



Filière directeurs.trices des soins

Promotion Berty Albrecht : **2022**

Date du Jury : **Décembre 2022**

**Le parcours de professionnalisation des cadres de santé :
un pilotage transversal du directeur des soins inscrit dans
un environnement capacitant**

Focus sur la première prise de poste

Cidàlia MOUSSIER

Remerciements

Mon parcours professionnel dissimule bien des surprises... Et de transitions professionnelles ! Le choix de m'orienter en 1995 vers le métier d'infirmière, ne présidait pas en première intention à devenir directrice des soins. Plus de vingt années de travail auprès des patients, des usagers, des étudiants et des professionnels dont une quinzaine sur des fonctions de management de secteurs de soins et de formation m'ont conduite en 2020 à un nouveau projet professionnel. En passe de le concrétiser en prenant mon premier poste de directrice des soins au sein de trois instituts et écoles de formation paramédicale spécialisée, je saisis l'opportunité pour remercier toutes les personnes que j'ai connu et celles qui m'ont accompagnée, encouragée... et fait confiance tout au long de mon parcours professionnel. Que de belles et nombreuses rencontres !

Au cours de mon année de formation de directrice des soins à l'école des hautes études en santé publique, j'ai décidé de produire un mémoire sur un sujet qui me tient à cœur : la fonction d'encadrement et plus spécifiquement sur la première prise de poste des cadres de santé au sein d'un établissement de santé à leur sortie de la formation cadre. Ce travail de recherche, fruit d'un cheminement collectif et personnel a été réalisé tout au long de cette année grâce au concours de plusieurs personnes à qui je témoigne toute ma gratitude :

Les cadres de santé, les cadres supérieurs.es de santé, la directrice des ressources humaines et les directeurs.trices des soins qui ont directement contribué à ce travail,

Ma guidante de mémoire,

Ma directrice de filière, mes maîtres de stage, ma tutrice de positionnement,

Mes collègues de la promotion Bertly Albrecht,

Et enfin ma famille et mes amis.

À tous.tes, je vous adresse mes sincères remerciements !

« Aucun de nous, en agissant seul, ne peut atteindre le succès »

Nelson MANDELA

Discours d'investiture, 1994.

Sommaire

Liste des sigles.....	1
Liste des tableaux et des schémas	2
Introduction	3
Avant-propos : L'émergence du sujet de recherche	5
Première partie : Du contexte à la construction de la problématique.....	7
1. La fonction d'encadrement	7
1.1 De la surveillante au cadre de santé paramédical	7
1.2 Une définition du cadre de santé manager (ou de proximité)	7
1.3 Les missions des cadres de santé	8
1.3.1 Des missions prescrites	8
1.3.2 Des missions peu visibles aux contours flous mais reconnues	9
1.4 La position du cadre de santé dans les établissements de santé	11
1.4.1 Le cadre de santé, premier maillon de l'encadrement paramédical	11
1.4.2 Le directeur des soins, dernier maillon de l'encadrement paramédical	11
1.5 La position stratégique et transversale du directeur des soins	12
2. Le parcours de professionnalisation des cadres de santé	13
2.1 Le parcours de professionnalisation au service des compétences	13
2.2 Les étapes du parcours de professionnalisation	14
2.2.1 Le repérage du potentiel cadre de santé	14
2.2.2 L'étape de faisant fonction de cadre de santé	15
2.2.3 La formation cadre de santé	15
2.2.4 La prise de poste	17
2.3 Les notions théoriques sous-jacentes au parcours de professionnalisation	20
2.3.1 Le projet professionnel : un préalable incontournable	20
2.3.2 La motivation : au cœur du parcours de professionnalisation	20
2.3.3 L'accompagnement : un acte de réciprocité	21
2.3.4 Les représentations professionnelles	23
3. La construction de la problématique	25

Deuxième partie : Du dispositif de recherche à l'analyse des données	26
1. Le cadre méthodologique.....	26
1.1 Le principe de la triangulation	26
1.2 La méthode des associations libres et hiérarchisées via le questionnaire.....	26
1.2.1 L'intérêt de la méthode	26
1.2.2 La description de la méthode.....	27
1.2.3 La population et le mode de diffusion du questionnaire.....	28
1.2.4 La construction de la grille d'analyse	29
1.2.5 Les limites de la méthode	30
1.3 La méthode de l'entretien semi-directif	30
1.3.1 L'intérêt de la méthode	30
1.3.2 La description de la méthode.....	31
1.3.3 La population et les modalités de réalisation de l'entretien	32
1.3.4 La construction de la grille d'analyse de contenu	33
1.3.5 Les limites de la méthode	33
2. La présentation et l'interprétation des résultats les plus significatifs.....	34
2.1 Le repérage de la structuration des représentations professionnelles de l'objet de recherche « 1 ^{ère} prise de poste de CS à la sortie de l'IFCS »	34
2.1.1 La structuration des représentations professionnelles des CS.....	34
2.1.2 La structuration des représentations professionnelles des DS.....	34
2.1.3 La comparaison des représentations professionnelles entre CS et DS.....	35
2.2 Des pratiques professionnelles guidées par les représentations	36
2.2.1 Les compétences.....	36
2.2.2 L'accompagnement.....	37
2.2.3 Le projet dans un collectif de travail.....	38
2.2.4 La motivation.....	39
2.2.5 Les valeurs.....	40
2.2.6 Les conditions de réussite de la prise de poste	40

Troisième partie : De la discussion à la projection.....	45
1. Le retour réflexif sur la problématique et les hypothèses	45
1.1 H1 La prise de poste est une étape sous-estimée dans le parcours de professionnalisation des cadres de santé	45
1.2 H2 La prise de poste est une période propice pour renforcer les compétences des cadres de santé.....	46
1.3 H3 L'étude des représentations professionnelles des DS et des CS managers sur la première prise de poste permet d'identifier les conditions de réussite d'une prise de poste de CS à la sortie de formation	47
2. Des préconisations articulées autour de quatre axes	48
2.1 L'axe stratégique	49
2.1.1 Réaliser le diagnostic du pilotage du parcours de professionnalisation	49
2.1.2 Promouvoir un pilotage transversal	50
2.2 L'axe structurel	51
2.2.1 Structurer l'accompagnement et la formation	51
2.2.2 Promouvoir et structurer une démarche de gestion des risques	52
2.2.3 Élaborer un dispositif d'évaluation avec des indicateurs	54
2.3 L'axe technique	54
2.3.1 Renforcer l'analyse des pratiques managériales	54
2.3.2 Mettre en place et/ou développer la simulation managériale.....	54
2.3.3 Développer la recherche managériale	54
2.4 L'axe culturel	56
2.4.1 Promouvoir une culture de l'accueil	56
2.4.2 Promouvoir une communication positive et attractive.....	57
Conclusion.....	59
Bibliographie	59
Liste des annexes.....	63

Liste des sigles

AFDS	Association Française des Directeurs des Soins
ANCIM	Association Nationale des Cadres Infirmiers et Médico-Techniques
APEC	Association Pour l'Emploi des Cadres
ARS	Agence Régionale de Santé
CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CME	Commission Médicale d'Établissement
CNRTL	Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales
CGS	Coordonnateur.trice Général.e des Soins
CS	Cadre de Santé
CSIRMT	Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Tenchniques
CSS	Cadre Supérieur.re de Santé
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DREES	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DRH	Directeur.trice des Ressources Humaines
DS	Directeur.trice des Soins
EHESP	École des Hautes Études de Santé Publique
FFCS	Faisant Fonction de Cadre de Santé
FPH	Fonction Publique Hospitalière
GHT	Groupement Hospitalier de Territoire
HPST	Hôpital, Patients, Santé, Territoires
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
RH	Ressources Humaines
RNCP	Répertoire National des Certifications Professionnelles
SMPS	Syndicat des Managers Publics de Santé

Liste des tableaux et schémas

Tableaux

- Tableau 1 :** L'évolution de l'encadrement paramédical (Inspiré de Feroni & Kober-Smith, 2005)
- Tableau 2 :** Les huit compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin (Ministère des Affaires sociales et de la Santé & DGOS, 2012)
- Tableau 3 :** Les six modules de la formation cadre de santé (Arrêté de formation, 1995)
- Tableau 4 :** Le tableau d'analyse des associations libres et hiérarchisées (Vergès, 1992)
- Tableau 5 :** Les profils de la population interviewée
- Tableau 6 :** La grille d'analyse de contenu des entretiens
- Tableau 7 :** Analyse des associations libres et hiérarchisées des CS sur l'objet de recherche
- Tableau 8 :** Analyse des associations libres et hiérarchisées des DS sur l'objet de recherche
- Tableau 9 :** Le modèle de Shortell (Cité par la HAS, 2002 & 2018)

Schémas

- Schéma 1 :** Le parcours de professionnalisation des cadres de santé : du repérage à la première prise de poste (Moussier, 2022)
- Schéma 2 :** Les jalons clés de la transition (Watkins, 2019)
- Schéma 3 :** La construction des représentations professionnelles (Moussier, 2022)
- Schéma 4 :** Le pilotage du parcours de professionnalisation des cadres de santé dans un environnement capacitant (Moussier, 2022)
- Schéma 5 :** L'approche par les capacités (Inspiré du schéma adapté de Bonvin et Farvaque, 2006)

Afin de faciliter la lecture de ce mémoire, le masculin générique est employé pour désigner les personnes, il a valeur de féminin et de masculin.

Introduction

Le système de santé français est un système complexe qui a évolué au gré d'une succession de réformes et du déploiement de divers outils empruntés au « nouveau management public » (Belorgey, 2010)¹. Depuis plus de vingt ans, l'hôpital conduit de nombreux projets de rationalisation, qui visent l'optimisation de sa gestion et la qualité des activités de soin. Le mouvement le plus visible est la recherche d'une maîtrise des coûts par la dotation globale dans les années 80 suivie de la tarification à l'activité à partir de 2003. En parallèle de cette rationalisation économique, deux autres mouvements émergent : l'évaluation de la qualité des soins² (1996) et la modification de l'organisation hospitalière notamment avec la loi hôpital, patients, santé, territoires (HPST)³ de 2009 suivie de la loi de modernisation de notre système de santé⁴ (2016) bouleversant le fonctionnement des établissements de santé et les missions des professionnels chargés de leurs organisations. Parmi eux, les cadres de santé (CS), au cœur de l'institution hospitalière, ont depuis ces dernières années, vu leurs missions évoluer et se transformer vers des activités davantage orientées vers la gestion et le management.

Le cadre de santé peut exercer ses fonctions dans deux secteurs, en établissement de santé ou en institut de formation : CS responsable de secteur d'activités de soins en établissement de santé, communément appelé CS manager (ou CS de proximité) et CS formateur en institut de formation des professionnels paramédicaux (2012)⁵. Après une expérience professionnelle paramédicale de quatre ans, la même formation assurée aujourd'hui par les instituts de formation de cadres de santé (IFCS) permet d'accéder à ces deux métiers.

Dans ce travail de recherche, notre objet d'étude est orienté vers le CS manager en secteur d'activités de soins à l'hôpital. Afin de répondre aux enjeux de qualité, d'efficacité et de pertinence des soins, le CS a pour principale fonction l'encadrement des équipes paramédicales. Par ses compétences gestionnaires et managériales, il est un des principaux acteurs de la mise en œuvre successive des réformes hospitalières, la « cheville ouvrière des changements organisationnels, le pivot autour duquel le succès des projets tourne » (Rapport de Singly, 2009). La récente crise sanitaire de Covid-19 a mis en avant la place des CS, « ils sont les chefs d'orchestre de la gestion de crise dans les services » (Hospimédia, 2020). Alors

¹ Belorgey, N. (2010). *L'hôpital sous pression: Enquête sur le « nouveau management public »*. La Découverte. <https://doi.org/10.3917/dec.belor.2010.01>

² Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

³ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé

⁵ Référentiels d'activités et de compétences élaborés dans le cadre des travaux de la réingénierie du diplôme de cadre de santé (Ministère des affaires sociales et de la santé & DGOS, 2012)

que la contribution de l'encadrement à la qualité des soins est reconnue depuis plusieurs années (Dugast & Chauvancy, 2015)⁶, il est constaté une baisse d'attractivité pour ce métier avec moins de 23% d'admis en formation cadre suite à une forte diminution de candidats au concours d'entrée entre 2011 et 2019 (Drees, 2011 et 2019)⁷. Ce constat déjà relevé dans le rapport De Singly (2009) se corrèle à une hausse de postes vacants de CS au sein des établissements de santé, pourvus en grande majorité par des faisant-fonction de cadres de santé (FFCS). Le parcours de professionnalisation des CS est ainsi devenu un enjeu majeur pour le directeur des soins (DS) au service de la sécurité et de la qualité des soins.

Le parcours de professionnalisation des CS est entendu comme une succession d'étapes allant du repérage des potentiels à l'exercice d'encadrement en passant par la formation cadre de santé et la première prise de poste. L'exercice d'un faisant fonction de CS est une étape située en amont de la formation cadre qui a fait l'objet de nombreuses publications, études et écrits dont des mémoires d'élèves DS. En revanche, l'étape de la prise de poste semble moins investiguée dans le secteur public avec moins de publications alors que dans une nouvelle fonction de leadership « tout se joue dans les 100 premiers jours » (De Wilde, 2008). Par ailleurs, une enquête conduite par le collectif jeunes managers de santé du syndicat des managers publics de santé (SMPS) pointe un défaut d'accompagnement des managers à l'hôpital « si plus de 85% des directeurs se sont sentis accueillis et intégrés lors du premier poste, cela n'a pas été le cas pour plus d'un cadre sur quatre » (Juin 2021).⁸

Ces différentes données nous conduisent à interroger l'étape de la prise de poste après la formation cadre de santé à partir de la question de recherche suivante :

En quoi le pilotage transversal du directeur des soins permet-il de garantir la réussite de la première prise de poste de cadre de santé après la formation à l'IFCS ?

Notre travail débute par un avant-propos présentant l'émergence de notre projet de recherche. Puis, la première partie contextualise la question en parcourant la fonction d'encadrement ainsi que le parcours de professionnalisation des cadres tout en justifiant le choix des notions théoriques retenues. Après avoir posé la question de recherche et les hypothèses de travail, nous abordons en deuxième partie la méthodologie de l'étude et l'analyse des données. Enfin, la troisième partie est dédiée à la discussion et aux préconisations pour l'action du directeur des soins.

⁶ Dugast, C. & Chauvancy, M. (2015). La contribution de l'encadrement à la performance: Quelles réalités ?. Dans : Béatrice Fermon éd., *Performance et innovation dans les établissements de santé*. Dunod.

⁷ https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/data/491_la-formation-aux-professions-de-santé/information/

⁸ <https://www.smpsante.fr/actualites/le-smps-mobilise-sur-les-conditions-de-prise-de-poste-des-jeunes-directeurs-et-cadres-de-la-fonction-publique-hospitaliere/>

Avant-propos : L'émergence du sujet de recherche

Notre intérêt pour le sujet du parcours de professionnalisation des cadres de santé trouve son origine dans un questionnement issu de notre propre expérience professionnelle de cadre supérieure de santé responsable de la formation cadre au sein d'un IFCS.

Certains anciens étudiants CS expriment lors d'une journée de formation continue le sentiment d'insatisfaction qu'ils perçoivent au moment de leur prise de poste. Cette formation destinée aux CS, un an après l'obtention de leur diplôme au sein de ce même IFCS s'intègre dans le parcours de professionnalisation des CS en aval de leur formation cadre (Annexe I). Elle contribue au développement professionnel continu des CS et vise plusieurs objectifs :

- prendre du recul sur sa prise de poste au regard de son projet professionnel,
- mesurer l'impact de la formation cadre de santé sur sa prise de poste,
- poursuivre l'alternance intégrative,
- cultiver son réseau.

En 2019 et 2021, 41 cadres de santé sur 79 anciens étudiants ont participé à cette formation soit un taux de participation de 52%. Au cours de cette journée de formation, le cadre supérieur de santé formateur recueille de nombreuses données dont certaines interpellent la prise de poste des CS au sein des établissements de santé :

- l'absence d'accueil dans le service le premier jour (9 CS)⁹ et/ou de doublure au moment de la prise de poste (5 CS) et/ou d'accompagnement par le CSS (5 CS),
- un positionnement/une posture difficile à trouver en sortie de formation (9 CS),
- une affectation non choisie (7 CS dont deux affectés sur un poste de nuit) ou une affectation tardive (3 CS),
- un départ de l'établissement financeur de la formation à la sortie de l'IFCS (7 CS),
- une reconnaissance insuffisante (6 CS),
- l'absence d'objectifs et de missions claires (5 CS),
- l'absence de transparence du processus d'affectation (4 CS).

Ces données multiples et protéiformes sont-elles généralisables ? Mais surtout que recouvrent-elles ? Quelles sont les attentes et les représentations des nouveaux CS concernant leur prise de poste ? Et celles des DS ? Ces données sont-elles le résultat d'un décalage entre les représentations et la réalité de l'exercice de la fonction d'encadrement ?

Nous avons ciblé notre travail de recherche sur l'étape de la prise de poste à la suite de notre revue de littérature. En effet, l'amont de la formation cadre du parcours de professionnalisation

⁹ Le nombre entre parenthèse correspond au nombre de cadres ayant cité l'élément concerné.

notamment l'accompagnement à l'exercice de FFCS a davantage été exploré et investi par les DS comme le conforte d'ailleurs les résultats d'une enquête exploratoire. Cette enquête quantitative sur le thème du parcours de professionnalisation des CS é été conduite auprès de 46 élèves DS lors de leur premier stage en établissement de santé de mars à juin 2022 dans le cadre de leur formation à l'école des hautes études en santé publique (EHESP).

Les résultats indiquent que la très grande majorité des établissements de santé ont mis en place un parcours de professionnalisation (43 établissements sur 46) mais celui-ci porte essentiellement sur l'amont de la formation cadre de santé. Plusieurs dispositifs sont utilisés : les entretiens avec les DS et/ou avec les CSS, l'accompagnement à l'exercice de faisant fonction de CS, la mise en place du tutorat, le déploiement d'actions de formation et la mise à disposition de boîte à outils. Tous ces dispositifs sont nettement moins mobilisés en aval de la formation cadre (Annexe II) questionnant la position des différents acteurs sur la prise de poste.

L'intérêt professionnel de ce sujet de recherche est triple.

Tout d'abord, il est doublement ancré dans le métier de directeur des soins :

- d'une part, le DS a « une responsabilité institutionnelle en matière de gestion du personnel soignant » (DGOS, 2010) notamment celle des CS. En plus d'animer et de coordonner les activités des cadres soignants, le DS contribue dans son champ de compétence :

- à la définition de la politique d'encadrement de l'établissement,
- à la politique et à la stratégie de promotion professionnelle et des parcours professionnels qualifiants,
- ainsi qu'à l'élaboration du développement professionnel continu des personnels non médicaux (Décret, 2002 & DGOS, 2010).

- d'autre part, le DS s'appuie sur l'encadrement pour décliner la politique et la stratégie d'établissement dont l'axe majeur s'articule autour de la qualité des soins et des parcours.

Par ailleurs, les préconisations de ce travail de recherche contribueront à agir sur l'attractivité, la fidélisation et la qualité de vie au travail des professionnels de santé, deux enjeux prioritaires et actuels pour les établissements de santé et le directeur des soins.

Enfin, la réflexion sur le parcours de professionnalisation des CS notamment l'étape de la prise de poste est l'opportunité de réfléchir à un sujet favorisant ma propre professionnalisation en qualité de directrice des soins dans la mesure où il prend sens au regard de mes valeurs du soin fondées sur la qualité et l'accompagnement. De plus, il me permet de me projeter dans ma propre prise de poste.

Première partie : Du contexte à la construction de la problématique

1. La fonction d'encadrement

1.1 De la surveillante au cadre de santé paramédical

La fonction d'encadrement est au cœur de notre intérêt professionnel et de notre travail de recherche. Pour autant, les contours de notre recherche ne nécessitent pas de présenter cette fonction à travers son histoire, essentiellement développée dans des travaux sociologiques par des auteurs comme Bourret (2006, 2008), Divay et Gadéa (2008), Mispelblom Beyer (2010, 2015), ou plus récemment Divay (2018).

En général, dans ces productions, la fonction d'encadrement est étudiée comme un élément de la dynamique professionnelle infirmière. D'autres approches privilégient les aspects relatifs aux formations et à leur reconnaissance statutaire (Schweyer, 2009)¹⁰ ainsi que les évolutions de la fonction au gré des réformes hospitalières. Une synthèse de ces évolutions est proposée par Feroni et Kober-Smith (2005) que nous complétons à partir des années 2000 par une quatrième période, dite période de refondation de l'hôpital (Tableau 1).

Périodes	Période traditionnelle 1940-1960	Période de modernisation 1960-1985	Période gestionnaire 1985-2000	Période de refondation de l'hôpital 2000 à ce jour
Appellations	Surveillante (1943)	Cadre infirmier.ière (1978)	Cadre de santé (1995)	Cadre de santé paramédical (2012) Encadrant d'unités de soins et d'activités paramédicales (2017)
Fonctions	- Contrôle de l'activité et des personnels d'une unité - Participation aux soins	- Contrôle de l'activité d'une unité - Animation des personnels	- Gestion d'une unité (avec gestion quotidienne des consommables) - Encadrement et animation des personnels de l'unité	- Management des équipes - Organisation de l'activité des soins associée dans une vision polaire et de parcours patient (GHT)

Tableau 1 : L'évolution de l'encadrement paramédical (Inspiré de Feroni & Kober-Smith, 2005)

Cette brève présentation de l'évolution de la fonction d'encadrement souligne la complexité de plus en plus croissante de l'environnement du CS manager. Nous poursuivons par une définition du CS manager, une présentation de ses missions qui mettent en exergue les compétences nécessaires ainsi que son rattachement à la direction des soins.

1.2 Une définition du cadre de santé manager (ou de proximité)

Le cadre de santé manager est défini comme un responsable de secteur d'activités de soin. Il « organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à

¹⁰ Cité dans C. De Singly (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*. Ministère de la santé et des sports.

l'efficacité et la qualité des prestations » (DGOS, 2012). Dans un contexte hospitalier mouvant, le CS manager est confronté aux transformations successives des organisations où les contraintes économiques, les progrès technologiques et scientifiques mais également les bouleversements du rapport social au travail impactent les pratiques soignantes et managériales (De Singly, 2009).

L'exercice du métier de CS est conditionné¹¹ dans le secteur public par l'obtention du diplôme de cadre de santé délivré à l'issue d'une formation au sein d'un IFCS.

1.3 Les missions des cadres de santé

Différents documents officialisent les missions des CS managers mais il subsiste un décalage entre le travail prescrit et la réalité de terrain (Bourret, 2008).

1.3.1 Des missions prescrites

À ce jour, les missions des CS sont précisées dans au moins trois documents officiels :

- **La fiche métier** d' « Encadrant d'unités de soins et d'activité paramédicales » issue du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (FPH, 2017)

Dans cette fiche métier (Annexe III), construite par la DGOS, le terme CS n'apparaît pas dans le titre principal mais il est mentionné dans « Autres appellations ». Le métier de CS appartient à la famille « Soin » et au sous-ensemble « Management des organisations des soins ». Il y est présenté à travers neuf activités principales, onze savoir-faire et treize connaissances opérationnelles et approfondies.

- **Les référentiels d'activités et de compétences** élaborés dans le cadre des travaux de la réingénierie du diplôme CS (Ministère des affaires sociales et de la santé & DGOS, 2012)

Ces référentiels, non validés à ce jour sont construits sur la logique actuel du diplôme de CS recouvrant deux métiers : le métier de CS responsable de secteur d'activités de soin (CS manager) et le métier de CS formateur. Disponibles sous forme de document de travail, ils sont utilisés par tous les IFCS. Ils ont servi de base de travail pour la rédaction de la fiche du répertoire national des certifications professionnelles (RNCP) géré par France compétences, instance de gouvernance nationale de la formation professionnelle et de l'apprentissage recensant tous les diplômes reconnus en France et délivrés par l'État.

Le référentiel d'activités du CS manager comprend sept activités professionnelles caractéristiques de ce métier et il s'accompagne d'un référentiel de compétences (Tableau 2).

¹¹ Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin	
1	Prévoir les activités et les moyens nécessaires pour un secteur d'activités de soin
2	Organiser et coordonner les activités du secteur d'activités de soin
3	Manager des équipes pluriprofessionnelles dans un secteur d'activités de soin
4	Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluriprofessionnelle
5	Contrôler et évaluer les activités
6	Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
7	Conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche
8	Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

Tableau 2 : Les huit compétences du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin (Ministère des Affaires sociales et de la Santé & DGOS, 2012)

➤ **La fiche du diplôme de cadre de santé du RNCP** (France Compétences, juillet 2020)

Cette fiche, répertoriée sous le numéro RNCP34818¹² est le document le plus récent présentant le métier de CS. Sa mise en place fait suite à la loi pour choisir son avenir professionnel (2018)¹³ et s'articule autour de cinq blocs de compétences. Ces blocs de compétences sont constitués de l'ensemble des compétences des métiers du CS formateur et du CS responsable de secteur d'activités de soins qui ont été listées dans les référentiels de 2012.

Finalement, ces documents récents ne reflètent que partiellement le rôle et les missions quotidiennes des CS managers. Des ouvrages et des revues professionnelles permettent de les appréhender plus concrètement. Le point commun à tous ces écrits est le caractère multiforme et disparate des missions des CS managers (gestion, organisation, coordination, leadership, contrôle et évaluation, communication...) les rendant finalement peu lisibles.

1.3.2 Des missions peu visibles aux contours flous mais reconnues

Le rapport De Singly (2009) sur les cadres hospitaliers présente vaguement les contours de la fonction comme un ensemble d'activités, permanentes ou ponctuelles, où le cadre organise, coordonne, accompagne et contrôle le travail des personnels sous sa responsabilité.

Cette description du métier polymorphe avec des réalités très différentes selon, notamment, son lieu d'exercice (Franchistéguy-Couloume, 2015) rejoint l'approche qui en est faite dans la fiche du RNCP : une fonction qui se « décline dans des environnements, des organisations et des périmètres diversifiés et s'exerce à différents niveaux de responsabilité », avec un périmètre d'activité souvent variable, en fonction de la filière de prise en charge, de la discipline, du territoire géographique ou du champ de responsabilité (France Compétences, 2020)¹⁴.

¹² <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34818/>

¹³ Loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel

¹⁴ <https://www.francecompetences.fr/recherche/rncp/34818/>

Pour s'adapter au contexte, les dimensions gestionnaires et managériales des missions des CS sont devenues prioritaires ; elles devancent, atténuent et même effacent la dimension soignante, transformant la fonction soignante du CS en un métier managérial (Abel, 2014)¹⁵. D'ailleurs, le CS est communément appelé manager. Le CS doit assurer la gestion des plannings, l'absentéisme, le turnover, la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences (Dujardin, 2019)¹⁶. Dans un environnement fait d'incertitudes et d'injonctions paradoxales (Bourret, 2006), il est demandé aux CS de se saisir des objectifs budgétaires, et d'être un relai auprès des équipes pour les traduire dans une visée de qualité et d'efficacité des soins.

Cette approche gestionnaire centrée sur la performance implique pour le CS d'acquiescer et de maintenir des compétences techniques (hard skills) mais également des compétences relationnelles et comportementales (soft skills)¹⁷ notamment de leadership. En effet, il est attendu que le CS soit un leader afin de maintenir la motivation des équipes. Concrètement les CS managers se doivent d'être à l'écoute, d'établir une communication claire et précise des objectifs institutionnels auprès de leurs équipes (Franchistéguy-Couloume, 2015), d'assurer une transmission des savoirs et de donner du sens au travail. Divay (2018) rejoint cette idée. Pour elle, la place charnière stratégique entre les directions, les équipes paramédicales et médicales qu'occupe le CS issu d'un métier soignant l'oblige à développer de fortes compétences relationnelles pour répondre aux différentes attentes qui sont respectivement de :

- motiver et gérer les équipes dans le respect du projet d'établissement,
- respecter l'autonomie des professionnels et faciliter leur évolution de carrière.

Face à la difficulté de nommer et de décrire les missions des cadres de santé, certains auteurs utilisent des métaphores. Pour Mispelblom Beyer (2015), encadrer « c'est ferrailer », c'est « se débrouiller » entre la pression « d'en haut » et celle « d'en bas », c'est tenter d'élaborer des terrains d'entente, de négocier des compromis. Cet auteur défend la thèse « qu'encadrer comporte une dimension intellectuelle fondamentale, qui consiste à peser le pour et le contre, à faire des analyses de situations socialement et humainement complexes, où penser consiste à tisser des liens inédits entre des phénomènes disparates, entre l'ici et l'ailleurs, l'actuel et le futur, le court, le moyen et le long terme » (Mispelblom Beyer, 2015). A l'instar de Bourret (2006) qui présente le travail de lien invisible des cadres de santé, Mispelblom Beyer considère qu'encadrer consiste le plus souvent à résoudre, dans l'ombre, des problèmes au quotidien.

Les missions des CS managers ont été mises en lumière lors de la récente crise sanitaire de covid (2020). Dominique Combarous, présidente de l'association nationale des cadres

¹⁵ Abel, PC. (2014). *Le cadre infirmier de proximité : soignant ou manager*. Estem.

¹⁶ Dujardin, PP. (2019). Le management de proximité et les émotions au travail. *Revue soins cadres*, 111, 27-29.

¹⁷ Les soft skills désignent des comportements, des savoirs-être et des talents et complètent les hard skills regroupant les savoirs théoriques et les savoirs-faire.

infirmiers et médico-techniques (ANCIM), précise et détaille dans un article d'Hospimédia (2020)¹⁸ l'importance des missions que chaque CS a pu exercer lors de cette période : réassurance auprès des équipes, des familles et des patients dans un contexte inédit, réorganisation des unités, gestion du matériel, des équipements de protection, adaptation permanente pour ajuster les effectifs et répartition des compétences, communication sur les recommandations, veille au respect des bonnes pratiques d'hygiène...Finalement, la crise sanitaire a permis aux CS de se recentrer sur leur cœur de métier et de se rapprocher des organisations de soins et des équipes. Dans son rapport, Claris (2020) établit que le CS manager est un acteur clé jouant un rôle fondamental dans le bon fonctionnement hospitalier.

Dans l'exercice de sa fonction, les CS travaillent en étroite collaboration avec les cadres supérieurs de santé (CSS) et les DS. En effet, le CS s'inscrit au sein d'un établissement de santé dans une ligne hiérarchique paramédicale.

1.4 La position du cadre de santé dans les établissements de santé

1.4.1 Le cadre de santé, premier maillon de l'encadrement paramédical

A l'hôpital public, les CS constituent le premier maillon d'encadrement de la filière paramédicale. Leur fonction comprend deux niveaux : celui des CS managers, qui exercent au plus près des patients et des équipes soignantes, et celui des CSS, qui exercent à un niveau intermédiaire à l'échelle d'un pôle regroupant plusieurs services de soins ou à l'échelle d'une direction. Cette fonction de CSS est ouverte, sans formation spécifique aux CS ayant une expérience de plusieurs années et présenté un concours sur titre.

La chaîne paramédicale se constitue ensuite du directeur des soins. Les CS et les DS sont sous l'autorité hiérarchique du chef d'établissement, « le seul patron à l'hôpital » (HPST, 2009). Néanmoins, le DS sous l'autorité du chef d'établissement conduit plusieurs missions dont celle de coordonner l'ensemble des activités des personnels paramédicaux dont les cadres de santé.

1.4.2 Le directeur des soins, dernier maillon de l'encadrement paramédical

Le DS constitue le dernier maillon de l'encadrement paramédical. L'histoire de la fonction de DS est étroitement liée, même si elle est plus récente statutairement à la fonction d'encadrement puisant son origine dans « l'institutionnalisation de la fonction infirmière » (Catanas, 2022). Aujourd'hui, la fonction de DS est régie par le décret de 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière¹⁹, toujours en vigueur aujourd'hui, même s'il a fait l'objet de modifications au cours de ces dernières années (2010, 2014, 2017).

¹⁸ <https://www.hospimedia.fr/actualite/articles/20200325-ressources-humaines-les-cadres-sont-les-chefs-d>

¹⁹ Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Les différentes réformes hospitalières dont la loi HPST (2009) ont modifié la position du directeur des soins vers une position plus stratégique et transversale.

1.5 La position stratégique et transversale du directeur des soins

La nouvelle gouvernance hospitalière (HPST, 2009) a transformé la structure hiérarchique et pyramidale de l'hôpital vers un pilotage plus transversal. Dans ce mouvement, la direction des soins a également vu évoluer sa position vers davantage de transversalité. La transversalité vise à relier des groupes d'individus de cultures ou de préoccupations diverses afin de leur permettre d'atteindre ensemble un objectif prédéfini.

Le pilotage (action de diriger) qui intègre la transversalité favorise les échanges et l'interdisciplinarité pour associer les compétences et orienter les efforts vers un objectif précis. Le pilotage transversal sous-tend une collaboration entre les acteurs, il permet de réduire les effets des organisations en silo (les pôles et les directions) pour se centrer sur la performance des processus.

Un processus est entendu comme un « ensemble d'activités corrélées ou en interaction qui utilise des éléments d'entrée pour produire un résultat escompté » (ISO 9001). Il existe trois types de processus : pilotage, réalisation et supports.

L'approche processus « transcende les structures et les hiérarchies au sein de l'organisme » (Maes, 2012)²⁰ et présente trois intérêts majeurs :

- associe tous les acteurs concernés pour satisfaire l'attente de toutes les parties,
- rend l'organisation plus flexible et capable de s'adapter dans l'environnement actuel que certains auteurs qualifient d'univers VUCA²¹ (Volatile, Incertain, Complexe et Ambigu),
- maîtrise les performances au sens de Gibert (1980) qui modélise la performance au centre d'un triangle « objectifs-résultats-moyens » visant l'efficacité, l'efficience et la pertinence²².

L'approche processus est au cœur des référentiels traitant des systèmes de management y compris dans le champ de la santé puisque la HAS la prône. L'approche processus relève d'une stratégie impliquant un pilotage par les résultats.

Le parcours de professionnalisation des cadres de santé relève d'un processus. Que revêt cette notion de parcours de professionnalisation ?

²⁰ Maes, A. (2012). Le management par les processus (et les projets). Dans : A. Maes, *Le management intégrateur: Fondements, méthodes et applications*. De Boeck Supérieur.

²¹ Chaminade, B. (2019). VUCA, définition et management de la Volatilité, Incertitude, Complexité et Ambiguïté – 1/6. <https://www.benjaminchaminade.com/vuca-definition-management>

²² Triangle de la performance (Gibert, 1980).

2. Le parcours de professionnalisation des cadres de santé

2.1 Le parcours de professionnalisation au service des compétences

Le parcours de professionnalisation est une expression constituée de deux termes distincts. Le parcours a une origine latine *per cursus*, formé du préfixe *per* (par) et de *cursus* (chemin). Au regard de notre thème de travail, nous pouvons définir le parcours comme l'ensemble des étapes permettant à un professionnel paramédical d'acquérir et de maintenir des compétences techniques et comportementales dans le champ du management. La professionnalisation provient du radical professionnel auquel il a été rajouté le suffixe *-ation*, signifiant l'action et suggérant une notion de mouvement. Le centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) définit d'ailleurs la professionnalisation comme le « caractère de ce qui est rendu professionnel ». Cette définition conforte la notion de mouvement, de transformation, soit le passage d'un état à un autre, « le fait de devenir un professionnel » s'apparente ainsi à un processus continu et non à un état figé.

Nous avons modélisé les quatre étapes principales du parcours de professionnalisation sous forme de processus : le repérage du potentiel de cadre, l'exercice de faisant fonction, la formation cadre de santé et la prise de poste (Schéma 1).

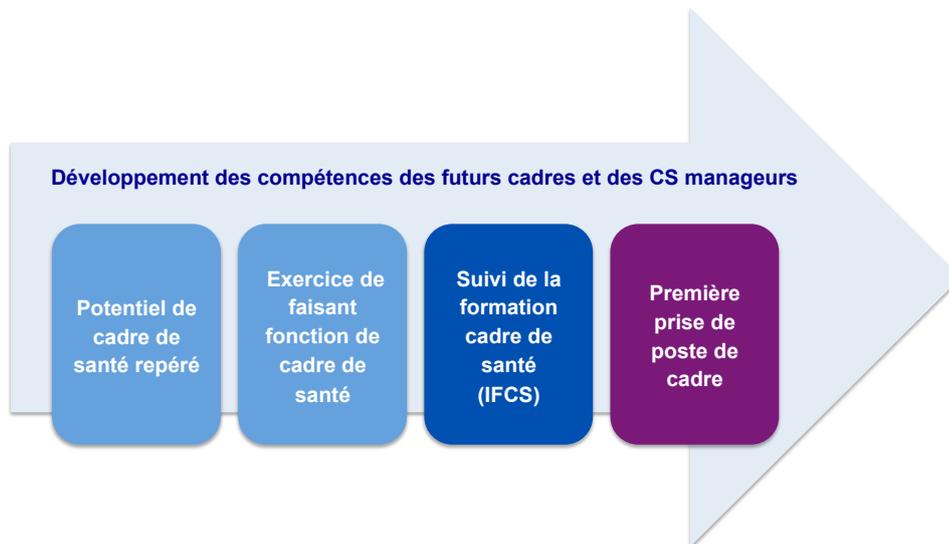


Schéma 1 : Le parcours de professionnalisation des cadres de santé : du repérage à la première prise de poste (Moussier, 2022)

Ce parcours de professionnalisation repose sur un triptyque, l'organisation, la formation et l'individu lui-même ; et sur un processus recouvrant « simultanément le développement des compétences et la construction d'une identité professionnelle » (Wittorski, 2005).

La professionnalisation est étroitement liée aux compétences et à l'adaptation des individus dans des contextes de travail mouvants, elle « constitue un acte par lequel l'individu apprend,

se forme, construit des compétences, cherche la reconnaissance, développe son expertise » (Wittorski, 2005).

Le lien entre le parcours de professionnalisation et les compétences nous amène à éclairer cette notion polysémique. Dans ce travail de recherche, nous retiendrons les éléments suivants : la compétence est liée à l'action (ce qui permet de la repérer), à un contexte professionnel donné, constituée de « ressources cognitives, conatives et affectives et se présentant comme une totalité intégrant et/ou combinant ces différents niveaux de ressources, de façon spécifique, dans un contexte particulier » (Lefevre, 2013)²³. Cet auteur apporte un élément intéressant qui fait écho au parcours de professionnalisation tel que nous l'envisageons pour les CS : « le développement des compétences professionnelles passe par l'expérience (dans et par les pratiques mises en œuvre) et par la formation ». Comme évoqué précédemment, les compétences peuvent être catégorisées en hard skills et softs skills.

Mobilisant notre expérience et nos lectures, nous poursuivons notre réflexion en détaillant les différentes étapes du parcours de professionnalisation des CS.

2.2 Les étapes du parcours de professionnalisation

2.2.1 Le repérage du potentiel cadre de santé

En pratique, le repérage du potentiel des cadres est très souvent réalisé par cooptation. Le mot cooptation, du latin *cooptatio* représente un mode de désignation par lequel, au sein d'un groupe, les membres actuels choisissent les nouveaux membres.

Très utilisé dans le monde de l'entreprise, la cooptation consiste à encourager les CS en poste à présenter des profils qui, selon eux, ont des compétences relationnelles et comportementales pour évoluer vers la fonction d'encadrement. Peu coûteuse, mobilisatrice et favorisant l'engagement des cadres et des CSS dans leur mission de repérage et d'accompagnement de leurs pairs, la cooptation est un mode de recrutement efficace. Elle permet de limiter les erreurs de recrutement et les incompatibilités d'un candidat par rapport à la culture de l'entreprise. Elle est utilisée par 36 % des entreprises (APEC, 2016)²⁴.

A l'hôpital, le repérage de nouveaux profils ainsi que la cooptation sont fortement encouragés par les DS auprès des CSS et des CS. Elle s'inscrit souvent dans une stratégie globale d'accompagnement des projets professionnels des CS. Cette première étape de cooptation fait émerger le projet professionnel, elle est ensuite suivie, pour la très grande majorité des professionnels par la mise en situation professionnelle de faisant-fonction de cadre de santé.

²³ Lefevre, G. (2013). Compétence professionnelle. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation* (pp. 65-69). De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0065>

²⁴ APEC. (2016). « Comment les entreprises recrutent leurs cadres ». *Sourcing cadres*, n°30.

2.2.2 L'étape de faisant fonction de cadre de santé

L'occupation d'un poste de faisant fonction de CS doit permettre aux professionnels de confronter leur projet professionnel à la réalité de terrain. Ce poste « fantôme »

ne repose sur aucune base réglementaire et ne procure aucune reconnaissance salariale particulière ; il n'a qu'une existence informelle et transitoire. L'employeur y voit une mise à l'épreuve d'une durée d'au moins un an (et une source d'économies) ; pour la salariée, il s'agit d'un essai au cours duquel elle pourra tester sa motivation et sa capacité à endosser le rôle attendu (Divay, 2018).

Devant les difficultés de recrutement, les établissements de santé ont recours à des FFCS pour pourvoir des postes vacants (De Singly, 2009). Ainsi, des professionnels non cadres sont placés en situation de responsabilité, sans statut clair. Cette étape est, selon De Singly (2009) problématique avec « des dérives possibles » conduisant les DS à l'investir par la recherche. Depuis vingt ans, l'accompagnement des FFCS fait l'objet tous les ans d'au moins un mémoire d'élève directeur des soins. L'intérêt de mettre des personnes en apprentissage du métier de cadre est reconnu dans tous ces travaux, mais il est préconisé d'organiser une position de cadre apprenant avec un exercice accompagné par un CS tuteur, sur une période bien définie avec des engagements mutuels spécifiés. Cet accompagnement s'inscrit dans une relation gagnant-gagnant à la fois pour le professionnel et à la fois pour l'institution.

En pratique, la mise en place d'une stratégie d'accompagnement des FFCS se généralise par la déclinaison de dispositifs opérationnels (tuteur, entretiens définis, formations continues ponctuelles d'adaptation au poste...). À l'issue de cette étape, si celle-ci est concluante pour le CS et son encadrement supérieur, le DS en lien avec le directeur des ressources humaines (DRH) intervient pour la validation du projet et la prise en charge financière de la formation. Une fois le projet professionnel validé, le futur cadre de santé se prépare à rentrer en formation.

2.2.3 La formation cadre de santé

La formation cadre de santé est une formation professionnelle, inscrite au RNCP définit par le ministère du travail comme une formation permettant

d'acquérir et d'actualiser ses connaissances et ses compétences, d'accroître son niveau de qualification et de favoriser son évolution professionnelle. C'est un élément déterminant pour être acteur de sa vie professionnelle. L'accès à la formation professionnelle peut se faire tout au long de la vie : (...) formation initiale (...), apprentissage (...) ou formation professionnelle continue.²⁵

La formation professionnelle des CS a pour objectif de donner des ressources aux individus en termes de savoirs empruntés à différentes disciplines universitaires (la discipline cadre de santé n'existe pas en France en tant que science) : le management, la pédagogie, la sociologie,

²⁵ <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/>

l'économie, les sciences humaines, le droit... mais aussi, de produire et/ou de renforcer des compétences techniques et comportementales nécessaires à l'exercice d'encadrement. Cette formation se complète aujourd'hui par une formation universitaire, qui elle a pour objectif la production de savoirs par la recherche dans un champ disciplinaire spécifique. Aujourd'hui, tous les IFCS de France ont établi une convention avec une université permettant d'associer un niveau universitaire au diplôme cadre de santé. Le diplôme CS est reconnu réglementairement sur un niveau licence mais tous les IFCS délivrent en plus de ce diplôme, une attestation de première année de master voir le diplôme de master. Le lien entre la formation professionnelle et universitaire se fait par l'approche par compétences.

La formation professionnelle de CS est accessible par un concours d'entrée après quatre années minimum d'exercice dans un des treize métiers paramédicaux. Selon les conventions universitaires établies entre les IFCS et les universités, les professionnels sont amenés, en plus de la réussite au concours à satisfaire aux exigences d'une validation des acquis professionnels pour intégrer une première ou deuxième année de master en même temps que l'année de formation cadre de santé.

Cette formation, toujours régie par l'arrêté modifié de 1995²⁶ est fondée sur les principes d'interprofessionnalité et de construction d'une culture cadre commune. Organisée sur une durée de dix mois (42 semaines), en alternance, la formation théorique s'articule autour de six modules (Tableau 3) ; et la formation pratique autour de quatre stages d'une durée totale de 13 à 15 semaines dont le premier stage hors secteur sanitaire.

Les modules de la formation cadre de santé (24 à 26 semaines d'enseignement théorique)	
1	Initiation à la fonction cadre
2	Santé publique
3	Analyse des pratiques et initiation à la recherche
4	Fonction d'encadrement
5	Fonction de formation
6	Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnelle

Tableau 3 : Les six modules de la formation cadre de santé (Arrêté de formation, 1995)

Il est à souligner que deux IFCS en France, les IFCS du CHU de Toulouse et du CHU de Lille ne proposent plus la formation cadre telle que décrite précédemment, dans la mesure où ces deux instituts ont eu l'autorisation de créer une nouvelle formation à titre expérimental (2019)²⁷. Ces expérimentations encadrées réglementairement s'intègrent dans le processus d'universitarisation des formations en santé lancé en 2018²⁸ (Buzyn & Vidal, 2018) suivi par le comité ad hoc²⁹.

²⁶ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

²⁷ Article 1, Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé

Après la formation cadre de santé, les CS nouvellement diplômés avec un niveau universitaire réintègrent, pour la très grande majorité leur établissement d'origine. Cette première prise de poste de CS, précédée par une étape dite d'affectation se déroule très différemment selon la politique de l'établissement et la stratégie du DS. Trois pratiques sont surtout observées :

- la nomination directe sur un poste vacant par le DS,
- le choix d'un poste par le CS à partir d'une proposition de postes vacants,
- le choix d'un poste à partir d'une proposition de postes vacants suivi d'entretien(s) de recrutement avec l'encadrement supérieur et/ou le chef de service.

L'affectation conduit alors à la prise de poste. Le nouveau CS intègrera le corps des CS après l'obtention du concours sur titres de cadre de santé. Ce concours sur titres réglementé³⁰ est organisé par la direction de l'établissement dans les trois à six mois qui suivent le retour de formation du nouveau CS. La prise de poste peut s'exercer au sein d'un nouvel établissement après la formation cadre ou le plus fréquemment au sein du même établissement dans un service différent. Qu'entendons-nous par prise de poste ?

2.2.4 La prise de poste

L'étymologie du mot prise est intéressante. D'origine latine *prehendere* (prendre, saisir) la prise correspond à l'action de s'emparer, le plus souvent par la force d'un lieu, d'une personne, d'un animal ou d'un objet. Ce terme est d'ailleurs utilisé dans le vocabulaire de l'armée (la prise de la Bastille), de la police (la prise d'otages) ou encore des sports de combat. Ainsi, cette notion de prise de poste sous-tend la nécessité pour l'individu de s'inscrire dans l'action et l'effort au cours d'une période transitoire. D'ailleurs, pour Watkins (2019), professeur à l'international institute for management development à Lausanne la prise de poste est une étape critique par son caractère transitoire.

La transition correspond au passage d'un état à un autre, d'une situation à une autre. Elle suppose à la fois une inscription dans le temps, un changement d'espace et des transformations. Les périodes de transition sont nombreuses et diverses tout au long de la vie. Dans le champ professionnel, les situations de transition peuvent renvoyer au passage de la formation à l'école, à une réorientation professionnelle, à une perte d'emploi,...et à la prise de

²⁸ Décret n° 2020-553 du 11 mai 2020 relatif à l'expérimentation des modalités permettant le renforcement des échanges entre les formations de santé, la mise en place d'enseignements communs et l'accès à la formation par la recherche

²⁹ <https://www.enseignementsup-recherche.gouv.fr/fr/universitarisation-des-formationen-de-sante-lancement-du-comite-de-suivi-49174>

³⁰ Arrêté du 25 juin 2013 fixant la composition du jury et les modalités d'organisation des concours interne sur titres et externe sur titres permettant l'accès au corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière

poste (Perez-Roux, 2013)³¹. Pour Boutinet (2012), les individus confrontés à un processus de transition sont amenés à réinterroger leur rapport à l’environnement social, culturel professionnel, relationnel (Boutinet, 2012), à l’origine d’un certain nombre de tensions. De Wilde, coach senior en Belgique (2008) défend cette thèse d’une pression au cours du démarrage dans un nouveau poste tout en la nuanciant. En effet, il considère que la prise de poste est une période ambiguë, à la fois une période critique et à fois une période de grâce, une sorte de lune de miel, au cours de laquelle le nouveau manager se forge une opinion sur le contexte et identifie les objectifs à relever.

Dans son ouvrage, Watkins (2019) illustre par quelques données chiffrées cette période critique de la prise de poste : 90% de hauts responsables de ressources humaines d’entreprises privées considèrent que « les transitions dans de nouvelles fonctions sont les moments les plus difficiles de la vie professionnelle des leaders » et 75% estiment que « le succès ou l’échec au cours des premiers mois est un présage fort de succès ou d’échec global dans le poste » (Watkins, 2019). Concernant la prise de poste au sein des établissements de santé, nous n’avons pas retrouvé le corollaire de ces données. Seule l’enquête récente réalisée par le SMPS qui pointe des difficultés lors de la prise de poste des cadres : plus d’un cadre sur quatre ne s’est pas senti accueilli et intégré lors de son premier poste et « près de la moitié des managers ne se sentent pas ou peu accompagnés lors de leur prise de poste par leur supérieur hiérarchique » (Juin 2021)³².

Concernant la durée de la prise de poste, De Wilde (2008) évoque 100 jours dans un de ses articles³³; quant à Watkins (2019), il suggère 90 jours. Globalement, nous pouvons considérer qu’une prise de poste s’étend sur une période de trois mois (Schéma 2).

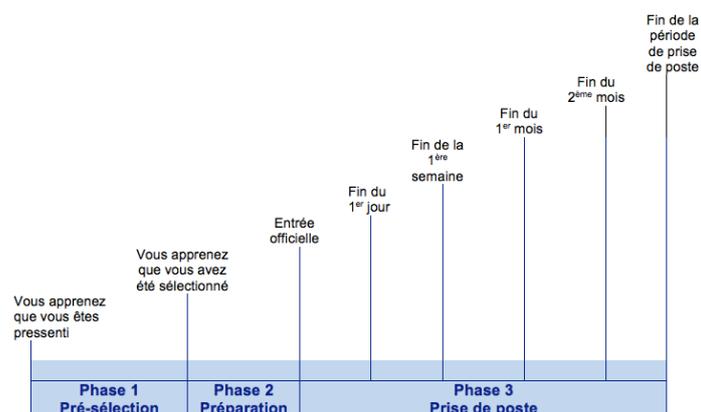


Schéma 2 : Les jalons clés de la transition (Watkins, 2019)

³¹ Perez-Roux, M. (2013). Transition professionnelle. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck Supérieur. <https://doi.org/10.3917/dbu.devel.2013.02.0325>

³² <https://www.smpsante.fr/actualites/le-smps-mobilise-sur-les-conditions-de-prise-de-poste-des-jeunes-directeurs-et-cadres-de-la-fonction-publique-hospitaliere/>

³³ Les 100 premiers jours dans une nouvelle fonction de leadership

Trois phases constituent l'étape de transition : la phase de pré-sélection, la phase de préparation et la prise de poste à proprement parler. La prise de poste est marquée par une phase d'accueil incontournable à sa réussite. Deux autres éléments retiennent notre attention :

- la prise de poste commence en amont du premier jour d'arrivée dans le service. Au cours de cette période, les équipes, les collègues cherchent à apprendre le nom du manager pressenti ainsi que son profil. Dès ces phases, le futur manager est sous observation, et pour de nombreuses semaines : « tout ce qui va être dit et va être fait par le cadre va être analysé et colporté à la vitesse de la lumière » (Watkins, 2019).
- le premier jour dédié à l'accueil doit être préparé « la première impression doit être la bonne » pour le manager et pour l'organisation. De cet accueil dépend l'intégration du manager dans l'entreprise.

Partant de ces différents constats, l'auteur précise dans son ouvrage les conditions de réussite d'une prise de poste en listant les principaux « pièges à éviter » ainsi que les dix principes destinés à faciliter une prise de poste dont les principaux sont : la préparation, la volonté d'apprendre, l'adaptation de la stratégie au contexte, la constitution des alliances ou encore l'obtention rapide de petites victoires. Pour Watkins, le risque lié à la prise de poste devrait être identifié et intégré dans le système de gestion des risques des entreprises au regard des enjeux pour le manager (bien-être au travail, confiance en soi, image, carrière réussie) et pour les entreprises (performance de l'organisation, motivation des équipes, image). Il existe des dispositifs de maîtrise de ce risque notamment la formation et l'accompagnement par le coaching ou le mentorat (De Wilde, 2008). Watkins va plus loin en affirmant que les entreprises devraient se doter d'un système d'accélération qui reposerait sur un cadre, un vocabulaire et une boîte à outils unifiés, communs à toute l'entreprise.

A sa prise de poste, à la sortie de l'IFCS, le CS manager nouvellement diplômé a déjà une expérience d'au moins quatre années dans son métier d'origine, le plus souvent une à deux années de FFCS lui conférant des savoirs, des savoirs faire et des savoir être ainsi que des compétences de cadre. Pour autant, la prise de poste constitue une étape importante du projet professionnel en ce sens qu'elle représente sa concrétisation et marque la fin du projet et de son accompagnement. Les acteurs perçoivent-ils l'importance de cette étape ? Quelles en sont leurs représentations professionnelles ? Sont-elles similaires pour l'encadrement et les DS ?

En balayant les différentes étapes du parcours de professionnalisation, des notions sous-jacentes émergent : le projet professionnel, la motivation, l'accompagnement et les représentations professionnelles.

2.3 Les notions théoriques sous-jacentes au parcours de professionnalisation

2.3.1 Le projet professionnel : un préalable incontournable

Le mot projet, d'origine latine se décompose en deux racines : *pro* « en avant », et *jacere* « jeter ». Le projet se définit comme une « idée qu'on met en avant et le plan proposé pour réaliser cette idée » (CNRTL, s.d.). Cette définition sous-tend un processus évolutif dans lequel le sujet, se projetant dans un avenir professionnel vise un changement par le projet.

Dans une « démarche unificatrice », Boutinet (2012) inscrit le concept de projet dans une perspective anthropologique soulignant la capacité propre à l'homme de se mobiliser pour un au-delà de lui-même, qui est à la fois construction et expression de son identité. Pour lui, le projet est ancré dans trois dimensions temporelles, il résulte d'une interaction entre le passé, le présent et le futur, qui consiste non seulement à relire le passé et lui donner sens par rapport au présent, mais aussi à anticiper le futur sur le mode imaginaire et à « juger de l'atteinte des résultats désirables », sur le mode de la raison.

Le projet relève de la logique de l'acteur, c'est-à-dire qu'il « présuppose que l'homme peut intervenir dans le cours de l'histoire des événements » (Boutinet, 2012), il se situe dans le registre de « l'intentionnalité ». L'intentionnalité conditionnée par la motivation regroupe cette capacité de l'homme qui réunit conscience, imagination, anticipation, volonté et autonomie. En effet, la conduite de projet est une démarche d'autonomie qui, plus que « savoir s'adapter à un maximum de situations », consiste « à savoir choisir les meilleures stratégies personnelles ». De plus, elle est sous-tendue par un processus de maturation professionnelle, défini comme « une disposition psychologique s'accompagnant de l'acquisition de connaissances et d'attitudes permettant à l'individu une insertion professionnelle et/ou sociale lucide, réfléchie, dont il assume la responsabilité ».

Nous retenons que le projet professionnel notamment de cadre de santé est un processus évolutif et finalisé constituant le pivot d'une conduite de changement professionnel dans laquelle la motivation de l'individu est primordiale.

2.3.2 La motivation : au cœur du parcours de professionnalisation

D'un point de vue étymologique, le mot motivation dérive du latin *motivus* (mobile) signifiant ce qui met en mouvement. La définition proposée par Sillamy reprend cette idée, la motivation est « l'ensemble des facteurs dynamiques qui déterminent la conduite d'un individu » (1983)³⁴.

³⁴ Cité dans Fenouillet, F. (2012). Motivation. Dans : Monique Formarier éd., *Les concepts en sciences infirmières*: (pp. 218-220). Association de Recherche en Soins Infirmiers <https://doi.org/10.3917/arsci.forma.2012.01.0218>

La motivation est une notion psychologique polysémique avec différentes acceptions et théories décrites selon le champ disciplinaire concerné. Dans le cadre de notre travail de recherche, nous retenons que la motivation est un construit : « Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement » (Vallerand & Thill, 1993)³⁵. Pour plupart des auteurs quatre attributs précisent ce concept :

- « la persistance ou la persévérance,
- l'intensité ou l'effort que déploie l'individu,
- la direction ou la finalité de l'action ou du comportement,
- l'initiation ou le déclenchement de l'action ou du comportement » (Fenouillet, 2012)³⁶.

De même, ils considèrent que la motivation est souvent associée à la satisfaction, l'implication et l'engagement. Elle conditionne la réussite du projet professionnel, du projet de formation mais également la performance au travail, la motivation étant « un concept clé pour comprendre le processus qui mène à la performance » (François, 2019)³⁷ notamment la motivation intrinsèque. La théorie de la motivation intrinsèque et extrinsèque distingue deux forces orientant les comportements et les actions de chaque individu :

- une force interne (motivation intrinsèque) qui pousse à se surpasser, à faire des efforts (recherche du plaisir, d'une satisfaction personnelle...),
- une force externe (motivation extrinsèque) qui oblige à agir en réponse à un stimulus externe (salaire, avantages sociaux, conditions de travail...).

La première motivation, propre à l'individu, est libre, alors que la seconde est imposée. Par conséquent, l'enjeu, pour tout manager et DS est de stimuler la motivation intrinsèque au travail. La motivation est un des facteurs de réussite du projet professionnel de cadre de santé à toutes les étapes du parcours de professionnalisation ; parcours qui s'accompagne.

2.3.3 L'accompagnement : un acte de réciprocité

L'accompagnement implique d'accompagner. Accompagner c'est... « entrer en compagnie ». « On accompagne quelqu'un qu'on ne veut pas laisser seul, ou parce qu'on ne veut pas rester soi-même sans compagnie » (Cornu, 2015)³⁸. Paul (2004)³⁹ propose une définition étymologique de l'accompagnement, c'est « être avec et aller vers, dans un esprit de partage »,

³⁵ Idem 34

³⁶ Idem 34

³⁷ François, P. (2019). Chapitre 11. Motivation et management. Dans : Philippe Carré éd., *Traité de psychologie de la motivation: Théories et pratiques* (pp. 211-231). Dunod <https://doi.org/10.3917/dunod.carre.2019.01.0211>

³⁸ Cornu, L. (2015). Accompagner : faire compagnie. *Revue Education permanente*, 205.

³⁹ PAUL, M. (2004). *L'accompagnement : une posture professionnelle spécifique*. L'Harmattan.

inscrite dans la sémantique du verbe accompagner : *acc* (vers), *cum* (avec), *pagnis* (pain) ; autrement dit, « de la mise en relation dépend la mise en chemin, et réciproquement ».

L'accompagnement est utilisé dans différents domaines et champs disciplinaires (sciences de l'éducation, gestion et management...) et peut prendre plusieurs formes amenant Paul à le qualifier de « nébuleuse » (2004). Dans son ouvrage, elle répertorie huit pratiques : le coaching, le counselling (ou la relation d'aide), le conseil, le mentorat, le compagnonnage, le sponsoring, les médiateurs et le tutorat. Ces pratiques ont des caractéristiques communes, elles sont :

- construites sur une base relationnelle entre au moins deux individus où l'un facilite l'apprentissage ou le passage de l'autre dans un rapport d'égalité et d'échange,
- bâties sur le principe éthique de ne pas se substituer à l'autre,
- fondées sur une démarche personnalisée adaptée à la situation et au contexte,
- basées sur une attitude d'écoute facilitant la réflexivité.

Si ces caractéristiques éclairent la notion d'accompagnement, elles rendent également difficile de la définir précisément puisque ses usages sont multiples. L'accompagnement relève surtout d'une visée et d'une « interpellation à caractère éthique » (Paul, 2004). Pour cette auteure, l'accompagnement permet à l'individu, par la relation qui le lie à l'autre, de grandir et de s'émanciper de cette relation pour devenir autonome. Au cours de l'accompagnement, il se crée un espace relationnel permettant la mise en mots de situations professionnelles vécues, la capacité de les conscientiser et de les réfléchir dans un climat de confiance impliquant un engagement de l'accompagnateur.

Cornu (2015) propose un rôle de passeur à l'accompagnateur. En l'accompagnant, en marchant avec, le passeur permet au novice de passer vers autre chose, principe également exposé par Paul. Il y a dans ces deux points de vue, une notion de mouvement, d'aller vers qui permet aux deux protagonistes concernés d'évoluer d'un point à un autre, et, dans le même temps. L'accompagnement se trouve alors dans l'entreprise à la croisée de deux logiques, productrice et éducative en étant « une relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail » et « un élément d'un dispositif visant à rendre le travail formateur et l'organisation intégratrice » (Paul, 2004).

Pour Barbier (1996)⁴⁰, cette activité d'accompagnement dans l'entreprise suppose une activité de formalisation, et de mise à distance. Cette activité de formalisation se matérialise le plus souvent par des communications, des verbalisations, des échanges entre accompagnateur et accompagné.

⁴⁰ Barbier, JM. (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. PUF.

Les données exploratoires questionnent les représentations professionnelles des acteurs sur l'étape de la prise de poste. Aussi, nous poursuivons notre cheminement théorique par la notion de représentations professionnelles.

2.3.4 Les représentations professionnelles

La représentation est un terme d'origine latine *repraesentatio* (rendre présent) qui a plusieurs acceptions selon le champ disciplinaire concerné. En philosophie, la représentation renvoie à la connaissance fournie à l'esprit par les sens ou par la mémoire alors qu'en psychologie, il s'agit d'une perception, d'une image mentale dont le contenu se rapporte à un objet, à une situation, à une scène du monde dans lequel vit le sujet (Larousse, s.d.).

Pour notre recherche, nous ciblons cette notion dans le champ professionnel. Les représentations professionnelles « sont élaborées dans l'action et l'interaction professionnelles, qui les contextualisent, par des acteurs dont elles fondent les identités professionnelles correspondant à des groupes du champ professionnel considéré, en rapport avec des objets saillants pour eux dans ce champ » (Piaser, 2013)⁴¹. En d'autres termes, les représentations professionnelles sont portées par des membres d'un même groupe professionnel et concernent surtout des objets « appartenant à un milieu professionnel spécifique » (Piaser, 2013).

Elles sont partagées par les individus d'une même profession et « constituent un processus composite grâce auquel les individus évoluent en situation professionnelle : opinions, attitudes, prises de position, savoirs, etc. » (Piaser, 2013). Les représentations, construites à partir des expériences, des connaissances et des croyances des professionnels orientent et justifient leurs attitudes, comportements et prises de position (Schéma 3).

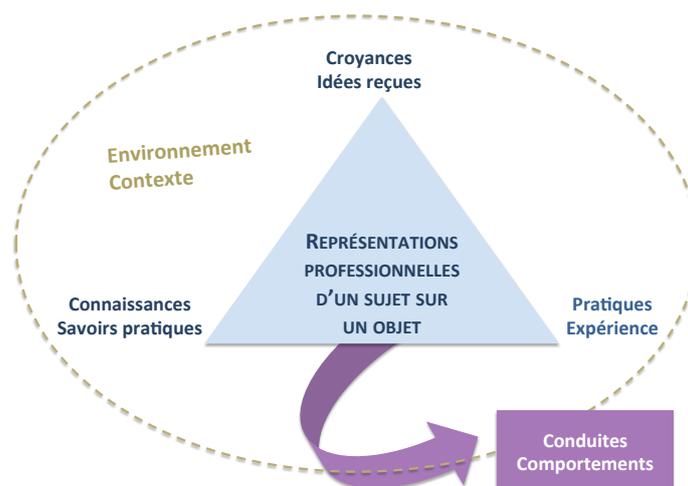


Schéma 3 : La construction des représentations professionnelles (Moussier, 2022)

⁴¹ Piaser, A. (2013). Représentations professionnelles. Dans : Anne Jorro éd., *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck Supérieur.

En plus, de la fonction d'orientation et de justification, les représentations professionnelles ont trois autres fonctions :

- une fonction cognitive. Les représentations professionnelles permettent de comprendre et d'expliquer la réalité au rythme des changements de pratiques de pratiques survenant en réponse à des situations professionnelles en mouvement. Ces réponses constituent des savoirs expérientiels spécifiques nécessaires à l'activité,
- une fonction identitaire. Les représentations professionnelles permettent de définir l'identité d'une catégorie professionnelle permettant à leurs membres de s'identifier (se reconnaître entre eux) et d'être identifiés (être reconnus par ceux qui ne sont pas de la même catégorie professionnelle),
- une fonction de communication. Les représentations professionnelles véhiculent un langage commun, propre à chaque profession.

La structure des représentations a été modélisé dès 1976 par Abric en deux types d'éléments : le noyau central et les éléments périphériques.

Le noyau central organise, structure et stabilise la représentation. Partager la même représentation, c'est donc, pour les membres d'un même groupe, « partager un ensemble de croyances organisées autour d'un noyau commun. En ce sens, le noyau central a une fonction consensuelle » (Abric, 1994). Les éléments périphériques sont liés aux pratiques et aux pensées individuelles. Ils autorisent une appropriation personnelle de la représentation. Le caractère évolutif des éléments périphériques assure une fonction régulatrice à la représentation en protégeant le noyau central. Ils permettent l'intégration de nouveaux éléments sans pour autant remettre en question l'ensemble de la représentation professionnelle.

Chemin faisant, notre problématique se construit progressivement à partir de notre expérience, des données exploratoires et de nos lectures.

3. La construction de la problématique

Après une présentation de la fonction d'encadrement et de la position stratégique et transversale du directeur des soins dans l'organisation, nous avons exploré la notion de parcours de professionnalisation en la croisant avec quatre notions théoriques : le projet, la motivation, l'accompagnement et la prise de poste. L'approfondissement de cette dernière a questionné les données exploratoires et nous a conduit au concept de représentations professionnelles. La découverte de ce concept nous ouvre une piste pour explorer l'étape de la prise de poste des CS managers au sein des établissements dans la mesure où les représentations professionnelles contribuent à comprendre des systèmes de pensées et d'actions des professionnels.

Notre question de recherche est la suivante :

En quoi le pilotage transversal du directeur des soins permet-il de garantir la réussite de la première prise de poste de cadre de santé après la formation à l'IFCS ?

Pour comprendre cette question de recherche, nous posons trois hypothèses (H) :

- ❖ H1 La prise de poste est une étape sous-estimée dans le parcours de professionnalisation des cadres de santé,
- ❖ H2 La prise de poste est une période propice pour renforcer les compétences des cadres de santé,
- ❖ H3 L'étude des représentations professionnelles des DS et des CS managers sur la première prise de poste permet d'identifier les conditions de réussite d'une prise de poste de CS à la sortie de formation.

Deuxième partie : Du dispositif de recherche à l'analyse des données

1. Le cadre méthodologique

Notre travail de recherche s'inscrit dans une visée descriptive, compréhensive et pragmatique. L'objectif principal est la compréhension de la problématique à travers les hypothèses posées afin d'envisager par la suite des préconisations. Pour y répondre, nous avons défini trois objectifs opérationnels :

- identifier, catégoriser et croiser les représentations professionnelles des DS et des CS,
- identifier les conditions de réussite de la prise de poste,
- dégager des propositions concrètes sous forme de préconisations pour le DS.

1.1 Le principe de la triangulation

La méthodologie, basée sur le principe de la triangulation consiste dans l'étude d'un même phénomène, à « recouper les informations issues de sources différentes et de méthodes indépendantes » (Denzin, 1978)⁴² afin de saisir la complexité de la problématique en l'étudiant « de plus d'un point de vue ». Dans une recherche qualitative où il y a peu de participants, la triangulation s'inscrit dans une perspective de complémentarité et de diversification des points de vue afin de dégager une vision plus riche sur l'objet de la recherche.

Nous avons mobilisé deux triangulations parmi les cinq décrites par les chercheurs Denzin (1978) et Janesick (1998)⁴³ :

- la triangulation méthodologique mobilisant au moins deux méthodes de recherche pour étudier le même objet. Notre choix s'est porté sur deux méthodes : la méthode des associations libres et hiérarchisées via un questionnaire et l'entretien semi-directif,
- la triangulation des données mobilisant plusieurs sources pour étudier le même objet. Nous avons choisi d'enquêter auprès des DS dont un CGS et un directeur d'IFCS, un DRH adjoint, des CSS et des CS au sein de trois CHU.

1.2 La méthode des associations libres et hiérarchisées via le questionnaire

1.2.1 L'intérêt de la méthode

L'intérêt de la méthode des associations libres et hiérarchisées repose sur le fait qu'elle permet de recueillir un contenu tout en mettant en évidence sa hiérarchisation. Elle répond ainsi à la nécessité de considérer des facteurs quantitatifs et qualitatifs dans la description des

⁴² Cité par Apostolidis, T. (2005). Représentations sociales et triangulation : enjeux théorico-méthodologiques. Dans : Jean-Claude Abric éd., *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 13-35). Érés. <https://doi.org/10.3917/eres.abric.2003.01.0013>

⁴³ Idem 42

représentations (Moliner, 1994)⁴⁴. Dans notre recherche l'objet étudié est la prise de poste du CS nouvellement diplômé. L'aspect quantitatif permet d'identifier les éléments centraux des représentations puisqu'ils sont acceptés par la majorité des participants à l'enquête. Cet aspect est primordial, car il est la condition indispensable du noyau central de la représentation. Pour autant, si ces éléments partagés ne sont pas importants pour la majorité des participants, ils ne pourront pas être considérés comme centraux. L'aspect qualitatif devient alors central.

Cette méthode déclinée sous forme de questionnaire n'a pas et ne peut se donner pour ambition de définir l'organisation d'une représentation, elle s'inscrit uniquement dans un repérage de la structure de la représentation professionnelle.

1.2.2 La description de la méthode

La méthode des associations libres et hiérarchisées s'est appuyée sur deux questions :

- la première demandant aux participants de donner à partir de l'expression inductrice « Première prise de poste de CS à la sortie de l'IFCS » les six mots qui leur venaient spontanément à l'esprit (associations libres). Cette première production spontanée permet d'accéder rapidement aux éléments qui constituent la représentation de l'objet étudié,
- puis, dans une deuxième phase il est demandé aux participants de hiérarchiser en classant eux-mêmes leur production en fonction de l'importance qu'elles accordent à chaque terme de 1 à 6 (1 étant l'association la plus importante, et 6 la moins importante) pour établir la structuration de la représentation de l'objet étudié.

Ce questionnement, initié à partir d'une expression inductrice a pour objectif d'informer sur les éléments susceptibles de constituer le noyau central et les éléments périphériques de la représentation professionnelle des CS et des DS.

Une troisième question a été posée afin que chaque participant à l'enquête puisse en quatre à cinq lignes donner le sens que représente pour lui l'expression inductrice. Cette expression libre permet d'éclairer les associations proposées par les participants.

Le questionnaire (Annexe IV) a fait l'objet d'un test auprès des deux catégories de professionnels, un CS et un DS, nous permettant de reformuler la consigne de la deuxième question relative à la hiérarchisation par ordre d'importance des six associations libres citées.

⁴⁴ Cité par Negura. L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS Online*. <http://journals.openedition.org/sociologies/993>; DOI: <https://doi.org/10.4000/sociologies.993>

1.2.3 La population et le mode de diffusion du questionnaire

Pour cette méthode, deux catégories de professionnels ont répondu à l'enquête :

- des cadres de santé nouvellement diplômés, moins d'un an ayant pris leur fonction dans un établissement de santé,
- des directeurs des soins en gestion dans un établissement de santé.

Nous avons décidé de recueillir 30 questionnaires, eu égard au principe de réalité et en référence à la HAS indiquant que le seuil de 30 réponses complètes et exploitables à un questionnaire « est un seuil statistique minimum » pour une étude quantitative.

Pour augmenter la participation à l'enquête, nous avons fait le choix de recruter un panel d'enquête parmi la population ciblée de CS et de DS. Concrètement, nous avons présélectionnés les répondants au questionnaire :

- en transmettant l'enquête auprès de deux IFCS. La diffusion du questionnaire a été réalisée par les secrétaires auprès de leurs anciens étudiants, en poste de manager depuis moins d'un an. Le nombre de 31 réponses est atteint sous 72 heures. Une réponse au questionnaire a été exclue :
 - la réponse incomplète d'un CS, seuls quatre mots ont été associés au lieu des six demandés dans la première question.
- en constituant un groupe de 45 répondants DS sur le réseau social professionnel LinkedIn, à partir du profil directeur des soins et/ou CGS exerçant en gestion. Le nombre de 33 réponses est atteint en 15 jours avec une relance au 10^{ème} jour. Trois réponses au questionnaire ont été exclues :
 - deux réponses de DS d'instituts, la population ciblée étant des DS en gestion,
 - une réponse incomplète d'un DS en gestion, cinq mots ont été associés au lieu des six demandés dans la première question.

Le questionnaire auto-administré, créé en ligne a été diffusé via un lien informatique :

- pour les CS, il a été transmis via les secrétaires de deux IFCS,
- pour les DS, nous l'avons adressé par la messagerie privée du réseau LinkedIn.

Pour ces deux catégories professionnelles concernées, le lien a été transmis avec un mail d'information et de remerciements. Le lien a été désactivé dès vérification de la complétude des réponses et du nombre de 30 atteint.

1.2.4 La construction de la grille d'analyse

Nous avons directement travaillé à partir des associations libres exprimées en les répertoriant dans un fichier *Excel*.

Dans un premier temps, nous avons procédé à une catégorisation thématique afin de regrouper certaines associations selon leur proximité lexicale, sémantique ou encore au regard des éléments théoriques développés précédemment. Puis dans un deuxième temps, nous avons croisé la fréquence des associations (critère quantitatif) avec leur rang d'importance (critère qualitatif). Pour cela, nous avons comptabilisé toutes les associations pour définir leur fréquence puis nous avons défini le rang, considérant que les trois premières associations sont les plus importantes pour le sujet avec un rang d'importance élevé alors que les trois dernières sont les moins importantes pour le sujet avec un rang d'importance faible.

Ce traitement des données, excluant les associations citées une seule fois a permis une analyse via la production du tableau à quatre zones « importance-fréquence » (Tableau 4), inspiré de Vergès (1992)⁴⁵. Cette technique importance-fréquence contribue à un premier repérage de la représentation professionnelle qui n'est pas seulement « le résultat d'une récupération mnésique, mais bien celui d'une attribution de sens » (Dany, 2016)⁴⁶.

	Rang d'importance élevé	Rang d'importance faible
Fréquence élevée	Zone 1 Zone centrale de la représentation	Zone 2 1 ^{ère} périphérie de la représentation
Fréquence faible	Zone 3 Éléments contrastés de la 1 ^{ère} périphérie de la représentation	Zone 4 2 ^{ème} périphérie de la représentation

Tableau 4 : Le tableau d'analyse des associations libres et hiérarchisées (Vergès, 1992)

- La zone 1 regroupe les termes les plus cités (fréquence élevée) et parmi les premiers (rang élevé). Il s'agit des termes les plus saillants et les plus significatifs (Vergès, 1992). Les associations présentes dans cette zone constituent le noyau central.
- Les zones 2 et 3 comportent les associations constituant la première périphérie de la représentation. Elles sont plus instables et moins prégnantes que le noyau central de la représentation. Elles comprennent des mots fréquents mais parmi les moins bien placés (zone

⁴⁵ Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent : une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. *Bulletin de Psychologie*, 405, 203-209.

⁴⁶ Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales. HAL-01648424 <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01648424>

2), ou des mots peu fréquents mais bien placés (zone 3) dits éléments contrastés. Pour Vergès (1992), ces éléments contrastés de la zone 3 sont portés par un faible nombre de personnes qui auraient plutôt une représentation différente source de changement.

- La zone 4 comprend les mots peu cités et en dernière position. Elle correspond à la deuxième périphérie dite aussi périphérie extrême.

Concernant la troisième question, nous avons listé l'ensemble des réponses des participants que nous avons mobilisé lors de l'interprétation des résultats en les repérant par la codification suivante : CS, R1, correspondant à la réponse faite par le premier CS ; ou encore DS, R6, correspondant à la réponse faite par le sixième DS.

1.2.5 Les limites de la méthode

Dans un souci que les CS répondent au profil recherché (cadre de santé formé au sein d'un IFCS avec une prise de poste de moins d'un an) nous avons fait le choix de les contacter via les secrétariats de deux IFCS. Ainsi, le panel de l'enquête est constitué différemment pour les CS et les DS constituant certainement un biais méthodologique puisque nous avons introduit la variable formation en IFCS que nous ne souhaitons pas exploiter. En effet, la formation en IFCS répond à une exigence réglementaire mais chaque institut a son propre projet pédagogique avec des orientations différentes pouvant influencer la représentation professionnelle des cadres de santé sur un sujet donné.

Au regard de la méthode de recueil des représentations visant à identifier la fréquence et le rang des associations/évoqueries, nous avons à partir de l'échantillon de 30 réponses constitué des catégorisations à partir d'une faible fréquence. Les résultats se lisent sous forme de tendances en rappelant que la méthode elle-même ne permet pas d'accéder à l'organisation d'une représentation mais seulement de la repérer.

1.3 La méthode de l'entretien semi-directif

1.3.1 L'intérêt de la méthode

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi de compléter le premier recueil de données par l'entretien. L'entretien est un outil d'enquête, reconnu dans la recherche, qui s'accorde avec notre intention d'aller à la rencontre de l'autre et d'être à l'écoute de son vécu singulier, « c'est en cela qu'il est une situation sociale de rencontre et d'échange et non pas un simple prélèvement d'information » (Blanchet & Gotman, 2015).

Nous nous situons dans une démarche exploratoire qui vise la compréhension et le sens par le comment, et non la recherche de causes par le pourquoi rendant l'enquête par entretien

pertinente « lorsque l'on veut analyser le sens que les acteurs donnent à leur pratiques, aux événements dont ils ont pu être les témoins actifs ; lorsque l'on veut mettre en évidence les systèmes de valeurs et les repères normatifs à partir desquels ils s'orientent et se déterminent » (Blanchet & Gotman, 2015).

1.3.2 La description de la méthode

Il existe différentes façons de conduire un entretien, classiquement les entretiens sont classés selon leur niveau de directivité : l'entretien directif implique des questions trop fermées ne permettant pas la souplesse recherchée dans l'interactivité avec les personnes interviewées ; à l'inverse l'entretien non-directif, par son degré de liberté trop large ne permet pas de produire toutes les informations nécessaires pour tester les hypothèses. Nous optons pour l'entre-deux de l'entretien semi-directif permettant d'interroger les personnes sur certains thèmes tout en leur laissant la liberté d'interagir avec l'interviewer ouvrant ainsi le champ à « d'autres réponses que celles que le chercheur aurait pu explicitement prévoir dans son travail de construction » (Quivy, 2017)⁴⁷.

Nous avons construit deux guides d'entretiens (Annexe V), un premier guide pour les DS, le DRH, les CSS et un deuxième pour les CS bâtis autour de trois parties :

- une première partie relative au parcours professionnel de l'interviewé, permettant d'ouvrir la discussion et d'engager un climat de confiance avec l'interviewé,
- puis une deuxième partie contribuant à explorer les représentations à travers le récit de situations vécues autour de la prise de poste de cadre de santé à la sortie de formation,
- enfin une troisième partie visant à investiguer les pratiques professionnelles.

Les deux dernières parties se constituent de questions ouvertes avec quelques questions de relance si nécessaire.

L'entretien test a permis de compléter une des questions ouvertes de la deuxième partie dédiée à l'exploration des représentations professionnelles. Nous projetant dans l'explicitation au sens de Vermersch (1994)⁴⁸, nous avons précisé une question du questionnaire DS, DRH, CSS par une notion temporelle afin de faciliter la démarche de remémoration de l'interviewé et éviter des réponses rattachées à une procédure : « *Pourriez-vous me raconter une situation de prise de poste d'un CS à la sortie de formation qui vous a interpellé sur ces trois dernières années ?* ».

Les entretiens ont été enregistrés avec l'accord des interviewés, les principes déontologiques et éthiques (information, anonymat et confidentialité) ont été énoncés et partagés lors de chaque entretien.

⁴⁷ Van Campenhoudt, L., Marquet, J., Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

⁴⁸ Vermersch, P. (1994). *L'entretien d'explicitation en formation initiale et continue*. ESF

1.3.3 La population et les modalités de réalisation de l'entretien

Le déroulement des entretiens s'est déroulé au sein de trois CHU dans trois régions différentes. Ces établissements mènent depuis plusieurs années des travaux sur le parcours de professionnalisation des CS avec notamment la formalisation de l'accompagnement du FFCS qui est relativement récente (six mois et deux ans). Ils ont intégré dans leur projet managérial une orientation spécifique sur le développement des compétences des managers.

Concernant l'étape de la prise de poste, des dispositifs sont déjà en place pour accompagner les cadres de santé à leur retour de formation :

- un des établissements a instauré des analyses de pratiques professionnelles et exige que les cadres sortant de l'IFCS conduisent un projet collectif (les cadres sortis de formation en juin 2021 travaillent sur la mise à jour du classeur de garde),
- les trois établissements proposent aux FFCS et aux CS des formations continues d'adaptation au poste de manager d'une à cinq journées sur des outils informatiques et/ou des thèmes managériaux notamment les ressources humaines (RH),
- un des établissements travaille la prise de poste conjointement avec l'IFCS rattaché dans le cadre de l'expérimentation de l'universitarisation de la formation cadre de santé. Cette expérimentation validée en avril 2022 prévoit une formation organisée sur quatre semestres. Le dernier semestre comprend surtout un stage (16 semaines) qui se déroulera dans le service de l'établissement où le futur cadre de santé est affecté.

Ces entretiens ont été menés à l'occasion des deux stages et au cours de la première semaine de juillet. Ils ont tous été réalisés en présentiel à l'exception d'un entretien avec un DS conduit en visioconférence. Concernant l'entretien avec le DRH adjoint, il n'a pas été réalisé dans les mêmes conditions suite à des contraintes d'agenda. Malgré tout, nous avons choisi de l'intégrer dans la population interviewée car nous avons pu échanger sur cette thématique avec lui au cours du stage et il a apporté des réponses écrites à notre guide d'entretien.

Lors des périodes de stage, nous avons nous-même contacté les personnes concernées et organisé les rendez-vous d'une heure. Au mois de juillet, nous avons bénéficié du soutien organisationnel du secrétariat de la direction des soins de l'établissement.

Au total, nous avons conduit 11 entretiens auprès de 4 DS dont un CGS et un directeur d'IFCS, un DRH adjoint, 3 CSS et 3 CS d'une durée moyenne de 42 minutes (amplitude allant de 32 minutes 54 minutes). Leurs profils sont associés à un code d'identification pour faciliter le repérage des propos lorsqu'ils sont utilisés dans l'analyse : DS1 correspond au premier entretien du directeur des soins ; ou encore CS3, correspond au troisième entretien du cadre de santé (Tableau 5). Les profils détaillés sont intégrés en annexe (Annexe VI).

N°	Poste occupé	Date
DS1	Directeur des soins	DS depuis 2013
DS2, CGS	Directeur des soins, Coordonnateur Général des soins	DS depuis 2016 CGS depuis 2020
DS3	Directeur des soins	DS depuis 2021
DS4, IFCS	Directeur de l'IFCS	DS depuis 2014
CSS1	Cadre supérieur de santé	CSS pôle médico-chirurgical depuis 2019
CSS2	Cadre supérieur de santé	CSS depuis 2013 avec une mission transversale « Accompagnement des FFCS » depuis 2020
CSS3	Cadre supérieur de santé	CSS du pôle laboratoire depuis 2021
CS1	Cadre de santé	CS depuis 2021
CS2	Cadre de santé	
CS3	Cadre de santé	
DRH1	Directeur adjoint des RH	Directeur d'hôpital depuis 2020

Tableau 5 : Les profils de la population interviewée

1.3.4 La construction de la grille d'analyse de contenu

Les entretiens ont d'abord été retranscrits à l'aide d'un outil de retranscription dans word office⁴⁹. Puis, nous avons procédé à l'analyse de contenu, une « technique de recherche pour la description objective, systématique, et quantitative du contenu manifeste des communications, ayant pour but de les interpréter » (Berelson cité par Bardin, 2013). Finalement, l'analyse thématique des entretiens (Tableau 6) tend à objectiver des données, des idées relevant davantage de la subjectivité. Elle a fait émerger la notion d'environnement capacitant.

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims	Profil (N°)
--------	-------------	-----------	-------------

Tableau 6 : La grille d'analyse de contenu des entretiens

1.3.5 Les limites de la méthode

La principale limite de l'utilisation de cette deuxième méthode est le nombre restreint d'entretiens qui se sont déroulés dans un même type d'établissement. Cet échantillon ne peut pas être considéré comme représentatif. La deuxième limite est le volume d'informations obtenu par les entretiens avec un sentiment de frustration de ne pas avoir totalement exploité leur richesse. L'analyse des entretiens a permis de décrire le parcours de professionnalisation dont la prise de poste ; elle a aussi contribué à fournir des explications significatives sur l'objet de recherche suite au questionnaire. Ainsi, les entretiens visent surtout à compléter l'étude de la représentation professionnelle des CS et des DS sur l'objet de recherche et à identifier les conditions de réussite d'une prise de poste de CS à la sortie de l'IFCS.

De ce fait, les résultats obtenus sont des tendances ; et les préconisations ne sont pas généralisables, elles ont surtout pour objectif d'être pragmatiques et transférables dans notre pratique de directrice des soins, à l'aube d'une première prise de poste.

⁴⁹ Fonctionnalité au sein de Word Office (Microsoft 365)

2. La présentation et l'interprétation des résultats les plus significatifs

2.1 Le repérage de la structuration des représentations professionnelles de l'objet de recherche « 1^{ère} prise de poste de CS à la sortie de l'IFCS »

2.1.1 La structuration des représentations professionnelles des CS

Les CS ont produit 180 associations dont 84 différentes. 9 associations citées une seule fois ont été exclues de notre analyse. Dans une visée de simplification, ce lexique de 84 associations a toutefois été catégorisé.

D'abord, nous avons regroupé les associations synonymes, proches sémantiquement ou encore relevant des attributs d'un même concept. Par exemple, nous avons créé la catégorie « accompagnement » pour les trois associations citées : accompagnement, doublure et l'appui du binôme, considérant que la doublure et l'appui du binôme sont des formes d'accompagnement. Au total, nous avons 28 catégories (Annexe VII).

Puis, nous avons analysé les associations libres en croisant la fréquence d'apparition et le rang d'importance nous conduisant au tableau des associations libres hiérarchisées (Tableau 7) :

	IMPORTANTES Rang 1, 2 ou 3	PEU IMPORTANTES Rang 4, 5 ou 6
FRÉQUENTS = ou > à 4	ZONE 1 <ul style="list-style-type: none"> • Compétences comportementales (20) • Accompagnement (10) • Projet (10) • Légitimité (9) • Positionnement (9) • Motivation (9) • Nouveauté (9) • Enthousiasme (8) • Collectif de travail (8) 	ZONE 2 <ul style="list-style-type: none"> • Bien être au travail (8) • Stress (8) • Compétences transversales (7) • Outils managériaux (6) • Professionnalisation/Compétences (6) • Isolement (4)
PEU FRÉQUENTS = ou < à 3	ZONE 3 <ul style="list-style-type: none"> • Réflexivité (5) • Valeurs (5) • Accueil (4) • Décalage théorie-Pratique (4) • Changement (3) • Choix de poste (poste imposé) (2) • Ennui au travail (2) 	ZONE 4 <ul style="list-style-type: none"> • Temporalité (3) • Contenu du travail (3) • Signes de démotivation (3) • Clarté du travail (3) • Relations au travail (3) • Résultats (2)

Tableau 7 : Analyse des associations libres et hiérarchisées des CS sur l'objet « Première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS »

2.1.2 La structuration des représentations professionnelles des DS

Les DS ont produit 180 associations dont 102 différentes. 17 associations citées une seule fois ont été exclues de notre analyse. Comme précédemment, ce lexique de 102 associations a toutefois été catégorisé dans une visée de simplification.

D'abord, nous avons regroupé les associations synonymes, proches sémantiquement ou encore relevant des attributs d'un même concept. Par exemple, nous avons créé la catégorie « accompagnement » pour les sept associations citées, accompagnement, tutorat, compagnonnage, tuiage, binôme coaching, soutien qui sont des formes d'accompagnement. Au total, nous avons 21 catégories (Annexe VII).

Puis, à partir de ce traitement, nous avons réalisé le tableau des associations libres hiérarchisées (Tableau 8).

	IMPORTANTES Rang 1, 2 ou 3	PEU IMPORTANTES Rang 4, 5 ou 6
FRÉQUENTS = ou > à 4	ZONE 1 <ul style="list-style-type: none"> • Accompagnement (22) • Accueil (14) • Compétences comportementales (14) • Motivation (12) • Positionnement (10) • Nouveauté (9) • Réflexivité (8) • Décalage théorie-pratique (6) 	ZONE 2 <ul style="list-style-type: none"> • Transition professionnelle/Identité (4) • Novice (4)
PEU FRÉQUENTS = ou < à 3	ZONE 3 <ul style="list-style-type: none"> • Collectif de travail (13) • Valeurs (10) • Outils managériaux (10) • Compétences techniques (7) • Étapes prise de poste (7) 	ZONE 4 <ul style="list-style-type: none"> • Choix du poste (4) • Professionnalisation/Compétences (4) • Compétences transversales (4) • Légitimité (3) • Projet professionnel (3) • Stress (3)

Tableau 8 : Analyse des associations libres et hiérarchisées des DS sur l'objet « Première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS »

2.1.3 La comparaison des représentations professionnelles entre les CS et les DS

Les deux tableaux d'analyse des associations libres et hiérarchisées permettent de comparer les représentations des CS et des DS sur la première prise de poste de cadre de santé. Globalement, les représentations professionnelles des CS et des DS sur l'étape de la prise de poste sont similaires.

Parmi les associations structurant le noyau central des représentations professionnelles (zone 1), des similitudes entre les CS et les DS sont retrouvées :

- les compétences comportementales dont le positionnement avec une valence plus importante pour les CS,
- l'accompagnement avec une valence plus forte pour les DS,
- la motivation et la nouveauté sont des éléments positifs identifiés à égalité chez les CS et les DS. En plus, les CS citent l'enthousiasme.

Des différences sont également perçues parmi les associations structurant le noyau central des représentations professionnelles (zone 1) :

- le décalage théorie-pratique retrouvé chez les DS alors qu'il constitue un élément périphérique pour les CS (zone 3),
- à l'inverse, la légitimité est retrouvée dans le noyau central des représentations des CS alors qu'il constitue un élément périphérique pour les DS (zone 4),
- la notion de projet est retrouvée dans le noyau central des représentations des CS alors qu'elle n'a pas été mentionnée par les DS.

Parmi les associations périphériques qui gravitent autour du noyau central des représentations (zones 3, 2 et 4) des similitudes sont également relevées comme les valeurs et les outils managériaux. Pour autant, deux différences sont constatées :

- la catégorie bien-être au travail (aboutissement, épanouissement, fierté personnelle) est un élément périphérique (zone 2), saillant pour les CS n'a pas été identifiée par les DS, ces éléments sont davantage en lien avec le projet et la réussite personnelle du CS,
- la perception négative des expressions des CS dans les zones 2 et 3. Pour les DS, la catégorie stress (stress, difficultés, appréhension) compte uniquement trois associations alors que pour les CS, la catégorie stress (stress, anxiété, perturbant) compte huit fois associations, à laquelle s'ajoute d'autres éléments comme l'isolement, l'ennui au travail, les signes de démotivation et la notion de poste imposé.

Ces tableaux d'analyse permettent de repérer la structure des représentations professionnelles des CS et des DS. Afin de les éclairer, les questionner et les interpréter au regard des pratiques professionnelles nous poursuivons en utilisant les réponses des CS et des DS à la dernière question du questionnaire qui était : « *En utilisant les 3 premiers mots/expressions, écrivez ce qu'évoque pour vous une première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS* » ? (Annexe VIII) ainsi que l'analyse des 11 entretiens (Annexe IX).

2.2 Des pratiques professionnelles guidées par les représentations

2.2.1 Les compétences au cœur du noyau central des représentations professionnelles des CS et des DS

Les associations évoquées dans la zone 1 du tableau d'analyse sont susceptibles de constituer le noyau central de la représentation professionnelle des CS et des DS. Elles se réfèrent explicitement aux compétences comportementales nécessaires et attendues pour un CS, (adaptation, responsabilité, autonomie...). Cette catégorie a été citée 20 fois par les CS et 14 fois par les DS. Le positionnement cité respectivement 9 et 10 fois par les CS et les DS peut-être rattachée à la catégorie des compétences comportementales. Les compétences

comportementales attendues et voulues des CS sont reprises au cours des entretiens « après l'école, je suis en attente d'un positionnement plus clair, et affirmé » (DS1).

Les DS citent une autre catégorie pouvant être rattachée aux compétences comportementales : la réflexivité (cité 8 fois dans la zone 1). En effet, la réflexivité peut-être considérée comme une compétence transversale. Pour Le Boterf, la réflexivité est essentielle pour généraliser l'action et construire des compétences qui ne « se fait pas de pratique à pratique, mais elle nécessite le passage par une théorisation, une réflexion systématisée sur les actions entreprises » (2000)⁵⁰. Pour les CS, l'importance des compétences comportementales se conforte avec les catégories retrouvées dans la première périphérie de la représentation (zone 2) et dans les éléments contrastés de la représentation (zone 3) : les compétences transversales, les outils managériaux, la professionnalisation et la réflexivité. Lors des entretiens, la réflexivité est une compétence attendue par les quatre DS au moment de la prise de poste.

Finalement, même si les compétences comportementales nécessaires aux cadres n'apparaissent pas en tant que telles dans les différents référentiels du métier, elles sont au cœur du noyau central des représentations professionnelles.

Pour les CS, le développement des compétences comportementales à la prise de poste semble perçu soit comme une opportunité « le début de carrière est synonyme d'une poursuite des apprentissages » (CS, R22) soit comme une exigence professionnelle que le CS se donne à lui-même ou qu'il perçoit de l'équipe et/ou de sa hiérarchie.

Extraits des propos en lien avec les compétences

« je suis en poste avec toutes les responsabilités et les compétences à développer ... » (CS, R10)
« j'ai des compétences je dois maintenant les mettre en pratique » (CS, R12)
« (...) cela a nécessité beaucoup de capacités d'adaptation au nouvel environnement » (CS, R19)
« m'a permis de mobiliser mes connaissances, mon expérience, mes connaissances et de développer les compétences manquantes » (CS, R24)

Pour les DS, la prise de poste s'inscrit dans la continuité de la formation et doit permettre le développement de compétences. Pour y répondre, l'analyse des pratiques est citée dans les réponses au questionnaire par 12 DS sur 30 et évoquée par trois DS sur quatre lors des entretiens.

2.2.2 L'accompagnement une place prégnante dans le noyau central des représentations professionnelles et de la pratique des DS

Le besoin et l'intérêt d'un accompagnement des CS sont prégnants pour les DS. La catégorie accompagnement est citée 22 fois par les DS à un rang important (zone 1). Cette catégorie

⁵⁰ Le Boterf, G. (2000). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Éditions d'Organisation. https://www.persee.fr/doc/forem_0759-6340_2004_num_88_1_1739_t1_0075_0000_2

peut être liée à l'accueil qui a été abordé à 14 reprises par les DS ; l'accueil étant un préalable à l'accompagnement. A contrario, les CS ne citent que 10 fois la catégorie accompagnement dans la zone 1 et l'accueil est cité dans une zone périphérique (zone 3).

En cohérence avec ces associations libres hiérarchisées, les CS ne sont que trois à mobiliser l'accompagnement et l'accueil dans leurs réponses au questionnaire. En revanche, 13 DS utilisent les mots accompagnement et accueil dans leurs réponses. Pour le DS4, IFCS l'accompagnement est primordial, « (...) c'est un des axes de l'expérimentation de la formation avec la mise en place d'un tuteur lors du stage professionnalisant du dernier semestre (...) ». L'accompagnement facilite la transition entre la formation et le retour sur un poste de cadre de santé (De Wilde, 2008).

Extraits des propos en lien avec l'accompagnement

« Le directeur des soins et le cadre supérieur de pôle sont les garants d'un accompagnement bienveillant du cadre dans sa première prise de poste » (DS, R5)
« L'accueil et le dispositif d'accompagnement mis en place est déterminant pour asseoir la posture managériale du nouveau cadre de santé » (DS, R9)
« L'accompagnement permet de garder le lien et le sens au travail pour le nouveau professionnel en vue de son autonomisation » (DS, R25)

2.2.3 Le projet dans un collectif de travail un des éléments du noyau central des représentations des CS

Dans les associations libres, les CS évoquent la notion de projet. Au regard de leurs réponses au questionnaire, il semble que cette notion est à rapprocher de celle des projets de service, de pôle et/ou institutionnels conduits avec les équipes. Le projet par essence ne se fait pas seul, cette association peut-être rattachée à celle de collectif de travail (zone 1). Nous ne retrouvons pas d'éléments en périphérie du noyau central en lien avec le projet.

Extraits des propos en lien avec le projet

« (...) j'ai aussi réalisé que j'adorais mener des projets et ce qui m'importait, c'était de les mener en équipe » (CS, R6).
« (...) pour réaliser des projets et retrouver une équipe » (CS, R7)
« Enthousiaste à vouloir réaliser de nombreux projets dès ma prise de poste » (CS, R8)
« (...) j'aspirais à monter des projets... » (CS, R17)
« (...) de revenir avec une légitimité certaine permettant de mettre en œuvre divers projets et envies suscités par la formation » (CS, R19)

Ce point est intéressant car il met en exergue une des différences de la structuration du noyau central des représentations professionnelles entre les CS et les DS. Les CS accordent de l'importance à la conduite de projets au moment de la prise de poste alors que ce n'est pas mis en exergue chez les DS. Ce constat est relevé au cours de deux entretiens : « en revenant (de l'IFCS) je pensais que j'aurai moins de quotidien à gérer, j'aurai plus de projets » (CS1) ; « les CS veulent tout de suite conduire des projets à la sortie de l'école alors qu'en priorité il faut qu'ils maîtrisent la gestion des plannings (...) qu'ils soient présents auprès des équipes pour répondre aux problématiques de terrain » (DS1).

2.2.4 La motivation un élément central des représentations des CS et des DS... autour de laquelle gravite quelques éléments négatifs pour les CS

La dynamique de la nouveauté et de l'enthousiasme inhérente à toute prise de poste est perçue positivement. Elle se traduit en zone 1 par une fréquence élevée des associations en lien avec la motivation (engagement, investissement), citée respectivement 9 et 12 fois par les CS et les DS. La présence de la motivation renforce l'effort nécessaire lors de la prise de poste du cadre de santé dans la mesure où l'un des attributs du concept de motivation est l'intensité et/ou l'effort que déploie un individu (Vallerand & Thill, 1993).

Extraits des propos en lien avec la motivation

« (...) et ainsi de poursuivre ma carrière avec motivation. Je vois cette prise de poste comme un challenge à relever » (CS, R1)
« Retour sur le terrain avec une grande motivation pour réaliser des projets... » (CS, R7)
« La prise de distance (...) permet de prendre son poste avec beaucoup de motivation » (CS, R17)
« C'est un nouveau départ, la motivation du CS est primordiale » (DS, R5)
« L'accueil et le dispositif d'accompagnement mis en place sont déterminants pour asseoir la posture managériale du nouveau CS, mais rien n'est possible sans motivation de sa part » (DS, R9)

Autour de ces éléments centraux de la motivation, nous retrouvons en périphérie de la représentation (zone 2) des CS, le bien être au travail, cité à la même fréquence que l'enthousiasme mais avec à un rang moins important. Ainsi, la motivation semble être un des éléments centraux de la représentation des CS et des DS. Un des DS évoque la force intérieure nécessaire pour exercer la fonction d'encadrement, « j'attends des personnes en capacité de résister, la résistance n'est peut-être pas le bon terme mais c'est une force intérieure pour être en capacité de faire face aux mouvances extérieures... » (DS2, CGS).

En revanche, des associations plus nuancées sont exprimées par les CS (stress, isolement) dans cette même zone 2. Ces associations sont également retrouvées dans la zone 3 (poste imposé et ennui au travail) et dans la deuxième périphérie avec des signes de démotivation : difficultés, doutes, appréhension que retrouvons dans les réponses des CS au questionnaire.

Extraits des propos en lien avec les éléments négatifs de la motivation

« (...) une découverte aux multiples facettes génératrice de stress, pouvant être négatif » (CS, R2)
« (...) perturbant de constater que l'enthousiasme et la motivation sont vite effacés... » (CS, R14)
« (...) un décalage entre ma fiche de poste et mes connaissances et un manque de stimulation intellectuelle au regard de la densité de la formation cadre » (CS, R15)
« C'est un moment intense dans les premiers mois avec une appréhension la veille qui se renouvelle les jours suivants » (CS, R20). « (...) mais aussi être seul face à une équipe (CS, R29)

Ces associations avec un caractère plutôt négatif ne sont pas retrouvées dans les expressions des DS. Seul un l'évoque dans sa réponse au questionnaire, « la première prise de poste après la formation est un moment stressant, surtout si le cadre n'a pas eu d'expérience de faisant fonction ou une mauvaise expérience » (DS, R16).

2.2.5 Les valeurs un élément contrasté de la première périphérie des représentations des CS et des DS

La catégorie des valeurs est formée par quatre associations pour les CS : confiance, loyauté, courage, bienveillance. Cette catégorie a été citée seulement 5 fois, à un rang important par trois cadres ; et moins important par deux cadres la positionnant dans la zone 3 du tableau d'analyse. Pour les DS, cette catégorie est formée par six associations : loyauté, confiance, authenticité, transparence, valeurs, éthique. Cette catégorie a été citée 10 fois, à un rang important par 3 DS et moins important par 7 DS la positionnant comme pour les CS dans la zone 3 du tableau d'analyse. La notion de valeurs n'a été reprise que par deux DS dans leurs réponses au questionnaire.

Extraits des propos en lien avec les valeurs

« Le CS doit faire preuve de transparence et d'authenticité envers son équipe ... mais aussi vis-à-vis de sa direction » (DS8)
« Pour une prise de poste réussie, il faut s'assurer de partager la dimension éthique managériale avec le nouveau CS ... » (DS21)

Ce résultat interroge le paradoxe entre ce qui est véhiculé dans le langage professionnel dans lequel les valeurs sont omniprésentes et leur position dans la zone 3, une zone où les éléments sont plus instables, moins prégnants que le noyau central et portés par un plus faible nombre de personnes. Pour autant, deux situations relatées par un CS et par un DS à la prise de poste lors des entretiens interrogent les valeurs.

Extraits des propos interrogeant les valeurs lors des entretiens

« (...) il nous a été dit qu'il y avait 6 postes vacants pour les 6 étudiants mais dans les faits il n'y en avait que 4... un était en imagerie pour le collègue manip. et l'autre a été préempté par un des CSS.. et on nous l'a pas dit à la réunion alors que nous le savions tous, j'ai trouvé que ce n'était pas très honnête » (CS1)
« (...)... elle s'est plainte de la charge de travail, mais elle aurait pu en parler avant avec son CSS ou avec la direction des soins » (DS3)

2.2.6 Les conditions de réussite de la prise de poste retrouvées en périphérie du noyau central des représentations des CS et des DS

Les CS citent dans les zones 3 et 4 du tableau d'analyse quatre conditions de réussite à la prise de poste : le choix du poste, le contenu du travail, la clarté du travail et les relations au travail ; alors que les DS n'en citent qu'une : le choix du poste. Les réponses aux questionnaires des CS et des DS ainsi que l'ensemble des entretiens confortent et étayent les conditions de réussite à une prise de poste de CS.

➤ **Le projet professionnel de CS** est cité par les DS dans la zone 4 du tableau d'analyse. Pour autant, au décours des entretiens, l'immaturation du projet professionnel semble constituer un obstacle à la prise de poste.

Trois acteurs l'ont requestionné :

- un des CS qui a suivi le parcours prévu au sein de l'établissement (deux ans de FFCS) exprime le sentiment que « tout s'est accéléré au moment où j'ai accepté le FFCS proposé par le CSS, je n'étais pas prête » (CS1),
- un CSS et un DS ont décrit deux situations dans lesquelles la prise de poste a été « difficile » car finalement « le projet professionnel de cadre n'était pas le leur ».

Ce phénomène corrélant le projet professionnel du CS à son implication a été démontré par Kwocz (2017) dans le champ de la recherche. Elle a identifié deux groupes de CS : « celui dont la motivation au projet s'est construite personnellement au regard d'une volonté de prise de responsabilités, d'attrance pour le management (...) celui dans lequel les personnes ont été sollicitées par un supérieur hiérarchique. Certaines ont saisies l'opportunité, d'autres y ont été contraintes, ces dernières s'impliquent peu ou pas ». Ainsi un projet professionnel mature peut-être considéré comme une condition de réussite de la prise de poste.

➤ **Le pilotage de la prise de poste par le DS : volontariste, facilitateur et collaboratif**

❖ **La pré-sélection** ou le choix du poste. Même si cette phase est retrouvée dans la zone périphérique des représentations professionnelles des CS et des DS (zone 4), leurs propos sous-tendent qu'il s'agit d'une phase critique. Elle se déroule dans les deux mois précédant la sortie de formation. Elle est quasi identique pour les trois établissements.

Le CGS avec ses collègues DS en concertation avec l'encadrement supérieur définit les postes de CS qui seront mis à disposition des futurs cadres avec un pilotage du DS volontariste et pragmatique favorisant la responsabilisation, l'adaptation et l'autonomie du futur CS. Le nombre de postes proposés correspond exactement au nombre d'étudiants sortants de l'IFCS Il n'y a pas de critères figés mais plutôt un consensus d'équipe, « une délibération » (DS2, CGS) au regard du contexte de chaque pôle. Le DS1 aborde quelques critères qui sont évoqués lors de la discussion : le métier d'origine des futurs cadres, une répartition équilibrée du nombre de FFCS et de nouveaux cadres dans les pôles, les besoins des secteurs. Deux stratégies concernant le métier d'origine : dans un établissement, il est privilégié l'affectation du CS selon son métier d'origine même si ce n'est pas son premier choix ; au contraire dans les deux autres établissements, ce critère n'est pas intégré dans la prise de décision. Les postes sont proposés en réunion et les futurs cadres doivent candidater auprès de l'encadrement supérieur suivi d'un entretien avec le CSS et parfois le chef de service.

Extraits des propos en lien avec le choix du premier poste (phase de pré-sélection)

« (...) même si j'étais au courant j'avais trop peur d'être mise de nuit » (CS2)
« Tous les ans, ils demandent pourquoi un tel ou un tel poste vacant n'est pas disponible » (DS3) « (...) cela peut être source de frustration pour les futurs cadres de voir qu'il y a des postes vacants qui ne leurs sont pas proposés » (DS2, CGS).
« Lorsque nous mettions plus de postes que d'étudiants, les postes peu attractifs comme la nuit n'étaient pas pourvus (...) » (DS1).

❖ **La préparation**, l'étudiant est sélectionné sur un poste de CS. Selon les années, le DS peut être amené à arbitrer si l'un des postes reste vacant, ce pilotage volontariste implique la prise de décision. Le DS3 a connu différentes modalités d'affectation dans d'autres établissements, il estime que cette modalité est « la plus transparente répondant aux besoins des cadres et de la direction ». Les modalités d'affectation sur le poste vacant varient selon l'établissement : du plus jeune candidat à celui qui n'a pas été pris sur un poste.

Les DS précisent tous qu'une communication est faite sur le processus de sélection en amont de la formation cadre et en fin de formation. Au-delà d'une communication, le sens est partagé « malgré tout il faut assurer des prises en soin de qualité » (DS3) au regard de la finalité de tout établissement de santé. Les CS reconnaissent connaître ce processus d'affectation mais le vivent difficilement car source « d'incertitude » (CS1, CS2).

Extraits des propos en lien avec la préparation

« Après le faisant fonction, je suis enfin diplômé et reconnu. Cependant, je suis déçu, je ne vais pas choisir le poste sur lequel je vais travailler car il me sera imposé (travail de nuit, spécialité, seul ou en binôme, etc.) » (CS, R28)

❖ **La prise de poste** met davantage en avant un pilotage collaboratif du DS avec le CSS. Seul un des DS interviewé rencontre le CS dans les 3 à 6 mois de sa prise de poste pour évoquer et échanger avec lui et le CSS autour du rapport d'étonnement. Les deux autres DS confient cette mission d'accompagnement dite « plutôt de proximité » (DS3) aux CSS avec un reporting. Une des attentes fortes des DS est que « les CSS accompagnent les nouveaux cadres » (DS1, DS2, DS3). Les trois CSS interviewés assurent tous un accompagnement des nouveaux cadres mais les modalités s'inscrivent dans un continuum allant d'un accompagnement très formalisé à un accompagnement non formalisé. Le CSS3 prévoit des temps de rencontres et d'échanges avec un ordre du jour pour chaque rencontre. Il attache de l'importance à l'accueil (matériel informatique et téléphonique installé, signalétique du bureau), à la compréhension de l'environnement par le CS et au débriefing réalisé après la présentation du rapport d'étonnement. Le premier CSS s'inscrit davantage dans un accompagnement informel. Ce CSS accueille tous les nouveaux cadres le premier jour puis il se met à disposition si besoin. Les CS interviewés expriment le besoin de savoir que le CSS est disponible si besoin, deux des CS évoquent le rôle du CSS dans la compréhension de l'environnement et « l'élargissement du réseau professionnel ».

➤ **L'instauration d'un accompagnement** avec plusieurs formes d'accompagnement citées dans les réponses des DS au questionnaire : le tutorat (10 DS)⁵¹, le compagnonnage (3 DS), le coaching (3 DS) et le mentorat (1DS). Les trois CS interviewés ont bénéficié d'un tutorat lors de

⁵¹ Le nombre entre parenthèse correspond au nombre de cadres ayant cité l'élément concerné.

l'étape de FFCS, ils reconnaissent l'intérêt et l'utilité de ce dispositif, « j'aurai bien aimé avoir un tuteur à la sortie de l'école et qu'il soit différent. Je garde des contacts avec mon tuteur d'avant mais c'est plus pareil (...) » (CS1). Le coaching évoqué au cours des entretiens est un dispositif mobilisé lors d'une problématique, « (...) individuel mais aussi collectif » (DS2, CGS). Dans les autres modalités d'accompagnement, 12 DS citent l'analyse des pratiques managériales et 6 d'entre eux l'écoute, la mise en place d'entretiens réguliers avec le CSS et/ou le DS.

➤ **La mise en place de formations-action** notamment sur le thème des ressources humaines avec un dispositif abouti sur l'un des établissements où la formation est organisée sous forme de différentes thématiques permettant d'obtenir « le pass RH ». Il s'agit d'un « bagage RH constitué de plusieurs formations théoriques et pratiques sur l'ensemble des champs RH qu'un CS doit maîtriser » (DRH1). Au cours de ces formations, les CS sont confrontés à des situations réelles via des mises en situation ou des études de cas. Ils sont alors amenés à se projeter dans la situation et à proposer des pistes de solution. La formation action est un dispositif ancré dans l'expérience et la réflexivité où les situations de travail deviennent des objets de formation à partir d'un objectif donné.

➤ **L'utilisation d'outils de management participatifs** : le rapport d'étonnement (cité par 15 DS et 9 CS dans les réponses aux questionnaires) et la conduite d'un projet collectif. Tous les DS interviewés demandent aux nouveaux CS de rédiger un rapport d'étonnement à l'attention du CSS et/ou du DS. Le DS2, CGS demande aux nouveaux CS de conduire un projet collectif dans l'année de la prise de poste. Un CSS demande aux CS une présentation de leur travail de recherche réalisé en formation lors d'une des réunions d'encadrement (CSS2).

➤ **L'instauration d'un environnement accueillant, sécurisant et facilitant.** L'accueil est un attribut du concept d'accompagnement et constitue la première phase de la prise de poste des CS. L'accueil est une notion omniprésente dans les propos des DS et des CS. D'autres facteurs émergent : la communication sur la prise de poste, un collectif cadre renforçant « un sentiment d'appartenance », la promotion de la réflexivité, les échanges informels et la temporalité (laisser le temps à la prise de poste, il faut « parfois freiner l'action sans démotiver » (DS1). Ces facteurs favorisent l'instauration d'un climat de confiance et bienveillant, par conséquent l'apprentissage. Dans leurs réponses au questionnaire les DS font émerger une nouvelle idée, celle d'un environnement capacitant. Cette idée est précisée et prégnante dans les entretiens des CSS, des DS et des CS interviewés, « nombreux dispositifs sont proposés mais aux CS de s'en saisir » (CSS2) ; « le nouveau CS doit également faire un effort, montrer de l'intérêt pour s'inscrire dans une démarche d'apprentissage » (DS1). Le DS2, CGS renvoie systématiquement aux « critiques » exprimés par les CS la question suivante : « Que proposez-vous ? ». Il s'agit de rendre les CS acteurs du développement de leurs compétences, qu'ils se

saisissent des ressources humaines et techniques mises à leur disposition pour être force de propositions dans une approche positive des situations.

Extraits des propos en lien l'environnement
« La première prise de poste des CS après la formation doit être sécurisée pour ne pas fragiliser les professionnels. Elle doit aussi être facilitée, en augmentant la connaissance qu'ils ont de leur écosystème, en leur permettant d'identifier leurs interlocuteurs et la place que chacun occupe dans le système, et en les intégrant à un collectif de pairs sécurisant » (DS, R1)
« Prise de fonction (...) accompagnée par l'institution qui doit être capacitante (...) » (DS, R12)
« L'accueil représente une étape essentielle pour l'intégration dans le service et le collectif cadres de l'institution. L'onboarding marque l'intérêt de l'employeur pour garantir la fidélisation de son nouveau collaborateur » (DS, R25)
« (...) tout ce qui est support, c'est important qu'ils sachent qu'il y a un nouveau cadre qui arrive au sein de l'établissement, alors il y a une note, une note de service mais elle arrive desfois 3 semaines après ou un mois après ... c'est un peu tard et c'est juste un papier avec un nom, je me dis ... il faudrait rendre cette information plus com, euh attractive active... » (DS3)
« Je n'avais jamais fait de rapport circonstancié, j'ai cherché (...) il existe une trame à la DS, (...) et j'ai demandé conseils au CSS. Avant de l'envoyer je l'ai fait lire à une collègue cadre » (CS2)

Le concept d'environnement capacitant⁵² s'appuie notamment sur l'approche des capacités développée par Amartya Sen. Il se centre sur le pouvoir d'agir des acteurs, en considérant que l'exercice effectif d'un pouvoir d'action dépend à la fois des possibilités c'est-à-dire des ressources offertes par l'environnement mais aussi des capacités des personnes à se saisir de ces ressources. Pour Fernagu-Oudet (2012) un environnement capacitant correspond à « un environnement susceptible de favoriser le développement du pouvoir agir des individus »⁵³. Ainsi, l'environnement capacitant est un espace qui met à disposition des individus différentes ressources en facilitant leur utilisation constituant ainsi une condition de réussite à la prise de poste.

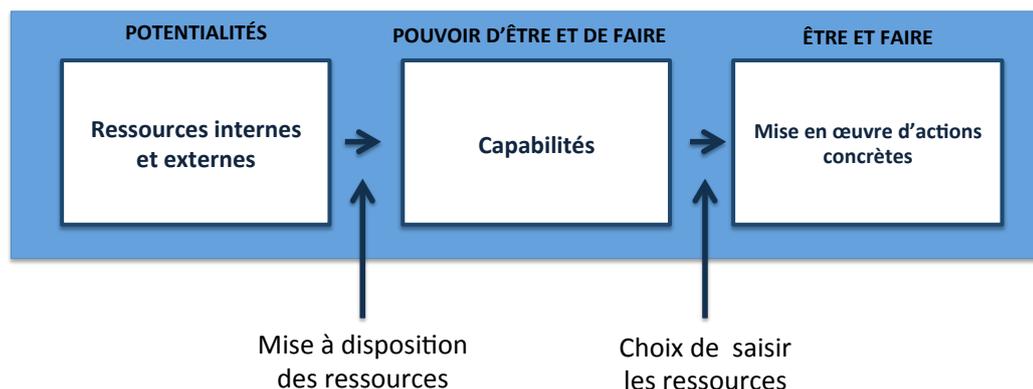


Schéma 5 : L'approche par les capacités (Inspiré du schéma adapté de Bonvin et Farvaque, 2006)⁵⁴

⁵² Fernagu Oudet, S. (2012). Chapitre 14. Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. Dans : Étienne Bourgeois éd., *Apprendre au travail*. PUF. <https://doi.org/10.3917/puf.bourg.2012.01.0201>

⁵³ Idem 53

⁵⁴ Cité par Fernagu Oudet, S. (2012). <https://doi.org/10.4000/formationemploi.3684>

Troisième partie : De la discussion à la projection

1. Le retour réflexif sur la problématique et les hypothèses

Cette dernière partie de notre travail de recherche nous amène à revenir sur la problématique et les trois hypothèses proposées. Une hypothèse peut être définie comme « (...) une affirmation provisoire que l'on propose de vérifier (confirmer ou infirmer) par le recours aux procédures d'analyse. C'est une supposition dont l'origine est l'intuition et qui reste en suspens tant qu'elle n'a pas été soumise à l'épreuve de données sûres » (Bardin, 2013).

1.1 H1 La prise de poste est une étape sous-estimée dans le parcours de professionnalisation des cadres de santé

L'étape de la prise de poste n'a pas encore fait l'objet d'un processus et de procédure complètement formalisés au sein de tous les établissements dans lesquels nous avons conduit notre démarche de recherche. Pour autant, de nombreux dispositifs existent et l'ensemble des acteurs exprime clairement que l'accompagnement à la prise de poste est primordial : il est ancré dans le noyau central des représentations professionnelles des CS et des DS. Il est à souligner que le risque d'épuisement professionnel à cette étape de la prise de poste semble davantage perçu ou appréhendé par les CS que par les DS.

L'épuisement professionnel ou le burn out est un concept polysémique, qui a fait l'objet de nombreuses définitions. S'il n'est pas encore stabilisé les différentes définitions convergent vers un point : il se traduit par « un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes⁵⁵. Dans l'explication d'un burn out, « la question de l'engagement ou de la motivation dans le travail est importante ». ⁵⁶ Or, la prise de poste est un moment déterminant dans le parcours professionnel du cadre qui peut être source d'angoisse et de désengagement, « Intégrer une nouvelle fonction au sein de la même entreprise ou d'une entité différente, passe forcément par une phase difficile, tant en termes de forme physique que de stress. Une prise de poste est un challenge à relever » (Granger, 2022)⁵⁷. L'accompagnement et la mise en place de conditions de réussite peuvent-être considérés comme des moyens pour limiter ce risque.

Au regard de ces éléments, l'hypothèse H1 est partiellement validée.

⁵⁵ Direction Générale du travail. (2015). Guide d'aide à la prévention. Le syndrome d'épuisement professionnel ou burnout. Mieux comprendre pour mieux agir. https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/Exe_Burnout_21-05-2015_version_internet.pdf

⁵⁶ Idem 37

⁵⁷ Granger, L. (2022). Réussissez votre prise de poste. Site internet Manager Go. <https://www.manager-go.com/efficacite-professionnelle/nouveau-poste.htm>

1.2 H2 La prise de poste est une période propice pour renforcer les compétences des cadres de santé

Tous les professionnels interviewés partagent que l'étape de la prise de poste comme toutes les étapes du parcours de professionnalisation des cadres doit permettre de développer et/ou renforcer les compétences managériales des cadres de santé. Les compétences sont au cœur du noyau central des représentations professionnelles des CS et des DS.

Aussi, cette hypothèse H2 est validée mais elle mérite d'être précisée.

Au cours de cette étape de la prise de poste, les acteurs insistent surtout, au cours des entretiens sur le développement et/ou le renforcement des compétences comportementales et relationnelles (les soft skills des cadres de santé). Les outils les plus cités par les DS et les CS sont l'analyse des pratiques professionnelles et le rapport d'étonnement.

L'analyse des pratiques est utilisée dans les trois établissements en amont de la formation cadre et les CS en ont tous bénéficié lors de leur année de formation. Cette méthode est instaurée en routine au sein de l'un des établissements dès le retour de formation des CS. Elle consiste pour un professionnel à réfléchir avec ses pairs, en groupe sur une situation vécue pour construire un questionnement ou une problématique de cette situation. Des hypothèses sont ensuite émises et vérifiées selon les expériences et les connaissances du groupe. Cette démarche de groupe contribue par les échanges entre collègues à donner du sens. Le sens se construit en groupe et permet au professionnel d'envisager des actions et/ou des pistes possibles qui le plus souvent ne sont pas prescrites ou fournies par une réglementation, des recommandations, des procédures,...le professionnel peut ainsi identifier des compétences « cachées » techniques ou non techniques mobilisées en action. C'est tout le « paradoxe » (Perrenoud, 1995)⁵⁸ de l'analyse des pratiques, c'est le professionnel qui a la connaissance de la situation mais il a besoin de ses pairs pour déconstruire et reconstruire sa compréhension de la situation et de s'inscrire dans une démarche de professionnalisation.

Le rapport d'étonnement est un outil managérial et participatif. Il est utilisé par les trois directions des soins interviewées dans le cadre de notre travail de recherche. Il vise à :

- développer la curiosité et la capacité d'étonnement des nouveaux et profiter de leur regard neuf pour découvrir de nouvelles idées,
- encourager la créativité au sein de l'entreprise,
- favoriser l'intégration et le sentiment d'appartenance des nouveaux agents dans l'entreprise (Stoerkel, 2007)⁵⁹.

⁵⁸ Cité par Altet, M. (2000). *L'analyse de pratiques : une démarche de formation professionnalisante ?*. Revue Recherche et Formation, n°35, p.30

⁵⁹ Stoerkel, N. (2007). Le rapport d'étonnement, nouvel outil de management dans les établissements de santé. *Revue recherche en soins infirmiers*, n°91.

1.3 H3 L'étude des représentations professionnelles des DS et des CS managers sur la première prise de poste permet d'identifier les conditions de réussite d'une prise de poste de CS à la sortie de formation

Les résultats des questionnaires et des entretiens valident cette hypothèse H3.

Six conditions de réussite d'une prise de poste des CS ont été identifiées :

1. La maturité du projet professionnel du cadre
2. Le pilotage de la prise de poste par le DS
3. L'instauration d'un accompagnement
4. La mise en place de formations-action
5. L'utilisation d'outils de management participatifs
6. L'instauration d'un environnement accueillant, sécurisant et facilitant.

Concernant le pilotage de la prise de poste des CS il ne peut être ni déconnecté des autres étapes du parcours de professionnalisation ni assuré uniquement par la direction des soins.

Le parcours de professionnalisation ne s'arrête pas à la fin de la formation cadre. Il se poursuit par la prise de poste puis par l'exercice de la fonction de CS, deux étapes au cours desquelles les compétences managériales continuent à se renforcer et/ou à se développer, « la fin de la formation cadre de santé n'est pas une fin mais marque le début du parcours de cadre » (DS3) ; « sauf ceux qui veulent un master, les CS ne retournent plus en formation après l'IFCS alors que la formation continue permet le maintien des compétences » (CSS2).

Le pilotage se fait en collaboration avec le DRH comme énoncé par tous les DS et le DRH interviewés mais également avec l'appui des CSS et des chefs de service qui ont un rôle clé et opérationnel dans la prise de poste et l'accompagnement du CS. La collaboration avec le DS directeur de l'IFCS est pertinente, elle va d'ailleurs être un facteur de cohérence dans le projet d'expérimentation de l'universitarisation de la formation cadre (DS4, IFCS).

2. Des préconisations articulées autour de quatre axes

La mise en oeuvre des préconisations dans un établissement de santé devra tenir compte de la réalité de celle-ci, d'autant que notre recherche sur le terrain a été circonscrite à une dimension CHU. Au-delà d'une liste de préconisations, il s'agit plutôt de promouvoir l'esprit d'un pilotage transversal favorisant un environnement capacitant que nous avons modélisé (Schéma 4) et de proposer des pistes de travail innovantes et réalistes pour la direction des soins.

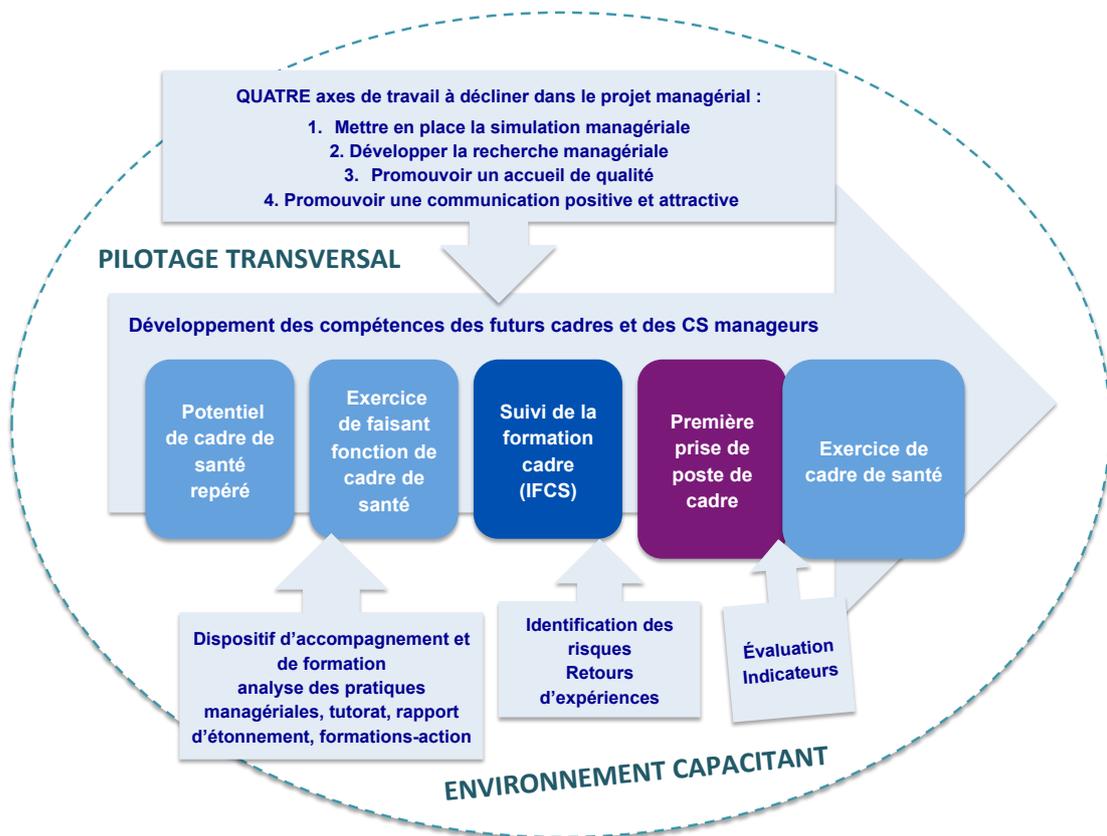


Schéma 4 : Le pilotage du parcours de professionnalisation des cadres de santé dans un environnement capacitant (Moussier, 2022)

En référence au modèle de Shortell⁶⁰, nous déclinerons concrètement ce pilotage à travers quatre axes : stratégique, structurel, technique et culturel. Ces axes sont essentiels pour développer et piloter un processus cohérent, efficace et pérenne facilitant le changement. Le principe fondamental de ce modèle est de rechercher une homogénéité inter-axes pour obtenir un processus performant plutôt que l'hétérogénéité en ne privilégiant qu'un seul axe. Son intérêt majeur est d'investiguer l'axe culturel, axe indispensable pour la pérennisation de toute démarche. Shortell précise les conséquences d'une prise en compte insuffisante de chaque axe (Tableau 9).

⁶⁰ Modèle dit de Shortell, identifié en 1994. Stephen M. Shortell est professeur émérite de l'université de Californie en politique et gestion de la santé ; et professeur de comportement organisationnel à l'UC Berkeley.

Stratégique	Culturel	Technique	Structurel	Résultats
0	1	1	1	Pas de résultats significatifs sur les sujets essentiels.
1	0	1	1	Petits résultats temporaires. Pas de pérennisation.
1	1	0	1	Frustration et faux départs.
1	1	1	0	Pas de capitalisation ni d'extension des apprentissages.
1	1	1	1	Impact durable au sein de l'organisation.

Tableau 9 : Le modèle de Shortell (Cité par la HAS, 2002 & 2018)⁶¹

2.1 L'axe stratégique

La prise en compte de l'axe stratégique nécessite de clarifier la politique mais également les objectifs de l'établissement vis-à-vis de la professionnalisation des cadres de santé.

Pour les DS interviewés, le développement des compétences des cadres via notamment la promotion de la formation professionnelle est déjà une des orientations du projet managérial. Cette orientation s'articule avec deux autres démarches à forts enjeux au sein des établissements :

- l'attractivité et la fidélisation des professionnels,
- la qualité de vie au travail des professionnels dont celles des cadres.

Au regard de cet existant, nous proposons dans cet axe stratégique :

- de réaliser un diagnostic du pilotage du parcours de professionnalisation des CS,
- d'instaurer un pilotage transversal en lien avec le DRH, le DS IFCS, les CSS et les chefs de service.

2.1.1 Réaliser le diagnostic du pilotage du parcours de professionnalisation des CS

Le parcours de professionnalisation des CS est piloté par la direction des soins. La collaboration semble effective avec les CSS. En revanche, selon les étapes du parcours elle est plus ou moins prégnante avec le DRH, le directeur de l'IFCS et les chefs de service. Nous avons constaté que :

- le DRH collabore toujours avec le DS pour valider le financement de la formation CS,
- les CGS des CHU valident tous les projets professionnels de CS mais seul un y associe le directeur de l'IFCS.
- tous les CSS recrutent par entretien les CS à la sortie de l'IFCS mais seuls deux y associent le chef de service.

⁶¹ HAS. (2002). Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé.
HAS. (2018). Guide d'utilisation de la matrice de maturité d'une équipe Pacte.

Au cours de notre deuxième stage, nous avons pu observer un modèle de pilotage structuré en commission d'audition pour valider le projet professionnel de cadre de santé et le financement de la formation cadre de santé. Cette commission d'audition est composée d'un DS en gestion, du directeur de l'IFCS, du DRH adjoint, d'un représentant de la CME et d'un CSS. Elle se réunit une à deux fois par an pour valider et prioriser les projets professionnels de cadres de santé et les financements. Cette commission permet ainsi de croiser les regards sur les différents profils de CS et les attendus selon la place occupée par chacun au sein de l'institution.

Ma prise de poste en qualité de directrice d'un IFCS rattaché à un CHU est une opportunité pour établir le diagnostic du pilotage du parcours de professionnalisation des cadres de santé. Ce diagnostic s'attachera à évaluer deux dimensions. La première consistera à préciser les déclinaisons des orientations du projet managérial concernant le développement des compétences des CS et leur niveau d'avancement. La deuxième identifiera les personnes, les niveaux de collaboration entre elles et/ou les structures assurant le pilotage et la coordination nécessaires au bon fonctionnement du parcours de professionnalisation des cadres de santé.

2.1.2 Promouvoir un pilotage transversal

L'adhésion du chef de l'établissement est primordiale. Le pilotage transversal peut se formaliser par des rencontres à périodicité définie avec les acteurs principaux ou par la mise en place d'un comité de pilotage. Dans tous les cas, il a pour but d'assurer le lien entre la dimension politique et stratégique et la conduite des actions, en guidant la démarche, en arbitrant des priorités et en suivant l'atteinte des objectifs.

Impulsé par la direction des soins, ce comité de pilotage intégrerait le DRH ou son adjoint, dont la collaboration est déjà effective dans la pratique des DS interviewés. Nous préconisons d'élargir cette collaboration au DS de l'IFCS, à un représentant médical de la CME et à un CSS afin d'enrichir et de croiser les points de vue et ainsi optimiser un pilotage transversal du parcours de professionnalisation visant le développement des compétences des CS.

Au-delà de cette structure de pilotage et de coordination, il s'agit de définir les responsabilités des différents acteurs dont le rôle et les missions des chefs de service et des CSS. Le rôle du CSS a un rôle majeur dans l'accompagnement des CS relayant les axes définis dans le projet managérial, et c'est une forte attente des DS. Pour autant, comme abordé dans la première partie de ce travail de recherche, le CSS n'a pas, dans la majorité des cas de formation spécifique. Aussi, le DS a une mission en terme de « montée en compétences des CSS » (DS2, CGS). Le sujet de l'accompagnement des cadres peut faire l'objet d'échanges et de

réflexions lors des réunions de la direction des soins avec l'encadrement supérieur incluant la participation du directeur de l'IFCS et des cadres formateurs de l'IFCS.

Le comité de pilotage peut s'appuyer sur une composante plus opérationnelle composée notamment de CS et de CSS dont le fonctionnement et les missions seraient à définir : par exemple le pilotage du groupe des tuteurs, le développement de la simulation managériale. Dans deux établissements, les CS désignés tuteurs des FFCS sont identifiés. Au sein de l'un des établissements, les tuteurs constituent un groupe piloté par un CSS missionné par la direction des soins.

Finalement, nous proposons, malgré la structure divisionnelle de nos organisations de tendre vers une structure de type matricielle répondant à une logique de transversalité pour piloter le parcours de professionnalisation des cadres. Deux avantages à cette structure matricielle : elle permet une adaptation à un environnement turbulent et instable favorisant l'innovation ainsi que l'utilisation des compétences individuelles (impliquer par exemple les CS et CSS formés au tutorat, au coaching...).

Comme mis en exergue lors des entretiens, le pilotage transversal du DS est volontariste, facilitateur et collaboratif favorisant l'adaptation, la responsabilisation et l'autonomie du CS. Des qualités de leadership sont également soulignées : faire adhérer, donner envie et communiquer. Ces capacités et compétences contribuent à instaurer un climat sécurisant, facilitant et de confiance. Au-delà d'un listing, il s'agit surtout dans la perspective d'une prise de poste en qualité de directrice des soins de se connaître, d'évaluer ses propres capacités et compétences afin de les enrichir et continuer à les développer.

2.2 L'axe structurel

2.2.1 Structurer l'accompagnement et la formation proposés tout au long du parcours de professionnalisation des cadres afin de gagner en lisibilité

À la prise de poste, la mise en place d'un tuteur est unanimement évoquée par les acteurs interviewés. Le tuteur, tel qu'observé dans la pratique actuelle recouvre trois notions (Ardouin, 2003)⁶² :

- Servir d'appui, le tuteur en référence au jardinage permet de soutenir, d'accompagner, d'aider à grandir une jeune plante,
- Être protecteur, le tuteur en référence au plan légal (celui qui est chargé de veiller aux biens et aux intérêts d'un individu incapable de le faire pour soi) renvoie à la responsabilité et au pouvoir de décider,

⁶² Alves, S., Ardouin, T. & Philippe, X. (2014). Tuteur, manager, un enrichissement bidirectionnel. *Management & Avenir*, 67, 33-50. <https://doi.org/10.3917/mav.067.0033>

- Éclairer le chemin, le tuteur en référence au champ de l'éducation et de la formation, est celui qui accompagne l'apprentissage.

Le tutorat est d'autant plus intéressant qu'il contribue à maintenir les compétences managériales du tuteur lui-même (Ardouin, 2003). Il nécessite de le circonscrire dans une temporalité. Nous pouvons proposer 6 mois à un an.

Concernant le parcours de professionnalisation des cadres, de nombreuses méthodes d'accompagnement et de formation existent en amont, certaines en aval mais toutes ne sont pas connues. Toutes les méthodes et les formations citées favorisent la prise de distance, la réflexivité et le développement de compétences managériales. Mais elles sont de plus en plus nombreuses telles un « patchwork » (CSS2) rendant parfois le dispositif d'accompagnement et de formation illisibles. Il nous paraît pertinent de structurer une stratégie sur le choix des méthodes et des formations ainsi que leur priorisation tout au long du parcours de professionnalisation. Cette structuration permettra aux CS selon leurs propres besoins de se saisir plus facilement des outils et méthodes à disposition.

Le développement professionnel continu des CS après la formation initiale doit également faire l'objet d'un plan de formation continue pour développer et acquérir de nouvelles compétences managériales. Cette proposition s'inscrit d'ailleurs dans une recommandation de la HAS « Les responsables d'équipe bénéficient de formations ou de coaching en management » (Critère 3.3-04, Certification V2020). Les formations-actions seront privilégiées en amont et en aval de la formation cadre de santé.

2.2.2 Promouvoir et structurer une démarche de gestion des risques inhérente au parcours de professionnalisation des cadres

Depuis la certification HAS, version 2010, la gestion des risques liés aux soins s'est fortement développée dans les établissements de santé notamment par la mise en place de cartographies des risques des processus de soins.

Dans cette même logique, nous préconisons d'établir une cartographie des risques du parcours de professionnalisation des cadres qui croisera et complétera les risques professionnels identifiés dans le document unique. Il s'agit d'avoir une approche du risque sur les différentes étapes du parcours de professionnalisation des CS afin de saisir les opportunités possibles dans un contexte mouvant et contraignant.

Nous pouvons reprendre le questionnement d'un des CSS sur le projet cadre d'un infirmier de 24 ans ayant à peine trois années d'expérience professionnelle, « le métier de cadre est « fatigant... ils vont tenir combien de temps ? ». S'orienter très jeune vers un métier

d'encadrement a-t-il un impact sur la santé ? Est-ce un risque ? D'autres conséquences peuvent-elles être envisagées ? Deux des DS interviewés questionnent, au regard du manque de CS le recrutement de managers issus du privé sans expérience d'un métier paramédical.

Identifier un risque potentiel à valider des projets cadre de professionnels avec une expérience inférieure à quatre années ou encore à recruter des cadres non soignants permettrait de prendre du recul par rapport à ses schémas cognitifs (ou représentations) et d'analyser de manière plus objective les situations en termes de causes et d'impacts afin d'aboutir à une réflexion et à d'éventuelles actions sur le parcours des professionnels de la professionnalisation des cadres.

A titre d'exemple, nous citerons des situations évoquées par les CS lors de leur prise de poste qui peuvent être considérées comme une situation à risque à analyser :

- manager et diriger d'anciens pairs,
- prendre un poste de manager vacant depuis plusieurs mois,
- manager l'équipe d'un secteur sans être issu du même métier paramédical,
- recruter un manager non issu d'un métier paramédical conduisant au métier de CS.

En parallèle de cette démarche de gestion des risques a priori, nous proposons une gestion des risques a posteriori sous forme de retours d'expériences afin d'analyser, collectivement avec recul, sans jugement des situations que nous appellerons « problématiques » particulièrement lors de la prise de poste : le DS1 évoque des « ratés ». Ces « ratés » pourraient être analysés selon une méthode systémique dans une visée de les anticiper ou de les traiter au mieux.

Par exemple, la situation où le CS a quitté son établissement financeur quatre mois après sa formation ; ou encore une situation où le CS a été en arrêt maladie pour épuisement professionnel six mois après sa prise de poste. Ces situations étaient-elles évitables ? En quoi peuvent-elles être apprenantes ? Au regard de l'investissement humain et financier, des conséquences pour le CS lui-même, mais aussi pour son équipe et enfin pour l'institution la question mérite d'être posée. Comment gérer ces situations au mieux en prenant en compte à la fois le cadre, l'équipe et l'institution ?

Dans une approche collective et participative, il s'agit pour la direction des soins comme pour les professionnels concernés notamment les DRH, les CSS, les chefs de service (le comité de pilotage) de porter et de s'inscrire dans une culture de l'erreur en lui attribuant une valeur managériale apprenante.

2.2.3 Élaborer un dispositif d'évaluation avec des indicateurs sur les différentes étapes du parcours de professionnalisation des cadres de santé

L'évaluation en tant que mesure est un impératif de tout pilotage performant qui s'attache aux résultats. Elle permet d'objectiver le niveau de qualité existant sur un processus donné et de le suivre en continu.

La culture de la mesure et du résultat permet de dépasser les opinions, les a priori mais aussi de prendre des décisions et de communiquer aux différentes réunions et instances à partir d'éléments factuels. Pour autant la dimension de l'évaluation a été peu évoquée par les acteurs excepté le DS4, IFCS qui aborde l'exigence d'une évaluation dans le cadre du projet d'expérimentation de l'universitarisation de la formation cadre.

Certains indicateurs sont déjà suivis : le nombre de CS, le nombre de postes vacants, le nombre de postes vacants occupés par un FFCS, le nombre de promotions professionnelles. D'autres indicateurs pourraient être généralisés et faire l'objet d'une communication. Par exemple,

- le nombre et la cause de départs de cadres,
- le nombre de cadres ayant suivi un accompagnement/une formation en aval de la formation cadre,
- le niveau de satisfaction des cadres aux différentes étapes du parcours : niveau de satisfaction de l'accompagnement de FFCS ou encore niveau de satisfaction des conditions d'accueil à la prise de poste.

2.3 L'axe technique

Cet axe technique vise à renforcer et à développer la réflexivité des CS.

2.3.1 Renforcer l'analyse des pratiques managériales

L'analyse des pratiques est une méthode utilisée dans l'accompagnement des FFCS par certains établissements. Elle est obligatoirement mobilisée lors de la formation des cadres de santé. Au regard de son intérêt en termes d'apprentissage, nous recommandons son utilisation en amont de la formation dans le cadre du développement professionnel continu comme déjà réalisé au sein de l'un des établissements dans lequel les entretiens ont été conduits.

2.3.2 Mettre en place et/ou développer la simulation managériale

La simulation managériale est une méthode d'apprentissage basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive. Elle a été mentionnée uniquement par le DS4, IFCS qui précise que la simulation managériale développée en formation cadre de santé pourrait

totalemment se décliner avant et après la formation. Pour ce DS, la simulation managériale est une méthode pertinente pour développer les compétences comportementales et relationnelles, d'où son intégration dans le projet d'expérimentation.

Depuis plusieurs années, sous l'impulsion des préconisations de la HAS (Granry & Moll, 2012)⁶³ et de l'instruction de la DGOS du 19 novembre 2013 relative au développement de la simulation en santé, la simulation connaît un essor important dans la formation des métiers de la santé.

À ce jour, il n'a pas été retrouvé de définition de la simulation managériale dans la littérature. Nous utiliserons la définition proposée lors du congrès de l'association française des directeurs des soins (AFDS) qui s'est déroulé au mois d'octobre 2022 :

La simulation managériale est une méthode d'apprentissage dans le champ du management, basée sur l'apprentissage expérientiel et la pratique réflexive se déclinant en trois temps : le briefing, la simulation et le débriefing. Elle s'appuie sur des scénarios pour répondre à trois objectifs :

- acquérir des compétences comportementales et relationnelles, notamment le leadership, la communication, la prise de décision, la capacité à travailler en équipe,
- analyser ses pratiques professionnelles en faisant porter un nouveau regard sur soi-même et sur les autres lors du débriefing,
- partager des situations similaires, sources d'échanges et de base de données pour la constitution de nouvelles situations apprenantes.

Au regard des objectifs de la simulation, de l'importance des compétences comportementales attendues pour les CS, la simulation managériale permet de multiplier les expériences tout au long du parcours de professionnalisation, en amont, pendant et après la formation (AFDS, 2022). Dans ce sens, le DRH estime que pour le management « quelle que soit la qualité des enseignements et de l'accompagnement proposé, rien ne remplace l'expérience de terrain et le fait de surmonter des difficultés pour en tirer des enseignements » (DRH1).

Les scénarios de simulation managériale sont multiples : entretien de recadrage, conduite de réunion, entretien d'évaluation, entretien avec les familles, participation à une instance syndicale... et peuvent être réalisés pour certains en interprofessionnalité avec d'autres catégories professionnelles paramédicales et médicales.

La mise en place de la simulation managériale nécessite un pilotage et une coordination qui pourraient être assurés par le DS en lien avec les acteurs concernés ou le comité de pilotage.

⁶³ Granry, JC. & Moll, MC. (2012). Rapport de mission. État de l'art (national et international) en matière de pratiques de simulation dans le domaine de la santé

2.3.3 Développer la recherche managériale

L'importance de la recherche clinique et paramédicale dans la production de savoirs en matière de santé et dans le développement d'une posture professionnelle par une mise à distance de l'activité est aujourd'hui reconnue.

La recherche paramédicale est relativement récente en France. Elle a été impulsée à partir de 2009 avec la réingénierie de la formation infirmière dans le système LMD (Licence-Master-Doctorat) suite aux accords de Bologne et au lancement des programmes hospitaliers de recherche infirmière (2009) élargie l'année suivante à l'ensemble des paramédicaux par la direction générale de l'offre de soins. Depuis, la recherche paramédicale est de plus en plus légitimée par des rapports, des textes réglementaires et la création récente d'une section au conseil national des universités notamment pour les sciences infirmières (CNU 92) et les sciences de la rééducation et de la réadaptation (CNU 91).

Le livre blanc pour le développement de la recherche paramédicale en France publié récemment (mars 2022) par la commission nationale des coordonnateurs paramédicaux de la recherche formule des recommandations pour structurer et développer la recherche dans les établissements de santé.

Concernant le management, les cadres de santé suivent tous une formation professionnelle adossée à une formation universitaire avec l'obtention d'une première année de master ou d'un diplôme de master. Le CS qui a présenté son travail de recherche lors d'une réunion d'encadrement à la demande de son CSS a trouvé « l'exercice super riche... c'était valorisant (...) notre CSS voudrait qu'on publie, pourquoi pas ? ». Un des DS a pour projet d'instaurer un dispositif d'accompagnement à la publication des travaux de recherche que les CS sortant de formation pourraient saisir. La récente crise sanitaire liée au Covid-19 a introduit de nouvelles pratiques managériales. Dans ce contexte, l'opportunité émerge pour inscrire le thème de la recherche managériale comme une orientation stratégique du projet managérial.

Le développement de la recherche paramédicale implique un pilotage et une coordination qui pourraient être assurés par le DS en lien avec les acteurs concernés ou le comité de pilotage défini dans l'axe stratégique.

2.4 L'axe culturel

2.4.1 Promouvoir une culture de l'accueil

La première impression d'un nouveau cadre à la prise de poste est primordiale et impacte le sentiment d'appartenance qu'il développera pour le collectif cadre. Identifier et définir des

comportements individuels et organisationnels attendus pour un accueil de qualité. La culture de l'accueil fait référence à des façons d'agir, des pratiques communes, mais aussi à des façons de ressentir et de penser partagées en matières d'accueil et d'accompagnement de tout nouveau cadre à la prise de poste. L'accueil est une phase importante et reconnue par tous.

A l'instar de la notion de critères impératifs correspondant à des situations « que l'on ne veut plus voir au sein des établissements de santé » (HAS, 2014, 2023), nous pourrions impulser une dynamique collective autour de la définition de critères. Au regard de nos expériences et des entretiens, quelques indicateurs pourraient être soumis à la réflexion et au partage :

- le nouveau CS est accueilli par un pair, le CSS, ou le DS le matin de son arrivée,
- le nouveau cadre est présenté par un pair, le CSS ou le DS à l'équipe médicale et paramédicale en amont ou le jour de son arrivée,
- les conditions matérielles sont anticipées et mises en place pour le jour de l'arrivée (bureau, clés, accès informatique, boîte mail...),
- le nouveau cadre bénéficie du soutien d'un pair, de son CSS ou du DS pour planifier les entretiens avec les acteurs clés pour faciliter la prise de poste (chef de service, chef de pôle...),
- le nouveau cadre partage son rapport d'étonnement au cours d'un entretien avec son CSS et/ou le DS.

L'identification d'indicateurs qualité sur l'accueil des nouveaux cadres de santé peut contribuer à une acculturation de l'accueil. Dans une visée d'exemplarité, cette démarche peut totalement s'inscrire dans une recherche collective impulsée par le DS auprès des CSS et des CS.

2.4.2 Promouvoir une communication positive et attractive sur le parcours de professionnalisation des cadres de santé et le métier d'encadrement

Les verbatims concernant l'aspect difficile, épuisant du métier de cadre ou encore d'un « parcours du combattant » (CS2) pour accéder à la formation cadre induisent une perception négative plutôt « à la marge » (DRH1) mais suffisante pour induire une morosité ambiante. Or, les expériences positives existent, elles sont plus nombreuses et pourraient faire l'objet d'une communication positive et attractive.

Les objectifs sont multiples à cette communication : attirer et maintenir l'intérêt des futurs CS dans l'exercice de la fonction managériale au sein des établissements, afficher la reconnaissance du métier, valoriser l'accompagnement des parcours de professionnalisation, l'accès aux formations... Le numérique est un moyen pouvant contribuer à développer cet axe communication en interne et en externe de l'hôpital.

En interne, au-delà des communications aux différentes instances, il peut être envisagé une communication active et attractive par mail, par intranet ou encore dans le journal interne sur :

- l'affectation des FFCS et des CS sur leur poste (en complément de la note de service signée par le DS qui est plus formelle),
- la publication des expériences vécues par des FFCS et des CS aux différentes étapes du parcours de professionnalisation, dite expérience collaborateur qui permet de partager et de donner du sens.

L'expérience collaborateur se définit comme l'ensemble des interactions et expériences vécues par un collaborateur au sein de l'entreprise, dans les moments clés de son parcours professionnel, de son recrutement jusqu'à son départ. Ce nouveau concept, déployé déjà dans le privé s'est construit en référence à celui de l'expérience client qui est née du constat suivant : un client satisfait, engagé s'il est très enthousiaste, devient un promoteur de la marque, un ambassadeur des produits et/ou des services proposés. En transférant à notre sujet, un CS satisfait de son parcours professionnel et de son exercice deviendrait un promoteur de la fonction d'encadrement dans son établissement.

En externe, les réseaux sociaux sont des plateformes pouvant contribuer à valoriser la prise de poste des CS et plus globalement le parcours de professionnalisation des cadres à travers par exemple des témoignages comme le pratique le centre national de gestion depuis octobre 2021 pour les métiers de directeurs de la fonction publique hospitalière⁶⁴.

Cette promotion de la communication comme les autres préconisations pourrait être pilotée et coordonnée par le DS en lien avec les acteurs concernés ou le comité de pilotage. Le directeur de la communication et son équipe constitueront une ressource.

Pour finir, nous apportons deux précisions :

Les préconisations des axes structure, technique et culturel sont envisagées dans une dynamique de management de projet impliquant notamment la réalisation d'un état des lieux, l'identification des ressources humaines, matérielles et techniques nécessaires et la mise en œuvre d'un plan d'actions opérationnel.

Si notre intérêt s'est porté sur le CS à la sortie de formation, à l'issue de la réflexion, nous proposons que ces préconisations soient transférables à toute prise de poste de cadre.

⁶⁴ <https://www.cng.sante.fr/webinaires/lancement-campagne-promotion-metiers-directeurs-fph>

Conclusion

Il est difficile de conclure alors que finalement tout commence...

Dans un contexte de baisse d'attractivité pour le métier de CS corrélée à une hausse de postes vacants de CS au sein des établissements de santé, occupés par des FFCS mais également dans un contexte d'opportunités avec le lancement de deux expérimentations de la formation cadre de santé lançant les esquisses d'une future formation cadre il a été enthousiasmant et riche d'apprentissages de travailler sur le parcours de professionnalisation des CS.

La prise de poste des cadres de santé est une étape du parcours totalement revisitée avec l'expérimentation d'une formation CS qui se déroulera dans une logique d'alternance individualisée sur quatre semestres. Le dernier semestre de la formation (le semestre 4) comportera 16 semaines de stage dans le service d'affectation du futur cadre de santé. Pour le directeur des soins, directeur de l'IFCS ce stage contribuera à préparer et à faciliter la prise de poste des CS à travers la mise en œuvre d'une mission négociée entre l'étudiant et l'employeur actuel ou futur imbriquant deux logiques dans une démarche de co-construction, l'une liée au projet institutionnel, l'autre liée au projet professionnel de l'étudiant.

Il sera pertinent de suivre les résultats de cette expérimentation à partir de 2024 car cette logique de formation s'inscrit dans un nouvel paradigme où les lieux de formation et d'action au sein des établissements s'estompent au bénéfice d'un mouvement permanent de développement des compétences nous renvoyant à un processus qui pourrait être modélisé par une boucle circulaire dans un environnement donné. La notion d'environnement capacitant mise en exergue au décours de ce travail a retenu toute notre attention avec l'intérêt et la volonté de poursuivre son exploration dans notre pratique de directrice des soins.

Au terme de ce travail, il nous paraît intéressant de rappeler que le parcours de professionnalisation n'est qu'un moyen au service du développement des compétences des futurs cadres et des cadres de santé. Le pilotage et la structuration de l'accompagnement et de la formation des cadres de santé ne doivent-ils pas avant tout s'inscrire dans une dimension éthique ?

« Toutes les techniques du monde, tous les outils, toutes les méthodes, aussi rassurantes soient-elles, auront toujours une efficacité limitée face à la complexité de l'être humain »
(Péoc'h, 2022)⁶⁵.

⁶⁵ Congrès de l'AFDS, octobre 2022

Bibliographie

Articles

Bourret, P. (2008). Encadrer dans la fonction publique hospitalière : un travail de lien invisible. *Revue française d'administration publique*, 128, 729-740. DOI 10.3917/rfap.128.0729

Catanas, M. (2022). La direction des soins. Histoire d'une lutte pour la reconnaissance institutionnelle du soin. *Revue Gestion Hospitalières*, 617.

Dany, L. & Apostolidis, T. (2007). Approche structurale de la représentation sociale de la drogue : interrogations autour de la technique de mise en cause. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale*, 73, 11-26. <https://doi.org/10.3917/cips.073.0011>

Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36, 39-64. <https://doi.org/10.3917/sss.361.0039>

Feroni, I. & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 46, 469-494. <https://doi.org/10.3917/rfs.463.0469>

Franchistéguy-Couloume, I. (2015). Au cœur de la complexité des organisations de santé : le cadre de santé, pivot de l'organisation. *Projectics / Proyéctica / Projectique*, 13, 37-50. <https://doi.org/10.3917/proj.013.0037>

Lac, M., Mias, C., Labbé, S., Bataille, M. (2018). Les représentations professionnelles et l'implication professionnelle comme modèles d'intelligibilité des processus de professionnalisation. <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01715585>

Negura, L. (2006). L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *SociologieS Online*. <http://journals.openedition.org/sociologies/993>.

Schweyer, F.-X. (2010). Genèse et dynamiques de l'encadrement hospitalier. *Soins Cadres*, 75.

Vergès, P. (2001). L'analyse des représentations sociales par questionnaires. *Revue française de sociologie*. 42, 537-561. https://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373

Ouvrages

Abric, J. (2005). *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Érès.

Bardin, L. (2013). *L'analyse de contenu*. Presses Universitaires de France.

Blanchet, A., Gotman, A. (2015). *L'entretien. L'enquête et ses méthodes*. Armand Colin.

Bourgeon, D. (dir.). (2017). *De la formation cadre de santé à la prise de fonction*. Lamarre.

Bourret, P. (2006). *Les cadres de santé à l'hôpital: Un travail de lien invisible*. Seli Arslan.

Boutinet, J. (2012). *Anthropologie du projet*. Presses Universitaires de France.

Fernagu Oudet, S. (2012). Favoriser un environnement « capacitant » dans les organisations. Chapitre 14. Dans : Étienne Bourgeois éd., *Apprendre au travail*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.bourg.2012.01.0201>

Formarier, M. & Jovic, L. (2012). *Les concepts en sciences infirmières*. Association de Recherche en Soins Infirmiers. <https://doi.org/10.3917/arsi.forma.2012.01>

Jodelet, D. (2003). *Les représentations sociales*. Presses Universitaires de France.

Jorro, A. (2013). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. De Boeck Supérieur.

Mispelblom Beyer, F. (2015). *Encadrer, un métier impossible ?*. Armand Colin

Van Campenhoudt L. & Quivy, R. (2017). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

Watkins, M. (2019). *90 jours pour réussir sa prise de poste*. Pearson.

Wittorski, R. (2005). *Formation, travail et professionnalisation*. L'Harmattan.

Travaux universitaires (mémoires professionnels et thèses)

Kwocz, F. (2017). Les cadres de santé à la croisée du management et du « prendre soin » : formation et usages de la recherche dans l'accompagnement des équipes soignantes. Thèse de doctorat des sciences de l'éducation et de la formation dirigée par L. Cornu, Université de Tours.

Péoc'h, N. (2015). La recherche infirmière et paramédicale. Influence des représentations professionnelles sur les pratiques managériales des directeurs des soins. Mémoire professionnel. EHESP.

Touzot, N. (2019). Le dispositif d'accompagnement du faisant fonction dans un projet cadre : une contribution du Directeur des Soins à la politique managériale de l'établissement. Mémoire professionnel. EHESP.

Rapports

Claris, O. (2020). Rapport de la mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières. Ministère des Solidarités et de la Santé. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_claris_version_finale.pdf

De Singly, C. (2009). Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers. Ministère de la santé et des sports. https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Sitographie

Analyse prototypique-Aide générale. <https://semato.uqam.ca/guidexpert-ato/geadoc-analyse-prototypique.asp>

Association pour l'emploi des cadres. <https://www.apec.fr/tous-nos-outils.html>

Bataille, M. (s.d.). Spécificité des représentations professionnelles http://theses.univ-lyon2.fr/documents/getpart.php?id=lyon2.2008.gonin_a&part=146568

Dany, L. (2016). Analyse qualitative du contenu des représentations sociales. Les représentations sociales. HAL-01648424 <https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-01648424>

De Wilde, M. (2008). Réflexions sur les 100 premiers jours des leaders et de leurs équipes. <http://www.first100days.eu/>

Ministère des affaires sociales et de la santé & DGOS. (2012). Référentiels d'activités et de compétences élaborés dans le cadre des travaux de la réingénierie du diplôme de cadre de santé. https://www.ifchureennes.fr/wp/wp-content/uploads/2016/09/Cadres_sante_Ref_activites_et_competences_apres__18_12_2012.pdf

Ministère du travail, du plein emploi et de l'insertion. (s.d.). La formation professionnelle. <https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/>

SMPS. (2021). Le SMPS mobilisé sur les conditions de prise de poste des jeunes directeurs et cadres de la fonction. <https://www.smpsante.fr/actualites/le-smps-mobilise-sur-les-conditions-de-prise-de-poste-des-jeunes-directeurs-et-cadres-de-la-fonction-publique-hospitaliere/>

Textes législatifs et réglementaires (arrêtés, décrets, lois, ordonnance)

Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. (J.O 20 août 1995).

Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. (J.O. 1^{er} janvier 2002).

Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. (J.O. 23 avril 2002).

Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. (J.O. 22 juillet 2009).

Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (J.O. 27 janvier 2016).

Loi n°2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. (J.O. 6 septembre 2018).

Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (J.O. 26 juillet 2019).

Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée. (J.O. 25 avril 1996).

Liste des annexes

Annexe I :

Fiche projet de la formation continue : « Cadre de santé : après un an d'exercice »..... I

Annexe II :

Résultats de l'enquête exploratoire conduite au mois d'avril 2021 auprès de 46 établissements de santé accueillant les élèves directeurs des soins en stage (promotion 2022)..... II

Annexe III :

Fiche métier encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière..... IV

Annexe IV :

Le questionnaire de recueil des représentations professionnelles (associations libres hiérarchisées) VI

Annexe V :

Le guide des entretiens semi-directifs pour :

➤ Les DS, DRH et CSS..... VII

➤ Les CS..... VIII

Annexe VI :

Les profils détaillés de la population interviewée..... IX

Annexe VII :

Les résultats des associations libres hiérarchisées issus des questionnaires :

➤ Des CS..... X

➤ Des DS..... XI

Annexe VIII :

Extraits des réponses à la dernière question du questionnaire de recueil des représentations professionnelles..... XII

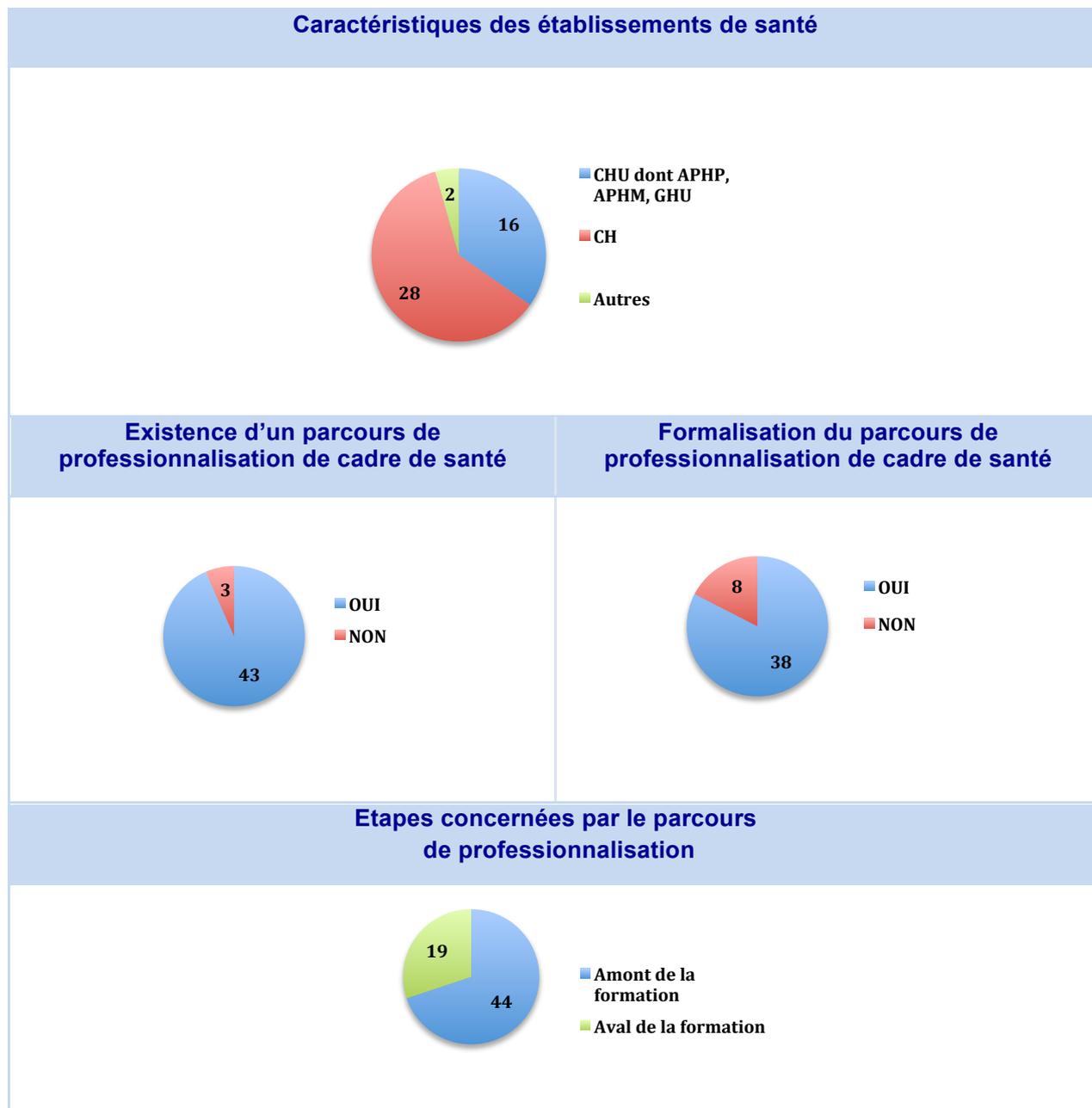
Annexe IX :

Extraits de l'analyse des verbatims des entretiens..... XIII

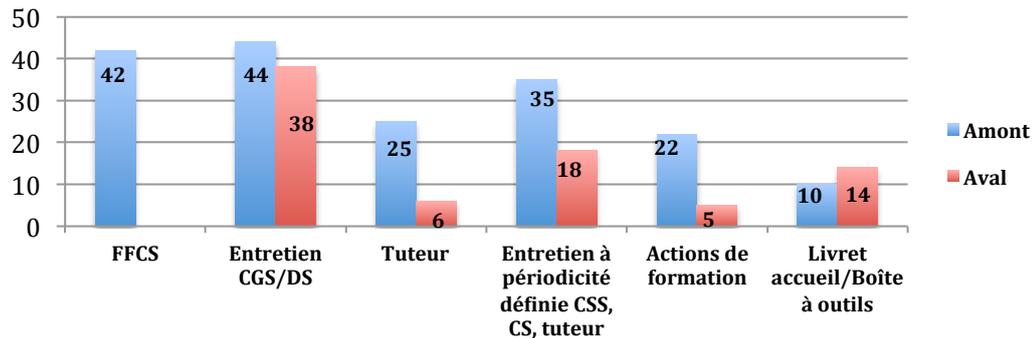
Annexe I : Fiche projet de la formation continue : « Cadre de santé : après un an d'exercice »

CADRE DE SANTE : APRES UN AN D'EXERCICE		FICHE N°
Public visé : Cadres de Santé, diplômés de l'IFCS [REDACTED] et en exercice depuis un an		
Pré-requis : Obtention du diplôme de cadre de santé à l'IFCS [REDACTED] avec une prise de poste de cadre de santé au sein d'un établissement de santé ou en institut de formation		
OBJECTIFS <ul style="list-style-type: none"> Prendre du recul sur sa prise de poste au regard de son projet professionnel Mesurer l'impact de la formation cadre de Santé sur la prise de poste Poursuivre l'alternance intégrative Cultiver son réseau 	METHODES PEDAGOGIQUES <ul style="list-style-type: none"> Modalités pédagogiques ancrées dans une démarche active basée sur l'engagement des participants à la formation Plusieurs moyens et outils mobilisés : échanges et partage d'expériences, analyse de situations de management ou de pédagogie, en présentiel 	
MODALITES ET DELAIS D'ACCES <ul style="list-style-type: none"> Accès après validation de l'inscription par la formatrice responsable de la formation Accès conditionné à la réponse au questionnaire d'entrée en formation (recueil des attentes de la formation et test de positionnement) Délai d'accès : un mois entre la fin de l'inscription à la formation et l'entrée en formation 	CONTENU <ul style="list-style-type: none"> Le concept de l'intelligence émotionnelle Le contenu est adapté aux observations communiquées en amont de la formation et sur les échanges de la journée 	
MODALITES D'EVALUATION <ul style="list-style-type: none"> Pour les acquis des participants : une évaluation est réalisée et régulée lors de la formation, puis en distanciel en asynchrone à 3 mois Pour la satisfaction des participants : une évaluation est réalisée à la fin de la formation, puis en distanciel à 3 mois ; évaluations communiquées au commanditaire Pour la validation : la validation de la formation est assujettie à une obligation d'assiduité du participant durant toute la durée de la formation Une attestation de formation est délivrée en fin de formation 	INTERVENANTS <ul style="list-style-type: none"> Cadre Supérieur de Santé formatrice à l'IFCS Psychosociologue, formateur consultant dans le champ sanitaire et médico-social 	
INDICATEURS DE RESULTATS Formation 20XX		
Taux de réponse : 91% Taux de satisfaction global : 95%	Adéquation entre les attentes et la formation : 95%	Qualité des interventions : 100%
DURÉE 1 journée	MODALITÉ ET CLÔTURE DES INSCRIPTIONS Inscription via le formulaire ci-après Clôture des inscriptions le La liste des participant(e)s retenu(e)s pour la formation sera constituée au fur et à mesure de la réception des inscriptions	DATE DE LA FORMATION [REDACTED]
TARIFS [REDACTED]	LIEU DE FORMATION [REDACTED]	CONTACT [REDACTED]
	PLUS D'INFORMATIONS [REDACTED]	

Annexe II : Résultats de l'enquête exploratoire conduite au mois d'avril 2021 auprès de 46 établissements de santé accueillant les élèves directeurs des soins en stage (promotion 2022)



Dispositifs du parcours en amont et en aval de la formation



- L'entretien avec le CSG/DS est le dispositif le plus retrouvé, en amont et en aval.
- La nomination d'un tuteur est un dispositif quatre fois moins présent en aval qu'en amont.
- Les entretiens avec un interlocuteur privilégié (CSS, CS, tuteur) à périodicité définie sont deux fois moins retrouvés en aval qu'en amont.
- Les actions de formation se déroulent essentiellement en amont de la formation (formations courtes aux outils RH, à la communication, aux risques professionnels voire une formation longue, diplôme universitaire de management pour un des établissements). Les formations en aval de la formation sont moins nombreuses et deux précisent la possibilité d'un coaching en cas de difficulté du cadre de santé à la prise de poste.
- Il existe des outils d'aide tels que le livret d'accueil, la boîte à outils. Pour cette boîte à outils, 3 précisent qu'il s'agissait du classeur de garde du cadre.

Principaux commentaires

- Quelques commentaires confirment l'absence d'accompagnement des cadres à la prise de poste, au retour de formation mais également des cadres venant d'autres établissements.
- Deux commentaires font état de l'existence d'un parcours de professionnalisation à toutes les étapes dans une stratégie d'attractivité.
- Des points de vigilance sont mis en exergue pour améliorer l'accompagnement des cadres : le retour de la formation cadre, la prise de poste des cadres des filières médico-techniques et la collaboration médecin-cadre.

Annexe III : Fiche métier encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière



LE RÉPERTOIRE DES **MÉTIER**
DE LA **FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE**
« Une aide à la décision pour chacun d'entre nous »



Encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales

Famille : SOINS
Sous-famille : Management des organisations des soins
Code métier : 05U20

Information générale

Définition :
Organiser l'activité de soins et des prestations associées,
Manager l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médicotextiques ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et 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.

Autres appellations :
Cadre de santé

Prérequis réglementaires pour exercer le métier :
Diplôme de cadre de santé

Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Montage, mise en oeuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

Savoir-Faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet / un processus relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence
- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe pluridisciplinaire / en réseau



► Connaissances requises

Description	Niveau de connaissance
Animation d'équipe	Connaissances approfondies
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies
Droit des usagers du système de santé	Connaissances opérationnelles
Éthique et déontologie professionnelles	Connaissances opérationnelles
Évaluation de la charge de travail	Connaissances opérationnelles
Gestion administrative, économique et financière	Connaissances opérationnelles
Management	Connaissances opérationnelles
Méthodes de recherche en soins	Connaissances opérationnelles
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies
Organisation du travail	Connaissances opérationnelles
Santé publique	Connaissances opérationnelles
Soins	Connaissances approfondies
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances opérationnelles

Connaissances approfondies :

Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

Connaissances opérationnelles :

Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

► Informations complémentaires

Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets
médecins pour la gestion journalière de l'unité
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des matériels
partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens
service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels
instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires
responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

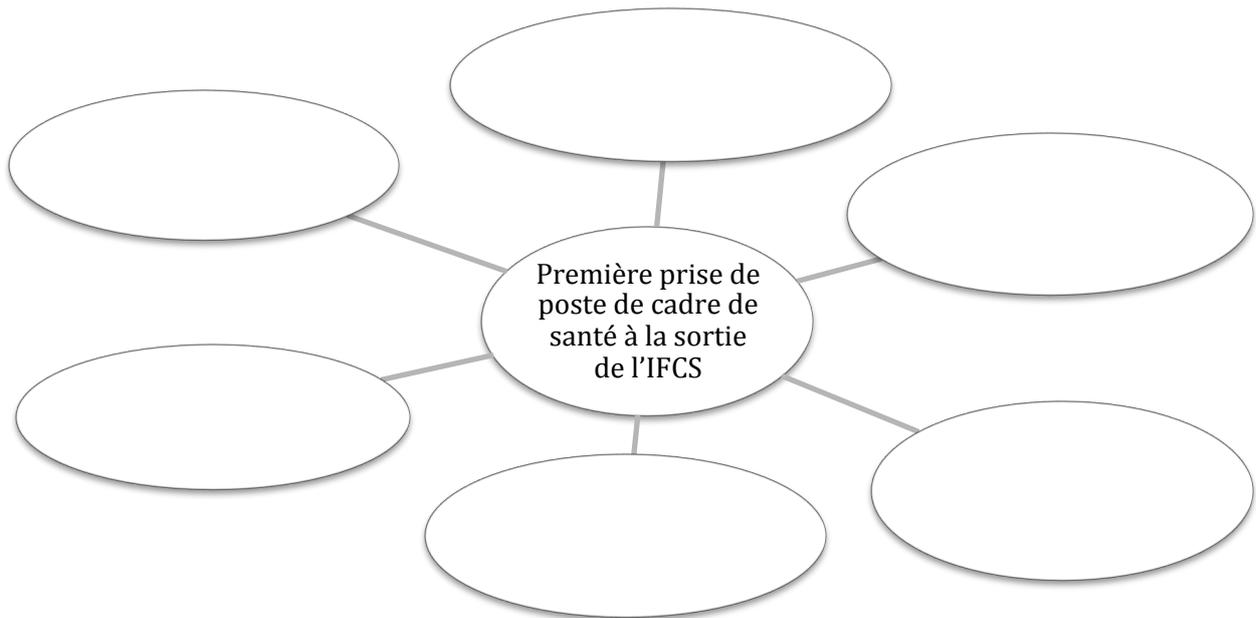
Nature et niveau de formation pour exercer le métier :

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé
Diplôme de cadre de santé

Annexe IV : Le questionnaire de recueil des représentations professionnelles (associations libres hiérarchisées)

Merci de répondre le plus spontanément possible, question après question et sans revenir en arrière (durée de réponse estimée à 5 à 10 minutes)

1- Quels(les) sont les 6 mots ou expressions qui vous viennent spontanément à l'esprit quand vous lisez « Première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS » ?



2- Classez ces mots/expressions dans l'ordre d'importance que vous leur accordez : écrivez le chiffre 1 à côté du mot/expression le plus important pour vous dans cette situation, le chiffre 2 à côté du second mot/expression le plus important et ainsi de suite par ordre d'importance décroissante jusqu'au chiffre 6.

3- En utilisant les 3 premiers mots/expressions, écrivez ce qu'évoque pour vous une « première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS » ? (4 à 5 lignes)

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe V : Le guide des entretiens semi-directifs

➤ Le guide des entretiens semi-directifs pour les DS, DRH et CSS

Questions	Objectif(s) poursuivis
<p>Partie 1 Pouvez-vous en quelques mots vous présenter ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Parcours professionnel 	Mettre à l'aise l'interviewé(e) Créer un climat de confiance
<p>Partie 2 Sur ces trois dernières années que diriez vous des premières prises de poste de cadre de santé à leur sortie de l'IFCS ?</p> <p>Pouvez-vous raconter une situation de prise de poste d'un CS à la sortie de formation qui vous a marqué sur ces trois dernières années ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Éléments permettant de dire que la prise de poste est réussie ○ Repérage des besoins/des difficultés des nouveaux CS 	Connaître le ressenti global des CSS et des DS sur la prise de poste des CS à la sortie de l'IFCS Identifier les conditions de réussite et/ou (de risque) d'échec à la prise de poste par l'explicitation d'une situation
<p>Partie 3 Existe-t-il un parcours de professionnalisation institutionnel pour accompagner les cadres ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Étapes du parcours (avant, pendant et après la formation) ○ Formalisation du parcours (Projet de soins ? Projet managérial ? Dispositifs) ○ Pilotage du parcours de professionnalisation (CSS, CS, DRH, DS IFCS autre) ○ Accompagnement/Dispositifs en place (entretiens, rapport d'étonnement, tuteur, simulation managériale...) <p>Comment la ligne managériale, CSS et CS est-elle impliquée dans ce parcours de professionnalisation ? notamment sur l'étape de la prise de poste ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Stratégie managériale ○ Enjeux de la prise de poste 	Connaître les pratiques professionnelles relatives au parcours de professionnalisation Connaître le pilotage du DS

➤ **Le guide des entretiens semi-directifs pour les CS**

Questions	Objectif(s) poursuivis
<p>Partie 1 Pouvez-vous en quelques mots vous présenter ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Parcours professionnel 	<p>Mettre à l'aise l'interviewé(e) Créer un climat de confiance</p>
<p>Partie 2 Pouvez-vous raconter votre accompagnement au métier de cadre ? Notamment la prise de poste à la sortie de formation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Éléments permettant de dire que la prise de poste est réussie ○ Repérage des besoins/des difficultés des nouveaux CS 	<p>Identifier les conditions de réussite et/ou (de risque) d'échec à la prise de poste par l'explicitation d'une situation</p>
<p>Partie 3 De quel dispositifs institutionnels avez-vous bénéficié au cours de votre parcours de professionnalisation ?</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Étapes du parcours (avant, pendant et après la formation) ○ Formalisation du parcours ○ Dispositifs (entretiens, rapport d'étonnement, tuteur, simulation managériale...) 	<p>Connaître les pratiques professionnelles relatives au parcours de professionnalisation des CS</p>

Annexe VI : Les profils détaillés de la population interviewée

N°	Poste occupé	Profil
DS1	Directeur des soins	61 ans/Filière infirmière DS depuis 2013
DS2, CGS	Directeur des soins, Coordonnateur Général des soins	53 ans/Filière infirmière DS depuis 2016
DS3	Directeur des soins	56 ans/Filière infirmière (DE infirmière anesthésiste) DS depuis 2021
DS4, IFCS	Directeur des soins Directeur de l'IFCS	59 ans/Filière infirmière (DE puéricultrice) DS depuis 2014
CSS1	Cadre supérieur de santé	52 ans/Filière infirmière FFCS pendant 2 ans, CS en 2004 CSS de pôle médico-chirurgical depuis 2019
CSS2	Cadre supérieur de santé	58 ans/Filière médico-technique (Manipulateur en électroradiologie) FFCS pendant 2 ans, CS en 2008 CSS du pôle imagerie en 2013 CSS du pôle de santé publique avec une mission transversale sur l'« accompagnement des FFCS » depuis 2020
CSS3	Cadre supérieur de santé	48 ans/Filière médico-technique (Diplôme professionnel préparateur officine, 1995 puis PPH, 2006) FFCS pendant 4 ans (sur 2 établissements), CS en 2015 CSS du pôle laboratoire depuis 2021
CS1	Cadre de santé	46 ans Filière infirmière (DE infirmière 2000) Infirmier coordinateur pendant 6 mois puis FFCS pendant 18 mois CS depuis 2021
CS2	Cadre de santé	38 ans Filière infirmière (DE infirmière 2006) FFCS pendant 2 ans CS depuis 2021
CS3	Cadre de santé	39 ans/Filière rééducation (DE kinésithérapeute 2004) FFCS pendant 20 mois CS depuis 2021
DRH1	Directeur des ressources humaines adjoint	33 ans Sorti de l'EHESP en 2020 1 ^{er} poste de directeur d'hôpital

Annexe VII : Les résultats des associations libres hiérarchisées

➤ Les résultats issus des questionnaires des CS

	Catégories	1	2	3	4	5	6	Trois premières associations	Trois dernières associations	Fréquence
Adaptation/Adaptabilité/Tenter/Essayer/Décision/Autonomie/Responsabilité/Incarner	Compétences comportementales	xxxxx	xxxxx	xxxx	x	xxxx	x	14	6	20
Accompagnement/Doublure/Appui d'un binôme	Accompagnement	xx	xxxx	xx	x	x		8	2	10
Projet(s)/Projection	Projet	xxxx	x	xx	xx		x	7	3	10
Légitimité/Reconnaissance	Légitimité	xxxx	x	x		xx	x	6	3	9
Positionnement	Positionnement	xx	xx	x	x	xx	x	5	4	9
Motivation/Engagement/ Investissement	Motivation	xx	x	x xx	x	x	x	6	3	9
Découverte/Aventure/Curiosité	Nouveauté	x	xxx	xx	x		xx	6	3	9
Enthousiasme/Envie/Dynamique/Challenge	Enthousiasme	x	xxx	x	xx		x	5	3	8
Equipe	Collectif de travail	x	xxxx		x	xx		5	3	8
Prise de recul/De distance/Remise en question/Réflexion	Réflexivité	xx		x	x	x		3	2	5
Confiance/Loyauté/Courage/ Bienveillance	Valeurs	x		xx		x	x	3	2	5
(Un bon) Accueil/Intégration	Accueil	xx		x	x			3	1	4
Décalage/Retour à la réalité	Décalage théorie-pratique		x	xx	x			3	1	4
Changement statut/Changement	Changement	x		xx				3	0	3
Poste imposé	Choix poste (poste imposé)		xx					2	0	2
Sous stimulation intellectuelle/Pas de réinvestissement de la formation	Ennui au travail			xx				2	0	2
Aboutissement/Accomplissement/Epanouissement/Fierté personnelle	Bien être au travail	x			xxx	xx	xx	1	7	8
Stress/Anxiété/Perturbant	Stress	x		x	x	xx	xxx	2	6	8
Organisation/Observation/Collaboration/ Polyvalence	Compétences transversales	xx	x		xx	x	xx	2	5	7
Outils/Repères/Rapport d'étonnement	Outils managériaux				xxx	x	xx	0	6	6
Professionalisation/Compétences	Professionalisation			x	xx	xx	x	1	5	6
Solitude/Isolement	Isolement				x	x	xx	0	4	4
Temps/Chronophage/Prendre ses marques	Temporalité				x		xx	0	3	3
Charge de travail importante/ Intense/Interruption de tâche	Contenu du travail				x	x	x	0	3	3
Difficultés/Doutes/Appréhension	Signes de démotivation				xx	x		0	3	3
Attendus hiérarchie/Attendus objectifs spécifiques	Clarté du travail				x		xx	0	3	3
Transmissions/Echanges/Rencontre	Relations au travail				x	xx		0	3	3
Opérationnelle/Efficacité immédiate	Résultats				x		x	0	2	2
Formalité					x			0	1	1
Veille sanitaire/Qualité			x				x	1	1	2
Autant de pain que de boulanger							x	0	1	1
Preuves							x	0	1	1
Stratégie			x					1	0	1
Acculturation					x			1	0	1
Nombre d'associations libres								90	90	180

Codes couleur

Zone 1	Associations les plus fréquentes et les plus importantes Citées 4, 5 ou 6 fois au rang 1, 2 ou 3
Zone3	Associations les moins fréquentes et les plus importantes Citées 1, 2 ou 3 fois au rang 1, 2 ou 3
Zone 2	Associations les plus fréquentes et les moins importantes Citées 4, 5 ou 6 fois au rang 4, 5 ou 6
Zone 4	Associations les moins fréquentes et les moins importantes Citées 1,2 ou 3 fois au rang 4, 5 ou 6

➤ Les résultats issus des questionnaires des DS

	Catégories	1	2	3	4	5	6	Trois premières associations	Trois dernières associations	Fréquence
Accompagnement/Tutorat/Compagnonnage/Tuilage/Binôme/Coaching/Soutien	Accompagnement	xxxxx	xxxx	xxxx	xxxx	xxxx	x	13	9	22
Accueil/Intégration/Onboarding/Prise de poste	Accueil	xxxxx	xx	xxx		xx	xx	10	4	14
Adaptabilité/Agilité/Autonomie/Leadership/Écoute/ Force de proposition/Innovation/Créativité/Responsabilité/Positif	Compétences comportementales	xxxxx	x	xxx	x	xx	xx	9	5	14
Entretenir la motivation/Créer les conditions/Engagement/"Force" intérieure/Challenge	Motivation	x	xxx	xxxxx		x	xx	9	3	12
Positionnement/Posture	Positionnement	xxx	x	xxx	x	x	x	7	3	10
Nouveau départ/Découverte/Regard neuf/Espoir/Aventure	Nouveauté	x	xxx	x		x	xx	5	4	9
Analyse des pratiques/Analyse systémique et managériale/Réflexivité/Se questionner/Prise de recul/Retour d'expérience/Suivi par CSS	Réflexivité	x	xxxx		xx		x	5	3	8
Réalités du terrain/Retour à la réalité/De la théorie à la pratique	Décalage théorie-pratique	x		xxx		xx		4	2	6
Transition professionnelle/Identité	Transition	x		xx		x		3	1	4
Novice	Novice	xxx				x		3	1	4
Réseau/Collectif cadre/Équipe/Groupe cadre/Décloisonnement/Collégialité/Pluridisciplinarité/Chef de service/Lien avec la DS	Collectif de travail	x	x	x	xxxxx	xx	xxx	3	10	13
Loyauté, confiance/Authenticité/Transparence/Valeurs/ Éthique	Valeurs		xx	x	xxxx	x	xx	3	7	10
Bilan/Rapport d'étonnement	Outils managériaux	x	x		xx	xxxx	xx	2	8	10
Gestion/Management de proximité/Plannings/Gestion du temps de travail/Équipement/Mobilisation des méthodes/Qualité-Gestion des risques/Parcours patients/Objectifs	Compétences techniques		x	xx	x	xx	x	3	4	7
Entretien/Présentation/Préparation/Parcours/Évaluation/Suivi	Étapes prise de poste		x		xx	x	xxx	1	6	7
Adéquation choix candidat/Besoins institution/ Choix du poste/Choix	Choix poste	xx		x		x		3	1	4
Acquisition compétences	Professionalisation			x		xxx		1	3	4
Observation/Collaboration/Réferent thématique	Compétences transversales				xxx		x	0	4	4
Légitimité/Reconnaissance	Légitimité		x				xx	1	2	3
Projet du professionnel/Projet	Projet professionnel		x			x	xx	0	3	3
Difficultés/Appréhension/Stress	Stress		x			xx		1	2	3
Sécurisation		x						1	0	1
Fin des vacances				x				1	0	1
Formation continue				x				1	0	1
Isolement/Solitude			x			x		1	1	2
Été					x			0	1	1
Chétif					x			0	1	1
Soulagement					x			0	1	1
Retour mémoire						x		0	1	1
Nombre d'associations libres								90	90	180

Codes couleur	
Zone 1	Associations les plus fréquentes et les plus importantes Citées 4, 5 ou 6 fois au rang 1, 2 ou 3
Zone 3	Associations les moins fréquentes et les plus importantes Citées 1, 2 ou 3 fois au rang 1, 2 ou 3
Zone 2	Associations les plus fréquentes et les moins importantes Citées 4, 5 ou 6 fois au rang 4, 5 ou 6
Zone 4	Associations les moins fréquentes et les moins importantes Citées 1,2 ou 3 fois au rang 4, 5 ou 6

Annexe VIII : Extraits des réponses à la dernière question du questionnaire de recueil des représentations professionnelles

En utilisant les 3 premiers mots/expressions, écrivez ce qu'évoque pour vous une « première prise de poste de cadre de santé à la sortie de l'IFCS » ?

N°	Réponses des cadres de santé
R2	La première prise de poste de cadre de santé après la formation à l'IFCS est une expérience riche de challenge tant sur le plan professionnel que personnel. Cette entrée en matière est une découverte aux multiples facettes génératrice de stress, pouvant être négatif.
R7	Retour sur le terrain avec une grande motivation pour réaliser des projets et retrouver une équipe.
R12	La première prise de poste est le passage de ce que j'étais avant à ce que je suis maintenant, j'ai des compétences je dois maintenant les mettre en pratique.
R18	Établir une relation de confiance en collaboration avec une nouvelle équipe et évoluer dans un climat de loyauté réciproque.
R19	La première prise de poste après la formation à l'IFCS a permis de revenir avec une légitimité certaine permettant de mettre en œuvre divers projets et envies suscités par la formation. Un an après, je dirai que cela a nécessité beaucoup de capacités d'adaptation à un nouvel environnement de travail.
R20	C'est un moment intense dans les premiers mois avec une appréhension la veille qui se renouvelle les jours suivants. Pour moi un nouveau travail, nouvelle fonction puisque j'ai pris mes fonctions dans la pédagogie, milieu où je n'avais pas exercé en tant que faisant fonction de cadre de santé. J'ai pu bénéficier d'un accompagnement dans mes fonctions avec mise à disposition de ressources, d'accompagnement par mes nouvelles collègues.
R22	Cette prise de poste est pour moi le début d'une nouvelle carrière de cadre, elle est synonyme d'une poursuite des apprentissages que ce soit dans la confrontation avec le terrain ou la mise en place de nouveaux procédés qui imposent des recherches.
R27	La joie de retourner sur le terrain, la joie d'avoir réussi ! L'équipe, c'est ce qui est fait la richesse du métier de cadre. L'investissement, car une prise de poste demande un grand investissement. Comprendre le fonctionnement du service, établir une relation de confiance avec les équipes, une prise de poste nécessite beaucoup de travail et d'investissement.
N°	Réponses des directeurs.trices des soins
DS1	La première prise de poste de cadre de santé après la formation professionnelle doit être sécurisée pour ne pas fragiliser les jeunes professionnels aspirant à réaliser ce métier. Leur transition professionnelle doit être facilitée, en augmentant la connaissance qu'ils ont de leur écosystème, en leur permettant d'identifier leurs interlocuteurs et la place que chacun occupe dans le système, et en les intégrant à un collectif de pairs sécurisant. Ils doivent par ailleurs pouvoir questionner leurs pratiques dans des espaces privés, hors hiérarchie, avec des professionnels formés à l'APP.
DS3	J'attends des candidats un positionnement dans la fonction qui amène à une autonomie, une force intérieure pour faire face à la mouvance, être positif pour embaucher les équipes et donner du sens.
DS9	Dans mon établissement l'expérience de FFCS est obligatoire pour une validation du projet CS et avant départ à l'IFCS. Entretiens avec le DS avant fin de la formation. Accueil du "nouveau cadre". Échanges sur la formation, les stages, le mémoire. Indication du nouveau poste (différent de l'ancien poste de FFCS). Orientation vers le CSS de pôle. Écoute des demandes éventuelles. Expression de la confiance de la direction des soins.
DS13	Premier positionnement en tant que cadre diplômé et non plus FFCS
DS17	L'intégration du cadre en sortie d'IFCS nécessite un soutien et un compagnonnage par et avec ses pairs, de sa hiérarchie, de sa direction. Une première phase comme un T0 qui nécessite d'évaluer à T1 les réussites de son intégration, les points irritants et les besoins.
DS23	En sortant de la formation, le cadre de proximité est plongé dans la dure réalité du terrain, en ayant comme objectif de manager son équipe avec ses valeurs professionnelles.
DS29	Il s'agit d'une restructuration de la carrière, une nouvelle orientation qui comblera l'expérience passée avec de nouveaux objectifs de gestion et de management

Annexe IX : Extraits de l'analyse des verbatims des entretiens

Thèmes	Sous-thèmes	Verbatims	Profil (N°)
Accompagnement	Accueil	C'est pas que de l'accueil physique hein c'est pas ça oui... C'est des intentions, c'est de la manière dont on s'adresse à l'autre, la manière...	DS2 (CGS)
Accompagnement	Accueil	(...) comment on les accueille quand ils sortent de l'école et qu'ils arrivent comment ils sont attendus, comment ils ont les outils qu'il faut, les habilitations qu'il faut...le côté attendu est primordial, c'est à dire que j'arrive, je peux avoir sur mon bureau, j'ai mon ordinateur, toutes mes habilitations, tout ce qui va bien en amont, on a planifié mon RDV pour que je vois le chef de service, le chef de pôle... et je suis accueilli par le CSS ou... si absent ou indisponible, un CS du pôle	DS2 (CGS)
Environnement capacitant	Communication	(..) tout ce qui est support, c'est important qu'ils sachent qu'il y a un nouveau cadre qui arrive au sein de l'établissement, alors il y a une note, une note de service mais elle arrive parfois 3 semaines après ou un mois après ... c'est un peu tard et c'est juste un papier avec un nom, je me dis ... il faudrait rendre cette information plus com, euh attractive active...	DS3
Parcours	Schémas cognitifs	...le manque de cadres nous conduit à les mettre de plus en plus jeune...mais jusqu'ou peut-on aller? Moi, par exemple, c'est un garçon, il y a peut-être une différence...bon intellectuellement une grande capacité d'analyse, enfin il est...je le trouve super même dans sa posture mais voilà ce qui me met en difficulté c'est qu'il a 24 ans, 24 ans (...) parce que c'est fatigant comme métier, ils vont faire combien ou plutôt tenir combien d'années, ça me pose question...peut-être qu'il y a un changement de paradigme sur les nouvelles générations.	CSS3
Prise de poste	Conduite projet collectif	Donc c'est nouveau depuis deux ans, les cadres qui sortent de l'école doivent travailler ensemble et ... donc cette année, ils travaillent sur la valise de garde. À partir d'une enquête qui a été faite auprès de tous les cadres pour faire évoluer l'outil... Voilà les documents, le dispositif, les première garde, donc c'est le travail qu'ils sont en train de mener...ils ont fait une enquête Google...	CGS3
Accompagnement	Tutorat	L'expérimentation de la formation cadre de santé aura un impact fort sur la prise de poste. (...) le 4ème semestre est quasiment totalement consacré à un stage professionnalisant dans le service d'affectation du futur cadre de santé.(...) Au cours de cette période, le l'étudiant CS va pouvoir prendre connaissance de son environnement, être accompagné dans l'analyse de sa prise de poste par les tuteurs de satge et par les formateurs à l'IFCS.	DS4 (IFCS)
Parcours	Le choix du poste	Au mois de mai, je vois avec XXXX (le CGS) tous les étudiants cadres de santé qui vont sortir au mois de juin. Nous leur présentons les postes. Il y a exactement le même nombre de postes que d'étudiants. Ils doivent s'organiser, et candidater auprès des CSS et des chefs de service pour les entretiens.	DS1
Prise de poste	Schémas cognitifs	La prise de poste, il faut l'accompagner car il faut réussir à trouver le bon accompagnement surtout pour deux cas de figure : à la sortie de l'école, il y a les chétifs et les cowboys entre guillemets, c'est très bien car ils sont dynamiques et il ne faut pas casser cette dynamique mais il faut l'accompagner. Il s'agit de jongler entre encourager et freiner, le juste(...)	DS3
Parcours	Adaptation	Les faisant-fonctions CS qui intègrent l'école c'est vraiment à la suite d'un parcours du combattant, je trouve que c'est long et finalement (...) tout le monde a le même parcours alors qu'il faudrait, je crois le faire en fonction des personnes.	CS2
Prise de poste	Rapport d'étonnement	Le DS m'a demandé de faire un rapport d'étonnement que j'ai présenté un mois et demi après mon arrivée. (...) J'ai demandé de l'aide au CSS puis je l'ai présenté au CSS et au DS en même temps. J'ai trouvé que c'était bien car cela m'a permis d'identifier toutes les ressources.	CS1
Pilotage	Collaboration DS-DRH	La collaboration avec le DRH sur le sujet des cadres est indispensable. Je dialogue régulièrement avec lui. C'est moi qui rencontre le candidat et qui valide le projet professionnel mais ensuite le candidat est vu par la DRH pour l'aspect de la prise en charge.	DS2 (CGS)
Pilotage	Validation projet (commission d'audition)	Le projet cadre de santé est validé en commission d'audition, il y a d'ailleurs la procédure sur intranet (...). La commission d'audition permet de valider un projet par les différents acteurs concernés : CGS ou DS en gestion, DS IFCS, DRH ou un représentant et un représentant de la CME	DRH1
Pilotage	Validation projet	Le repérage du potentiel de cadres est fait par les CSS qui travaille le projet avec le professionnel. Si le projet se concrétise, je rencontre ce professionnel avec le CSS pour valider le projet et l'envoyer en entretien avec XXXX (le CGS) et le DRH. Dans notre établissement, le projet cadre et le financement de la formation sont validés au moment de l'entretien avec le CGS et le DRH qui se traduit ensuite par l'exercice d'un FFCS.	DS1

MOUSSIER	Cidàlia	Décembre 2022
Filière Directeurs.trices des soins Promotion Bertly Albrecht, 2022		
Le parcours de professionnalisation des cadres de santé : un pilotage transversal du directeur des soins inscrit dans un environnement capacitant Focus sur la première prise de poste		
<p>Résumé :</p> <p>Alors que la contribution des cadres de santé (CS) à la qualité des soins est reconnue depuis plusieurs années (Dugast & Chauvancy, 2015), il est constaté une baisse d'attractivité pour ce métier corrélée à une hausse de postes vacants de CS au sein des établissements de santé, pourvus en grande majorité par des faisant-fonction de CS. Le parcours de professionnalisation des CS est ainsi devenu un enjeu majeur pour le directeur des soins (DS). Différentes données de la littérature et exploratoires nous conduisent à la question de recherche suivante :</p> <p>« En quoi le pilotage transversal du directeur des soins permet-il de garantir la réussite de la première prise de poste de cadre de santé après la formation à l'IFCS* ? »</p> <p>Inscrite dans une méthodologie mixte, cette recherche à visée descriptive, compréhensive et pragmatique avait pour objectif d'identifier les conditions de réussite de la prise de poste des CS. 30 CS et 30 DS ont répondu à un questionnaire basé sur le recueil des associations libres et hiérarchisées. Afin d'enrichir ces données quantitatives, 11 entretiens semi-directifs ont été menés (4 DS dont un coordonnateur général des soins et un directeur d'IFCS*, un directeur adjoint des ressources humaines, 3 cadres supérieurs de santé et 3 CS) au sein de trois centres hospitaliers universitaires.</p> <p>Le parcours de professionnalisation ne s'arrête pas à la prise de poste. Il se poursuit par l'exercice de la fonction d'encadrement. La prise de poste est une période propice au développement des compétences comportementales et relationnelles (les soft skills). À cet égard de nombreux dispositifs, méthodes et outils sont mis en place mais les résultats de la recherche soulignent qu'ils ne se suffisent pas en eux mêmes et que les CS doivent pouvoir s'en saisir. D'où la perspective de promouvoir un pilotage transversal inscrit dans un environnement capacitant en proposant des pistes d'action pour le DS articulées autour des quatre axes de Shortell : stratégique, structure, technique et culturel.</p> <p style="text-align: right;">* IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé)</p>		
<p>Mots clés :</p> <p>Cadres de santé managers, parcours de professionnalisation, prise de poste, compétences, projet, motivation, accompagnement, pilotage transversal, environnement capacitant, centre hospitalier universitaire (CHU), directeur.trice des soins.</p>		
<i>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.</i>		