



**EHESP**

---

**DIRECTEUR DES SOINS**

Promotion : **2016**

Date du Jury : **Décembre 2016**

---

**L'accompagnement des candidats à la  
fonction de cadre de santé :  
un enjeu pour le directeur des soins**

---

**CHRISTINE CHAMPION**



---

# Remerciements

---

Je tiens à remercier :

Mme Marie Renée Padellec, pour son soutien et son aide précieuse.

Mme Isabelle Monnier pour son écoute attentive et ses conseils.

M le Directeur des ressources humaines du CHU pour sa disponibilité, ses éclairages et son ouverture.

Mme le Coordonnateur général des soins du CHU et M le Coordonnateur général des soins du CH pour m'avoir permis d'enquêter ainsi que pour leur grande disponibilité.

M et Mme les Directeurs de soins pour m'avoir transmis leur point de vue.

M et Mme les Cadres supérieurs pour leur accueil et la qualité des échanges.

M et Mme les Cadres de santé pour la richesse de leurs témoignages et la diversité des données.

M et Mme les « Faisant fonction de Cadre de santé » pour leur authenticité et leur confiance lors des entretiens.

M Jean René Ledoyen ainsi que toute l'équipe pédagogique de l'EHESP.

Mes collègues et amis de promotion en particulier Régis, Gianni, Marie-Paule et Fabien qui m'ont entourée de leur bienveillance dans tous les moments de cette année 2016.

Enfin, j'exprime mes remerciements et toute mon affection à Fiona et Mickaël, mes enfants, pour leur compréhension et leur encouragement.

Je remercie tout particulièrement mon époux, pour son soutien indéfectible et sa patience.

« L'art le plus difficile n'est pas de choisir les hommes mais de donner aux hommes qu'on a choisis toute la valeur qu'ils peuvent avoir ». Napoléon Bonaparte

«Le meilleur manager est celui qui sait trouver les talents pour faire les choses, et qui sait aussi réfréner son envie de s'en mêler pendant qu'ils les font ». Theodore Roosevelt

---

# Sommaire

---

Introduction.....	1
<b>1 Des acteurs dans un environnement hospitalier en permanente transformation</b>	<b>5</b>
1.1 Des réformes et leurs impacts .....	5
1.1.1 Les mutations de l'hôpital public .....	5
1.1.2 Le retentissement des évolutions sur les organisations de soins et leurs acteurs. ....	7
1.2 Le cadre de santé manager du changement .....	10
1.2.1 L'exercice du métier de cadre de santé .....	10
1.2.2 Le cadre de santé acteur clef de la conduite de projet .....	13
1.3 Le directeur des soins face à la gestion prospective de la ligne hiérarchique.....	15
1.3.1 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC) .....	15
1.3.2 L'accompagnement.....	18
1.3.3 De la fonction paramédicale à la fonction managériale .....	20
<b>2 Le point de vue des professionnels</b> .....	<b>23</b>
2.1 Méthodologie de l'enquête.....	23
2.1.1 Le terrain de l'enquête .....	24
2.1.2 L'échantillon des professionnels interviewés .....	25
2.1.3 Le choix d'un outil de recherche .....	26
2.1.4 Les limites du travail.....	26
2.2 L'analyse.....	27
2.2.1 De l'idée à l'engagement du paramédical dans le projet de devenir cadre de santé .....	27
2.2.2 Un projet professionnel à l'épreuve d'une réalité opérationnelle .....	30
2.2.3 Les impacts d'un dispositif d'accompagnement sur le recrutement des futurs cadres de santé.....	32
2.2.4 La gestion prospective de la ligne hiérarchique et le dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé. ....	36
2.3 En synthèse .....	38

<b>3 Impulser et structurer une politique d'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé .....</b>	<b>39</b>
3.1 Un dispositif d'accompagnement d'établissement et de territoire .....	39
3.1.1 La place du dispositif dans la politique d'établissement .....	39
3.1.2 L'approche territoriale du dispositif .....	41
3.2 Un processus opérationnel .....	43
3.2.1 Initier le processus .....	43
3.2.2 Confronter le candidat à la réalité de l'exercice .....	46
3.2.3 Garantir un parcours sécurisé .....	47
3.2.4 Evaluer .....	51
Conclusion .....	55
Bibliographie .....	57
Liste des annexes .....	I

---

## Liste des sigles utilisés

---

ANAES	: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé
ARH	: Agence Régionale d'Hospitalisation
ARS	: Agence Régionale de Santé
CCI	: Certificat de Cadre Infirmier
CGS	: Coordonnateur Général des Soins
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
CME	: Commission Médicale d'Etablissement
CREF	: Contrat de Retour à l'Equilibre Financier
CSIRMT	: Commission du service de soins infirmiers de rééducation et médico-technique
DG	: Directeur Général
DIM	: Département de l'informatique médicale
DGOS	: Direction Générale de l'Offre de Soins
EHPAD	: Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes
EPRD	: Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
ETPR	: Effectifs Temps Pleins Rémunérés
FFCS	: Faisant Fonction de Cadre de Santé
FPH	: Fonction Publique Hospitalière
GHM	: Groupe Homogène de Malades
GHT	: Groupement Hospitalier de Territoire
GPMC	: Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences
HPST	: Loi Hôpital Patient Santé Territoire
IFCS	: Institut de Formation des Cadres de Santé
IFA	: Institut de Formation des Ambulanciers
IFAS	: Institut de Formation des Aides- Soignants
IFSI	: Institut de Formation en Soins Infirmiers
LFSS	: Loi de Financement de la Sécurité Sociale
MEDEF	: Mouvement des entreprises de France
ONDAM	: Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie
PMSI	: Programme de Médicalisation du Système d'Information
SIH	: Système d'Information Hospitalier
T2A	: Tarification à l'Activité
TIC	: Technologies de l'information et de la communication



## Introduction

Depuis de nombreuses années le système de santé voit se succéder des réformes liées entre elles par une logique de progression pour faire face à l'évolution démographique de la population française et à son actuel corollaire le développement des pathologies chroniques. L'hôpital public est particulièrement concerné par ces mutations et doit relever le défi d'une offre de soins adaptée aux besoins des usagers alors même que la progression de l'Objectif National des Dépenses de l'Assurance Maladie est annuellement revue à la baisse par le parlement. Depuis la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » (HPST) du 21 juillet 2009, la création des pôles cliniques dans les établissements de santé a modifié l'exercice des métiers d'encadrement. L'arrivée de la tarification à l'activité (T2A) comme mode de financement principal pour les services de Médecine, Chirurgie, Obstétrique ainsi que le contrôle des charges par un Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD) à l'équilibre ont été un tournant dans la gestion et le management de l'hôpital public. Dans un contexte général de recherche de performance, le groupe des cadres de santé, en prise directe avec l'organisation et la mise en œuvre des projets, est un élément déterminant dans la conduite des changements.

Actuellement, les départs en retraite des cadres de santé, leurs demandes de mise en disponibilité, de congé parental ou encore de mutation entraînent la nécessité pour l'employeur de recruter. Deux possibilités s'ouvrent à lui, la première externe à l'établissement par publication du poste, la seconde en interne via le financement de promotions professionnelles en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS). Malgré ces deux options, on constate que les établissements rencontrent encore aujourd'hui des difficultés à remplacer ces départs par des personnels diplômés. En effet, les budgets destinés à la formation en institut de cadre de santé sont inférieurs aux besoins réels des hôpitaux et les candidats externes titulaires du diplôme se font plus rares. Le directeur de soins est face à un marché où la demande est supérieure à l'offre or le pilotage des projets d'établissement ne permet pas de laisser vacants des postes qui ont pour mission de conduire les changements.

Dans ce contexte les établissements de santé ont recours de façon régulière à des paramédicaux Faisant Fonction de Cadre de Santé (FFCS) pour pourvoir des emplois d'encadrement vacants. Cette pratique concerne la plupart du temps des professionnels ayant le projet de devenir cadre de santé. Ces derniers ont parfois fait l'objet d'un repérage ou se sont manifestés auprès de leur supérieur hiérarchique direct et ont été choisis par la direction des soins pour occuper ces postes.

L'expérience montre que plusieurs d'entre eux abandonnent leur projet professionnel et d'autres sont arrêtés par la direction des soins. Si à première vue les décisions prises semblent positives dans la mesure où le professionnel n'a pas développé le potentiel attendu, la question de l'accompagnement de ces projets se pose. S'engager dans une expérience de ce type, à savoir passer des missions de soignants à celles de cadre de santé, demande de bien comprendre le chemin qui sera à parcourir. Sans une vision précise du processus d'accompagnement, certaines décisions peuvent être incomprises et mal vécues. De même, pour la direction des soins, détecter les difficultés pour mieux accompagner et mieux évaluer semble déterminant.

Le directeur des soins de par ses attributions contribue au processus des décisions institutionnelles concernant la politique de recrutement de l'encadrement et sa mise en œuvre. La structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, des cadres de santé et des professionnels paramédicaux relève de sa compétence. La ligne hiérarchique d'encadrement doit pouvoir se situer par rapport aux attendus pour un FFCS, de même que le professionnel lui-même par rapport à cette ligne hiérarchique. Parallèlement le développement et le pilotage d'un système d'évaluation des professionnels fait partie des compétences du directeur de soins. Il collabore avec le directeur des ressources humaines (DRH) à définir les modalités du dispositif général qui par ailleurs s'applique à l'encadrement. Enfin, le directeur des soins répartit de manière équitable les ressources humaines disponibles tant sur le plan quantitatif que qualitatif.<sup>1</sup> L'affectation des FFCS fait partie de ses arbitrages. Le directeur des soins vise à la fois le renouvellement de la ligne hiérarchique de l'établissement par la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (GPMC) et l'accompagnement du projet professionnel propre à l'individu. Au croisement de ces deux logiques institutionnelle et personnelle, le directeur des soins reste le garant d'une équité de traitement des personnels et de la qualité des soins dispensés.

On peut alors s'interroger : **En quoi l'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé est un enjeu pour le directeur des soins ?**

Cette question amène quatre hypothèses :

- Un processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadre favorise l'émergence de projet professionnel individuel de cadre de santé.
- Accompagner les candidats vers la fonction cadre assure la continuité du pilotage des projets institutionnels au sein des unités.

---

<sup>1</sup> Référentiel de compétences des directeurs des soins, EHESP, filière de formation des directeurs des soins, décembre 2011, mise à jour en décembre 2015

- Accompagner les candidats vers la fonction cadre permet un recrutement adapté pour l'institution.
- La gestion prévisionnelle des métiers et des compétences est un appui nécessaire à la conduite d'une politique prospective de la ligne hiérarchique pour le directeur des soins.

Dans la première partie nous aborderons la place des acteurs dans un environnement hospitalier en constante mutation en particulier celle du cadre de santé. Un éclairage théorique accompagnera cette réflexion. Dans un second temps, nous tenterons d'explorer la validité des hypothèses. La méthode d'investigation retenue est celle d'une collecte de données à travers des entretiens semi-directifs. Ce procédé permettra une approche analytique qualitative et interprétative des éléments recueillis. Enfin la troisième partie sera l'occasion de propositions concrètes destinées à l'exercice du directeur des soins.



# 1 Des acteurs dans un environnement hospitalier en permanente transformation

## 1.1 Des réformes et leurs impacts

### 1.1.1 Les mutations de l'hôpital public

L'hôpital public vit une réforme environ tous les 18 mois. L'ensemble de ces initiatives a pour objectif d'améliorer l'offre de santé tout en maîtrisant les ressources. Les textes réglementaires qui ont jalonné l'histoire des politiques hospitalières sont à remettre dans le contexte de l'époque. L'hôpital moderne est né en 1941 par loi du 21 décembre<sup>2</sup> qui consacre juridiquement celui-ci comme un établissement sanitaire. Les trois ordonnances des 11 et 30 décembre 1958<sup>3</sup> créent les Centres Hospitaliers Universitaires (CHU). Le financement des hôpitaux se fait sur la base du prix de journée jusqu'en 1983. Cette structuration va avoir pour conséquence le développement d'une forte spécialisation de l'hôpital.

Deux évolutions majeures prennent naissance dans la loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière :

- La création du service public hospitalier pour lequel trois principes sont posés : la continuité des soins, l'égalité pour les usagers, la mutabilité au sens adaptabilité.
- La carte sanitaire, première tentative de régulation, est en réalité une carte hospitalière qui considère le périmètre de 80 000 habitants comme un secteur sur lequel l'offre de soins de doit pas être en doublon.

Ces changements se situent dans un contexte de crise économique pour la France avec une montée des chiffres du chômage. Le prix de journée est alors contesté.

En 1978 conscient qu'il faut changer le système de financement des hôpitaux, la question du budget global est explorée versus un prix de journée éclaté. Le décret du 11 août 1983<sup>4</sup> arbitre le sujet : le budget global sera mis en œuvre. Ce dispositif, totalement déconnecté de l'activité, donne lieu à trois versements tous les mois pour les hôpitaux. Il contribuera à lancer un mouvement de modernisation de la gestion des établissements.

---

<sup>2</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, Loi du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et des hospices civils

<sup>3</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire

<sup>4</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITÉ NATIONALE, Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

Le 31 juillet 1991 la loi<sup>5</sup> prévoit la création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) et la rédaction d'un projet d'établissement. Elle définit également la notion de contrat d'objectifs et de moyens. Le 25 avril 1996 les ordonnances Juppé<sup>6</sup> voient le jour. Désormais le financement de la sécurité sociale (LFSS) fera l'objet d'un vote du parlement qui fixera l'Objectif National de Dépense de l'Assurance Maladie (ONDAM) pour le secteur public. Enfin, le texte prévoit la mise en place d'une Agence Régionale d'Hospitalisation (ARH). Pour compléter ce dispositif le décret du 7 avril 1997 donnera naissance à l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) : c'est l'émergence de la qualité. Parallèlement en 1996 s'institutionnalise le Programme de Médicalisation du Système d'Information (PMSI) qui couple chaque séjour à un Groupe Homogène de Malade (GHM).

La logique de réforme se poursuit. Le 9 juin 1999 la loi n°99-477 reconnaît le droit des personnes à accéder à des soins palliatifs. Puis la loi n°99-641 du 27 juillet 1999 assure la gratuité des soins pour les plus démunis par la Couverture Médicale Universelle (CMU). En janvier 2000 Martine Aubry alors ministre de l'emploi et de la solidarité, annonce la perspective d'une mise en œuvre de la réduction du temps de travail dans les établissements publics de santé. Les 35 heures sont mises en place en janvier 2001. Le 4 mars 2002 est publiée au journal officiel la loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé qui sera un nouveau virage dans la prise en charge des patients. La communication devient un élément déterminant et le patient va pouvoir accéder aux informations contenues dans son dossier de soins.

Du plan hôpital 2007 à la loi de modernisation du système de santé de 2016 une succession d'accélération ont lieu. Le plan hôpital 2007 propose quatre axes : un plan quinquennal de modernisation, une réforme du financement, la tarification à l'activité et la simplification des fonctionnements et de l'organisation du système de santé. La nouvelle gouvernance de l'hôpital voit le jour par l'ordonnance du 2 mai 2005 avec la mise en place d'un conseil exécutif, des pôles de soins avec des coordonnateurs médicaux de pôles assistés de cadres de santé et d'un cadre administratif, des contrats de pôle et des comptes de résultats. En 2007, Gérard Larcher est chargé par le Président de la république de mener une concertation sur les missions de l'hôpital. Il élabore un rapport<sup>7</sup> qui servira de base à la rédaction de la loi HPST du 21 juillet 2009. Les évolutions proposées restent dans les axes développés lors de la nouvelle gouvernance : les

---

<sup>5</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>6</sup> MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale, Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins, Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

<sup>7</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, LARCHER G., Rapport sur « *les missions de l'hôpital* », remis le 10 avril 2008 au président de la république.

compétences du directeur sont renforcées, le conseil de surveillance remplace le conseil d'administration, le directoire met fin au conseil exécutif, les pôles sont redimensionnés et le chef de pôle s'entoure des personnes de son choix pour le pilotage. Les quatorze missions de service public deviennent une série d'activités. Les Agences Régionales de Santé (ARS) se substituent aux ARH et sont mises en place le 1<sup>er</sup> avril 2010<sup>8</sup>. Les réformes se poursuivent avec l'arrivée au 26 janvier 2016 de la loi n°2016-41 de modernisation du système de santé qui propose notamment : la refondation du service public autour d'un bloc d'obligations et non plus la participation aux 14 missions, le dossier médical partagé, l'amélioration de l'accès aux données en santé. Cette loi met en avant la question de la prévention.

### **1.1.2 Le retentissement des évolutions sur les organisations de soins et leurs acteurs.**

Les évolutions législatives et réglementaires concernant le système de santé ont eu des impacts sur les organisations de soins et de ce fait sur le rôle des acteurs du dispositif.

#### **A) Place des professionnels lors de la création des CHU et jusque dans les années soixante**

La mise en place en 1958 des CHU induit une organisation en spécialités qui donne lieu à la création des services de soins. Ce modèle centré sur l'expertise dans un domaine de la médecine ne fait que progresser au fil des innovations. En effet, plus la recherche médicale avance plus le niveau de connaissances dans la spécialité se renforce et s'affine. Parallèlement le dispositif de pilotage des services se construit autour d'un « chef de service », souvent praticien hospitalier et universitaire dans les CHU. Les questions de financement et gestion à l'échelle du service ne sont pas à l'ordre du jour. Seule compte la prise en soins des patients. A cette période, les hôpitaux comportent un petit nombre de directeurs par établissement public de santé et une administration sous représentée. L'ensemble ne permet pas de développer une logique gestionnaire. Le métier d'infirmier se précise. Le choix est fait de dissocier le soin de sa mise en œuvre historique par les communautés religieuses. Le 1<sup>er</sup> octobre 1951, la Croix Rouge avait déjà créé la première école de cadres. Le décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 modifié en août 1966<sup>9</sup> officialise un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) et aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS). Un enseignement en organisation du travail ainsi qu'en santé publique figure dans le programme de formation cadre. Le législateur permet ainsi à l'hôpital de compléter les bases de son fonctionnement par des acteurs déterminants : le directeur, le médecin chef de service, « la surveillante ».

---

<sup>8</sup> MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

<sup>9</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n° 66-617 du 10 août 1956 portant sur la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et de surveillante.

B) L'hôpital au centre du dispositif de santé : « la surveillante » devient « cadre ».

Les années 1970 placent l'hôpital au cœur du système de santé. En effet, on considère que les prestations de soins doivent être en proximité par rapport à l'usager. La question de l'offre s'envisage alors sur le périmètre d'un nombre d'habitants. Il s'agit en fait d'une idée française du service public : égal pour tous, adapté en fonction des évolutions médicales, assuré de jour, de nuit et en urgence. Des constructions de type barres hospitalières voient le jour et sont en lien avec le maillage territorial établi par la carte sanitaire. Les subventions d'investissements ont pour sources l'Etat. Le « tout hôpital » est en développement. Le 7 août 1973 le décret n°73-822 crée le certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier cadre de santé publique qui est remplacé le 9 octobre 1975 par le certificat de cadre infirmier (CCI)<sup>10</sup>. La surveillante devient cadre avec une unité de diplôme pour le service de soins et la formation. Le concept de pédagogie ne se limite plus aux écoles professionnelles mais s'envisage aussi comme un élément d'importance dans le dispositif hospitalier. Cette même année apparaît par décret le grade d'infirmière générale<sup>11</sup>. Celle-ci a pour mission d'organiser, coordonner et contrôler les activités déployées dans les services de soins<sup>12</sup>. L'hôpital public connaît un essor sans précédent tant du point de vue de sa modernisation que de celui de sa construction. La visée est de proposer aux usagers des soins de qualité s'appuyant sur les valeurs du service public.

C) La qualité et l'évaluation s'invite dans le système de santé : l'infirmière générale devient directeur des soins

A partir des années 1980 à 1991 une réflexion sur les organisations débute. La dépense publique est au centre des débats. Les ressources humaines constituent un élément important tant du point de vue de leur gestion que celui de leur nombre. Dans le contexte d'une comptabilité analytique débutante, on demande au cadre de santé de développer une logique gestionnaire. Cette dernière vient se confronter à la logique soignante. L'objectif est la maîtrise des dépenses de santé. L'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée change le paysage d'exercice de l'encadrement. La qualité des soins est mise en avant grâce à la création de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Des référentiels dans différents domaines voient le jour, des procédures et protocoles sont demandés et des auditeurs internes sont nécessaires au développement de la démarche. De plus, des contrats d'objectifs et de moyens sont alors établis entre les hôpitaux et l'ARH. Le principe du contrat engage les signataires. Pour compléter le dispositif, cette ordonnance ouvre la

---

<sup>10</sup> PERRASSE M., 2015, « *La fonction cadre, entre histoire et formation* », Soins cadre n°95, septembre 2015, Dossier « *Direction des soins, 40 ans d'évolution* », p. 66-70

<sup>11</sup> MINISTERE DE LA SANTE, 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

<sup>12</sup> SCHWEYER F-X, « *Invention et constitution du groupe professionnel des directeurs des soins* », Soins cadre n°95 septembre 2015, p. 14-18

possibilité de contractualisation interne. Un virage est pris par l'ensemble des acteurs du système de santé. En 1991, l'infirmier général devient directeur du service de soin<sup>13</sup>.

D) Le PMSI préfigure un nouveau modèle de financement tandis que les droits des patients sont reconnus par la loi.

Devant ces évolutions le programme de formation des cadres de santé est revisité en 1995<sup>14</sup>. Il est ouvert à tous les paramédicaux ayant quatre ans d'expérience. La formation est construite en modules capitalisables. Dans le module 4 intitulé « fonction d'encadrement », on voit s'inscrire la gestion économique et financière d'un établissement de santé. On y trouve également une approche concernant ses outils. On observe une modification du métier cadre de santé. En 1994 le PMSI est déployé dans les établissements publics de santé. Il est présenté comme un outil épidémiologique et va devenir un outil d'allocation des ressources. Dans les années 2000, l'organisation et les conditions de travail des équipes sont revues à l'occasion de la mise en place des 35 heures. La question centrale de la gestion des ressources humaines reste la préoccupation majeure du cadre de santé de proximité. Avec la loi du 4 mars 2002 la communication va prendre une place décisive. L'encadrement de l'hôpital va organiser la mise en œuvre du texte et modifier de nombreuses habitudes. Le cadre de santé est au centre de cette mise en place. Le rôle de l'utilisateur se renforce. Son point de vue personnel est recherché par le médecin lors de sa prise en charge. Un avis, par le biais d'un représentant des usagers, lui est demandé dans les commissions institutionnelles. Des enquêtes de satisfactions sont réalisées dans l'objectif d'une amélioration continue des prestations. Elles sont ré-exploitées par l'encadrement. Le directeur du service des soins infirmiers devient directeur des soins<sup>15</sup>.

E) La nouvelle gouvernance des hôpitaux : un changement organisationnel radical. Le plan « hôpital 2007 » porte les prémices de la loi HPST. Il propose la structuration en pôles. La place de l'encadrement paramédical va changer. Le cadre supérieur fait partie d'un triptyque de pôle réunissant également le coordonnateur médical du pôle et le cadre de gestion. Le périmètre d'action du cadre supérieur de pôle est devenu plus important. Dans ce mouvement les cadres de santé de proximité vont également voir des changements s'opérer dans leurs missions. Le pilotage et ses outils deviennent déterminants. L'alimentation de tableaux de bord s'avère nécessaire. La notion de performance a fait son entrée dans le système de santé. La loi HPST va consolider le dispositif en élargissant le périmètre des pôles, plaçant ainsi le cadre supérieur de pôle en

---

<sup>13</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTEGRATION, Loi n°91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

<sup>14</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE, Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

<sup>15</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

responsabilité de plusieurs services. Ce dernier est en lien fonctionnel avec le chef de pôle qui possède une délégation de signature pour le pilotage du dispositif dont il a la charge. Le directeur général de l'établissement voit ses compétences renforcées. Il est le pilote de l'hôpital. La fonction stratégique du directeur des soins est confortée par la loi HPST : il est membre de droit du conseil de surveillance<sup>16</sup>. Le cadre de santé de proximité évolue dans un univers complexe où les projets sont en lien avec le contrat de pôle. Les dépenses et les recettes font l'objet d'un suivi au niveau de l'unité de soins pour alimenter le bilan du pôle. Le lien fonctionnel a tendance à prendre le pas sur le lien hiérarchique. L'organisation est passée d'un système pyramidal à un système transversal.

Si on peut considérer qu'un cadre est influencé par la formation qu'il a suivie, on note que l'évolution de celle-ci n'est absolument pas en corrélation avec la forte accélération des changements demandés à l'hôpital public. En effet, le programme actuel date de 1995. Les IFCS se sont attachés à faire progresser le contenu des enseignements délivrés dans la limite du socle modulaire règlementé. Cette formation n'a pas bénéficié d'une réingénierie alors qu'elle serait tout à fait nécessaire.

## **1.2 Le cadre de santé manager du changement**

Dans un contexte où la conduite de projet menant au changement est prépondérante, la qualité et la gestion des risques sont au centre des préoccupations, la contrainte budgétaire se révèle prioritaire, les attendus vis à vis du métier de cadre de santé ont évolué.

### **1.2.1 L'exercice du métier de cadre de santé**

A) La fiche métier du répertoire de la fonction publique hospitalière

La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a conduit une réflexion sur les métiers de la santé qui a donné lieu à l'édition d'un répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH) édité pour la première fois en 2004 puis actualisé régulièrement. Celui-ci aborde la gestion des ressources humaines par la fonction exercée dans l'établissement de santé et non plus par le grade. Le métier de cadre de santé y est inventorié sous le titre d'« encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales » (05U20). Cette fiche propose une définition du rôle de cadre de santé :

- « Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
- Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-techniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

---

<sup>16</sup> LEDOYEN J-R, 2015, « *Directeur des soins, un métier en continuelle évolution* », Soins cadre n°95, septembre 2015 p 38-41

- Développer la culture du signalement et gérer les risques.
- Développer les compétences individuelles et collectives.
- Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle »<sup>17</sup>.

Elle précise la nécessité d'être diplômé. On y trouve également répertoriés les activités, les savoir-faire ainsi que les connaissances avec leurs niveaux d'attendus. D'autre part, les relations professionnelles les plus fréquentes sont notifiées en informations complémentaires.

On peut considérer que le cadre de santé exerce à la fois sur le champ de la qualité des soins et sur celui de la maîtrise des dépenses de santé. C'est la capacité à diriger qui est emblématique du métier et non plus sa filière. Son profil est inscrit dans la transversalité. Il peut être chargé d'une ou plusieurs unités de soins, d'un parcours patient (cellule d'ordonnancement des lits) ou encore d'un projet défini. Dans ce dernier cas, il gère une équipe projet et les moyens qui lui sont attribués.

#### B) Les dix rôles du cadre de santé

Pour compléter la définition donnée par la fiche métier, empruntons à Henry Mintzberg son analyse des dix rôles<sup>18</sup> du cadre.

*Les rôles interpersonnels : le cadre comme symbole, leader et agent de liaison.*

La fonction symbolique demande au cadre de santé d'accomplir des « devoirs de caractère social, cérémonial ou légal »<sup>19</sup>. Il est l'interlocuteur privilégié des équipes et de la direction du fait de son statut et de son autorité. Dans son rôle de leader, il motive son équipe et met en accord les besoins de celle-ci avec ceux de l'organisation même de l'unité de soins. Concernant le concept d'agent de liaison, Mintzberg évoque le lien que fait le cadre entre son secteur et les personnes qui en sont extérieures. En effet, le cadre développe un réseau où il échange à la fois des informations et des avantages. Il établit et entretient ces contacts. Dans les unités prestataires de services comme l'imagerie, ce rôle prend une place d'importance.

*Les rôles liés à l'information : le cadre comme observateur actif, diffuseur, porte-parole.*

Le fait d'être un observateur actif demande au cadre de santé de recueillir des informations à la fois internes et externes à l'unité pour développer une compréhension forte de l'environnement. Le cadre de santé débutant dans l'unité de soins va devoir privilégier ce rôle pour arriver à un niveau de connaissance indispensable au pilotage de celle-ci. Il est également « diffuseur » de l'information pour l'équipe qu'il manage et « porte-parole » dans la mesure où il transmet des informations concernant l'unité à l'extérieur de celle-ci.

<sup>17</sup> DGOS, Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière

<sup>18</sup> MINTZBERG. H., 1994, *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*, Editions d'organisation, France,

<sup>19</sup> Ibid. 19 p 11

Les rôles décisionnels : le cadre comme entrepreneur, régulateur, répartiteur de ressources, négociateur.

Comme entrepreneur le cadre de santé prend des initiatives et assure la mise en œuvre du changement dans les organisations de soins. Dans ce contexte, il peut déléguer le travail de conception du changement à un subalterne ou encore le superviser directement. Dans le cas d'une délégation, des reportings sont déterminés entre lui et le détenteur de celle-ci. Des étapes sont prévues et tout événement inattendu doit lui être relaté. En tant que « régulateur » le cadre de santé gère les perturbations dans l'organisation de l'unité de soins ou la gestion d'un projet. Les situations qui viennent troubler le fonctionnement général relèvent de la régulation du cadre. Il intervient également dans la répartition des ressources car il est le concepteur des grandes lignes organisationnelles de l'unité de soins qu'il manage. Il contrôle en autorisant ou non certaines mises en places. Il arbitre les décisions. Il est responsable. Le cadre de santé devient négociateur par le fait d'être le représentant symbolique de l'unité de soins. Il a de ce fait une place spécifique à l'interface entre l'organisation de son secteur et ce qui en est externe.

L'ensemble des rôles du cadre de santé lui donne à la fois un regard distancié sur l'organisation de l'unité de soins qu'il manage et à la fois un rôle de proximité de par son implication dans des activités quotidiennes. L'équilibre dynamique qui implique d'utiliser l'un ou l'autre des rôles cités génère une adaptabilité aux situations rencontrées. Concernant le métier de cadre de santé, depuis la loi HPST les relations qualifiées de verticales se sont affaiblies alors que les interactions transversales se sont renforcées. Pour autant l'analyse des rôles du cadre proposé par Mintzberg reste d'actualité.

### C) Les caractéristiques de l'exercice du management

En observant l'exercice du management, Mintzberg en a décrit les caractéristiques : un rythme soutenu, la brièveté et la variété des activités, la fragmentation du travail, la propension à l'action, la préférence pour la communication informelle, la nature horizontale de la fonction et enfin le contrôle implicite plutôt qu'explicite<sup>20</sup>. L'ensemble de ces particularités s'applique au métier de cadre de santé. En effet, si on reprend la question du rythme de travail, on constate qu'il est de plus en plus difficile pour l'encadrement de séparer le temps travail du temps personnel. Non seulement, les différentes demandes en lien avec l'évolution des politiques sanitaires se succèdent mais de plus les encadrants sont dotés d'outils de technologie de l'information et de la communication (TIC) qui constituent ce que Jean François Michon appelle « la laisse numérique »<sup>21</sup>.

---

<sup>20</sup> MINTZBERG H., 2009, *Manager ; Ce que font vraiment les managers*, Vuibert, Paris, p. 31

<sup>21</sup> JAOUËN M., 2014, « *Interview de Jean-François Michon* », travail et changement, bimestriel du réseau ANACT-ARACT pour l'amélioration des conditions de travail, n° 354 mars-avril 2014

Cette situation brouille la notion de disponibilité et d'urgence. Le présentéisme fait également partie du quotidien des cadres de santé. Gérer l'organisation d'une unité de soins est un exercice très prenant. Le nombre de réponses à apporter ainsi que la gestion des projets demande une énergie importante. La quantité de travaux à réaliser par le cadre de santé au cours d'une journée n'est pas déterminée. C'est lui qui fixe les limites et décide de ses propres priorités. D'autre part, les obligations institutionnelles s'invitent dans une activité fragmentée par des sollicitations multiples. Dans ce contexte l'encadrement préfère ce qu'il est commun d'appeler « la réaction », c'est à dire la réponse rapide à une demande faite. Malgré, le développement de la qualité et la gestion des risques dans le système hospitalier, la communication verbale informelle reste d'actualité. Le cadre de santé utilise au quotidien et préférentiellement, l'observation sur site, les entretiens, le téléphone et les réunions non programmées au moment des transmissions d'équipe. Il est au croisement de l'organisation de l'unité et du réseau hospitalier dans laquelle celle-ci se trouve. Il est aussi le vecteur de sens des projets institutionnels. Enfin, la fonction contrôle a souvent du mal à s'ancrer dans la pratique du cadre de santé, car elle revêt un aspect de « surveillance ». Il en est souvent de même pour l'évaluation des projets.

### **1.2.2 Le cadre de santé acteur clef de la conduite de projet**

Le projet, qu'il soit d'établissement, de pôle ou de service, est nécessairement accompagné par le cadre de santé. Le groupe des cadres de santé de proximité est au cœur des changements de l'hôpital par le biais des différents projets qu'il mène.

#### **A) Une définition du projet dans un contexte hospitalier**

Le projet est une « Conduite d'anticipation opératoire donnant sens à un avenir désiré et prenant méthodologiquement les moyens de concrétiser une telle anticipation. Cette conduite peut être individuelle (projet personnel d'un candidat) ou collective (projet d'un jury) »<sup>22</sup>. Le projet se révèle être la principale forme d'anticipation dans le management hospitalier. Il se démarque des situations d'urgence si fréquentes dans la gestion quotidienne des établissements de santé et amène à une démarche plus distante incluant un travail de conception, un scénario retenu, un calendrier de déploiement, une évaluation de processus et de résultats.

#### **B) Les caractéristiques du projet**

Jean-Pierre Boutinet décrit cinq caractéristiques concernant le projet<sup>23</sup> :

- Tout d'abord le projet est initié par un auteur dont la position est spécifique puisqu'il est en mesure de négocier avec l'ensemble des acteurs. Dans les établissements de

<sup>22</sup> BOUTINET J.-P., 2009, « L'ABC de la VAE », Éducation – Formation, *ERES*, p. 181-182.

<sup>23</sup> Ibid.22 p 13

santé différents types de projets sont identifiables : ceux mobilisant l'ensemble de l'institution et dont les auteurs sont les membres de l'équipe de direction ; ceux relevant des pôles cliniques et médico-techniques où les auteurs sont souvent le chef de pôle, le cadre supérieur de pôle et le cadre de gestion ; enfin ceux de service et d'unité dont les auteurs sont le responsable d'unité et le cadre de santé.

- Ensuite le projet implique deux temps séquencés l'un par rapport à l'autre : celui de la conception et celui de la réalisation. Concernant la conception, il s'agit de réaliser une analyse, de définir des scénarii, de les évaluer, d'effectuer un choix et de le faire valider. Pour la phase de réalisation un calendrier est déterminé en fonction des contraintes et des difficultés repérées. Il définit les étapes ainsi que les temps d'évaluation pendant le processus, il propose une gestion des écarts et se termine par une évaluation de résultats.
- Le contexte à l'origine du projet est décrit par Boutinet comme complexe voir incertain et demande une approche multidimensionnelle or la situation des établissements de santé s'inscrit dans une conjoncture difficile. La pression permanente maintenue sur la performance des hôpitaux se trouve être le quotidien des professionnels. Les projets sont donc issus de cette complexité.
- La solution envisagée est toujours singulière. En effet, on trouve une singularité à la fois dans l'équipe qui a construit le projet, dans les circonstances qui l'ont motivé et dans le caractère inédit de ce dernier.
- Enfin, la démarche projet s'appuie sur les opportunités existantes. Tous les leviers repérés et à disposition sont à exploiter pour permettre le développement de celle-ci. Nous savons qu'il y a des temps, des contextes, des endroits plus propices au développement d'une démarche projet.

### C) Le management par projet

L'objectif du management par projet est d'opérer des changements dont la visée est d'accroître la performance de l'établissement. Le concept de « management par projet » rassemble à la fois la gestion du projet et sa direction. En effet, la gestion de projet regroupe l'ensemble des outils nécessaires à sa conduite tandis que la direction de projet a pour ambition de définir des objectifs et de répartir les moyens pour sa mise en œuvre. Nous avons ici deux facettes : la première méthodologique et la seconde stratégique et politique.

Le management par projet permet à l'encadrement d'engager les professionnels dans la démarche en organisant l'interaction entre eux. Le cadre de santé peut être impliqué dans un groupe projet institutionnel ou encore de pôle dont l'objectif est transversal. Il est aussi le co-auteur de projets délimités à l'unité fonctionnelle qu'il manage. Le cadre de santé est amené à mobiliser les professionnels de son équipe pour les fédérer autour d'un objectif

commun. Il a pour mission de transmettre les valeurs et le sens de ce qui est attendu mais également une vision nouvelle de la performance hospitalière. Pour les projets institutionnels, il serait impossible de les mener à bien sans les cadres de santé qui constituent des relais incontournables. L'absence de cadre de santé fait courir le risque pour l'établissement d'un déploiement de projet ralenti voir impossible dans certains secteurs.

Dans ce contexte, on comprend l'importance de la place du cadre de santé pour le développement de la performance hospitalière et le choix de la majorité des établissements de ne pas laisser vacant ces postes.

### **1.3 Le directeur des soins face à la gestion prospective de la ligne hiérarchique**

Le directeur des soins, dans sa gestion prospective de la ligne hiérarchique, va s'appuyer sur la GPMC afin d'avoir une vision plus claire de la situation générale de l'établissement.

#### **1.3.1 La Gestion Prévisionnelle des Métiers et Compétences (GPMC)**

Sur la période allant de 2008 à 2010 des fonds sont proposés via les ARS pour soutenir la mise en place de la GPMC dans les établissements de santé. Elle représente un enjeu majeur de la modernisation des hôpitaux. Les ressources humaines de l'établissement deviennent un investissement stratégique et un levier de performance. Issue du monde de l'entreprise, la GPMC considère le capital des compétences détenues comme un avantage concurrentiel. En établissement de santé, elle vise plusieurs objectifs :

- la mise en cohérence du projet stratégique d'établissement avec la politique de gestion des ressources humaines.
- La réduction anticipée des écarts entre besoins et ressources déjà disponibles.
- Le repérage de métiers sensibles.
- La prise en compte des attentes et besoins des personnels.

Le directeur des soins collabore avec la DRH à la conception de la GPMC et à son utilisation au quotidien. Sa déclinaison opérationnelle permet : l'anticipation des départs (mobilité, formation, retraite) avec son corollaire la fuite de compétences, la mise en œuvre d'un entretien professionnel couplé à celui de formation et l'utilisation d'un outil partagé de recueil des données. Cette politique de gestion des ressources humaines fait l'objet d'obligations réglementaires.

A) Les textes réglementaires qui soutiennent cette politique.

- Le code de la santé publique a rendu obligatoire la GPMC dans son article L 6143-2 il précise « le projet d'établissement...comprend un projet social ». Le contenu du

projet social est règlementé par l'article L 6143-2-1 « le projet social définit les objectifs généraux de la politique sociale de l'établissement ainsi que les mesures permettant la réalisation de ces objectifs. Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prévisionnelle et prospective des emplois et qualifications et la valorisation des acquis professionnels. »

- Le décret 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie vient compléter les obligations par la mise en place d'un entretien de formation. Celui-ci a pour objectif de rappeler les suites données aux requêtes antérieures, d'échanger sur les formations en lien avec les missions de l'agent ou ses perspectives professionnelles, de permettre à l'agent de faire ses demandes notamment en matière de préparation aux concours, de Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) et de bilan de compétences.
- L'arrêté du 6 mai 1959 consolidée le 15 décembre 2011 et relatif à la notation du personnel des établissements d'hospitalisation, de soins et de cure rend obligatoire chaque année l'évaluation de la valeur professionnelle des agents titulaires. Le texte donne les critères retenus qui sont pour les cadres de santé : Connaissances professionnelles, sens de l'autorité, esprit d'initiative et méthode dans le travail, comportement envers les hospitalisés et les familles, tenue et présentation. Une note chiffrée allant de 0 à 5 par critère et une appréciation général sont proposées par le supérieur hiérarchique à l'autorité investie du pouvoir de nomination. Ces éléments sont communiqués aux agents et à la commission paritaire.
- La loi du 5 juillet 2010 sur la rénovation du dialogue social dans la fonction publique hospitalière prévoit que tous les sujets concernant la vie professionnelle et sociale des agents soient ouverts à la négociation. On retrouve cités : le déroulement de carrières, la promotion professionnelle, la formation professionnelle et continue.

Cette succession de textes fait converger un ensemble de dispositions : entretien d'évaluation, entretien de formation, suivi de dossier individuel, ouverture du dialogue social qui sont autant d'obligations.

#### B) Les outils de la démarche de GPMC

- le référentiel métier de la fonction publique hospitalière est un socle qui sert de base à la réalisation des fiches de postes.
- la cartographie des métiers rattache les effectifs de l'établissement à un métier référencé. A partir de ce recueil, il est possible d'obtenir une pyramide des âges ainsi que les flux des personnels pour l'établissement (entrées et sorties). Ceci permet une analyse qualitative de la situation.
- les fiches de postes sont des outils permettant de déterminer les attendus par poste. Elles font connaître toutes les activités spécifiques et le niveau requis pour chacune.

Elles sont construites sur la base de la fiche métier et servent de support lors de l'évaluation des personnels.

L'ensemble de la démarche repose sur une évaluation des compétences des professionnels de santé.

### C) Le concept de compétence.

Le modèle de la compétence dans le management naît dans les années 1975 suite à des grèves d'ouvriers spécialisés de l'industrie automobile. Il répond à une revendication qui est de reconnaître les compétences professionnelles au-delà de la qualification du poste. Il s'agit de prendre en compte le travail réel différent du travail prescrit.

Le MEDEF propose en 1998 une définition de la compétence. Il s'agit d'« une combinaison de connaissances, savoir-faire, expérience et comportements s'exerçant dans un contexte précis. Elle se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle à partir de laquelle elle est validée. C'est donc à l'entreprise qu'il appartient de la repérer et en lien avec les institutions, les branches, systèmes éducatifs d'une part et salariés d'autre part, de l'évaluer, de la valider et de la faire évoluer. »<sup>24</sup> Deux idées importantes sont à extraire de cette définition : la première que la compétence est différente du diplôme et de la certification, elle s'évalue dans une réalité professionnelle ; la seconde qu'elle relève du « comportement » qui aurait pu être appelé « savoir être »<sup>25</sup>.

En Amérique du nord le concept de compétence trouve son origine dans la psychologie des organisations. La compétence est considérée comme un ensemble comportant cinq dimensions : la motivation, les traits de caractère (traits), la conception qu'on a de soi-même (self concept), les connaissances (knowledge), et les savoir-faire ou habiletés (skills)<sup>26</sup>. Dans cette approche sont distinguées des compétences seuils indispensables et des compétences discriminantes qui renvoient à la performance. La population concernée par cette définition est principalement celle des cadres et des employés « stratégiques ». En effet, le GPMC a fait son entrée par le haut de la pyramide hiérarchique contrairement à la France.

Néanmoins la compétence ne remplace pas la qualification. Elle s'ajoute au fait de connaître et exercer son métier conformément à la réglementation et aux principes qui le régissent. La compétence trouve son sens dans la réalité d'aujourd'hui, en lien avec les évolutions importantes de l'organisation du système de santé. L'hôpital qui a connu des formes tayloriennes de soins en série s'est considérablement transformé sous l'impulsion des attentes de l'utilisateur et leur traduction réglementaire. Au contraire l'inertie du modèle

---

<sup>24</sup> AVENTUR F., expert rédacteur, 1998, « *Les pratiques internationales en matière de compétences* », Medef, tome 2, p. 68-70

<sup>25</sup> REYNAUD J-D., « *Le management par les compétences un essai d'analyse* » Sociologie du travail vol.43, 2001, 7-31 édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, p. 7-31

<sup>26</sup> BOUTEILLER D. et GILBERT P., 2005, « *Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord* », Relations industrielles, vol. 60 n°1, p. 3-28

corps, grade, catégorie, indice, notation, pose la question de sa pertinence en regard de l'évolution des établissements de santé mais constitue un repère. La qualification reste indéfectiblement liée à l'agent alors que la compétence est contextuelle. En liant les deux on évite le risque d'une compétence qui ne serait pas exportable. L'employabilité que vise le modèle de la compétence prend alors une dimension qu'il est possible d'externaliser de son contexte. Il y a donc des compétences spécifiques et des compétences générales.

#### D) L'évaluation centre du modèle de la GPMC

Ce suivi des compétences passe par l'évaluation. Nous avons vu que celle-ci répond à une réglementation qui impose une notation et un entretien de formation. Cela entraîne une fréquence de rencontre qui ne peut être inférieure à une fois par an. Pour que l'évaluation ait lieu en condition optimale, il est nécessaire que l'évaluateur et l'évalué soient en accord avec la démarche. Comme la fiche de poste permet de se référer à un degré de maîtrise des attendus et qu'elle est construite dans un contexte de management participatif, elle n'est pas contestable en soi. Dans le cadre de la GPMC chacun a un rôle : l'évalué réalise une auto-évaluation à partir de la fiche de poste, l'évaluateur utilise ce support lors de l'entretien. De cette interaction naît une plus grande équité car elle fait place à une négociation, à un regard croisé. L'évaluateur s'intéresse à l'atteinte des objectifs, à la performance, aux possibilités d'évolution. L'entretien de formation vient en support de la construction du parcours professionnel. Un rythme de rencontre annuel peut être adapté pour un cadre de santé diplômé mais sera insuffisant pour un faisant fonction de cadre de santé. Il faudra donc trouver une formule qui permette à partir de ces mêmes outils un suivi plus étroit. L'objectif de ces temps d'évaluation est de limiter les risques collectifs et personnels mais aussi de développer les compétences managériales du FFCS.

La GPMC permet au directeur de soins le suivi démographique et des compétences de la ligne hiérarchique. Elle lui donne une vision prospective qui va lui permettre d'anticiper les besoins en matière d'encadrement et d'arrêter des décisions sur la base d'évaluations. Cette démarche à la fois opérationnelle et prévisionnelle vise à développer un des leviers de la performance d'un établissement sanitaire à savoir les ressources humaines.

### 1.3.2 L'accompagnement

#### A) Point de vue sémantique et définitions

La partie « compagn » dans le verbe accompagner signifie « compain » à savoir celui qui partage le pain : le compagnon de voyage.

Accompagner est défini dans le Robert historique 2002 comme « se joindre à quelqu'un pour aller où il va, en même temps que lui (conduire, guider, mener) ». Accompagner consiste donc à cheminer avec l'autre. « L'accompagnant est une personne qui

accompagne et qui guide ». « L'accompagnement est une action ou une façon d'accompagner. Ce qui accompagne vient s'ajouter ».

Maëla Paul donne une définition minimale de l'accompagnement : c'est « être avec » et « aller vers »<sup>27</sup>.

## B) Le concept d'accompagnement

Maëla PAUL décrit trois modèles d'accompagnement. Le premier, thérapeutique : consiste à mobiliser les ressources de la personne afin qu'elle gère sa propre situation. Le second, maïeutique : cherche à rassembler les moyens de l'individu en le mettant en contact avec son intériorité. Le troisième, initiatique : il permet un changement de statut. Dans ce dernier modèle, l'accompagné a un rôle actif et l'accompagnant crée les conditions favorables au développement de compétences.

Il existe plus particulièrement « un accompagnement-visée »<sup>28</sup> qui a pour objet de dynamiser la personne accompagnée dans la réalisation de projet. Cet accompagnement est à la fois source de production pour l'entreprise et source de construction pour la personne. Il s'évalue par les résultats atteints mais aussi par l'autonomisation de « l'accompagné ». Il constitue le corolaire d'une volonté politique avec ses deux effets : le premier une obligation d'être accompagné, le second la nécessité de confier à des professionnels l'accompagnement. L'établissement attend de ces derniers une posture spécifique qui va permettre d'entrer en relation avec l'accompagné. Assurer cette mission demande également des temps d'échanges pour ne pas être isolé dans cet accompagnement. En effet, des difficultés ou des questionnements peuvent apparaître et doivent pouvoir être partagés. Ce dispositif issu de la politique d'établissement doit nécessairement faire l'objet d'une supervision par la direction.

Pour l'accompagnant et l'accompagné le terrain devient un ancrage dans la réalité professionnelle. L'enjeu est d'agir de manière efficiente sur les situations rencontrées. La posture de l'accompagnant vise l'aide à la construction de l'autre. Il s'agit d'une relation singulière entre les deux professionnels avec une observation de la progression de l'accompagnée. Nous sommes bien dans un contexte favorable au développement de compétences, c'est à dire la mise en œuvre de savoir, savoir-faire, savoir-relationnel en situation réelle. L'accompagnant favorise la prise de distance et la réflexion. Il ne s'agit pas pour lui de faire à la place mais au contraire de créer du lien entre le travail réel et l'accompagné. D'autre part, la posture de l'accompagnant inclut l'évaluation de l'accompagné or cet aspect constitue un point de difficulté. En effet, dans ce modèle

---

<sup>27</sup>PAUL M., 2012, « *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient* », Recherche en soins infirmiers n° 110, p. 13-20

<sup>28</sup> Ibid. 27 p 19

d'accompagnement on passe d'un concept pédagogique d'exemplarité à celui de médiation donc d'une relation asymétrique à une relation symétrique.

Maela PAUL dans son article portant sur l'accompagnement dans le champ professionnel<sup>29</sup> nous rappelle deux affirmations :

- Il n'y a « pas d'accompagnement authentique sans demande » (Wiel, 1998). Dans la mesure où l'accompagnement est issu d'une politique d'établissement, il est nécessaire de s'interroger sur ce qu'est la demande de l'accompagné. En effet, l'offre de prestation doit pouvoir tenir compte des besoins de celui-ci.
- il n'y a « pas d'accompagnement sans projet » (Wiel, 1998). L'auteur évoque ici, le projet processus qui permet à l'accompagné de cheminer dans le cadre d'une expérience s'inscrivant à la fois sur une durée et dans une relation à l'autre. Cet accompagnement demande de créer les conditions d'une relation favorisant un cheminement conjoint. Le projet peut donner lieu à un contrat qui va engager le professionnel dans l'atteinte de résultats et l'institution dans les conditions de mise en œuvre de l'accompagnement.

L'accompagnement est à penser à partir de ce qui mobilise les individus. Identifier ce qui est fondamental selon Maela Paul suppose de prospecter auprès des personnes qui ont été accompagnées et accompagnantes. Il s'agit d'analyser ce qui existe pour trouver ce qui lie l'ensemble.

### **1.3.3 De la fonction paramédicale à la fonction managériale**

#### **A) Le repérage de potentiel**

Le repérage du potentiel managérial demande d'admettre comme un fait que le cadre de santé idéal n'existe pas. Par conséquent, l'individu doit être choisi pour ses qualités et capacités à devenir cadre mais aussi pour ses défauts. L'identification de ces derniers peut permettre d'éviter des conséquences néfastes pour la personne et l'organisation. Dans le dispositif hospitalier, le cadre de proximité réalise ce repérage. Il s'agit pour lui de détecter des capacités à développer des compétences en management.

« Le potentiel d'un individu est avant tout conçu comme un ensemble de ressources latentes, incluant des compétences non actualisées dans l'emploi, mais aussi l'aptitude à en acquérir de nouvelles, et donc finalement le potentiel s'assimile plus ou moins à une sorte de capacité générale d'apprentissage »<sup>30</sup>. Le cadre de santé peut être aidé dans cette activité par un dispositif institutionnel piloté par la direction des soins. Celui-ci peut proposer une grille de lecture commune à l'établissement pour la réalisation de ce repérage. Dans d'autre cas, il n'y a pas de dispositif formel et le cadre est en partie seul

<sup>29</sup> PAUL M., 2009, « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », *Savoirs* n° 20, p. 11-63

<sup>30</sup> MIRALLES P., 2007, « *La gestion des talents : émergence d'un nouveau modèle de management ?* » [www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-1-page-29.htm](http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-1-page-29.htm)

devant cette première évaluation. Rappelons que cette phase est prédictive, puisque rien ne peut apporter la preuve que le candidat est effectivement pourvu de ce potentiel. Néanmoins, la ligne hiérarchique va permettre de croiser les regards : le cadre supérieur donne un avis plus distancié et le directeur de soins sera en position de décision quant à l'accompagnement ou non du projet professionnel. Il existe donc de la subjectivité dans la détection du potentiel managérial qui occasionne une prise de risque.

#### B) La place du projet dans l'engagement

Le passage d'une fonction paramédicale vers une fonction cadre se construit au travers d'un engagement. Les professionnels qui ont le projet de devenir cadre de santé sont très souvent impliqués par l'encadrement dans des groupes de travail au niveau des services et dans l'établissement. C'est l'occasion pour eux d'un temps de réflexion et d'échange à propos du soin mais hors de son exercice direct. Cette première prise de distance est un élément souvent déterminant dans le cheminement vers la fonction cadre de santé et fait partie intégrante du processus motivationnel. L'organisation des groupes de travail s'appuie sur le management par projet. Le projet prend sa source dans une idée, une nouvelle réglementation, l'arrivée d'innovations techniques et médicamenteuses, ou encore la nécessité de résoudre un dysfonctionnement. Les candidats à la fonction cadre découvrent ainsi cette approche qui ne leur est pas familière : une « anticipation opératoire partiellement déterminée »<sup>31</sup>. Ils sont souvent séduits car le projet répond à un besoin et accompagne les changements. Pour certains, en fonction du calendrier, la participation à la définition du projet de soins et du projet d'établissement leur permet un regard institutionnel donc plus transversal. Il en est de même avec la contribution à la CSIRMT qui est l'occasion d'observer un fonctionnement institutionnel et de se positionner au sein d'une instance. Les candidats à la fonction cadre découvrent ainsi une organisation qui n'est pas exclusivement hiérarchique mais aussi horizontale et en réseau. Ces premières expériences alimentent la motivation qui se situe au croisement d'éléments intrinsèques et extrinsèques. Il est reconnu que la qualité de vie au travail, les relations interpersonnelles qui s'y développent et l'environnement, ont un impact sur la motivation. Un nombre régulier de candidats à la fonction cadre serait par conséquent le révélateur d'un climat favorable à l'engagement dans l'établissement.

#### C) La projection vers un nouveau métier ou la production du projet professionnel

L'écriture du projet professionnel avec son étape d'analyse du parcours professionnel est une autre approche pour la réalisation de cette transition. On sait que « les composantes dynamiques des transitions ont cela de paradoxal qu'elles combinent des logiques de scission, d'élimination et de conservation »<sup>32</sup>. De manière plus générale la transition est

---

<sup>31</sup> BOUTINET J.-P., 1990, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, p. 64

<sup>32</sup> R DUPUY et A LE BLANC, 2001, « *Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les* Christine Champion - *Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique* - 2016

un processus interne alors que le changement se définit d'un point de vue externe. Selon R Dupuy et A Le Blanc la transition entraîne la superposition de deux cadres de référence (infirmier et cadre) pendant un temps plus ou moins long. Ce passage par l'écrit induit une réflexion sur les représentations du métier. Ce temps semble une étape incontournable dans le cheminement vers cette nouvelle fonction. Ce document sert de base à l'échange avec les supérieurs hiérarchiques lors des entretiens professionnels. Il est le reflet de la progression vers une nouvelle identité cadre. La question de la perte du soin direct et de la relation duelle et journalière avec le patient est alors soulevée. Elle doit faire l'objet d'un travail sur soi. En effet, les fonctions du cadre de santé sont centrées sur le management d'une équipe et sur les organisations de soins. « Les phases de transition sont aussi des moments d'inter-construction entre l'environnement social et l'individu »<sup>33</sup>.

#### D) L'expérimentation du métier de cadre de santé

Lors de la remise de son rapport « La mission cadres hospitaliers » en 2009<sup>34</sup>, Mme Chantal De Singly préconise de mettre fin à la position bancaire de « faisant fonction de cadre ». Or aujourd'hui encore le manque de cadres de santé diplômés donne lieu au développement d'une politique permettant de pourvoir les postes vacants. Il s'agit d'y positionner un candidat à la fonction cadre qui devient ainsi « faisant fonction de cadre de santé » (FFCS). Croisant les besoins institutionnels et les attentes personnelles des professionnels cette démarche engage dans une politique de promotion interne à l'établissement. Elle vise deux objectifs : le premier répondre aux besoins de l'hôpital en matière de moyens humains et le second apporter une plus-value dans la construction identitaire du candidat à la fonction cadre. Immérgé dans le métier, ce dernier est à la fois en découverte de ses missions et à la fois manager de l'équipe paramédicale. Il se retrouve au centre d'enjeux comme conduire un changement, prévenir des risques, mobiliser les équipes, réaliser un suivi d'activité ainsi qu'un suivi du budget de l'unité. Cette étape ne peut s'envisager sans un accompagnement qui à ce jour est variable d'un établissement à un autre. Celui-ci peut être inscrit dans la politique d'établissement à différents niveaux dans le projet de soins, le projet managérial et le projet d'établissement. Le cadre supérieur apporte des réponses aux difficultés rencontrées par le FFCS. Il n'est pas seul à être dans un rôle de conseiller, on trouve également les collègues du pôle et parfois un tuteur désigné lorsqu'il existe un dispositif d'accompagnement. Le FFCS va pouvoir faire ses preuves en l'absence de tout diplôme<sup>35</sup>. La temporalité de cet exercice doit être suffisante pour que le candidat à la fonction cadre puisse exprimer des compétences en lien avec le métier de cadre de santé. Dans ce contexte le projet

---

*transitions professionnelles* », Connexions, n° 76, p. 61-79

<sup>33</sup> Ibid. 16

<sup>34</sup>, C DE SINGLY, Rapport de « la mission des cadres hospitaliers », Ministère de la Santé et des Sports, 11 septembre 2009

<sup>35</sup> BOURGEON D., dir., BAZILE R., BERMARDEAU N., BITEAU M. et al., 2015, *Faire fonction de cadre de santé*, Lamarre, Paris

professionnel peut se confirmer ou s'infirmier. En fonction des circonstances, le directeur des soins décide ou non de poursuivre le soutien du projet professionnel du candidat après avoir pris attache auprès du cadre supérieur.

#### E) Le concours d'accès à l'Institut de Formation de Cadre de Santé

Parallèlement le professionnel paramédical va préparer le concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé. Il est en exercice depuis 4 ans et à temps plein au 31 janvier de l'année de sélection. Il doit réaliser dans un premier temps une épreuve écrite « d'une durée de quatre heures, notée sur 20, qui consiste en un commentaire d'un ou plusieurs documents relatifs à un sujet d'ordre sanitaire ou social. Celle-ci a pour but de tester les capacités d'analyse et de synthèse du candidat, son aptitude à développer et argumenter ses idées par écrit »<sup>36</sup>. En cas de réussite, le candidat est admissible. Il passe alors l'épreuve d'admission à partir d'un dossier rédigé qui comporte son curriculum vitae, son expérience et ses conceptions de la fonction cadre. Il s'agit de présenter son dossier en dix minutes et de participer à un entretien d'une durée de vingt minutes. La préparation au concours peut se faire par le biais de la formation continue ou encore par la mise en place de solutions internes à l'établissement.

Au cours de cette première partie portant sur les professionnels dans un environnement hospitalier en permanente transformation nous avons réalisé un focus sur le métier de cadre de santé. Celui-ci est devenu un pivot de la conduite de projet et manage le changement au plus près de l'offre de soins. Le directeur des soins dans la gestion prévisionnelle de la ligne hiérarchique paramédicale a le souci de maintenir et développer les compétences d'encadrement. Se pose alors une question centrale : **En quoi l'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé est un enjeu pour le directeur des soins ?**

## 2 Le point de vue des professionnels

### 2.1 Méthodologie de l'enquête

La recherche entreprise lors de ce travail est dite « qualitative ». D'un point de vue méthodologique elle s'inscrit dans une logique de compréhension et privilégie la description du processus. Elle est inductive car, dans ce cas, le sujet exploré se découvre progressivement.

---

<sup>36</sup> MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, version consolidée le 13 juin 2016

### 2.1.1 Le terrain de l'enquête

Le choix s'est porté sur deux établissements différents en raison de leur taille, de l'organisation de la direction des soins, du volume des effectifs, de leur situation financière et de l'existence ou non d'un dispositif d'accompagnement à la fonction cadre de santé.

**Le centre hospitalier** compte 511 lits et 22 places. En 2015, ont été réalisées 15 330 entrées, 63 116 journées d'hospitalisation et 59 235 consultations externes. Le CH emploie 752 Equivalents Temps Plein Rémunérés (ETPR) non médicaux, 55 ETPR médecins et 551 ETPR soignants. Les services de médecine, chirurgie, obstétrique ainsi que les Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sont rassemblés dans un bâtiment de construction récente. Le CH gère également trois Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) et un foyer d'accueil pour adultes handicapés. Cet hôpital présente la particularité d'être en direction commune avec trois autres établissements du département. Il est actuellement en déficit. Un Contrat de Retour à l'Equilibre Financier (CREF) est en place depuis 2014.

La coordination générale des soins est assurée par un directeur de soins. Il est assisté, sur des missions déterminées, par un cadre de santé. Conformément à la loi Hôpital Patient Santé Territoire<sup>37</sup>, le CH est divisé en quatre pôles cliniques dont le management est réalisé par un cadre de pôle, un médecin chef de pôle et un cadre administratif. Les trois EHPAD et le foyer d'accueil pour adultes handicapés ont un cadre de santé par structure. L'Institut de Formation Aide-Soignant (IFAS) est piloté par un cadre de santé agréé directeur. Au total on compte 16 cadres de proximité, 2 cadres supérieurs de santé et un directeur d'IFAS. La proportion de FFCS est de 2 personnes pour 18 postes.

Il n'y a pas de politique formalisée en matière d'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé au CH. Un travail collaboratif entre les directeurs de soins du département a débuté pour tenter d'harmoniser les pratiques et aboutir à un écrit concernant ce sujet.

**Le CHU** est un établissement de 1 387 lits et 98 places. En 2015 on dénombre 100 210 hospitalisations, 445 900 consultations et 84 288 passages dans les urgences. Le nombre d'agents non médicaux s'élève à 5 159 ETP dont 3 973 ETP personnels soignants, éducatifs et médico-technique tandis que les médecins et internes représentent 1 126 ETP. Cette structure pavillonnaire est regroupée dans une unité de lieu. Seul le département de soins de suite et soins de longue durée est sur une autre commune. Les

---

<sup>37</sup> MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients à la santé et au territoire.

instituts et écoles de santé sont sur le même site que le CHU et regroupent un Institut de Formation en Soins Infirmiers (IFSI), un IFAS, un IFA, un IFCS, une école de puériculture.

Le coordonnateur général des soins est assisté d'un directeur de soins responsable des instituts et écoles de formation en santé et d'un faisant fonction de directeur de soins. Il s'agit d'une situation transitoire pour une durée limitée d'un an. En effet, l'effectif complet de la direction des soins comporte :

- deux postes de DS en gestion,
- un poste DS en instituts et écoles de santé,
- un poste de coordonnateur général des soins,
- un poste de coordonnateur général des instituts et écoles de santé.

Un projet porté par le DG lit fortement la direction des instituts et écoles de santé à la direction des soins du CHU. L'ensemble constitue une équipe dont le travail est collaboratif.

Le CHU est composé de 7 pôles cliniques et médico-techniques dont le management est assuré par un médecin chef de pôle et un cadre supérieur coordonnateur de pôle. Ces derniers sont assistés d'un cadre supérieur dans les 5 pôles cliniques. Chaque unité de soins est gérée par un cadre de santé. Au total on compte 12 cadres supérieurs, 120 cadres de santé. La proportion de FFCS est de 10% soit 13 professionnels FFCS. Concernant les instituts et école, on compte 2 Cadres supérieurs à l'IFCS, 1 cadre supérieur et 23 cadres de santé à l'IFSI, 4 cadres de santé et un infirmier à l'IFAS et l'Institut de Formation d'Ambulanciers (IFA), 2 cadres de santé à l'école de puériculture. Il n'y a pas actuellement de FFCS sur les instituts et écoles.

Il existe une politique d'accompagnement des professionnels candidats à la fonction cadre depuis plusieurs années.

### **2.1.2 L'échantillon des professionnels interviewés**

Les professionnels interviewés sont au nombre de 20. Le point de vue de l'ensemble de la ligne hiérarchique impliquée dans l'accompagnement des candidats à la fonction cadre est recherché de même que celui des impétrants eux-mêmes. En effet, en recueillant la parole de ces acteurs, il est possible d'approcher le sujet sous différents angles :

- les attendus des postulants paramédicaux,
- le questionnement des professionnels les accompagnants,
- la politique institutionnelle conduite par la direction.

Notons que le Directeur des Ressources Humaines du CH n'a pas pu être interviewé. Deux directeurs des soins n'appartenant pas à ces structures ont également apporté leur éclairage. Un d'entre eux exerce dans un centre hospitalier public spécialisé en

psychiatrie. Deux FFCS mettaient fin à leur projet cadre. Enfin, des observations faites lors de rendez-vous entre un coordonnateur général des soins et des paramédicaux ayant un projet cadre, ont enrichi l'analyse globale du sujet.

La population enquêtée se répartit comme décrit dans le tableau ci-dessous :

Fonction	Hors des 2 structures	CH	CHU	Total
Faisant fonction de cadre de santé	/	2	6	8
Cadre de santé	/	2	2	4
Cadre supérieur de santé	/	2	1	3
Directeur de soins	2	/	/	2
Coordonnateur général des soins	/	1	1	2
Directeur des ressources humaines	/	/	1	1
Total	2	7	11	20

### 2.1.3 Le choix d'un outil de recherche

L'entretien semi-directif est un dialogue entre l'interviewé et la personne qui entreprend la recherche. Il s'organise autour de questions ouvertes préparées dans un guide d'entretien par type de population enquêtée (annexes I, II, III). Cette méthode permet d'obtenir des informations sur des faits ou des représentations. L'entretien semi-directif est un temps d'écoute privilégié dans un contexte empathique. Dans ce cadre, établir un climat de confiance permet une expression libérée. L'anonymat est un élément déterminant dans cette relation et doit être maintenu. Les interviews font l'objet d'un enregistrement afin de limiter la part d'interprétation et de rester fidèle aux propos tenus. Le chercheur va tenter de trouver l'équilibre entre proximité et distance tout au long de ces échanges. « L'objectif est de saisir le sens d'un phénomène complexe tel qu'il est perçu par les participants et le chercheur dans une dynamique de co-construction du sens<sup>38</sup>. »

### 2.1.4 Les limites du travail

Les limites de la recherche qualitative sont liées « à la faiblesse de validité externe et de l'objectivité »<sup>39</sup>. En effet, l'échantillon des interviewés n'est pas représentatif. Les interactions sont différentes entre interviewer et interviewés en fonction de chaque personne rencontrée et constituent ainsi un biais. Le statut d'élève directeur des soins ne permet pas un cadre totalement neutre. L'ensemble a pour conséquence qu'on ne peut à

<sup>38</sup> IMBERT G., 2010, « L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie », Recherche en soins infirmiers n°102, p. 23-34

<sup>39</sup> KREFTING L., 1990, "Rigor in Qualitative Research : The Assessment of Trustworthiness", The American Journal of Occupational Therapy, 45(3) : 214-22

partir de ces échanges créer une modélisation. L'analyse faite est donc empreinte de subjectivité même si la méthode est respectée.

D'autre part, les entretiens semi-directifs comportent également une difficulté en lien avec le temps qu'ils demandent. Pour cette étude 20 heures sont nécessaires à la réalisation des colloques singuliers et autant pour la retranscription du recueil des données. L'analyse des récits s'organise en trois étapes : celle préliminaire du contenu des propos, celle de la trajectoire individuelle et celle de l'interprétation transversale. Le tout tente d'aboutir à une synthèse complétée par une démarche réflexive menée pendant cette recherche.

## **2.2 L'analyse**

L'analyse des résultats des entretiens s'articule autour des quatre hypothèses de départ et tisse des liens avec les concepts d'accompagnement, de rôles du cadre de santé, de management par projet, de compétences, d'évaluation.

### **2.2.1 De l'idée à l'engagement du paramédical dans le projet de devenir cadre de santé**

*Un processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadre favorise l'émergence de projet professionnel individuel de cadre de santé.*

#### **A) De l'annonce à l'amorce du projet**

Le bilan des entretiens montre que les paramédicaux ayant le projet professionnel de devenir cadre déclarent plus facilement leur intention à leur hiérarchie lorsqu'il existe un dispositif d'accompagnement. Les FFCS du CHU l'expriment : « *Le désir de devenir cadre est né de l'accompagnement des professionnels avec lesquels je travaillais. Je connaissais le dispositif et à un moment j'ai eu envie de faire autre chose que du soin, de l'encadrement d'étudiants et de pairs. J'ai donc souhaité suivre le parcours du dispositif. Puis, quand j'y suis entré, je trouvais que je n'avançais pas assez vite dans son déroulement* ». Dans ce témoignage se dégagent deux éléments : la connaissance d'une politique d'accompagnement des projets cadres et celle des perspectives qu'elle propose. Il semble sécurisant pour déclarer ses intentions d'avoir une vision d'ensemble de ce qui peut être offert en termes d'accompagnement. Le cadre supérieur du CHU confirme cette tendance : « *Dans le repérage c'est souvent les agents qui nous informent du souhait d'être cadre de santé. Ils savent qu'il existe un dispositif d'accompagnement. J'ai deux infirmières spécialisées qui sont aujourd'hui en projet et pressées d'entrer dans ce processus* ». Un cadre de santé en poste depuis quatre ans se remémore : « *J'étais attiré par la fonction cadre. J'étais pour l'équipe dans laquelle j'exerçais une ressource du fait de ma connaissance du service et de l'établissement. J'ai d'abord assuré une mission*

*d'infirmière référente. Ayant connaissance de la politique d'accompagnement, je suis entrée dans le processus par validation du cadre supérieur et du directeur de soins. J'ai attendu ensuite d'être mise en FFCS ».*

Le coordonnateur général des soins (CGS) du CHU pense que *« la politique d'accompagnement des candidats à la fonction cadre a peut-être engendré une attractivité importante car aujourd'hui se pose la question de leur nombre dans le dispositif. Néanmoins, il n'y a pas d'indicateurs qui permettent d'authentifier cela »*. On constate que cette politique est facilitatrice pour la gestion prospective de la ligne hiérarchique car ses effets vont sans doute au-delà du processus d'accompagnement lui-même. *« Nous sommes porteur de promotion managériale car nous avons beaucoup de paramédicaux qui ont un projet cadre mais aussi beaucoup de cadres qui souhaitent devenir cadre supérieur et enfin des cadres supérieurs qui ont le projet de devenir directeur des soins »*.

A contrario lorsqu'il n'existe pas de dispositif d'accompagnement, les candidats à la fonction cadre se font plus rares. Un des cadres supérieurs du CH nous renseigne à ce propos : *« Depuis que je suis ici dans l'établissement j'ai connu un seul FFCS, il y a quelques années »*. *« Récemment un agent s'est manifesté auprès du directeur des soins pour lui faire part de son projet de devenir cadre. Nous l'avons reçu, le directeur des soins et moi-même. Nous lui avons demandé d'écrire son projet professionnel. A l'occasion de l'arrêt maladie d'un cadre de santé nous lui avons proposé de faire le remplacement en tant que FFCS, ce qu'il a accepté »*. Le candidat à la fonction cadre explique de son côté qu'il ne sait pas quels ont été les critères pour décider de son positionnement en tant que FFCS. La proposition lui a été faite après l'écriture de son projet professionnel. *« On m'a annoncé que c'était pour un remplacement de deux mois, donc de courte durée. Ultérieurement, je réintégrerai mon service sur ma mission infirmière. Je dois retravailler mon projet professionnel à la lumière de cette expérience. Pour la suite rien n'est formalisé »*. Ce témoignage soulève le problème d'un manque de visibilité de l'accompagnement à venir. En l'absence d'un processus écrit, il existe une ambiguïté sur la position occupée par le paramédical qui manage une équipe. En effet, au CH, une seconde personne assure une mission de FFCS dans un secteur extérieur au site principal. Le cadre supérieur de santé nous explique : *« Concernant Mme X, je ne savais pas qu'elle était FFCS, cela n'a jamais été évoqué en ces termes, néanmoins pour moi elle était responsable du secteur qu'elle gère »*. Derrière cet échange se pose la question de la place attribuée à ce paramédical et de sa posture tant dans le groupe d'encadrement qu'auprès de l'équipe qu'elle manage. Lorsque le dispositif d'accompagnement est formalisé, il ne laisse aucun doute sur la mission confiée et le titre porté.

## B) Un temps de repérage de potentiels

Les FFCS du CHU expriment avoir fait l'objet d'un repérage de potentiels : « *J'ai eu des missions d'infirmière référente au sein de l'unité ou j'exerçais. J'ai fait ainsi quelques preuves qui ont été payantes. J'ai souhaité alors rentrer dans le dispositif d'accompagnement existant pour pouvoir être positionné en FFCS* ». On note ici l'importance de l'observation de compétences développées lors de missions hors du soin. Cet autre entretien en témoigne : « *Mon projet est né de missions transverses que j'assurai dans l'unité de soins. J'avais échangé avec mon cadre et le cadre supérieur sur mes intentions. J'ai candidaté ensuite sur un poste de formatrice en école spécialisée. Mon projet cadre étant bien avancé le directeur de soins que j'ai rencontré lors de ce temps de recrutement m'a fait part de sa préférence à me positionner en tant que FFCS. J'étais prête à tenter l'expérience* ». Un troisième nous relate : « *Je suis arrivée par mutation au CHU et j'avais déjà l'optique de devenir cadre. Je me suis impliquée dans le tutorat des étudiants infirmiers et intéressée à la question de l'évaluation par compétences. J'ai échangé à propos de mon projet lors d'un entretien avec le cadre de proximité et nous avons ensemble regardé la grille de repérage du dispositif. Le cadre l'a ensuite complétée et j'ai rencontré le cadre supérieur du pôle. Je suis alors rentré dans le dispositif. Le cadre supérieur m'a, par la suite, proposé de faire fonction de cadre de santé sur une unité dans un autre service du pôle* ». L'importance d'une équité de traitement des différents professionnels est garantie par le dispositif dans la mesure où chaque candidat sera accompagné de la même façon quelque soit le pôle du CHU. Un directeur des soins donne ainsi son point de vue : « *La sélection des candidats sur le même principe est importante surtout lorsqu'on est une équipe de directeurs de soins. Tout candidat doit bénéficier de l'application des mêmes critères pour entrer ou non dans le processus d'accompagnement. Ce mode opératoire partagé est une garantie d'équité pour les professionnels. La clarté du dispositif est un élément important pour les candidats et l'équipe de direction* ».

En l'absence d'un repérage des potentiels formalisé, le CGS utilise d'autres stratégies. « *Je rappelle aux cadres lors des campagnes d'évaluation l'importance d'identifier les paramédicaux qui pourraient être motivés par la fonction cadre de santé. Systématiquement lorsqu'un soignant a un projet, je le reçois seul ou avec un cadre de pôle pour faire un point. Rapidement je lui demande l'écriture d'un curriculum vitae et du projet professionnel. Je lui propose d'intégrer des groupes de travail ou la CSIRMT ce qui permet une approche institutionnelle. Cela me donne l'occasion de voir quelle position prend le candidat dans l'établissement. Si c'est concluant : on réfléchit à lui confier une mission de FFCS* ». S'il est vrai que ce modèle est très intéressant, il ne fait cependant pas partie intégrante d'une politique d'établissement. Un cadre de santé en poste depuis

deux ans nous dit « *Ma motivation pour devenir cadre était stimulée par les missions que j'ai assurées dans le service où je travaillais. Puis, j'ai été formatrice 10 ans à l'IFAS. La direction des soins antérieure a ouvert un poste de FFCS et j'ai postulé. J'ai présenté mon projet professionnel. L'objectif était d'assurer cette mission pendant un an* ». Dans ce contexte, on observe le fait que le repérage des candidats ne suit pas tout à fait la même logique : le premier est déclaratif lors de l'entretien d'évaluation, le second est de l'ordre du recrutement et demande à candidater. Deux ans et un changement de CGS séparent ces deux modes de raisonnement. On note que l'absence de processus d'accompagnement à la fonction cadre engendre des solutions différentes en fonction de la personne en poste de CGS. La question de l'équité d'une année sur l'autre peut se poser de même que la pertinence des modalités d'identification du potentiel des professionnels.

Dans tous les cas de figure on constate que le premier acteur de ce repérage est le cadre de santé exerçant en proximité de l'agent. Le cadre supérieur et le directeur des soins font une évaluation plus distanciée notamment à travers la participation du professionnel à des travaux transversaux et institutionnels. Cette croisée des regards permet une meilleure approche dans ce temps de repérage.

## **2.2.2 Un projet professionnel à l'épreuve d'une réalité opérationnelle**

*Accompagner les candidats vers la fonction cadre assure la continuité du pilotage des projets institutionnels au sein des unités.*

### **A) Les projets d'institution à mener**

Le DRH relève l'importance du processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadres de santé pour les projets du CHU : « *Cette démarche est capitale, elle touche à la représentation du cadre de santé dans l'établissement. Le DG le dit et ce n'est pas qu'un symbole : les cadres sont la cheville ouvrière, la courroie de transmission de l'établissement et il faut des maillons forts* ». En effet, d'un point de vue politique, la place donnée au dispositif dans le projet d'établissement lui donne force et portée. D'autre part, le rôle des cadres de santé est ici reconnu comme central dans la déclinaison des projets institutionnels. Sans eux, il est impossible de déployer les changements. Pour illustrer ce propos, un cadre de santé du CHU se rappelle ses débuts de FFCS : « *Je devais gagner la confiance de tous et faire évoluer les projets institutionnels à mener or la première année ne fut pas simple avec l'équipe cadre mais aussi avec l'équipe médicale qui ne me connaissait pas* ». De manière générale, le projet institutionnel ne pose pas de problème majeur aux FFCS. En effet, celui-ci bénéficie d'auteurs issus le plus souvent du groupe de direction, d'objectifs définis, d'un calendrier avec ses étapes et d'évaluations de processus ainsi que de résultats. Les FFCS s'inscrivent dans une démarche déjà pensée et construite : « *J'ai accompagné un projet institutionnel sans difficulté majeure à mon*

*arrivée sur le poste par contre je n'ai pas su gérer un projet que je souhaitais mener à l'échelle de l'unité de soins ». Un autre affirme « j'ai toujours été très engagée dans les projets institutionnels en tant que FFCS car je souhaitais faire avancer les choses ». Enfin un troisième confirme : « La gestion de projet institutionnel n'est pas une difficulté importante pourtant je suis arrivée dans un contexte de restructuration à accompagner ». La démarche projet à l'échelle de l'établissement a suivi toutes les étapes nécessaires à sa réussite qu'il s'agisse de la négociation avec les partenaires menée par ses auteurs, de l'analyse, de la définition des scénarii à explorer, du choix d'un entre eux, de la détermination de ses étapes, de sa conception, de son évaluation, et enfin de l'évaluation des opportunités existantes dans l'établissement. Etonnamment la question du sens en lien avec le projet ne semble pas poser de problème aux FFCS. En effet, le sens est souvent redonné par le directeur des soins lors d'instances et réunions. Il est ensuite relayé par le cadre supérieur. Si bien que cela ne constitue pas une difficulté en soi. Le processus d'accompagnement permet également d'ajuster le discours auprès des équipes grâce aux échanges avec le cadre de santé « compagnon ». Un cadre de santé du CHU pense que : « la présence de FFCS dans les unités de soins lors du déploiement d'un projet institutionnel ou de pôle est clairement un appui et aussi un regard neuf. Ils peuvent amener des questionnements auxquels on ne pensait pas. C'est un atout. » Enfin le cadre supérieur du CH explique : « Je trouve que c'est bien d'avoir un FFCS car cela permet une meilleure répartition de la charge de travail et donc une avancée des projets institutionnels. Si le poste est assuré par le cadre de santé de l'unité d'en face, la pression devient grande et ralentit la progression générale des projets. Certes il faut accompagner le FFCS sur les projets mais il est aussi un vrai relai ».*

## B) Le management par projet

Dès lors qu'on se situe à la fois dans la direction et la gestion de projet, le FFCS est en situation plus délicate. Un d'entre eux l'exprime : « *ma difficulté est de concevoir un projet pour l'unité de soins* ». Il précise : « *je manque de méthode pour le faire* ». Un autre nous dit : « *J'ai souhaité mettre en place un projet pour améliorer la continuité des soins. Il touchait à l'organisation des soins. En fait je savais où je voulais aller mais je n'avais pas la méthode pour le faire. Par manque de vision et de connaissances, j'ai abouti à un énorme frein de la part de l'équipe. Cela m'a donc valu un bel échec qui m'a servi de leçon car les effets secondaires ont été très forts.* » Une troisième FFCS évoque : « *ce qui manque aussi ce sont les outils pour la mise en place de projet dans l'unité. Comment fait-on ? Ne pourrait-on pas nous former au projet ?* ». Le cadre supérieur du CHU conscient de ces difficultés nous transmet : « *Je passe beaucoup de temps à travailler sous la forme de fiche projet avec les FFCS. C'est important qu'ils puissent comprendre la façon de procéder. Ils manquent de méthode à ce moment de leur parcours*

*professionnel*». En effet, un projet d'unité mal abordé ou mal conduit peut engendrer des dysfonctionnements importants. Le DRH du CHU l'évoque : « *Les FFCS en difficulté dans le management de projet engendrent des situations à risque conflictuel. Les professionnels vont mal et les syndicats s'en mêlent. Ils n'hésitent pas à faire remarquer le manque de réflexion concernant le choix du FFCS* ». Le CGS du CHU confirme que « *la question du projet est centrale et soulevée par les médecins. Dès lors que le FFCS ne peut mener des projets, il n'a plus sa place de manager de l'équipe* ». Il semble que c'est dans la partie direction du projet que le FFCS se trouve en difficulté : « *Comment définir les objectifs ? Comment aborder avec l'équipe la question qui amène au projet ? Que choisir comme solution ?* ». Ces interrogations sont reprises par plusieurs d'entre eux. Ils soulèvent le paradoxe d'un projet institutionnel bien mené et une incapacité à concevoir un projet à plus petite échelle. Or le management par projet vise à accroître la performance de l'établissement. Tant que les projets institutionnels sont conduits de manière efficace, on peut imaginer que l'établissement via la ligne hiérarchique est satisfait. Néanmoins, le FFCS de son côté a des envies ou des sollicitations de l'équipe. Il ne mesure pas le fait qu'on ne s'improvise pas dans la méthodologie, la stratégie et la politique du projet. Il est d'autant plus déçu que sa tentative de mobiliser les professionnels a échoué et qu'il n'a donc pas pu fédérer autour d'un objectif commun. Pour autant, une partie des projets de proximité n'ont pas le même impact sur la performance de l'établissement. Tant qu'ils ne donnent pas lieu à des conflits sociaux, l'absence d'expérience et de connaissance du sujet est acceptée comme une limite chez le FFCS.

### **2.2.3 Les impacts d'un dispositif d'accompagnement sur le recrutement des futurs cadres de santé**

*Accompagner les candidats vers la fonction cadre permet un recrutement adapté pour l'institution.*

A) L'équilibre entre cadres issus de l'établissement et cadres provenant du recrutement externe

Comme cela a été évoqué précédemment l'attractivité du dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre expose au risque d'un encadrement issu exclusivement de l'établissement. Le DRH du CHU explique : « *La consanguinité dans le groupe cadre peut être contournée en procédant à des recrutements externes. Ces professionnels sont déjà diplômés et titulaires. Il faut donc se doter de mécanismes de sélection car les erreurs sont alors plus graves* ». Effectivement, le passage par l'étape FFCS permet un regard éclairé sur le potentiel du candidat et un arrêt de l'accompagnement si nécessaire. Ce ne sont pas les mêmes circonstances lorsqu'on réalise un recrutement extérieur. On engage alors un processus de mutation. Le DRH précise : « *Nous avons par conséquent*

*ajouté pour ces professionnel un entretien avec la psychologue du travail. Cette approche est néanmoins faillible. Nous avons dans l'établissement des professionnels qui ont su contourner le système par une bonne connaissance des méthodes utilisées. Nous devons aujourd'hui gérer ces erreurs et c'est très difficile. Lorsque nous accompagnons un professionnel soignant : c'est différent. Par contre il faut un processus d'accompagnement sélectif qui organise également les voies de sortie. Il faut gérer le risque d'échec lorsque le soignant n'arrive pas à se positionner et prendre des décisions. C'est le dispositif d'accompagnement qui permet de détecter les professionnels qui ne sont pas aptes au management ». Le CGS du CHU confirme cette approche : « Trop travailler en autarcie parce qu'on connaît les professionnels génère une consanguinité avec ses risques associés. C'est important de maintenir un niveau de promotions professionnelles néanmoins la confrontation avec un regard extérieur permet d'avancer. Il faut créer un équilibre entre promotion interne et recrutement externe. Aujourd'hui, il faut optimiser et dynamiser notre outil de travail ». Le cadre supérieur du CHU fait remarquer : « Finalement j'ai eu plus de problème avec des cadres diplômés dans le pôle qu'avec des FFCS ». Pour le cadre supérieur du CH « Il faut aussi recruter à l'extérieur car l'ouverture d'esprit et les facultés d'adaptation viennent aussi de la diversité des expériences ».*

Il semble donc important pour l'ensemble des personnes interrogées de maintenir un équilibre entre promotion interne et externe. Afin de l'obtenir, il convient de connaître le nombre de postes à pourvoir ainsi que la proportion prévue pour chaque type de recrutement. Nous sommes dans la définition d'une politique située à la croisée des chemins entre projet d'établissement, projet managérial et projet social.

#### B) Le recrutement interne et ses difficultés

Le dispositif d'accompagnement vers la fonction cadre a également l'ambition de détecter les meilleurs potentiels pour l'établissement dans le panel des paramédicaux présents. Le DRH nous dit souhaiter « *trouver des professionnels en devenir, solides, loyaux, justes au sens justesse d'appréciation des situations et les sélectionner pour leur permettre de d'être des FFCS qui vont remplir leurs objectifs et auront du plaisir à le faire* ». Néanmoins, il pense ne pas avoir « *une vision claire sur le niveau de qualité du recrutement en lien avec le dispositif d'accompagnement. Il n'existe pas d'indicateurs chiffrés permettant de le mesurer* ». De son côté, un directeur des soins nous explique que « *l'intention d'un dispositif d'accompagnement est de permettre de sélectionner des candidats capables de s'adapter au contexte actuel et à ses évolutions. Il faut trouver des gens qui ont des compétences à pouvoir se projeter dans un nouveau métier. On est face à des agents qui n'ont, ni expérience du management, ni outils, ni méthode. Il faut que la direction des soins ait un appui notamment auprès des cadres supérieurs pour l'accompagnement des FFCS. Le directeur des soins doit être garant de l'évolution*

*favorable du FFCS en particulier le jour de la commission de formation. Il faut alors valider ou invalider le financement de l'IFCS or malgré un dispositif existant nous n'avons pas toujours d'éléments factuels ».* Dans ces deux témoignages la place importante des indicateurs est soulevée. Même lorsqu'il existe un dispositif d'accompagnement structuré et rédigé, les éléments de mesure concernant le parcours et les résultats obtenus font en partie défaut. Les FFCS témoignent pour la majorité d'entre eux que le dispositif d'accompagnement leur a permis de confronter leur représentation du métier à la réalité de son exercice. A l'exclusion de deux personnes dans l'échantillon, les FFCS ont reçu un engagement de la part de leur institution pour le financement de la formation en l'IFCS et pour leur recrutement après la formation. Il s'agit cependant d'un accord verbal qui ne leur a pas été confirmé par un courrier. Lorsqu'il existe un processus d'accompagnement, ils évoquent tous le manque de lisibilité à la fin de ce parcours et le côté informel de réponses orales faites parfois dans des lieux inappropriés. Du côté de l'encadrement du CHU on note la récurrence de certaines difficultés : *« Aujourd'hui les fragilités chez les cadres diplômés sont de nature psychologique. Ils n'ont pas la capacité de gérer l'adversité. Ils sont en larmes dès la moindre critique ou se rigidifient. C'est délicat à apprécier dans la période d'accompagnement. C'est contestable et contesté d'aborder ce type de sujet. Les arguments factuels sont compliqués à exploiter. Evaluer le savoir être professionnel finalement ne se fait pas. Arriver à être juste sur cette dimension est d'ailleurs complexe ».* Un cadre de santé complète : *« Dans les erreurs de casting, je citerai des attitudes de psychorigidité, des comportements action-réaction, l'absence de souplesse dans le management, souvent dans la relation à l'autre. Lorsqu'on est FFCS, les connaissances permettent un appui, c'est un élément sécurisant pour soi-même. Les vraies difficultés sont en termes de comportement. Là on touche à quelque chose de sensible. Le résultat est qu'on arrive à avoir des cadres formés en situation de risques psychosociaux. Clairement il y a quelque chose à repérer qui manque dans le dispositif. Pourtant on sent les choses, on le pressent, mais on ne peut pas aujourd'hui l'objectiver ».*

Si le dispositif d'accompagnement à la fonction cadre a dans ses objectifs celui de détecter les professionnels ayant un réel potentiel managérial, il reste cependant imparfait. En effet, il semble occulter l'évaluation factuelle du savoir faire relationnel support d'un positionnement cadre et de la capacité à s'adapter à un environnement complexe. La qualité du recrutement interne n'est donc pas toujours au rendez-vous.

C) La sécurisation du parcours d'accompagnement une garantie pour le recrutement interne

Si soutenir les professionnels les plus aptes à être recrutés pour l'institution est une visée, il est important de sécuriser efficacement le parcours qu'ils suivent. Plusieurs éléments

sont soulevés par l'encadrement concernant ce point. Un d'entre eux témoigne : « *Le repérage puis l'étape de FFCS peut ne pas être suffisamment discriminant lorsqu'on choisit mal l'unité d'affectation. En effet, une affectation dans une équipe soignante à la fois autonome et très active peut engendrer une impression de management bien réalisé. Dans les faits, les compétences attendues n'ont jamais été mises en œuvre. On valide l'entrée en formation et au retour sur poste : c'est l'échec avec son corollaire d'impacts négatifs sur l'individu* ». Le CGS du CHU nous fait part de sa vision : « *dans le dispositif, le risque d'erreur de recrutement ne semble pas suffisamment prévenu. Nous constatons que des cadres issus de ce processus et ayant leur diplôme sont en difficulté au point d'épuiser la communauté médicale. Alors se pose un problème d'affectation pour le cadre diplômé et la question d'interrompre le projet d'un FFCS* ». Le lieu de positionnement du FFCS et les circonstances de l'exercice sont importants pour son devenir or, dans les deux centres hospitaliers, ils ne sont réellement pas pris en compte comme le confirme certaines expériences vécues. Un premier FFCS nous relate sa situation actuelle : « *J'ai pris mon poste et j'avais pour m'accompagner au quotidien le cadre de l'unité d'en face. Comme il s'agissait d'un professionnel expérimenté, j'ai bénéficié de son soutien et de sa présence. Aujourd'hui en raison d'un arrêt maladie, je manage les deux unités. C'est trop pour préparer le concours* ». Un second nous explique : « *J'ai été positionné sur ce secteur qui se trouve hors du CH et à distance du lieu où le cadre supérieur travaille. Je n'ai pas de collègue cadre en proximité puisque je suis seule sur ce bâtiment qui lui-même est à distance de tous les autres. Donc lorsque j'ai été en difficulté, je ne pouvais pas facilement avoir recours à mes collègues. Aujourd'hui, je quitte ce secteur et je mets mon projet en veille car je ne peux pas poursuivre dans ces conditions* ». Le dilemme de « la qualité empêchée »<sup>40</sup> est illustré par ces deux témoignages. Le CGS du CH confirme que « *la réflexion collégiale quand on a un doute est très importante. La démarche du FFCS vers le groupe cadres de santé lui permet souvent d'améliorer sa prise de décision notamment lors de mise en place de projet. On réfléchit mieux à deux d'autant que le FFCS n'a souvent pas de vision systémique* ». Ces témoignages montrent que les critères, lieu d'exercice, situation géographique, équipe d'encadrement, charge de travail peuvent devenir des facteurs de mise en difficulté. D'autre part, un cadre de santé du CHU évoque la qualité de l'accompagnement proposé : « *Je soulève la question des personnes accompagnantes dans le processus. Il faut être motivé, disponible, ouvert et en accord avec le fait d'accompagner (compagnonnage) ou d'être tuteur (tutorat) du FFCS. Il faut donc être demandeur et impliqué et peut-être sélectionné. Ce n'est pas le cas actuellement dans le dispositif* ». Effectivement, si les missions des différents intervenants du dispositif semblent assez bien définies, l'accompagnement qu'ils réalisent est qualifié d'inégal par les FFCS. L'ensemble de ces allégations nous amène à

---

<sup>40</sup> CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte, Paris, p. 39  
Christine Champion - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

considérer que plus le parcours est sécurisé par une réflexion portant sur tous ces axes plus le risque d'erreur de recrutement en sera diminué. Ceci demande une formalisation institutionnelle au regard des conditions d'accompagnement par la rédaction du dispositif. Ce dernier peut être amélioré de façon continue par l'exploitation d'un retour d'expérience organisé par l'institution.

#### **2.2.4 La gestion prospective de la ligne hiérarchique et le dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé.**

*La GPMC est un appui à la conduite d'une politique prospective de la ligne hiérarchique pour le Directeur des Soins.*

A) La GPMC un outil managérial

La GPMC est un élément fondamental pour une gestion prospective des ressources humaines. Le DRH du CHU explique que celle-ci « *est utilisée en continu. On regarde ses données pour établir le plan de formation en tenant compte des trois années à venir. Cela permet de déterminer le nombre de place qui sera financé chaque année pour l'IFCS. La GPMC est déployée sur l'ensemble de l'établissement. La vision totale de l'exploitation des données n'est cependant pas possible. Les éléments, du type projet de vie ou projet professionnel qui conduiraient le cadre de santé à quitter le CHU, ne sont pas accessibles. On travaille uniquement les adéquations en lien avec la pyramide des âges* ». Le CGS du CHU confirme : « *la GPMC est centrale dans la prospective. Concernant l'encadrement elle n'est pas déployée dans sa totalité donc aujourd'hui seule la pyramide des âges et les départs en retraite sont visibles. La GPMC est un outil managérial. Son développement est indispensable. On ne peut plus naviguer à vue en posant des chiffres aléatoires de promotion professionnelle pour l'encadrement* ». On retrouve le même avis dans les établissements où la GPMC n'a pas fait l'objet d'un développement à ce jour. Le CGS du CH et le DS d'un autre site l'expriment en faisant référence aux diverses adaptations qu'ils sont amenés à mettre en place pour tenter de compenser ce manque. Un d'entre eux témoigne : « *Je sais que tous les ans, cinq postes de cadre sont à pourvoir. En effet, entre les départs volontaires et les retraites j'obtiens ce chiffre qui depuis plusieurs années ne bouge pas. Je m'appuie sur celui-ci pour engager l'établissement dans le financement de projets cadres et dans la question du recrutement* ». La GPMC dans le modèle français se déploie par la base. La majorité des établissements de santé l'ont effectivement mis en place en définissant les fiches de postes des personnels en prise directe avec le soin ou en support. Au contraire, le modèle nord-américain fait entrer la GPMC par l'encadrement dans l'idée de développer un leadership de qualité pour améliorer la performance de l'entreprise. En procédant de cette manière l'imprégnation du groupe d'encadrement concernant cette méthode est

totallement différente. La maîtrise du concept et son adaptation sont meilleurs. Le déploiement ne pose donc pas les mêmes questions.<sup>41</sup>

## B) L'évaluation au cœur de la GPMC

Le DRH du CHU commente : « *L'avantage de l'entretien GPMC avec la fiche métier est de passer au crible tout ce qu'on attend d'un cadre. La notation a des critères qui ne sont plus adaptés. Ce qu'on attend des cadres de santé et des FFCS est tout de même très large. Il faut rassurer les FFCS sur le fait d'être positionné bas sur une échelle de mesure au départ : c'est normal. Les FFCS ne sont pas des experts en management* ». Le cadre supérieur du CHU confirme : « *J'ai les mêmes attentes pour les CS que pour les FFCS. Je ne les évalue sur les mêmes critères mais je n'attends pas le même niveau. Pour pouvoir accompagner le FFCS, il faut l'observer dans la réalité du quotidien. C'est de cette manière qu'on mesure son évolution* ». Effectivement, la compétence se constate lors de sa mise en œuvre en situation professionnelle. L'évaluation des compétences est aussi une prise en compte du travail réel en comparaison du travail prescrit. Ce modèle est dissocié du diplôme ou de la certification<sup>42</sup>. Le positionnement en FFCS permet selon le CSS du CHU « *d'identifier des incapacités à exercer le métier. Certaines personnes sont mises à mal parce qu'elles portent des valeurs trop fortes. L'idée même que tout ne soit pas parfait peut devenir compliquée à gérer. Cet élément qui peut ne pas avoir été perçu lors du repérage entrainera l'arrêt du projet cadre. Bien sur, il y a aussi des FFCS très efficaces qui ont la carrure de cadre avant de l'être* ».

Le CGS du CH évoque le fait que : « *l'évaluation des FFCS n'est pas formalisée à ce jour mais se pratique en rapport à des échéances posées individuellement. En cas de repérage de difficultés, le rendez-vous est avancé. En tant que CGS on peut avoir des retours des équipes, des partenaires sociaux, des familles. C'est alors très important de rencontrer l'agent et d'évoquer les points d'amélioration avec lui. D'autre part, les évaluations que vont conduire les FFCS auprès des membres de l'équipe qu'ils encadrent seront pour moi un élément de contrôle supplémentaire. J'ajoute que je peux directement mesurer l'évolution de la posture de ces professionnels en les observant lors des réunions institutionnelles* ». Si la formalisation n'est pas encore réalisée, il semble clair que la compétence est le modèle sur lequel s'appuie le dispositif d'évaluation du CH. Le cadre supérieur complète : « *concernant l'évaluation des compétences du FFCS, j'observe son positionnement lors des réunions hebdomadaires de cadres de pôle et à travers ses interpellations à mon égard. J'ai aussi des retours de l'équipe. Il faut faire le point régulièrement et lui laisser du temps. Il faut surtout lui donner des objectifs clairs et lui faire part des progrès attendus* ».

<sup>41</sup> BOUTEILLER D. et GILBERT P., 2005, « *Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord, relations industrielles* », vol.60 n°1, p. 3-28

<sup>42</sup> REYNAUD J-D., « *Le management par les compétences un essai d'analyse* » Sociologie du travail vol.43, 2001, 7-31 édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, p. 7-31

Le point de vue des FFCS à propos d'évaluation rejoint le concept de GPMC. Un premier nous exprime que c'est au cours de l'entretien annuel d'évaluation qu'il a obtenu une formation de préparation aux écrits du concours d'entrée à l'IFCS. L'auto-évaluation et son partage avec le supérieur hiérarchique a entraîné une aide : « *Mon entretien d'évaluation m'a permis d'obtenir une préparation aux écrits du concours. Je les ai passés avec succès* ». Un autre nous explique : « *j'avais besoin qu'on m'évalue. J'ai demandé à plusieurs reprises à des collègues d'assister à des réunions d'équipe pour me faire un retour. Sinon comment progresser ? J'avais l'impression que mon évaluation annuelle faite par le CSS n'était pas concrète. S'il m'a évalué de manière fine, cela ne m'a jamais été retourné. C'était quelque chose de trop global. D'autre part, bénéficier de rencontres avec le directeur des soins me paraît très important. Le directeur des soins : c'est l'institution* ». Plusieurs d'entre eux soulèvent un paradoxe : l'usage de l'évaluation sur le modèle de la GPMC pour les professionnels qu'ils managent alors qu'eux n'en bénéficient pas. Ils ont tous conscience des limites des critères de la notation annuelle et sont relativement insatisfaits de celle-ci. On mesure la difficulté d'aborder dans ces circonstances le fait de mettre fin à un projet professionnel à l'initiative de la direction des soins.

### **2.3 En synthèse**

En synthèse de cette partie intitulée analyse, on peut retenir que la question de l'accompagnement à la fonction cadre est indissociable d'une gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Cette dernière constitue une obligation règlementaire du projet social qui fait partie intégrante du projet d'établissement. Si les professionnels rencontrés parlent peu du projet managérial, il est permis de se questionner sur la place que pourrait y prendre ce type de dispositif. De manière générale, cette réflexion semble indissociable d'une vision systémique à savoir celle de la politique d'établissement. D'autre part, il apparaît que l'hôpital ayant un dispositif d'accompagnement à la fonction cadre génère un environnement stimulant pour les projets de promotion professionnelle de l'ensemble de la ligne hiérarchique d'encadrement. Il se révèle également fidélisant. Le recrutement le plus adapté repose quant à lui sur un équilibre entre promotion interne et candidature externe de cadre de santé. Néanmoins, un dispositif d'accompagnement permet de limiter les risques d'erreur tout en garantissant une équité de traitement des personnes. La sécurisation du parcours du candidat à la fonction cadre constitue une base qui va permettre une mise en situation favorisant l'évaluation. Celle-ci est un élément déterminant qui doit autoriser la mesure de toutes les dimensions de la compétence. Pour se faire, des éléments factuels doivent pouvoir être recensés et faire l'objet au préalable d'un consensus du groupe d'encadrement. Concernant les projets

institutionnels, les FFCS sont effectivement en mesure de participer à leur conduite avec succès. Ils s'inscrivent aisément dans la dynamique de ces derniers puisque leurs stratégies et leurs mises en œuvre sont déjà établies. Par contre, le management par projet décliné au sein même de l'équipe soignante représente pour les FFCS un point de difficulté qui peut conduire à des situations critiques pour l'établissement. Enfin, la notion de contractualisation apparaît dans les propos des professionnels en particulier ceux des directeurs de soins mais aussi en filigrane chez les candidats à la fonction cadre.

### **3 Impulser et structurer une politique d'accompagnement des candidats à la fonction cadre de santé**

L'accompagnement des candidats à la fonction cadre s'inscrit dans une politique de construction d'un parcours professionnel. Le directeur des soins en est le pilote, sa déclinaison est assurée par les acteurs présents dans le dispositif.

#### **3.1 Un dispositif d'accompagnement d'établissement et de territoire**

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010, portant statut particulier du directeur de soins, positionne celui-ci comme membre de l'équipe de direction. En tant que président de la commission du service de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques, il est également membre du directoire. Le directeur de soins est donc impliqué dans la politique et la stratégie de l'établissement de santé. Il peut établir des liens entre celles-ci et un projet d'accompagnement des candidats à la fonction cadre.

##### **3.1.1 La place du dispositif dans la politique d'établissement**

Le dispositif pour l'accompagnement des candidats à la fonction cadre s'inscrit dans une politique générale. Conformément au référentiel de compétences<sup>43</sup>, le directeur des soins contribue aux processus des décisions institutionnelles. Il est donc amené dans le contexte d'une réflexion autour de la question de l'encadrement paramédical à impulser une vision. Cet éclairage contribue à un travail collaboratif mobilisant en particulier la direction des soins, la direction des ressources humaines, le président de CME et la direction générale. L'objectif est de déterminer une politique et une stratégie institutionnelle en matière d'accompagnement des candidats à la fonction cadre. Sa déclinaison est co-construite avec l'encadrement paramédical et portée par le groupe d'encadrement médico-soignant puisqu'elle doit se décliner au sein des pôles.

---

<sup>43</sup> Ibid. 1 p 2

#### A) Le prérequis de la GPMC et le projet social

Conformément à la réglementation le projet d'établissement comprend un projet social. Ce dernier définit des objectifs et des mesures permettant leur réalisation. « Il porte notamment sur la formation, l'amélioration des conditions de travail, la gestion prospective des emplois et qualifications ainsi que la valorisation des acquis professionnels »<sup>44</sup>. Un dispositif d'accompagnement vers la fonction cadre demande une évaluation des besoins de l'établissement pour une gestion anticipée de la ligne hiérarchique. Il nécessite également de préciser comment se décide l'accès aux formations de soutien du projet professionnel et l'accès au financement via la promotion professionnelle. La GPMC devient, dans ce contexte, un prérequis à la mise en place et au suivi d'un tel dispositif. Un travail collaboratif entre direction des soins et direction des ressources humaines doit permettre d'arriver à une situation opérationnelle autorisant une vision d'avenir sur la question des métiers et compétences. Son déploiement peut être plus performant si sa mise en œuvre débute par l'encadrement comme cela se pratique en Amérique du Nord. Le directeur des soins, dans sa compétence « à définir et conduire un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires »<sup>45</sup>, a en charge la partie évaluation des professionnels sous sa responsabilité. Il doit donc en déterminer les modalités. L'usage de l'évaluation dans le cadre de la GPMC va rendre robuste celle du dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre. En effet, les fiches de postes de cadres de santé, construites sur le mode du management participatif par le groupe d'encadrement supervisé par la direction des soins, constituent une base solide et non controversée d'évaluation.

#### B) Le projet de soins

Le projet de soins est un élément constitutif du projet d'établissement. « Il est pour partie la déclinaison paramédicale des orientations stratégiques prévues dans le domaine médical, mais a aussi ses propres axes de développement »<sup>46</sup>. Le projet de soins est avant tout un document opérationnel qui décline des objectifs et les actions pour les atteindre. Lors de sa conception le directeur des soins va engager fortement le groupe cadre de santé et la commission de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques qu'il préside. La rédaction de celui-ci s'appuie sur un diagnostic de l'existant et sur une projection vers l'avenir. Le processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadre peut faire l'objet d'un travail de réflexion dans le contexte du groupe de pilotage mis en place lors du renouvellement de celui-ci. Il est possible de le positionner dans trois thématiques du projet de soins : la gestion des ressources humaines paramédicales, l'attractivité – fidélisation des professionnels, la promotion professionnelle. Il fait l'objet

<sup>44</sup> Code de la santé publique article L. 6143-2-1

<sup>45</sup> Ibid. 44 p 40

<sup>46</sup> ARS Île de France, Guide 2013 du projet de soins, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr>, consulté le 21 août 2016

d'une fiche action qui déterminera : les objectifs, les actions, les acteurs concernés, l'échéancier de son déploiement et enfin les indicateurs de résultats.

### C) Le projet managérial

La construction d'un processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadre est un élément de la politique managériale d'une institution. Cette dernière est le plus souvent déclinée dans le projet d'établissement. Si le management peut être défini comme « une démarche rationnelle par laquelle les ressources humaines, physiques et financières sont coordonnées vers la réalisation des buts poursuivis »<sup>47</sup>, le processus d'accompagnement à la fonction cadre y participe sous plusieurs aspects. Le premier est celui de la gestion des postes de cadres de santé et le second celui du management des équipes pour une qualité optimale des soins dispensés. Comme précédemment pour la question de la GPMC dans le projet social, le processus fera l'objet d'une discussion en direction générale, en directoire, en CME, avec l'encadrement des pôles. En effet, ce processus peut devenir emblématique d'un accompagnement de la promotion professionnelle managériale et porter des valeurs transposables à d'autres situations. Par conséquent, il s'envisage dans une réflexion commune avec la direction générale mais aussi les différents acteurs intervenants dans sa mise en œuvre. Le partenariat avec le groupe médical ne doit pas être occulté puisque les chefs de pôles et les responsables d'unités seront engagés dans la déclinaison de ce projet. Le directeur des soins se trouve donc à l'interface des professionnels amenés à contribuer à la réflexion et à donner leur avis. Ce travail collaboratif participe à poser le sens d'un tel dispositif par l'implication à tous les niveaux des acteurs ayant de près ou de loin un rôle à jouer. Il lui confère également sa légitimité.

#### **3.1.2 L'approche territoriale du dispositif**

L'arrivée des groupements hospitaliers de territoire (GHT) peut donner au dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre une dimension territoriale. En effet la loi de modernisation du système de santé<sup>48</sup> prévoit la création de GHT sur l'ensemble de la France. Dans ce cadre, les mutualisations entre établissements touchent quatre fonctions : le Département de l'Informatique Médicale (DIM), le Système d'Information Hospitalier (SIH), les achats, et la formation initiale et continue. Les établissements supports en assurent le pilotage global. Par conséquent ce dispositif peut devenir un élément partagé entre les différentes structures constituant le GHT. Aujourd'hui l'organisation et le pilotage de chaque fonction sont à notifier dans la convention constitutive. Le directeur des soins à l'initiative du dispositif peut être missionné par son

---

<sup>47</sup> LAFLAMME M., 1977, Le management : Approche systémique. Théorie et cas, Ed. Gaëtan Morin et Associés Ltée, Québec, p.17.

<sup>48</sup> MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

établissement pour travailler avec ses collègues à une politique commune concernant l'accompagnement des candidats à la fonction cadre. Le dispositif peut trouver sa place à la fois dans le projet de soins partagé (applicable au 1<sup>er</sup> juillet 2017) et dans la fonction mutualisée de formation continue du GHT<sup>49</sup>.

A) Une réflexion en CSIRMT du groupement hospitalier de territoire

A ce jour, les compétences de la CSIRMT du groupement sont déléguées par les CSIRMT des établissements. Le type de compétences à transférer n'est pas défini par la réglementation. Il n'y a donc pas une uniformité de l'autorité des différentes CSIRMT de GHT. De même, la composition de l'instance peut varier pour autant les présidents des CSIRMT des établissements y siègent. Dans le contexte du développement commun d'un dispositif d'accompagnement à la fonction cadre, la CSIRMT du GHT peut être un levier. En effet, tous les présidents des commissions sont présents donc la réflexion sur le sujet peut être portée à un niveau territorial. Croiser les regards pour identifier les zones communes et celles qui sont plus éloignées est une première approche. Une collaboration entre structures de tailles différentes peut permettre pour certains d'offrir de nouvelles possibilités d'évolution à leurs professionnels à travers un partenariat dans le GHT. On peut imaginer partager des outils et pourquoi pas élaborer un parcours qui ouvre à des alternatives inter-établissements. L'ensemble peut concourir à l'amélioration de l'attractivité et de la fidélisation dans les établissements du GHT. L'intégration au projet de soins du GHT confère au dispositif d'accompagnement des candidats à la fonction cadre une légitimité de territoire. Enfin, notons que l'avis de cette instance est transmis au comité stratégique. Ce dernier réunit les directeurs des établissements, les présidents de CME et les présidents des CSIRMT.

B) L'axe formation, une fonction mutualisée au sein du GHT

Les plans de formation continue s'inscrivent dans les quatre grands axes de mutualisation réglementés au sein du GHT. L'établissement support assure donc pour le compte des « établissements parties » le pilotage de cette fonction. Il y a cohérence à faire apparaître la politique d'accompagnement des candidats à la fonction cadre dans le plan de formation continue du personnel non médical. En effet, il est nécessaire de développer dans ce type dispositif des formations venant en soutien aux candidats durant le parcours. Il est possible de penser partager celles-ci à l'échelle du territoire. Le premier effet bénéfique sera sans doute financier car la négociation pour un nombre plus important de formés permet d'obtenir des tarifs plus intéressants. Le second est l'instauration d'une équité territoriale quant à la qualité de formation dispensée. Il peut s'agir de former par exemple à la pratique de la gestion des ressources humaines ou encore à l'utilisation de

---

<sup>49</sup> MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, GHT *mode d'emploi, vadémécum*

certain logiciels. Cela peut également relever de la préparation aux épreuves du concours d'entrée à l'IFCS tant du point de vue de l'analyse de pratiques professionnelles que de celui de l'écrit d'admissibilité. Si aujourd'hui la lisibilité sur le sujet n'est pas totale, le coordonnateur général des soins se doit d'être force de proposition pour aider à construire le GHT. Pour lui, il s'agit clairement d'une opportunité quelque soit la place de l'établissement dans le groupement. L'anticipation et la créativité du directeur des soins feront sans doute la différence. Rappelons que le comité stratégique propose ses orientations au directeur de l'établissement support concernant la gouvernance des fonctions mutualisées or le coordonnateur général des soins est membre de ce comité. Enfin, la conférence territoriale de dialogue social est également informée des plans de formation envisagés. Elle peut être l'occasion d'un échange avec les partenaires sociaux du territoire. Ceci participe à la légitimité du dispositif d'accompagnement à la fonction cadre.

## **3.2 Un processus opérationnel**

La ligne hiérarchique paramédicale est un élément déterminant de la performance de l'hôpital public. Si le projet d'accompagnement à la fonction cadre se décline dans une dimension politique et stratégique institutionnelle et de territoire, il doit néanmoins reposer sur un processus opérationnel à élaborer dont l'initiative appartient au directeur de soins. Ce projet s'inscrit dans une démarche collective participative et peut retenir des modalités différentes en fonction de l'établissement ou du GHT<sup>50</sup>. En effet, un socle de base peut être partagé et se décliner en fonction des ressources de la structure. L'écriture du dispositif est impérative et doit intégrer le rôle et les missions de chacun, les étapes du processus, les formations possibles, les temps d'évaluation, les attendus par rapport au candidat et les outils à disposition des accompagnants. Ce chapitre n'a pas la prétention de donner un modèle de dispositif mais de faire partager des alternatives qui trouvent leurs origines dans l'analyse des échanges avec les acteurs des établissements de santé.

### **3.2.1 Initier le processus**

Le directeur des soins est, dans cette phase, garant de l'équité de traitement des professionnels, de la transmission du sens que le dispositif a dans la politique générale de l'établissement et de sa mise en œuvre institutionnelle.

#### **A) Repérer des potentiels**

Le repérage est la première étape du dispositif d'accompagnement. Il a pour objectif de détecter un potentiel cadre c'est à dire « un ensemble de ressources dont la personne

---

<sup>50</sup> FOUURIAT M., 2016, *La co-construction, une alternative managériale*, Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP

peut disposer »<sup>51</sup> pour exercer une fonction de management. Le plus souvent, le paramédical évoque son souhait d'évolution professionnelle avec le cadre de santé de l'unité. Cela indique clairement que celui-ci est le premier maillon dans la chaîne du processus. Le cadre de santé doit être particulièrement sensibilisé à l'ensemble du dispositif du fait de sa place spécifique. Il semble nécessaire qu'il puisse s'appuyer sur des critères définis par la communauté cadre pour réaliser une première évaluation du candidat. Une grille support peut être un outil partagé. On y trouve fréquemment la recherche de capacités comme : analyse, synthèse, engagement, organisation mais aussi leadership. Il y a peu ou pas d'approche sur le savoir-faire relationnel. Or l'analyse des propos des interviewés nous a montré que les échecs des FFCS s'inscrivent dans des difficultés de cette nature. Il est donc important de se pencher avec le groupe cadre sur l'étude des situations d'arrêt de projet professionnel pour les transformer en force de proposition concernant les critères de repérages. L'objectif doit être clair : ne pas mettre les professionnels en difficulté. S'il est vrai que les compétences s'observent en action, le cadre de santé est, de ce fait, bien placé pour établir ce premier avis. Néanmoins, pour diminuer les risques, l'entrée dans le processus doit être l'aboutissement de plusieurs arbitrages : celui du CS, du CSS et du DS. Il n'est pas impossible qu'il y ait désaccord entre les acteurs d'où l'importance de critères pour rendre la situation lisible et factuelle. La déclaration d'intention des paramédicaux est également accompagnée d'une demande par le CS de rédaction d'un curriculum vitae et d'un premier projet professionnel qui relève d'une pratique réflexive sur des actions menées. Ce passage à l'écrit a pour intérêt d'amorcer une réflexion plus structurée chez le professionnel d'une part et d'autre part de pouvoir le situer dans sa projection du métier. La grille de repérage partagée doit être co-instruite par le CS et le CSS ce qui permet de croiser les regards. Le retour d'informations vers le directeur des soins est prévu et ses modalités sont inscrites dans le dispositif. Il peut s'agir tout d'abord d'un adressage par courrier interne ou par voie électronique de la grille de repérage, du curriculum vitae et du projet professionnel du candidat. Cette étape est suivie d'un temps d'échange formalisé entre le CSS et le DS pour aboutir à la préparation de la rencontre du candidat avec le DS. L'arbitrage final appartient au directeur de soins même s'il peut se faire assister dans cette décision par une commission de pré-sélection.

En effet, on trouve dans certains établissements des modalités différentes : après un repérage du candidat réalisé par le CS de proximité, celui-ci rencontre un jury de présélection<sup>52</sup> activé une fois par an. Ce dernier est composé de CSS qui n'ont pas de liens hiérarchiques avec le candidat, du responsable de la formation continue, du directeur de soins ou son représentant. Le candidat adresse son projet professionnel et

---

<sup>51</sup> Dictionnaire français Larousse 2015

<sup>52</sup> ESTRIC F., MIRAVETE V., BENTZ S., BOURRET R., février 2015, « *Dispositif d'accompagnement des postulants cadres* », Soins cadre n°102, p.23-34

son CV aux membres du jury. L'entretien donne lieu à un temps de présentation et d'échange. Le jury utilise une grille de critères du type de ceux évoqués. A l'issue de chaque entretien le jury se concerta pour délibérer sur l'accompagnement ou non du candidat à la fonction cadre. En cas de désaccord l'arbitrage final relève du DS. Le jury réalise une appréciation finale avec les points forts et les axes d'amélioration. Elle s'ajoute au score obtenu. Quelle que soit la décision, le candidat rencontre le DS. Lorsque le candidat est retenu, celui-ci l'informe et lui présente le détail du dispositif. Quand le candidat est ajourné, le directeur de soins fait le point sur les améliorations à apporter pour se présenter une nouvelle fois.

#### B) Etablir un contrat entre les parties

Le code civil dans son article 1101 définit le contrat comme étant « une convention qui crée des obligations, ce qui suppose un accord de volonté entre au moins deux personnes ». Le contrat a pour objet de bien décrire ce à quoi s'engagent les deux parties. Sa rédaction et sa signature ne peuvent avoir lieu qu'après l'accord d'accompagnement du candidat. Le contrat doit faire référence au document écrit du processus complet qui constitue la part d'engagement de l'institution dans cet accompagnement. Pour une meilleure visibilité, le contrat reprendre les étapes du dispositif avec les modalités et le rythme des évaluations. Il mentionne clairement les deux alternatives possibles à chaque évaluation à savoir la poursuite de l'accompagnement ou son interruption. Il évoque les moyens de soutien mis en place en cas de réorientation du projet professionnel.

Le contrat doit mentionner des délais pour les différentes phases. Dans l'analyse des propos des professionnels, il ressort que l'ensemble du parcours se déroule le plus souvent sur une durée de trois ans. Cela se traduit en trois temps : un premier d'amorce et de réflexion sur le projet, un second de mise en situation professionnelle et de passage du concours d'entrée à l'IFCS et un dernier d'attente du financement en promotion professionnelle. On trouve sur cette ultime étape une variabilité en fonction de la situation de l'établissement et de sa GPMC. En effet, certaines institutions ne peuvent opérer le financement immédiat de la formation et demandent au candidat de patienter. Cela engage le professionnel à rester sur le poste de FFCS et à demander un report pour l'entrée à l'IFCS. Pour mémoire ce renvoi à l'année suivante n'est possible réglementairement que deux fois. A contrario, certains paramédicaux sont parfois en grande difficulté pour réussir le concours. Dans ce contexte, il semble nécessaire de mettre un terme à la situation de FFCS à l'issue de trois années maximum qui correspondent au temps de déroulement du processus d'accompagnement. Des interviewés DRH et directeurs de soins proposent de limiter à deux ans l'exercice d'un FFCS. Cet élément doit apparaître dans le contrat.

### 3.2.2 Confronter le candidat à la réalité de l'exercice

On peut retenir deux alternatives pour confronter le candidat à la fonction d'encadrement. La première relève de l'attribution de missions spécifiques décidées par le DS avec le CSS mais sous la responsabilité directe du cadre de proximité et dans son champ de compétence. La seconde est l'attribution d'un poste de cadre en tant que faisant fonction de cadre de santé et sous la responsabilité directe du CSS. Dans les deux cas, le DS demande au candidat de s'impliquer dans l'établissement via des groupes de travail transversaux ou encore via des instances, s'il en fait partie. Cela permet pour le DS une observation directe de la posture du candidat en groupe et lors des réflexions institutionnelles.

#### A) L'attribution de missions

Ce choix peut constituer une étape dans le processus. En effet, il est possible d'établir une graduation des responsabilités en confiant au candidat à la fonction cadre en premier lieu une mission avec un périmètre déterminé. Celle-ci relève du champ de compétence du cadre de santé de l'unité qui dans ce contexte devient le superviseur. Le principe est de permettre le développement de compétences managériales tout en limitant le nombre de sollicitations. L'impétrant est donc missionné sur un projet défini et son évaluation est faite sur la base d'attendus qui lui ont été présentés en amont. Le rôle du cadre de santé et du cadre supérieur lors de cette phase est décliné dans le document du dispositif. Le recueil de la parole des cadres de santé lors des entretiens montre qu'une partie des professionnels ont bénéficié de ce type de mission, en particulier dans le domaine de la gestion. Certains établissements identifient ces paramédicaux en les nommant « infirmiers référents ». Il s'agit d'une étape probatoire qui peut permettre de décider ou non la poursuite du cheminement dans le processus. Deux remarques s'imposent : le terme « d'infirmier référent » n'est probablement pas le plus adapté dans ce contexte ; d'autre part, cette étape n'est pas suffisamment discriminante. En effet, elle ne permet pas une observation sur l'ensemble des missions du cadre. Elle est un focus intéressant mais limité. Lorsque l'hôpital, du fait de sa taille ou des circonstances a un faible turn-over sur les postes de cadre, il recourt à cette pratique sans pouvoir proposer une autre alternative. Le GHT peut devenir alors un levier s'il existe un dispositif partagé en inter-établissements. Dans le cas contraire, le candidat ne peut pas être positionné en FFCS. L'engagement d'une promotion professionnelle se fait sans cette étape or la rencontre des acteurs au cours de ce travail permet de poser comme une nécessité ce temps de confrontation à la réalité de l'exercice. Par conséquent, il convient de privilégier dans le processus d'accompagnement cette phase, même si elle doit se réaliser dans une structure autre du GHT.

## B) Un temps de Faisant Fonction de Cadre de Santé

Il s'agit d'abord d'une décision partagée au sein de la direction des soins. Elle est ensuite négociée avec le groupe médical. En effet, le professionnel va exercer dans une unité de soins, un service, un pôle qui sont respectivement managés par une équipe médico-paramédicale. Le plus fréquemment, la décision est posée suite à une concertation avec le chef de pôle. Comme le processus est avant tout un projet institutionnel partagé, les questions de fond ne sont pas abordées par contre les spécificités managériales du pôle à ce moment précis sont prises en compte. La décision d'accompagner un FFCS est arrêtée conjointement et déclenche une série d'actions. Le poste est proposé au candidat par le directeur de soins. Le respect d'un délai de réponse est demandé. Dans le cas d'une acceptation par le candidat, le directeur des soins s'assure d'une rencontre entre celui-ci et les responsables médical et paramédical du pôle. Ce temps d'échange doit permettre de valider l'arrivée du candidat sur le poste. Le chef de pôle et le CSS organiseront par la suite un temps d'échange avec le chef de service et ou d'unité. Il est important d'obtenir l'adhésion de chacun pour ne pas mettre le candidat à la fonction cadre en difficulté. En cas d'opposition franche, il convient d'ajourner la décision. Le candidat est informé. Son positionnement en FFCS pourra se faire à l'ouverture d'un autre poste. Lorsque celui-ci est retenu, l'information est dispensée en premier lieu dans l'unité, le service et le pôle pour ensuite faire l'objet d'une diffusion institutionnelle. L'officialisation sur les missions de FFCS est faite par voie électronique sous forme d'une note d'information signée du DRH et adressée à tous. Cette information est également donnée ensuite dans les réunions de la CSIRMT ainsi que dans celles des CSS et des CS. Ces différentes étapes sont à prévoir dans un diagramme de Gantt du dispositif pour ne pas générer des dysfonctionnements du type arrivée impromptue sur un poste. Il convient de suivre les étapes posées pour ne pas organiser un contournement du dispositif qui lui enlèverait tout crédit. En effet, lorsque les temps décrits ne sont pas respectés, le directeur des soins court le risque de mettre le FFCS en difficulté.

### 3.2.3 Garantir un parcours sécurisé

#### A) Le lieu d'affectation

De l'analyse ressort des éléments de vigilance par rapport à l'affectation sur une mission de FFCS. En effet, les témoignages confirment qu'il est défavorable de positionner un FFCS dans une unité isolé de l'établissement principal. Ce type d'affectation génère de nombreuses difficultés pouvant conduire le professionnel à une interruption de son projet. Etant seul, le FFCS ne peut se référer à aucun collègue de proximité ce qui a pour conséquence de le laisser sans réponse face à ses propres questionnements. Il s'agit le plus souvent d'interrogations concernant le quotidien pour lesquelles le professionnel a besoin d'être guidé. Il semble plus difficile pour le FFCS de solliciter le CSS car il ne peut

pas toujours donner une réponse en temps réel. D'autre part, la position géographique peut entraîner un isolement par rapport au groupe cadres. En effet, les CS de l'établissement connaissent peu le FFCS et vice versa. Les temps de convivialité entre eux ne sont pas possibles du fait de la distance. Le sentiment d'appartenance au groupe cadres ne peut pas se construire.

Dans le même ordre d'idée, lorsque des mouvements ou des absences de cadres modifient le paysage hospitalier, le directeur des soins doit conserver une vigilance sur les impacts de ces éléments. Comment ne pas questionner la pertinence du positionnement d'un FFCS qui n'aurait plus de collègue direct et qui de surcroît serait dans l'obligation d'assurer le pilotage d'une unité supplémentaire. Des alternatives doivent être envisagées par le DS et affichées dans le cadre d'une politique générale. Dans ce contexte le DS privilégie le positionnement d'un CS expérimenté sur l'unité vacante de façon définitive ou temporaire. Une ultime solution est le changement d'unité pour le FFCS.

A contrario, la sélection de l'unité doit également donner au DS la garantie que le FFCS pourra exercer réellement le métier. Les témoignages font état de secteurs de soins extrêmement autonomes où le CS doit être expérimenté pour y trouver sa place. Le FFCS dans ce type de situation peut donner l'impression de manager l'équipe alors que cette dernière s'est organisée pour se répartir les activités qui lui sont dévolues. Rien ne filtre car chaque acteur y trouve son intérêt pour autant il n'y a pas de véritable mise en situation du FFCS.

On peut affirmer que la décision d'affectation du FFCS fait partie des conditions favorisant le projet professionnel. Elle doit toujours faire l'objet de la vigilance du DS. La communication concernant celle-ci doit être claire et ne laisser aucun doute quant aux missions confiées. Elle positionne le candidat en tant que cadre de l'institution.

## B) Le compagnonnage

Le compagnonnage constitue un élément difficilement contournable dans un dispositif d'accompagnement lorsqu'il prévoit une étape de FFCS. Il porte l'enjeu de la qualité de prise en charge du patient dans une unité bien managée. Les modalités de sa mise en œuvre sont inscrites dans le processus d'accompagnement. De façon générale, un cadre de santé exerçant dans une unité proche devient « compagnon ». Il agit par délégation du CSS et contribue à la construction des compétences et de l'identité professionnelle du FFCS. Le CS compagnon transmet son savoir-faire et s'appuie sur des valeurs. Il aide au développement d'une autonomie dans ce nouveau métier. Pour se faire, il s'appuie sur des objectifs qui sont définis et tente d'amener son collègue à les atteindre. Le CS compagnon est vigilant à la qualité du management dispensé et réalise un reporting auprès du CSS. Il est nécessaire que sa posture repose sur la bienveillance et la disponibilité. Dans son exercice, il tient compte de la situation générale de l'établissement

ainsi que de la situation particulière de son unité et de celle du FFCS. Le CS réalise un accompagnement du quotidien. Il peut venir en aide pour une animation de réunion ou encore la gestion de problèmes divers tel que les ressources humaines, l'organisation, le lien avec les proches d'un patient...etc. Il peut également être une ressource pour le CSS lors d'un bilan d'étape ou encore participer à l'évaluation du FFCS. Ce choix est à notifier dans le document qui reprend tout le dispositif afin qu'il soit connu de tous. Cette mission de compagnonnage demande un profil particulier. Le DS établit celui-ci. Le CS compagnon est un cadre confirmé. Il semble important qu'il soit d'accord d'assurer ce type de mission. L'adhésion est aussi une clé de succès. Le DS permet la formation de ces CS afin qu'ils soient opérationnels. Enfin, des temps prévus et conduits par le DS, réunissent les CS compagnons et les CSS. A cette occasion un retour d'expérience peut être privilégié afin d'améliorer le dispositif.

### C) L'accompagnement par le tutorat

« Le tutorat est une relation entre deux individus dans une situation formative : un professionnel et une personne en apprentissage de son métier dans son environnement »<sup>53</sup>. Il s'agit là d'un accompagnement distancé du terrain mais prenant source dans celui-ci. Le tuteur s'intéresse à l'analyse des situations vécues. Il n'a pas de liens hiérarchiques directs avec le FFCS. Il amène le candidat à procéder à l'analyse de sa pratique et le suit dans ses écrits qui serviront lors de la rédaction du projet professionnel pour le concours d'entrée à l'IFCS. Le tuteur est également un facilitateur en proposant des sources bibliographiques, des lectures d'articles, des veilles réglementaires et des formations prévues dans le dispositif. Il participe à la mise en œuvre d'un jury test dans l'objectif de préparer le candidat à l'oral du concours d'entrée de l'IFCS. Extérieur au pôle, son regard de manager sur les éléments apportés par le FFCS permet une analyse des pratiques managériales. Sa position peut être celle d'une neutralité bienveillante dans ce cas son avis ne sera pas recherché par la direction des soins lors des étapes d'évaluation, ou au contraire, constituer un des acteurs du processus évaluatif. La synthèse des entretiens montre qu'il est indispensable qu'un profil soit établi avec des missions clairement posées. De la même façon, le tuteur doit être volontaire pour assurer cette mission. Son adhésion au processus est indispensable à la qualité de l'accompagnement qu'il va fournir et à son investissement. Cette facette de l'accompagnement est une valeur ajoutée. Elle demande cependant d'avoir suffisamment de ressources dans le groupe d'encadrement pour permettre à chacun d'en bénéficier d'une part et d'autre part d'avoir défini les modalités d'attribution d'un tuteur à un candidat à la fonction cadre.

---

<sup>53</sup> Greta du Velay, juin 2001, Guide du tuteur

#### D) Les formations

Deux axes en matière de formation peuvent être couverts : un premier relevant du domaine des pratiques quotidiennes, un second qui consiste à préparer le candidat au concours d'entrée à l'IFCS c'est à dire à un écrit et un oral.

L'accès à une formation sur la gestion des ressources humaines ainsi que l'utilisation du logiciel support de celle-ci doivent être privilégiés. Pour garantir l'efficacité en matière de management des personnels, ces temps de formation doivent être programmés dès le début de la prise de poste en tant que FFCS. La compréhension de la réglementation et sa mise en application permet le développement de compétences nouvelles. Le cadre compagnon répond aux questionnements du FFCS en la matière. Il le guide dans ses acquisitions.

Concernant la méthodologie du projet, deux alternatives peuvent être déclinées : la première consiste à donner pour mission au tuteur de former le FFCS à la gestion de projet selon une démarche déterminée et partagée. La seconde, réside dans un accompagnement étroit par le CSS dès lors qu'un projet d'unité est à mettre en œuvre. L'analyse montre que les projets institutionnels du fait de leur structuration centralisée ne posent pas de problèmes aux FFCS.

Les formations préparant au concours d'entrée à l'IFCS relèvent d'une collaboration entre la direction des soins et la direction des ressources humaines. Le principe est d'établir un cahier des charges avant de réaliser un appel d'offre si le nombre de candidats l'autorise. Dans le cas contraire, il est possible d'adresser les professionnels à un organisme formation qui propose ce type de prestation. L'écrit est à dissocier de l'oral. En effet, ce dernier n'a lieu qu'en cas d'admissibilité et repose sur le projet professionnel. Si l'établissement estime que l'accompagnement réalisé par le tuteur est suffisant pour se présenter à l'oral du concours, seule la préparation à l'écrit est retenue. En l'absence de tuteur, une préparation à l'oral reste un soutien intéressant.

#### E) Les outils partagés par les différents acteurs du dispositif

Un document formalisé reprend le processus d'accompagnement du repérage des potentiels jusqu'à l'entrée à l'IFCS. Il peut contenir, un logigramme constituant une synthèse de l'ensemble du dispositif, une grille de repérage, un profil de poste de cadre de santé, un modèle de contrat ainsi que les formations spécifiques proposées par l'institution. D'autre part, chaque type d'acteur y est référencé, ses missions sont déclinées et son profil est décrit. Les modalités d'évaluation du candidat à la fonction cadre sont identifiées et reposent sur celles prévues dans la GPMC de l'établissement ou du GHT. Le rythme de ces évaluations est clairement notifié. L'interruption possible du projet professionnel à l'initiative de la direction des soins apparaît aux différentes étapes clés de même que l'accompagnement prévu en cas de réorientation. L'organisation de la

constitution du dossier de suivi du candidat à la fonction cadre est décrite. Il peut contenir : La lettre de motivation accompagnée de la rédaction du premier projet professionnel, le contrat signé entre les deux parties, les évaluations réalisées par le CSS, le rapport d'étonnement produit par le FFCS lors de son arrivée sur ces nouvelles missions...etc. Enfin, dans le document de référence du processus d'accompagnement, il est possible d'y trouver des grilles d'évaluation du dispositif destinées aux différents acteurs de celui-ci ainsi qu'aux candidats.

### **3.2.4 Evaluer**

#### **A) L'évaluation du candidat à la fonction cadre**

Le DS a dans ses compétences « la définition et la conduite d'un système d'évaluation cohérent et conforme aux attentes réglementaires, institutionnelles et structurelles »<sup>54</sup>. L'évaluation du candidat à la fonction cadre rentre donc dans ce contexte. Pour maintenir une logique avec ce qui est réalisé dans l'établissement, le DS s'appuie sur le socle de la GPMC. Il s'agit donc d'utiliser les fiches de postes préalablement construites par le groupe d'encadrement et qui servent à l'entretien professionnel annuel des cadres de santé. Celles-ci s'adossent aux fiches du référentiel métier de la fonction publique hospitalière où l'on retrouve sous l'appellation « encadrant des activités de soins et d'activité paramédicale » (05U20)<sup>55</sup> la description du poste de cadre de santé et les niveaux de connaissances requis. Il est possible de la compléter par les dix rôles du cadre selon Mintzberg<sup>56</sup>. Le rythme des évaluations s'harmonise avec les étapes clés du dispositif. Les attendus ne peuvent être les mêmes que ceux définis pour un cadre de santé diplômé. Le niveau souhaité est déterminé par le groupe d'encadrement aux différentes phases. Seul l'entretien annuel peut être saisi dans le logiciel support de la GPMC. Par conséquent les évaluations intermédiaires seront en format papier à partir de l'édition des différentes fenêtres de celui-ci. En cas de difficultés repérées, des aides sont prévues afin que le candidat puisse atteindre les objectifs fixés. Elles peuvent prendre différentes formes allant du soutien individuel à une proposition de formation inscrite dans le dispositif.

Un comité d'évaluation peut être créé. Composé de la direction des soins et de la direction des ressources humaines, il peut intervenir à différents temps du dispositif. En effet, il est possible qu'il siège au moment des étapes clés pour valider la poursuite du parcours et/ou qu'il se réunisse à la fin du processus. Il représente une ressource lorsqu'il existe des questionnements et donne une légitimité aux décisions. Il peut définir un classement pour la prise en charge de la promotion professionnelle. Ce dernier sera alors présenté à la commission de formation de l'établissement. Le comité officialise la fin du

---

<sup>54</sup> Ibid. 1 p 2

<sup>55</sup> Ibid. 17 p 11

<sup>56</sup> Ibid. 18 p 11

dispositif qu'il s'agisse d'une interruption de projet ou d'un départ vers l'IFCS. Les interviews montrent qu'il apparaît nécessaire que des courriers officialisent les décisions arrêtées. Concernant la promotion professionnelle, la DRH à l'issue de la commission de formation doit adresser une lettre au FFCS qui reprend les conditions d'attribution de celle-ci et les obligations qui en découlent.

#### B) L'évaluation du dispositif

Des grilles d'évaluation construites à partir d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs sont mises à disposition des différents acteurs du dispositif. Complétées à la fin du parcours du candidat, les informations qu'elles contiennent sont traitées par la direction des soins dans l'objectif d'en tirer un suivi et des enseignements. D'autre part, les retours d'expérience issus de réunions des acteurs par le DS doivent également servir à l'ajustement permanent du processus d'accompagnement. Il s'agit d'aborder la question de la qualité sur le modèle de la roue de Deming. Les modifications apportées au dispositif doivent faire l'objet d'une information par le DS aux instances et lors des réunions d'encadrement. Les acteurs du processus bénéficient d'un adressage électronique personnel avant la transmission à l'ensemble de l'établissement. En cas de processus partagé en GHT, il est vraisemblable que la CSIRMT de territoire sera l'instance validant les modifications. C'est elle qui organisera alors les modalités d'information des différents sites. Dans tous les cas la collaboration médico-paramédicale est à privilégier car le dispositif institutionnel et/ou de territoire fait partie d'un encadrement partagé.





## Conclusion

L'hôpital public depuis 1941 voit se succéder des réformes dont l'objectif principal est d'adapter l'offre de soins aux besoins des usagers. Ces évolutions sont accompagnées de modifications du financement engageant les établissements de santé dans la maîtrise des dépenses et la recherche de la performance. Parallèlement, le métier de cadre de santé se modifie pour répondre plus précisément à ces changements. Comme il se trouve en prise directe avec l'organisation, il devient un facteur déterminant dans la conduite de projet amenant ainsi les transformations souhaitées.

Le Directeur des soins dans sa gestion de la ligne hiérarchique se trouve confronté au renouvellement de celle-ci. Dans un contexte de difficulté de recrutement, l'enjeu est d'importance. Le Directeur des soins a dans ses compétences la structuration de l'organisation des missions de la direction des soins, de l'encadrement et des professionnels paramédicaux, ainsi que la contribution au management de l'encadrement partagé et institutionnalisé. Etant membre de l'équipe de direction, il peut impulser une réflexion portant sur la politique et la stratégie à mener en matière d'accompagnement vers la fonction de cadre de santé.

Les éléments recueillis auprès des acteurs de terrain et la revue de la littérature montrent que les dispositifs d'accompagnement lorsqu'ils existent sont à l'origine d'une attractivité pour le métier. Le positionnement en tant que FFCS est un élément d'importance car il permet dans la majorité des cas un recrutement interne adapté et un suivi des projets de l'établissement. Cette pratique trouve ses limites dans les modalités d'affectation qui peuvent induire des biais dans l'exercice du management comme par exemple masquer des difficultés. La GPMC donne une cohérence à l'ensemble et est nécessaire pour optimiser les projections du Directeur des soins. L'écriture du dispositif doit être précise, d'une part pour fédérer les acteurs qui en seront également les co-auteurs, d'autre part pour donner une lisibilité institutionnelle garante d'une équité de traitement des professionnels. En regard de ces résultats, qu'il convient de prendre avec toute la réserve d'une recherche portant sur vingt interviews et deux sites, il semble efficient de développer une politique et une stratégie institutionnelle en matière d'accompagnement des candidats à la fonction cadre.

Dans un contexte de groupement hospitalier de territoire, il serait intéressant pour tous de partager cette politique afin de développer des parcours professionnels innovants et un égal accès à une promotion vers la fonction cadre de santé.



---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

### Lois

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

MINISTERE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTE, Loi n° 2009-879 du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE, Loi du 21 décembre 1941, réorganisation des hôpitaux et des hospices civils

### Décrets

MINISTERE DU TRAVAIL DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE, Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITÉ, Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur de soins de la fonction publique hospitalière

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n°97-615 du 30 mai 1997 relatif à l'accueil et au traitement des urgences dans les établissements de santé ainsi qu'à certaines modalités de préparation des schémas d'organisation sanitaire et modifiant le code de la santé publique

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE, Décret n°83-744 du 11 août 1983 relatif à la gestion et au financement des établissements d'hospitalisation publics et privés participant au service public hospitalier.

MINISTERE DE LA SANTE, 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

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES, Décret n° 66-617 du 10 août 1956 portant sur la création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et de surveillante

### **Ordonnances**

MINISTERE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES, Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale - Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE LA POPULATION, Ordonnance n° 58-1198 du 11 décembre 1958 portant réforme hospitalière, Ordonnance n° 59-1199 du 13 décembre 1958 relative à la coordination des équipements sanitaires, Ordonnance n° 58-1370 du 30 décembre 1958 portant réforme hospitalo-universitaire

### **Arrêtés**

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE ET DE L'ASSURANCE MALADIE, Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, version consolidée la 13 juin 2016

### **Ouvrages**

BOURGEON D., dir.: BAZILE R., BERMARDEAU N., BITEAU M. et al., 2015, *Faire fonction de cadre de santé*, Lamarre, Paris

BOUTINET J-P., 1990, *Anthropologie du projet*, PUF, Paris, p. 64

CLOT Y., 2010, *Le travail à cœur, pour en finir avec les risques psychosociaux*, La découverte, Paris, p.39

FOUDRIAT M., 2016, *La co-construction, une alternative managériale*, Politiques et interventions sociales, Presses de l'EHESP

MAILLARD C., 1986, *Histoire de l'hôpital de 1940 à nos jours. Comment la santé est devenue une affaire d'Etat*, Dunod, Paris

MINTZBERG H., 2009, *Manager – Ce que font vraiment les managers*, Vuibert, Paris, p.31

MINTZBERG H., 2005, *Le manager au quotidien, les 10 rôles du cadre*, Editions d'organisation, France, p.220

LAFLAMME M., 1977, *Le management : Approche systémique. Théorie et cas*, Editions Gaëtan Morin et Associés Ltée, Québec, p.17

## Articles

AVENTUR F., 1998, expert rédacteur, « *Les pratiques internationales en matières de compétences* », Medef, tome 2, p. 68-70

BOUTEILLER D. et GILBERT P., 2005, « *Réflexions croisées sur la gestion des compétences en France et en Amérique du Nord* », Relations industrielles, vol.60 n°1, p.3-28

BOUTINET J-P., 2009, « *L'ABC de la VAE* », Éducation - Formation, ERES, p. 181-182.

DUPUY R., LE BLANC A., 2001, « *Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles* », Connexions n° 76, p. 61-79

ESTRIC F., MIRAVETE V., BENTZ S., BOURRET R., février 2015, « *Dispositif d'accompagnement des postulants cadres* », Soins cadre n°93, p. 50-53

IMBERT G., 2010, « *L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie* », Recherche en soins infirmiers n° 102, p. 23-34

JAOUËN M., 2014, « *Interview de Jean-François Michon* », travail et changement, bimestriel du réseau ANACT-ARACT pour l'amélioration des conditions de travail, n° 354 mars-avril 2014

KREFTING L., 1990, "Rigor in Qualitative Research : The Assessment of Trustworthiness", The American Journal of Occupational Therapy, 45(3) : 214-22

LEDOYEN J-R., 2015, « *Directeur des soins, un métier en continuelle évolution* », Soins cadre n°95, septembre 2015, p. 38-41

MIRALLES P., 2007, « *La gestion des talents : émergence d'un nouveau modèle de management ?* », [www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-1-page-29.htm](http://www.cairn.info/revue-management-et-avenir-2007-1-page-29.htm)

PAUL M., 2009, « *L'accompagnement dans le champ professionnel* », Savoirs n° 20, p. 11-63

PAUL M., 2012, « *L'accompagnement comme posture professionnelle spécifique. L'exemple de l'éducation thérapeutique du patient* », Recherche en soins infirmiers n° 110, p. 13-20

PERRASSE M., 2015, « *La fonction cadre, entre histoire et formation* », Soins cadre n°95, septembre 2015, Dossier « *Direction des soins, 40 ans d'évolution* », p. 66-70

REYNAUD J-D., janvier-mars 2001, « *Le management par les compétences un essai d'analyse* », Sociologie du travail vol. 43, édition scientifiques et médicales Elsevier SAS, p.7-31

SCHWEYER F-X., 2015, « *Invention et constitution du groupe professionnel des directeurs des soins* », Soins cadre n°95 septembre 2015, p. 14-18

## **Rapports**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, LARCHER G., Rapport de la mission de concertation sur « *les missions de l'hôpital* », remis le 10 avril 2008 au président de la république

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, DE SINGLY C., Rapport de la « *mission des cadres hospitaliers* », 11 septembre 2009

INSPECTION GÉNÉRALE DES AFFAIRES SOCIALES, YAHIEL M. et MOUNIER C., « *Quelle formation pour les cadres hospitaliers* », novembre 2010

## **Référentiel**

RÉFÉRENTIEL DE COMPÉTENCES DES DIRECTEURS DES SOINS, EHESP, filière de formation des directeurs des soins, décembre 2011 mise à jour en décembre 2015

## **Sites internet**

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTE, GHT mode d'emploi, vademecum, [www.social-sante.gouv.fr/ght](http://www.social-sante.gouv.fr/ght) (consulté le 27 août 2016)

ARS ÎLE DE France, Guide 2013 du projet de soins, <http://www.ars.iledefrance.sante.fr> (consulté le 21 août 2016)

GRETA du Velay, juin 2001, Guide du tuteur, <http://www.guidedututeur.velay.greta.fr> (consulté le 10 septembre 2016)

DGOS-Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie, fonction publique hospitalière, <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr> (consulté le 10 septembre 2016)

Dictionnaire Larousse 2015, <http://www.larousse.fr> (consulté le 10 septembre 2016)

## **Enseignements**

JONCOURS Y., 2012, « Gestion hospitalière », université de Paris Dauphine, Master 2 Economie et gestion des établissements de santé

SIMART M., 2013, « Manager le changement », université de Paris Dauphine, Master 2 Economie et gestion des établissements de santé



---

## Liste des annexes

---

ANNEXE I	Grille d'entretien avec le FFCS.....	II
ANNEXE II	Grille d'entretien avec le CS.....	III
ANNEXE III	Grille d'entretien avec le CSS, le DS, le DRH.....	IV

## ANNEXE I

### ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LE FAISANT FONCTION DE CADRE DE SANTÉ

#### **L'émergence d'un projet professionnel de cadre de santé**

Quel est votre parcours professionnel ?

Comment avez vous eu le projet de devenir cadre ?

Comment s'est déroulé le temps entre le moment où a émergé votre projet et le moment où vous avez été positionné en FFCS ?

#### **La GPMC appui d'une politique protectrice de la ligne hiérarchique**

Comment avez vous été sélectionné pour être positionné en FFCS et pour quelle durée maximale ?

Comment s'est passée votre nomination sur le poste de FFCS ?

Comment se déroulent vos évaluations dans ce temps de FFCS ?

Pensez-vous qu'elles pourraient être améliorées ?

#### **La continuité du pilotage des projets institutionnels**

Quels projets managez vous actuellement ?

En avez-vous conduit d'autres ?

Quelles sont ou ont été vos difficultés dans ce cadre ?

#### **Le recrutement cadre adapté**

Souhaitez vous être recruté par votre établissement ?

Savez vous si votre formation IFCS sera financée ?

Comment se déroule cette prise de décision selon vous ?

Quelles informations en avez-vous ?

#### **La politique d'accompagnement**

Aujourd'hui comment se décline la politique menée par le directeur des soins en matière d'accompagnement à la fonction cadre ?

Avez-vous rencontré des difficultés au cours du parcours proposé ?

Qu'attendez vous de la direction des soins au regard de ce cheminement ? Par quoi peut-il être complété ?

## ANNEXE II

### ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LE CADRE DE SANTÉ

#### **L'émergence d'un projet professionnel de cadre de santé**

Quel est votre parcours professionnel ? Comment avez vous eu le projet de devenir cadre ?

L'existence d'un processus d'accompagnement à la fonction cadre a-t-il été motivant ?

Ou : Pensez vous qu'un processus d'accompagnement à la fonction cadre aurait pu être motivant pour vous ?

#### **La GPMC appui d'une politique protective de la ligne hiérarchique**

Comment avez vous été sélectionné pour être positionné en FFCS et pour quelle en a été sa durée ? Comment s'est passée votre nomination sur le poste de FFCS ?

Comment se sont déroulées vos évaluations dans ce temps de FFCS ? Qu'en pensez-vous aujourd'hui ? Quelles suggestions feriez-vous ?

#### **La continuité du pilotage des projets institutionnels**

Pensez-vous que les FFCS contribuent à la continuité du pilotage des projets institutionnels dans leur unité ? Avez-vous repéré leurs difficultés dans ce cadre ? Qu'en pensez vous ?

#### **Le recrutement cadre adapté**

Avez-vous été recruté dans le cadre de la promotion professionnelle ?

Diriez-vous que votre profil correspond en grande partie aux attendus de l'établissement ?

Etes-vous satisfait du poste occupé ? Avez-vous le projet de quitter l'institution ? Avez-vous d'autres projets professionnels ?

#### **La politique d'accompagnement**

Comment se décline la politique menée par le directeur des soins ? Quelle place occupez-vous dans le dispositif ? Comment s'organisent vos missions et comment s'articulent-elles avec celles des autres intervenants ?

Avez-vous rencontré des difficultés dans l'exercice de cet accompagnement ? Quelles ressources ont pu être mobilisées pour y répondre ?

Qu'attendez vous de la direction des soins au regard de l'accompagnement des candidats à la fonction cadre ? Par quoi la politique actuelle peut-elle être complétée ?

## ANNEXE III

### **ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF AVEC LE CADRE SUPÉRIEUR, LE DIRECTEUR DES SOINS, LE DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES**

#### **Quel est le profil de l'établissement ?**

Nombre de lits et places, nombre de professionnels ? Quelles sont les spécificités ?

Comment sont organisées la direction générale et la direction des soins ?

Quel est le nombre de CSS, de CS et de FFCS. Ces derniers représentent quelle proportion de l'encadrement ? Combien de postes de cadre de santé sont vacants ?

#### **La GPMC appui d'une politique protectrice de la ligne hiérarchique**

Quelle place tient la GPMC dans la politique d'accompagnement à la fonction cadre ?

L'usage de ses données vous est-il familier ? Utilisez vous ses outils pour l'évaluation des professionnels de l'établissement ? Avez-vous tous les éléments que vous souhaitez pour mener votre politique ? Que vous manque-t-il ?

#### **La continuité du pilotage des projets institutionnels**

Préférez-vous positionner un FFCS ou demander à un CS de gérer la continuité des projets institutionnels sur deux unités ? En quoi la mise en poste de FFCS est-elle une plus-value ? Pensez-vous que les FFCS contribuent efficacement à la continuité du pilotage des projets institutionnels dans leur unité ?

Avez-vous repéré des difficultés ? De quelle nature sont-elles ?

#### **L'émergence d'un projet professionnel et un recrutement cadre adapté**

Diriez-vous que le recrutement de cadre de santé est meilleur depuis qu'il existe un dispositif d'accompagnement ? Si oui, pourquoi ? Dans le cas contraire, quelles sont les limites de ce dispositif ? Comment peut-on imaginer les résoudre ?

Pensez vous qu'un tel dispositif crée une émulation chez les professionnels ?

#### **La politique d'accompagnement**

Comment se décline la politique menée par le directeur des soins en matière d'accompagnement à la fonction cadre ? Quelle est la place de chacun des acteurs ?

Avez-vous rencontré des difficultés lors de ces accompagnements ? De quelle nature étaient-elles ? Par quoi la politique actuelle peut-elle être complétée ?

CHAMPION

Christine

Décembre 2016

## DIRECTEUR DES SOINS

Promotion 2016

# L'ACCOMPAGNEMENT DES CANDIDATS À LA FONCTION CADRE : UN ENJEU POUR LE DIRECTEUR DES SOINS

Le groupe cadre de santé, en prise directe avec les organisations, est un acteur déterminant dans la conduite de changement. Sa démographie ainsi que les départs volontaires de ses membres entraînent des besoins en recrutement. Le remplacement de ces professionnels est essentiel et implique l'émergence de candidats ayant le projet de devenir cadre de santé.

L'accompagnement des candidats à la fonction cadre est enjeu majeur pour le directeur des soins. La stratégie de renouvellement de la ligne hiérarchique s'inscrit dans ses responsabilités ainsi que la qualité des soins dispensés au sein de l'organisation qu'il a structuré. Au croisement de ces deux logiques institutionnelle et personnelle, le directeur des soins reste le garant d'une équité de traitement des professionnels et d'une qualité de recrutement pour la structure.

Membre de l'équipe de direction, le directeur des soins, participe à la politique et la stratégie de l'établissement. Sa vision sur la question de l'encadrement paramédical va influencer sur les choix qui seront faits pour construire un dispositif robuste comportant des conditions favorables à l'accompagnement des candidats à la fonction cadre.

L'élaboration préalable du processus d'accompagnement des candidats à la fonction cadre s'effectue sous la responsabilité du directeur des soins et requiert l'implication de tous les acteurs. Sa mise en œuvre nécessite des pratiques managériales partagées entre les intervenants qu'ils soient de l'établissement ou du groupement hospitalier de territoire. Son évolution se fera au rythme des expériences vécues et en regard des changements à venir dans le système de santé.

### **Mots clés :**

Accompagnement - Processus - Candidat à la fonction cadre – Faisant Fonction de Cadre de santé – Cadre de santé - GPMC - Compétences - Évaluation - Projet - Recrutement - Directeur des soins

*L'École des Hautes Études en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*