



EHESP

Filière Directeur des Soins

Promotion Caroline AIGLE 2020

Date du Jury : **Décembre 2020**

**Le rôle du directeur des soins dans l'accompagnement du
parcours de professionnalisation des cadres de santé :
De la compétence clinique vers la construction de compétences
managériales**

Catherine DERRIEN

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont soutenue durant cette année de formation et qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail de recherche.

Aux professionnels de santé qui ont su se rendre disponibles et qui m'ont fait profiter d'échanges de grande qualité.

A mes maîtres de stage qui m'ont permis d'enrichir ce travail de recherche et qui m'ont accompagnée dans la construction de ma future fonction.

A Christophe DEBOUT pour ces conseils et son accompagnement.

A mes collègues de promotion, en particulier Anne Lise, Agnès, Sandrine, Anne, Frédéric, Laurent et Chaou qui ont été présents et bienveillants durant toute cette année.

J'exprime toute mon affection à Jérôme, mon conjoint, pour son soutien et sa compréhension et à Quentin et Juliette, mes enfants pour leurs encouragements.

Enfin je remercie tout particulièrement Samuel pour m'avoir préparée au concours, qui a cru en moi et sans lequel je ne serais pas là aujourd'hui.

Sommaire

Introduction	1
1 Cadre contextuel et conceptuel	7
1.1 Evolution de la fonction d'encadrement à l'hôpital	7
1.1.1 L'encadrement à l'hôpital, d'hier à aujourd'hui.....	7
1.1.2 Etre cadre de santé aujourd'hui à l'hôpital.....	8
1.1.3 Du surveillant gardien au cadre de santé en psychiatrie.....	10
1.2 Cadre conceptuel	11
1.2.1 Concept de transition	11
1.2.2 De l'acquisition de compétences à la professionnalisation	14
1.2.3 Construction de l'identité professionnelle	20
2 Enquête auprès des professionnels	22
2.1 Méthodologie.....	22
2.1.1 Choix de l'outil de recherche	22
2.1.2 Terrain de l'enquête	22
2.2 Résultats et discussion.....	25
2.2.1 Résultats	25
2.2.2 Discussion.....	34
2.2.3 Limites de la recherche	40
3 Préconisations.....	40
3.1 Politique managériale.....	40
3.1.1 Le projet managérial du directeur des soins	40
3.1.2 Le directeur des soins : garant du processus de professionnalisation	41
3.1.3 Place et rôle des cadres et cadres supérieurs de santé dans le parcours : repérage des potentiels et tutorat	42
3.2 Parcours de professionnalisation.....	46
3.2.1 Validation du projet par DS.....	46
3.2.2 Sélection FFCS	46
3.2.3 Contractualisation tripartite : DRH, DS, Professionnel de santé	47

3.2.4	Le parcours	47
3.3	Evaluation de la politique managériale de l'encadrement.....	50
3.3.1	Entretiens de bilan DS / FFCS : levier d'objectivation de la pertinence de la politique managériale.....	50
3.3.2	Accès à la formation de cadre de santé en IFCS.....	52
	Conclusion.....	55
	Bibliographie.....	57
	Liste des annexes.....	I

Liste des sigles utilisés

CAFIM	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et infirmier moniteur
CAFIS	Certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant
CGS	Coordonnateur général des soins
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CREX	Comité de retour d'expérience
CS	Cadre de santé
CSS	Cadre supérieur de santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DRH	Directeur des ressources humaines
DS	Directeur des soins
EHESP	Ecole des hautes études en santé publique
EPSM	Etablissement public de santé mentale
FFCS	Faisant fonction de cadre de santé
FPH	Fonction publique hospitalière
GHT	Groupement hospitalier de territoire
GPMC	Gestion prévisionnelle des métiers et des compétences
HPST	Loi Hôpital, patients, santé territoires
IDE	Infirmier (ère) diplômé(e) d'Etat
IDEC	Infirmier(ère) de coordination
IFAS	Institut de formation des aides-soignants
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
INSEE	Institut national de la statistique et des études économiques
IPA	Infirmier(ère) en pratique avancée
ISP	Infirmier(ère) de secteur psychiatrique
LMSS	Loi de modernisation du système de santé
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
RH	Ressources humaines
RMM	Revue morbi-mortalité

Introduction

Les mutations successives de notre système de santé appellent la recherche d'efficience. La loi Hôpital Patient Santé Territoire¹ (HPST) puis la Loi de Modernisation du Système de Santé² (LMSS) ont pour objectif la modernisation du système de santé au sein des organisations des établissements de santé mais aussi au sein du territoire. Avec un cadre économique de plus en plus contraint, une évolution des technologies et des besoins de la population, le management de l'hôpital est un enjeu fort pour la pérennité d'un système voulant l'accès aux soins pour tous.

Le cadre de santé est un acteur pivot dans cette évolution. Très impliqué dans l'organisation des soins et du parcours patient, il est aujourd'hui aussi affecté sur des activités de contrôle de gestion. L'acquisition de ces nouvelles compétences et de ces nouvelles missions nécessite un changement de pratiques et de paradigme.

Au cours de notre exercice professionnel précédent en tant que cadre supérieur de santé à la direction des soins, puis en tant que faisant fonction de directeur des soins dans un EPSM, le management de l'équipe d'encadrement nous a amené à constater que les missions des cadres de santé n'étaient pas intégrées, telles qu'elles étaient attendues par l'institution.

En effet, l'établissement a connu, en 2017, dans le cadre de son projet d'établissement, une restructuration très importante de l'ensemble des services et de l'organisation des soins.

Une partie des cadres de santé se disaient en souffrance, ne trouvant plus de sens à leur pratique. Ils étaient pour la plupart issus d'un parcours professionnel au sein de l'établissement.

Notre position, en tant que cadre supérieur de santé, puis faisant fonction de directeur des soins, nous a permis d'accompagner l'équipe d'encadrement lors de l'élaboration et de la mise en œuvre du projet d'établissement. Nous avons pu constater des résistances et des difficultés au sein de l'équipe d'encadrement. Face à cette situation, nous avons recueilli plusieurs éléments pouvant impacter la dynamique d'encadrement au sein de l'établissement.

D'une part, une grande majorité des cadres de santé a un parcours professionnel au sein de l'établissement mais n'a pas bénéficié d'un accompagnement de son projet professionnel. En effet, un agent souhaitant devenir cadre de santé postule pour une

¹ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

² Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

sélection interne à la préparation au concours cadre de santé. Des postes de faisant fonction de cadre de santé sont rarement proposés dans la mesure où cela ne s'inscrit pas dans la politique de l'établissement. De plus, l'encadrement supérieur n'est pas sollicité pour avis. Les candidats sélectionnés intègrent la préparation au concours de cadre de santé puis l'IFCS sans avoir été placés, pour la plupart, en situation réelle de management. Nous avons pu aussi faire le constat que les cadres de santé issus de la filière psychiatrique se positionnent dans un rôle d'expertise clinique auprès des équipes. La « jeunesse » et l'inexpérience des équipes soignantes encouragent certains cadres de santé à se positionner dans un rôle d'expertise clinique, répondant aussi à une commande médicale afin d'assurer la transmission des savoirs. La place de la culture « psychiatrique » est peut-être aussi à interroger.

De fait, l'équipe d'encadrement est assez hétérogène. Il n'existe pas d'identité professionnelle commune et nous pouvons même constater un réel décalage dans les pratiques managériales. Il y a, d'une part, un groupe de cadres de santé impliqués dans les démarches projets et l'évaluation des pratiques. Ce groupe n'exprime pas de souffrance au travail mais est minoritaire au sein de l'équipe d'encadrement. D'autre part, les autres membres du groupe cadres de santé restent très attachés à leur pratique habituelle, laquelle s'est souvent construite sur le modèle de leurs pairs. Ils s'appuient sur un leadership clinique, un savoir qui donne, dans ce cas, un pouvoir au cadre qui malgré tout reste défaillant dans un management médico-économique. A l'intérieur de ce groupe, certains cadres de santé expriment clairement de la souffrance au travail, une perte de sens dans leur pratique.

Au regard de ces éléments, nous pouvons dire qu'il existe une réelle difficulté pour certains cadres de santé à être dans une position managériale. Ils subissent les décisions et orientations prises par l'établissement et évoquent leur difficulté à être le vecteur d'information auprès des équipes soignantes. Ils ont besoin de « faire partie » de l'équipe, dans une position de proximité. Leur discours auprès de l'équipe peut aussi se révéler ambivalent et amener une forme d'insécurité. Leur implication dans la politique d'établissement est fragile.

En effet, la délégation de gestion aux pôles d'activité clinique n'existe que sous une forme très restreinte (activités ciblées) et le mode de financement par dotation globale implique peu les cadres de santé dans le suivi et l'évaluation de l'activité. Les tableaux de bord et de suivi sont peu ou pas utilisés. Les projets, dans le cadre du CPOM sont, principalement, soutenus et investis par les équipes médicales. De plus, les projets innovants peuvent être perçus comme une mise en danger de l'organisation mise en place par l'encadrement. Par conséquent, nous avons pu constater une résistance forte aux changements de la part de certains cadres de santé.

Devant cette problématique, lors de notre exercice de faisant fonction de directeur des soins, nous avons mis en place différentes actions afin d'accompagner l'équipe d'encadrement dans ses missions mais aussi pour l'acculturer à la démarche qualité.

Dans un premier temps, nous avons souhaité les intégrer à la démarche projet lors de la restructuration de l'établissement. L'organisation des soins des nouvelles unités a été confiés aux cadres de santé affectés sur ces unités. En collaboration avec le médecin chef de service, ils ont eu la charge d'organiser les soins mais surtout de donner du sens à cette organisation auprès des équipes soignantes. La direction des soins, ainsi que l'encadrement supérieur, ont accompagné cette démarche. Le dimensionnement du soutien a été dépendant du cadre de santé concerné.

Puis la gestion des effectif étant globale, il nous a paru essentiel que l'encadrement s'approprie la gestion des effectifs par secteur³. Nous participions, donc, une fois par mois à la réunion d'encadrement du secteur afin de les acculturer à la projection des besoins en remplacements et à l'affectation des postes.

Mais aussi, la politique qualité des soins et l'évaluation des pratiques professionnelles faisant partie intégrante des missions de l'encadrement, le peu d'implication et d'investissement dans cette démarche de la part de certains cadres de santé nous ont amené à en faire une priorité dans le projet managérial. Ainsi, nous avons mis en place une formation à la gestion des risques et l'analyse des causes pour l'ensemble des encadrants et nous les avons sollicités sur l'animation des CREX et RMM. Nous les avons aussi inclus dans la démarche de certification, et plus particulièrement sur l'élaboration et la mise à jour du compte qualité.

Enfin, nous nous sommes saisis des réunions d'encadrement institutionnelles pour mettre en place des groupes de réflexion sur des thématiques relatives aux pratiques professionnelle des cadres de santé.

Les différentes actions mises en place ont été peu ou pas efficaces pour une partie de l'équipe d'encadrement qui ne s'est pas approprié les outils et missions dévolus à leur poste. Par contre, les cadres déjà impliqués dans une démarche managériale s'en sont saisis.

Face à ce constat et partant en formation de directeur des soins, nous sommes restés sur des interrogations quant au rôle et aux outils du directeur des soins pour accompagner les cadres de santé dans leur parcours professionnel afin qu'ils répondent aux attendus de l'institution.

³ Un pôle d'activité clinique est composé de plusieurs secteurs, lesquels correspondent aux secteurs géo-démographiques qui régissent les prises en charge des patients en psychiatrie

Durant notre formation de directeur des soins à l'EHESP, nous avons le privilège d'effectuer des stages auprès de directeurs des soins, dans différents établissements de santé. Ces temps de rencontre et d'échange, nous ont permis d'évoquer le management des équipes d'encadrement et les difficultés, pour un directeur des soins, d'accompagner des cadres de santé dans leur positionnement auprès des équipes de soins mais aussi au sein de l'institution.

Plusieurs entretiens exploratoires auprès de directeur des soins mais aussi auprès de cadres supérieurs de santé, nous ont amené à poser plusieurs interrogations afin d'affiner notre problématique :

- Est-ce que la politique managériale de l'établissement est formalisée pour donner un cadre de mission à l'équipe d'encadrement ?
- Est-ce que la procédure de recrutement, ou plus exactement la sélection des futurs cadres de santé est pertinente pour repérer les candidats potentiels adéquats ?
- Est-ce que la culture psychiatrique est un frein à la mise en œuvre d'un management médico-économique ?

Durant ces entretiens exploratoires et de par les réflexions qu'ils ont occasionnées, nous pouvons nous accorder sur le fait que chacune de ces interrogations est une piste de réflexion. Nous avons pris le parti de n'en sélectionner qu'une seule, celle qui nous semblait répondre au mieux à l'objectif d'un travail de recherche.

Les constats énoncés nous montrent toute l'importance du management de l'équipe d'encadrement et le rôle du directeur des soins dans ce management (décret du 19 avril 2002)⁴.

Le contexte socio-économique des établissements de santé, les nombreuses mutations du système de santé, l'évolution des technologies, les appels à projet et l'innovation nécessitent un management efficient et une implication forte des équipes d'encadrement.

Par conséquent, dans le cadre de notre travail de recherche, nous avons souhaité aborder le rôle du directeur des soins dans l'accompagnement du projet professionnel des agents souhaitant s'engager dans une carrière d'encadrement et dans la transition vers un nouveau métier qui nécessite « d'abandonner » l'expertise clinique au profit de nouvelles compétences managériales.

⁴ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 modifié par le décret n°2014-7 du 7 janvier 2014 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière

Ainsi, nous pouvons formuler notre problématique, ou question de départ, ainsi :

Dans quelle mesure un parcours de professionnalisation des futurs cadres de santé contribue au développement de leurs compétences managériales et à la construction de leur identité professionnelle ?

Cette question amène quatre hypothèses :

- La mise en situation de management favorise la transition de l'expertise clinique vers la compétence managériale.
- La mise en œuvre d'une procédure d'accompagnement du projet professionnel des candidats à la fonction cadre de santé favorise le processus de professionnalisation.
- Un parcours de professionnalisation s'appuyant sur une dimension collective institutionnelle favorise la construction de l'identité professionnelle.
- L'accompagnement des candidats vers la fonction cadre de santé garantit un recrutement adapté pour l'établissement

Nous explorerons ces différentes hypothèses dans ce travail de recherche. Dans une première partie, nous aborderons l'évolution de la fonction d'encadrement à l'hôpital. Nous tenterons d'éclairer cette description en nous appuyant sur plusieurs concepts en lien avec la problématique. La seconde partie nous permettra d'analyser les éléments recueillis lors des entretiens réalisés avec les professionnels de terrain. Enfin, au regard de l'analyse obtenue, nous formulerons, dans la dernière partie, des propositions d'actions destinées à l'exercice du directeur des soins.

1 Cadre contextuel et conceptuel

1.1 Evolution de la fonction d'encadrement à l'hôpital

1.1.1 L'encadrement à l'hôpital, d'hier à aujourd'hui

Longtemps, les postes de surveillant à l'hôpital sont réservés aux religieuses. Les religieuses « surveillantes » sont alors recrutées dans leur communauté, sans qu'elles aient une connaissance des soins et de leur organisation. (DIVAY S.; POISSON M., 2017)⁵

A la fin du 19^{ème} siècle, Désiré-Magloire Bourneville⁶ propose un recrutement interne à l'hôpital, au sein du personnel infirmier, légitimé par sa connaissance de l'organisation des soins et par ses compétences techniques.

Les infirmières surveillantes garantissent l'organisation des services (repas, linge...) mais prennent aussi en charge les soins techniques. Leur expertise soignante est fortement mobilisée et doit être un modèle pour les membres de l'équipe.

« *En un demi-siècle, tandis que s'affirme leur fonction d'encadrement, les surveillantes ne cessent de tirer leur légitimité de leur qualification d'infirmière* » (CHEVANDIER C., 2011)⁷

En 1951, la création de l'Ecole des cadres de la Croix Rouge Française ouvre la voie de la qualification des cadres de santé. Elle propose deux formations distinctes : une formation pour les infirmiers qui se destinent à l'enseignement et une autre à destination des infirmiers souhaitant avoir accès à un poste de surveillant des services hospitaliers.

Cette orientation est confirmée par le décret du 14 novembre 1958 portant création du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur (CAFIM) et du certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant (CAFIS).

A partir de 1975, une seule formation prépare aux deux exercices pour les services de soins généraux⁸. Le cursus de formation spécifique des infirmiers (ères) de secteur psychiatrique est pris en compte et un certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique est créé en 1976⁹.

⁵ DIVAY S.; POISSON M. (2017). Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français. Dans *Cadres en devenir, Evolution, trans-formation, socialisation, tensions* (pp. 117-145). Paris: Octares.

⁶ Médecin aliéniste qui a participé au débat sur la laïcisation des hôpitaux français

⁷ CHEVANDIER C. (2011). *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Paris: Publications de la Sorbonne.

⁸ Décret du 9 octobre 1975 portant création du certificat de cadre infirmier CCI

⁹ Arrêté du 22 juillet 1976

En 1992, un nouveau programme de formation en soins infirmiers est mis en place, réunissant les formations pour l'exercice en soins généraux et en psychiatrie. Les écoles d'infirmières deviennent les instituts de formation en soins infirmiers (IFSI).

L'évolution du métier et de la formation d'infirmier, ainsi que l'évolution du contexte hospitalier mènent à la création d'un diplôme de cadre de santé regroupant l'ensemble des professionnels paramédicaux.

A partir de 1995¹⁰, les professions de rééducation et médicotechniques ont accès aux postes d'encadrement jusque-là réservés à la filière infirmière.

Le contenu de la formation s'adapte à l'évolution de la gouvernance des établissements de santé, à l'évolution du système de santé et à l'évolution des pratiques professionnelles et permet aux futurs cadres de santé d'acquérir une culture et un langage communs.

La fonction d'encadrement devient un nouveau métier qui ne s'appuie plus sur la filiation professionnelle initiale mais sur l'acquisition de compétences managériales.

« *Désormais, cette dernière est en effet marquée par une spectaculaire déprofessionnalisation, au sens de désécialisation, c'est-à-dire de l'éloignement programmé jusqu'à l'oubli par défaut du moindre espace lui étant consacré, du contenu du travail des professions encadrées* » (DIVAY S.; POISSON M., 2017)¹¹.

1.1.2 Etre cadre de santé aujourd'hui à l'hôpital

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

Une réflexion sur les métiers de la santé a été initiée par la Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) et a conduit à la rédaction, en 2004, du répertoire des métiers de la Fonction Publique Hospitalière (FPH). Dans ce répertoire, actualisé régulièrement, le métier de cadre de santé en gestion est répertorié sous le titre « encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales »¹².

La fiche métier liste les missions et pose le diplôme de cadre de santé comme prérequis à la fonction. Les missions de l'encadrant d'unité de soins et d'activité paramédicales sont définies comme suit :

- « *Organiser l'activité de soins et des prestations associées*

¹⁰ Décret du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé

¹¹ DIVAY S.; POISSON M. (2017). Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français. Dans *Cadres en devenir, Evolution, trans-formation, socialisation, tensions* (pp. 117-145). Paris: Octares.

¹² Répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie Fonction Publique Hospitalière Métier 05U20

- *Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotechniques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et à la qualité des prestations*
- *Développer la culture du signalement et gérer les risques*
- *Développer les compétences individuelles et collectives*
- *Participer à la gestion médico-économique au sein du pôle »*

Nous pouvons constater que le métier d'encadrant s'éloigne de la filière initiale pour s'appuyer sur des compétences de gestion et de management.

B) Les 10 rôles du cadre selon Mintzberg

La fiche métier du cadre de santé énonce son rôle d'organisation, de planification, de coordination et de gestion médico-économique mais selon H. MINTZBERG (MINTZBERG H., 1984)¹³ la réalité du travail de manager est plus complexe du fait d'un rythme soutenu et d'une activité morcelée, et peut être décomposée en dix rôles, répartis sur trois niveaux.

Le premier niveau correspond aux rôles liés à l'information :

- Observateur actif : le rôle de liaison du manager lui permet d'avoir accès à plus d'information que son équipe
- Diffuseur d'information : du fait de son rôle d'observateur actif, le manager diffuse l'information à son équipe en prenant en compte le contexte
- Rôle de porte-parole : le manager est le vecteur de la communication descendante en tant que porte-parole de la hiérarchie et de la communication ascendante en tant que porte-parole de son équipe.

Le second niveau est la dimension de contact interpersonnel :

- Symbole : le cadre représente son équipe auprès de l'extérieur du service mais aussi il représente la hiérarchie auprès de celle-ci
- Leader : le cadre donne la direction et les objectifs à suivre, il fixe les règles et motive son équipe
- Agent de liaison : afin d'avoir accès aux informations, le manager doit se construire un réseau efficace et diversifié.

Le dernier niveau est le niveau de la décision et de l'action :

- Entrepreneur : ce rôle va permettre au cadre de construire des projets pour l'institution

¹³ MINTZBERG H. (1984). *Le manager au quotidien*. Paris: Edition d'Organisation.

- Répartiteur de ressources : le cadre doit savoir utiliser les ressources et les répartir afin de répondre aux besoins liés à l'activité du service
- Régulateur et gestionnaire des perturbations : malgré la planification des activités, les imprévus et les conflits viennent perturber l'organisation et sont chronophages pour le cadre qui devra les gérer
- Négociateur : une grande partie du temps du manager va être utilisée à la négociation dans la mesure où il détient les informations et les ressources.

Le cadre, du fait de sa position en proximité de l'équipe mais aussi de son regard distancié, peut ainsi se saisir des différents rôles décrits par MINTZBERG (MINTZBERG H., 1984)¹⁴ pour s'adapter et répondre aux situations rencontrées. Ces différents rôles montrent la complexité de l'exercice.

1.1.3 Du surveillant gardien au cadre de santé en psychiatrie

L'exercice d'encadrement en psychiatrie a ses spécificités du fait d'une histoire différente du MCO. Même si la formation est unique pour les cadres de santé depuis 1976, le cadre de santé exerçant en psychiatrie doit concilier commande managériale et histoire de la discipline (DEMBINSKI O., 2017)¹⁵.

Depuis la création des asiles jusqu'à aujourd'hui, la prise en charge de la santé mentale a connu de grandes mutations.

Créés par la loi de 1838¹⁶, les asiles ont pour mission l'enfermement des « inadaptés, des indigents et des insensés ». Le personnel gardien est souvent illettré et recruté parmi les anciens malades. Les surveillants chefs sont choisis pour leur capacité à être autoritaires et respectés.

Après la seconde guerre mondiale, une nouvelle politique de santé mentale se met progressivement en place, portée par de jeunes psychiatres qui souhaitent ouvrir l'hôpital psychiatrique vers la cité. Cette nouvelle psychiatrie institutionnelle demande de modifier les rapports patients/soignants. Peu importe le statut, la fonction soignante est partagée par l'ensemble des membres de l'équipe. Les surveillants sont intégrés aux effectifs de l'équipe soignante.

A partir des années 1970, la sectorisation amène à penser le soin à l'intérieur de l'hôpital mais aussi à l'extérieur. Le travail infirmier se modifie, devient polyvalent dans la prise en

¹⁴ MINTZBERG H. (1984). *Le manager au quotidien*. Paris: Edition d'Organisation.

¹⁵ DEMBINSKI O. (2017). Cadre de santé en psychiatrie : construire sa professionnalité ou se fondre dans le moule institutionnel. Dans DIVAY S., *Cadres en devenir, Evolution, trans-formations, socialisations, tensions* (pp. 149-162). Paris: Octares.

¹⁶ Loi du 30 juin 1838 dite « loi des aliénés » qui institue la mise en place d'un établissement psychiatrique par département, qui définit les conditions d'internement et la notion de « placement volontaire » et « placement d'office »

charge du patient. Le surveillant doit organiser ce nouveau dispositif en mobilisant les équipes dans une réflexion collective et en s'appuyant sur son propre savoir clinique. Il doit fournir à l'équipe les moyens d'être autonome dans les prises en charge des patients.

Cette culture professionnelle, basée sur le travail clinique et le collectif, perdure jusqu'à la suppression des formations d'ISP et de cadre de secteur psychiatrique.

Avec la disparition de la formation d'ISP, le cadre de santé en psychiatrie, aujourd'hui, est confronté à l'accompagnement d'équipes de soins peu formées à la clinique.

Le contexte financier et la suppression des lits d'hospitalisation complète vont modifier le paysage hospitalier et les effectifs soignants. Le cadre doit repenser l'organisation des soins, basée sur un modèle médico-économique qui laisse peu de place à la concertation collective et à l'organisation du travail clinique. Les outils de gestion et d'organisation enseignés en IFCS sont peu adaptés à une activité qui est difficilement quantifiable dans un contexte où l'expertise soignante est le socle des pratiques.

La spécificité du soin en psychiatrie positionne le cadre de santé à la croisée d'injonctions paradoxales. Il doit valoriser le travail clinique collectif, garantir la transmission de savoirs qui font défaut aux jeunes professionnels tout en projetant des organisations efficaces dans un contexte économique très contraint.

1.2 Cadre conceptuel

Afin de répondre à notre problématique de départ, nous avons choisi un cadre théorique permettant d'aborder le passage entre expertise clinique et compétence managériale. Nous nous référerons aux concepts de transition, de compétence et de professionnalisation et enfin d'identité professionnelle.

1.2.1 Concept de transition

La transition peut-être définie comme le passage, en général lent et graduel, d'un état à un autre, d'une situation à une autre. Il s'agit d'un état intermédiaire.

Les situations de transition sont variées et découlent d'un processus particulier amenant vers le changement. DUPUY R. et LE BLANC A. (LE BLANC A. et DUPUY R., 2001)¹⁷ ont formulé 5 indicateurs permettant de caractériser ces situations de transition :

- « *La transition évoque un processus de développement, vecteur essentiel de changement, qui suppose de prendre en compte les temporalités,*

¹⁷ LE BLANC A. et DUPUY R. (2001). Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles. *Connexions* n°76, pp. 61-79.

- *La transition entraîne souvent un changement mais ne peut en aucun cas s'y réduire,*
- *La transition questionne différemment les logiques de la reproduction sociale et conduit à des formes de distanciation,*
- *En amenant de nouvelles nécessités et contraintes, la transition pousse les individus et les groupes à développer des stratégies de régulation et d'adaptation,*
- *Par la combinaison de cadres de référence, de modes de pensée et d'action anciens et nouveaux, la transition génère des formes de remaniement identitaire »*

Dans un environnement en constante évolution, les trajectoires professionnelles linéaires deviennent rares. Dans le domaine de la santé, les transformations sociales et technologiques demandent une constante adaptation afin de rester efficient. Dans ce cadre, le soignant va devoir ou va choisir de faire évoluer son projet professionnel en acquérant de nouvelles compétences mais aussi une adaptation fonctionnelle à un nouvel environnement de travail.

Les phases de transition dans une carrière professionnelle sont des moments intenses qui peuvent être difficiles à vivre même lorsque ce changement est un choix personnel. Cette transition nécessite une nouvelle acculturation professionnelle, de s'approprier de nouveaux codes, de nouvelles situations de travail et une nouvelle identité professionnelle. Dans cette phase de transition, le professionnel est soumis à une double problématique : d'une part l'articulation et l'ajustement entre les compétences antérieurement acquises et les compétences nouvelles à acquérir, et d'autre part, la construction d'une nouvelle identité professionnelle. (PIOT T., 2018)¹⁸

A) C'est quoi changer de métier ?

La transition entre deux métiers est l'articulation entre les compétences acquises antérieurement et maîtrisées et les compétences requises pour mener à bien les nouvelles missions. Il s'agit donc de s'éloigner du métier initial et de faire évoluer son identité professionnelle. L'individu va devoir « habiter » un nouveau rôle et s'acculturer à un nouvel environnement de travail.

La transition d'infirmière à cadre de santé ne fait pas exception (PIOT T., 2018). Si l'on compare les missions et les activités des infirmières et des cadres de santé, on constate une grande disparité qui en fait deux métiers bien distincts qui n'ont en commun que le lieu d'exercice.

¹⁸ PIOT T. (2018). Une transition professionnelle choisie: d'infirmière à cadre de santé en unité de soins. *Phronesis volume 7*, pp. 55-64.

Le cadre de santé doit donc s'éloigner du soin et de ses pratiques initiales afin de construire de nouveaux schèmes professionnels qui lui permettront de répondre à des situations nouvelles de management.

Nous pouvons caractériser le schème en nous appuyant sur la définition de VERGNAUD G. (VERGNAUD G., 2001)¹⁹. Le schème est une construction opératoire qui permet d'agir sur une catégorie de situations et qui est composé de quatre éléments :

- Un but
- Des règles d'action
- Des invariants opératoires ou propositions
- Des inférences qui permettent de conduire et d'ajuster l'action.

Cette définition nous éclaire sur le fait que la transition est un phénomène dynamique qui nécessite une relative temporalité pour construire un nouveau mode de pensée.

Le nouveau manager doit donc assimiler, construire, ajuster ses connaissances dans une période d'instabilité et de tension identitaire mais cette expérience ne doit pas se faire seul.

PIOT T. (PIOT T., 2018)²⁰ apporte un élément important dans la notion de transition qui est le rôle de régulation de la hiérarchie. En effet, l'accompagnement et le soutien du cadre supérieur de santé et/ou du directeur des soins favorise l'installation du nouveau manager dans sa fonction managériale en lui reconnaissant les compétences nécessaires ou du moins le potentiel requis.

B) Devenir manager

Nous pouvons avancer que la transition professionnelle est une période d'incertitude car elle demande d'appréhender un nouveau rôle, une nouvelle identité et de nouvelles relations. De fait, le rôle de manager nécessite un apprentissage progressif, un temps de socialisation et de transformation.

Selon DESMARAIS C. et ABORD DE CHATILLON E. (ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C., 2018)²¹, pour le professionnel qui souhaite s'engager dans un projet professionnel de manager, le rôle du cadre est basé sur des représentations car il n'existe pas de définition claire des missions et des attentes des différents acteurs en interaction avec le manager (équipe, hiérarchie, partenaires

¹⁹ VERGNAUD G. (2001). Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. *Actes du colloque*.

²⁰ PIOT T. (2018). Une transition professionnelle choisie: d'infirmière à cadre de santé en unité de soins. *Phronesis volume 7*, pp. 55-64.

²¹ ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C. (2018, Février). Devenir manager, enjeux et difficultés. *Soins cadres n°105*.

extérieurs...). A la prise de poste, la période de transition permet l'ajustement entre la représentation antérieure et la réalité de la fonction managériale.

Ce « passage » permet aussi au manager d'accepter l'abandon de son ancien rôle et de la légitimité qu'il retirait de son expertise.

Cette transition professionnelle peut être, de fait, une source de tension car elle demande un cheminement dans la construction de sa vision de soi et de celle de son rôle.

La transition est donc l'apprentissage d'une nouvelle socialisation, processus qui permet à l'individu d'acquérir les connaissances sociales indispensables pour assumer son rôle dans l'organisation.

Cet apprentissage nécessite donc du temps et n'est pas systématiquement synonyme de réussite.

Les notions abordées dans ce chapitre nous permettent de nous interroger sur les étapes et les conditions nécessaires à prendre en compte lors d'un parcours de professionnalisation de cadre de santé. Nous pouvons constater que la transition professionnelle est une étape qui prend du temps et qui a besoin de conditions favorables à l'acquisition de nouvelles compétences et à l'adaptation à un nouvel environnement. Aussi, la transition est un processus qui génère la construction d'une nouvelle identité professionnelle, laquelle doit être accompagnée et soutenue par la hiérarchie afin d'être légitimée.

1.2.2 De l'acquisition de compétences à la professionnalisation

A) Compétence

Le mot compétence vient du latin *competentia* qui signifie « juste rapport ».

Elle est caractérisée par plusieurs éléments qui sont le « savoir » qui correspond aux savoirs théoriques et aux connaissances, le « savoir-faire » qui correspond aux habilités et aux aptitudes et le « savoir-être » qui sont les qualités personnelles et les éléments de la personnalité.

Contrairement à la connaissance qui ne s'applique qu'aux savoirs théoriques résultant d'un apprentissage, la compétence ajoute une dimension opérationnelle, une mise en œuvre ajustée à la situation.

Dans le domaine de l'entreprise, la compétence se rapporte à une qualification professionnelle.

Pour G. Le BOTERF (LE BOTERF G., 2000)²², trois éléments sont indispensables pour produire la compétence :

²² LE BOTERF G. (2000). *Construire les compétences collectives*. Paris: Edition Eyrolles.

- « *Le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes,*
- *Le vouloir agir qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif,*
- *Le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu »*

G. Le BOTERF (LE BOTERF G., 2002)²³ développe la notion de vouloir agir. La situation de travail dans laquelle cette notion est mobilisée est à prendre en compte. En effet, plus la situation de travail est prescrite, laissant peu de marge de manœuvre au professionnel, plus la compétence se référera à un « savoir-faire en situation ». La compétence requise dépend donc de la situation de travail et de son organisation. Il est donc nécessaire que les compétences requises soient en adéquation avec les organisations de travail.

Les organisations de travail, du fait de leur complexité, nécessitent souvent la mobilisation de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Le professionnel devra alors les combiner et les organiser afin de répondre à la situation de travail. La compétence est multifactorielle et forme un système. Un professionnel ayant acquis des connaissances ne pourra pas être considéré comme compétent s'il n'est pas en capacité de mobiliser et de combiner ses savoirs en situation de travail. « *La compétence est donc une combinatoire de ressources variées pouvant être mises en œuvre* » (LE BOTERF G., 2002).

De plus, une distinction doit être effectuée entre compétence requise et compétence réelle. La compétence requise est la compétence utilisée dans les fiches de poste et les référentiels de compétence. Elle constitue un repère dans les conditions d'accessibilité à un poste.

La compétence réelle est plus complexe à définir car elle est repérable seulement dans sa mise en œuvre face à une situation donnée. Comme nous l'avons déjà évoqué, elle est la combinaison de plusieurs ressources. Si nous nous référons à VERGNAUD G. (VERGNAUD G., 2001)²⁴, la compétence peut être définie comme un ensemble de schèmes, c'est-à-dire des constructions opératoires qui permettent d'agir sur une catégorie de situations.

Aussi, le concept de compétence doit prendre en compte une double dimension, la dimension individuelle et la dimension collective. Les compétences professionnelles

²³ LE BOTERF G. (2002, Février). Les compétences, de l'individuel au collectif. *Soins cadre n°41*.

²⁴ VERGNAUD G. (2001). Forme opératoire et forme prédicative de la connaissance. *Actes du colloque*.

s'appuient, certes, sur les ressources, les connaissances et les savoirs de l'individu mais elles doivent aussi s'appuyer sur les ressources de l'environnement de celui-ci (professionnel pair, supports d'information, procédure, politique managériale...). La compétence s'illustre aussi dans l'interrelation avec autrui.

Enfin, agir avec compétence, c'est réussir une action mais surtout comprendre le cheminement et la construction de la réponse. Le professionnel devra repérer les savoirs et connaissances mobilisés, les ressources individuelles et collectives utilisées et saisir la construction opératoire mise en œuvre pour atteindre l'objectif de façon autonome.

La Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC) est un enjeu important pour l'entreprise ou l'établissement. Mais l'approche de la gestion des ressources humaines par les compétences nécessite une politique managériale pérenne dans le temps et appuyée sur un cadre théorique solide.

G. Le BOTERF (LE BOTERF G., 2008)²⁵ fait quinze propositions pour penser l'approche par les compétences dans la gestion des ressources humaines.

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous pouvons nous saisir de certaines propositions afin d'éclairer la problématique du parcours de professionnalisation du futur encadrant.

Comme nous l'avons vu précédemment, la compétence n'est pas la somme de savoirs et de connaissances mais le processus combinatoire de ses savoirs mis en œuvre par l'individu. L'acquisition de compétence est parcours individualisé qui ne peut être standardisé sur le modèle des savoirs, savoir-faire et savoir-être, elle nécessite la mise en œuvre de schèmes opératoires. De plus, la compétence s'acquière en se confrontant à la pratique.

La compétence, en tant que processus individuel de mise en action, est difficilement transmissible à un autre individu. Pour cela, celui qui veut transmettre devra transformer ses connaissances en savoirs et celui qui apprend devra transformer ces savoirs en connaissances et en schèmes opératoire. Ce processus peut être facilité par la mise en place d'un tutorat qui permettra au tuteur de repérer les actions mises en place face à une situation réelle et qui permettra au tuteur d'accompagner son cheminement opératoire face à la situation. Cette démarche permet au nouveau professionnel de construire ses propres schèmes.

²⁵ LE BOTERF G. (2008). *Repenser la compétence*. Paris: Collection Ressources Humaines, Edition Eyrolles.

B) Professionnalisation

L'expression de « professionnalisation » a été utilisée à différentes époques et à couvert des domaines variés. Issue de la sociologie, sa définition a varié selon la culture, le contexte historique et socio-économique.

Le terme de professionnalisation couvre encore aujourd'hui plusieurs champs. R. BOURDONCLE (BOURDONCLE R., 2000)²⁶ en distingue cinq :

- « *La professionnalisation de l'activité* », lorsqu'une activité exercée à titre gratuit devient une profession rémunérée. Cela suppose un processus de formation validant passant alors par « l'universitarisation de la formation professionnelle »,
- « *La professionnalisation du groupe exerçant l'activité avec la création d'une association professionnelle, d'un code de déontologie et par une intervention de nature politique de manière à obtenir un droit unique à exercer l'activité* »,
- « *La professionnalisation des savoirs* » qui permet de catégoriser et, de fait, légitimer les connaissances,
- « *La professionnalisation de la formation* », processus de construction pédagogique dans l'objectif de transmettre les savoirs nécessaires à l'exercice de l'activité,
- « *La professionnalisation des personnes exerçant l'activité* », processus d'acquisition de compétences en situation réelle et de construction d'une identité professionnelle. Nous pouvons parler, dans ce cas, de « *socialisation professionnelle* ».

Dans le cadre de ce travail de recherche, nous nous attacherons à la dernière définition de R. BOURDONCLE, c'est-à-dire la professionnalisation des personnes exerçant l'activité.

R. WITTORSKI (WITTORSKI R., 2008)²⁷ fait la distinction entre « se professionnaliser » qui correspond à une démarche individuelle et « professionnalisation » qui revêt une dimension collective. Cette dimension collective s'explique par le fait que la professionnalisation de l'individu est, pour ce dernier, une quête de reconnaissance par ses pairs et par l'organisation.

²⁶ BOURDONCLE R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation* n°35, pp. 117-132.

²⁷ WITTORSKI R. (2008). La professionnalisation. *Revue Savoirs*.



Dans le schéma ci-dessus, nous constatons que la professionnalisation est composée d'un triptyque compétences / identité / reconnaissance.

Pôle compétence

G. LE BOTERF (LE BOTERF G., 1996)²⁸ définit la compétence comme « *une capacité à combiner différentes ressources pour agir avec performance dans un contexte donné* ». De fait, la formation ne suffit pas à la professionnalisation. Elle procure des ressources, entraîne à les mettre en œuvre et propose un espace de régulation. La professionnalisation nécessite l'acquisition de compétences en situation réelle d'activité.

Nous pouvons donc envisager que le processus de professionnalisation nécessite une alternance entre production de savoirs et situation réelle.

Pôle identité professionnelle

Selon R. WITORSKI (WITORSKI R., 2008)²⁹ « *au quotidien, la professionnalisation se construit par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits* ».

²⁸ LE BOTERF G. (1996). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Edition Organisation.

²⁹ WITORSKI R. (2008). La professionnalisation. *Revue Savoirs*.

Ainsi, nous devons prendre en compte, dans l'élaboration de parcours de professionnalisation, l'importance de la reconnaissance par les autres mais aussi par l'institution.

Pôle reconnaissance

Dans leur article « De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle » (JORRO A. et WITORSKI R., 2013)³⁰, A. JORRO et R. WITORSKI définissent la reconnaissance professionnelle comme « *un acte d'évaluation de l'activité et de valorisation légitimant l'initiateur de l'activité* ».

Nous pouvons entendre que la reconnaissance est essentielle pour que l'individu se définisse comme compétent et construise son identité professionnelle. De plus, cette reconnaissance signifie l'appartenance à un groupe et encourage l'engagement et l'acquisition de nouvelles compétences.

Les auteurs distinguent deux formes de reconnaissance :

- La reconnaissance du travail réalisé basée sur l'atteinte des objectifs et le résultat,
- La reconnaissance du professionnel qui s'appuie sur la manière de réaliser l'activité.

Et ils déterminent les modalités de cette reconnaissance. Selon eux, la reconnaissance prend en compte la conformité avec la communauté professionnelle, la capacité de l'individu à ajuster ses actions pour faire face à la situation et sa capacité à prendre de la distance afin de donner du sens à son activité, c'est-à-dire une forme de régulation.

La reconnaissance se construit donc sur la relation entre l'activité et la compétence.

Mais pour qu'il y ait reconnaissance, il faut que les compétences soient évaluées. C'est donc l'activité qui permet aux autres l'évaluation des capacités du professionnel et qui, de fait, est le vecteur de la reconnaissance professionnelle.

Par conséquent, la professionnalisation s'appuie sur la définition, par un tiers, des qualités attendues et des modalités d'évaluation de l'activité, source d'attribution de compétences. Ce tiers peut être un organisme de formation mais aussi le milieu professionnel, tel que les pairs et la hiérarchie.

« *La professionnalisation relève de l'organisation, de l'institution, du tiers qui prescrit et évalue et ainsi fabrique des compétences* » (JORRO A. et WITORSKI R., 2013)

³⁰ JORRO A. et WITORSKI R. (2013). *De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle*. Récupéré sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-11.htm>

1.2.3 Construction de l'identité professionnelle

Le terme d'identité signifie, dans le domaine politique et social, « *ce par quoi l'on différencie une communauté d'une autre ou un individu d'un autre* »³¹.

Pour R. SAINSAULIEU (SAINSAULIEU R., 1985)³², l'identité professionnelle se définit comme « *la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». L'identité s'inscrirait donc dans un processus relationnel permettant la reconnaissance par les autres.

Selon C. DUBAR (DUBAR C., 2015)³³, le travail identitaire se construit tout au long de la vie, évolue en fonction des expériences vécues et s'appuie sur trois dimensions : le moi, le nous et autrui.

L'identité rassemble l'identité pour soi et l'identité pour autrui, lesquelles interagissent entre elles.

L'identité pour soi est la représentation de l'image de soi, la construction de l'identité pour soi-même. L'identité pour autrui est l'image que l'on souhaite renvoyer aux autres, elle permet une forme de reconnaissance. Enfin, l'identité se construit dans la représentation de soi que nous renvoient les autres.

Pour l'auteur, la reconnaissance de l'identité sociale est dépendante du niveau de reconnaissance des compétences et du savoir et l'identité professionnelle est « *le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement, construisent les individus et définissent les institutions* » (DUBAR C., 2015).

Le travail et la formation sont des éléments importants dans la construction de l'identité sociale des individus. C'est ce que C. DUBAR appelle l'identité professionnelle biographique. Même si nous ne pouvons pas définir l'identité sociale simplement par le statut et le niveau de formation, ces notions sont essentielles dans la construction identitaire. L'emploi et le niveau d'étude initient l'identification par autrui et la

³¹ Encyclopédie Larousse

³² SAINSAULIEU R. (1985). *L'identité au travail*. Paris: Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.

³³ DUBAR C. (2015). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Edition Armand Colin.

reconnaissance par les compétences, la carrière. Cette construction est évolutive en fonction des évolutions sociétales et des organisations de travail.

D'ailleurs, cette construction identitaire de base est soutenue par le mécanisme de classification des catégories socio-professionnelles utilisé en France. En effet, des organismes officiels, tel que l'INSEE, ont défini des catégories permettant de classer la population lors des recensements. Cette catégorisation prend en compte la position professionnelle et le type d'étude suivie et ainsi « légitime » une forme de socle identitaire. L'identité professionnelle biographique n'est pas seule à intervenir dans la construction identitaire de l'individu. Evoluant au sein d'une organisation, l'identité professionnelle se construit aussi des relations que l'individu met en place dans son environnement de travail. Il s'agit, alors, de l'identité professionnelle relationnelle, c'est-à-dire de l'identité que les autres nous attribuent en fonction de leurs représentations.

L'identité professionnelle biographique et l'identité professionnelle relationnelle sont deux processus qui ont pour vocation la reconnaissance de soi, en tant que professionnel, par les autres.

Nous pouvons donc dire que l'identité professionnelle est un processus de socialisation qui s'établit tout au long de la vie. Cette socialisation n'est pas « stable », elle évolue en fonction de ce que l'on est (éducation, expériences...), de son parcours professionnel et de l'identification à des groupes.

L'identité professionnelle est la construction d'une identité en fonction des caractéristiques de son travail, de ses compétences et surtout de l'appartenance à un groupe de pairs professionnels et à une institution.

Enfin, selon A.M. FRAY et S. PICOULEAU (FRAY A.M. et PICOULEAU S., 2010)³⁴ l'identité professionnelle repose aussi sur une « identité de métier » avec des pratiques, des codes et un vocabulaire communs. Cette identité favoriserait alors l'intégration sociale de l'individu.

³⁴ FRAY A.M. et PICOULEAU S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité de vie au travail. *Management et avenir* n°38, pp. 72-88.

2 Enquête auprès des professionnels

2.1 Méthodologie

2.1.1 Choix de l'outil de recherche

Au fil de nos échanges avec mon référent mémoire de l'EHESP, l'entretien semi-directif est apparu comme étant l'outil le plus pertinent, sur un plan qualitatif, pour éclairer l'objet de ma recherche. Il a permis l'échange et le débat avec des professionnels, à des niveaux et avec des regards différents.

L'entretien semi-directif a pour but la collecte d'informations qui apportent des explications à un travail de recherche. Selon LINCOLN Y.S (1995) (LINCOLN Y.S., 1995)³⁵, « *l'entretien semi-directif...est une technique de collecte de données qui contribuent au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives relevant en particulier des paradigmes constructivistes* ».

L'entretien semi-directif permet à l'interviewé, en s'appuyant sur une grille d'entretien élaborée à partir des concepts et des hypothèses, de répondre librement et de développer ses propres perceptions et représentations. Si nécessaire, la reformulation peut être utilisée pour confirmer la compréhension de la question ou de la réponse mais aussi pour encourager l'interviewé à développer le contenu de ses propos.

L'entretien débute par une présentation du contexte et du sujet de recherche et précise les modalités de retranscription (anonymat, confidentialité).

2.1.2 Terrain de l'enquête

A) Focus sur les 3 établissements de santé

Les établissements de santé A, B et C, qui ont servi de terrain à mon enquête, font partie d'un même GHT. Ce dernier est composé de 10 établissements : un CHU établissement support, 6 centres hospitaliers (2 sont autorisés pour la médecine, l'obstétrique et la chirurgie, les 4 autres sont autorisés pour la médecine et la gériatrie), 2 hôpitaux de proximité et un EPSM. Le GHT correspond au périmètre du département.

a) Etablissement A

Le centre hospitalier A est un établissement public de santé d'une capacité de 853 lits et places. Ce centre hospitalier est un pôle de référence en matière de santé pour son bassin

³⁵ LINCOLN Y.S. (1995). *Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research*.

de population et sa situation géographique sur le territoire lui offre la particularité de prendre en charge les patients de plusieurs départements limitrophes.

Cet établissement est composé de 5 pôles d'activité clinique et médicotechnique dont un pôle de santé mentale prenant en charge 2 secteurs géo-démographiques. Un IFSI et un IFAS sont rattachés à l'établissement.

Le coordonnateur général des soins (CGS) pilote la direction des soins et la direction de la qualité. Pour la qualité, il est assisté d'un ingénieur qualité. Pour l'organisation des soins, un cadre supérieur de santé est positionné au sein de chaque pôle d'activité et un cadre supérieur assure la gestion des effectifs paramédicaux au sein de la direction des soins.

Un temps de rencontre est planifié toutes les 2 semaines afin de réunir l'ensemble de l'équipe d'encadrement supérieur. Ce temps permet d'aborder l'organisation des soins au sein de chaque pôle mais aussi les projets de restructuration des unités de soins, les difficultés rencontrées au sein des services. Les effectifs paramédicaux sont abordés ainsi que l'accompagnement des agents ayant un projet professionnel d'encadrement.

Tous les 2 mois, une réunion avec l'ensemble de l'encadrement est organisée. Elle a pour objectif de transmettre les informations relatives à la vie de l'établissement et de faire travailler ensemble des cadres de santé sur des thématiques relatives à leur pratique.

b) Etablissement B

Le centre hospitalier B est un établissement public de santé d'une capacité de 459 lits et places. Il représente un groupe hospitalier composé de 2 établissements avec une direction commune. L'établissement B est le siège de la direction commune et est le seul établissement autorisé à des activités de chirurgie et d'obstétrique. L'autre centre hospitalier est autorisé pour les activités de médecine et gériatrie.

Le CH B est composé de 4 pôles d'activité clinique et médicotechnique dont un pôle de psychiatrie assurant la prise en charge des patients dépendant du secteur géo-démographique de l'agglomération. Un IFAS et un IFSI sont rattachés à l'établissement.

Un coordonnateur général des soins assure la direction des 2 sites. Un cadre supérieur de santé est positionné au sein de chaque pôle pour en assurer le management. Le cadre supérieur de santé attaché au pôle de gériatrie est positionné comme adjoint à la direction des soins sur l'établissement rattaché.

L'équipe d'encadrement supérieur est réunie par le CGS tous les 15 jours afin d'aborder l'organisation des soins dans sa dimension établissement, les projets en cours et la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Une rencontre individuelle entre le CGS et les cadres supérieurs de santé est planifiée chaque semaine afin d'échanger sur les problématiques relatives au pôle et aux effectifs du pôle. Ces rencontres permettent aussi

de faire un point sur l'encadrement de proximité et sur les agents positionnés ou souhaitant se positionner sur un projet professionnel de cadre de santé.

Chaque trimestre, une réunion rassemblant l'ensemble de l'équipe d'encadrement est mise en place. Ces rencontres permettent au CGS de diffuser l'information sur un plan institutionnel et de faire collaborer les cadres de santé autour de thèmes de réflexion en lien avec leur pratique.

c) *Etablissement C*

L'établissement C est un établissement public en santé mentale de 290 lits. Il est composé de 2 pôles de psychiatrie adulte et un pôle de psychiatrie infanto-juvénile.

Il prend en charge la population du département à l'exception de la population des arrondissements attachés aux établissements A et B.

La direction des soins est assurée par un directeur des soins à mi-temps détaché sur cette quotité par le CHU du GHT et un cadre supérieur de santé affecté sur des missions transversales. Le rôle de ce dernier est un rôle d'interface entre les cadres supérieurs et le directeur des soins du fait de sa présence à mi-temps. Chaque pôle de psychiatrie adulte est managé par 2 cadres supérieurs de santé dont l'un des 2 a la fonction de cadre supérieur coordinateur de pôle. Un cadre supérieur de santé est positionné sur le pôle de psychiatrie infanto-juvénile, il est suppléé par 2 cadres de santé référents qui occupent cette fonction à mi-temps.

L'équipe d'encadrement supérieur rencontre le directeur des soins toutes les 2 semaines afin d'aborder les projets futurs et en cours, les informations à diffuser auprès de l'équipe d'encadrement, la vie de l'institution. Ce temps de rencontre laisse aussi la possibilité aux autres directeurs adjoints d'intervenir sur des thématiques spécifiques.

Des réunions avec l'ensemble des membres de l'équipe d'encadrement sont planifiées tous les 2 mois. Un temps de réflexion est proposé autour des problématiques rencontrées dans les services de soins.

B) *Echantillon des professionnels interviewés*

Afin d'obtenir un regard croisé sur les pratiques et d'objectiver les hypothèses avancées, plusieurs catégories de professionnels ont été sollicités et ont répondu favorablement à la demande.

- Trois directeurs des soins : 2 sont coordonnateur général des soins et tous sont président de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médicotechnique de leur établissement.
 - ✓ Les 2 CGS ont mis en place un parcours de professionnalisation à la fonction cadre et l'ont inscrit dans leur projet managérial.

- ✓ Le directeur des soins projette de mettre en place un dispositif d'accompagnement pour les professionnels ayant un projet de cadre de santé.
- Quatre cadres supérieurs de santé : trois sont cadres de pôle, deux sur un pôle d'activité de médecine, un sur un pôle de santé mentale et un attaché à la direction des soins sur des missions transversales
- Trois faisant fonction cadres de santé : un a intégré depuis moins d'un an le parcours de professionnalisation, un a souhaité le poursuivre au-delà du délai contractualisé et a changé d'affectation afin d'affirmer ou infirmer son projet et un a été affecté sur un poste de faisant fonction de cadre de santé sans qu'un parcours de professionnalisation ait été formalisé sur son établissement.

Répartition des professionnels enquêtés :

Fonction	CH « A »	CH « B »	CH « C »	Total
Coordonnateur général des soins	1	1	/	2
Directeur des soins	/	/	1	1
Cadre supérieur de santé	2	1	1	4
Faisant fonction cadre de santé	1	1	1	3
Total	4	3	3	10

2.2 Résultats et discussion

2.2.1 Résultats

Au cours des entretiens avec les professionnels, plusieurs items se sont détachés, que nous pouvons rapprocher de notre cadre théorique.

Les compétences, ou du moins, le processus d'acquisition des compétences a été abordé sous l'angle du repérage des potentiels et du parcours professionnel.

Les notions de transition et de professionnalisation ont été illustrées par les étapes et le cheminement durant le parcours de professionnalisation lorsque celui-ci est formalisé.

Enfin, le tutorat par des professionnels pairs est mis en lien avec la construction de l'identité professionnelle.

Nous faisons donc le choix d'aborder l'analyse des résultats selon ses items qui s'articulent avec nos hypothèses de départ et qui font le lien avec les concepts mobilisés de transition, de compétence, de professionnalisation et d'identité professionnelle.

A) Les représentations du rôle de cadre de santé

Nous avons souhaité, dans un premier temps, recueillir la définition du rôle de cadre pour chacun des professionnels interrogés. Cette première question nous permet de partir de leur représentation pour la suite de l'analyse.

Les directeurs des soins des trois établissements ont une définition assez similaire du rôle de cadre. C'est avant tout un manager, un leader qui doit porter et favoriser la réflexion. Il doit traduire la politique institutionnelle en pratiques opérationnelles et faire remonter les problématiques du terrain.

Son expertise clinique, entendue comme connaissance des organisations de soins est un support au management pour traduire les projets en actions. Le directeur des soins de l'établissement A le définit ainsi « *L'assise est l'expertise managériale qui s'appuie sur un langage clinique et une expérience clinique du métier initial mais qu'il faut laisser de côté pour pouvoir avancer sur le plan du management. L'expérience clinique est une plus-value comme le langage professionnel, la connaissance des organisations mais on change de métier. Le cadre n'est pas un super infirmier ou super kiné mais c'est l'expertise managériale qui compte* ». Il précise aussi que le management par la qualité est un levier managérial peu utilisé par les cadres de santé de son établissement « *Le management par la qualité passe par l'évaluation des pratiques professionnelles. Aujourd'hui on a des cadres qui ne s'appuient pas suffisamment sur le management et leur expertise soignante pour faire avancer les organisations de travail pour réfléchir à comment on organise les soins, réfléchir sur la nécessité de prendre la tension tous les matins... revoir les codes anciens pour coller au besoin de soins, à la pertinence des soins. Cela doit être le management aujourd'hui, repenser les pratiques. Ça je le trouve rarement chez les cadres, ils ont tendance à modéliser, à reproduire, je trouve rarement le pas de côté, ils s'appuient rarement sur l'autonomie et la parole du patient.* »

Les cadres supérieurs de santé situent le cadre de santé comme pivot du service, celui autour de qui tout va se construire et précise « *qu'un cadre en souffrance fait une équipe en difficulté* ». Ils mettent en avant la nécessaire proximité du cadre avec son équipe qui n'est pas obligatoirement physique mais surtout dans l'accompagnement. Le cadre de santé doit déléguer afin de rendre autonome son équipe et favoriser le « travailler ensemble ».

Les faisant fonction cadres de santé mettent en avant le rôle de vecteur d'information. Le professionnel faisant fonction de cadre de santé dans l'établissement B l'exprime ainsi « *on est un passeur de message, de relai en restant neutre. Je ne me permets pas de donner mon avis sur la politique établissement et encore moins sur une décision de mon chef de*

service. L'alliance avec le chef de service est essentielle. Je dois donner du sens aux décisions, ce qui est quelque fois compliqué, c'est ce qui m'a amené à prolonger mon FFCS ». Ils motivent leur choix professionnel par leur intérêt pour la démarche projet.

B) Le repérage des potentiels

Les directeurs des soins s'accordent sur le fait que le repérage des professionnels pouvant accéder à un projet professionnel de cadre de santé est une mission qui doit être dévolue à l'encadrement. Il s'agit de repérer « *des dispositions particulières, pas des compétences à ce stade car on n'a pas les outils nécessaires* ».

Le directeur des soins de l'établissement B évoque un faisceau d'indices « *La personne se retrouve confrontée à une difficulté, sait-elle en faire une analyse ? Si analyse, a-t-elle une idée de piste à proposer ? Quelle compréhension elle a de la politique institutionnelle et de la situation générale du système de santé ?* ». De plus, elle évoque la mise à disposition d'un outil de repérage pour l'équipe d'encadrement qui doit être utilisé lors des entretiens annuels « *On a un outil de repérage des potentiels, on a cerné ce qui pouvait nous dire que quelqu'un avait du potentiel. Une fois qu'on a listé ces éléments-là, c'est un guide pour le cadre* ». Cet outil est utilisé dans plusieurs situations « *Soit un agent va venir vers nous pour parler de son projet, soit c'est un CS qui identifie quelqu'un au cours de l'année, soit c'est utiliser au moment de l'entretien pour dire que « moi j'ai repéré ça chez vous » et amorcer un projet* ».

Le directeur des soins de l'établissement A intègre la notion de leadership dans le repérage des potentiels « *dans les enjeux inter personnel au sein de l'équipe c'est la place qu'on peut lui reconnaître, sa capacité d'entraînement, comment il s'inscrit dans une délégation, dans ce qui a été repéré par le cadre. Le cadre repère, fait remonter l'information, l'accompagne, questionne sa capacité à se positionner, à s'affirmer* ».

Malgré ces dispositifs, les professionnels faisant fonction de cadres de santé des établissements A et B n'ont pas été sollicités par leur encadrement pour leur projet de cadre de santé. Leur inscription dans ce projet découle d'une démarche personnelle « *Je ne me suis pas senti poussé vers ce projet, toujours impliqué et sollicité lorsqu'il y avait des réunions de travail car je savais mettre de la distance entre ma pratique et l'organisation des soins, prise de hauteur mais je n'ai pas été sollicité pour l'IFCS. Par contre en tant que FFCS je suis attentif à repérer les potentiels* ».

C) Le parcours de professionnalisation comme vecteur de transition

Les entretiens avec les professionnels permettent de repérer plusieurs temps ou étapes dans le parcours de transition

a) *L'étape de la sélection*

D'une part, pour les directeurs des soins interviewés, la sélection est une étape importante car elle « *permet de ne pas mettre en place des agents qui ne répondent pas à notre demande* ». La procédure de sélection est identique sur les établissements A et B : « *signalement de jeunes talents par les CSS, rencontre avec DS et formalisation du cadre (attendus, missions, représentation...), dépôt d'un projet professionnel et entretien avec DS, Directrice de l'IFSI ou cadre supérieur de santé et DRH : soit non, soit oui mais pas tout de suite et on donne ce qui reste à travailler, soit oui et affectation dès qu'un poste est vacant et contractualisation du parcours* ».

Pour le directeur des soins de l'établissement C, la sélection n'est pas une porte d'entrée pour un parcours de professionnalisation comme ses collègues l'ont formalisé. Dans son établissement, les professionnels sont sélectionnés pour avoir accès à la préparation au concours IFCS. Il constate les limites de cette démarche dans la mesure où les professionnels qui candidatent sont dans une démarche personnelle, qu'ils ne se sont pas confrontés à la réalité du terrain et que l'encadrement est peu impliqué dans le repérage des potentiels.

Pour les agents en poste de faisant fonction de cadre de santé, la sélection permet une mise à plat de la réflexion en passant par l'écrit.

b) *Parcours de transition*

La notion de transition comme passage d'une expertise clinique à une compétence managériale a été soulignée par plusieurs professionnels.

Pour les directeurs des soins, cette transition doit être accompagnée. Ils ont mis en place un « parcours » afin de confronter les représentations des candidats cadres de santé à la réalité de terrain. Ce parcours permet d'appréhender la fonction dans les meilleures conditions possibles et d'individualiser l'accompagnement.

Sur les établissements A et B, des postes de faisant fonction cadres de santé sont proposés aux agents ayant réussi la sélection mais d'autres postes sont accessibles lorsqu'il n'y a pas de poste de FFCS disponible ou lorsque le professionnel a eu un avis réservé lors de la sélection et que son projet professionnel n'est pas suffisamment mature.

Sur le centre hospitalier A « *le parcours est aussi possible sur des postes d'infirmière coordinatrice (IDEC) ou d'infirmière référente de nuit qui correspondent à des poste de cadre, cela permet plus de volant de manœuvre. Dans ce cas, les postes IDEC et référente de nuit sont aménagés en fonction du projet avec des missions RH supplémentaires, des missions de management et de coordination des soins ainsi que des missions institutionnelles* ».

Tout au long de ce parcours, le FFCS a à sa disposition un outil d'auto évaluation qui le guide dans son cheminement « *Ils ont un outil d'auto évaluation à leur disposition, c'est à eux de s'auto évaluer et de faire leur cheminement, c'est un outil estampillé IFCS, on sait qu'on est sur les attentes de la formation. C'est à eux de faire leur progression* ». De plus, durant leur mission de FFCS, ils ont accès aux formations en lien avec le management mais aussi aux formations réservées à l'encadrement, relatives aux projets de l'institution.

Sur le centre hospitalier C, le parcours n'est pas formalisé. De fait, le directeur des soins repère une mise en situation plus complexe dans la mesure où elle n'est pas anticipée « *on propose des postes de FFCS en fonction des besoins, les agents se retrouvent donc en poste sans accompagnement formalisé et doivent en parallèle préparer leur concours, c'est une charge psychique très importante qui ne les met pas dans les meilleures conditions* ».

Une fois affectés sur les postes de FFCS, les professionnels sont intégrés, pour les 3 établissements dans l'équipe d'encadrement. Les directeurs des soins interrogés constatent une intégration spontanée au sein du groupe cadre : « *Il n'y a pas de différence marquée au sein du groupe, le groupe est très aidant. On peut voir cette intégration sur les temps café pris avec les CS, c'est l'identité professionnelle qui s'installe. La différence c'est qu'ils ne font pas de garde institutionnelle et qu'ils sont accompagnés par les CSS et le DS dans leur prise de décision* »

Les cadres supérieurs de santé des établissements A et B sont très favorables au parcours de professionnalisation. Ils le définissent comme l'accompagnement d'une transition.

Pour le CSS du centre hospitalier A, « *le parcours permet aux individus de s'expérimenter, de vivre le métier de l'intérieur, il peut y avoir des étapes avec des inscriptions dans des groupes transversaux, devenir cadre ce n'est pas donner l'heure mais comprendre les rouages de la montre* ».

Pour le CSS du centre hospitalier B, il s'agit d'accompagner le passage « *d'une expertise clinique à une expertise managériale, les étapes se font tout doucement, besoin de temps pour prendre de la distance avec l'équipe, du recul sur les messages à transmettre, passer au « je parle en tant que FFCS et non plus en tant d'IDE* ». Cette possibilité est rassurante car elle peut être assimilée à une période d'essai »

Un agent faisant fonction de cadre de l'établissement A évoque clairement le cheminement opéré durant son parcours de faisant fonction : « *Le plus difficile c'est de laisser le rôle de terrain auprès des patients avec certaines habitudes et valeurs et ces valeurs se trouvent bousculées car on est face à des contraintes organisationnelles, économiques, des contraintes liées au médecin avec qui on travaille...ça m'a fait douter sur mon projet professionnel. C'est un autre métier dans le même univers. Il faut faire le deuil du temps passé auprès des patients pour permettre aux autres d'investir cette partie-là. C'est une forme de passage de relai. J'emploie le mot deuil dans le sens où il faut abandonner quelque chose mais on peut appeler cela une transition car on reste qui on est. Il n'y a pas de différence pour l'équipe entre FFCS et CS, ils vous mettent tout de suite le costume. Très vite j'ai été attendu sur la prise de décisions, on attendait de moi un oui ou un non mais pas un peut-être. On a envie de bien faire. En tant que FFCS le risque est de vouloir être sur tous les fronts et qu'on s'épuise. Le temps du FFCS permet de cheminer et de ne plus vouloir être performant sur tout. Il m'a fallu être aidé par mon tuteur, par mon DS. La transition est un cheminement personnel qui va au-delà du simple travail, elle intervient aussi dans sa vie personnelle. A un moment cela m'a fait peur. Le regard change, le discours et les représentations évoluent durant l'année FFCS. S'il n'y avait pas de période de FFCS, je n'aurais pas mené ce projet »*

c) *Contractualisation*

Dans les établissements A et B où le parcours est mis en place, une contractualisation du parcours est formalisée.

Pour les directeurs des soins, cette contractualisation permet de donner un cadre sur lequel peut s'appuyer le FFCS et définit les modalités de l'accompagnement. Elle pose aussi clairement, dès l'entrée dans le processus, la possibilité de l'arrêt du dispositif, soit de la part de l'agent, soit de la part du directeur des soins. Le directeur des soins de l'établissement B décrit l'expérience d'un arrêt de parcours : « *Ce qui est primordial, c'est d'expliquer qu'à chaque temps de ce parcours on peut s'arrêter, de leur part ou de la part de la DS. Et récemment j'ai eu un retour en arrière du professionnel : il a dit « j'ai réalisé que j'ai compris la place du cadre et je ne veux pas de cette place-là » parce qu'il ne supporte pas d'être hors de l'équipe. Il m'a expliqué l'image qu'il avait du cadre et la réalité : un décalage entre la représentation et le métier d'où l'intérêt du poste de faisant fonction pour passer d'une représentation à une réalité. On a réfléchi ensemble à comment opérer son retour dans un service, on a un volant de manœuvre du fait du nombre de services où les équipes ne se connaissent pas contrairement à un établissement mono filière. »*

Cette contractualisation définit un accompagnement similaire sur les deux établissements. Ce parcours a une durée définie de deux ans maximum, le FFCS est accompagné par un

tuteur cadre de santé tout au long du parcours, ce dernier est personnalisé et doit prendre en compte les postes vacants à venir et les financements possibles afin que les FFCS sachent à quoi ils s'engagent. Leur affectation en tant que FFCS se fait obligatoirement sur un service autre que leur service d'origine.

Pour un FFCS du centre hospitalier A, cette contractualisation a le mérite d'exister mais il déplore le fait que certaines contraintes ne soient pas explicitées : *« on ne nous dit pas clairement que les heures supplémentaires ne seront pas prises en compte du fait du passage au forfait, que nous n'aurons pas le droit à la prime de service pendant 2 ans lors de la formation IFCS, ça donne un sentiment de non reconnaissance. Les contraintes devraient être énoncées lors de la contractualisation car ça peut parasiter le projet. Elles sont sues, colportées, mais pas formalisées »*.

D) Le tutorat comme support de construction identitaire

Les directeurs des soins sont favorables à la mise en place d'un tutorat durant le parcours de FFCS. Tant les directeurs qui l'ont mis en place et formalisé dans le parcours que le directeur des soins qui n'a pas mis en place de parcours spécifique.

Dans l'établissement B, le tuteur est un CSS. Son rôle est de faire réfléchir le FFCS sur son projet professionnel, d'échanger sur des analyses de pratique et de l'accompagner dans l'écriture du projet professionnel pour le concours IFCS. Le FFCS est aussi accompagné par un cadre de santé, un « compagnon », il est le référent pour guider le FFCS dans le quotidien et l'opérationnel. Lorsque le tuteur est identifié, c'est le FFCS qui doit le solliciter.

Le tutorat nécessite que les missions des cadres supérieurs ou cadres de santé tuteur soient clairement définies. Le directeur des soins de l'établissement A insiste sur le positionnement du cadre de santé tuteur *« Il est nécessaire que les cadres soient au clair avec leurs missions pour accompagner les nouveaux collègues. Le FFCS peut, soit s'appuyer sur ce qu'il sait faire, l'expertise infirmière, soit s'appuyer sur ce que font ses collègues, ce qui nécessite que les collègues soient bien positionnés »*. Les tuteurs sont des cadres de santé extérieurs au pôle d'affectation du FFCS. Ils ont pour mission de guider le FFCS dans l'analyse managériale.

Dans les deux cas, le choix du tuteur est fait sur la base du volontariat.

Le tutorat semble être un atout et un soutien pour les FFCS. Dans le centre hospitalier A, les rencontres tuteur/FFCS sont mensuelles. Le professionnel FFCS le décrit comme *« un accompagnement sur le management et le positionnement mais la fréquence n'est pas suffisante et je pense que ce tutorat devrait être poursuivi sur les premiers temps de la prise de poste pour guider le cadre de santé débutant dans l'opérationnel »*

E) La spécificité de la psychiatrie

Ma situation de départ se déroulant dans un EPSM, j'ai souhaité interroger les professionnels sur une éventuelle spécificité de la psychiatrie.

Les établissements A et B ont chacun un ou plusieurs services de psychiatrie. De plus, un cadre supérieur de santé est cadre de pôle en psychiatrie et un FFCS a été affecté pendant quelques mois sur un service de psychiatrie. Le CH « C » est un EPSM et le directeur des soins a une double affectation EPSM/CHU.

Il me paraissait intéressant de connaître la position des directeurs des soins quant à la politique mise en place dans le cadre des parcours de professionnalisation.

Le directeur des soins du CH « B » a fait le choix de recruter les FFCS au sein de la filière : *« car les services de psychiatrie ne sont pas encore à maturité pour se distancier. Je ne veux pas mettre quelqu'un qui pourrait être mis en difficulté »*. L'arrivée prochaine des IPA sera, à son sens, un levier pour modifier la politique d'affectation des cadres de santé en psychiatrie : *« les IPA vont reprendre la clinique et on va pouvoir mettre les cadres à l'encadrement car aujourd'hui, en psychiatrie, la clinique est gérée par le cadre de santé »*. A l'inverse, le directeur des soins du CH « A » ne favorise pas un projet professionnel de cadre de santé au sein de la même filière et affirme que le management n'a pas besoin de l'expertise clinique de la discipline : *« C'est l'hypothèse de la bataille entre les 2 diplômés, sentiment de perte d'expertise lors du diplôme unique et on rejoue ça dans la fonction cadre. Si la personne est en capacité de s'appuyer sur son équipe, si elle a une humilité sur les limites de ses connaissances et de la pertinence dans ce qu'elle renvoie à son équipe, un cadre MCO peut tout à fait manager en psychiatrie »*.

Dans l'établissement C, le directeur des soins partage son activité entre un CHU et un EPSM. Il évoque, lui aussi, une spécificité au sein de l'EPSM mais qui ne repose pas sur le fait de la discipline mais plutôt d'une mauvaise connaissance ou représentation des attendus d'un cadre de santé aujourd'hui : *« l'acculturation aux outils de gestion ne s'est pas faite aussi rapidement qu'en MCO. Et je pense qu'il y a une forte résistance à lâcher l'expertise clinique et sa transmission, ça permet une forme de pouvoir. Je pense aussi que des cadres de l'établissement ont fait ce projet en pensant faire reposer leur pratique sur la transmission des savoirs, ce n'est plus ce qu'on leur demande et ils ne savent pas faire évoluer leur pratique. Nous avons des cadres qui viennent de MCO, ils ont facilement trouvé le bon positionnement »*.

Le cadre supérieur de santé, cadre de pôle de psychiatrie, émet quelques réserves sur la transférabilité d'une pratique en psychiatrie et en MCO : « *Un professionnel de psychiatrie peut manager une équipe de MCO, dans l'autre sens cela nécessite une étape préalable : capacité d'engagement à s'intéresser à, capacité à se positionner, capacité à faire un pas de côté, sens de la mission, sens du projet, capacité à aller chercher l'information* ».

Un des FFCS interrogés a été affecté dans un premier temps sur un poste d'encadrement dans un service de psychiatrie. Issue de filière ergothérapeute, elle n'avait aucune expertise clinique dans la spécialité : « *Je ne pouvais pas rivaliser sur l'expertise, par contre je me suis appuyé sur une très bonne connaissance de l'institution car j'ai eu beaucoup de mobilité et une bonne connaissance du parcours patient. Les attendus de l'équipe étaient très importants et elle avait pris des initiatives pour pallier l'absence de cadre, jusqu'à la rédaction du planning. J'ai repris les plannings, structuré les synthèses, mis en place un flash info institutionnel hebdomadaire. J'ai fait du management, amené de l'institution et de l'organisation, des repères, un cadre. Je n'avais pas de connaissance clinique donc pas de pression pour prendre le rôle d'expert et de transmetteur, orientation exclusive sur management et parcours patient qui ont été facilitateur à l'intégration et un levier managérial. Je savais que j'allais être attendue au tournant, j'ai beaucoup observé, j'ai mis en place une communication sincère, dire quand je ne savais pas* ».

F) Les limites du poste de faisant fonction de cadre de santé

Pour le directeur des soins du CH « A », le parcours de professionnalisation, et surtout le poste de FFCS ont des limites : « *Le risque pour le FFCS est de vouloir répondre à toutes les tâches. Il faut que la fiche de poste soit bien écrite et expérimentée car le cadre est à la croisée de toutes les directions avec cette ambiguïté qu'on est dans une délégation de gestion. Je m'interroge aussi sur comment former les cadres au langage politique des directions dans la mesure où cela ne fait pas partie de notre culture de soignant qui est centré sur le métier, il faut donner des clés de lecture. Et surtout, pour un accompagnement personnalisé et de qualité, il est nécessaire de dimensionner le nombre de FFCS par rapport au CS et de faire rouler les postes* ».

Le directeur des soins de l'EPSM met en avant la temporalité trop contrainte dans l'organisation et la mise en place des FFCS sur son établissement : « *on les sélectionne pour qu'ils accèdent à la prépa concours, les postes vacants de cadre de santé nous incitent à les positionner dessus. Le parcours n'est pas préparé, annoncé et pour tenir l'engagement de la sélection, on maintient la prépa concours sur le temps de FFCS. Ils doivent absorber en quelques mois les principes de management, les outils métier et la*

charge de travail de la prépa. On ne les met pas dans de bonnes conditions d'apprentissage »

Les FFCS évoquent une difficulté à se projeter du fait d'une mission limitée dans le temps. Ils évoquent aussi « *une charge de travail très importante avec les absences lors de la prépa concours, le CSS m'a octroyé des après-midi sur l'hôpital où je pouvais travailler ma prépa dans un bureau déporté* ».

Le FFCS de l'établissement C dit avoir été en difficulté à sa prise de poste dans la mesure où il a dû se construire un réseau d'aide et de soutien puisque celui-ci n'était pas formalisé. De plus, trouver sa place lui a paru complexe : « *j'ai eu l'impression d'être mis là en dépannage, en attendant et ça a été difficile de trouver une certaine légitimité. Mon affectation était prévue sur un temps court puisque je préparais le concours et il m'a été difficile de me projeter. Heureusement, j'ai rapidement été intégré dans l'équipe cadre et j'ai trouvé des ressources sur lesquelles m'appuyer. J'aurais aimé avoir une feuille de route plus construite avec des échanges plus réguliers avec le directeur des soins* ».

2.2.2 Discussion

A) Confrontation au cadre conceptuel

a) *Transition*

Si nous reprenons le cadre théorique que nous nous sommes fixé, nous avons défini la transition comme un état intermédiaire qui est lent et graduel.

Selon A. LE BLANC et R. DUPUY (LE BLANC A. et DUPUY R., 2001)³⁶, la transition est un processus de développement entraînant un changement, conduisant à des formes de distanciation, encourageant à développer des stratégies de régulation et d'adaptation et qui conduit à un remaniement identitaire.

Les témoignages recueillis auprès des professionnels illustrent cette définition. En effet, les directeurs des soins et les cadres supérieurs de santé évoquent la nécessaire distanciation entre l'exercice antérieur et le nouveau. Les professionnels FFCS la situent à deux niveaux. D'une part, la distanciation avec l'équipe, le fait de ne « plus être dedans mais à côté », et d'autre part, la distanciation avec l'exercice professionnel antérieur dont l'expertise accordait une légitimité.

Mais aussi, l'ensemble des professionnels soulignent l'importance de l'accompagnement par les pairs. Le tutorat permet de développer leurs compétences mais surtout, il favorise

³⁶ LE BLANC A. et DUPUY R. (2001). Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles. *Connexions* n°76, pp. 61-79.

la réflexion et l'analyse des situations de management en proposant une régulation des pratiques.

Enfin, le parcours proposé par les établissements A et B favorise la construction de l'identité professionnelle du fait d'une intégration formalisée dans l'équipe d'encadrement et légitime ainsi le positionnement au sein des équipes.

E. ABORD DE CHATILLON et C. DESMARAIS³⁷ décrivent la transition comme le passage entre deux métiers, l'articulation entre compétences acquises antérieurement et compétences requises pour assurer les nouvelles missions de management. Il s'agit d'abandonner l'ancien rôle et la légitimité que le professionnel retirait de son expertise. D'ailleurs ce cheminement n'est pas toujours synonyme de réussite.

Les propos recueillis auprès des FFCS l'illustrent parfaitement. Ils évoquent le « deuil » du métier de soignant comme pouvant être un frein au projet professionnel de cadre de santé. D'ailleurs, nous pouvons constater que le professionnel qui a mis fin au parcours de FFCS mettait en avant le fait de ne pas pouvoir se mettre à distance de sa pratique soignante. Par contre, nous pouvons remarquer que l'expertise clinique n'est pas pour autant abandonnée, elle est utilisée pour asseoir une légitimité du fait de la connaissance des organisations de soins.

Enfin, T. PIOT (PIOT T., 2018)³⁸ met en évidence le rôle de régulation de la hiérarchie dans l'étape de transition. Les FFCS témoignent de l'importance du soutien et de l'accompagnement de l'encadrement supérieur et de la direction des soins tout au long de leur parcours. Cet accompagnement renforce la position du FFCS dans sa fonction managériale en lui reconnaissant les compétences nécessaires ou du moins le potentiel requis pour assurer sa mission.

b) Compétence

Comme nous avons pu déjà l'évoquer, contrairement à la connaissance qui ne s'applique qu'aux savoirs théoriques résultant d'un apprentissage, la compétence ajoute une dimension opérationnelle, une mise en œuvre ajustée à la situation.

Selon G. LE BOTERF (LE BOTERF G., 2000)³⁹, trois éléments doivent être mobilisés pour produire la compétence. Le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes, le vouloir agir qui se réfère à la motivation de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif, le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une

³⁷ ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C. (2018, Février). Devenir manager, enjeux et difficultés. *Soins cadres n°105*.

³⁸ PIOT T. (2018). Une transition professionnelle choisie: d'infirmière à cadre de santé en unité de soins. *Phronesis volume 7*, pp. 55-64.

³⁹ LE BOTERF G. (2000). *Construire les compétences collectives*. Paris: Edition Eyrolles.

organisation de travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risques de l'individu.

Nous pouvons donc penser que la compétence résulte de la rencontre entre un projet professionnel et une institution. Reste à définir quelle est l'institution.

En effet, lors de nos échanges avec les professionnels, ces derniers ont mis en exergue que le lieu d'exercice et surtout les mises en situations leur permettaient d'acquérir des compétences. La motivation est certes intrinsèque à l'individu mais elle est alimentée par le soutien et l'accompagnement mis en place par l'institution. Les apprentissages se font en lien avec des pairs, et les conditions mises en œuvre sont propices à la prise de décision et à la légitimité.

Nous pouvons, malgré tout, envisager que l'institut de formation des cadres de santé peut être également l'institution qui permet l'acquisition de compétences dans la mesure où le cursus de formation alterne apports théoriques et mises en pratiques.

c) *Professionalisation*

Si nous nous référons à la définition de R. BOURDONCLE (BOURDONCLE R., 2000)⁴⁰, la professionnalisation est un processus d'acquisition de compétences en situation réelle et de construction d'une identité professionnelle. Elle rassemble les notions de compétence, de reconnaissance et d'identité professionnelle. Nous pouvons parler, dans ce cas, de socialisation professionnelle.

Nous pouvons compléter cette définition par les propos de R. WITTORSKI (WITTORSKI R., 2008)⁴¹ qui énonce que « au quotidien, la professionnalisation se construit par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres des compétences et des savoirs produits ».

La professionnalisation est donc un parcours d'acquisition de compétences qui s'appuie, d'une part, sur la mise en pratique des savoirs et des connaissances, et d'autre part, sur la reconnaissance par autrui de sa capacité à mobiliser ses savoirs et les mettre en action.

La professionnalisation repose, de fait, sur une dimension collective par l'intégration à un groupe de référence mais aussi par l'institution comme support du parcours. Cette notion de collectif a été prise en compte dans l'élaboration du parcours du FFCS dans les établissements A et B. En effet, la mise en place du tutorat, reposant sur l'équipe d'encadrement, la contractualisation entre l'individu et l'institution et l'accompagnement tout au long du parcours représentent une offre de professionnalisation.

⁴⁰ BOURDONCLE R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation* n°35, pp. 117-132.

⁴¹ WITTORSKI R. (2008). La professionnalisation. *Revue Savoirs*.

L'identité professionnelle se construit tout au long de ce parcours, l'intégration dans l'équipe d'encadrement est la première étape décrite par les FFCS. Mais l'intégration au groupe n'est pas synonyme de reconnaissance par ses pairs. Le tutorat et l'accompagnement dans les prises de décision sont-ils des freins ou des leviers dans la reconnaissance par les pairs ?

Par contre, la reconnaissance par l'équipe managée semble s'établir de fait. Les professionnels FFCS décrivent un positionnement de manager attendu par l'équipe dès leur affectation.

La professionnalisation se construit aussi par la reconnaissance de l'institution. Le repérage des potentiels par l'encadrement ainsi que l'épreuve de sélection marquent, pour les FFCS, le début du processus de professionnalisation. De plus, la contractualisation permet de définir les attendus de l'institution et les modèles d'évaluation de l'activité prescrite. L'outil d'auto-évaluation proposé dans l'établissement A formalise les attendus et les critères d'évaluation qui seront utilisés par la hiérarchie.

Dans l'établissement C, il n'existe pas de parcours formalisé et l'accompagnement n'est pas contractualisé à la prise de poste du FFCS. Pour autant, le professionnel intègre un groupe, s'appuie sur ce groupe pour acquérir des compétences et contractualise de façon « implicite » l'engagement entre lui et l'institution. Le professionnel entre-t-il alors dans un processus de professionnalisation au même titre que les professionnels bénéficiant d'un parcours formalisé ?

d) Identité professionnelle

C. DUBAR (DUBAR C., 2015)⁴² caractérise l'identité professionnelle par deux processus. D'une part, l'identité professionnelle biographique qui se définit par le statut et le niveau de formation et d'autre part, l'identité professionnelle relationnelle qui se construit des relations que l'individu met en place dans son environnement de travail, c'est-à-dire de l'identité que les autres nous attribuent en fonctions de leurs représentations.

Si nous reprenons cette définition, dans le cas d'un parcours de FFCS, l'identité professionnelle biographique ne peut pas se réaliser dans la mesure où le professionnel ne bénéficie ni du statut, ni de la formation.

⁴² DUBAR C. (2015). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Edition Armand Colin.

L'identité professionnelle relationnelle peut se construire par l'intégration dans le groupe de cadres de santé, par la position de manager au sein des équipes soignantes et par la contractualisation avec l'institution.

Aussi, selon A.M. FRAY et S. PICOULEAU (FRAY A.M. et PICOULEAU S., 2010)⁴³, l'identité professionnelle repose aussi sur une « identité de métier » avec des pratiques, des codes et un vocabulaire communs. Cette identité favoriserait alors l'intégration sociale de l'individu.

Les professionnels rencontrés évoquent l'expertise clinique initiale comme support de légitimité au sein de l'équipe d'encadrement mais surtout auprès des professionnels managés. Puis, au fur et à mesure de leur parcours, l'intégration de nouveaux schémas de compréhension, d'un nouveau vocabulaire, de nouveaux savoirs leur ont permis de se distancier de leur pratique initiale pour intégrer les codes managériaux.

Nous pouvons donc penser que la construction de l'identité professionnelle des FFCS n'est que partielle durant leur parcours de professionnalisation. La pleine intégration dans le groupe de cadres de santé nécessite, si nous reprenons la définition de C. DUBAR, la validation des compétences par la formation et le diplôme cadre de santé.

B) Retour sur les hypothèses de départ

Au regard des éléments recueillis dans la littérature et de l'analyse des échanges avec les professionnels, revenons sur les hypothèses que nous avons formulées en introduction.

a) *L'exercice de faisant fonction cadre de santé favorise la transition de l'expertise clinique vers la compétence managériale.*

Les professionnels interrogés s'accordent à dire que la période de FFCS permet de conforter le projet professionnel. La mise en situation favorise la transition d'une part entre expertise clinique et compétence managériale et d'autre part permet de confronter la représentation du métier avec la réalité de terrain. Cette mise à l'épreuve entraîne une distanciation avec l'exercice antérieur et permet de s'approprier de nouveaux schémas de compréhension et de nouvelles compétences.

⁴³ FRAY A.M. et PICOULEAU S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité de vie au travail. *Management et avenir* n°38, pp. 72-88.

Mais ce positionnement a des limites qu'il faut prendre en compte et accompagner. D'ailleurs en septembre 2009, dans le rapport de Singly⁴⁴ « *La mission préconise de mettre fin à la position bancale de faisant fonction cadre et de rendre systématique dans toutes les démarches de promotion interne professionnelle conduisant à l'encadrement, des mises en situation permettant de vérifier les réelles dispositions à manager* ».

Nous avons pu constater que les FFCS étaient tentés, à la prise de poste, de vouloir être sur « tous les fronts ». Le rôle du tuteur, mais aussi celui du CSS et du directeur des soins sont essentiels dans la définition des missions, dans la priorisation de ces dernières et dans l'accompagnement du FFCS dans la prise de décision. Des temps de régulation doivent être proposés pour faire des points d'étape, permettre le réajustement du positionnement et analyser la pratique managériale de l'apprenant. Ces temps de régulation pourront s'appuyer sur une fiche de poste formalisée, expérimentée et réajustée.

Enfin, les postes de faisant fonction de cadre de santé doivent répondre à un projet professionnel, ils ne doivent pas pallier une problématique de recrutement dans la fonction d'encadrement.

b) La mise en œuvre d'une procédure d'accompagnement du projet professionnel des candidats à la fonction cadre de santé favorise le processus de professionnalisation

Le parcours de professionnalisation doit être connu par l'ensemble des professionnels de l'institution. Il doit être formalisé et faire partie intégrante du projet managérial conduit par le directeur des soins.

Les professionnels interrogés s'accordent sur le fait qu'il favorise l'acquisition de compétences managériales en combinant des connaissances et des savoirs nouveaux avec leur mise en situation.

Ce parcours doit être accompagné par la hiérarchie. Ce soutien permet la reconnaissance. La mise en place du tutorat favorise l'analyse et la régulation de la pratique.

c) Un parcours de professionnalisation s'appuyant sur une dimension collective institutionnelle favorise la construction de l'identité professionnelle

La dimension collective du parcours de professionnalisation s'appuie sur plusieurs éléments.

Dans un premier temps, le repérage des potentiels est institutionnalisé, il fait partie de la politique managériale du directeur des soins. Puis l'intégration dans l'équipe d'encadrement

⁴⁴ Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers confié à Chantal de Singly sur la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers du 11 septembre 2009

soutient la position managériale du professionnel et valide son projet de cadre de santé. Enfin, la contractualisation avec l'institution engage l'ensemble des acteurs, directeur des soins, directeur des ressources humaines et professionnels, dans un accompagnement institutionnel et des droits et obligations réciproques.

Malgré tout, nous pouvons penser, si nous confrontons le cadre théorique aux pratiques de terrain, que l'identité professionnelle de cadre de santé nécessite le passage par une formation et l'acquisition d'un diplôme. La période de FFCS ne doit donc n'être que transitoire, n'être une étape du projet professionnel.

d) *L'accompagnement des candidats vers la fonction cadre de santé garantit un recrutement adapté pour l'établissement*

La sélection et la mise en position de faisant fonction cadre de santé évitent de positionner sur des rôles d'encadrement des professionnels qui ne répondraient pas aux attendus de l'institution et qui pourraient être en souffrance dans un rôle qui ne correspondrait pas à leurs attentes ou représentations.

Ce parcours favorise la construction d'une identité professionnelle en amont de la formation et permet d'appréhender l'institution dans la connaissance de son organisation.

2.2.3 Limites de la recherche

Les 10 entretiens ont permis un abord qualitatif à notre travail de recherche. Le nombre restreint ne peut pas nous amener à en faire une généralité mais il permet d'alimenter notre réflexion et de nous orienter vers un plan d'action.

3 Préconisations

3.1 Politique managériale

3.1.1 Le projet managérial du directeur des soins

Le projet managérial permet au directeur des soins de définir la ligne managériale de la direction des soins.

Le décret n°2010-1138 du 29 septembre 2010⁴⁵ positionne le directeur des soins comme membre de l'équipe de direction et lui confère un rôle stratégique au sein de l'établissement.

⁴⁵ Décret n° 2010-1138 du 29 septembre 2010 portant statut particulier du directeur des soins

Cette dimension stratégique doit être porteuse de sens pour adapter les organisations de soins. Pour cela, le directeur des soins doit renforcer, par la formalisation d'un projet managérial, la collaboration avec l'équipe d'encadrement.

Le parcours de professionnalisation et l'accompagnement proposés au postulant cadre de santé doivent s'inscrire dans le projet managérial du directeur des soins. Le parcours doit être formalisé avec les cadres supérieurs de santé, et partagé au sein de l'équipe de direction. De plus, ce dispositif est un support à la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences de l'encadrement dans la collaboration entre le directeur des soins et le directeur des ressources humaines. Cette gestion prévisionnelle intègre le nombre de poste de FFCS que l'établissement peut accompagner sans mettre en difficulté l'équipe d'encadrement.

De plus, le projet managérial du directeur des soins prend en compte la spécificité de l'établissement. Les professionnels de santé interrogés nous ont fait part de la nécessité d'un management prenant en compte la culture et l'évolution des métiers dans les pôles de psychiatrie. L'évolution des pratiques et la réforme du financement de la psychiatrie vont modifier l'approche managériale de cette discipline et l'acculturation au modèle MCO peut être un levier pour l'encadrement. Le projet managérial du directeur des soins peut proposer des échanges de pratiques en s'appuyant sur des stages découvertes, lesquels pourraient être systématiques dans le parcours de professionnalisation des futurs cadres. Les GHT sont le terrain privilégié pour ce dispositif.

3.1.2 Le directeur des soins : garant du processus de professionnalisation

La formalisation du projet managérial du directeur des soins définit les grandes lignes managériales mais le directeur des soins a aussi un rôle opérationnel dans sa mise en œuvre et son accompagnement.

Dans le cadre d'un parcours de professionnalisation, le directeur des soins est garant du processus en favorisant la connaissance du travail de management, des attendus de l'institution et en favorisant l'accès à un dispositif de formation adapté. Mais aussi, sa validation du projet professionnel légitime l'agent dans sa nouvelle fonction.

Mais doit-on considérer que le parcours de professionnalisation s'interrompt à l'entrée en IFCS du professionnel ? Il nous semble intéressant de penser ce parcours de manière plus large, au-delà du temps de formation, sur les premiers temps de la prise de poste.

Pour cela, des outils sont à la disposition du directeur des soins, qui permettent, non seulement, de conforter les cadres de santé dans leur management, mais aussi accompagner les FFCS ou les nouveaux diplômés cadres de santé dans leur prise de fonction.

Des temps d'analyse de management animés par le directeur des soins et les CSS peuvent répondre à ce besoin. Outre le fait de permettre une régulation des pratiques, ces temps d'échange permettent au directeur des soins de définir les attendus, les valeurs à partager et les directions managériales à tenir.

3.1.3 Place et rôle des cadres et cadres supérieurs de santé dans le parcours : repérage des potentiels et tutorat

A) Le repérage des potentiels

Le repérage des potentiels doit être effectué en situation de travail. Il paraît donc essentiel que ce repérage soit effectué par le cadre de santé de proximité, au sein de l'unité. Il doit être porté et encouragé par le directeur des soins et faire partie intégrante du projet managérial.

Le repérage des potentiels repose sur plusieurs éléments objectifs.

- Expériences de l'agent : Diversité des expériences professionnelles du professionnel, construction du parcours en lien avec le projet professionnel de cadre de santé
- Implication de l'agent dans l'institution : Participation à des groupes de travail, inscription sur des missions transversales, participation à des instances, connaissance de l'organisation de l'institution
- Capacités d'analyse et de synthèse : Réalisation de transmissions synthétiques, prise de recul sur les situations professionnelles, réactivité sur des situations inattendues, intégration et prise en compte des informations, implication dans l'analyse des risques
- Capacités d'organisation : Application des protocoles et procédures, mise en œuvre du raisonnement clinique et de la transmission des informations, capacité d'évaluation des actions menées
- Capacités de travailler en équipe : Participation active à des projets collectifs, « leadership » positif au sein de l'équipe, collaboration avec l'équipe pluri professionnelle, transmission des savoirs
- Capacités relationnelles : Capacité d'écoute, qualité de l'expression orale et écrite, capacité d'argumentation, capacité de médiation dans les situations conflictuelles.

Afin d'accompagner les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé dans le repérage des potentiels au sein de leur équipes, des grilles de recueil et d'évaluation⁴⁶ sont mises à disposition et partagées au sein de l'équipe d'encadrement et de la direction des soins.

B) Le tutorat

En fonction du contexte et de la politique managériale de l'établissement, le tutorat doit s'adapter aux besoins et à l'organisation des services. La fonction « tuteur » accompagne le futur cadre de santé dans un cheminement réflexif favorisant l'analyse et la régulation des pratiques. Le tuteur met en place un accompagnement permettant de développer les compétences et le potentiel du professionnel, de favoriser l'analyse des pratiques professionnelles, d'accompagner le tuteur dans la construction d'une nouvelle identité professionnelle et de développer les connaissances de l'institution et des textes réglementaires.

Les modalités du tutorat doivent être définies dans la politique managériale. Nous vous proposons des éléments qui nous semblent importants à intégrer :

- Le tuteur peut être cadre supérieur de pôle ou cadre de santé avec une expérience de 3 ans minimum dans la fonction au sein d'une unité fonctionnelle
- Il est nommé par le Coordonnateur Général des Soins pour ses capacités à accompagner après appel à candidature
- Il est intégré sur une liste des tuteurs portée à la connaissance de l'ensemble de l'encadrement
- Il peut lui être proposé un complément de formation au coaching si nécessaire
- Il exerce obligatoirement dans un autre pôle que celui du tuteur
- Il s'engage à accompagner le tuteur tout au long de son parcours durant les différentes étapes.

De plus, le rôle de tuteur nécessite des aptitudes et compétences particulières :

- Relationnelles : écoute, empathie, disponibilité...
- Pédagogiques : savoir expliquer, transmettre et vérifier la compréhension du message.
- Managériales : pratique éprouvée et reconnue, éthique managériale.
- Théoriques : connaît la réglementation et les pratiques innovantes.

⁴⁶ Annexe 1

Les missions et les activités du tuteur doivent être définies et formalisées⁴⁷ afin que ce dernier ait connaissance des modalités de son engagement. Nous proposons de formaliser ses missions ainsi :

- Il définit un parcours de professionnalisation qui tient compte des besoins de l'apprenant
- Il vise à la réflexivité sur les actions dans la situation de travail ainsi que sur l'ensemble du parcours professionnel
- Il accompagne dans la construction du document écrit de projet professionnel et à la préparation de l'oral du concours d'entrée à l'IFCS
- Il permet l'analyse des situations vécues et permet de les conceptualiser
- Il s'engage dans une démarche de neutralité bienveillante.

L'accompagnement du tuteur s'articule autour de 3 activités :

- Organisation du parcours
 - ✓ Contractualiser le parcours
 - ✓ Planifier les objectifs du parcours
 - ✓ Prévoir des temps de régulation et d'évaluation formative
 - ✓ Recenser les points forts, les acquis, les attentes et les points à améliorer du faisant fonction et identifier ses besoins
 - ✓ Traduire les situations de travail en objectifs d'apprentissage
- Accompagnement
 - ✓ Présenter et expliciter le guide d'apprentissage
 - ✓ Aider le futur cadre à formaliser ses attentes
 - ✓ Faciliter le transfert des compétences de la fonction initiale vers la fonction cadre
 - ✓ Accompagner le changement de métier, de positionnement et aider à la construction identitaire
 - ✓ Engager le futur cadre dans un processus de progression
 - ✓ Aider à analyser les situations auxquelles il est confronté
 - ✓ Favoriser la distanciation par la construction du sens de l'action
- Evaluation
 - ✓ Organiser des bilans, à un rythme et une durée personnalisés, pour faire le point des acquis et des difficultés

⁴⁷ Annexe 2

- ✓ Favoriser l'autoévaluation
- ✓ Elaborer des objectifs intermédiaires
- ✓ Evaluer la progression
- ✓ Evaluer la réalisation du contrat

Afin d'accompagner le faisant fonction dans une dimension opérationnelle de ses missions, le tutorat peut être associé à un compagnonnage. Dans ce cas, le « compagnon » est un cadre de santé affecté sur le même pôle que le tutoré et est une personne ressource dans la gestion quotidienne du service, dans l'animation d'équipe et dans la gestion de problématiques humaines, organisationnelles et matérielles.

Il participe à la construction de l'identité professionnelle et des compétences de l'apprenant, en développant ses capacités d'autonomie et la prise de conscience de ses responsabilités dans la réalisation des objectifs de l'unité.

Il fait preuve de disponibilité et de bienveillance, en tenant compte des besoins de l'apprenant et des moyens disponibles. Il réalise l'accompagnement au quotidien de l'apprenant.

Il peut participer à l'évaluation de la progression du faisant fonction de cadre de santé si le cadre supérieur le sollicite.

Ses missions et activités sont formalisées⁴⁸ et peuvent se définir ainsi :

- Présentation de l'unité dans son contexte, son orientation médicale, l'équipe, les projets en cours, l'environnement
- Accompagnement dans l'acquisition des connaissances liées à l'environnement de travail et à ses missions
- Accompagnement dans la réalisation des activités professionnelles.

L'accompagnement s'inscrit dans un processus de progression qui doit s'appuyer sur une planification par objectifs. Le compagnonnage est une guidance à la fois technique et morale qui vient en complémentarité du tutorat, notamment pour faciliter la prise de recul. La liste des tuteurs est validée par la Direction des soins. Le directeur des soins pilote le groupe des tuteurs et définit son fonctionnement.

⁴⁸ Annexe 3

3.2 Parcours de professionnalisation

3.2.1 Validation du projet par DS

Le projet professionnel de cadre de santé d'un agent peut être identifié soit par le repérage des potentiels effectué par l'équipe d'encadrement mais aussi par une démarche personnelle du professionnel qui signifie son projet auprès de son encadrement de proximité.

Cette première étape nécessite d'être validée par le directeur des soins avant qu'un accompagnement spécifique et individualisé se mette en place.

Une rencontre entre le directeur des soins et le professionnel est alors planifiée afin que ce dernier argumente son projet en lien avec son parcours professionnel.

Si le projet est pertinent, le directeur des soins confirme l'entrée du candidat dans le dispositif. Des objectifs sont alors définis et un accompagnement est mis en œuvre. L'inscription à des groupes de travail institutionnels est valorisée et un tutorat par un cadre supérieur de santé est mis en place afin d'accompagner le candidat dans l'analyse de sa pratique et dans la construction de son projet professionnel.

Cette première étape positionne le candidat dans le parcours de professionnalisation et lui permet de postuler sur un poste de FFCS afin de confronter ses représentations à la réalité de la fonction.

3.2.2 Sélection FFCS

La sélection pour un poste de FFCS est une étape importante du parcours qui peut prendre la forme d'un « rituel de passage » légitimant le candidat dans son positionnement de FFCS. Cette sélection est portée par l'institution, représentée par le directeur des ressources humaines et le directeur des soins. Lorsque l'établissement dispose d'un IFCS, il est intéressant d'associer le directeur des soins du pôle de formation qui pourra être garant des attendus de la formation de cadre de santé.

Lors de cette sélection, le candidat présente son projet professionnel formalisé, ses motivations, son implication dans l'institution et ses représentations de la fonction d'encadrement.

Le jury évalue la pertinence et la maturité du projet ainsi que les aptitudes du candidat à manager une équipe. Suite à la sélection, le candidat est informé de la décision et la réponse est argumentée.

3.2.3 Contractualisation tripartite : DRH, DS, Professionnel de santé

« Le contrat est un accord de volontés entre deux ou plusieurs personnes destiné à créer, modifier, transmettre ou éteindre des obligations »⁴⁹. La contractualisation entre l'agent et l'institution, c'est-à-dire le directeur des ressources humaines et le directeur des soins, a un double objectif. D'une part, elle engage le professionnel dans des obligations auprès de l'institution et d'autre part elle engage l'institution à procurer au professionnel les moyens d'atteindre ses objectifs. De plus, cette contractualisation caractérise une reconnaissance de l'établissement envers l'agent.

Le contrat engage le professionnel dans le parcours de professionnalisation défini de l'institution. Il doit faire apparaître :

- La description du parcours
- L'unité d'affectation en tant que FFCS
- Le plan de progression du parcours en formalisant les étapes, les évaluations avec le tuteur et avec le directeur des soins
- Les critères d'évaluation formalisés
- Les outils et supports mis à la disposition du FFCS (grille d'évaluation, plan de formation, tutorat, compagnonnage)
- La réversibilité de l'engagement, de la part de l'une ou l'autre partie
- La durée du parcours et les perspectives de financement de la formation de cadre de santé
- Les impacts sur la rémunération et le temps de travail durant l'affectation sur un poste de FFCS.

3.2.4 Le parcours

A) Le plan de progression du parcours

Le plan de progression⁵⁰ du parcours intègre le projet managérial du directeur des soins. Il est élaboré avec l'équipe d'encadrement supérieur. Une évaluation du plan de progression est projeté, intégrant les tuteurs et les professionnels FFCS, afin d'être réajusté si nécessaire.

Des outils partagés de communication entre le directeur des soins, les cadres supérieurs de santé, les tuteurs et les cadres compagnons sont formalisés afin de favoriser les échanges et le suivi du parcours.

⁴⁹ Article 1101 du code civil

⁵⁰ Annexe 4

Les fiches de missions du tuteur et du cadre compagnon sont élaborées et présentées à l'ensemble de l'équipe d'encadrement.

Un stage découverte dans un autre établissement peut être intégré dans le parcours lorsque l'établissement est mono-filière.

B) Exemple de parcours

Ce parcours a été élaboré dans le cadre de ce travail de recherche, il s'adresse aux professionnels ayant un projet cadre de santé.

Les étapes détaillées ci-dessous décrivent le parcours de professionnalisation des candidats cadres de santé, de l'élaboration de leur projet jusqu'à la formation en l'IFCS. Ce parcours se déroule sur une durée maximum de 2 ans.

A tout moment, le parcours peut être suspendu soit parce que le candidat le décide, dans le cadre d'un parcours non adapté, soit par la Direction des soins et la DRH si le candidat n'est pas adapté à la fonction.

ETAPES	QUOI ?	QUI ?	OUTIL OU SUPPORT
ETAPE 1	Evaluation aptitudes	Démarche individuelle	Grille de repérage des aptitudes
		Repérage CS/CSS/DS	
	Validation du projet	DS	CV et motivations
	Accompagnement du projet	CSS	Construction projet professionnel Inscription dans groupes institutionnels
Si pas de validation : réorientation du projet			
ETAPE 2	Sélection FFCS	DS/DRH	Projet professionnel
	Entrée dans le parcours	DS/DRH	Contractualisation
	Affectation FFCS	DS/DRH	
	Accompagnement dans le parcours	Tuteur Compagnon	Plan de progression
	Evaluation de l'exercice en tant que FF	DS/Tuteur/Cadre supérieur de santé du pôle d'affectation	Plan de progression
Si pas de validation : arrêt du parcours, réorientation du projet			
ETAPE 3	Validation prépa concours	DS/DRH	
ETAPE 4	Obtention concours		
	Confirmation de la prise en charge	DS/DRH	
	Départ en formation		

3.3 Evaluation de la politique managériale de l'encadrement

3.3.1 Entretiens de bilan DS / FFCS : levier d'objectivation de la pertinence de la politique managériale

Les bilans d'évaluation sont des étapes essentielles du parcours de professionnalisation. Ils permettent, d'une part, d'évaluer la progression du FFCS dans l'acquisition de compétences, dans le positionnement attendu de l'encadrant et de réajuster le parcours et fournir les outils nécessaires au regard des besoins de l'apprenant. D'autre part, ces bilans permettent d'évaluer la pertinence de la politique managériale en terme de support à l'accompagnement des projets professionnels et de gestion prévisionnelle des métiers et des compétences. Cette évaluation s'appuie sur le plan de progression⁵¹ du professionnel FFCS.

A) Evaluation du parcours de professionnalisation du professionnel

Dans le cadre de l'évaluation de la progression du parcours, nous proposons d'objectiver l'acquisition de compétences en nous appuyant sur la définition du métier d'encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales⁵² du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Chaque compétence sera détaillée en sous items qui peuvent être cotés afin d'objectiver la progression du FFCS. Nous proposons la déclinaison des compétences suivante :

a) *Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées*

- Pertinence de l'organisation définie
- Cohérence de la planification des activités et adaptation des organisations et des ressources
- Qualité de la coordination des parcours de soin

b) *Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités*

- Qualité de la communication avec les patients et leur entourage
- Conformité de la transmission des informations
- Qualité et fiabilité du reporting
- Qualité de la communication auprès de différents publics

⁵¹ Annexe 4

⁵² Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière, métier 05U20, Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

- c) *Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles*
 - Qualité de l'animation de l'équipe
 - Qualité de l'accompagnement des membres de l'équipe
 - Qualité du suivi et de l'évaluation de l'utilisation des ressources
 - Conformité de la mise en œuvre des consignes, procédures et règles au sein de l'équipe
 - Pertinence de l'évaluation et de l'amélioration du management

- d) *Gestion et développement des compétences*
 - Pertinence du repérage des besoins et compétences
 - Qualité de l'accompagnement du développement des compétences
 - Qualité de l'organisation des formations dans le cadre du plan de formation polaire et institutionnelle

- e) *Animation de la démarche qualité et gestion des risques*
 - Pertinence de l'identification des éléments porteurs de risque et de facteurs de risque
 - Qualité du suivi et de l'évaluation de la réalisation des activités au sein de l'équipe
 - Mise en œuvre de la démarche d'évaluation de la qualité et de la sécurité des activités au sein de l'unité
 - Pertinence de l'accompagnement de l'équipe dans la démarche qualité dans la gestion des risques

- f) *Mise en place et animation de projets*
 - Qualité de la conduite de projet
 - Pertinence de l'évaluation des résultats

- B) Evaluation de la politique managériale

En terme de politique managériale de l'encadrement, plusieurs indicateurs sont suivis afin d'évaluer la pertinence du parcours de professionnalisation :

- Connaissance du dispositif d'accompagnement par l'équipe d'encadrement
- Connaissance du dispositif d'accompagnement par les professionnels paramédicaux
- Connaissance des outils de repérages des potentiels par l'encadrement
- Nombre de professionnels repérés par les cadres de santé
- Nombre de professionnels engagés dans une démarche personnelle

- Nombre de cadres de santé et cadres supérieurs de santé impliqués dans le tutorat/compagnonnage
- Nombre de candidats à la sélection afin d'évaluer l'attractivité du métier d'encadrant
- Nombre de FFCS accompagné avec réussite dans le parcours
- Nombre de FFCS ayant interrompu le parcours

3.3.2 Accès à la formation de cadre de santé en IFCS

Le parcours de professionnalisation intègre la préparation au concours d'entrée à l'IFCS. D'une part, la construction du projet professionnel est accompagnée par le tuteur tout au long du parcours et d'autre part, l'institution s'engage à donner accès à la formation préparant au concours. Lors de la contractualisation, l'échéance et le financement du concours ont été définis. A l'obtention du concours, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins confirment la prise en charge.

Conclusion

Les évolutions des établissements publics hospitaliers demandent un ajustement permanent du management et des pratiques de soins. Le cadre de santé est au centre de ces adaptations, tant au niveau de l'organisation des soins qu'au niveau de la démarche projet institutionnelle.

Devenir cadre de santé à l'hôpital implique une transition pour le professionnel, un passage entre expertise clinique et compétences managériales. Cette transition nécessite du temps, une distanciation des pratiques initiales, la mise en œuvre de stratégies de régulation et la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

C'est un changement de métier qui demande au professionnel de nouvelles compétences, une mobilisation et une mise en action de nouveaux savoirs dans une situation de travail. Cela implique aussi la construction d'une nouvelle identité professionnelle qui s'appuie sur l'appartenance à un groupe de pairs et la reconnaissance de ce groupe dans les compétences mobilisées.

Nous pouvons donc supposer que le parcours de professionnalisation des cadres de santé relève d'un triptyque associant la compétence, l'identité professionnelle et la reconnaissance collective.

La gestion prévisionnelle des postes de cadre de santé, ainsi que la diminution de l'attractivité de cette fonction, amènent l'institution à positionner des professionnels non diplômés de l'IFCS sur les postes d'encadrement. Ces professionnels ont alors besoin d'être accompagnés dans leur prise de poste, dans un parcours de professionnalisation qui commence en amont de la formation de cadre de santé.

Le directeur des soins est garant de cet accompagnement. Son projet managérial est le support des pratiques d'encadrement et il définit les attendus de l'institution et les moyens mis en œuvre pour les atteindre. Le parcours de professionnalisation du FFCS est alors formalisé, contractualisé et sa pertinence sera évaluée afin de le réajuster en lien avec les évolutions de l'institution et des missions de l'encadrement.

Il est malgré tout important de souligner que la mise en place d'un parcours de professionnalisation destiné aux FFCS n'est pas l'unique porte d'entrée à une fonction d'encadrement. Le contexte de l'établissement, l'effectif d'encadrement et les moyens financiers à disposition ne permettent pas toujours de proposer un tel accompagnement. Un projet professionnel de cadre de santé peut aboutir sans pour autant passer par un poste de FFCS. Dans ce cas, le directeur des soins pourra se saisir de missions transversales et de groupes de travail institutionnels pour accompagner l'agent dans son projet avec le soutien et l'implication de l'équipe d'encadrement. En effet, quelles que soient les modalités d'accompagnement du projet professionnel, ce dernier doit être soutenu dans une dimension collective.

Bibliographie

- ABORD DE CHATILLON E. et DESMARAIS C. (2018, Février). Devenir manager, enjeux et difficultés. *Soins cadres n°105*.
- BOURDONCLE R. (2000). Professionnalisation, formes et dispositifs. *Recherche et formation n°35*, pp. 117-132.
- CHEVANDIER C. (2011). *Infirmières parisiennes : 1900-1950, émergence d'une profession*. Paris: Publications de la Sorbonne.
- DEMBINSKI O. (2017). Cadre de santé en psychiatrie : construire sa professionnalité ou se fondre dans le moule institutionnel. Dans DIVAY S., *Cadres en devenir, Evolution, trans-formations, socialisations, tensions* (pp. 149-162). Paris: Octares.
- DIVAY S.; POISSON M. (2017). Des surveillantes aux cadres de santé (1875-2015) : points de repères et éléments de réflexion sur les origines et l'évolution d'une fonction dans le système de santé français. Dans *Cadres en devenir, Evolution, trans-formation, socialisation, tensions* (pp. 117-145). Paris: Octares.
- DUBAR C. (2015). *La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*. Paris: Edition Armand Colin.
- FRAY A.M. et PICOULEAU S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité de vie au travail. *Management et avenir n°38*, pp. 72-88.
- JORRO A. et WITTORSKI R. (2013). *De la professionnalisation à la reconnaissance professionnelle*. Récupéré sur Cairn: <https://www.cairn.info/revue-les-sciences-de-l-education-pour-l-ere-nouvelle-2013-4-page-11.htm>
- LE BLANC A. et DUPUY R. (2001). Enjeux axiologiques et activités de personnalisation dans les transitions professionnelles. *Connexions n°76*, pp. 61-79.
- LE BOTERF G. (1996). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris: Edition Organisation.
- LE BOTERF G. (2000). *Construire les compétences collectives*. Paris: Edition Eyrolles.
- LE BOTERF G. (2002, Février). Les compétences, de l'individuel au collectif. *Soins cadre n°41*.
- LE BOTERF G. (2008). *Repenser la compétence*. Paris: Collection Ressources Humaines, Edition Eyrolles.
- LINCOLN Y.S. (1995). *Emerging criteria for quality in qualitative and interpretive research*.

- MINTZBERG H. (1984). *Le manager au quotidien*. Paris: Edition d'Organisation.
- PIOT T. (2018). Une transition professionnelle choisie: d'infirmière à cadre de santé en unité de soins. *Phronesis volume 7*, pp. 55-64.
- SAINSAULIEU R. (1985). *L'identité au travail*. Paris: Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.
- VERGNAUD G. (2001). Forme opératoire et forme prédictive de la connaissance. *Actes du colloque*.
- WITORSKI R. (2008). La professionnalisation. *Revue Savoirs*.

Liste des annexes

- | | |
|-----------------|---------------------------------------|
| Annexe 1 | Grille de repérage des aptitudes |
| Annexe 2 | Profil et missions du tuteur |
| Annexe 3 | Profil et missions du cadre compagnon |
| Annexe 4 | Plan de progression |

Annexe 1

GRILLE DE REPERAGE DES APTITUDES

NOM	Prénom
Grade	
Service	Pôle
Evaluateur	

1. Parcours professionnel

Objectifs		Commentaires
Identifier l'expérience professionnelle de l'agent	<ul style="list-style-type: none"> - Multiples expériences - Parcours professionnel construit et analysé 	

2. Implication professionnelle

Objectifs		Commentaires
Objectiver l'implication du professionnel dans l'institution	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des groupes de travail - Participation à des instances (CSIRMT) - Connaissance du projet d'établissement - Connaissance des textes professionnels 	

3. Capacités d'analyse et de synthèse

Objectifs		Commentaires
Analyser les situations et transmettre les informations	<ul style="list-style-type: none"> - Transmissions claires et synthétiques - Prise de recul sur les situations - Gestion des situations inattendues - Participation à l'analyse des risques 	

4. Capacité d'organisation

Objectifs		Commentaires
Participer à l'organisation des soins	<ul style="list-style-type: none"> - Application des protocoles et procédures - Qualité des transmissions et pertinence des informations 	

	<ul style="list-style-type: none"> - Prise en compte du patient et de son entourage - Evaluation des actions menées 	
--	---	--

5. Capacités à travailler en équipe		
Objectifs		Commentaires
Optimiser la coopération et le travail en équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Participation à des projets - Positionnement au sein de l'équipe - Collaboration avec l'équipe pluri professionnelle - Transmission des savoirs 	

6. Capacités relationnelles		
Objectifs		Commentaires
Etablir et maintenir des relations adaptées avec l'équipe	<ul style="list-style-type: none"> - Capacité d'écoute - Qualité de l'expression - Identification des situations de conflit 	

AVIS DU CADRE SUPERIEUR DE SANTE	
Date	Signature

AVIS DU DIRECTEUR DES SOINS	
Date	Signature

PROFIL ET MISSIONS DU TUTEUR

1. Profil du tuteur

- Le tuteur peut être cadre supérieur de santé ou cadre de santé (avec 3 ans d'expérience minimum)
- Il est nommé par le directeur des soins
- Il est inscrit sur la liste des tuteurs de l'établissement
- Un accompagnement par le directeur des soins lui est proposé
- Il exerce dans un autre pôle que celui du tuteur
- Il s'engage à accompagner le tuteur durant les différentes étapes de son parcours
- Il accorde au tuteur les temps d'échange nécessaires
- Il a des aptitudes et des compétences
 - o Relationnelles : écoute, empathie, disponibilité
 - o Pédagogiques : savoir expliquer, transmettre
 - o Managériales : pratique éprouvée et reconnue, éthique managériale
 - o Théoriques : réglementation et pratiques innovantes

2. Objectifs

- Développer les compétences et le potentiel humain
- Permettre l'évaluation des pratiques professionnelles du tuteur
- Définir des objectifs et en réaliser l'accompagnement
- Accompagner le tuteur dans la construction de sa nouvelle identité professionnelle
- Permettre la mise à jour des connaissances de la réglementation et de l'institution

3. Missions

- Il définit un parcours de professionnalisation en lien avec les besoins du tuteur
- Il favorise la réflexion sur les actions mises en œuvre dans les situations de travail
- Il accompagne la formalisation écrite du projet professionnel du tuteur et le prépare à l'épreuve orale du concours IFCS
- Il permet l'analyse des situations vécues et permet de les conceptualiser
- Sa démarche s'inscrit dans une démarche de neutralité bienveillante
-

4. Activités

- Organisation du parcours du tuteur
 - o Planifier les objectifs du parcours
 - o Prévoir des temps de régulation et d'évaluation formative
 - o Recenser les points forts, les acquis, les attentes et les points à améliorer et identifier les besoins
 - o Traduire les situations de travail en objectifs d'apprentissage
- Accompagnement

- Présenter et expliciter le plan de progression
- Aider le FFCS à formaliser ses attentes
- Faciliter le transfert de compétence de la fonction initiale vers la fonction de management
- Accompagner le changement de métier, de positionnement et aider la construction identitaire
- Aider à analyser les situations de travail
- Favoriser la distanciation par la construction du sens de l'action
- Evaluation formative
 - Organiser des bilans pour faire le point sur les acquis et les difficultés
 - Favoriser l'autoévaluation
 - Formaliser des objectifs intermédiaires
 - Evaluer la progression

PROFIL ET MISSIONS DU CADRE COMPAGNON

1. Profil du cadre compagnon

Le cadre compagnon est un cadre du pôle d'affectation du FFCS, il agit sous la délégation du cadre supérieur de santé du pôle. Il participe à la construction de l'identité professionnelle et des compétences de l'apprenant en développant ses capacités d'autonomie.

Le cadre compagnon accompagne l'apprenant dans l'acquisition de savoirs opérationnels et est une personne ressource.

2. Missions

- Le cadre compagnon est transmetteur de savoirs, de règles de service ou institutionnelles, d'éthique professionnelle
- Il accompagne l'apprenant dans la construction de son identité professionnelle et sa propre représentation de son environnement
- Il accompagne l'apprenant pour développer ses capacités d'autonomie
- Il favorise, par l'échange sur les pratiques, la construction de compétences collectives
- Sur sollicitation du tuteur, le cadre compagnon peut participer à l'évaluation du plan de progression du tuteur

3. Activités

Le cadre compagnon accompagne le faisant fonction cadre de santé au quotidien.

- Accueil : présentation de l'unité dans son contexte, son orientation médicale, l'équipe, les projets en cours, l'environnement
- Transmission du métier – Savoirs et savoir faire
 - o Permet l'acquisition des connaissances liées à l'environnement de travail et à ses missions
 - o Accompagne dans la réalisation des activités professionnelles
 - Gestion quotidienne : rôle de ressource et de relai
 - Animation d'équipe
 - Gestion de problématiques (humaines, organisationnelles et matérielles)
- Transmission d'un savoir être
 - o Le compagnon est une guidance à la fois technique et morale
 - o Il intervient en complémentarité du tuteur notamment pour faciliter la prise de recul

PLAN DE PROGRESSION DU FFCS

NOM	Prénom
Grade	
Service	Pôle
Evaluateur	

<i>Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées</i>		Niveau de maîtrise
Pertinence de l'organisation définie	L'organisation est en adéquation avec les orientations institutionnelles, les activités du secteur et du pôle Les ressources humaines nécessaires sont en adéquation avec l'organisation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Cohérence de la planification des activités et adaptation des organisations et des ressources	La planification et la gestion du temps de travail sont en adéquation avec les activités du secteur Les charges de travail entre les membres de l'équipe sont équilibrées Les compétences sont prises en compte Les priorités sont définies et objectives Les décisions permettent de répondre rapidement et de s'adapter aux situations et problématiques rencontrées Les décisions sont expliquées aux équipes et argumentées	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qualité de la coordination des parcours de soin	Les étapes du parcours de soin et les intervenants sont identifiés La collaboration avec le responsable médical du secteur d'activités de soin et les autres praticiens permet l'optimisation du parcours de soin Les objectifs et les actions sont négociés avec la personne et son entourage et les différents acteurs internes et externes	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Commentaires.....

<i>Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités</i>		
		Niveau de maitrise
Qualité de la communication avec les patients et leur entourage	Des réponses adaptées sont apportées aux questions des patients et de leur entourage tout au long du parcours de soin Le recueil de satisfaction auprès des patients et de leur entourage est réalisé	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Conformité de la transmission des informations	Les membres de l'équipe sont informés de la politique institutionnelle Toutes les informations nécessaires à la qualité et à la sécurité des soins sont transmises avec régularité au sein de l'équipe La traçabilité de la prise de connaissance des procédures est assurée	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qualité et fiabilité du reporting	Toutes les informations nécessaires sur les activités, les incidents, les résultats des actions et projets menés sont transmises à qui de droit dans les délais requis (équipe médico-soignante, chef de service, CSS...) Les comptes rendus, bilans et rapports sont accessibles, clairs et exploitables	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qualité de la communication auprès de différents publics	La communication orale et écrite est adaptée aux objectifs, aux publics et aux situations Les supports de communication sont adaptés	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Commentaires.....
.....
.....

<i>Management, encadrement et animation des équipes pluri professionnelles</i>		
		Niveau de maitrise
Qualité de l'animation de l'équipe	L'organisation mise en place permet de faciliter le dialogue au sein de l'équipe de travail, y compris hors établissement Les échanges réguliers formels et informels permettent de définir des actions répondant aux problématiques rencontrées Les améliorations obtenues sont tracées et communiquées à l'équipe Les facteurs permettant de contribuer à la qualité de vie au travail sont identifiés et expliqués Les actions mises en œuvre en cas de désaccords et de conflits sont expliquées	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

<p>Qualité de l'accompagnement des membres de l'équipe</p>	<p>Les consignes, procédures et règles de fonctionnement sont expliquées aux membres de l'équipe de manière claire et compréhensible</p> <p>Les entretiens professionnels permettent de faire le point sur les activités réalisées, de définir des objectifs individuels et des actions répondants aux problématiques rencontrées</p> <p>Les prises d'initiatives sont encouragées dans le cadre de la réglementation</p> <p>Les délégations d'activité sont définies précisément, accompagnées et contrôlées</p> <p>L'intégration et le suivi des nouveaux membres de l'équipe, des stagiaires et des étudiants sont organisés au sein de l'équipe</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Qualité du suivi et de l'évaluation de l'utilisation des ressources</p>	<p>Les tableaux de bord permettant le suivi de l'utilisation des ressources sont utilisés et renseignés</p> <p>Les outils informatisés sont correctement utilisés</p> <p>Les écarts sont identifiés et communiqués</p> <p>Des actions d'amélioration sont proposées</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Conformité de la mise en œuvre des consignes, procédures et règles au sein de l'équipe</p>	<p>Les protocoles, procédures et règles sont accessibles et actualisés</p> <p>Les protocoles, procédures et règles en vigueur sont appliqués par l'équipe</p> <p>Les écarts constatés sont signalés et traités</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Pertinence de l'évaluation et de l'amélioration du management</p>	<p>Les actions de management mises en œuvre sont évaluées au regard des objectifs fixés</p> <p>Les actions efficaces sont identifiées</p> <p>Les difficultés et les écarts sont identifiés et analysés</p> <p>Des actions d'amélioration sont identifiées et mises en œuvre</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Qualité du suivi et de l'évaluation de la réalisation des activités au sein de l'équipe</p>	<p>La réalisation des activités par l'équipe est suivie, contrôlée et évaluée</p> <p>Des indicateurs et des outils d'évaluation sont utilisés</p> <p>Les résultats des évaluations sont analysés</p> <p>Des actions d'amélioration sont proposées en fonction de cette analyse</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>

Commentaires.....

.....

.....

<i>Gestion et développement des compétences</i>		
		Niveau de maîtrise
Pertinence du repérage des besoins et compétences	Les informations nécessaires au repérage des besoins sont recueillies Les compétences requises sont identifiées et expliquées au regard de l'évolution de l'activité et des mobilités au sein de l'équipe Des entretiens d'évaluation des compétences permettent d'identifier les compétences acquises, les compétences à développer et les besoins en formation	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qualité de l'accompagnement du développement des compétences	Les actions mises en place permettent aux membres de l'équipe d'analyser leurs pratiques professionnelles Les compétences acquises par les membres de l'équipe sont valorisées Des évolutions professionnelles et des mobilités sont proposées en fonction des projets professionnels des membres de l'équipe et des besoins de la structure	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Qualité de l'organisation des formations dans le cadre du plan de formation polaire et institutionnelle	Les formations sont organisées pour répondre aux besoins de l'activité et des personnes et s'inscrivent dans le plan de formation de l'unité Les effets de la formation sont évalués Les compétences acquises sont mobilisées La traçabilité des formations est assurée	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

Commentaires.....
.....
.....

<i>Animation de la démarche qualité et gestion des risques</i>		
		Niveau de maîtrise
Pertinence de l'identification des éléments porteurs de risque et de facteurs de risque	Les éléments porteurs de risques sont identifiés pour les différentes activités et les différents soins au sein du secteur Les facteurs de risques professionnels sont identifiés au sein de l'unité de soins	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>
Mise en œuvre de la démarche d'évaluation de la qualité et de la sécurité des activités au sein de l'unité	Les indicateurs institutionnels sont connus La démarche de signalement des EI est appliquée et favorisée Les analyses de causes sont conduites en équipe pluri professionnelle (avec soutien de la direction QGDR si besoin) Des actions d'amélioration sont identifiées, mises en œuvre et évaluées La gestion documentaire est organisée au sein de l'unité	1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/>

<p>Pertinence de l'accompagnement de l'équipe dans la démarche qualité dans la gestion des risques</p>	<p>Les exigences qualité sont expliquées à l'équipe et traduites en activités et procédures en fonction de l'activité du secteur</p> <p>Des échanges réguliers portent sur la qualité, la sécurité et l'efficacité du soin</p> <p>L'organisation et l'animation permettent une réflexion de l'équipe sur les pratiques professionnelles</p> <p>Des méthodes et outils d'analyse des pratiques sont utilisés</p> <p>L'animation permet de définir des actions d'amélioration des pratiques partagées par l'équipe</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
--	--	---

Commentaires.....
.....
.....

<i>Mise en place et animation de projets</i>		
		Niveau de maîtrise
<p>Qualité de la conduite de projet</p>	<p>Les objectifs du projet ou des travaux sont définis avec précision en fonction des informations recueillies et traitées et au regard du diagnostic initial</p> <p>Le plan d'action permettant l'atteinte des objectifs est formalisé</p> <p>Il est structuré et les actions envisagées sont réalisables</p> <p>Il prend en compte le contexte</p> <p>Les partenaires et personnes ressources sont identifiés et associés aux différentes étapes</p> <p>L'animation du projet contribue à l'implication des différents acteurs</p> <p>Le plan d'action est suivi et modulé en fonction des aléas</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>
<p>Pertinence de l'évaluation des résultats</p>	<p>Les travaux d'études et/ou de recherche produisent des données professionnelles et/ou scientifiques</p> <p>Des indicateurs d'évaluation sont définis</p> <p>Les résultats des actions ou des travaux sont évalués</p> <p>Les écarts sont identifiés et analysés</p> <p>Des actions correctives sont proposées</p>	<p>1 <input type="checkbox"/></p> <p>2 <input type="checkbox"/></p> <p>3 <input type="checkbox"/></p> <p>4 <input type="checkbox"/></p>

Commentaires.....
.....
.....

Synthèse de l'évaluation

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Objectifs

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

DERRIEN

Catherine

Décembre 2020

FILIÈRE DIRECTEUR DES SOINS

Promotion Caroline AIGLE 2020

**Le rôle du directeur des soins dans l'accompagnement du parcours de
professionnalisation des cadres de santé :
De la compétence clinique vers la construction de compétences managériales**

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE : Université de RENNES

Au sein des établissements de santé, le cadre est au cœur des organisations de soins. Sa fonction est à l'interface des équipes de soins et des directions fonctionnelles. Il doit s'impliquer dans un management de proximité, garantir les organisations de soins mais aussi participer à la politique et aux projets de l'établissement.

Devenir cadre de santé implique de changer de métier. Le professionnel doit négocier une transition entre deux métiers, en articulant les compétences acquises antérieurement et les compétences requises pour ces nouvelles missions. Il s'agit pour lui d'abandonner l'ancien rôle et l'expertise que ce rôle lui conférerait. Devenir cadre de santé, c'est passer d'une expertise clinique à une compétence managériale.

Les professionnels souhaitant devenir cadre de santé n'ont souvent qu'une vision parcellaire du rôle et des missions de l'encadrement. La mise en œuvre de leur projet peut ainsi les confronter à une réalité éloignée de leur représentation.

L'accompagnement des candidats à la fonction cadre est un enjeu majeur pour le directeur des soins. Le projet managérial est le levier d'accompagnement de l'encadrement au sein de l'institution.

La formalisation d'un parcours de professionnalisation pour le futur cadre favorise la transition entre formation initiale et nouvelles fonctions. En mobilisant l'équipe d'encadrement dans cet accompagnement, le directeur des soins met en place des conditions favorables à l'acquisition de compétences et à la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

Mots clés :

Projet managérial – Transition – Compétence - Parcours de professionnalisation -
Identité professionnelle – Faisant fonction de cadre de santé – Projet managérial

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

