



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Date du Jury : **Novembre 2002**

**L'ACCOMPAGNEMENT
DU « FAISANT - FONCTION »
DE CADRE DE SANTE**

**« un bénéfice pour le postulant et
l'institution »**

Jack CHARON

Sommaire

INTRODUCTION

1^{ère} PARTIE : « De la problématiqueà l'hypothèse »

1	LA PROBLÉMATIQUE.....	10
2	APPORTS THEORIQUES.....	12
2.1	LE CADRE DE SANTE.....	12
2.1.1	Evolution historique.....	12
2.1.2	Modalités d'accès au grade de cadre de santé.	14
2.1.3	La formation des cadres de santé.	14
2.1.4	Les missions des cadres de santé.	16
2.2	LE CADRE DE SANTÉ DANS L'ORGANISATION HOSPITALIÈRE.	17
2.2.1	Les caractéristiques d'une organisation.....	18
2.2.2	La place du pouvoir dans l'organisation.	20
2.2.2.1	Les sources du pouvoir dans l'organisation : la question de la légitimité.	21
2.3	DE L'apprentissage A LA COMPETENCE.	22
2.3.1	L'apprentissage	23
2.3.2	La compétence.....	23
2.4	EN SYNTHÈSE.....	24

2^{ème} PARTIE : "L'enquête".

3	HYPOTHÈSE.....	25
4	MÉTHODOLOGIE.....	28
4.1	le choix de la méthode.....	28
4.2	les guides d'entretiens.....	29
4.2.1	Le guide d'entretien destiné aux infirmiers « faisant - fonction ».....	30
4.2.2	Le guide d'entretien destiné aux directeurs des soins.....	31
5	PRÉSENTATION DES RÉSULTATS.....	32
5.1	Les entretiens menés auprès des responsables.....	32
5.1.1	Etablissement A.....	32
5.1.2	Etablissement B.....	33
5.1.3	Etablissement C.....	33
5.1.4	Etablissement D.....	34
5.1.5	Etablissement E.....	35
5.1.6	Etablissement F.....	35
5.1.7	Etablissement G.....	36
5.1.8	Etablissement H.....	36
5.2	Commentaires.....	37
5.2.1	Sur les postes occupés.....	37
5.2.2	Sur les modalités d'attribution des postes de cadres à des « faisant - fonction ».....	38
5.2.3	Sur le type d'accompagnement proposé par les responsables.....	41
5.3	Entretiens menés auprès des infirmiers « faisant - fonction ».....	42
5.3.1	La population enquêtée.....	43
5.3.2	Le positionnement en tant que cadre.....	45
	Commentaires.....	50
5.3.3	Le pouvoir et sa légitimité.....	51
	Commentaires.....	52
5.3.4	Le sentiment d'être accompagné.....	52
5.3.5	Le sentiment d'être évalué.....	53
	Commentaires :.....	54
5.3.6	Les difficultés ressenties.....	54
	Commentaires :.....	58
5.3.7	L'envie de mettre fin à leur expérience.....	59
5.4	Commentaire général.....	60

3^{ème} PARTIE : "L'accompagnement du faisant - fonction".

6	UNE POLITIQUE D'ETABLISSEMENT	63
6.1	LE REFERENTIEL DE COMPETENCES	64
6.2	Une expérience sous contrat	65
6.3	Le dispositif d'accompagnement.	67
6.3.1	L'aide au cheminement du projet professionnel.	67
6.3.1.1	La conception et l'organisation du dispositif.....	67
6.3.1.2	La supervision.....	68
6.3.1.3	Le tutorat.....	68
6.3.1.4	La réflexion collective.....	69
6.3.2	L'évaluation du cheminement professionnel.	69
6.3.2.1	En amont de la mise en situation.	69
6.3.2.2	Durant la mise en situation.	70

CONCLUSION

Liste des sigles utilisés

- C.C.I. Certificat de Cadre Infirmier.
- D.S.S.I. Direction du Service de Soins Infirmiers.
- G.P.E.C. Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences
- I.A.D.E. Infirmier Anesthésiste Diplômée d'Etat.
- I.B.O.D.E. Infirmier de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat.
- I.F.C.S. Institut de Formation des Cadres de Santé.
- I.S.P. Infirmier de Secteur Psychiatrique.
- M.A.P.A.D. Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes.
- S.I.A.D. Service Infirmier A Domicile.
- S.S.S.R. Service de Soins de Suite et de Réadaptation.

Avant propos

Compte tenu de la période de transition dans laquelle nous agissons actuellement et pour faciliter la lecture, l'intitulé du grade de directeur du service de soins infirmiers ne sera utilisé dans ce travail, uniquement lorsqu'il fait référence à des situations passées. Dans tous les autres cas nous avons opté pour le titre de directeur des soins.

INTRODUCTION.

L'établissement dans lequel nous exerçons recourt régulièrement à la pratique du « faisant fonction » pour des postes d'encadrement non pourvus. Ces postes sont proposés par la direction des soins à des personnes qui ont un projet d'évolution professionnelle.

Attirés par cette expérience, les « faisant - fonction » ont le sentiment qu'en quelques mois ils pourront donner du sens à une fonction qu'ils avaient approchée, jusqu'alors, uniquement par les modèles ou anti-modèles rencontrés auparavant.

Toutefois, à trois reprises des infirmiers¹ ont mis fin à cette expérience, à leur demande, estimant s'être trompés sur leur projet et surtout que cette expérience si courte soit elle, leur avait permis de prendre cette décision.

Ce serait donc l'exercice de la fonction qui les aurait fait renoncer à devenir cadre de santé.

Bien entendu nous pourrions positiver cette décision personnelle en estimant qu'il est préférable de mettre fin à un projet cadre à ce stade plutôt qu'en cours de formation. De même qu'il est préférable d'interrompre un tel projet plutôt qu'être nommé et ne pas s'épanouir dans la fonction.

Toutefois, pour cet établissement, il s'agit d'un fait nouveau. Jusque là, les infirmiers interrompaient éventuellement leur projet après échec au concours d'entrée en institut de formation des cadres de santé mais pas avant.

Nous aurions pu axer notre recherche sur une problématique générale de « faisant - fonction » quelque soit le grade sur lequel il s'exerce. Néanmoins, il nous a semblé que dans la hiérarchie infirmière la situation était différente selon les postes occupés.

Le passage d'une fonction soignante à une fonction d'encadrement nous paraissant singulier, nous avons ciblé notre recherche sur cette situation.

Se questionner aujourd'hui, en tant que directeur des soins, sur la situation des « faisant - fonction » constitue, selon nous, un impératif à plusieurs titres.

Tout d'abord parce que de nombreux établissements sont actuellement confrontés à une pénurie de cadres de santé. Selon une étude menée en 2000 à la demande de la Direction des Hôpitaux, 6% des postes de cadres soignants ne sont pas pourvus.² Pour ces

¹ Lire partout infirmier, infirmière.

² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité, Direction des Hôpitaux, Etude sur l'encadrement -hors équipe de direction- dans les Etablissements Publics de Santé, Octobre 2000.

établissements, il reste le choix du poste vide ou bien du recours au « faisant - fonction ». La même étude estime que d'ici 2015, les 2/3 des cadres soignants partiront à la retraite. Il s'agit donc d'un problème croissant qui n'a pas encore atteint son apogée.

Par ailleurs, les modifications concernant les modalités d'accès au grade de cadre de santé apportées par le Décret du 31 décembre 2001 vont influencer dès maintenant sur les projets professionnels des postulants cadres.

Enfin, la réforme du statut d'infirmier général confie au directeur des soins, coordonnateur général des soins, l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé, par délégation du chef d'établissement. Même si dans les faits, cette gestion incombait déjà à la direction du service de soins infirmiers, la nouvelle réglementation l'officialise.

1^{ère} partie :

« De la problématique...

...à l'hypothèse. »

1 LA PROBLEMATIQUE.

Qu'y - aurait-il dans l'exercice actuel de la fonction de cadre de santé qui pourrait faire renoncer un infirmier à son projet?

Passer du métier d'infirmier à des fonctions d'encadrement nécessite une réflexion sur sa propre évolution personnelle et professionnelle. C'est un travail long qui suppose en partie de faire le deuil de sa fonction soignante. Cette mutation est également d'ordre identitaire. Pour un « faisant - fonction » c'est quitter le groupe des infirmiers sans appartenir encore à celui des cadres. C'est aussi passer d'un travail supposé maîtrisé à une fonction méconnue. C'est ne plus exercer une profession codifiée mais une fonction aux missions mal définies.¹ C'est changer de métier.

Comme le souligne D. Genelot², le métier de cadre a évolué, il s'est complexifié.

L'hôpital est en pleine mutation. Par exemple, les notions récentes de contractualisation, de qualité, de sécurité, d'accréditation, d'évaluation, de réponse aux attentes des usagers confrontées à celles de maîtrise des dépenses de santé, d'optimisation des moyens, de productivité, de restructuration, sont des enjeux importants pour les établissements de santé qui exigent des cadres en général des capacités importantes d'appropriation et d'anticipation.

Il revient au cadre de proximité de donner du sens à cette mutation, de l'explicitier aux personnels et d'engager concrètement sa mise en oeuvre dans les unités de soins.

Cette mission périlleuse, lorsqu'il s'agit d'un « faisant - fonction », lui est confiée sans même qu'une quelconque légitimité ne lui soit forcément reconnue de la part des équipes.

Si la fonction de cadre de proximité est si difficile à exercer aujourd'hui, alors pourquoi recourir à des « faisant - fonction » non formés. Les institutions ne peuvent-elles pas trouver d'autres alternatives? Les départs à la retraite peuvent s'anticiper. Une gestion prévisionnelle des emplois doit permettre, en théorie, de remplacer un cadre par un autre cadre formé et nommé. Toutefois, la pénurie est réelle et par ailleurs, certains postes ne sont pas forcément prisés. De plus la mobilité des personnels conduit à des vacances imprévisibles. Les seules alternatives demeurent alors le gel du poste laissé vide, ce qui revient à laisser une équipe sans encadrement ou recourir au « faisant - fonction ».

¹ A. BOITEUX, G. TRABACCHI, Les cadres de santé se rebiffent, SOINS Cadres n° 37 p.8

² D. GENELOT, Manager dans la complexité, INSEP Editions, 1992.

Mais l'exercice spontané de cette fonction sans légitimité forcément reconnue, sans rupture avec le métier d'infirmier et sans formation ne constitue-t-il pas un challenge trop important? Quelle est réellement la zone de pouvoir d'un « faisant - fonction »?

En quelque sorte, d'une manière singulière, cela reviendrait à ce que l'infirmier en situation de « faisant - fonction » effectue un stage avant même de savoir si il débutera un jour sa formation. Et pourtant, durant cette expérience, a-t-il le droit de se tromper, de douter, d'hésiter, de ne pas se positionner avec assurance. Peut-il ne pas répondre correctement aux sollicitations des patients et de leurs familles, aux exigences de l'équipe qu'il encadre, des médecins, de sa hiérarchie, de la direction? Paradoxalement, n'attendons-nous pas plus d'un « faisant - fonction » que d'un cadre nommé?

L'enjeu, pour lui est important car il a peut-être, à tort ou à raison le sentiment « qu'il n'est pas fait » pour exercer cette fonction ou que son avenir professionnel se joue durant cette expérience. D'ailleurs, n'est-ce pas le cas lorsque la prise en charge de sa formation est liée aux résultats qu'il produit en tant que « faisant - fonction »?

Si le renoncement à son projet peut représenter un échec pour l'infirmier, il en est de même pour l'institution en terme de gestion des compétences. En effet, peut-être se prive-t-elle d'un collaborateur qui aurait pu dans d'autres circonstances donner toute satisfaction?

D'ailleurs, proposer un poste de cadre à un infirmier n'obéit pas à un choix spontané de la part du directeur des soins. Il a fallu qu'un processus s'instaure par lequel l'infirmier en se mettant en scène oriente le choix du responsable du service infirmier.

Par ailleurs, l'échec pour un agent est parfois une situation personnelle difficile à gérer qui peut avoir aussi des retentissements sur sa vie professionnelle. Il existe donc également une prise de risque pour l'institution.

Cette prise de risque est-elle mesurée par l'ensemble des directeurs de soins? Certains ne relativisent-ils pas la complexité de la mission et la nécessité d'un accompagnement du postulant cadre, voire d'une formation pour exercer correctement la fonction. Comme si, surtout, la situation de « faisant - fonction » pouvait être déconnectée d'un processus de formation cadre.

2 APPORTS THEORIQUES.

2.1 LE CADRE DE SANTE.

La notion de cadre de santé est récente mais elle trouve ses origines dans une histoire professionnelle relativement ancienne. Après avoir resituer succinctement l'évolution de cette fonction, nous traiterons des modalités d'accès au grade, de la formation des cadres de santé et de ses attributions.

2.1.1 Evolution historique.

Dans la pratique, comme le souligne Y. Knibiehler¹, les surveillantes ont toujours existé. Cette fonction d'encadrement de proximité pour reprendre un terme plus moderne est alors assurée par des religieuses. Elles occupent essentiellement des fonctions d'intendance. Ce n'est qu'à partir de la laïcisation, au début du XX^{me} siècle à Paris et plus tard en province, que des infirmières laïques accèdent à des fonctions de surveillantes. Ainsi, après sept années d'exercice, l'infirmière peut prétendre à un poste de sous-surveillante et deux ans plus tard à celui de surveillante. L'avancement de ces dernières reste soumis au choix du directeur.

Toutefois le niveau de recrutement des infirmières laïques est tellement bas à cette époque que peu réussissent à parvenir au poste de surveillante. Des bourses sont alors allouées « à des personnes convenables qu'après un stage de quelques mois on nommait surveillantes sans qu'elles eussent été infirmières, en un mot sans qu'elles aient appris leur métier. »²

En 1938, est institué un diplôme supérieur d'infirmière destiné à former en un an les personnels appelés à exercer des fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers. Il s'adresse aux infirmières ayant plus de cinq années de diplôme dont trois ans minimum de service et ayant atteint au moins l'âge de trente ans.³ En réalité, le contexte politique de cette période ne permettra pas la mise en oeuvre de ce dispositif.

A partir de la seconde moitié du XX^{me} siècle, les techniques médicales évoluent rapidement. Les personnels soignants qui ont vécu cette poussée technologiques ont acquis

¹ KNIBIEHLER Y., LEROUX-HUGON V., DUPONT-HESS O. et al. *Cornettes et blouses blanches*. Paris : Hachette, 1984. p. 297.

² HAMILTON A. REGNAULT F. les gardes-malades. *soins*, août 1978, T. 23, n° 15/16, p.96.

³ Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat.

des savoirs et des savoir-faire qui les ont incité à s'organiser en corps professionnels. Le niveau de recrutement et la formation ayant suivi cette évolution, il devient plus facile de former des cadres parmi les infirmières laï ques.

En 1943, un décret traitant des personnels affectés dans les hôpitaux et hospices publics officialise la fonction de surveillante¹, mais il faut attendre 1951 pour que se crée la première école de cadres à l'initiative de la Croix-Rouge. Deux autres suivent rapidement, tout d'abord l'école catholique de cadres infirmières et monitrices destinée aux religieuses en 1954 et l'école de cadres de l'Assistance Publique de Paris en 1956.

Le premier dispositif officiel de formation n'apparaît qu'en 1958 sous la forme du Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante. Il est délivré après huit mois de formation dans une école agréée, aux infirmières diplômées d'Etat ayant réussi l'examen de fin de formation.²

Durant cette période, le rôle de la surveillante est double : un rôle administratif auquel s'ajoute un rôle soignant.

En 1975, un décret institue le Certificat de Cadre Infirmier et un arrêté fixe les modalités d'accès à la formation, la durée des études ainsi que le programme de formation dispensée dans les écoles de cadres infirmiers³. La formation est alors accessible aux professionnels justifiant de trois années d'exercice dont deux ans au moins dans un établissement d'hospitalisation public ou privé.

En 1976, un arrêté instaure le certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique dont les objectifs globaux sont identiques au certificat de cadre infirmier.⁴

Toutefois, pour accéder au grade de surveillant des services médicaux il n'est pas obligatoire d'être titulaire du C.C.I. En effet, peuvent également être nommés les infirmiers de classe supérieur, par voie d'inscription à un tableau d'avancement établi après avis de la commission administrative paritaire, par appréciation de la valeur professionnelle. De même, les infirmiers ayant accompli au moins huit années de services effectifs, peuvent être nommés surveillants des services médicaux, par voie d'inscription à un tableau annuel

¹ Décret n° 831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

² Décret n° 58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

³ Décret n° 75-920 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières.

⁴ Arrêté du 22 juillet 1976 relatif au certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique.

d'avancement établi après avis de la commission administrative paritaire après une sélection par voie d'examen professionnel.¹

En 1995, la formation des cadres infirmiers fait l'objet d'une réforme². Un diplôme de cadre de santé est créé, accessible à tous les professionnels, infirmiers, médico-techniques et de rééducation, justifiant d'au moins cinq années d'exercice de la profession. Par ailleurs, l'arrêté du même jour renseigne sur les épreuves de sélection et les officialise. La durée de la formation est portée à quarante deux semaines.

Toutefois, l'intitulé du grade n'est pas modifié. La formation délivre un diplôme de cadre de santé et son titulaire, s'il est nommé, devient surveillant des services médicaux. Il faut attendre la fin de l'année 2001 pour que le statut des cadres soit revu.

2.1.2 Modalités d'accès au grade de cadre de santé.

Il est créé un statut unique du corps des cadres de santé qui regroupe l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques.³ Il comprend le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé. En ce qui concerne les cadres de santé, il n'existe plus qu'une seule modalité d'accès au grade qui est celle du concours sur titres, interne ou externe, ouvert uniquement aux candidats titulaires du diplôme de cadre de santé ou certificat équivalent. Les cadres de santé sont dorénavant classés en catégorie A, ils bénéficient d'une prime d'encadrement d'un montant de 76,22 euros par mois.⁴

2.1.3 La formation des cadres de santé.

La formation dispensée par les Instituts de Formation des Cadres de Santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations.⁵

¹ Décret n° 89-583 du 3 août 1989 et Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.

² Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

³ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

⁴ Arrêté du 13 mars 2002 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée aux cadres de santé de la fonction publique hospitalière et modifiant l'arrêté du 2 janvier 1992 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée à certains agents de la fonction publique hospitalière.

⁵ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

L'objectif global de la formation est le suivant :

➤ préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel.¹

La formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilité d'encadrement.

Elle comprend six modules qui couvrent les thèmes suivants :

Module	Intitulé	enseignement théorique	Stage
1	Initiation à la fonction cadre	3 semaines	3 semaines
2	Santé publique	3 semaines	
3	Analyse des pratiques et initiation à la recherche	3 semaines	
4	Fonction d'encadrement	5 ou 6 semaines	4 ou 3 semaines
5	Fonction de formation	5 ou 6 semaines	4 ou 3 semaines
6	Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formations professionnels	5 semaines	4 semaines

Chaque module comporte des objectifs spécifiques. Ainsi, le module 1 permet de situer le rôle et la place de l'encadrement dans l'environnement mais également ses missions et les différents modes de management utilisés. Ce module permet aussi à l'étudiant d'adapter et enrichir son projet professionnel.

Le module 2 permet l'acquisition d'une approche interprofessionnelle et pluridisciplinaire des problèmes de santé et d'appréhender l'organisation du secteur sanitaire et social.

Le module 3 propose une initiation à la recherche. Il permet d'appréhender les concepts de recherche et les méthodologies.

Le module 4, centré sur la fonction d'encadrement permet de déterminer la place et le rôle du cadre dans l'institution sanitaire. Ainsi l'organisation, l'animation de l'équipe; la

¹ Ibid.

programmation, la coordinations des activités de soins et leur évaluation font l'objet d'un apprentissage.

Le module 5 permet la maîtrise des méthodes et techniques pédagogiques, l'identification des besoins de formation des étudiants et du personnel ainsi que la mise en oeuvre des actions de formation.

Le module 6 constitue un module d'approfondissement des différentes fonctions du cadre.

Bien entendu, il ne s'agit là que des éléments extraits du programme officiel qui prennent une place différente d'un I.F.C.S. à un autre selon leur projet pédagogique.

Si les objectifs de formation aident à situer le niveau de connaissance d'un cadre de santé ils ne permettent pas pour autant d'appréhender avec rigueur ses missions.

2.1.4 Les missions des cadres de santé.

Le grade de cadre de santé regroupe des fonctions d'encadrement dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements et aussi dans les instituts de formation et écoles préparant aux diplômes des différentes filières concernées.

Compte tenu de la problématique de notre recherche, nous nous intéresserons dans ce chapitre aux missions de l'infirmier cadre de santé exerçant des fonctions d'encadrement dans les services de soins.

Selon la nomenclature des emplois types de l'hôpital¹, ses missions principales sont :

➤ la définition des objectifs et du projet de l'unité, en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale.

Dans ce cadre, il s'assure que le projet de soins élaboré en équipe est cohérent avec les orientations médicales définies dans le projet d'établissement. Il participe à la mise en oeuvre d'une démarche continue d'amélioration de la qualité des soins.

➤ la responsabilité de la gestion de l'unité.

A ce titre, il s'assure de l'utilisation optimale des ressources dont il dispose. Il est responsable de la gestion des produits et des matériels de son unité.

¹ Direction des hôpitaux, *Nomenclature des emplois types de l'hôpital*, ENSP, 1990.

➤ ***l'organisation de la prise en charge globale de la personne soignée et l'application de la prescription médicale.***

Il prend part à l'élaboration des projets de soins des malades et propose une organisation des soins. Il est responsable de la qualité des soins, de l'hygiène de l'unité et du confort du malade. Il aide à la collaboration et à la coordination des soins entre l'équipe soignante et l'équipe médicale. Il entretient une relation suivie avec les malades et leur famille.

➤ ***l'encadrement et l'animation des personnels de l'unité qui sont sous son autorité.***

Il est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité. Il participe à l'évaluation et à la promotion des personnels en favorisant l'expression des besoins en formation. Il apprécie l'activité du service et prévoit les effectifs nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci.

De même, il accueille les stagiaires en formation, les accompagne, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.

Cette liste, relativement ancienne, ne se veut plus exhaustive mais constitue les principaux domaines dans lesquels l'infirmier cadre de santé intervient. Dans le cadre des protocoles d'accord des 14 mars 2000 et 2001, il est prévu qu'un référentiel national sur l'encadrement traitant du rôle et des missions des cadres soit actualisé.¹

Il ne saurait être question de traiter des missions du cadre de santé sans aborder, en tant qu'organisation, le contexte hospitalier dans lequel il exerce.

2.2 LE CADRE DE SANTE DANS L'ORGANISATION HOSPITALIERE.

Nous analyserons l'hôpital comme une organisation, comme une entreprise. Nous nous référerons aux travaux de Michel Crozier et Erhard Friedberg et plus particulièrement à

¹ Protocole d'accord établi entre les Organisations syndicales et le gouvernement du 14 mars 2000.

Protocole d'accord sur les filières professionnelles dans la fonction publique hospitalière du 14 mars 2001.

l'analyse stratégique car elle questionne les relations entre acteurs, leur pouvoir et sa légitimité.

2.2.1 Les caractéristiques d'une organisation.

Selon Philippe Bernoux¹ une organisation se caractérise par les traits suivants :

➤ **Une division des tâches.**

Le travail est réparti de façon suffisamment claire pour que chacun connaisse les tâches qu'il a à effectuer sans empiéter sur celles d'un autre.

➤ **Une distribution des rôles.**

Même si la tâche est définie, chaque acteur peut l'exécuter à sa manière. C'est cet espace de liberté, cette autonomie de chacun ou du groupe qui oriente la politique d'organisation.

➤ **Un système d'autorité.**

Son rôle est de faire en sorte que le comportement des acteurs soit en phase avec les objectifs fixés par les dirigeants. A l'hôpital, le système d'autorité repose sur une structure de type pyramidal.

➤ **Un système de communication.**

Généralement conçu pour mettre en relation les différents acteurs de l'organisation, il est souvent limité par l'autorité à véhiculer des informations sur des règles, des injonctions. Il doit être souple, rapide, efficace c'est-à-dire permettre une communication dans tous les sens : vertical descendant certes, mais aussi ascendant et horizontal.

➤ **Un système de contribution-rétribution.**

Plus ou moins élaboré, il est représenté par le salaire, les primes et tout ce qui peut venir en échange de la contribution que les acteurs ont apporté à l'entreprise.

➤ **Un système de relations.**

¹ BERNOUX Ph. La sociologie des organisations. Paris : Ed. du Seuil. 1985. p. 118.

De même, si l'on se réfère à l'analyse stratégique, toute organisation est composée d'acteurs qui entretiennent des relations fondées généralement sur l'interaction et l'interdépendance. Interaction dans le sens où deux acteurs sont liés par des fonctions complémentaires et interdépendant car ils agissent dans un même contexte global. Le « système d'action concret » reflète la manière dont cet ensemble humain structure ses relations afin de résoudre les différents problèmes liés aux organisations.

Le système d'action concret recouvre deux réalités.

- Le système de régulation des relations, c'est-à-dire les règles de relations instaurées par les acteurs pour résoudre les problèmes quotidiens d'organisation. A l'hôpital, cela reviendrait par exemple à repérer ce que fait un cadre de santé confronté à un manque de lit dans son unité alors qu'il doit admettre un patient. Quelle est la règle prévue dans ce cas de figure pour cet établissement et que fait réellement le cadre de santé? Préviend-il le cadre supérieur de santé ou bien traite-t-il avec le chef de service ou encore règle-t-il le problème avec son collègue des urgences en trouvant tous les deux un arrangement?

- Le système des alliances et de leurs contraintes qui découle du précédent dans le sens où chaque acteur pour parvenir à son but trouvera l'appui de tel ou tel autre acteur. Il saura que dans telle situation il peut compter sur lui. Si nous reprenons notre exemple précédent le cadre de santé traitera peut-être directement avec son collègue des urgences car il sait qu'avec lui, il pourra négocier le moment de l'admission.

Ce dernier système de régulation est nécessaire dans les organisations car elles sont toutes confrontées à des « zones d'incertitude ». Qu'elles soient liées à l'application de nouvelles procédures ou au recrutement de nouveaux personnels, ces zones d'incertitude doivent être intégrées par les acteurs. *« Elles entrent dans le jeu des acteurs dont elles renforcent ou diminuent l'autonomie et par là le pouvoir »*¹

Ce modèle sociologique a cependant évolué, l'entreprise ayant perdu de son sens bureaucratique. Trop lourd, peu réactif il ne constitue plus un modèle de réussite.

Ainsi, les entreprises recourent à des modes de fonctionnement différents. Certaines diminuent leurs effectifs, font appel de plus en plus à des intérimaires, externalisent certaines

fonctions éloignées du cœur de métier ou élargissent le nombre de leurs partenaires sous forme d'un travail en réseau.

L'hôpital n'échappe pas à cette réalité. Cependant, l'analyse stratégique reste adaptée dans la mesure où les concepts qu'elle mobilise sont toujours pertinents. Simplement elle doit tenir compte d'un plus grand nombre d'acteurs aux objectifs multiples dans un contexte plus large dont les limites dépassent considérablement celles de l'entreprise. Par exemple,

¹ BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Ed. Seuil, 1985. p. 149.

les objectifs d'un jeune agent recruté à temps partiel bénéficiant d'un contrat à durée déterminée ne sont pas les mêmes, à l'hôpital, qu'un agent à temps plein titularisé depuis quinze ans.

De même, dans un contexte de fusion entre un établissement public de santé et un établissement de santé privé, les relations entre acteurs et leurs jeux dans l'organisation obligent l'encadrement à porter un regard différent.

2.2.2 La place du pouvoir dans l'organisation.

Dans l'analyse stratégique, le concept de pouvoir reste le plus important. Comme le souligne Philippe Bernoux deux courants de pensée ont théorisé cette notion. D'une part, au début du siècle une conception verticale partant du sommet qui définit l'autorité sur un plan statutaire. Fayol, par exemple, en 1918, « *définit l'autorité comme le droit de commander et le pouvoir de se faire obéir* »¹. Cette autorité doit s'appuyer également sur une autorité personnelle mais pour Fayol la seconde n'a de sens que par rapport à la première.

Un deuxième courant de pensée, estime que les activités de coordination doivent être considérées à un niveau horizontal et que la relation d'autorité détient sa légitimité dans « *la nécessaire approbation par les exécutants des ordres reçus* »². Dans cette conception la reconnaissance de l'autorité est inversée, elle n'est pas donnée de fait par le détenteur désigné ou statutaire de l'autorité mais par « *les personnes qui reçoivent l'ordre qui décident si cet ordre fait autorité ou non* »³

A partir de là, il est compréhensible que tout acteur détenteur ou non d'une autorité officielle puisse, en maîtrisant une zone d'incertitude, acquérir un certain pouvoir. Pouvoir qui permet à son détenteur de faire triompher sa rationalité sur celle des autres. Bernoux définit alors le pouvoir « *comme la capacité d'un acteur, dans sa relation à l'autre, de faire en sorte que les*

termes de l'échange lui soient favorables »⁴. Pour Crozier et Friedberg il faut le considérer comme une « *relation de construction de l'organisation* ».

Bien que constituée de nombreuses strates, l'organisation hospitalière ne peut affirmer son autorité que sur le seul modèle hiérarchique. Aujourd'hui, dans notre société moderne, le travailleur n'est plus considéré comme le simple outil de production qu'on assimilait autrefois

¹ BERNOUX P. *La sociologie des entreprises*. Paris : Ed. Seuil, 1995. p.144.

² Ibid. p. 145.

³ Ibid. p. 145.

⁴ Ibid. p. 146.

à sa machine. D'ailleurs, peu d'individus accepteraient d'être seulement des exécutants interdits de porter un regard sur l'organisation.

Le rôle du manager consiste à permettre la coopération de tous les acteurs. Lorsque ceux-ci, dans le but d'en retirer des avantages, développent des stratégies différentes, il doit faire en sorte qu'un équilibre soit maintenu entre les entités et s'efforcer de comprendre ce qui les guide.

C'est donc en légitimant son pouvoir que le supérieur pourra faire preuve d'autorité. Cette dernière « *connote une relation de confiance* ». Lorsque l'encadrement charge un individu d'exécuter une tâche, une mission, celui qui l'exécute le fait certes parce qu'il est en position de subordination mais surtout parce qu'il a confiance dans celui qui lui a confié.

D'où vient cette relation de confiance que les subordonnés peuvent entretenir avec leur encadrement? Comment le cadre peut-il parvenir à ce que son pouvoir soit reconnu légitime?

2.2.2.1 Les sources du pouvoir dans l'organisation : la question de la légitimité.

Pour Michel Crozier et Erhard Friedberg il existe quatre sources du pouvoir.

➤ **La compétence.**

S'appuyer sur sa propre connaissance du contexte, son savoir-faire, son niveau d'expertise, dans le sens d'apporter soi-même des solutions ou en sachant mobiliser les bonnes ressources pour débloquer une situation, confère du pouvoir.

Comme le souligne Erhard Friedberg, « *S'il y a incertitude, les acteurs capables de la contrôler, au moins partiellement, pourront en tirer avantage et s'imposer face à ceux qui en dépendent. Car ce qui est incertitude du point de vue des problèmes est pouvoir du point de vue des acteurs.* »¹

Pour autant, le cadre n'est pas forcément le plus compétent dans tous les domaines. « *Il doit l'être assez pour comprendre les langages, les objectifs et les stratégies de ses subordonnés et coordonner leur action* »²

Toutefois, proposer la bonne solution n'est pas suffisant pour acquérir du pouvoir, encore faut-il que la proposition soit acceptée par ceux qui sont chargés de l'exécuter. Il s'agit donc d'une source de pouvoir relativement fragile.

¹ FRIEDBERG E. *Le pouvoir et la règle*. Paris : Seuil, 1993. p. 250.

² BERNOUX P. *La sociologie des organisations*. Paris : Ed. Seuil, 1985. p. 163.

➤ **La maîtrise des relations avec l'environnement.**

Elle est plus importante et plus stable car elle se plaque sur les modes relationnels instaurés dans l'entreprise. La détention de l'information confère du pouvoir, elle facilite la maîtrise des zones d'incertitude de l'organisation. Celui qui bénéficie de cette position stratégique, consistant à s'insérer dans plusieurs organisations, elles-mêmes en relation, accède à une connaissance qui accroît son pouvoir. C'est ce qu'entend Crozier par la position de « marginal sécant ».

➤ **La communication.**

Elle est proche de la précédente, dans le sens où tous les acteurs ont besoin d'informations. Mais l'accès à cette information dépend de la qualité du réseau de communication instauré et surtout de ceux qui la détiennent. Elle possède une valeur stratégique importante.

➤ **L'utilisation des règles organisationnelles.**

L'idée repose sur le fait que l'acteur ne peut exercer efficacement une pression que s'il connaît parfaitement les règles de l'organisation. Plus elles sont connues et plus il devient possible de mieux les utiliser.

Le « faisant - fonction » de cadre de santé est un acteur à part entière. Chargé de missions d'encadrement sans être cadre il doit, s'il veut que les acteurs placés sous son autorité la reconnaisse légitime, faire preuve de compétence, connaître et maîtriser le système relationnel avec l'environnement, instaurer un mode de communication efficace, connaître et maîtriser les règles fixées par l'organisation. Par ailleurs il est en situation d'apprentissage. Apprentissage de ces notions que nous venons d'énumérer mais aussi des aspects techniques de sa fonction.

2.3 DE L'APPRENTISSAGE A LA COMPETENCE.

Nous nous référerons aux théories de l'apprentissage dans la limite de ce qu'elles ont communément admis : à savoir qu'apprendre, c'est produire du sens.

En ce qui concerne la compétence, nous nous inspirerons des réflexions menées dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences. (G.P.E.C.)

2.3.1 L'apprentissage

Pour donner du sens à toute expérience nous devons mobiliser des outils acquis lors d'apprentissages initiaux qui passent très tôt par la socialisation et la scolarisation.

Puis tout au long de sa vie l'individu, en se confrontant à de nouvelles expériences, utilise un sens antérieurement produit pour les rendre compréhensibles. Comme le souligne Jack Mezirow en citant John Dewey : « *Ce n'est que lorsque les choses qui nous entourent ont un sens pour nous, lorsqu'elles donnent à voir les effets qu'on peut en attendre en les utilisant de certaines manières, qu'est possible quelque chose de l'ordre d'une maîtrise voulue, délibérée sur ces choses* »¹.

Il est nécessaire de comprendre nos expériences pour agir efficacement.

Apprendre implique le recours à un processus de pensée qui permet de produire ou modifier une interprétation. Donner du sens c'est interpréter.

On peut penser, comme l'avance Mezirow « *que le processus d'apprentissage revient à utiliser une interprétation nouvelle ou révisée du sens de notre expérience, interprétation qui va orienter nos actes à venir* »²

La production de sens nous semble au coeur de la problématique du « faisant - fonction ». En effet, c'est en étant capable de donner du sens aux expériences nouvellement rencontrées, qu'il pourra alors se positionner. Pour y parvenir, il devra pouvoir expliciter le phénomène, l'introduire par association dans un cadre de référence, se l'approprier, le mémoriser, le valider et agir en conséquence. Alors, apparaîtra progressivement la compétence.

2.3.2 La compétence.

Elle peut se définir comme « *l'ensemble des connaissances, des capacités d'action et des comportements structurés nécessaires pour réaliser une activité donnée* »³

La compétence, en tant que concept, ne s'observe pas. Ce qui est observable c'est son résultat, c'est-à-dire l'activité déployée. Cette combinaison, « compétence / activité » a pour finalité d'améliorer les prestations attendues.

Elle s'articule autour de savoirs différents.

➤ Les savoirs formalisés.

¹ MEZIROU J. Penser son expérience. Lyon : Chronique Sociale, 2001. p. 30.

² Ibid. p.32.

³ DERENNE O, LUCAS A. / ed. Le développement des ressources humaines. Rennes : ENSP, 2002.p.28.

Ils regroupent les savoirs théoriques et les savoirs procéduraux.

Les premiers sont nécessaires pour décrire et comprendre une action mais aussi pour produire de nouvelles procédures face à des situations problématiques. Les seconds permettent aux savoirs théoriques de prendre une place concrète dans l'action. Ce sont les procédures par exemple.

➤ **Les savoirs agis.**

Ils sont constitués des savoir-faire, qui rassemblent tous les actes à accomplir pour mener une action. Ils intègrent également les savoirs pratiques, acquis par l'expérience, dans et par l'action. Enfin, ils prennent en compte les savoirs sociaux qui définissent les capacités relationnelles. Comme le précisent les co-auteurs de l'ouvrage pré – cité : « *Est compétent celui qui, au-delà de son travail prescrit, saura maîtriser une situation, soit imprévue dans son déroulement, soit nouvelle dans son contenu* ». ¹

En resituant l'expérience de « faisant – fonction » dans son contexte de formation, le postulant cadre est confronté à l'acquisition de ces différents savoirs. Toutefois cette expérience doit lui apporter principalement des savoirs agis.

2.4 EN SYNTHÈSE.

A ce stade de notre réflexion, que nous apporte nos approches théoriques et conceptuelles?

➤ La réglementation n'envisage plus qu'une seule modalité d'accès au grade de cadre de santé. De ce fait, le postulant cadre doit envisager la mise en situation de « faisant - fonction » exclusivement comme une étape de maturation de son projet professionnel s'inscrivant plus globalement dans sa formation.

➤ Le programme de formation et les missions des cadres de santé témoignent du niveau de compétence exigé pour ces acteurs qui occupent une place stratégique et opérationnelle considérables dans des institutions qui vivent depuis une dizaine d'années d'importantes mutations.

➤ L'apport de la sociologie des organisations nous montre en quoi l'encadrement, en tant qu'acteur et leader désigné, doit maîtriser ce qui se joue dans les interactions et l'interdépendance des relations entre acteurs. Il en est de même des notions d'autorité, de

¹ Ibid. p 80.

pouvoir et de sa légitimité. Par ailleurs, il doit être capable d'analyser son mode de management et ses conséquences sur le système d'action concret.

➤ Enfin, les regards portés sur les mécanismes d'apprentissage et sur le concept de compétence montrent en quoi la situation d'adulte - apprenant mobilise des opérations mentales complexes, essentiellement basée sur la confrontation à des expériences nouvelles puisées dans l'action.

Ces différentes considérations théoriques mettent en exergue la complexité du processus de transformation auquel se confronte l'infirmier lors d'une expérience de « faisant – fonction ». Elles montrent également la nécessité d'un temps de maturation suffisamment long. A cette situation complexe vient s'ajouter la question du positionnement en tant que personnel d'encadrement non nommé, en apprentissage et le plus souvent de passage.

Par ailleurs, si l'on considère qu'il est logique qu'un établissement cherche à ce que ses postes vacants soient pourvus par des cadres de santé compétents, il est logique qu'il mette en oeuvre des moyens pour que l'infirmier, à qui il a été confié un poste d'encadrement pour clarifier son projet, accède à ce niveau de compétence et acquiert un maximum de chances de réussite au concours d'entrée en I.F.C.S. Rappelons que le pourcentage de candidats reçus au concours d'entrée en I.F.C.S. ayant bénéficié préalablement d'une expérience de « faisant - fonction » a doublé en deux ans. Il représente aujourd'hui 52% des admissions.¹

3 HYPOTHESE.

L'ensemble de ces considérations nous amène à formuler l'hypothèse suivante :

La mise en situation du postulant cadre lui permet de donner du sens à son projet professionnel à condition qu'elle s'inscrive dans une politique d'établissement et s'appuie sur un contrat qui précise notamment le type d'aide apportée et les modalités d'évaluation.

Cette hypothèse permet de répondre à notre question centrale :

¹ Statistique annuelle du Comité d'Entente des Formations Infirmières Et Cadres. Etude portant sur 28 I.F.C.S. en 2001

En général et plus particulièrement actuellement, période de pénurie de cadres de santé, comment un établissement et notamment le directeur des soins peuvent-ils accompagner des projets d'encadrement pour que le professionnel et l'établissement en tirent un bénéfice?

2^{eme} partie :

« L'enquête ».

Dans un premier temps, nous présenterons la méthodologie retenue. Ensuite, afin de vérifier la pertinence de notre hypothèse, nous procéderons à la présentation et à l'analyse de nos résultats.

4 METHODOLOGIE.

4.1 LE CHOIX DE LA METHODE.

Afin de vérifier notre hypothèse nous avons fait le choix de recourir à des entretiens semi-directifs. En effet, si certaines informations auraient pu être traitées à partir d'un questionnaire, d'autres qui interrogeaient surtout des perceptions, nécessitaient un approfondissement qui obligeait l'utilisation de techniques d'entretien telles que la re-formulation ou les « relances ».

Il nous a semblé important de nous entretenir avec des infirmiers en situation de « faisant - fonction » ou nommés depuis moins d'un an et ayant précédemment exercer en tant que « faisant - fonction ». Un délai plus important aurait, selon nous, augmenter le risque d'oubli ou de gommage des sentiments.

Par ailleurs, dans chaque établissement, nous avons rencontré le directeur des soins, ou le « faisant - fonction » ou le chef d'établissement lorsqu'il n'y en avait pas.

Au total, nous avons mené vingt et un entretiens auprès d'infirmiers répartis sur huit établissements différents et huit entretiens auprès de responsables.

Enfin, un entretien a été conduit auprès d'un directeur des soins d'un établissement qui n'était pas intégré dans notre échantillonnage mais où une réflexion importante sur l'accompagnement des postulants cadres avait été menée.

Initialement, nous avons prévu, de mener une étude comparative sur deux populations distinctes : une exerçant dans un établissement qui avait élaboré une politique et mis en place un dispositif d'accompagnement des « faisant – fonction » et une autre non.

En réalité la notion d'accompagnement étant variable d'un établissement à l'autre il n'était pas possible de la retenir, a priori, comme critère de répartition. De fait, pour constituer notre échantillonnage, nous avons retenu uniquement comme critère d'inclusion, l'existence de « faisant - fonction » sur l'établissement. L'autorisation qui nous était donnée par le responsable d'enquêter sur le centre hospitalier et l'accord des professionnels étaient déterminants pour arrêter notre population. Notons qu'aucun refus ne nous a été opposé, qu'au contraire, l'ensemble des personnes interviewées y a trouvé un intérêt.

C'est donc dans un second temps que nous avons procédé à la répartition de notre population selon les critères retenus (politique, contrat, aide, évaluation)

Au début de chaque entretien nous nous sommes présenté, le contexte de l'entretien a été précisé ainsi que la méthodologie retenue, à savoir la rencontre d'infirmiers en situation de « faisant - fonction » et celle du responsable infirmier de l'établissement. Enfin les garanties de respect d'anonymat du nom de l'établissement et de l'individu ont été rappelées, de même que la confidentialité des propos vis-à-vis de la hiérarchie et des collègues.

Il nous a paru nécessaire d'enquêter dans des établissements de dimensions variées. En effet, la question du recours au « faisant - fonction » est différente selon le bassin d'emploi, l'attractivité de l'établissement et l'encadrement en place.

Sur les huit établissements publics de santé retenus, trois sont des centres hospitaliers de moins de 500 lits. Pour garantir l'anonymat et permettre l'analyse des données, nous les nommerons :

- Etablissement A
- Etablissement B
- Etablissement C.

Trois centres hospitaliers sont des établissements de 500 à 1000 lits :

- Etablissement E
- Etablissement F
- Etablissement G.

Enfin, deux centres hospitaliers de plus de 1000 lits dont un C.H.U. ont été retenus :

- Etablissement D
- Etablissement H

Ce codage, qui ne suit pas une logique alphabétique obéit simplement à la chronologie de nos déplacements sur les établissements.

4.2 LES GUIDES D'ENTRETIENS.

Ils ont été arrêté après avoir mené sur notre premier terrain de stage quatre entretiens exploratoires. Deux auprès de directeurs des soins, et deux auprès d'infirmiers en situation de « faisant - fonction ». Les guides d'entretiens ayant été profondément modifiés, ces entretiens n'ont pas été retenus.

4.2.1 Le guide d'entretien destiné aux infirmiers « faisant - fonction ».

En cohérence avec notre approche théorique, trois axes principaux ont été explorés.

- **Le positionnement** : il s'agissait de repérer les facteurs qui, selon nous, interfèrent sur le positionnement du « faisant - fonction » par rapport à sa hiérarchie, au médecin, à ses collègues cadres, à l'équipe soignante au moment de sa prise de poste et à l'exercice même de sa fonction.
 - ◆ le « faisant - fonction » exerce-t-il dans une unité différente de celle où il exerçait comme infirmier? (Question n° 2)
 - ◆ l'expérience de « faisant - fonction » correspond-elle à une demande de la part de l'infirmier ou de sa hiérarchie? (Question n° 3)
 - ◆ Le « faisant - fonction » a-t-il rencontré le cadre supérieur de santé responsable du secteur et le médecin de l'unité avant la prise de fonction? Ont-ils émis un avis? (Questions n° 4 et 5)
 - ◆ Le « faisant - fonction » a-t-il été présenté à l'équipe soignante avant sa prise de fonction? (Question n° 6)
 - ◆ Le « faisant - fonction » a-t-il été présenté aux autres cadres de l'établissement? Bénéficie-t-il comme ses collègues cadres nommés d'une rétribution particulière liée à l'exercice d'une fonction d'encadrement? (Question n° 7)
 - ◆ A sa prise de poste le « faisant - fonction » a-t-il à sa disposition un document qui lui permet de cerner quelles sont les missions attendues par le cadre de santé sur ce poste? (Question n° 11)

 - ◆ Quel est son projet professionnel? A quand remonte-t-il?(Question n° 17). Nous avons fait le choix de poser cette question en fin d'entretien car il nous semblait qu'elle demandait une authenticité dans la réponse et un certain développement qui n'aurait peut-être pu s'exprimer aussi facilement en début d'entretien.

- **Le pouvoir et sa légitimité** : nous cherchions à repérer si le « faisant - fonction » avait le sentiment d'avoir une autorité, du pouvoir et s'il le percevait comme légitime.
 - ◆ Le « faisant - fonction » a-t-il accès aux informations majeures qui lui permettent de comprendre les stratégies de l'établissement d'en être l'acteur et de les expliciter à l'équipe comme celles contenues par exemple dans le projet d'établissement (Question n° 9) et le projet du service infirmier? (Question n° 10)

- ◆ A-t-il le sentiment qu'il peut agir sur les organisations de son service? (Question n° 12)

Nous avons prévu de croiser les réponses obtenues aux questions concernant ces deux premiers axes avec celles obtenues à deux autres questions qui portaient d'une part sur les fonctions exercées en tant que « faisant - fonction » et d'autre part sur les difficultés rencontrées dans l'exercice de ces fonctions.

Lors de nos entretiens exploratoires, à la question « Rencontrez-vous des difficultés dans l'exercice de vos fonctions? » les réponses étaient « oui » mais à la question « les - quelles? » les personnes exprimaient des difficultés à préciser. C'est pourquoi nous avons fait le choix de maintenir cette question dans l'état pour laisser s'exprimer les expressions spontanées lorsqu'elles existaient et de la compléter par la proposition d'une liste non exhaustive de fonctions et de tâches à partir de laquelle le « faisant - fonction » pouvait prioriser par ordre décroissant celles qui représentaient pour lui une difficulté majeure.

Cette liste nous permettait également de situer le niveau de positionnement du « faisant - fonction » à partir des fonctions et tâches qu'il n'exerçait pas.

- **L'accompagnement** : nous avons voulu apprécier le niveau d'accompagnement du « faisant - fonction », son vécu, ses attentes et croiser ses réponses avec les informations obtenues lors de nos entretiens avec les directeurs de soins ou directeurs d'établissement.
 - ◆ A-t-il le sentiment d'être accompagné durant son « faisant - fonction »? (Question n° 13)
 - ◆ Bénéficie-t-il d'une évaluation? (Question n° 14)

Enfin certaines informations ont été recherchées comme la possession d'une spécialisation, l'âge, l'ancienneté dans l'expérience de « faisant - fonction », le type de service dans lequel a eu lieu l'affectation, le nombre de lits et le nombre d'agents sous sa responsabilité, éléments qui permettent d'éclairer notre analyse.

4.2.2 Le guide d'entretien destiné aux directeurs des soins.

Beaucoup moins directif, il cherchait à obtenir deux types d'informations.

D'une part, une politique était-elle engagée sur l'établissement afin de pourvoir les postes de cadres vacants et quelles étaient selon eux les potentialités attendues chez un professionnel pour lui confier un poste en tant que « faisant – fonction ».

D'autre part lorsqu'un poste de cadre de santé était confié à un infirmier « faisant - fonction », lui était-il proposé un accompagnement particulier? Existait-il sur l'établissement une procédure ou des recommandations écrites à ce sujet?

La procédure que nous avons retenue prévoyait de rencontrer dans un premier temps les directeurs des soins et secondairement les infirmiers « faisant - fonction ». Cela nous permettait tout d'abord de savoir si l'établissement répondait à notre critère d'inclusion, si des recommandations ou une procédure avaient été rédigées et enfin, d'obtenir l'autorisation d'enquêter et les coordonnées des interviewés.

Nous avons prévu de rencontrer le directeur des soins ou le « faisant - fonction » ou le directeur d'établissement lorsque les deux premiers n'existaient pas sur le centre hospitalier. En réalité sur les huit établissements explorés nous nous sommes entretenus cinq fois avec le directeur des soins, deux fois avec le « faisant - fonction » de directeur des soins et une fois avec le chef d'établissement.

La durée de chaque type d'entretien ne dépassait pas en principe trois quarts d'heure.

5 PRESENTATION DES RESULTATS.

Compte tenu du nombre relativement important de terrains d'étude et afin de rendre plus lisible la présentation de nos résultats, nous traiterons dans un premier temps les entretiens menés auprès des différents responsables. Ceux concernant les « faisant - fonction » seront exploités dans un second temps. Les résultats seront présentés par thèmes.

5.1 LES ENTRETIENS MENES AUPRES DES RESPONSABLES.

5.1.1 Etablissement A.

Il s'agit d'un centre hospitalier de 400 lits. Dix cadres de santé y exercent, un seul poste est occupé par un « faisant - fonction ». Il n'y a pas de directeur des soins sur cet établissement, c'est le chef d'établissement qui a accepté de nous rencontrer.

Pour différencier le « faisant - fonction » des autres cadres de santé il préfère parler dans ce cas de « *cadre de soins* ». Pour anticiper une vacance de poste, même s'il n'y est pas souvent confronté, il essaie de repérer des potentialités chez des infirmiers en ayant toujours une candidature de plus qu'il n'aurait de poste à pourvoir. Il s'appuie sur les cadres de santé en place et sur le cadre supérieur de santé pour repérer ces potentialités qui doivent selon lui révéler des capacités d'animation. Le seul principe arrêté est de confier un poste de cadre uniquement à un infirmier qui a le projet de devenir cadre de santé. L'accompagnement est assuré par le cadre supérieur de santé à la demande du postulant cadre.

Le poste occupé par le « faisant - fonction » se situe sur la maison d'accueil pour personnes âgées dépendantes (M.A.P.A.D.) qui comprend 115 lits. Il encadre 40 agents.

5.1.2 Etablissement B.

De même taille que l'établissement A, il dispose de onze postes de cadres de santé dont quatre sont actuellement occupés par des « faisant - fonction ». Un cadre supérieur de santé assure les fonctions de directeur des soins. Il n'a pas établi de critères pour repérer des potentialités, il dit agir selon les candidatures qui se présentent. Il n'a pas prévu de mesures d'accompagnement mais il se tient à la disposition des « faisant - fonction ».

Les postes occupés par des « faisant - fonction » se situent respectivement :

- sur le service de soins de suite et de réadaptation (S.S.S.R.), 50 lits avec un encadrement de 40 agents (entretien B1).
- sur le service infirmier à domicile (S.I.A.D.), 38 lits et 8 personnes à encadrer (entretien B2).
- sur la maison de retraite, 80 lits et 33 agents (B3).
- sur la M.A.P.A.D., 60 lits et 40 agents (B4).

5.1.3 Etablissement C.

Il comprend 300 lits. Sur les neuf postes de cadres de santé, un seul est occupé par un « faisant - fonction ». Pour le directeur des soins, en poste sur cet établissement depuis deux ans seulement, la proposition « de faisant - fonction » s'adresse exclusivement à un postulant cadre. Pour lui, à l'issue du « faisant - fonction », il y a prise en charge de la scolarité en cas de réussite au concours. En cas d'échec, l'infirmier peut retenter une fois le concours et en cas de nouvel échec il y a retour en tant qu'infirmier dans une unité de soins.

Par ailleurs, Il n'existe pas de mesures d'accompagnement formalisées mais dit-il « *ma porte est ouverte et c'est clairement affiché* »

L'infirmière « faisant - fonction » de cadre exerce sur un service de médecine de 36 agents pour 40 lits (C1).

5.1.4 Etablissement D.

Il s'agit d'un centre hospitalier de 1400 lits. Sur les quarante postes de cadres de santé existants, deux sont attribués à des « faisant - fonction ». Le directeur des soins estime essentiel de dépasser la seule notion de « besoin » pour combler un poste vacant. Le poste peut être attribué à des infirmiers qui ont un réel projet ou à des infirmiers en questionnement sur un éventuel projet d'encadrement ou « *pourquoi pas une expérience pour essayer et y mettre fin après* ». Dans tous les cas la direction des soins s'est fixée des critères de sélection qui reposent sur la maturité professionnelle, l'expérience et l'implication institutionnelle. Elle a le soucis de mesurer l'ampleur du défi pour qu'il ne soit pas trop important et qu'il ne mette pas en danger le projet professionnel. Par exemple « *je préférerais laisser un poste vacant, comme au SAMU - SMUR, car il y aurait trop de conflits à gérer, ce serait trop difficile pour un faisant - fonction* »

Quant au dispositif d'accompagnement, qui est en cours de formalisation, il repose essentiellement sur le cadre supérieur de santé, le directeur des soins restant disponible. Un « parrainage » est systématiquement assuré par un cadre de santé désigné. Le directeur des soins dit réaliser une évaluation régulière avec le cadre supérieur de santé, le cadre tuteur et lui-même.

Quelques règles sont avancées comme l'interdiction d'être affecté comme « faisant - fonction » dans l'unité que l'on quitte comme infirmier et celle d'exercer comme « faisant - fonction » pour une durée supérieure à deux ans.

Des consignes sont fournies comme le fait d'exercer dans un premier temps ses fonctions « *dans la continuité* » de ce qui se faisait précédemment par l'ancien cadre de santé de l'unité.

Un courrier est adressé par le directeur des soins au « faisant - fonction » lui précisant le cadre de ses missions dans son service d'affectation. Ce document est réalisé en collaboration avec le cadre supérieur de santé et le médecin du service.

Les services dans lesquels sont positionnés des « faisant - fonction » sont respectivement la médecine avec 35 lits et 25 agents (D1) et la maison de retraite avec 74 lits et 22 agents (D2).

5.1.5 Etablissement E.

C'est un établissement de 750 lits dont 205 lits et places de psychiatrie. Sur les vingt postes de cadres que compte le centre hospitalier, deux sont occupés par des « faisant - fonction » et sept seulement par des titulaires du certificat de cadre infirmier ou du diplôme de cadre de santé. Le cadre supérieur de santé qui assure l'intérim du directeur des soins, momentanément absent, relate deux pratiques en matière de recours au principe du « faisant - fonction ». La plus ancienne, qui n'est plus utilisée depuis peu et qui consiste à positionner un infirmier sur un poste de cadre sans projet de formation en I.F.C.S. Dans ce cas, la nomination intervenait éventuellement après plusieurs années. C'est le responsable de service qui proposait au chef d'établissement la candidature d'un infirmier qui reposait selon les propos recueillis, sur des critères essentiellement « *subjectifs pour ne pas dire affectifs, du bon infirmier* ».

Dorénavant, c'est le cadre supérieur de santé qui en fonction des projets professionnels propose ou non une expérience de « faisant - fonction ». Cette proposition s'inscrit dans un projet de formation en I.F.C.S. Il est demandé au postulant cadre de s'inscrire dans les travaux de réflexion menés sur l'établissement.

Par ailleurs, actuellement, il n'existe pas de recommandations ou de procédure écrites d'accompagnement.

Les postes occupés par des « faisant - fonction » sont les suivants :

- Service d'hospitalisation à temps complet en psychiatrie et centre médico-psychologique, ce qui représente 25 lits et 11 agents. (E1).
- Service d'hospitalisation à temps complet de 25 lits avec 13 agents (E2).
- Hôpital de jour et centre médico-psychologique, pour 10 places et 12 agents (E3).

5.1.6 Etablissement F.

Il s'agit d'un centre hospitalier de 650 lits. Quatre postes de cadres de santé sur les vingt de cet établissement sont occupés par des « faisant - fonction ».

Le directeur des soins que nous avons rencontré estime que deux cas de figure sont possibles en matière de « faisant - fonction ». Soit à la demande de l'agent qui veut « goûter » à la fonction, soit sur proposition de l'encadrement. Dans les deux cas l'expérience prend place dans la perspective d'un projet de formation en I.F.C.S.

Il n'existe pas pour l'instant de règles écrites car dit-il « *nous n'avons pas encore été confronté à des problèmes de recrutement* ». Toutefois, des recommandations sont énoncées verbalement comme, par exemple, le fait que l'infirmier inscrit dans un tel projet doit accepter n'importe quel poste en tant que « faisant - fonction ». Il n'est jamais positionné sur un service où il exerçait auparavant. Il doit avoir un projet motivé et dans tous les cas être

capable de l'exposer. Il est recommandé d'avoir un exercice professionnel varié et avoir une bonne connaissance du milieu professionnel.

Enfin, l'infirmier reçoit une affectation en qualité de « faisant - fonction ».

Actuellement, le directeur des soins ne souhaite pas formaliser des recommandations par écrit qu'il risque de ne pas pouvoir suivre par manque, par exemple, de candidature. Il préfère les adapter à chaque situation.

Les postes occupés par des « faisant - fonction » sont respectivement :

- le service de nuit de l'ensemble de l'établissement qui représente 120 agents (F1 et F2).
- la cardiologie, service de 50 agents pour 44 lits (F3).
- un service d'enfants et adolescents poly - handicapés de 40 lits pour 40 agents (F4).

5.1.7 Etablissement G.

D'une capacité de 872 lits, il dispose de dix-sept postes de cadres de santé dont deux sont occupés par des « faisant - fonction ». Le directeur des soins dit choisir ses futurs cadres sur des qualités de communication, une compétence technique et d'organisation, de la rigueur et une capacité à utiliser des outils méthodologiques. Ils doivent faire preuve de loyauté. Il préfère positionner le « faisant - fonction » sur un service différent de celui où il exerçait auparavant. Il avoue que sur des petits établissements comme le sien, il n'est pas toujours facile de respecter cette règle. En matière d'accompagnement, il estime qu'il repose sur « *une base de confiance* » qu'il instaure avec l'encadrement qui doit favoriser la demande d'aide à son égard en tant que personne ressource.

Une évaluation est réalisée à partir d'un support identique à celui utilisé, par le directeur des soins, pour l'évaluation de tout l'encadrement infirmier.

L'anesthésiologie et les blocs opératoires sont gérés par des « faisant - fonction » avec respectivement 8 et 13 agents (G1 et G2).

5.1.8 Etablissement H.

C'est un C.H.U. de 2000 lits dont douze postes de cadres de santé sont vacants sur les cent soixante existants. Le directeur des soins, coordonnateur général des activités de soins est en poste depuis peu. Il existait avant son arrivée une procédure qui permet d'accompagner des projets d'encadrement sur trois ans. Les capacités attendues portent sur la variété du cursus professionnel, la capacité à superviser des soins techniques, les capacités à enseigner le processus de soins et faire preuve de dynamisme dans les projets menés dans l'établissement.

Avant d'envisager un poste de « faisant - fonction », le postulant cadre bénéficie d'un soutien lui permettant de clarifier son projet. Ce soutien est assuré par les directeurs de soins de sites sous forme de réflexion de groupe sur des thèmes comme le positionnement, l'autorité, le management, thèmes qui favorisent la maturation du projet professionnel. Cinq réunions de deux heures chacune sont programmées. Un carnet de suivi est ouvert par chaque postulant cadre permettant d'y mentionner le fruit de son auto-évaluation ainsi que les différents postes occupés en tant que « faisant- fonction ».

Il est prévu de faire évoluer cette procédure qui date de quelques années pour permettre la constitution d'un « vivier » de professionnels engagés dans un projet d'encadrement près à répondre aux besoins de l'établissement. Toutefois, même avec une procédure écrite et une certaine anticipation « *on a été contraint de mettre des « faisant - fonction » la nuit alors que je ne le souhaite pas* »

Ici aussi, l'expérience du « faisant - fonction » est limitée à deux ans. En cas d'échec sur les deux années un retour dans les services de soins comme infirmier est prévu.

Les professionnels rencontrés exerçaient respectivement en service de transplantation hépatique, service de 10 lits et de 22 agents (H1), en Hématologie clinique, 27 lits et 45 agents (H2) en bloc de chirurgie viscérale, avec 24 agents (H3) et neurologique de 11 agents (H4).

5.2 COMMENTAIRES.

5.2.1 Sur les postes occupés.

Globalement, en moyenne, le nombre de postes vacants occupés par des « faisant - fonction » est de un poste sur dix. Sans y attribuer une quelconque valeur statistique pouvant être généralisable, cette moyenne suit l'évolution prévue par le ministère de l'emploi et de la solidarité en 2000.

Ces postes sont majoritairement proposés à des professionnels qui ont le projet de suivre une formation en I.F.C.S. Seuls les établissements B et E n'ont pas fait ce choix exclusif et doivent encore gérer aujourd'hui des situations délicates de « faisant - fonction » positionnés depuis plusieurs années sur des postes, sans projet particulier et sans avoir été nommés. (B2, B3, E3).

Les postes occupés sont de nature différente selon la taille de l'établissement. Dans les plus petits, les « faisant - fonction » sont positionnés majoritairement sur des services accueillant des personnes âgées. Ce constat peut s'expliquer de plusieurs manières. Tout d'abord par une activité « gériatrique » proportionnellement plus importante que celle des

établissements de taille supérieure. Par la difficulté à instaurer une mobilité des cadres de santé sur un petit établissement dont l'effectif total est restreint. Par la difficulté à rendre ces secteurs attractifs et par le sentiment que ces services seraient plus simples à gérer et donc mieux adaptés à une expérience de « faisant - fonction ». (établissement A).

Pourtant lorsqu'on étudie la taille de ces services, le nombre de lits et le nombre d'agents à encadrer sont souvent plus conséquents que les autres. (A1, B1, B3, B4, D2)

5.2.2 Sur les modalités d'attribution des postes de cadres à des « faisant - fonction ».

➤ L'établissement de règles.

Hormis sur l'établissement B qui estime ne pas avoir les moyens de se fixer des exigences, tous les établissements ont établi un minimum de règles. Formalisées dans un document écrit comme sur l'établissement B ou énoncées oralement sur les autres établissements, elles traitent de la situation du « faisant - fonction » sous forme de conduites à tenir ou de simples recommandations.

Les exigences sont variables et parfois opposées. L'établissement F exige que le postulant cadre soit en mesure de présenter un projet motivé avant de se voir attribué un poste de « faisant - fonction » alors que sur l'établissement D il peut le lui être confié simplement pour approcher la fonction en amont d'une décision personnelle d'évolution professionnelle.

De même, la volonté d'éviter un positionnement sur un service « difficile » ne semble pas faire l'unanimité. L'argument avancé par l'établissement D qui consiste à ne pas prioriser l'intérêt de l'hôpital, mais plutôt celui du faisant fonction, nous paraît isolé. Les positions des établissements F et H, en revanche sont différentes. Pour le premier, le postulant cadre doit être en mesure d'accepter n'importe quel poste de jour comme de nuit ou dans une discipline étrangère à sa pratique d'infirmier . En ce qui concerne le second, le faisant - fonction peut être amené à changer de service après quelques semaines de prise de fonction ou interrompre ses fonctions de cadres provisoirement pour reprendre un travail d'infirmier dans un autre service.

Pour une grande majorité de responsables, le « faisant - fonction » ne doit pas exercer dans le même service que celui dans lequel il travaillait auparavant. Seuls A1, E3, G1 et G2 font exception à cette règle. Le directeur de l'établissement A dit ne pas avoir eu d'autres possibilités. Rappelons que E3 a été choisi et positionné par le chef de service et G1 et G2 sont respectivement I.A.D.E. et I.B.O.D.E. dans un établissement à la recherche de cadres dans ces deux disciplines.

La durée de l'expérience de « faisant - fonction » est située dans le temps pour deux établissements (D et H). D'une durée de deux ans, elle permet d'après le discours tenu par les directeurs de soins, de mûrir son projet et de présenter éventuellement deux fois le concours d'entrée en I.F.C.S. Pour eux, au delà de ce délai, il faut s'interroger sur l'intérêt de l'expérience.

➤ **Les domaines de compétence et les qualités exigées.**

Il n'existe pas de discours dominant. Pour certains, c'est surtout la capacité à présenter un projet professionnel solide qui est attendue (E et F). Pour d'autres c'est la compétence technique qui est demandée permettant ainsi de superviser les soins et enseigner le processus de soins (G et H). Certains mettent l'accent sur la nécessité de bien connaître le milieu professionnel, de s'être impliqué dans la vie de l'institution et de faire preuve d'une grande maturité professionnelle (D, F, H). Un établissement attend des qualités d'animation (A), de communication (G), l'établissement B n'a pas d'attente particulière et s'adapte selon les candidatures et l'établissement E entend fixer d'autres critères que les critères affectifs imposés jusqu'alors par un chef de service. Enfin, la loyauté et la rigueur sont des qualités exigées par l'établissement G.

Globalement, les responsables, chef d'établissement ou directeur des soins s'appuient sur les avis formulés par les cadres supérieurs de santé, lorsqu'ils existent ou sur les cadres de santé avant de proposer un poste à un postulant cadre. En revanche, très peu s'entourent d'un avis du chef de service ou travaillent en collaboration avec les médecins pour établir le profil du poste à occuper. Seul le directeur des soins de l'établissement G dit avoir cette pratique.

Mais ce qui ressort gravement des propos tenus par les responsables c'est la prudence à se fixer des règles, que se soit sur les conditions d'attribution des postes de cadres à des « faisant - fonction » ou sur le niveau de compétences à exiger. La pénurie des cadres de santé ne leur permet pas d'atteindre ce niveau d'exigences.

Ainsi, le responsable de l'établissement A pense qu'il serait préférable que le « faisant - fonction » exerce ailleurs que dans son service d'origine mais « *lorsqu'on a pas le choix, on met ses principes de côté* ». Il en est de même pour l'établissement G qui, face à la pénurie de cadres infirmiers I.A.D.E et I.B.O.D.E., a dû revenir également sur ce principe.

Sur l'établissement B le responsable du service infirmier préfère ne fixer aucun critère de sélection et aucune règle préalablement, il s'adapte aux candidatures et à la situation du moment. Rappelons que sur cet établissement, sept postes de cadres sur les onze budgétés sont vacants.

Le directeur des soins de l'établissement D ne souhaite pas fixer trop de règles écrites car face à l'augmentation rapide du nombre de postes vacants il craint de ne pouvoir respecter, lui - même, les exigences qu'il se serait fixées.

Sur l'établissement H, de taille importante, le directeur des soins avoue être en désaccord avec les pratiques en cours. Ne souhaitant pas positionner de « faisant - fonction » la nuit il y est contraint devant la pénurie de cadres.

Pour les établissements de taille moyenne, la pénurie semble relativement récente ce qui encourage les directeurs des soins à mener prochainement des réflexions sur les modalités d'attribution des postes de cadres à des « faisant - fonction ». En ce qui concerne les plus petits établissements, la fréquence de renouvellement des postes et la taille du pool de cadres ne leur semblent pas suffisantes pour établir des règles écrites.

Cette situation permet d'expliquer en partie pourquoi la plupart des établissements enquêtés préfèrent parler uniquement de recommandations orales mais n'ont pas en amont dégagé une réelle politique d'accompagnement des projets cadres.

➤ **La notion de contrat.**

Par contrat, nous entendons tout document remis par le responsable au « faisant - fonction » avant le début de sa prise de poste officialisant le changement de fonction et précisant les conditions de la mise en situation et les modalités d'accompagnement.

Les directeurs des soins des établissements C et D adressent un courrier aux « faisant - fonction » leur précisant la durée de l'expérience et leur retour dans un service de soins en tant qu'infirmier en cas d'échec au concours.

L'établissement D va plus loin en mentionnant le nom d'un « *parrain* » qui accompagnera officiellement le postulant cadre et en précisant l'importance de participer aux bilans réguliers qui seront proposés.

L'établissement F remet une affectation à l'agent en qualité de « faisant - fonction »

Enfin, sur l'établissement H, à l'issue d'un entretien entre le directeur des soins et le postulant cadre, il est remis à ce dernier un « *livret* » constituant un guide pour se préparer à l'exercice de fonctions d'encadrement. Ce livret est visé par chaque directeur des soins accueillant le « faisant - fonction » sur son site. Tous les entretiens, d'accueil ou d'évaluation font l'objet d'un compte rendu écrit dans le livret. Le nom du cadre de santé ayant accepté d'être « tuteur » est mentionné. Les besoins en formations émergeant des entretiens d'évaluation y figurent également ainsi que les suites données par le postulant. Ce livret, suit le postulant cadre dès lors qu'il a fait part de son projet au directeur des soins et que ce dernier a émis un avis favorable. L'expérience de « faisant - fonction » s'inscrit comme un moyen parmi d'autres pour se préparer à exercer la fonction.

5.2.3 Sur le type d'accompagnement proposé par les responsables.

La moitié des établissements attribue ce rôle d'accompagnement aux cadres supérieurs de santé.

Deux établissements (C et G) estiment que compte tenu du contexte, ce rôle revient au directeur des soins qui doit se rendre disponible et répondre aux demandes des « faisant - fonction ».

Deux autres établissements (B et E) ne proposent aucun accompagnement particulier.

Outre la supervision du cadre supérieur de santé, l'établissement D propose un « *parrainage* » au « faisant - fonction » assuré par un cadre de santé qui s'est porté volontaire. Le directeur des soins reste disponible pour rencontrer et aider le postulant cadre.

Enfin, sur l'établissement H, outre la supervision du cadre supérieur de santé, un « tuteur » est nommé par le directeur des soins pour accompagner le « faisant - fonction ». De même, en début de projet, en amont du « faisant - fonction », une réflexion est proposée aux postulants cadres sur des thèmes liés à la fonction d'encadrement. Enfin, une semaine d'intégration est organisée pour permettre aux nouveaux cadres accueillis sur l'établissement et aux « faisant - fonction » d'être informés sur le fonctionnement de l'institution. Chaque direction fonctionnelle et celle du site y participent.

L'existence d'une volonté commune sur l'établissement, les conditions d'attribution des postes de « faisant - fonction », le type de contrat réalisé et les modalités d'accompagnement proposées nous permettent de retenir uniquement deux établissements qui répondent aux critères précisés dans notre hypothèse de départ.

Pour nous, seuls les établissements D et H, établissements de tailles les plus importants, proposent un dispositif en mesure de favoriser la réussite du projet professionnel des futurs cadres de santé.

Quels sentiments, les « faisant - fonction » ont-ils de leur situation et en quoi le dispositif d'accompagnement qui leur est proposé interfère-t-il, selon eux sur ce sentiment? C'est ce que nous avons tenté de percevoir dans les vingt et un entretiens menés auprès d'infirmiers « faisant - fonction » ou ayant fait récemment fait fonction.

5.3 ENTRETIENS MENES AUPRES DES INFIRMIERS « FAISANT - FONCTION ».

Compte tenu du nombre d'entretiens, nous avons fait le choix de faire précéder notre analyse d'une présentation synthétique de notre population enquêtée à partir d'un tableau.

5.3.1 La population enquêtée

Entr.	Diplôme	Age	Service	Ancienneté FF	Projet prof.	Concours
A1	IDE	35	MAPAD	8 m	IFCS en 2003	a fait une préparation
B1	IDE	36	SSR	2 a et 1 m	IFCS en 2003	échec en 2002
B2	IDE	45	SIAD	10 a	?	néant
B3	IDE	40	M. de Retr.	5 a	formation d'adaptation	néant
B4	IDE	41	MAPAD	7 m	IFCS en 2003	en 2003
C1	IDE	40	Médecine	3 a	IFCS en 2002	échec en 01
D1	IDE	42	Médecine	7 m	IFCS en 2002	échec en 94
D2	IDE	40	M. de Retr.	6 m	IFCS en 2003	en 2003
E1	ISP	55	Psy hospi PT	13 a	retraite 2002	néant
E2 *	ISP	53	Psy hospi PT	13 a	retraite 2003	néant
E3	ISP	52	H-24 et CMP	1 a et 2 m	nommé ISP classe sup.	néant
F1	IDE	48	Nuit	6 m	IFCS en 2002	échec en 98
F2	ISP	30	Nuit	7 m	IFCS en 2002	échec en 99
F3	IDE	43	Cardiologie	10 m	IFCS en 2002	en 2002
F4	IDE	40	Pédo psy	7 m	IFCS en 2003	échec en 02
G1	IADE	50	Anesthésiologie	6 a et 6 m	rester FF	néant
G2	IBODE	40	Bloc chir.	2 m	?	échec en 00
H1	PDE	33	Transplantation hépatique	1 a et 2 m	IFCS en 2003	2 échecs
H2	PDE	34	Hémato clinique	2 m	IFCS en 2003	échec en 02
H3	IBODE	40	Bloc viscéral	8 m	IFCS en 2002	échec en 01
H4 *	IBODE	34	Bloc neurochir	1 a	être nommée rapidement	en 2001

* E2 est cadre de santé nommé depuis un an.

H4 est sortie de l'I.F.C.S. en juin 2002, elle reprend un poste de « faisant - fonction » dans l'attente d'une nomination.

Commentaires

◆ Sur l'âge :

Tous les professionnels rencontrés ont plus de trente ans. Si l'on considère uniquement ceux qui ont le projet d'entrer en I.F.C.S., ils ont tous entre 30 et 48 ans. Là, également il y a concordance avec les statistiques annuelles du C.E.F.I.E.C. qui constate un vieillissement de la population en formation cadre.

◆ Sur l'ancienneté de l'expérience de « faisant - fonction » :

Tous ceux qui ont les durées les plus courtes de « faisant - fonction » ont des projets d'I.F.C.S. à court terme. Pour les autres la justification est variable. B2, par exemple, qui est responsable d'un S.I.A.D., dit avoir pris ce poste après une longue expérience en libéral. C'est l'intérêt pour ce type de travail qui l'a guidé dans son choix. Elle se dit coordonnatrice, n'a jamais eu le projet de suivre une formation de cadre. Elle est prête à ré-envisager son avenir professionnel ailleurs qu'à l'hôpital et dans des fonctions soignantes.

B3, a accepté un poste pendant cinq ans pensant qu'elle serait nommée pour sa valeur professionnelle comme son grade le permet, ce que lui aurait promis l'ancien chef d'établissement. Depuis la récente réforme du statut, B3 envisage l'avenir différemment et ne se fait plus d'illusions. De même, E3 pensait être nommé cadre de santé après réussite aux épreuves de l'examen professionnel. Son projet est de devenir infirmier de classe supérieur en attendant la retraite. C'est un peu ce qu'ont fait E1 et E2 qui ont occupé un poste de cadre durant treize ans, espérant que leur établissement les nommerait. A la veille de leur départ à la retraite ils ont pris conscience que cela ne se produirait plus.

Pour G1, la situation est différente. Elle a accepté ce poste de cadre car l'établissement n'a pas réussi à recruter de cadre I.A.D.E. Elle n'a pas de projet d'I.F.C.S. et se dit prête à rester sur ce poste jusqu'à ce qu'un recrutement ait eu lieu ce qu'elle ne souhaite pas avant son départ à la retraite.

◆ Sur l'expérience du concours :

Sur les treize professionnels qui ont le projet d'entrer en I.F.C.S., dix ont déjà vécu un échec au concours. Tous situent leur projet de formation à court terme. Ceux qui entrent en I.F.C.S. en 2002 et qui connaissaient les résultats du concours au moment de l'entretien et ceux qui ont le projet pour 2003 parce qu'ils ont connu un échec cette année ou parce qu'ils souhaitent tirer profit de leur expérience de « faisant - fonction ».

Comme nous l'avions annoncé, nous présenterons nos résultats et les analyserons selon les trois thèmes suivants : le positionnement en tant que cadre, le pouvoir et sa légitimité et l'accompagnement dont le cadre bénéficie.

5.3.2 Le positionnement en tant que cadre.

Se positionner comme cadre dans un service, c'est pouvoir travailler avec l'ensemble des interlocuteurs. C'est exercer pleinement son rôle et effectuer l'ensemble des tâches qui lui sont confiées. Selon nous, en tant que « faisant - fonction », ce positionnement est moins aisé que pour un jeune cadre de santé nommé et ayant bénéficié d'une formation. Nous avons voulu savoir si sur notre échantillon, les personnes parvenaient à se positionner aisément et si ce positionnement était facilité par l'institution.

- **Quelles fonctions sont ou ne sont pas exercées par les « faisant - fonction » ?**

La liste que nous avons utilisée comportait les dix-sept propositions suivantes :

1	Organisation des soins
2	Participation fréquente aux soins
3	Suivi des projets de soins
4	Coordination entre équipe soignante et médecins
5	Mise en oeuvre d'une politique d'amélioration de la qualité des soins
6	Gestion des matériels (soins, petites fournitures, produits hôteliers...)
7	Relations avec patients et familles
8	Gestion administrative des mouvements de patients
9	Animation de l'équipe soignante
10	Négociation
11	Gestion des conflits
12	Gestion des compétences (projets de formations)
13	Gestion des effectifs (plannings)
14	Evaluation des personnels
15	Conduite des projets de service
16	Explicitation et mise en oeuvre des projets de l'établissement
17	Encadrement des stagiaires

Nous exploiterons cette question à partir du tableau ci-dessous qui restitue l'ensemble des réponses fournies.

	Service	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A1	M.A.P.A.D.		X											X				
B1	S.S.R.	X	X				X		X									
B2	S.I.A.D.																	
B3	M. de retraite		X				X											
B4	M.A.P.A.D.		X		X													
C1	médecine		X	X														
D1	médecine		X				X											
D2	M. de retraite		X						X									
E1	psy hospi. PT																	
E2	psy chronique								X									
E3	psy ados H-24		X						X									
F1	nuit		X	X			X	X	X	X								
F2	nuit		X	X				X		X					X	X	X	X
F3	cardiologie		X															
F4	pédopsy		X															
G1	anesthésiologie							X	X	X	X	X			X			X
G2	bloc			X				X	X									
H1	chirurgie		X															
H2	hémato clinique		X															
H3	bloc		X						X									
H4	bloc		X	X				X	X									
Total		1	16	5	1	0	4	5	9	3	1	1	0	1	2	1	1	2

Parfois, la particularité du poste explique que certaines fonctions ne soient pas exercées. Les blocs opératoires n'ont pas de contact avec les familles et ne gèrent pas les mouvements de malades. De même, le travail de nuit exclue certaines fonctions. Toutefois nous sommes surpris par les réponses de F2 qui semble peu investie dans les différents projets de son établissement.

La participation aux soins est fréquente pour B2, E1, E2, G1 et G2.

B2 qui s'estime plus coordinatrice que « faisant - fonction » de cadre fait partie intégrante des équipes d'intervenants à domicile. Elle n'a pas le projet de devenir cadre.

E1 et E2 semblent être passés d'une fonction soignante à des fonctions d'encadrement sans prise de recul suffisante. Ils s'intègrent toujours dans le planning de l'équipe soignante.

Pour G1 et G2 leurs fonctions d'encadrement s'exercent là où elles travaillaient comme infirmières. Elles restent toutes deux techniciennes avant tout. D'ailleurs, G1 se sent plus référente que « faisant - fonction » et exerce peu de fonctions habituellement exercées par des cadres.

➤ **Quel était son lieu d'exercice précédent?**

Lors de nos entretiens, nous avons voulu approfondir cette question et savoir dans quel service le « faisant - fonction » exerçait-il comme infirmier avant sa prise de fonction. En effet, il nous semble préférable d'exercer des fonctions de cadres dans un service différent. Ce n'est pas le cas de A1 qui estime, par ailleurs, que sa plus grande difficulté réside dans la gestion des conflits, qu'elle explique par le fait d'être connue des autres infirmières *« ça aurait été plus clair dans un autre service, mais je pense que mon statut de « faisant - fonction » y est pour beaucoup dans cette difficulté »*.

De son côté, E3 exprime spontanément des difficultés relationnelles avec son équipe, il a le sentiment de ne pas être reconnu par elle. *« On m'a fait des petits dans le dos, l'équipe a demandé une réunion au directeur sans ma présence »*. Les trois principales difficultés qu'il retient dans la proposition de liste sont la gestion des conflits, la conduite des projets du service et l'animation de l'équipe soignante.

G2 n'évalue pas le personnel du service, *« ce serait mal vécu par mes collègues »* dit-elle. *« Elles me demanderaient de quel droit et quelles compétences j'ai pour le faire »*. Les deux principales difficultés évoquées dans l'exercice de ses fonctions sont la négociation et la gestion des conflits.

➤ **A-t-il été présenté?**

Nous estimons que demander l'avis du cadre supérieur de santé et du chef de service sur l'affectation d'un « faisant - fonction » qu'ils vont accueillir sur leur service facilite son intégration et accélère le positionnement. En effet, il oblige à une rencontre en amont de la prise de poste qui permet à chacun de faire connaissance et au « faisant - fonction » de se préparer à ses futures missions.

Une présentation à l'équipe soignante, en amont de la prise de poste, nous paraît également essentielle. Cette rencontre, si brève soit elle, est importante pour l'équipe et pour le « faisant - fonction ». Organisée par le cadre supérieur de santé ou le directeur des soins, elle évite les inquiétudes respectives et situe le « faisant - fonction » comme LE cadre de ce service.

Enfin, une présentation aux autres cadres de l'établissement permet d'intégrer le « faisant - fonction » parmi ses nouveaux collègues.

Les entretiens ne nous ont pas permis de mettre en évidence l'importance de ces rencontres préalables. Nous n'avons pas repéré de règles particulières propres à un établissement. Même sur les établissements D et H, que nous considérons comme établissements ayant développé une réflexion sur l'accompagnement des « faisant - fonction », il ne semble pas y avoir de règles établies. D1 et H3 avaient rencontré le cadre supérieur de santé avant de prendre leurs fonctions et ils avaient émis un avis. En revanche D2, H1 et H2 ne l'ont pas rencontré.

Nous avons été surpris par le peu d'avis demandés aux médecins responsables des services. Seuls F3, F4, H2 et H3 sont dans ce cas. Pour les « faisant - fonction » exerçant dans les unités pour personnes âgées la situation est différente puisqu'il n'y a pas de médecin attiré au service. Mais dans les autres cas le « faisant - fonction » a fait connaissance avec le responsable médical du service le matin de la prise de fonction.

En ce qui concerne la présentation à l'équipe, seule F1 n'en a pas bénéficiée. Tous les autres ont été présentés ou été déjà connus des équipes. Certains comme B1, C1 et H3 ont bénéficié d'un temps de chevauchement respectivement d'un mois, de quinze jours et d'une demi-journée, un temps qui leur a permis, disent – elles, d'être présentée à l'équipe par le cadre partant.

Le plus souvent, c'est le cadre supérieur de santé qui présente le « faisant - fonction » à l'équipe, mais il se peut que ce soit le directeur des soins (D1), le chef de service (E1) ou le chef d'établissement (B3). En seconde position, vient le cadre sortant qui présente son successeur à son équipe.

La présentation aux collègues cadres est généralement réalisée par les directeurs des soins à l'occasion des réunions d'encadrement qui sont instituées partout. De plus certains établissements ont fait paraître une note de service diffusée sur l'ensemble de l'établissement (B2, B4). Outre cette information, D2 a été présentée à l'ensemble des membres de l'équipe de direction.

➤ **Bénéficie-t-il d'un intéressement?**

Nous avons cherché à savoir si les « faisant - fonction » bénéficié d'un intéressement particulier, prime d'encadrement ou prime de service augmentée. Il nous semblait que cette rétribution de l'institution avait plutôt un sens symbolique à trois niveaux. Tout d'abord entre l'institution et le « faisant - fonction » qui reconnaît que ce dernier exerce effectivement des fonctions d'encadrement; entre les cadres de santé et les « faisant - fonction » ce qui peut

contribuer à ce qu'ils se reconnaissent mutuellement comme collègues. Enfin vis-à-vis de l'équipe soignante comme marque d'une différence de fonctions. Nous estimons qu'elle contribue également au positionnement du « faisant - fonction ».

Là, aussi, plusieurs pratiques sont retrouvées. L'établissement B verse une surprime aux « faisant - fonction » égale à 450 euros par an. L'établissement E verse une prime mensuelle d'encadrement de 30 euros.

D1 bénéficiait d'une surprime mais les critères d'attribution ont changé et elle ne perçoit plus rien. D'ailleurs, le directeur des soins estime que l'établissement n'a pas à verser de rétribution supplémentaire dans la mesure où un poste de cadre a été confié au postulant cadre, ce qui représente déjà, à ses yeux, une forme de rétribution. C'est un peu ce que pense H4 qui estime que la surprime qu'elle perçoit ne représente rien comparée à la confiance qu'on lui a accordé en lui confiant un poste de « faisant - fonction ». En revanche, H1 trouve cela symboliquement important car elle y voit une marque de reconnaissance.

F2 a fait la demande auprès de la direction de son établissement qui n'est pas favorable.

F4, qui ne bénéficie de rien, trouve cela injuste car dit- elle, « *je gagne moins qu'avant* ».

➤ **Une fiche de poste lui a-t-elle été remise ?**

Nous avons voulu savoir si au moment de la prise de fonction, l'infirmier avait bénéficié d'un document écrit lui présentant quelles étaient les particularités du poste qu'il allait occuper, quelles en seraient ses missions et ses limites. Volontairement, nous n'avons pas précisé le type de document attendu, il pouvait bien sûr s'agir d'une fiche de poste mais aussi de n'importe quel autre document. Ce qui nous paraît important c'est que le « faisant - fonction » puisse connaître l'essentiel de sa mission, les tâches qu'il aura à accomplir et pouvoir s'y référer en cas de besoin. Cet élément représente également une aide au positionnement en début d'expérience.

A1 en a eu une en sa possession au début. Elle y trouve un double avantage. « *Cela permet de se situer en tant que cadre mais si elle est connue de l'équipe, cela lui permet également de nous situer, ce qui est important* ».

B2 et B3 ont apprécié la remise d'une fiche de poste et l'ont vécu comme une aide.

C1 estime que cela lui a fait défaut. « *On est parachuté sur le poste sans même connaître son rôle !* »

D1 aurait aimé trouver une définition de ce qu'est un cadre infirmier mais avoue qu'en contrepartie cela lui a permis une autonomie importante.

D2 en a reçu une plusieurs semaines après sa prise de fonction. Elle avoue que cela lui a manqué. « *Au début, on marche au feeling. On (l'équipe) voulait me faire faire du travail infirmier car il manquait un 50 % dans l'équipe !* »

F2, s'est sentie démunie au départ et s'est retrouvée très vite en difficulté. F3 partage ce point de vue : « *c'est un changement tellement brutal et complet de fonction* ». Pour F4 elle aurait apprécié un document, ne serait-ce que pour lui rappeler ses responsabilités.

E1, E2 et E3 n'en ont pas bénéficié mais n'en voient pas l'intérêt. Pour E1, il y avait longtemps qu'il était infirmier lorsqu'il a pris un poste de cadre et estime qu'il connaissait le travail. E2 dit qu'il connaissait le rôle du surveillant car auparavant, il avait travaillé avec un cadre qui partageait beaucoup son expérience. Quant à E3 il dit avoir fonctionné surtout par mimétisme des autres cadres.

G1 ne trouve pas cela indispensable car dit-elle, « *je ne me positionne pas trop en tant que cadre. J'ai surtout des relations de collègues même si cela n'est pas évident* ». En revanche G2 a reçu un document rédigé par le directeur des soins en collaboration avec le chef de service et le cadre précédent. Les missions, et les grands domaines de responsabilité sont énoncés.

Enfin une mallette a été remise à H1 comprenant une fiche du poste qu'elle occupe, le règlement intérieur de l'établissement, la réglementation professionnelle et les organisations institutionnelles. « *Au moins* » dit-elle, « *on sait où on va et ce qu'on attend de nous* »

Commentaires.

Cette première partie d'entretien montre une grande hétérogénéité des réponses. Il ne semble pas que des règles soient établies et appliquées pour tous au sein d'un même établissement. Même sur les établissements D et H, les pratiques semblent différentes d'un « faisant - fonction » à un autre.

Les capacités de recrutement des établissements interfèrent sans aucun doute sur le respect des principes posés, ce qu'ont clairement fait remarquer les responsables des établissements A, B, F, G et H. Toutefois, globalement, l'effort des établissements pour faciliter le positionnement des postulants cadres ne paraît pas probant. Peu d'informations semblent leur être communiquées sur leur fonction ou sur les règles d'organisation de l'institution.

Les « faisant – fonction » semblent, bien souvent, parachutés sur leur nouveau poste qui parfois se situe dans le même service que précédemment. Peu perçoivent un intéressement.

5.3.3 Le pouvoir et sa légitimité.

Les « faisant - fonction » rencontrés ont-ils la possibilité d'agir sur les organisations. Leur pouvoir est-il reconnu par les différents interlocuteurs? Ont-ils à leur disposition les informations importantes qui leur permettent d'agir?

➤ L'accès à l'information.

Nous avons considéré comme essentielle, la connaissance des informations contenues dans le projet d'établissement dans son ensemble. Selon nous, la référence à ce document contribue à donner du sens aux différents projets et aux décisions institutionnelles.

Une majorité des personnes enquêtées ont en leur possession le projet d'établissement avec le projet du service de soins infirmiers. La plupart dit avoir lu ces documents, dit en connaître les grandes lignes, sans pour autant pouvoir en parler plus. Les plus précis sont ceux qui ont eu ces documents à leur disposition parce qu'ils siègent à la Commission du service de soins infirmiers ou à la Commission de conciliation ou parce qu'ils ont un mandat syndical.

➤ Le sentiment d'agir sur les organisations.

Tous ont le sentiment de pouvoir agir sur les organisations de leur service. Mais ces réponses positives sont néanmoins souvent accompagnées de réserves.

D2 par exemple se sent freinée dans ces initiatives : « *On m'a dit (le directeur des soins) qu'il fallait exercer la fonction dans la continuité de ce qu'il se faisait avant mon arrivée.* »

E1 qui a exercé en tant que « faisant - fonction » pendant 13 ans avant d'être nommé se souvient qu'au début c'était difficile et que sa parole n'était pas forcément entendue : « *On me faisait sentir que j'étais « faisant - fonction », ça portait moins que si j'avais été nommé, même de la part des autres cadres nommés. On est sur un siège éjectable* ». C'est ce que semble avouer également E2 qui a exercé avec un autre cadre nommé sur le même service. « *Il y avait une pression terrible, même avec le cadre supérieur qui m'imposait du personnel dont je ne voulais pas* »

Cette difficulté de fonctionnement avec des collègues cadres est partagée par A1. Vis-à-vis de certains cadres nommés « au mérite » elle dit ne pas être reconnue : « *Il faut prouver que j'ai le droit, donc on fait plus, on s'autorise pas le droit à l'erreur. Il faut prouver qu'on vaut autant* ». Elle évoque des difficultés avec les familles également qui lui disent : « *Vous n'êtes pas surveillante, mais vous ne faites pas de soins non plus, vous n'êtes pas infirmière alors !* ».

Pour B2 c'est au niveau de son équipe qu'elle rencontre des difficultés : « *je me suis trouvée désavouée par le cadre supérieur de santé face à l'équipe pour un problème de charge de travail.../...certains agents ont fait des propositions directement à la direction sans passer par moi.../...je ne me sens plus à l'aise par rapport à l'équipe* »

Pour G2, c'est différent, « faisant - fonction » dans le service où elle exerçait en tant qu'infirmière, elle éprouve des difficultés à remanier le planning qui était géré auparavant par deux référents. « *Je leur ai pris un peu de leur pouvoir et elles le vivent mal. J'aurais été nommée, je pense qu'elles n'auraient pas réagi de la sorte* ». Ce sentiment est partagé par F4 qui pense qu'elle se positionnerait encore plus si elle était cadrée.

En revanche ce n'est pas l'avis de B1, B4, F3 ou encore H2, H3 et H4 qui se considèrent comme les cadres de santé du service.

F1, qui exerce la nuit, se dit freinée dans son rôle par manque d'informations. Elle ressent des difficultés pour se positionner : « *Face aux agents, j'ai le poste et j'ai pas le poste. Je ne m'autorise pas à intervenir dans l'organisation du service même si je dis ce que je pense. Un agent m'a dit « Tu n'as pas d'ordre a me donner », je manque de légitimité* »

F2 a le sentiment qu'elle peut agir mais elle aussi doute fortement de sa légitimité : « *j'ai souvent entendu : Nathalie (le cadre de santé qu'elle remplace provisoirement) aurait pas fait comme ça ou encore : faites ce que vous voulez, quand Nathalie reviendra on fera autrement* ». « *On n'a pas la légitimité, c'est pénible, c'est une bataille de tous les instants* ».

C'est également le cas de E2 qui dit ressentir des difficultés dans son sens de l'autorité : « *tu fais fonction et on te le fais sentir.../... pendant deux à trois ans j'avais pas trop de légitimité même si les infirmières m'ont toujours respecté.*»

Commentaires

Si une majorité des « faisant - fonction » a le sentiment de pouvoir agir sur les organisations du service, ils sont nombreux à éprouver un manque de reconnaissance et de légitimité de la part des équipes pour certains mais aussi de l'encadrement infirmier pour d'autres. Souvent ressort l'impression que si on était nommé, on agirait différemment, on aurait plus de pouvoir ou on serait plus reconnu.

Il semble que sur l'établissement H les « faisant - fonction » rencontrent moins de problèmes qu'ailleurs dans leur positionnement et la légitimité de leur pouvoir.

5.3.4 Le sentiment d'être accompagné

Il nous paraît capital que le « faisant - fonction » puisse disposer d'un accompagnement durant cette expérience professionnelle. Comme nous l'avons vu, c'est en se confrontant à de nouvelles expériences que l'adulte apprenant peut donner du sens à ses actions, aux

situations. Le « faisant - fonction » a besoin de conforter ses impressions, confronter ses analyses, valider ses projets. Comme le souligne A1 si elle peut agir c'est grâce au cadre supérieur infirmier qui lui en donne les moyens. Effectivement, souvent dépourvu de la compétence nécessaire pour exercer sa mission, ne connaissant pas encore les règles de fonctionnement de l'établissement et n'ayant pas encore constitué de réseau de communication, le « faisant - fonction » a besoin de s'entourer d'avis, de conseils qui lui permettent de prendre des initiatives.

Dans la plupart des cas, c'est le cadre supérieur de santé et les collègues cadres de santé qui jouent ce rôle. Mais cette règle n'est pas instituée partout et parfois c'est le « faisant - fonction » qui doit lui-même en faire la demande. Le plus souvent c'est lui qui sollicite un collègue qui l'accompagnera.

Par ailleurs, il semble que les cadres supérieurs de santé ne soient pas très disponibles pour assumer cette mission comme le soulignent H3, H4 ou B4 qui dit ne recevoir aucune aide du cadre supérieur de santé qui fait lui même fonction de directeur des soins.

F2 qui n'a pas trouvé l'aide attendue auprès du cadre supérieur de santé a sollicité le directeur des soins qui a accepté.

D'autres, comme F4 et G1 disent « se débrouiller seule » ne bénéficiant d'aucun accompagnement.

Seuls les établissements D et H proposent un tuteur ou un référent cadre de santé désigné par le directeur des soins. « *c'est une étape essentielle* » comme le souligne H2, « *il y a tellement de points à éclaircir, c'est aidant, c'est un conseiller précieux* ». H1 va plus loin encore « *elle nous aide aussi pour le concours, pour notre projet professionnel, par rapport à notre expérience de « faisant - fonction »* ».

5.3.5 Le sentiment d'être évalué.

De même, nous pensons que le « faisant - fonction » a besoin d'être évalué dans ses actions. De type formatif, elle lui permet de se situer dans l'exercice de la fonction. Elle lui permet de dépasser certains obstacles et de rectifier certaines positions.

Sur les établissements D et H cette évaluation est instituée. Elle se déroule à fréquence variable qui va de une fois par mois à une fois par an. Elle a lieu en présence du directeur des soins et du cadre supérieur de santé.

Sur les autres établissements, il semble que rien ne soit arrêté. A1, E1, E2, E3 ne bénéficient pas d'évaluation spécifique à leur expérience de « faisant -fonction » mais un point est réalisé au cours de l'entretien annuel qui se déroule dans le cadre de la notation.

B1, B2, B3 ont bénéficié d'une évaluation alors que B4 en aurait demandé une et n'aurait pas reçu de réponse favorable.

C1 a attendu trois ans pour rencontrer l'ancien « faisant - fonction » d'infirmier général et faire le point avec lui.

Quant à G1 elle a bénéficié d'un seul entretien d'évaluation avec le directeur des soins, il y a deux ans.

F1 a dû demander pour avoir un entretien d'évaluation avec le directeur des soins. L'entretien a eu lieu et depuis plus rien, ce qu'elle regrette.

Commentaires :

Hormis sur les établissements D et H, les « faisant - fonction » paraissent parfois livrés à eux-mêmes. Il leur revient souvent d'organiser leur propre accompagnement.

Par ailleurs, le « faisant - fonction » est en attente d'évaluation et apprécie les entretiens réalisés dans ce sens.

Toutefois, nous nous interrogeons sur l'absence d'entretien d'évaluation et sur leur fréquence, lorsque ceux-ci existent. Plus d'un an sans rencontrer celui ou celle à qui nous avons confié un poste de cadre ou ne jamais le rencontrer ne nous paraît pas être le reflet d'une conception formative du « faisant - fonction ». Le bénéficiaire, à court terme, revient uniquement à l'établissement qui a réussi à combler ses postes vacants. Mais, à long terme, qu'en est-il pour?

5.3.6 Les difficultés ressenties

Demander aux « faisant - fonction » s'ils rencontraient des difficultés dans l'exercice de leur nouveau métier nous paraissait une question intéressante. Elle permettait de situer la nature des difficultés rencontrées et ainsi le type de réponses à apporter.

Comme nous l'avons déjà expliqué dans la méthodologie de notre enquête, nous avons exploité cette question en deux temps. Tout d'abord, nous avons recueilli l'expression spontanée de leurs difficultés. Dans un second temps, nous leur avons proposé de classer par ordre décroissant de difficultés l'exercice de certaines fonctions choisies parmi les dix-sept propositions de la liste présentée page 38.

Tous ont exprimé des difficultés soit spontanément soit à partir de la liste.

◆ Les réponses spontanées :

Elles sont diverses mais concernent en premier lieu **le positionnement**. C'est le cas de A1 mais aussi de B2 à qui on a reproché de ne pas se positionner lors d'un conflit entre deux

agents, E3 et H3 qui ont le sentiment de ne pas être reconnus, tout comme F1 qui dit manquer de légitimité.

L'animation des équipes reste une fonction délicate pour F3. G2 rencontre des difficultés dans ses relations avec ses collègues. Faire en sorte que les équipes se motivent est une préoccupation pour H1. Quant à D2, elle estime que *« c'est lourd à porter (le personnel) .../...j'en ai eu mal au dos, l'équipe se repose sur moi, c'est difficile parce qu'on bascule dans la fonction d'un seul coup »*

Viennent ensuite des expressions qui concernent la mise en oeuvre des projets de l'établissement. Par exemple le passage aux 35 heures pour D1, l'accréditation pour G1, le projet de service pour C1, la qualité car *« c'est un non sens dans le contexte actuel de manque de moyens »* pour B4 ou les restructurations pour B3.

◆ **Les choix opérés à partir de la liste.**

Nous avons retenu les trois premiers domaines de difficultés exprimés par chaque « faisant fonction ». Afin de les exploiter nous leur avons attribués des scores. Le domaine représentant le plus de difficultés se voit attribué un score de 3 points, le deuxième, un score de 2 points et le troisième, 1 point.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
A1				2					1		3						
B1									3		3						
B2											3				2		
B3					2				3		1						
B4											2			1			3
C1											1				3	2	
D1			1		2						3						
D2																	
E1											3		2		1		
E2											2						3
E3									1		3				2		
F1									3						2	1	
F2											3						
F3			2		1										3		
F4													3				3
G1															3	2	
G2		1								3	2						
H1										2	3		1				
H2					1									2			3
H3													2				3
H4																	
nb. points	0	1	3	2	6	0	0	0	11	5	32	0	8	3	16	20	0
nb. fois cité	0	1	2	1	4	0	0	0	5	2	13	0	4	2	7	8	0
en 1er									3	1	8		1		3	5	
en 2ème			1	1	2					1	3		2	1	3	2	
en 3ème		1	1		2				2		2		1	1	1	1	

Les quatre domaines de difficultés qui sont cités le plus souvent sont :

- ◆ La gestion des conflits
- ◆ L'explicitation et la mise en oeuvre des projets de l'établissement
- ◆ La conduite des projets de service
- ◆ L'animation de l'équipe soignante.

➤ **La gestion des conflits.**

Elle représente une difficulté pour plus de la moitié des « faisant - fonction » et pour huit, il s'agit de la principale.

C'est le cas de A1 qui pense que cette difficulté vient du fait qu'elle était déjà connue des infirmières avant de prendre le poste de cadre et de sa position de « faisant - fonction ».

B2 estime que c'est lié à son « *manque d'approche de son savoir - être* » et au fait qu'elle était également connue de l'équipe.

E1 trouve « *difficile de mettre les choses à plat surtout quand des clans se forment* »

F2 pense que cela vient de sa difficulté à dire non et de sa situation de « faisant - fonction ». En même temps elle avoue « *c'était plus facile quand la direction imposait* »

D1 attribue cette difficulté « *à des organisations nouvelles dans lesquelles les agents ne se retrouvent pas* ». Elle pense qu'il s'agit uniquement d'un moment difficile.

Pour H1, « *c'est l'ambiance qui est très mauvaise entre les IDE et les AS qui fait que cela éclate trop souvent, c'est pénible.* »

Pour B4, c'est une question d'apprentissage : « *il y a des choses qui doivent s'apprendre* »

C'est un peu le sentiment de E2 qui dit : « *C'est difficile parfois de trouver des arguments, j'ai une petite base, j'ai pas fait l'école* »

➤ **L'explicitation et la mise en oeuvre des projets d'établissement.**

Cette fonction est jugée difficile par un peu plus d'un tiers des personnes enquêtées. Le motif le plus souvent évoqué est, le manque de compréhension à leurs niveaux.

B4 estime que « *ce n'est déjà pas clair* » pour lui, mais en plus , « *parfois il faut défendre l'indéfendable* ». Il en est de même pour E2 qui avoue « *je n'ai pas toujours compris moi-même* ». F4 estime que dans son établissement qui est en restructuration, « *c'est trop complexe* ».

H3 et H2 nous livrent : « *on nous demande d'appliquer des choses dont on ne connaît pas forcément tout et en plus on nous laisse peu de temps* ».

➤ **La conduite des projets de service.**

Ce domaine arrive en troisième position dans les difficultés ressenties, il est cité huit fois mais seulement trois fois en difficulté principale.

Pour C1 la difficulté est liée à un manque de connaissances méthodologiques. C'est également le cas de F3 : « *j'ai l'impression qu'il me manque une compétence dans le domaine, j'en suis pas acteur réellement* ». Quant à G1 elle explique cette difficulté par son désaccord avec le nouveau chef de service avec qui elle ne partage pas les mêmes points de vue.

Pour B3, c'est un problème récent lié à la mise en place des 35 heures : « *les agents ne veulent plus faire d'heures supplémentaires, ils ne veulent plus s'engager dans des réunions de réflexion, c'est récent, avant ils restaient, maintenant ils se lèvent et partent. En ce moment, j'ai beaucoup plus besoin d'énergie pour convaincre* ».

➤ **L'animation de l'équipe soignante.**

Elle arrive en quatrième position. Elle est citée cinq fois et trois fois en difficulté première.

B1 estime « *que c'est difficile avec l'absentéisme et l'ARTT de faire bouger les troupes. Même pour la constitution du plan de formation, elles n'ont pas répondu. Les gens viennent travailler mais ne peuvent pas donner plus* ».

B3 exprime son mécontentement : « *parfois cette fonction est pesant et par la dessus on nous parle d'accréditation !* ».

Quant à F1, le doute de sa légitimité ne l'autorise pas à intervenir trop par rapport à l'équipe.

Commentaires :

↳ Qu'ils soient spontanément exprimées ou induits par la liste, les domaines priorités sont identiques et concernent avant tout des difficultés de positionnement, de prise de recul par rapport à l'équipe et de son animation. Ils concernent tous la gestion des ressources humaines et essentiellement des savoirs agis.

Pour certains, il semble difficile d'encadrer une équipe d'anciens collègues et de se positionner en cas de conflits. Pour d'autres, l'incompréhension des projets de l'établissement ,semble due d'une part, à la rapidité avec lesquels ils se succèdent, mais surtout à un manque d'appropriation des projets de l'établissement.

En effet, être cadre c'est défendre et mettre en oeuvre les grands projets institutionnels. Pour y parvenir, il est nécessaire de connaître le projet, le comprendre c'est-à-dire lui donner du sens et le faire sien. Ce n'est qu'à cette condition qu'il peut les expliciter aux équipes pour qu'elles mêmes puissent les concrétiser. Cette démarche implique que les cadres reçoivent les informations nécessaires à la compréhension du projet, comme son enjeu pour l'établissement, son objectif, son origine, les risques en cas d'échec, son étendue, etc...

Mais il est nécessaire également que ces informations lui arrivent suffisamment tôt pour qu'il ait le temps de s'approprier le projet avant de le mettre en œuvre avec l'équipe.

Le « faisant - fonction », souvent moins armé que ses collègues nommés, se trouve alors rapidement confronté à des problèmes de positionnement. L'animation de l'équipe devient une mission délicate et les conflits sont redoutés car ils amènent bien souvent le cadre à intervenir et l'obligent à prendre position.

↳ A partir de la liste, l'expression des domaines de difficultés était libre. Chacun pouvait retenir le nombre de domaines qu'il souhaitait. Certains sont allés jusqu'à six, d'autres n'en ont pas retenus un seul.

Les « faisant - fonction » des établissements D et H sont ceux qui globalement en ont citées le moins.

D1 en a cité trois, D2 aucune, H1 et H2 en ont retenu trois, H3 seulement deux et H4 aucune. Nous ne tirerons aucune conclusion de ce constat mais nous ferons simplement l'hypothèse que ces postulants cadres ont la possibilité grâce, à l'accompagnement dont ils bénéficient, de recevoir les informations nécessaires à une production de sens ainsi que les réponses à leur questionnement.

5.3.7 L'envie de mettre fin à leur expérience.

Nous souhaitons savoir si au cours de leur « faisant - fonction », les infirmiers avaient eu envie de mettre fin à cette expérience ou à leur projet cadre?

Sur les établissements D et H, excepté H1, personne n'a eu envie de mettre fin à son projet. H1 apporte une réserve : *« Sur l'ancien service où je faisais fonction je n'y avais jamais pensé, ici, si, au début, c'était pesant de venir le matin, mais je ne sais pas si j'aurais mis fin. Je me plais dans ce que je fais, ma référente m'a beaucoup aidée durant cette période là »*.

Sur les autres établissements, E1, F1, F2, F3 et F4 n'y ont jamais pensé. F2, au contraire précise que cette expérience lui a permis de la conforter dans son projet.

G2 est plus nuancée car elle se donne trois mois pour prendre une décision : *« j'en parlerai à l'I.G. car je sais que ce n'est pas facile de recruter un cadre I.B.O.D.E. mais en ce qui me concerne, j'ai été trop dégoûtée par les propos que j'ai entendus à l'I.F.C.S. »*

Pour les autres la réponse est positive et s'accompagne parfois de commentaires graves tels que :

- « oui, actuellement car il y a de gros conflits et je ne peux plus remplir ma mission » (B2).

- « oui, en ce moment car le projet de restructuration était l'idée du directeur qui est parti. Maintenant c'est devenu le projet de personne et pourtant, il faut bien le finaliser » (B3).

- « des fois je me demande si je ne vais pas arrêter, le travail infirmier me manque » (E3).

- « oui, périodiquement » (G1).

- « j'y pense le week-end, le soir, la nuit, ça me prend la tête et en même temps je suis sur un siège éjectable » (B4).

Ces propos montrent la souffrance de certains « faisant - fonction » qui révèle, selon nous, une grande solitude alors que cette expérience devrait s'accompagner d'une attention particulière de la part de l'encadrement supérieur.

5.4 COMMENTAIRE GENERAL.

Nous avons isolé deux établissements (D et H) qui, selon nos critères, semblaient avoir mené une réflexion sur l'accompagnement des postulants cadres et avaient mis en place des recommandations ou des procédures à ce sujet. Nous avons tenté d'en repérer les bénéfiques pour les « faisant - fonction ».

Par opposition, sur les établissements qui n'avaient pas instauré de tels dispositifs, nous voulions connaître quels en été les inconvénients.

Les propos tenus par certains responsables font penser qu'ils sous-estiment la complexité d'une expérience de « faisant - fonction ». Etre disponible pour recevoir un « faisant – fonction » en difficulté est plutôt une bonne chose mais est-ce suffisant? Par ailleurs certains propos semblent contradictoires. Des responsables estiment avoir fixé des règles de fonctionnement alors que des « faisant - fonction » disent ne pas en avoir bénéficié, comme l'accompagnement et l'évaluation par exemple.

En revanche, de leur côté, les « faisant - fonction » sont en attente d'accompagnement qu'ils doivent parfois rechercher eux-mêmes.

Des propos recueillis, émergent des difficultés de positionnement, un exercice limité des fonctions pour certains et des problèmes d'autorité.

Nous n'avons pas retrouvé de différences significatives dans les domaines de difficultés évoqués selon les établissements. Seul le nombre de domaines exprimés est différent. Les « faisant - fonction » des établissements D et H en expriment moins mais tous évoquent la grande difficulté à gérer les ressources humaines et expliciter les projets de leur établissement.

Mettre fin à son projet semble être une interrogation essentiellement pour les postulants cadres privés d'accompagnement. Certains semblent en difficulté dans l'exercice de leur fonction. Une grande solitude se dégage de leur propos ce qui nous fait douter du bénéfice d'une telle expérience pour l'infirmier mais aussi pour l'établissement.

En ce sens, nous estimons que notre hypothèse est en partie confirmée. En effet nous n'étions pas en mesure d'appréhender chez chaque « faisant – fonction » ses motivations de départ pour un tel projet ainsi que, par exemple, ses prédispositions personnelles à animer

une équipe. Pourtant, ces facteurs ont certainement pris une place importante dans les propos qu'ils ont pu nous tenir sur leur possibilité d'agir sur les organisations sur les difficultés ressenties et sur leur envie de mettre fin à leur projet.

Toutefois, le discours de l'ensemble des personnes enquêtées, leur niveau de souffrance parfois exprimé nous conforte dans l'idée qu'une expérience de « faisant - fonction » de cadre de santé doit être encadrée et ne peut s'envisager que si elle fait l'objet d'un accompagnement organisé.

C'est ce que nous proposons de présenter dans la dernière partie de cette recherche.

3^{ème} PARTIE

« L'ACCOMPAGNEMENT DU

« FAISANT – FONCTION » »

Lors de nos entretiens, nous avons découvert des établissements très différents. Leur taille, leurs missions, et leur situation géographique interfèrent sur les capacités de chacun à recruter des cadres de santé.

Pourtant, tous ont des postes vacants et tous ont dû recourir à la pratique du « faisant – fonction ».

Toutefois, dans sa politique de gestion des ressources humaines, chaque établissement doit tenir compte de cet environnement avant d'envisager la mise en place de tout dispositif d'accompagnement des futurs cadres.

De ce fait, il ne serait être question, pour nous, de proposer un dispositif standard qui s'appliquerait, dans l'état, dans n'importe quel établissement.

Néanmoins, à partir des enseignements tirés de notre étude, nous sommes en mesure de proposer des recommandations qui doivent, dans tous les cas, être adaptées au contexte de chaque hôpital.

Ces recommandations concernent, dans un premier temps, la politique de l'établissement en faveur de son encadrement puis secondairement, le dispositif général d'accompagnement des « faisant - fonction ».

6 UNE POLITIQUE D'ETABLISSEMENT .

La pénurie de cadres est importante et la fonction n'est pas attractive. Il est capital que l'établissement développe une politique de promotion interne qui doit être partagée par la direction générale, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins.

En préalable, elle suppose que soient re-clarifiées les missions de l'encadrement et précisées les compétences attendues. Certains outils développés dans le cadre de la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences (G.P.E.C.) peuvent y contribuer.

La G.P.E.C. qui consiste *en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et de plans d'actions cohérents* :

↳ *visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en termes d'effectifs que de compétences*

↳ *en fonction de son plan stratégique, ou au moins d'objectifs à moyens termes bien identifiés*

↳ *et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle,¹*

¹ DERENNE O, LUCAS A. / ed. Le développement des ressources humaines. Rennes : ENSP, 2002.p.28.

nous paraît totalement appropriée au moins dans son approche qualitative.

En effet, dans le contexte de pénurie de cadre, que nous connaissons, elle permet d'anticiper l'évolution de ce phénomène et d'y faire face.

Contrairement à ce que nous avons pu rencontrer comme situations sur nos terrains d'études, elle permet de fixer des orientations stratégiques stables auxquelles l'ensemble de la communauté hospitalière peut se référer.

Elle contribue à la valorisation des métiers en réduisant les écarts en termes de compétences.

Enfin elle implique le professionnel dans la réalisation de son projet professionnel.

La G.P.E.C. s'intéresse à la notion de métier « *en tant qu'ensemble de situations de travail présentant des contenus d'activités identiques et requérant donc des compétences similaires, acquises par l'apprentissage et/ou l'expérience et reconnues par l'institution* ». ¹

C'est à partir du métier de cadre et du repérage des différentes activités qu'il recouvre, que l'établissement doit mener une réflexion globale afin de constituer un outil opérationnel d'accompagnement et d'évaluation des expériences de « faisant – fonction ».

6.1 LE REFERENTIEL DE COMPETENCES

Concept inopérational, comme nous l'avons vu, la compétence doit être instrumentée.

Le référentiel de compétences permet un repérage concret qui s'opère à partir des activités communes à un métier. Ainsi, ce repérage met en évidence d'une part, les différents domaines de compétences propres au métier et d'autre part les niveaux de compétences exigés.

La conception d'un tel référentiel, présentée ici de façon schématique et isolée, ne peut se concevoir en dehors d'une volonté affichée de la direction de l'établissement. Elle prend place dans une politique plus globale de gestion des ressources humaines.

Elle se situe en amont de la mise en place de tout dispositif d'accompagnement mais constitue, selon nous, l'outil indispensable pour le postulant cadre et pour ceux qui l'accompagnent dans son projet.

¹ Direction des Hôpitaux, Nomenclature des emplois types de l'hôpital, ENSP, 1990.

6.2 UNE EXPERIENCE SOUS CONTRAT

La proposition d'une expérience de « faisant – fonction » doit faire l'objet d'une contractualisation entre l'établissement et le postulant – cadre. Ce contrat rédigé peut être présenté oralement par le directeur des ressources humaines et / ou le directeur des soins.

Il précise :

↳ la conception de l'établissement dans son recours au principe du « faisant – fonction ». L'aspect pédagogique doit être souligné. L'expérience est resituée comme une des étapes de l'accomplissement d'un projet professionnel

↳ les modalités d'attribution d'un poste de cadre en tant que « faisant – fonction ». Elle reste soumise à un entretien préalable mettant en évidence les motivations et le parcours professionnel.

↳ les modalités de prise en charge d'une formation préparatoire au concours et de la formation cadre.

Certains établissements instaurent une sélection à partir de la présentation d'un projet professionnel à un jury composé d'un cadre supérieur de santé, du directeur des ressources humaines et du directeur des soins. Ce type d'épreuve, quand il existe, doit survenir, selon nous, qu'à l'issue d'une période suffisamment longue d'exercice de la fonction. Elle doit laisser le temps au postulant cadre d'opérer la rupture avec son métier d'infirmier et lui permettre d'amorcer l'appropriation de sa nouvelle fonction.

Dans tous les cas, le lien entre les évaluations réalisées durant l'expérience et une éventuelle prise en charge de la formation cadre, s'il existe, doit être connu avant la prise de poste.

↳ la durée de l'expérience.

Il n'existe pas de durée idéale car les pré – requis, la particularité du poste occupé, le temps nécessaire pour opérer une transformation professionnelle sont propres à chacun.

Toutefois, tout dépend de la place qu'occupe l'expérience dans le dispositif global d'accès à des fonctions d'encadrement. Par exemple, l'établissement H qui confie de tels postes uniquement aux professionnels qui ont fait part de leur projet un an auparavant et qui ont bénéficié de formations spécifiques et d'une réflexion sur la situation d'encadrement durant cette période pourrait estimer qu'une expérience d'un an est suffisante.

D'une manière générale, il semble que deux années d'expérience offrent le temps nécessaire pour appréhender correctement la fonction et offrir de réelles chances de réussite au concours.

Néanmoins, une durée doit être précisée dans le contrat, durée qui peut être reconsidérée à l'occasion d'une évaluation.

↳ le devenir en cas d'échec au concours.

Il s'agit là d'une question délicate qui doit faire l'objet d'une attention particulière. En effet, un échec au concours est fréquent et de nombreux candidats s'y présentent plusieurs fois. Toutefois, on peut se demander si au delà de deux échecs, il faut maintenir la situation de « faisant – fonction » et encourager encore le projet professionnel ?

Le retour sur un poste de soignant doit être accompagné car intellectuellement, il nécessite un travail de « construction / déconstruction » qui n'est pas aisé. Le choix prioritaire d'un poste vacant doit pouvoir être proposé.

↳ le type de poste proposé

Lors de nos entretiens, nous avons constaté que des directeurs de soins étaient contraints de positionner des « faisant – fonction » sur des postes non souhaités. Les difficultés rencontrées sont souvent liées à la taille de l'établissement ou à la nature du poste vacant.

Cependant, deux règles nous semblent devoir être appliquées impérativement.

- le positionnement sur un poste vacant.

Exercer conjointement la fonction avec le titulaire du poste ne nous paraît pas offrir des conditions satisfaisantes d'apprentissage. Le postulant cadre doit pouvoir exercer pleinement les fonctions et être positionné comme LE cadre du service.

- le positionnement dans un autre service que celui occupé précédemment par l'infirmier.

Nous ne reviendrons pas sur ce principe qui lorsqu'il n'est pas appliqué conduit le « faisant – fonction » aux difficultés de positionnement exprimées clairement par une partie de la population que nous avons rencontrée.

↳ l'instauration d'une étape préparatoire à la prise de fonction

Cette période permet au postulant de prendre connaissance du service. Elle permet une prise de contact avec le corps médical, le cadre supérieur de santé du secteur qui organise et accompagne cette étape et l'équipe soignante. Dans la mesure du possible la rencontre avec le cadre quittant le poste permet un réel « passage de relais ».

Il ne s'agit pas d'un positionnement anticipé mais simplement d'un encouragement à s'octroyer des temps de rencontre.

↳ l'éventuelle attribution d'une prime d'encadrement

Elle nous paraît souhaitable. Si le « faisant – fonction » ne peut prétendre à l'attribution de la prime d'encadrement prévue par la réglementation, l'établissement peut faire le choix d'attribuer une bonification dans le cadre de la prime annuelle de service.

↳ qu'un dispositif d'accompagnement est instauré auquel doit se soumettre le postulant.

Au niveau du contrat, il est précisé qu'un document présente le dispositif d'accompagnement proposé.

6.3 LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT.

Il doit s'envisager à deux niveaux : l'aide au cheminement du projet professionnel et son évaluation.

6.3.1 L'aide au cheminement du projet professionnel.

Elle est l'affaire de tout l'encadrement. L'image renvoyée par ce dernier à l'ensemble du personnel infirmier favorise ou non l'émergence de projets cadres. Il en est de même de leur investissement dans la formation de leurs pairs.

Chacun, à sa place, constitue un maillon important du processus d'accompagnement des projets cadres.

6.3.1.1 La conception et l'organisation du dispositif.

Elle relève de la compétence du directeur des soins. A partir de la politique d'accompagnement des futurs cadres, explicitée dans le projet de soins, sa mission consiste à faciliter l'appropriation de cette politique par l'ensemble de l'encadrement et à la décliner sous la forme d'un dispositif. Il lui revient d'évaluer les effets du dispositif proposé.

Il exerce également une fonction conseil auprès des professionnels qu'il reçoit en entretien. Il est à même de déceler des potentialités et faire émerger des projets d'encadrement. Il décide d'une éventuelle expérience de « faisant – fonction ».

Il arrête la liste des cadres de santé qui exercent une mission de tutorat.

6.3.1.2 La supervision.

Elle revient selon nous au cadre supérieur de santé du secteur. Il est garant du respect de la politique de l'établissement en matière d'accompagnement et du contrat passé entre l'établissement et le postulant cadre.

Par des entretiens réguliers dont la fréquence minimum est définie préalablement, il favorise la prise de recul pour mieux appréhender la nouvelle fonction. Il doit être en mesure d'identifier les domaines qui nécessitent une aide particulière ou des apports spécifiques.

Il s'assure également de la qualité de l'encadrement dont bénéficie l'équipe soignante.

Il doit être en mesure d'adapter le type d'aide apportée à l'évolution du niveau de compétence acquis et au degré de motivation développé par le « faisant – fonction ». Il doit donc faire preuve de flexibilité. Compétence et motivation n'évoluent pas forcément de façon symétrique. L'enthousiasme de départ d'une telle expérience peut très vite s'effondrer, confronté à la découverte des difficultés et à la prise de conscience du manque de compétences dans certains domaines.

Dans tous les cas, il devra faire preuve de directivité, c'est - à - dire contribuer à la production de sens, en terme de signification mais également d'indiquer le sens en terme de direction. Il devra aussi apporter son soutien, de nature à encourager, à mobiliser les ressources du postulant.

6.3.1.3 Le tutorat.

Il revient à un cadre de santé nommé, ayant bénéficié d'une formation en I.F.C.S. et exerçant les mêmes missions que celles exercées par le « faisant – fonction ».

Basé sur le principe du volontariat, sa candidature est retenue par le directeur des soins après avis du cadre supérieur de santé. Pour faciliter le rôle du tuteur, il est préférable que ce dernier exerce à proximité du postulant cadre. Le même secteur de soins est à privilégier, le même site constitue un impératif.

Son intervention, moins formelle que celle du cadre supérieur de santé, se situe plus à un niveau opérationnel. Il apporte son aide technique, méthodologique, sa connaissance des organisations, des réseaux de communication et des procédures. Il propose son point de vue sur les situations complexes rencontrées par son collègue. Il aide à la mise en œuvre des projets institutionnels en apportant son expérience. Enfin il est en mesure d'apporter un éclairage sur les missions du cadre de santé ce qui doit contribuer à la maturation du projet professionnel. Sa propre expérience de formation en I.F.C.S. doit aider le postulant cadre à considérer le « faisant – fonction » comme un des éléments du dispositif général de formation.

Que ce soit pour le rôle de superviseur ou pour celui de tuteur, nous pensons nécessaire que des formations à l'accompagnement soient instituées.

6.3.1.4 La réflexion collective.

Le dispositif que nous proposons ne serait pas complet si nous ne favorisions pas la réflexion collective. Selon le nombre de postes occupés par des « faisant – fonction » et les ressources dont il dispose, le directeur des soins a la liberté d'organiser des rencontres sous la forme de tables rondes regroupant l'ensemble des postulants cadres, des cadres supérieurs de santé et cadres de santé autour de thèmes importants pour des cadres en formation.

Cette réflexion collective a pour finalité de partager les expériences de chacun, de faciliter la prise de recul et la production de sens. Elle accélère l'appropriation de la fonction et facilite l'engagement dans le projet professionnel Enfin elle offre une aide conséquente pour le passage de l'épreuve orale du concours d'entrée en I.F.C.S. Il nous paraît souhaitable que l'organisation de cette réflexion soit conçue en collaboration avec l'I.F.C.S. En effet, nos collègues ont la connaissance des thèmes centraux qui questionnent les étudiants cadres et pour lesquels une réflexion en amont du concours et / ou de la formation serait bénéfique.

6.3.2 L'évaluation du cheminement professionnel.

Elle fait partie intégrante du dispositif d'accompagnement. Elle est conçue comme un service offert par l'établissement. C'est une évaluation de type formatif qui doit permettre au postulant cadre de s'auto – évaluer par des bilans d'étapes.

6.3.2.1 En amont de la mise en situation.

Nous situons la première évaluation dès l'annonce du projet d'encadrement par le professionnel. Elle permet de mesurer le degré d'engagement dans le projet et les chances de sa réussite. Elle permet de proposer, en amont d'une expérience de « faisant – fonction », l'inscription dans des formations, la participation à des travaux de réflexion institutionnels ou la rencontre de certains cadres nommés afin de clarifier la perception du rôle d'un cadre soignant.

Le référentiel de compétences sert de support à cette évaluation. Elle est réalisée par le directeur des soins en collaboration avec le cadre supérieur de santé du secteur d'origine du professionnel.

6.3.2.2 Durant la mise en situation.

A partir d'objectifs fixés avec le cadre supérieur de santé, les points d'évaluation permettent de mesurer l'atteinte des objectifs et de proposer des réajustements ou d'en fixer des nouveaux.

Cette évaluation est organisée, selon nous, par le cadre supérieur de santé en collaboration avec le tuteur. Le référentiel de compétences et la fiche du poste occupé servent de support à cette évaluation.

Sa fréquence est à prévoir en début d'expérience et peut être réajustée en fonction des difficultés rencontrées.

Une rencontre avec le directeur des soins est à prévoir semestriellement afin de mesurer le chemin parcouru dans l'appropriation de la fonction cadre et envisager quelle suite donner à l'expérience de « faisant – fonction » et à la conduite du projet professionnel.

Ce dispositif, qui répétons – le, peut s'adapter à la situation de chaque établissement s'inscrit dans une politique de valorisation des compétences. Dans ce sens, il contribue au développement de l'institution.

L'ensemble des cadres de santé peuvent également en tirer un bénéfice. De par l'existence de référentiels concernant leur métier et leur participation à la formation de leurs pairs.

CONCLUSION

Les établissements de santé souffrent actuellement d'une pénurie de leur personnel d'encadrement soignant. Contraints de devoir recourir au principe du « faisant – fonction », cette pratique plonge brutalement des soignants au cœur d'un métier qu'ils ne connaissent pas.

Certains, confrontés à d'importantes difficultés ont préférés abandonner leur projet professionnel.

Nous avons tenté de comprendre en quoi l'exercice de la fonction de cadre pouvait faire renoncer à un tel projet.

Nous avons précisé quelles étaient les missions des cadres de santé, leur système de formation et les modalités de nomination. L'apport de la sociologie des organisations nous a permis de repérer la place qu'occupe l'encadrement dans les organisations hospitalières et le rôle qu'ils doivent y jouer. Elle nous a permis également de repérer les zones de difficulté auxquelles des « faisant – fonction » pouvaient être prioritairement confrontés. La réflexion sur l'apprentissage nous a éclairé sur les mécanismes mis en jeu dans la production de sens. Enfin, celle centrée sur l'acquisition des compétences nous a permis de mesurer l'importance de recourir à des outils pour la repérer et l'évaluer.

Nous avons formulé l'hypothèse qu'une expérience de « faisant – fonction », pour qu'elle soit bénéfique pour le professionnel et pour l'institution, devait s'inscrire dans une politique d'établissement et proposer un dispositif contractualisé qui prévoit des modalités d'accompagnement et d'évaluation.

Notre enquête de terrain nous a permis de constater que peu d'établissements avaient élaboré une politique d'accompagnement des projets d'encadrement. Compte tenu de la pénurie de cadres et par crainte d'être piégé par leur propre dispositif, les directeurs de soins préfèrent ne pas édicter de règles qui les contraindraient à ne pas les respecter.

Malgré une volonté d'accompagner les postulants cadres dans leur projet, ces derniers évoquent pourtant un manque d'aide. Ils se sentent souvent seuls, dépourvus de ressources et expriment des difficultés multiples qui touchent essentiellement les domaines des savoirs agis.

Seuls les établissements qui ont mené une réflexion, édicté des règles et mis en place un dispositif d'accompagnement semblent échapper, en partie, à ce phénomène.

Les résultats de notre enquête nous ont permis de valider partiellement notre hypothèse. De même, comme nos apports théoriques, ils nous ont servi à présenter les principaux axes

qui nous semblaient importants pour concevoir un dispositif permettant à chacun, postulant cadre et institution de tirer bénéfice d'une expérience de « faisant – fonction » de cadre de santé.

S'inspirant des principaux thèmes défendus par la Gestion Prévisionnelle de l'Emploi et des Compétences, des outils comme les référentiels de compétences peuvent être conçus. Toutefois, il ne serait pas réaliste de les appliquer en dehors d'une politique plus générale de gestion des ressources humaines.

Cette réflexion sur le métier de cadre de santé et sur ceux qui l'exercent sans formation et sans nomination doit conduire le lecteur à s'interroger sur l'avenir de cette fonction.

De même, nous sommes convaincus de la nécessité d'une formation en I.F.C.S. Cependant, permet-elle, dans sa conception actuelle, d'offrir sur le marché de l'emploi des cadres compétents ? La complexité des situations rencontrées dans le fonctionnement de nos institutions doit faire l'objet d'une approche de terrain que la mise en situation en tant que « faisant – fonction » permet d'aborder.

L'expérience de « faisant – fonction » constitue une opportunité, pour le futur cadre et pour l'institution. Encore faut-il la replacer dans un contexte de formation plus général et donner les moyens aux professionnels de finaliser leur projet.

Bibliographie

OUVRAGES

BERNOUX P., *La sociologie des entreprises*. Paris : Seuil, 1995. 396 p.

BERNOUX P., *La sociologie des organisations*. Paris : Seuil, 1985. 382 p.

BODIGUEL J.-L., ROUBAN L. *Le fonctionnaire détrôné?*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1991. 258 p.

BROUSSILLON A., *Surveillantes à coeur ouvert à cris perdus*. Paris : Ed. Seli Arslam, 1996. 190 p.

DERENNE O., LUCAS A. / ed. *Le développement des ressources humaines*. Rennes : ENSP, 2002. 294 p.

FRIEDBERG E., *Le pouvoir et la règle*. Paris : Seuil, 1993. 404 p.

GENELOT D., *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP éditions, 1998. 363 p.

KNIBIEHLER Y., LEROUX-HUGON V., DUPONT-HESS O. et al. *Cornettes et blouses blanches*. Paris : Hachette, 1984. 366 p.

MEZIROU J., *Penser son expérience*. Lyon : Chronique Sociale, 2001. 264 p.

REYNAUD J.-D., *Les règles du jeu : l'action collective et la régulation sociale*. Paris : Armand Colin, 1993. 313 p.

CAGNOLI S. Crise et remaniement identitaires des cadres hospitaliers. *Gestions hospitalières*, Avril 1996, pp. 297-300.

DEPORCQ B., JOUFFRE B., BRETIN M.-M. et al. Les cadres soignants, du modèle à la pratique. *Gestions hospitalières*, Avril 1996, pp. 289-291.

LOUBAT J.-R. L'émergence de la fonction cadre. *Gestions hospitalières*, Avril 1996, pp. 292-296.

LOUBAT J.-R. Le cadre moderne est avant tout un coach. *Management sanitaire et social*, Septembre 2001, n°7, pp. 21-27.

HAMILTON A., REGNAULT F. Les gardes-malades. *Soins*, T. 23, n°15/16, 5 et 20 août 1978, pp. 95-101.

Liste des annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien des « faisant - fonction » de cadre de santé.

Annexe 2 : Guide d'entretien des directeurs des soins.

ANNEXE 1

Guide d'entretien conduit auprès des infirmiers « faisant – fonction » de cadre de santé.

Code : Entretien n° : Service : Nb de lits : Nb d'agents : Age :

- 1) Depuis combien de temps faites-vous fonction ?
- 2) Avant, où exerciez-vous en tant qu'infirmier ?
- 3) Est-ce vous qui avez demandé à faire fonction ? Pourquoi ?
- 4) Aviez-vous rencontré le cadre supérieur de santé avant que la décision soit prise de vous affecter sur son secteur? A-t-il émis un avis ?
- 5) Aviez-vous rencontré le médecin du service avant que la décision soit prise de vous affecter dans son service ? A-t-il émis un avis ?
- 6) Aviez-vous été présenté à l'équipe ?
- 7) En tant que « faisant – fonction », bénéficiez-vous d'un intéressement ? Si oui, sous quelle forme ?
- 8) Existe-t-il des réunions d'encadrement sur l'établissement ? Y avez-vous été présenté ?
- 9) Avez-vous le projet d'établissement en votre possession ? Pouvez-vous m'en donner les grandes orientations ? Et pour ce qui concerne le projet du service de soins infirmiers ?
- 10) Au moment de votre arrivée, vous a-t-il été remis une fiche décrivant le poste et les fonctions que vous alliez exercer ? Sinon, cela vous a-t-il manqué ?
- 11) Avez-vous le sentiment que vous avez la possibilité d'agir sur les organisations de votre service ?
- 12) Etes-vous évalué durant votre « faisant – fonction » ? Si oui, par qui ? A quelle fréquence ? Sous quelle forme ?
- 13) Ressentez-vous des difficultés dans l'exercice de vos fonctions ? Dans quels domaines (à partir de la liste proposée) ?
- 14) Avez-vous déjà eu envie de mettre fin à cette expérience ? Pourquoi ?
- 15) Quel est votre projet professionnel ? A quand remonte-t-il ?

ANNEXE 2

Guide d'entretien conduit auprès des directeurs des soins.

Code : Grade du responsable :

Nombre de lits sur l'établissement :

Nombre de cadres de santé (infirmiers) :

Nombre de postes occupés par des « faisant – fonction » :

- 1) Existe-t-il sur votre établissement une politique d'accompagnement en faveur des postulants cadres ? Vous êtes-vous fixé des règles ?

- 2) Sur quels critères leur proposez-vous ou ne leur proposez-vous pas un poste ?

- 3) Les « faisant – fonction » bénéficient-ils d'un accompagnement ? De quel type ?