

MOTS CLÉS

Direction des soins
Hiérarchie infirmière
Paramédical
Revalorisation
Statut

réflexion

RÉTROSPECTIVE

La direction des soins

Histoire d'une lutte pour la reconnaissance institutionnelle du soin

Dans une note transmise au gouvernement, et publiée sur le site des Échos en mai 2022⁽¹⁾, le directeur général de l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP), Martin Hirsch, fait des propositions pour une refondation de l'hôpital public. L'une d'elles a particulièrement agacé les directeurs des soins⁽²⁾ puisqu'il proposait de réduire leur rôle à une simple fonction de conseiller du DRH. Pourtant, dans les établissements hospitaliers, les centres de formation des professionnels paramédicaux et les agences régionales de santé, les directeurs des soins ont démontré leur place incontournable, notamment grâce à leur expertise soignante, en défendant la qualité des soins et le développement des compétences professionnelles de l'ensemble des paramédicaux. Occupant une réelle place au sein des équipes de direction, ils ne sont toujours pas considérés statutairement comme des directeurs adjoints et se heurtent depuis des années à un plafond de verre. Une situation qui trouve ses origines sur une considération ancienne et ancrée au cœur de l'histoire des soins et de l'évolution de la profession infirmière. L'auteur examine ici comment s'est construite cette fonction et quels freins elle a rencontrés, comment elle a dû s'adapter aux réformes et quelles défenses elle a adoptées pour pouvoir offrir aux soins la place institutionnelle qu'ils méritent.

1870-1930

Prémices d'une direction des soins et d'encadrement soignant

L'idée de créer une hiérarchie infirmière autour d'une formation primitive d'encadrement⁽³⁾ et de direction prend naissance avec l'institutionnalisation de la fonction infirmière. En effet, dès 1870, lors de la création des premières écoles d'infirmières à Paris par le Dr Désirée Magloire Bourneville⁽⁴⁾, ce dernier souhaite créer une formation de deuxième niveau, dite « de perfectionnement », pour permettre aux infirmières formées

d'acquérir des compétences médicales plus importantes et des connaissances d'organisation hospitalière. Une forme d'ascenseur social basé sur un principe républicain de promotion professionnelle puisque ces écoles s'adressent à des personnes modestes souvent sans instruction. En 1881, Bourneville a l'idée d'adjoindre à l'école de la Salpêtrière (la première école d'infirmière connue en France) une école plus médicalisée, la Pitié, qu'il présente comme une école de perfectionnement destinée à une élite, que ce soit pour l'encadrement ou pour les soins : « Il est nécessaire que dans la mesure la plus large possible, l'Administration fasse venir ici les meilleures élèves de la Salpêtrière, celles qu'elle a l'intention de nommer suppléantes. C'est également à la Pitié, dans le personnel ainsi composé, qui serait un personnel d'élite, qu'elle pourrait recruter tous les trois ou quatre mois une partie du personnel destiné aux hôpitaux qu'elle va successivement laïciser. » Un modèle qui ne sera pas poursuivi.

En 1901, lorsque le Dr Anna Hamilton⁽⁵⁾ prend la direction de la Maison protestante de Bordeaux, elle promeut une image de l'infirmière garde-malade issue d'une classe sociale élevée, sur le modèle de la nurse anglaise. Contrairement

Marc CATANAS
Coordonnateur
général des soins
Direction des soins
CH du Pays d'Aix

au Dr Bourneville, Anna Hamilton considère comme une évidence l'accès à des fonctions supérieures pour des femmes, et non un modèle d'ascension sociale⁽⁶⁾. Pour elle, la direction des soins et des gardes-malades doit être confiée à une femme, à l'image des *matrons* anglaises⁽⁷⁾. «La Directrice, voilà un personnage encore à peu près inconnu en France, et que la réforme hospitalière introduit graduellement dans les établissements réorganisés. Cette individualité est une conséquence

forcée de la création d'un personnel infirmier de moralité et d'éducation supérieures constitué principalement de jeunes filles qui ne peuvent être placées que sous une direction féminine⁽⁸⁾ » A. Hamilton prône un modèle d'hôpital-école dirigé par une femme diplômée, soit en médecine, soit en nursing⁽⁹⁾. « Dans le système de l'hôpital école, la garde-malade n'est plus subordonnée au médecin, mais à la directrice de l'hôpital. Selon le précepte formel énoncé par Florence Nightingale, c'est une femme qui juge les nurses et leurs travaux. Le corps d'élite des élèves constitue le personnel de l'hôpital pendant deux ans. Ensuite elles le quittent, libres de tout engagement.⁽¹⁰⁾ » L'école de la Maison de santé protestante de Bordeaux est rapidement un succès et va permettre à ses élèves de devenir cheftaines pour les premières, directrices d'hôpitaux-écoles pour d'autres, et ce dans la France entière : Béziers (1905), Elbœuf (1907) Montbéliard (1907), Lille (1923)⁽¹¹⁾, sauf à Paris où le modèle de l'Assistance publique développé par le Dr Bourneville se satisfait de former du personnel secondaire⁽¹²⁾, considéré comme minimaliste par A. Hamilton. C'est ce modèle parisien proche des pouvoirs décisionnels soutenu politiquement par le gouvernement qui perdure et ne permet pas le développement des soins infirmiers autour d'une direction des soins autonome selon le modèle porté par Anna Hamilton. Après la Première Guerre mondiale, Léonie Chaptal⁽¹³⁾, parce qu'elle occupe un poste important dans l'administration des hôpitaux parisiens, parvient à faire voter en 1922 le brevet de capacité professionnelle, permettant de porter le titre d'infirmière⁽¹⁴⁾ mais basé sur un rôle purement exécutif. La fonction de direction des soins n'existe alors qu'au travers de la direction d'hôpital-école, puis uniquement d'école. Anna Hamilton sera la première directrice des soins en France.

NOTES

- (1) M. Hirsh, « L'hôpital, le temps de la refondation », Lesechos.fr, mai 2022.
- (2) « Le plaidoyer de Martin Hirsh pour refonder l'hôpital suscite la colère des directeurs des soins », APMnews, mai 2022.
- (3) Il est bien entendu que la fonction d'encadrement n'existait pas à cette époque. Seul le grade de surveillant existait dans les établissements hospitaliers, dont la trace la plus ancienne remonte à ce jour au XVIII^e siècle. Les surveillants avaient pour rôle de tenir les salles et de « superviser » les personnels.
- (4) Désiré-Magloire Bourneville (1840-1909), médecin aliéniste, a participé activement au débat sur la laïcisation des hôpitaux français.
- (5) Anna Hamilton (1864-1935), médecin, directrice de la Maison de santé protestante de Bordeaux, disciple de Florence Nightingale, elle a participé à l'évolution du métier d'infirmière en France.
- (6) S Divay, L. Girard, « Éléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : la formation des infirmières et de leurs cheffes », *Recherche en soins infirmiers*, Association de recherche en soins infirmiers, 2019
- (7) A. Hamilton, « Considération sur les infirmières des hôpitaux » Thèse de médecine, Montpellier, 1900. Lors de son voyage au Royaume-Uni à la fin du XIX^e siècle, A. Hamilton a pu observer dans les hôpitaux de la Couronne qu'une « matron » était à la tête des infirmières et positionnée près du directeur de l'hôpital et du médecin chef.
- (8) « La garde-malade hospitalière », mars 1907, n°66, in E. Diebot, *La Maison de santé protestante de Bordeaux : 1863-1934 : vers une conception novatrice des soins à l'hôpital*, Erès, 1990, p. 61.
- (9) E. Diebolt, N. Fouche, *Devenir infirmière en France, une histoire Atlantique ? (1854-1938)*, Publibook Université, 2011, p. 123.
- (10) *Ibid.*
- (11) *Idem*, p. 130.
- (12) Soit du personnel d'exécution.
- (13) Léonie Chaptal (1873-1937), infirmière, promotrice de la profession d'infirmière et d'assistante sociale, présidente fondatrice de l'Association nationale des infirmières diplômées de l'État français et de la fondation portant son nom, considérée encore aujourd'hui comme l'une des plus anciennes structures au patrimoine mondial de la santé publique, dont le siège se trouve à Sarcelles (Val-d'Oise).
- (14) M. Catanas, « De l'interdit d'exercer au décret d'actes infirmiers », *Revue Soins*, n°862, janvier/février 2022, p. 27.
- (15) J. Eggers, « Une histoire d'encadrement : approche historique et juridique », in I. Sainsaulieu, *Les Cadres hospitaliers : représentations et pratiques*, Lamarre, 2008.
- (16) Décret du 18 février 1938, JO du 19 février 1938, p. 2084-2086.
- (17) Décret du 10 août 1942, JO du 30 septembre 1942.
- (18) Les premiers directeurs d'hôpital ont été nommés en vertu du décret d'application de la loi du 21 décembre 1941, publié le 17 avril 1943 et disposant qu'un agent, appointé par l'établissement, est chargé d'exécuter les décisions de la commission administrative. Cet agent était « directeur » dans les établissements de plus de 200 lits, et « directeur économe » dans ceux de moins de 200 lits. In F.-X. Schweyer, « Les carrières des directeurs d'hôpital », *Revue française d'administration publique*, 2005/4, n°116, p. 623-638.
- (19) Décret du 27 avril 1943 relatif aux hôpitaux et hospices : « Les surveillants et surveillantes dirigent les infirmières et infirmiers et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades. »
- (20) Avant 1975, il existait une quinzaine de postes d'infirmiers généraux, in J.-P. Choc, « L'infirmier général après le grade », mémoire ENSP, 1986.
- (21) F.-X. Shweyer, « L'infirmière qui devient directeur. Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics » in *La compétence en question*, 1993, Presses universitaires de Rennes, p. 127.

1930-1975

L'influence des associations professionnelles et de l'école internationale de Lyon

Le besoin d'encadrement et de direction se développe après la Première Guerre mondiale, quand les besoins de soins augmentent et que l'on prend conscience qu'il est nécessaire de former et d'encadrer ces nouveaux professionnels ; cela se solde par une tentative de création d'un diplôme supérieur en 1938⁽¹⁵⁾, avec une proposition de loi⁽¹⁶⁾ et une précision à l'article 20 : « Le diplôme supérieur est exigé par priorité pour toute personne exerçant des fonctions de directrice, inspectrice ou toute autre fonction supérieure du même ordre. » Ce diplôme ne verra malheureusement pas le jour. Une autre tentative aura lieu en 1942⁽¹⁷⁾, en vain. En 1941⁽¹⁸⁾ apparaît le décret officialisant la fonction de directeur d'hôpital et en 1943⁽¹⁹⁾ celui concernant la surveillante, qui place ce professionnel sous une double dépendance : administrative et médicale. Ce n'est qu'à la fin de la Seconde Guerre mondiale que les hôpitaux éprouvent peu à peu la nécessité de créer des postes de surveillantes générales, principalement dans les grands établissements⁽²⁰⁾. Parallèlement, l'Association nationale française des infirmières et infirmiers diplômés et des étudiants (Anfide) revendique la mise en place d'une véritable hiérarchie infirmière dans les établissements autour d'une

direction des soins⁽²¹⁾ afin de permettre aux infirmiers/ères d'avoir une carrière et d'être représenté/es dans les équipes de direction. C'est ainsi qu'un grade de « surveillant général » se généralise peu à peu dans de nombreux établissements, mais sans réel statut et sous des formes d'exercice différentes. À la même époque, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) travaille à la mise en place de l'École internationale d'enseignement infirmier supérieur (EIEIS) avec l'université et les Hospices civils de Lyon, école qui ouvre ses portes en 1965⁽²²⁾ et qui a pour objet de former des infirmiers à de hautes responsabilités dans les établissements hospitaliers. Pendant des années, cette école a formé de nombreux cadres infirmiers et professionnels du monde entier autour d'une formation universitaire en deux ans et, comme le démontre Michel Poisson dans sa thèse, a fait bien plus encore : ses membres ont développé une importante activité intellectuelle d'enseignants et de chercheurs quasi universitaires⁽²³⁾. Grâce aux financements accordés par l'OMS, ils se rendent aux quatre coins de la France et à l'étranger dans le cadre de voyages d'étude, de missions d'experts en soins infirmiers ou de « séminaires résidentiels⁽²⁴⁾ ». Ils ont aussi des activités associatives en tant qu'élus dans des organismes collectifs et instances permanentes (commissions, conseils de perfectionnement, comités d'entente des écoles d'infirmières et de cadres infirmiers), produisent des rapports et participent à des enquêtes sur le métier infirmier, sont membres de commissions ministérielles, certains occupant des postes à responsabilité au ministère de la Santé. Les anciens élèves de cette école ont créé une association, les Amis de l'École internationale (Amiec), et publié de très nombreux ouvrages dans le cadre d'une collection spécifique⁽²⁵⁾ autour de questions alors jamais traitées en France (qualité des soins, effectifs infirmiers et organisation des soins, évaluation, travail de nuit...). Ces publications ont permis de diffuser à la fois une culture professionnelle infirmière issue des connaissances développées autour du métier et l'« esprit EIEIS » prolongé par les diplômées de l'École qui sont devenues monitrices ou directrices d'école de cadres ou d'infirmières ou, plus tard, infirmières générales et directrices des soins. Les responsables et enseignants de cette école se sont aussi mobilisés pour la création du grade de directeur des soins infirmiers, mais de façon anonyme dans un manifeste⁽²⁶⁾ paru en 1970⁽²⁷⁾ et cosigné par les associations professionnelles de l'époque : « Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ? » Selon Michel Poisson, malgré la mise en place progressive de postes de surveillantes générales et leur utilité de plus en plus reconnue dans les établissements hospitaliers, l'idée est loin d'être intégrée en haut lieu, ce qui permet de douter de la réelle volonté du ministère de l'époque de la mettre en pratique. « La comparaison avec les nombreux pays étrangers avancés dans ce domaine permettait de mieux mettre en lumière cette lacune en France, au risque de la faire apparaître dans le petit groupe fort peu glorieux des derniers retardataires⁽²⁸⁾. » Cela est parfaitement écrit dans le manifeste : « L'infirmière directrice du service infirmier existe dans l'ensemble des hôpitaux des pays ayant un service organisé. Elle fait partie de l'équipe de direction ; l'ampleur

des responsabilités déléguées par le directeur de l'hôpital suppose qu'elle ait reçu une formation au niveau des cadres supérieurs. Elle et ses adjointes sont en effet responsables de sélectionner le personnel des services infirmiers ; de le placer dans les services ; d'étudier les problèmes de quantité du personnel nécessaire, de matériel de soins, de circuits des informations ; d'organiser la formation continue de ce personnel. Il est inutile de citer les pays qui ont de tels postes : on aurait plus vite fait d'énumérer les quelques rares pays où cela n'existe pas officiellement.⁽²⁹⁾ »

Le Conseil supérieur des infirmières⁽³⁰⁾ (CSI), lors de sa séance du 27 mars 1969, met en place une commission « Groupe ministère » qui a pour objet de proposer la création d'un poste d'infirmière responsable des soins infirmiers à l'échelon de l'hôpital⁽³¹⁾. Ce projet « Étude de la fonction d'infirmière générale responsable des soins infirmiers » est présenté au CSI le 30 avril 1970. Dans le texte du projet⁽³²⁾, il est clairement proposé que ce professionnel soit positionné au niveau de la direction générale de l'hôpital, avec trois rôles essentiels : conseiller (en lien avec son expertise soignante), aide à la gestion des personnels infirmiers (recrutement, affectation...), responsable dans l'organisation des services de soins (horaires, calcul et répartition des effectifs, matériels nécessaires). Le 16 octobre 1970, le ministère de la Santé organise une réunion pour travailler un programme de formation⁽³³⁾. Un projet est présenté le 23 novembre 1971 au Conseil de perfectionnement des études d'infirmières⁽³⁴⁾ et il est demandé à l'EIEIS de faire des propositions. Plusieurs réunions se tiennent à l'EIEIS avec des professionnels et

NOTES

(22) M. Poisson, « L'École internationale d'enseignement infirmier supérieur Lyon (1965-1995). Fabrique d'une élite et creuset pour l'émancipation des infirmières françaises du XX^e siècle », thèse d'histoire, 2018.

(23) *Ibid.*

(24) *Ibid.*

(25) Le Centurion, collection « Infirmières d'aujourd'hui » et Les Cahiers de l'Amiec.

(26) La principale auteure de ce manifeste, Catherine Mordacq, était directrice adjointe de l'EIEIS et n'a révélé en être l'auteure que bien plus tard afin de ne pas mettre en difficulté l'école. In M. Poisson, *op. cit.*, p. 393.

(27) M. Poisson, *op. cit.*, p. 393.

(28) *Idem*, p. 395.

(29) Anfiide/Ceeiec/UCSS/Uncachs, *Le Service infirmier français doit-il rester sous-développé ?*, Bosc Frères, Lyon, 1970.

(30) Conseil créé par le décret du 28 février 1951, présidé par le ministre de la Santé publique et de la Population. Organisme paritaire d'infirmiers/ères chargé de donner son avis sur toute question relative à l'exercice de la profession.

(31) R. Magnon, *Le Service infirmier ces 30 dernières années*, Le Centurion, 1982.

(32) Ch. Chilard, « La surveillante générale directrice du service infirmier à l'échelon de l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n°94, mars 1970.

un représentant de l'École nationale de santé publique. Parmi les débats, la question de la dénomination de la fonction : infirmière générale ? infirmière surveillante générale ? directrice des soins ou du service infirmier ? Le titre « infirmière générale »⁽³⁵⁾ l'emporte et le 25 septembre 1972, le projet de formation est adopté par le Conseil de perfectionnement⁽³⁶⁾.

Parallèlement, le 5 février 1971, est créée la première association des infirmiers généraux sous la présidence de Christiane Ribière, l'Association nationale des infirmiers généraux⁽³⁷⁾ (Anig), alors même que la fonction n'est pas encore reconnue. Les membres de l'association travaillent à sa visibilité comme le prouvent les thèmes de leurs premières journées d'étude :

» « L'infirmière générale, élément moteur dans l'entreprise hospitalière », en 1972,

» « Approche pour une participation de l'infirmière générale dans l'administration », en 1973.

NOTES

(33) R. Magnon, *Le Service infirmier ces 30 dernières années*, op. cit., p. 160.

(34) Un arrêté du 5 octobre 1957 a créé le Conseil de perfectionnement des études d'infirmière qui était chargé de donner un avis sur toutes les questions relatives à l'enseignement préparatoire au diplôme d'État d'infirmières et d'infirmiers et à l'organisation des écoles.

(35) M.-A. Cottencin, « De la surveillante dite... générale au bureau central des soins infirmiers », *Gestions hospitalières*, n°113, février 1972.

(36) R. Magnon, *Le Service infirmier ces 30 dernières années*, op. cit., p. 160.

(37) S. Michaud, « Journées professionnelles, de l'Anig à l'AFDS », *Soins cadres*, n°95, septembre 2015, p.29.

(38) Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

(39) J.-M. Clément, « L'hôpital : exemple d'une polyarchie ou des pouvoirs sans arbitrages », in *L'Année hospitalière 1995*, Berger-Levrault, 1995, p. 54.

(40) Discours de Simone Veil, 40^e Congrès de l'Anfiède, Le Touquet, 26 octobre 1974. In « Les infirmières seront associées au fonctionnement administratif des hôpitaux annonce Madame Simone Veil », *Le Monde*, 29 octobre 1974.

(41) J.-P. Choc, « L'infirmier général 10 ans après le grade », mémoire ENSP, 1986, p. 49.

(42) *Idem*, p. 50.

(43) Depuis la fin des années 2010, les organisations syndicales réclament que le corps des directeurs des soins soit reconnu comme celui des directeurs adjoints à un niveau A+.

(44) Allocution lors du dîner officiel des 6^{es} Journées d'études des infirmières générales, Poissy, 1977.

(45) Ch. Chillard, « La formation de l'infirmière générale directrice des soins à l'hôpital », *Gestions hospitalières*, n°114, mars 1972.

(46) J.-R. Ledoyen, « Directeur des soins, un métier en continue évolution », *Soins cadres*, n°95, septembre 2015.

1975

Un départ difficile pour la création du statut d'infirmier général

C'est avec l'élection de Valéry Giscard d'Estaing en 1974 et la nomination de Simone Veil en tant que ministre de la Santé que le décret officialisant la mise en place des infirmiers généraux (IG) voit le jour le 11 avril 1975⁽³⁸⁾, non sans mal. Non seulement le décret a été fortement combattu lors des débats à l'Assemblée mais, lors de la préparation du statut, la Fédération hospitalière de France formule deux recours en Conseil d'État, dont elle est déboutée. Le différend porte sur la possibilité reconnue aux infirmiers généraux d'un pouvoir propre d'affectation des personnels soignants, ce que certains directeurs avaient eu du mal à digérer. Une question toujours vive vingt ans après puisque Jean-Michel Clément précise en 1995 : « Il y a la hiérarchie paramédicale qui, par l'infirmier général, contraint depuis un décret de 1975 le directeur à suivre l'avis dudit cadre infirmier lors des nominations des personnels soignants, aides-soignants et agents de services hospitaliers. »⁽³⁹⁾

Sur le statut, Simone Veil a bien prévu la création de ce corps en catégorie A de la fonction publique, précisant « sans conteste la catégorie des hauts fonctionnaires⁽⁴⁰⁾ », sauf que le décret du 11 avril ne le mentionne pas et que les grilles proposées sont en dessous. Simone Veil a sûrement sous-estimé l'insuffisance de solidité statutaire du corps infirmier. En effet, le baccalauréat n'est pas obligatoire pour intégrer une école d'infirmière et la formation n'est pas reconnue comme formation universitaire, pas plus que le certificat cadre infirmier. Résultat, seule l'ancienneté professionnelle de dix ans est reconnue comme critère de base pour le concours au grade d'infirmier général adjoint⁽⁴¹⁾. Étant donné que le corps infirmier comprend trois grades – infirmier, surveillant et surveillant chef, tous en catégorie B –, l'emploi des IG est présenté comme un emploi de niveau A mais pas correctement défini⁽⁴²⁾ puisque le corps en catégorie A se définit par rapport à son niveau de recrutement qu'est la licence. Ce statut hybride d'IG n'a certes pas empêché sa mise en œuvre et de trouver sa place dans les équipes de direction, mais il n'est toujours pas résolu presque 50 ans après, l'obtention d'un statut équivalent à celui d'un haut fonctionnaire étant toujours refusé aux directeurs des soins⁽⁴³⁾.

Quant à la formation, Simone Veil préfère l'École nationale de santé publique (ENSP) plutôt que l'EIEIS de Lyon, car moins longue (la formation universitaire de l'EIEIS durait deux ans) et, d'après elle, « au moment où ces infirmières s'engageront dans cette voie, ce seront le plus souvent des femmes ayant pour la plupart des responsabilités familiales, professionnelles et sociales incompatibles avec une formation de longue durée⁽⁴⁴⁾ ». Pourtant, le groupe de travail s'était prononcé pour une formation universitaire de deux ans par l'EIEIS en collaboration avec l'ENSP⁽⁴⁵⁾ et l'université (afin de valider si besoin des équivalences).

La première formation a lieu en janvier 1978 à l'ENSP et les 32 élèves de cette première promotion intègrent l'école sous la responsabilité de Marie-Anne Cottencin⁽⁴⁶⁾. La durée de ce cycle de formation est de six mois, avec soutenance d'un mémoire professionnel. L'accès à la formation se fait sur concours régional ou sur « mesures transitoires » pour ceux déjà en exercice.

1975-1985

Une implantation des postes inégale

Dans les établissements hospitaliers, si les postes d'infirmiers généraux créés par le décret de 1975 sont mis en place quand les conditions requises sont réunies⁽⁴⁷⁾, on note un déséquilibre entre ceux qui auraient dû être créés et la réalité (absence de candidats, concours régional, nécessité d'une nomination par le chef d'établissement...). De plus, lorsque dans certains établissements les conditions de création de poste sont enfin obtenues, les chefs d'établissement se heurtent à des refus de leur tutelle. D'après le décret de 1975, dans les hôpitaux de 500 à 1 000 lits, les tableaux des effectifs cadres doivent proposer un poste d'infirmier général. Une circulaire de 1976⁽⁴⁸⁾ avance ensuite que l'intégration est prioritaire sur les procédures de droit commun⁽⁴⁹⁾. C'est en publiant les postes vacants au *Journal officiel* que les chefs d'établissement savent s'ils vont intégrer un faisant fonction ou avoir recours au concours. Une circulaire de 1977⁽⁵⁰⁾ précise que la quasi-totalité des agents qui remplissent les fonctions d'IG ont été intégrés. Aussi, selon la Direction des hôpitaux, les derniers postes doivent être pourvus en 1978. Ces « mesures transitoires », qui devaient s'étaler sur cinq ans, ont dans certains cas été utilisées par des chefs d'établissement jusqu'en 1994⁽⁵¹⁾. En 1986, 80 % des IG en fonction en avaient bénéficié⁽⁵²⁾. À noter aussi une implantation plus lente dans les hôpitaux psychiatriques.

Ce processus d'intégration a été très discuté et critiqué puisque dix ans de pratique de soins suffisaient pour concourir sans nécessairement avoir été cadre. Le concours sur épreuves était jugé plus équitable que le concours sur titres. Quant à l'utilité du poste, celui-ci a été reconnu comme indispensable dans les établissements où il a été mis en place. La longue carrière hospitalière de l'IG, ponctuée de nombreux passages dans différents services (et quelques postes subalternes en début de carrière), lui donnait une crédibilité et en faisait un personnage charnière pour les établissements⁽⁵³⁾.

1988-1991

Une demande forte de revalorisation du statut d'infirmier général et de direction d'écoles infirmières et cadres

L'Association nationale des infirmières générales (Anig) a présenté depuis quelques années un projet d'évolution du statut. Ce projet préconise en particulier des modifications du décret du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des IG, de l'arrêté du 5 décembre 1975 fixant les modalités des concours sur épreuves pour l'accès à l'emploi d'IG et de la circulaire du 31 juillet 1975. Plusieurs entrevues ont eu lieu avec les services du ministère mais sans arriver à ce que souhaite l'Anig⁽⁵⁴⁾. De plus, suite aux grèves infirmières de 1988, les réformes des carrières infirmières aboutissent à un tassement des rémunérations⁽⁵⁵⁾. Les IG sont déjà les oubliés de ces réformes puisque les surveillants chefs sont valorisés en 1988 et voient leur carrière débiter à un échelon 21 points plus haut ! Ce point de l'histoire des directeurs des soins doit être souligné car ce problème lié aux revalorisations des grilles indiciaires des corps professionnels avant celui des IG puis des directeurs des soins s'est reproduit systématiquement à chaque nouvelle renégociation statutaire.

« La longue carrière hospitalière de l'IG, ponctuée de nombreux passages dans différents services [...] lui donnait une crédibilité et en faisait un personnage charnière pour les établissements. »

L'année 1989 est marquée aussi par des demandes fortes pour une reconnaissance du statut des directeurs d'instituts de formation. L'Association des directeurs d'école et l'Anig se mobilisent, ce qui se voit au travers des questions posées par une quinzaine de députés⁽⁵⁶⁾ au ministère de la Santé. Les questions portent sur la distorsion de carrière entre les infirmières générales et les directeurs des écoles de cadres et d'infirmiers et infirmières. Les exigences de diplômes pour accéder au concours de directeurs d'école sont ainsi supérieures à celles des infirmiers généraux alors que les premiers ont accès, comme les seconds, aux formations universitaires de deuxième et troisième cycles. La demande d'harmonisation de ces deux carrières est forte afin de permettre une certaine mobilité.

Enfin, il existe toujours cette ambiguïté de positionnement en matière de catégorie hiérarchique des IG qui n'a pas été clairement posée en 1975. Malgré des responsabilités et des compétences des infirmiers généraux connues, le ministère de la Santé reconnaissait que l'emploi d'infirmier général se situait au niveau de la catégorie A⁽⁵⁷⁾. Le statut dont le projet, après plusieurs consultations avec les représentants de la profession, est présenté au Conseil supérieur de la fonction publique hospitalière le 8 juin 1989, confirme le classement du corps des IG en catégorie A. Il modifie les conditions de recrutement par un concours organisé à l'échelon national, la formation (allongement du stage de formation théorique et pratique à l'ENSP) et les rémunérations. Il est aussi proposé que des IG puissent accéder à des emplois de directeurs au titre du tour extérieur⁽⁵⁸⁾.

NOTES

- (47) J.-P. Choc, *op. cit.*, p. 130.
- (48) Circulaire 242 DH 4 du 11 juin 1976 relative au recrutement des infirmiers généraux adjoints dans les établissements d'hospitalisation publics.
- (49) Concours sur titres pour les infirmiers généraux et concours sur épreuves pour les infirmiers généraux adjoints.
- (50) Circulaire 261 DH 4 du 14 avril 1977 relative au recrutement et à l'avancement des infirmiers généraux et des infirmiers généraux adjoints dans les établissements hospitaliers publics.
- (51) F.-X. Schweyer, « Invention et constitution du groupe professionnel des directeurs des soins », *Soins cadres*, n°95, septembre 2015.
- (52) J.-P. Choc, *op. cit.*, p. 40.
- (53) *Idem*, p. 100.
- (54) Question écrite n° 04984 d'Hubert d'Andigné (Orne - RPR), *JO du Sénat*, 01/06/1989, p. 831.
- (55) « Signé par trois syndicats, le protocole d'accord sur les infirmières n'est qu'une étape dans les discussions », *Le Monde*, 26 octobre 1988.
- (56) 16 janvier 1989, Bernard Pons - 23 janvier 1989, Pascal Clément, Léon Vachet, Marc Dolez, Bernard Debré, Pierre Bachelet, Gérard Chasseguet, Jean-Michel Testu, Christine Boutin, Jean-Jacques Weber, René André, Adrien Zeller, René Couanneau, Robert Loïc, Bernard Pons, Gabriel Montcharmont - 3 avril 1989, Yves Coussain.
- (57) Réponse écrite du ministère de la Solidarité, *JO du Sénat*, 24/08/1989, p. 1366.
- (58) Prévu par les dispositions du décret n° 88-163 du 19 février 1988 portant statut particulier des personnels de direction.

Par le décret du 18 octobre 1989, le corps des infirmiers généraux est enfin reconnu en catégorie A, soit quinze ans après la création du grade, avec deux modes d'exercice : la direction des services de soins infirmiers et la direction des écoles d'infirmiers et cadres. Sauf qu'à l'époque, même si les IG ont des fonctions de direction et sont intégrés dans des équipes de direction, ils ne sont pas reconnus comme appartenant au corps de direction et ne bénéficient pas de l'indemnité de responsabilité qui s'y rattache⁽⁵⁹⁾. La raison en est que le statut des IG révisé par ce décret du 18 octobre 1989 est postérieur à la loi du 9 janvier 1986. Or, une circulaire⁽⁶⁰⁾ parue en 1990 précisait la place de l'IG dans l'équipe de direction. Sauf qu'à l'époque, le ministère avance que même si les IG sont fonctionnellement intégrés dans les équipes de direction, cela n'implique nullement que leur régime indemnitaire soit aligné sur celui des personnels de direction. Le ministère poursuit que même si les IG ne perçoivent pas l'indemnité de responsabilité, ils touchent en revanche l'indemnité de sujétion spéciale (dite « prime des treize heures ») et la prime spécifique à certains agents (dite « prime Veil ») qui ne sont pas attribuées aux personnels de direction⁽⁶¹⁾ mais aux infirmiers. Ce deuxième point de l'histoire des directeurs des soins doit lui aussi être souligné car cette appartenance, soit aux paramédicaux, soit aux directions, a été systématiquement utilisée lors des négociations statutaires. Une ambiguïté d'appartenance à un corps ou à un autre qui a longtemps freiné l'évolution de la profession.

1991

Impact de la réforme hospitalière et des mouvements de grève

La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière introduit dans le code de la santé la création du « service de soins infirmiers » dans chaque établissement⁽⁶²⁾. Ce service étant obligatoirement créé, sa direction est confiée à l'IG. Lui est associée une instance d'expression, la « commission des soins

infirmiers » présidée par l'IG et consultée pour les projets de l'établissement. Un projet de soins infirmiers est écrit et intégré, comme le projet médical, au projet d'établissement. Un membre élu au sein de la commission de soins infirmiers (CSI) siège avec voix délibérative au conseil d'administration de l'établissement. L'infirmier général, à ce moment-là, devient directeur des services et soins infirmiers (DSSI)⁽⁶³⁾.

Une loi de 1992⁽⁶⁴⁾ présente les attributions de la CSI :

- » organisation générale des soins,
- » recherche dans le domaine des soins infirmiers et de l'évaluation de ces soins,
- » élaboration d'une politique de formation,
- » avis sur le projet d'établissement.

Ces nouvelles dispositions modifient le rôle et la place du corps infirmier dans l'établissement de santé en le faisant participer aux décisions stratégiques et en lui reconnaissant une responsabilité sur l'élaboration du projet de soins partie constitutive du projet d'établissement.

Sauf que quatre ans plus tard, le service de soins infirmiers s'ouvre aux autres professions paramédicales dans la mesure où a été créée en 1995 une formation unique de « cadres de santé » rassemblant 13 professions paramédicales⁽⁶⁵⁾. Là encore, le DSSI doit recomposer avec des cadres issus d'autres filières même s'il n'était pas leur supérieur hiérarchique. Ce modèle intégratif des professions paramédicales allait être reproduit aux infirmiers généraux.

2002

Création du grade de directeur des soins : les syndicats médicaux attaquent

Vingt-sept ans après la création du grade d'infirmier général, parution du décret du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière, décret tant attendu⁽⁶⁶⁾ et âprement négocié en remplacement de celui d'infirmier général. Les fonctions de directeur des soins sont définies au travers de ces quelques mots d'importance : « Concevoir la politique de soins, en +piloter la mise en œuvre et en évaluer les résultats. » À la lecture des articles du décret, les infirmiers généraux qui deviennent directeurs des soins découvrent l'étendue des compétences demandées par ce poste et les missions qui lui sont dévolues puisque le périmètre s'élargit à la couverture de trois filières : soins infirmiers, métiers de la rééducation et médico-techniques. Non seulement le législateur reconnaît les directeurs des soins mais il leur confère une fonction de coordination des métiers paramédicaux par « la coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques ou de la direction de l'une ou plusieurs de ces activités [...] ».

La création de ce poste au plus haut niveau de la hiérarchie professionnelle hospitalière reconnaît au « soin » sa place institutionnelle tant attendue par les professionnels, leurs syndicats et associations depuis la fin des années 60⁽⁶⁷⁾. Le directeur des soins se voit confier par le législateur la mission de veiller à la coordination des soins et à leur organisation. Est-ce la raison pour laquelle ce décret a provoqué une véritable levée de boucliers de la part des médecins et des

NOTES

(59) Question écrite n° 14910 de Jean Madelain (Ille-et-Vilaine - UC), JO du Sénat, 25/04/1991, p. 834

(60) Circulaire d'application DH 8D n° 90-401 du 2 octobre 1990 qui situe de façon claire la place de l'infirmier général dans l'équipe de direction.

(61) Réponse du ministère de la Santé, JO du Sénat, 22/08/1991, p. 1788.

(62) Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et créant un service de soins infirmiers dirigé par l'infirmier général et une commission du service de soins infirmiers.

(63) F.-X. Schweyer, « Les cadres de santé devenus directeurs des soins. Constitution et mutations d'un groupe professionnel » in *Cadres en devenir. Évolutions, transformations, socialisations, tensions*, sous la direction de S. Divay, Octares Éditions, 2017.

(64) Décret n°92-272 du 26 mars 1992 officialisant la fonction de direction du service de soins infirmiers et de l'infirmier général et précisant les modalités de fonctionnement de la commission du service de soins infirmiers.

(65) Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

(66) De nombreux travaux d'étudiants à l'EHESP évoquaient ce passage d'infirmier général à directeur des soins ainsi que plusieurs communications lors du congrès annuel de l'AFDS.

(67) Anfiide/Ceeiec/UCSS/Uncahs, « Le service infirmier français doit-il rester sous-développé ? », *op. cit.*

pharmaciens après sa parution⁽⁶⁸⁾ ? Il est en effet attaqué en nullité devant le Conseil d'État par cinq syndicats de praticiens hospitaliers⁽⁶⁹⁾, rejoints par le Conseil national de l'ordre des médecins ainsi que celui des pharmaciens. L'Association française des directeurs des soins (AFDS) intervient à l'époque auprès du ministère de la Santé pour défendre le décret. Le Conseil d'État se prononce le 5 avril 2004, rejetant l'ensemble des recours. G. Devers, avocat au barreau de Lyon, a consacré un article à cet arrêt du Conseil d'État, qui non seulement conforte « la place du directeur des soins dans la structure hospitalière en lui reconnaissant autant de droits et devoirs⁽⁷⁰⁾ » mais signe l'entrée de cette nouvelle fonction dans la jurisprudence. L'auteur met également en évidence⁽⁷¹⁾, ce qui était nouveau à l'époque, cette lutte difficile autour du mot « soin » et, avec lui, le terme « paramédical » : ces deux mots étaient devenus, à eux seuls, des enjeux. Les médecins étant prescripteurs des traitements et de certains soins se sont ainsi offusqués d'un décret sûrement lu ou analysé trop rapidement et qui leur donne le sentiment de devoir soumettre leurs interventions à une tutelle du directeur des soins⁽⁷²⁾. G. Devers poursuit son analyse en rappelant que d'autres professionnels de santé, qui ne sont pas des médecins, refusent de se retrouver sous le vocable « paramédical » comme si cela désignait une profession par défaut. G. Devers relève la dévalorisation de cette séparation médical/paramédical et avance l'impérative nécessité d'une identification professionnelle.

Au-delà de cette polémique, il faut citer les changements intervenus en 2002 avec ce décret :

- » la reconnaissance du positionnement de la direction des soins avec un nouveau statut et une rénovation de la grille indiciaire ;
- » l'ouverture du concours aux professionnels relevant du privé ;
- » l'accès au concours aux professionnels issus des filières de rééducation et médico-techniques ;
- » la création de la fonction de coordonnateur général des soins (CGS). Ce CGS est nommé par le chef d'établissement, exerce sous sa responsabilité, est membre de l'équipe de direction et exerce son autorité sur les cadres de santé.

En créant la fonction de CSG, ce décret plaide pour un management coordonné des soins paramédicaux⁽⁷³⁾ ou une politique coordonnée des soins. Cette fonction de coordination vise à favoriser le décloisonnement des organisations et la transversalité des actes de soins au travers d'une prise en charge multiprofessionnelle du patient. Il permet aussi de fédérer les acteurs autour d'un sens partagé et de la valeur du soin. Deux ans plus tard, plusieurs rapports (Couanau, Valencien) préconisent la décentration des pouvoirs, la délégation de gestion et la mise en place de pôles d'activité⁽⁷⁴⁾. Ce qui peut s'avérer intéressant sur le papier montre pour les directeurs des soins des incohérences et génère surtout des incertitudes. En effet, à aucun moment, dans tous ces rapports sur l'hôpital, est mentionnée la place du directeur des soins comme associé à la gestion de l'établissement et positionné dans l'exécutif alors que, paradoxalement, la proposition de création de pôles d'activité affiche un trio de pôle : médecin/

administratif/soignant. Ce troisième point de l'histoire mérite lui aussi d'être souligné, car cet oubli des directions des soins dans les réformes de gouvernance va régulièrement se répéter...

Enfin, la reconnaissance salariale n'est toujours pas au rendez-vous⁽⁷⁵⁾ malgré une rénovation des grilles : elle reste en dessous de celle du corps des directeurs et les directeurs des soins ne perçoivent toujours pas l'indemnité de responsabilité comme les autres directeurs.

2005-2011

Mise en place des pôles et remise en question de la délégation hiérarchique

L'année 2005 est marquée par l'ordonnance du 2 mai 2005⁽⁷⁶⁾ dite de « nouvelle gouvernance » qui a pour objet de rénover l'organisation hospitalière en modernisant la gestion des établissements publics de santé. Elle impose des pôles d'activité clinique et médico-technique et instaure une nouvelle tarification à l'activité (T2A), privilégiant les recettes sur les dépenses, les résultats sur les moyens. La gouvernance est exercée par un conseil exécutif qui, présidé par le directeur chef de l'établissement, est composé à parité des responsables de l'administration désignés par le directeur et des médecins, présidents de CME, et responsables des pôles. Une véritable cogestion médecin/administration est ainsi définie pour mieux gérer les hôpitaux.

La loi HPST du 21 juillet 2009, suivie d'un décret en juin 2010⁽⁷⁷⁾ sur les pôles d'activité, confère de nouvelles attributions aux médecins chefs de pôle. Ce décret permet à ces derniers sous contractualisation de recruter et d'affecter les personnels non médicaux dans le pôle. La possibilité de prise en charge de ces personnels par un membre du corps médical est alors très prégnante auprès des directeurs des soins⁽⁷⁸⁾ et des cadres⁽⁷⁹⁾ car, d'une part, cela questionne le lien hiérarchique⁽⁸⁰⁾ avec l'encadrement, d'autre part cela les oblige à repenser leur fonction sans qu'ils aient été invités

NOTES

(68) M.-A. Degoit-Cloiseau, « Être infirmier(ère) en 2012 : des mutations et des paradoxes. Une réflexion éthique entre désordre(s) et ordre(s) », master de philosophie pratique, spécialité éthique médicale et hospitalière, université de Marne-la-Vallée, 2011-2012.

(69) Coordination syndicale des médecins, biologistes et pharmaciens des hôpitaux, syndicat des médecins, chirurgiens et spécialistes à temps plein des hôpitaux publics.

(70) M.-A. Degoit-Cloiseau, « Être infirmier(ère) en 2012 : des mutations et des paradoxes. [...] », *op. cit.*, p.132.

(71) G. Devers, « Directeur des soins, autant de droits que de devoirs », *Revue Droit, déontologie et soins*, vol. 4, n°2, juin 2004.

(72) M.-A. Degoit-Cloiseau, *op. cit.*, p.133.

(73) R. Mercey *et al.*, « Directeur des soins, coordonnateur entre utopie et principe de réalité », *Soins cadres*, n°51, août 2004.

(74) Rapport Couanau, mission parlementaire sur l'organisation interne de l'hôpital, mars 2003, et rapport Debrosse-Perrin-Valencien sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, mars 2003.

(75) J.-L. Bigot, « Création du corps des directeurs des soins », *Soins cadres*, n°43, 2002.

(76) Ordonnance n°2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

(77) Décret n°2010-656 du 11 juin 2010 relatif aux pôles d'activité clinique ou médico-technique dans les établissements publics de santé.

(78) N. Larivière, « Évolution des missions, responsabilité et statuts des directeurs des soins », *Soins cadres*, n°74, mai 2010.

(79) J. Pouvesle, « L'autorité du corps médical sur les paramédicaux bientôt renforcée », *actusoins.com*, septembre 2010.

(80) J.-E. Cabo, « Des directeurs des soins infirmiers sans lien hiérarchique : quelles conséquences ? », *miroirsocial.com*, février 2010.

« L'aboutissement des professions du soin, c'est de se définir comme expert du soin et non comme paramédical. Le soin ne doit pas être réduit à sa pratique puisqu'il est aussi encadré, formé et dirigé.

NOTES

- (81) J. Rumeau, « Le directeur des soins, entre autorité hiérarchique et fonctionnelle », *Soins cadres*, n°93, 2015.
- (82) N. Larivière, « Les directeurs des soins vont-ils perdre leur autorité et autonomie ? », *Infirmiers.com*, avril 2010.
- (83) T. Queguignier, « Les directeurs saluent la relance des discussions sur le suivi du protocole d'accord de juillet 2011 », *Hospimedia*, novembre 2012.
- (84) T. Queguignier, « Les syndicats de directeurs vent debout contre l'inertie du ministère », *Hospimedia*, janvier 2013.
- (85) T. Queguignier, « Les syndicats de directeurs lancent un ultimatum d'une semaine pour régler le sort des DS », *Hospimedia*, février 2013.
- (86) T. Queguignier, « Les directeurs des soins mobilisés à plus de 25 % pour leur reconnaissance statutaire », *Hospimedia*, mars 2013.
- (87) Question orale n°0478S de Marie-Thérèse Bruguère (Hérault - UMP-A), *JO du Sénat*, 30/05/2013, p. 1607. Réponse du ministère.
- (88) A. Orcel, « Directeurs des soins : un statut modifié et rénové dans un contexte conflictuel », *Revue droit & santé*, n°58, mars 2014.
- (89) Décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 modifiant le décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la FPH.
- (90) FHF, EHESP, AFDS « Directeurs des soins, et si on y croyait ? Étude sur la situation des directeurs des soins en France », 2016.

à y réfléchir⁽⁸¹⁾ au préalable⁽⁸²⁾. Par la suite, le décret de 2002 est modifié en octobre 2010 et l'article 4, qui précisait initialement que le directeur des soins « dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé », est supprimé et précise : « Sous l'autorité du directeur d'établissement, [...] il est associé au recrutement et à la gestion des personnels, autres que médicaux, contribuant aux activités de soins. Il propose au directeur l'affectation de ces personnels au niveau des pôles en garantissant une répartition équilibrée des ressources entre les pôles et en tenant compte des compétences et des qualifications. » En contrepartie, la place plus stratégique du directeur des soins est renforcée car il devient membre de droit du directoire. De plus, à partir de juillet 2010, la gestion des carrières des directeurs des soins est assurée par le Centre national de gestion (CNG), à l'image de ce qui se fait pour les directeurs d'hôpital et les directeurs d'établissements sanitaires et sociaux.

2011-2015

Des négociations qui traînent

Le 29 juillet 2011, le ministère signe un protocole d'accord qui engage l'État dans une reconnaissance des responsabilités des trois corps de direction de la fonction publique hospitalière : directeurs d'hôpital, directeurs d'établissements sanitaires et sociaux et directeurs des soins. Ce protocole est l'aboutissement de négociations lancées en 2009 suite aux discussions entre

syndicats de directeurs et la DGOS et a permis, pour les trois corps de direction, de poser les principes d'une évolution des carrières et des rémunérations (emploi fonctionnel, création d'un grade d'accès fonctionnel...) et de la modernisation du régime indemnitaire. Un comité de suivi se met en place et permet des évolutions statutaires pour les corps de direction. Le premier comité de suivi a lieu le 22 novembre 2012, soit un an plus tard⁽⁸³⁾, avec des engagements annoncés par la DGOS mais pour les directeurs des soins, le renvoi du dossier à un arbitrage interministériel à l'issue incertaine et une absence de calendrier précis sur le suivi des discussions avec le ministère. Cette traversée du désert se complique et s'éternise (rendez-vous annulés, reportés...) tant et si bien que deux ans après la signature du protocole d'accord, en l'absence de calendrier de reprise des négociations statutaires puis après quelques propositions à peine supérieures à celles des cadres supérieurs de santé début 2013⁽⁸⁴⁾, et malgré des ultimatums lancés par les syndicats de directeurs⁽⁸⁵⁾, pour la première fois en France, un corps de direction descend dans la rue, celui des directeurs des soins.

Le 27 mars 2013, avenue Duquesne à Paris, deux cents directeurs des soins se donnent rendez-vous pour battre le pavé⁽⁸⁶⁾. Les manifestants déposent une stèle sans préciser la date de décès du statut des DS mais avec sa date de naissance, le 22 avril 2002, et une épitaphe gravée en lettres d'or sur fond noir : « Tu as servi en ton temps la santé, l'institution et les collègues. Aujourd'hui, c'est un statut de directeur à part entière qui était attendu et nécessaire pour que vive le corps. » À l'issue de la manifestation, les syndicats obtiennent l'ouverture des négociations. Trois mois après, toujours rien, ce qui occasionne un débat à l'Assemblée⁽⁸⁷⁾. Les directeurs des soins, dont la carrière est depuis 2002 bornée à l'indice terminal 966, se voient promettre 49 points de plus, soit un échelon terminal fixé à l'indice brut 1015 qui s'appliquerait définitivement en juillet 2015. La nouveauté à l'époque est la création de postes « fonctionnels » pour 100 directeurs des soins sur les 860 personnels en poste. En conclusion, la revalorisation statutaire promise dans le protocole d'accord pour 2012 met plus de trois ans pour être appliquée⁽⁸⁸⁾ et n'a pas satisfait les DS. Subsiste le refus du ministère de considérer les DS comme des directeurs adjoints même si un décret de janvier 2014⁽⁸⁹⁾ leur autorise une direction fonctionnelle.

2016

Le PPCR, ou une autre occasion ratée

En 2016, l'État propose de réduire le montant des primes des fonctionnaires en contrepartie d'une augmentation du traitement de base par le biais d'une revalorisation des grilles indiciaires. Ce « transfert primes/points » est un dispositif prévu dans le cadre du protocole « Parcours professionnels, carrières et rémunérations (PPCR) ». La mise en œuvre de ce dispositif se déroule de 2016 à 2019. Pour les directeurs des soins, c'est une nouvelle occasion de négocier la revalorisation de leur traitement en référence à celui des directeurs d'hôpital afin de consolider l'attractivité de leur corps⁽⁹⁰⁾ et les encourager à poursuivre leurs

actions tout en affirmant, sans contestation possible, leur appartenance, en qualité de directeurs adjoints, aux équipes de direction. Mais là encore les négociations vont patiner malgré l'engagement de la ministre elle-même aux journées de l'AFDS, à Joué-les-Tours⁽⁹¹⁾. Et l'histoire se répète, les propositions du ministère provoquent la colère des syndicats de directeurs⁽⁹²⁾. Après des mois de négociations, les DS voient leur statut évoluer à la marge et leur rémunération indiciaire intégrer le protocole PPCR. Mais ces mesures ont été vécues comme de simples ajustements nécessaires et très loin d'être à la hauteur des charges et des attentes. Toujours pas de statut de directeur et la question du plafond de verre devient de plus en plus préoccupante.

2020

Les incertitudes liées au Ségur en contexte épidémique et le plafond de verre

L'année commence par une épidémie de coronavirus nécessitant le confinement de la population générale afin de permettre aux établissements de santé de prendre en charge le flux permanent de patients atteints. Les directeurs des soins se mobilisent rapidement⁽⁹³⁾ avec leurs équipes pour répondre au mieux aux besoins⁽⁹⁴⁾. Au sortir de cette première crise sanitaire, le gouvernement veut apporter une réponse aux soignants durement mis à l'épreuve. Le 25 mai, des accords s'ouvrent avec les représentants des professionnels de santé, appelés « Ségur de la santé », visant notamment à la revalorisation des salaires des professionnels de santé et modifiant la gouvernance des hôpitaux⁽⁹⁵⁾. Or, dès la première réunion de négociations au ministère, les directeurs des soins ne sont pas invités et tentent de le faire savoir⁽⁹⁶⁾. D'autres associations professionnelles essayent de se faire entendre, mais seul l'ordre infirmier obtient une réponse. L'AFDS, sollicitée par certains de ses adhérents, n'a pas non plus été invitée. Un collectif de directeurs des soins rédige un manifeste signé par la moitié des directeurs des soins en France et qui signifie de façon claire leur colère contre cet oubli jugé disproportionné par rapport à leur important investissement lors de la crise⁽⁹⁷⁾. À l'issue du Ségur de la santé, l'AFDS exprime sa grande déception dans un communiqué⁽⁹⁸⁾ : la présidence de la CSIRMT, acquise en 1991, est remise en question par l'hypothèse d'une fusion avec les CME et l'élection du président plutôt qu'une nomination. Une remise en question qui va se retrouver dans les propositions de la loi Rist. Il aura fallu de nombreuses tractations et soutiens⁽⁹⁹⁾ pour que cette disposition soit annulée.

Enfin, les directeurs des soins portaient un ultime espoir dans les négociations statutaires post-Ségur avec des propositions d'alignement indiciaire qui permettraient de ranger définitivement le corps des directeurs des soins en catégorie A+. Mais là encore, la position interministérielle est restée fermement bloquée à cette évolution, comme dès le début des travaux. C'est donc un refus obstiné de considérer enfin les directeurs des soins comme un corps de personnels de direction qui a encore été opposé aux syndicats de directeurs. Le plafond de verre est bien présent.

Conclusion

Le métier de directeur des soins est né de la profession infirmière et de sa volonté de voir le soin à une place haute dans les institutions. Cela s'est soldé par de nombreux mouvements qui ont conduit les associations puis les syndicats de directeurs à devoir sans cesse argumenter auprès des tutelles pour obtenir des améliorations du statut. Or, dès le départ, cette fonction a souffert d'une non-reconnaissance des administrations. Sans la ténacité de certaines personnalités, elle n'aurait jamais vu le jour ou perduré.

L'aboutissement des professions du soin, c'est de se définir comme expert du soin et non comme paramédical. Le soin ne doit pas être réduit à sa pratique puisqu'il est aussi encadré, formé et dirigé. Aussi le directeur des soins est-il un expert du soin dans toutes ses dimensions. L'histoire nous aura montré que c'est cette culture soignante qui permet au directeur des soins d'asseoir son autorité. Les enseignants de l'EIEIS l'avaient bien compris en leur temps en développant toute une culture soignante.

Qui peut encore douter du rôle incontournable de la direction des soins ? Lorsque le DRH engage des réformes profondes, il travaille en binôme avec le directeur des soins ; au moment de comprendre les formations soignantes, d'évaluer les charges en soin ou d'affecter le personnel d'un service à un autre en cas d'urgence sanitaire, on s'appuie sur le représentant des soins ; concernant la certification des établissements, c'est la direction des soins qui garantit la qualité des prises en charge... On pourrait multiplier les exemples à l'infini. Après deux années de gestion de crise, il faut savoir affirmer cette gouvernance tripartite que constituent la direction générale, la direction des soins et la présidence de la commission médicale d'établissement. Le défi des prochaines années sera donc de faire reconnaître encore et encore cette expertise soignante comme un art du directeur des soins et que cette fonction soit reconnue statutairement au même titre que toute autre fonction de direction. ●

NOTES

(91) C. Nayrac, « Les directeurs de soins seront rapidement associés à la réflexion sur leur grille statutaire » Hospimedia, septembre 2016.

(92) T. Queguignier, « La DGOS s'attire les foudres syndicales avec son nouveau projet statutaire des directeurs des soins », Infirmiers.com, février 2017.

(93) C. Nayrac, « Les directeurs des soins veillent à maintenir le lien au cœur de la crise sanitaire », Hospimedia, avril 2020.

(94) Collectif de directeurs des soins, « Pour que les soignants ne s'épuisent pas, les directions des soins en appui permanent... », Infirmiers.com, juin 2020.

(95) « Le Ségur de la santé », mai 2020 - www.lexpress.fr

(96) « Les directeurs des soins n'ont pas été conviés non plus au Ségur de la santé », Actusoins.com, juin 2020.

(97) T. Queguignier, « Les directeurs des soins n'en peuvent plus d'être les "éternels oubliés" des réformes », Hospimedia, juin 2020.

(98) C. Nayrac, « Les directeurs des soins font part de leur "désappointement" après le Ségur de la santé », Hospimedia, juillet 2020.

(99) H. Delmotte, « Loi Rist : levée de boucliers des chefs d'établissements qui réaffirment le rôle du coordonnateur général des soins », Réseau CHU, mars 2021.