteurs. Ils sont également amenés à en subir les conséquences : déprogrammations des patients en urgence, mécontentement des patients, expression du mal-être des équipes médicales et paramédicale »

Constats

Nous assistons à un phénomène croissant : les cadres de santé épuisés sont tiraillés entre le besoin d'assurer la continuité du service (quitte à vendre leur âme au diable), la qualité et la sécurité des soins - qui leur sont chères et qu'ils voient ne plus pouvoir maintenir au regard de la pénurie des personnels - mais également les effectifs dit « cibles » trop justes depuis des années qui ne tiennent souvent pas compte d'un absentéisme éventuel (environ 10 %) ; Les cadres passent 60 % de leur temps à gérer des plannings, que ce soit pour l'absentéisme, pour la construction et la gestion du temps de travail des agents :

« En tant que cadre de santé nous sommes des managers d'équipes de soins que nous sollicitons plus que de raison. Nous leur demandons d'être des IDE experts et compétents en trois jours de doublage ou de formation, quand ils ont de la chance d'avoir ces jours.

Nous leur demandons de revenir sur des repos et d'enchaîner des séries de travail qui ne respectent pas la réglementation, de participer à des groupes de travail, de faire beaucoup d'administratif...

En échange de quoi ? d'un merci de notre part, d'applaudissements un temps donné par la société, d'heures supplémentaires rémunérées pour ceux qui en ont le droit ? Cela ne suffit plus.

Au cours des différentes crises, les soignants ont eu un espoir. Ils ont été les maîtres du jeu, les services prestataires se sont dévoués pour leur apporter l'aide nécessaire, les directions les ont laissés organiser les soins sans pression administrative inutile, sans tableaux de bord à remplir en permanence. Une lueur d'espoir s'est instaurée.

Malheureusement, entre les différentes vagues, les réunions, les pressions sont revenues et les professionnels ont quitté le navire. Même si l'exode hospitalier n'est pas énorme, force est de constater que le recrutement est difficile. Les nouveaux diplômés, durant leurs stages de formation, ont constaté ces états de fait et cette pression permanente peu attirants. L'accès à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI) a été facilité par la suppression du concours

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

d'entrée, remplacé par "Parcours Sup", mais nombreux sont les abandons au cours de la scolarité. Les étudiants sont rapidement confrontés à la réalité du terrain, les professionnels de terrain en place voient leurs plannings réajustés quasi au jour le jour pour pallier les absences. Pour les paramédicaux, il a une vraie perte de sens. **Ce sont les conditions de travail qui sont les principales causes de désertification des hôpitaux ainsi que le manque d'autonomie et de participation aux décisions.** La principale souffrance des soignants vient du manque de considération de leur travail qui n'est regardé qu'à travers des tableaux de chiffres.

Malgré l'instauration des pôles - qui auraient pu donner de l'autonomie aux soignants - nous assistons à **une direction de forme pyramidale qui empêche toute initiative et toute anticipation. Un management archaïque avec peu d'autonomie qui alourdit notre travail quotidien plutôt que de le simplifier.** Les réalités et difficultés de terrain sont souvent niées. On nous demande de mettre en place des procédures souvent inadaptées et on ne nous écoute pas sur les alternatives qui pourraient être mises en œuvre sur le terrain. Pourtant, le cadre est le traducteur des décisions pour les équipes. Cependant si lui-même n'en connaît pas le sens comment peut-il les argumenter ? Un travail invisible qui prend beaucoup de temps et nécessite énormément d'écoute, de paroles, d'explications, de communication.

« De moins en moins de liberté pour les cadres, contraints de faire descendre les informations émanant de la direction. Multiplications de notes de services, de mails d'enquêtes, de notifications et chacun se renvoie la balle. QUI FAIT QUOI ? réponse : le plus courageux. »

« Les décisions à l'hôpital sont prises par les administratifs (qui ne connaissent pas le terrain et les compétences nécessaires à son bon fonctionnement) et par les médecins. Or l'hôpital repose sur une triangulaire : administratifs-médecins-paramédicaux. Nous, les cadres, travaillons entre ces 3 structures, nous faisant porte-parole des uns envers les autres puis des autres envers les uns. Nous marchons sur un fil pour garder l'équilibre mais aujourd'hui le pilier soignant s'écroule car les soignants ne se sentent pas écoutés et entendus dans leurs difficultés »

Le Cadre est le "Couteau Suisse" de l'institution, quand on ne sait pas à qui donner les tâches on les donne aux cadres :

« Les services "supports" censés soutenir les activités de soins sont de moins en moins présents à nos côtés et nous demandent sans cesse des analyses préalables, du contrôle permanent, des appels incessants pour réguler les situations. Les cadres de santé doivent tous les jours jouer le rôle de magasinier contrôlant les livraisons de linge, de repas et de matériel le plus souvent incomplètes. Nous devenons les prestataires des services prestataires. Nous aurions de nombreux exemples à vous fournir pour illustrer les nombreuses tâches portées par les cadres qui ne relèvent pas de ses missions. »

Les cadres de santé sont de plus en plus sollicités pour prendre en charge plusieurs services, pour mener plusieurs gros projets en même temps sans aucune plus-value financière.

Les IDE, ASD... peuvent prétendre à des paiements d'heures quand ils reviennent travailler sur des jours de repos....

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

Par leur statut de "personnel encadrant" les cadres de santé sont soumis au forfait jour. Cependant, ils font régulièrement **des heures supplémentaires conséquentes sans rémunération, ni récupération**. Un forfait jour jamais respecté, puisqu'un nombre incalculable de réunions peuvent avoir lieu à 7h du matin et/ou après 17h le soir.

Selon le type de service, les cadres de santé ont des équipes de taille variable pouvant aller jusqu'à 100 personnes pour des services de réanimation par exemple.

Ceci ne permet pas de faire du management de ressources humaines, insuffler des dynamiques et avoir le temps de contrôler la qualité et sécurité des soins.

Il convient d'évoquer le nombre important de cadres apprenants ou "faisant-fonction de cadres" dans les établissements. Cela n'est pas dû à l'augmentation du nombre de postes mais au manque d'attractivité de la fonction cadre et à un nombre insuffisant de cadres formés. Une situation précaire pour ces professionnels qui, du jour au lendemain, endossent des responsabilités auxquelles ils ne sont pas préparés et avec leur salaire initial !

Que dire de la formation cadres de santé dont le référentiel date de 1995 !

Si de nombreux IFCS se sont adaptés, force est de constater que les cadres devraient avoir une formation adéquate compte tenu des évolutions en santé. Les médecins qui doivent être notre binôme sont formés pour soigner et ce n'est pas leur métier d'être manager.

Nos propositions

Nous souhaiterions faire vivre les valeurs du service public : les valeurs du prendre soin, d'humanité, de respect et de confiance afin de redonner de l'autonomie de décision aux acteurs.

C'est lorsqu'on fait confiance aux personnes qu'elles sont les plus créatives. Les cadres décodent et donnent du sens aux directives, encore faudrait-il qu'elles soient connues et surtout que les cadres soient associés aux décisions pour pouvoir les faire passer.

La confiance est le maître-mot, trop souvent la parole des cadres est remise en question et la bientraitance que nous tentons de mettre en application pour nos équipes est souvent bafouée pour les cadres. Étant au centre des injonctions paradoxales, au carrefour des remontées de besoins contradictoires, le cadre de santé a besoin d'avoir plus de marge de manœuvre.

« Un simple recrutement peut s'avérer laborieux pour respecter la chaîne administrative, faire confiance et nous donner de l'autonomie aiderait grandement notre quotidien. Laissons-nous innover, cela rendra plus attractif ce beau métier et permettra de faire évoluer les prises en charge. »

Il faut reconsidérer la situation de l'hôpital par le prisme de la ligne managériale paramédicale. La coordination des soins doit évoluer pour que la ligne managériale paramédicale ait une part d'autonomie plus grande avec une réelle expression des professionnels et des problématiques qui remontent du terrain. L'hôpital est au bord de l'effondrement et les cadres essayent de maintenir les murs. On a besoin que les équipes paramédicales soient bien encadrées.

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

Il faut créer **une gouvernance dans laquelle Médecin/Directeur/Coordination des soins puissent être sur un pied d'égalité.**

La situation actuelle mérite que chaque établissement redéfinisse ses valeurs, précise ses objectifs et il est ainsi temps de définir une stratégie globale à court, moyen et long terme. Pour se faire, il faut se donner les moyens de mettre en œuvre la circulaire du 6 Août 2021 reprenant les recommandations du Ségur de la santé mais aussi celles du professeur Olivier CLARIS et enfin la loi « RIST » pour la simplification.

Les soignants ont besoin d'avoir une vision partagée et nouvelle du système de soins. Ils sont en quête de sens dans leur travail. Il importe de les débarrasser des irritants du quotidien (ranger le matériel, faire les commandes, être au service des prestataires alors que ce devrait être le contraire). Le cœur de métier de l'hôpital est bien le soin, et les services supports devraient soutenir les activités de soin afin que les soignants puissent travailler sereinement avec les prestations adéquates et le matériel nécessaire.

Si la facturation à l'acte (T2A) a permis de (re)donner conscience des dépenses, elle est aujourd'hui un frein au développement de l'hôpital public. La durée moyenne de séjour est devenue une priorité, mettant la rentabilité de la prise en charge au premier plan de notre fonctionnement. Nous pouvons constater chaque jour la difficulté à orienter un patient "peu rentable" vers une structure de soins de suite.

L'hôpital n'est rien sans la médecine de ville qui est un hôpital à elle seule. On doit remettre les paramédicaux dans leur rôle avec autonomie. Nous sommes interdépendants. Par exemple, pour éviter de saturer les urgences, il faut mettre des plans de permanence des soins dans chaque territoire avec des professionnels aguerris, les cadres peuvent aider à ces organisations. Pour faire face aux défis et aux besoins de demain, il faut qu'il y ait une bonne articulation entre les soins de ville et les soins ambulatoires de l'hôpital, entre le médical et le social.

Dans les mesures préconisées par le Ségur, la mesure 17 demande de revoir la formation initiale des encadrants et de former au management toutes les personnes ayant la responsabilité d'une équipe, y compris pour les équipes médicales.

On constate effectivement, une systématisation des "Faisant-Fonction" de cadre de santé, une démographie qui fait présager une importante pénurie de cadres d'ici 5 ans, l'universitarisation des formations paramédicales (IPA, CNU 91 et 92) et le manque d'attractivité du métier de cadre de santé à cause du peu de considération qu'on leur témoigne au sein des établissements et la non-clarification de leur rôle et de leur place. Les IFCS ont, pour 80 % d'entre eux, instauré divers partenariats universitaires mais sont encore contraints par le référentiel de 1995, alors que notre référentiel d'activité et compétences date de 2012.

Il est temps de s'occuper de la **réingénierie du métier de cadre de santé** (Validation d'acquis d'expériences, Master en alternance et des modules communs avec les chefs de service) et créer une formation diplômante pour les cadres supérieurs et chef médicaux de pôle.

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

Conclusion

La juste reconnaissance du niveau de formation des cadres de santé - de proximité et supérieurs – est indispensable pour renouer **la confiance**.

Les marques de reconnaissances s'avèrent tout aussi indispensables pour les cadres de santé afin de revitaliser l'attractivité d'un métier aux lourdes responsabilités. Les cadres représentent une catégorie de professionnels engagés, agiles et compétents pour faire face aux situations de changement radical. Le métier de cadre de santé est au carrefour de plusieurs logiques médico-soignantes et administratives.

Depuis de nombreuses années, il en est le traducteur et le facilitateur permanent, accompagnant toutes les réformes du système de santé. Véritable colonne vertébrale des établissements de santé dans la chaîne de commandement, les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé doivent être soutenus afin de rester debout et d'accompagner les bouleversements à venir (IA, Télémédecine, Télétravail, soins de suites, Ambulatoires, Réseaux Ville / Hôpital ...etc.), en matière de santé et de prise en charges des patients.

Nous vous exprimons donc, ce jour, ne plus tolérer les dysfonctionnements cités plus haut. L'encadrement ne veut plus être caution du non-respect de la réglementation et des valeurs pour lesquelles il s'est engagé dans ce métier, dans la fonction publique.

L'Association que nous représentons, vous alerte sur la nécessité de remettre en débat **la place des cadres de santé et cadres supérieurs dans le système de santé pour être acteurs des décisions stratégiques** et de mettre en adéquation « travail et rémunération », notamment les heures supplémentaires et de reprendre les discussions sur la **réingénierie de la formation** qu'elle soit celle des cadres de santé ou celle à construire des cadres supérieurs de santé.

ANNEXE

FORMATION DES CADRES

Réformer la formation des cadres de santé (IFROSS, IFCSTL et ANCIM)

Le système de santé français compte, au 1^{er} janvier 2020, 18 880 cadres de santé ou assimilés¹, dont plus de 80% exercent en établissement de santé et 6,6 % en établissement d'enseignement et formation professionnelle privée. 41% des cadres de santé ont 60 ans ou plus et plus de 60% des cadres de santé ont 55 ans ou plus. Les cadres de santé de moins de 50 ans représentent moins d'un quart des effectifs. A l'horizon des 10 prochaines années, c'est donc presque 2/3 des effectifs d'encadrement qui devraient être renouvelés soit poste à poste, soit par une redistribution des fonctions composites de la fonction d'encadrement : coordination, gestion de projet, formation, missions transversales, etc.

Les besoins de formation sont donc conséquents et les défis nombreux. Aujourd'hui, la formation est assurée au sein de 37 Instituts de Formation des Cadres de Santé, seuls habilités à délivrer le diplôme de cadre de santé, et proposant une capacité de 1 901 places avec un agrément moyen de 53 places. La formation au sein de ces Instituts est placée sous la responsabilité de cadres de santé formateurs, assistés par des vacataires.

Si les principes guidant la formation des cadres de santé ont permis de répondre tant aux attentes de la profession que des établissements en termes de compétences et de professionnalisation², trois mouvements esquissent un changement de l'environnement de la formation des cadres de santé.

1. Les difficultés à pourvoir les postes d'encadrement marquées par la perte d'attractivité des métiers du secteur en général, le besoin important de renouvellement lié à la courbe démographique des cadres de santé et la **perte d'affection pour la formation cadre** : près de 30% des capacités officiellement agréées en IFCS ne sont pas pourvues. Au cours des 10 dernières années, le nombre d'inscrits a diminué de près de 25% et le nombre de diplômés de plus de 15%.
2. **L'universitarisation** des formations paramédicales est passée dans sa phase opérationnelle : création des Infirmiers en pratique avancée (master) et création au Conseil national des universités des sections de sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91) et de sciences infirmières (CNU 92) ;
3. La tendance lourde pour ne pas dire quasi-systématique au **recours aux faisant-fonction d'encadrement** dans les établissements publics et privés sur des périodes allant de 2 à 3 ans avant la réalisation d'une formation en management (DCS ou autre). Ainsi, les

¹ La DREES distingue les Cadres de santé, les Infirmiers cadre de santé publique, les Cadres infirmiers et les Cadres infirmiers psychiatriques.

² FERONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone, « La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne », in *Revue française de sociologie*, n° 3, vol. 46, 2005, p. 469.

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

professionnels entrant en formation cadre présente majoritairement une expérience managériale significative ;

Ces évolutions constituent un appel à innover pour l'ensemble des parties prenantes à commencer par les organismes de formation des cadres de santé et plus généralement les acteurs de la formation au management des cadres de santé dont les universités, les établissements de santé et leurs fédérations ainsi que les Organismes paritaires collecteurs agréés (OPCO).

Les pistes d'innovation

Repenser les relations entre IFCS et universités

Depuis de nombreuses années, la majorité des IFCS a déployé un réseau de partenariats avec des universités visant à valoriser tout ou partie des enseignements de la formation au Diplôme de cadre de santé et à proposer des apports complémentaires en termes de compétences dans des disciplines diverses : sciences de gestion, sciences de l'éducation, santé publique, sociologie, sciences politiques, etc. Ces partenariats permettent ainsi aux professionnels en formation en IFCS d'obtenir en plus du DCS une première année de Master généralement appelée Master 1 voire un diplôme de Master alors appelé Master 2. Ces partenariats démontrent la dynamique mise en œuvre par les IFCS afin de compléter l'absence de mise à jour de fond concernant le décret de 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé³ mais l'avenir est certainement à un rattachement plus fort aux universités spécialisés sur le champ des compétences attendues des cadres de santé, à savoir le management des organisations de santé dans une perspective large : sanitaire et médico-social, ville et établissement de santé, public et privé.

Des initiatives autour des DCS vont plus avant dans l'intrication des programmes DCS et universitaires et/ou dans la structuration d'IFCS « universitaires » :

- L'Institut régional de management en santé Océan Indien (IRMSOI) créé en 2015 à la Réunion en associant la Région, le CHU, l'Université et les délégations régionales des fédérations d'établissements⁴ a permis de bâtir une formation au DCS structurée sous la forme d'un diplôme de master délivré par l'IAE de la Réunion ;
- L'Ecole supérieure Montsouris (ESM), fruit de la collaboration entre la Mutualité Fonction Publique et l'Université Paris-Est Créteil est devenue en 2017 un département de l'UFR de médecine de l'UPEC ;
- Depuis la rentrée 2021, le Pôle régional d'enseignement et de formation aux métiers de la santé (PREFMS) de Toulouse porte un dispositif expérimental dans le cadre de l'article 39 de la Loi n°2013-660 du 22 juillet 2013 modifié par la LOI n°2019-774 du 24 juillet 2019.

³ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé et Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

⁴ Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne de l'Océan Indien (FEHAP OI), Fédération hospitalière de France de l'Océan Indien (FHF OI) et Fédération de l'hospitalisation privée de l'Océan Indien (FHP OI).

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

Le parcours de formation est co-porté par l'Université Paul Sabatier Toulouse III et l'IFCS du PREFMS et aboutit à l'obtention du DCS et d'un Master en management.

- A partir de janvier 2022, l'IFCS-TL (Lyon) et l'Institut de formation et de recherche sur les organisations sanitaires et sociales (IFROSS – Université Lyon 3) débute une expérimentation permettant de réaliser le DCS et un Master complet en management des organisations de santé sur le modèle de l'alternance en 24 à 36 mois.

Développer le modèle de l'alternance

Le processus de professionnalisation au cœur des projets de formation des IFCS a été pensé pour accompagner la transition des professionnels paramédicaux vers leur futur rôle de cadre de santé⁵. L'expérience managériale de plus en plus significative des professionnels entrant en formation et le besoin massif de formation lié au renouvellement démographique de l'encadrement interroge ce modèle historique. Dès lors, le choix du recours aux stages plutôt qu'au modèle itératif ou alternant entre le lieu d'exercice professionnel et le lieu de formation semble **aller à contre-courant des pratiques les plus courantes en formation continue**⁶.

Un modèle ancré sur la pratique managériale effective

Un modèle de formation continue construit dans une logique d'alternance présente l'avantage de s'appuyer directement sur une **pratique managériale effective de professionnels en responsabilité**, caractéristique majeure de la posture managériale. L'observation de lieux tiers peut néanmoins conserver un intérêt mais il ne faut dans ce cas pas tant l'envisager comme un moyen d'accéder à une diversité de situations que comme la possibilité d'observer des pratiques et dispositifs exemplaires. Dans ce cadre, la présence sur ces terrains n'a plus la même visée que les stages et peut notamment être plus courte et s'appuyer sur toute la palette des outils méthodologiques de la recherche en sciences sociales (observations, entretiens, questionnaires, recueil de matériaux, etc.).

Un modèle 3 fois moins coûteux et davantage soutenable pour tous les établissements

Enfin, la comparaison entre le modèle de formation continue alternante et le modèle actuel est sans appel concernant le coût organisationnel et financier de la formation pour l'employeur. En effet, en prenant en compte une valeur basse du coût chargé annuel d'un IDE pour l'employeur, la seule **absence pour formation avoisine 50 000 € par an** par personnel en formation de cadre de santé, sans prendre en compte les éventuels frais d'hébergement et de repas. Ainsi, si on cumule ce coût au financement de la formation qui avoisine 10 000 € dans les IFCS, le **coût total pour l'établissement est considérable et avoisine 60 000 € par professionnel en formation**. Dans un modèle d'alternance relativement ambitieux comprenant entre 450 et 500 heures de formation, le **coût de l'absence serait compris entre 15 000 € et 17 000 €**.

Ainsi, à **budget équivalent, le modèle de l'alternance permet de former 3 fois plus de cadre de santé et de maintenir les compétences dans les établissements tout au long de la formation**. Ce différentiel d'un rapport d'un à trois doit interroger les établissements et les organismes

⁵ C. De Singly, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, op. cit. ; M. Yahiel et C. Mounier, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, op. cit.

⁶ DUBAR Claude, *La formation professionnelle continue*, Paris, La Découverte, 2015, 128 p.

Audition SENAT pour l'enquête concernant l'hôpital public et le système de santé le 06/01/2022

financeurs en termes de soutenabilité du système de développement des compétences des professionnels du secteur.

Les fonctions de manager et de formateur : entre convergence et divergence

Le décret de 1995 présentait pour ambition d'unifier les formations des cadres managers et des cadres formateurs jusque-là distinctes. Cependant, ce parcours unifié, déjà remis en cause par les rapports De Singly⁷ et Yahiel-Mounier⁸, est interrogé par la structuration récente d'une filière paramédicale Licence-Master-Doctorat. En effet, la création du diplôme d'Etat d'Infirmier en pratique avancé (IPA) par la Loi de modernisation de notre système de santé constitue le niveau Master de la filière et l'ouverture de deux sections du Conseil national des universités (CNU) en Sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91) et en Sciences infirmières (CNU 92) constituent le niveau Doctorat de la filière. Cette structuration et la création des sections CNU permettent la qualification et le recrutement d'enseignants-chercheurs pour les deux sections. Dès lors, par homologie avec l'ensemble des autres disciplines universitaires, il apparaîtrait cohérent que la formation des futurs professionnels soit assurée à terme par les enseignants-chercheurs en sciences infirmières ou en sciences de la rééducation et de la réadaptation. Dans ce contexte, s'il est tout à fait envisageable et même souhaitable que des cadres de santé s'orientent ensuite vers une carrière universitaire, la vocation du DCS à former spécifiquement des cadres formateurs est très certainement amenée à s'éteindre au fur et à mesure de la qualification et du recrutement de Maîtres de conférences et de Professeurs en Sciences infirmières et en Sciences de la rééducation et de la réadaptation.

⁷ SINGLY Chantal DE, *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*, Paris, France, 2009, 92 p.

⁸ YAHIEL Michel et MOUNIER Céline, *Quelles formations pour les cadres hospitaliers ?*, Paris, France, 2010, 74 p.