



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2005

**L'ACCUEIL ET L'INTEGRATION
DES CADRES DE SANTE:
UN ENJEU MANAGERIAL MAJEUR
POUR LE DIRECTEUR DES SOINS**

Hubert DERCHE

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 LES APPORTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS.....	5
1.1 Le cadre théorique	5
1.1.1 Les modalités d'accès au grade de Cadre de Santé.....	5
1.1.2 La formation des Cadres de Santé	5
1.1.3 Les missions du cadre : une réglementation floue et peu consistante	6
1.2 Cadre de Santé : une fonction complexe dans un univers complexe	8
1.2.1 La complexité hospitalière : défi ou aubaine pour le cadre	8
1.2.2 Cadre de Santé : une fonction en transformation.....	11
1.3 La prise de poste des cadres nouvellement diplômés : une étape d'un processus de conversion identitaire	14
1.3.1 Le projet professionnel : un outil de référence pour le changement de fonction ..	15
1.3.2 La prise de poste : une étape de la construction identitaire du cadre.....	16
1.4 La prise de poste : une étape du processus d'apprentissage visant à l'acquisition de compétences.....	18
1.4.1 L'apprentissage : pour donner du sens à partir de l'expérience	18
1.4.2 L'apprentissage expérientiel	19
1.4.3 Les compétences au cœur de la problématique de la prise de poste des jeunes cadres	20
1.5 L'accueil : du concept à l'action.....	22
1.5.1 Définition de l'accueil.....	22
1.5.2 Le concept d'accueil.....	22
1.5.3 Les trois dimensions de l'accueil.....	23
1.5.4 Les enjeux de l'accueil du nouvel arrivant	23
1.6 Le concept d'intégration.....	24
1.6.1 L'approche sociologique.....	24
1.6.2 L'approche psychosociologique	24
1.6.3 La dimension culturelle de l'intégration.....	25
1.6.4 La socialisation organisationnelle	25
1.6.5 L'institution et l'intégration	26
2 L'ENQUETE : METHODOLOGIE, RESULTATS, SYNTHESE.....	27
2.1 Les entretiens exploratoires.....	27
2.2 La méthodologie de recueil des données.....	27

2.2.1	Le déroulement des entretiens.....	27
2.2.2	La population cible.....	28
2.2.3	Les outils.....	28
2.2.4	Les limites de l'enquête et les points forts	29
2.3	L'analyse des résultats de l'enquête	29
2.3.1	Des représentations de la fonction pendant la formation à l'I.F.C.S aux activités quotidiennes du cadre de santé	29
2.3.2	Les attentes des acteurs quant à la fonction cadre et leur impact sur la prise de poste.....	32
2.3.3	L'autonomisation : un processus nécessaire à l'intégration.....	34
2.3.4	Des politiques d'accueil et d'intégration des cadres hétérogènes et perfectibles	37
3	LES BASES D'UN PROJET D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DES CADRES	43
3.1	Direction et politique d'établissement à la base de la démarche.....	43
3.1.1	La nécessité d'une Direction forte, homogène et ouverte	43
3.1.2	La nécessité d'une politique axée sur la gestion des ressources humaines.....	44
3.1.3	La nécessité d'organiser la reconnaissance institutionnelle des cadres.....	44
3.2	Anticiper la prise de poste en vue d'un atterrissage progressif.....	45
3.2.1	Le repérage des potentiels et la validation du projet cadre.....	45
3.2.2	Le principe contractuel de la mise en situation : le Faisant-Fonction de cadre de santé.....	47
3.2.3	L'affectation : les grands principes à retenir	48
3.3	L'accueil : un moment privilégié pour l'intégration des cadres.....	49
3.3.1	L'organisation de la reconnaissance des cadres à leur retour.....	49
3.3.2	L'accueil : un moment propice à l'instauration d'un climat de confiance	50
3.3.3	L'entretien d'accueil avec le Directeur des Soins	50
3.3.4	Le rapport d'étonnement comme outil d'implication rapide du cadre.....	51
3.4	La professionnalisation des cadres, enjeu majeur d'intégration.....	51
3.4.1	La nécessité de comprendre et de s'appuyer sur l'existant	52
3.4.2	Une politique d'accompagnement au service du jeune cadre.....	52
3.4.3	L'évaluation des compétences : un processus interactif continu	53
3.5	Contribution du D.S à l'intégration des cadres.....	55
	CONCLUSION	57
	BIBLIOGRAPHIE.....	59
	LISTE DES ANNEXES.....	I

Liste des sigles utilisés

C.H	Centre Hospitalier
C.H.U	Centre Hospitalier Universitaire
C.S	Cadre de Santé
C.S.S	Cadre Supérieur de Santé
D.S	Directeur des Soins
D.R.H	Directeur des Ressources Humaines
F.F	Faisant – Fonction
G.P.E.C	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
I.F.C.S	Institut de Formation des Cadres de Santé

INTRODUCTION

L'établissement dans lequel nous allons exercer à la sortie de notre formation à l'Ecole Nationale de Santé Publique ne compte au sein de ses effectifs qu'un seul Cadre Supérieur de Santé s'occupant du secteur de gériatrie. Pour l'ensemble des services de court séjour ainsi que medico-techniques ou de rééducation, les cadres sont les interlocuteurs directs du Directeur des Soins. Il en résulte une importance toute particulière de ces professionnels de santé en prise directe d'un côté avec l'unité de soins, le médecin, le patient et sa famille et de l'autre la Direction des Soins et la politique institutionnelle de soins qu'elle mène.

Dans ce contexte environnemental, le cadre constitue une ressource précieuse pour le Directeur des Soins en se posant comme la principale courroie de transmission entre la Direction Générale et les équipes soignantes.

Un cadre actuellement en formation dans un Institut de Formation des Cadres de Santé, vient de rejoindre l'établissement qui ne dispose pas à ce jour de procédure d'accueil et d'intégration. S'interroger sur la politique d'encadrement et notamment sur l'intégration des cadres, chargés de faire avancer les équipes soignantes dans un contexte incertain et mouvant, nous semble être une priorité quant à notre prise de fonction.

En dehors de ce contexte local, il existe trois raisons majeures qui justifient pour le Directeur des Soins la nécessité de réfléchir à la prise de fonction et à l'intégration des cadres à la sortie de leur formation à l'I.F.C.S :

- la pénurie de cadre va s'accroître avec la crise démographique¹ qui se profile. En effet, selon une enquête menée en 2000 à la demande de la Direction des Hôpitaux², 6% des postes de cadres étaient inoccupés et les départs en retraite des cadres ne cessent d'augmenter pour atteindre un nombre de départs par an maximal en 2013. D'ici là, 60% de l'effectif actuel des cadres sera parti à la retraite. Ces chiffres posent clairement la problématique du recrutement, de la fidélisation et de **l'intégration** afin de donner aux professionnels de santé l'envie de devenir cadre.
- Le secteur hospitalier s'inscrit actuellement dans une logique d'évolution et de mutation profonde. Le nouveau principe de tarification oblige à des changements de

¹ DONIUS.B. *La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences*. Document pédagogique, formation des Directeurs de Soins, E.N.S.P, 2005.

² MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION DES HOPITAUX. Etude sur l'encadrement hors équipe de direction - dans les établissements publics de santé. Octobre 2000.

penser l'activité à l'hôpital, la nouvelle gestion contractualisée par pôles induit une logique par objectifs, les exigences des usagers sont croissantes, la culture qualité doit être renforcée et pérennisée dans les établissements...De manière générale, la complexité hospitalière est croissante et génère pour l'institution des attentes grandissantes quant aux compétences de tous les acteurs hospitaliers et notamment des cadres.

- Le décret 2002-550³ a officialisé la gestion des cadres par le Directeur des Soins ainsi que son autorité hiérarchique par délégation du chef d'établissement. Avoir la possibilité de s'appuyer sur des cadres compétents et motivés est un enjeu majeur pour le Directeur des Soins, c'est pourquoi il est important de s'intéresser au développement de leurs compétences, de participer à la construction de leur identité, de les aider, les accompagner et de les considérer, ils en ont bien besoin, comme des leviers importants dans les évolutions actuelles de l'hôpital.

Le début de notre réflexion se fonde sur des lectures ainsi que sur quatre entretiens exploratoires réalisés auprès de trois cadres qui venaient de prendre leur fonction depuis moins d'un an et d'un Directeur des Soins.

Devenir cadre et passer d'une logique de soins à une logique de gestion des soins correspond aujourd'hui assurément à un changement de métier. En effet, le métier de cadre est très différent de celui de l'ancien surveillant qui était quelquefois associé à une spécialité infirmière. A cet égard, un cadre jeune dans sa fonction, nous confiait lors de la phase exploratoire de ce travail qu' « *il est parfois difficile de se positionner dans certaines situations à cause de son passé d'infirmier* ». Cette « *harmonisation entre la culture soignante antérieure et la nouvelle culture managériale* »⁴ peut être une réelle difficulté rencontrée lors de la prise de fonction. Dès lors, il apparaît important de s'interroger pour donner du sens soignant, en terme de qualité de soins à la fonction managériale, et ce, afin de réduire « *la dichotomie entre management opérationnel et management fonctionnel* »⁵. Mais de quels moyens dispose alors le jeune cadre pour se

³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, page 7187.

⁴ MALHOMME.M-L. Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 265.

⁵ POSTEL-FERRY.B. Cadres : Bilan et perspectives de 40 ans de formation. *Objectif soins*, Mai 1999, n°75, pp. VIII - IX.

sortir de cette difficile mission ? Sont-ils techniques ? Structurels ? Humains ? De façon plus générale, qui peut aider le cadre à construire sa nouvelle identité, et comment ?

De plus, cette mutation identitaire s'organise dans un contexte de profession en transformation tant il est vrai que le contexte hospitalier et son évolution demandent des compétences augmentées au cadre. En effet, les restructurations hospitalières sont nombreuses : fusion, absorption, déplacement d'activités, fermeture de service, réseau sont des items que le cadre doit maintenant intégrer dans sa pratique quotidienne. La logique de soins intégrant la gestion des coûts oblige par ailleurs le cadre à des compétences de plus en plus fines.

Dans ce contexte mouvant, le cadre, quelquefois écrasé par les différentes logiques hospitalières, tente parfois l'impossible quadrature du cercle en ne perdant pas de vue la logique essentielle : celle du patient.

Le métier change mais le malaise demeure. Chaque article concernant les cadres retrace le malaise identitaire, la non reconnaissance, les difficultés de positionnement et leur isolement : « *on ne sait pas toujours ce qu'on attend de nous* ».

Quand à la prise de poste, des entretiens⁶ menés auprès d'étudiants cadres deux mois avant leur prise de fonction nous montrent des personnes confiantes, appréhendant assez peu leur future fonction. Les mêmes, interrogés quelques mois plus tard, parlent de doutes, de certitudes qui vacillent, de déstabilisation, de brouillard, de désorientation, de problème de positionnement.

Que s'est-il passé entre les deux moments ? Comment peut-on expliquer cette prise de fonction jugée douloureuse ?

A son retour de l'Institut de Formation des Cadres de Santé, le cadre découvre un établissement qui au vu du contexte a parfois beaucoup changé. Dans bien des cas, son affectation n'est décidée que quelques semaines (parfois quelques jours) avant son retour et ceci complique la prise d'informations et l'appropriation de ces informations avant la prise de poste.

Par ailleurs, les trois jeunes cadres que nous avons rencontrés regrettent l'absence de période d'adaptation et évoquent une prise de poste brutale où on leur demande très vite d'être opérationnel : « *on est autant dans l'action que l'on croyait être dans la réflexion...ce n'est vraiment pas facile* ». Paradoxalement, le cadre est très rapidement

⁶ PETITJEAN-MOIROUD.C. Prise de poste en unité de soins : Une expérience d'accompagnement des nouveaux cadres de santé. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 271.

dans l'action alors qu'il a beaucoup entendu parlé pendant sa formation d'analyse, de réflexion et de stratégie. Mais ne peut-on pas imaginer une prise de poste moins brutale ? Un temps d'adaptation n'est-il pas possible ? Comment l'institution peut-elle adoucir cette prise de fonction ?

Dans un souci d'objectivation de l'ensemble de ces constats, par ailleurs interprétés selon nos représentations, notre vécu et la perception du discours d'autres professionnels, nous allons maintenant tenter de comprendre **pourquoi il est essentiel de s'intéresser à l'intégration des cadres.**

Cette problématique sera le fil conducteur de notre travail pour lequel nous avons retenu, afin de le baliser, trois hypothèses de travail :

- le décalage entre les représentations de la fonction cadre au moment de la formation et les activités quotidiennes du cadre après la prise de fonction peut devenir un atout à l'intégration s'il est anticipé,
- les attentes des différents acteurs hospitaliers par rapport à la fonction cadre sont multiples et parfois contradictoires, elles compliquent la prise de fonction du cadre,
- l'autonomisation recherchée lors de l'apprentissage de la fonction se transforme parfois en isolement strict, très difficile à vivre pour le cadre.

Cette recherche s'étendra à l'ensemble des cadres nouvellement diplômés indépendamment de leur âge et de leur parcours professionnel antérieur. En effet nous ne disposons pas à ce stade d'élément objectif permettant d'affirmer ici des rapports de causalité. Nous nommerons alors ces cadres alternativement jeunes cadres, cadres nouvellement diplômés ou bien encore cadres à la sortie de formation. Nous considérerons par ailleurs une période d'intégration égale à un an, date que l'on utilisait auparavant pour proposer la titularisation du cadre.

Ainsi donc, après avoir défini les concepts relatifs à la prise de fonction des jeunes cadres, nous relaterons une enquête, réalisée auprès de professionnels concernés par cette prise de poste, dont l'analyse des résultats à la lumière des concepts précités nous permettra en dernière partie de proposer un pré-projet d'intégration des jeunes cadres.

1 LES APPORTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS

1.1 Le cadre théorique

1.1.1 Les modalités d'accès au grade de Cadre de Santé

Le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001⁷ crée un statut unique du corps des Cadres de Santé qui regroupe l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et medico-techniques. Il comprend le grade de Cadre de Santé et celui de Cadre Supérieur de Santé.

Les Cadres de Santé sont recrutés, à la suite d'un concours sur titres interne ou externe ouvert dans chaque établissement. Ce concours est ouvert aux candidats titulaires du diplôme de Cadre de Santé ou certificat équivalent ayant exercé, au 1^{er} janvier de l'année du concours, au moins 5 ans dans un ou plusieurs corps constituant les trois filières paramédicales.

Depuis la sortie de ce décret en 2001, les anciennes voies d'accès au grade de Cadre de Santé - notamment par voie d'inscription sur un tableau d'avancement - sont supprimées. Il naît de ce décret un passage obligatoire par un Institut de Formation des Cadres de Santé ainsi que l'obtention du diplôme sanctionnant la formation pour prétendre accéder au grade de Cadre de Santé.

Ce passage obligatoire par un institut de formation va très certainement modifier considérablement, dans les années futures, le profil des équipes d'encadrement de proximité.

1.1.2 La formation des Cadres de Santé

La formation visant au diplôme de Cadre de Santé s'étale sur une période de 42 semaines, elle s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Une épreuve écrite d'admissibilité visant à évaluer les capacités d'analyse et de synthèse ainsi qu'un oral d'admission articulé autour du projet professionnel du prétendant permettent de sélectionner les candidats.

La formation a pour finalité « *de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des Cadres de Santé afin d'enrichir les relations de travail et les*

⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. – Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} janvier 2002, page 38.

coopérations entre les catégories professionnelles indispensables à la cohérence des prestations »⁸. Au total, la formation prépare les étudiants à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion en leur apportant « les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel »⁹. Pour cela, elle s'organise autour de 6 modules et du principe de l'alternance entre les enseignements théoriques et les stages.

Les six modules couvrent les thématiques suivantes :

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

Cette formation d'adulte tend à apporter aux étudiants cadres des moyens et des outils conceptuels et pratiques pour répondre aux demandes des usagers, de leur équipe, du corps médical et plus généralement de l'institution. Elle permet aux étudiants d'appréhender des situations de travail complexes, d'y réfléchir, d'alimenter leurs expériences par des concepts et réciproquement de nourrir la théorie de leurs pratiques. Ainsi, la formation de Cadre de Santé vise des acquis de formation (capacités, connaissances) qui se transformeront en compétences au cours de l'exercice professionnel.

L'annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995 reconnaît la nécessaire adaptation régulière de la formation afin d'accompagner l'évolution des établissements et des pratiques, laissant supposé que les missions du cadre évoluaient parallèlement.

1.1.3 Les missions du cadre : une réglementation floue et peu consistante

Le grade de Cadre de Santé regroupe des fonctions d'encadrement en institut de formation dans la filière d'origine ou des fonctions d'encadrement de proximité en unités

⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. – Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. *Journal officiel de la République Française*, 20 août 1995, page 129.

⁹ Ibid.

fonctionnelles. Compte tenu de notre problématique, nous nous attacherons uniquement à l'exercice cadre au sein des services de soins.

Ses missions sont évoquées dans le décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001¹⁰. En effet, l'article 4 du dit décret prévoit que «*les agents du grade de Cadre de Santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements* ». Cette définition des fonctions exercées par le cadre, peu consistante, est la plus récente. Elle démontre la difficulté à définir les activités du cadre. En effet, il faut remonter à 1990 pour trouver une circulaire¹¹ qui regroupe en 4 thèmes les principales missions du surveillant aujourd'hui devenu Cadre de Santé :

- il participe à la définition des objectifs du projet de l'unité avec l'équipe pluridisciplinaire,
- il assure la responsabilité de la gestion de l'unité,
- il coordonne l'organisation des soins entre l'équipe soignante et l'équipe médicale pour une prise en charge globale de la personne soignée,
- il est responsable de l'encadrement et de l'animation des personnels.

Bien que non exhaustive, cette photographie des activités du surveillant en 1990 permettait une base de travail susceptible d'accepter des modifications locales de la fonction d'encadrement. Mais est-elle encore adaptée quinze ans plus tard ?

Aujourd'hui, la recomposition du paysage hospitalier, le passage aux 35 heures du temps de travail, les évolutions technologiques, la généralisation des démarches qualité ainsi que la future crise démographique des professions hospitalières posent questions. C'est dans ce cadre que l'observatoire des métiers et des emplois de la fonction publique hospitalière a proposé le « *répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière* »¹². Cet ouvrage, sans caractère réglementaire, constitue, à travers des fiches métier, un outil de gestion et de développement des ressources humaines dans les établissements de santé.

Dans ce répertoire, le métier de Cadre de Santé est classé dans la famille « *soins et activités paramédicales* » et dans la sous-famille « *management et formation* ». La fiche

¹⁰REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. – Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} janvier 2002, page 38.

¹¹ CIRCULAIRE DH/8A/PK/CT n° 00130 relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers, Nomenclature des emplois types de l'hôpital, Direction des hôpitaux, 20 février 1990.

¹² Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Rennes, Edition Ensp, 2004.

métier concernant le Cadre de Santé (celui dit de proximité exerçant en unité de soins) relève des activités telles que la gestion de l'information, le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, le suivi et le bilan d'activité en soins de l'unité, la planification des activités de soins ainsi que l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires. Ces activités n'étaient pas explicitement retrouvées dans la nomenclature des emplois types de 1990.

Globalement, la législation qui concerne les missions des cadres de santé se résume à peu de choses : le cadre est un responsable qui encadre et anime, mais son positionnement fonctionnel reste finalement assez flou. Certes, ceci permet des adaptations aux contextes locaux et aux rythmes soutenus des transformations hospitalières mais il n'en reste pas moins que l'encadrement soignant, dont l'ensemble des dirigeants hospitaliers ne cesse de répéter l'importance mériterait un positionnement plus éclairé et des missions plus précisément définies.

C'est au regard de ce cadre réglementaire assez pauvre et dans un contexte mouvant et turbulent que nous allons tenter de comprendre l'évolution de la fonction de Cadre de Santé.

1.2 Cadre de Santé : une fonction complexe dans un univers complexe

Puisque les contours de la fonction cadre sont assez mal délimités, la forme que peut prendre cette fonction dépend largement du contexte environnemental d'exercice. Dès lors, il apparaît important de s'intéresser à la principale caractéristique de l'univers hospitalier : sa complexité.

1.2.1 La complexité hospitalière : défi ou aubaine pour le cadre

a) Le concept de complexité

Selon Genelot¹³, « est perçu comme complexe tout phénomène qui échappe pour partie à notre compréhension et à notre maîtrise ». La complexité se caractérise donc par l'imprévisibilité et l'incertitude, mais aussi par les nouvelles possibilités d'ouverture ou d'évolution qu'elle suscite. A cet égard, Genelot va même jusqu'à prétendre que « *refuser la complexité, c'est refuser l'évolution et les occasions de progrès* »¹⁴.

¹³ GENELOT.D. *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP Editions, 1998.

¹⁴ Ibid.

La complexité croît avec les technologies, la concurrence et se manifeste notamment par « *l'amplification des interdépendances, la recherche de nouvelles valeurs et l'explosion des modèles de management* ». ¹⁵.

La pensée complexe refuse l'idée que « *la connaissance du tout se ramène à la connaissance de la partie élémentaire* » ¹⁶ et relève l'importance des interdépendances entre les différentes parties constituant le système.

L'hôpital moderne, terrain de lutte de pouvoir et d'évolutions technologiques doit aujourd'hui répondre à des exigences multiples (médicales, économiques, sociales et parfois politiques) dans ses prises en charge face à la concurrence. Ainsi donc, il s'inscrit complètement dans la catégorie des organisations complexes.

b) La complexité de l'hôpital ou le quotidien du cadre

La complexité hospitalière repose essentiellement sur le mode d'organisation, sur la place du pouvoir dans l'organisation ainsi que sur la diversité de logiques des acteurs la composant.

La structure de l'organisation hospitalière

Elle est assimilable à la structure des organisations définie par Mintzberg ¹⁷.

Elle est constituée par :

- le centre opérationnel dont le travail est directement lié à la production, dans notre cas l'unité de soins,
- le sommet stratégique représenté par l'équipe de direction,
- la ligne hiérarchique permettant la liaison entre l'opérationnel et le stratégique. A l'hôpital, les cadres assurent cette fonction de transmission,
- la technostructure ou les centres d'analyse et d'organisation, représentés à l'hôpital par les directions fonctionnelles,
- les fonctions de support logistique, nombreuses et excessivement importantes à l'hôpital (cuisine, blanchisserie, transport, brancardage).

Dans ce type d'organisation, la part prépondérante de l'encadrement dans la structure est évidente et laisse supposer pour le cadre des missions stratégiques.

¹⁵ Ibid.

¹⁶ LE MOIGNE.JL, MORIN.E. *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille : ASPEPS Edition, 1997. 85 p.

¹⁷ MINTZBERG.H, *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les éditions d'organisation, 1993.

La place du pouvoir dans l'organisation

Autrefois issu d'une conception statutaire et verticale, le pouvoir est aujourd'hui considéré, notamment par Bernoux, comme « *la capacité d'un acteur, dans sa relation à l'autre, de faire en sorte que les termes de l'échange lui soient favorables* »¹⁸.

L'hôpital est un des « terrains de jeu » favorisés des relations de pouvoirs. Selon Clement, « *l'hôpital public est remarquable par sa polyarchie* » et « *ce n'est pas un pouvoir qui prédomine mais plusieurs pouvoirs qui coexistent* »¹⁹.

Dans ce contexte, charge au cadre de s'adapter à cette multitude de pouvoirs (patient, familles, médecins, direction, équipe) afin de pouvoir participer avec les autres à l'évolution de la prise en charge des patients.

Les différentes logiques rencontrées à l'hôpital

La complexité augmente avec le nombre des acteurs mais surtout avec la diversité des logiques qui les anime. Nous retiendrons ici la classification de J. Hart et S. Lucas qui qualifient les directeurs de « *marginiaux sécants du système hospitalier qui doivent penser national et régional et agir local* », qui évoquent par ailleurs en ce qui concerne les médecins « *le besoin des autres pour s'affirmer* » et enfin pour les soignants, « *une quête de reconnaissance par eux-mêmes et par les professionnels avec lesquels ils sont en interdépendance* »²⁰.

Ces enjeux se retrouvent dans les pratiques quotidiennes, et autant que les problèmes qu'ils soulèvent dans ses pratiques, il s'agit bien pour le cadre de se poser la question du sens de ces différents enjeux.

c) Le Cadre de Santé et la complexité hospitalière

Nous avons vu combien l'univers hospitalier était complexe et combien le cadre avait une position centrale par rapport à cette complexité. Dès lors, il s'agit pour lui de comprendre les situations et les comportements avant d'agir pour faire de sa position unique un atout à la vision globale de l'organisation ainsi qu'au développement de son « *intelligence stratégique* »²¹. Pour cela, il est nécessaire qu'il considère la complexité comme une invitation à la compréhension. En effet, c'est bien la complexité du contexte ou plutôt la lecture que le cadre en fait qui détermine les décisions qu'il prend et les actions qu'il mène.

¹⁸ BERNOUX.P. *La sociologie des organisations*. Evreux : Editions du seuil, 1985. 382 p.

¹⁹ CLEMENT.J.M. *Les pouvoirs à l'hôpital*. Paris : Editions Berger-Levrault, 1995.

²⁰ HART.J, LUCAS.S. *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002.180 p.

²¹ Ibid.

La problématique de la complexité devient alors la problématique des représentations qu'a le cadre de la complexité, Genelot affirme que « *le degré de complexité de la réalité dépend de la représentation que s'en fait l'observateur* » et que « *ce sont les représentations que nous avons des situations qui conditionnent les actions que nous menons* »²². Plutôt que de subir la complexité, il s'agit bien pour le cadre de développer à travers ses représentations une lecture **constructive** de la réalité complexe.

Cette lecture continue de la réalité complexe constitue une des principales caractéristiques de l'évolution de la fonction de cadre au cours des dernières années.

1.2.2 Cadre de Santé : une fonction en transformation

L'appellation Cadre de Santé est très récente mais la naissance de la fonction est ancienne.

a) Du surveillant au Cadre de Santé

Le surveillant agent de maîtrise

Comme le souligne Y. Knibiehler, « *les surveillantes ont toujours existées* »²³.

La fonction d'encadrement de proximité est tout d'abord assurée par les religieuses qui occupent essentiellement des fonctions d'intendance.

Ce n'est qu'au début du XXème siècle que des infirmières laïques pourront accéder, après sept années d'exercice, à un poste de sous-surveillante puis à un poste de surveillante deux ans plus tard. En 1938 est créé un diplôme supérieur d'infirmière²⁴ qui s'adresse aux infirmières de plus de trente ans ayant plus de cinq années de diplôme. La formation sur laquelle débouche ce diplôme est destinée à former en un an les personnels appelés à exercer des fonctions de maîtrise. En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante²⁵, le premier dispositif officiel de formation voit le jour en 1958 sous la forme du Certificat d'Aptitude aux fonctions d'Infirmière Surveillante qui est remplacé en 1975 par le certificat de Cadre Infirmier.

²² GENELOT.D. *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP Editions, 1998.

²³ KNIBIEHLER.Y, et al. *Cornettes et blouses blanches*. Paris : Hachette, 1984.

²⁴ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1938. – Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalière, et d'assistant et assistante du service social de l'Etat. *Journal officielle de la République Française*, 22 février 1938, 2163.

²⁵ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1943. – Décret n° 831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospice publics. *Journal officiel de la République Française*, 27 avril 1943.

Jusqu'à cette époque, les cadres étaient issus du rang, et ce sont leurs compétences techniques et leur ancienneté qui les propulsaient au grade de surveillant. Les valeurs du cadre de l'époque étaient celles du métier d'origine, ceci, conforté par l'influence du corps médical qui se reconnaissait dans ce mode d'évolution professionnelle. Le cadre de l'époque est alors une « super » infirmière très occupée par son rôle d'assistance auprès du médecin et dont les activités administratives sont encore peu importantes. Devenir cadre est donc alors une évolution dans le métier d'infirmière.

L'évolution du métier de cadre tient son origine dans l'apparition des contraintes économiques tels le contrôle puis la maîtrise des dépenses de santé qui caractérisent l'hôpital de la fin du siècle dernier.

Les cadres deviennent alors des gestionnaires qui participent au développement des fonctions administratives et financières de l'hôpital.

Ces nouvelles activités participeront à leur émancipation vis à vis du corps médical.

Cette émancipation provoquée par l'évolution des activités et recherchée par les cadres déjà en quête d'identité et de reconnaissance, marque le point d'ancrage de la mutation de la fonction cadre à l'hôpital.

Le Cadre de Santé facilitateur de changement

Les mutations de l'environnement continuent à modifier l'exercice du métier de Cadre de Santé. Les systèmes complexes engendrent incertitudes, contradictions, paradoxes et nécessitent adaptabilité, réactivité et innovations face aux situations de travail. Le cadre doit maintenant acquérir une vision systémique de l'organisation sanitaire dans laquelle il intervient afin de placer l'utilisateur au cœur de l'organisation et de donner du sens aux projets qu'il conduit.

Le cadre d'aujourd'hui doit faire preuve d'aptitude au management de la complexité et fédérer les multiples acteurs relevant des logiques différentes.

Afin d'améliorer la prestation au patient, le cadre doit mobiliser les qualités de tous afin d'organiser les synergies et l'intelligence collective autour de projets de changements.

Le cadre d'aujourd'hui encadre, anime, aide, soutient, guide, évalue et construit un environnement favorable au développement de l'autonomie et de la responsabilité. Il est en permanence « à l'interface d'une quadruple contrainte : l'administration, le corps médical, l'équipe soignante et la personne soignée »²⁶. Dans ce cadre, une des difficultés du métier de cadre est d'harmoniser sa gestion des soins avec son management. Avec ces contraintes multiples, la problématique principale de la fonction cadre est la place que

²⁶ MALHOMME.M-L. Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 265.

l'institution souhaite leur donner mais aussi celle qu'ils seront capables de prendre ou de se faire.

Leur contexte environnemental de travail risque encore d'évoluer dans les années futures et leurs capacités d'adaptation vont être mises à l'épreuve pour « *manager ces évolutions plutôt que de les subir* »²⁷.

b) Le Cadre de Santé de demain

Le paysage hospitalier va continuer à évoluer notamment sur les points de vue structurel et managérial. Le cadre de demain devra faire preuve de compétences augmentées pour accompagner les membres de son équipe dans les processus d'évolutions.

Sur le plan structurel, l'hôpital vit l'ère des fusions, absorptions, restructurations, redimensionnements, coopérations. Toutes ces évolutions sont génératrices de stress et d'incertitudes pour les équipes soignantes. Le cadre va devoir concilier des enjeux quelquefois contradictoires pour « *construire collectivement le changement* »²⁸. En effet, c'est bien le Cadre de Santé qui va prioritairement accompagner les équipes dans ces changements en utilisant son « *intelligence stratégique* »²⁹.

Ce concept d'intelligence stratégique fait référence aux approches théoriques compréhensives par lesquelles le cadre doit passer pour appréhender la complexité de son environnement. Cette intelligence stratégique permet de mettre en œuvre des conditions, des leviers favorisant les projets et les représentations collectives.

Sur le plan managérial, en effet, dans le cadre du plan Hôpital 2007³⁰ et notamment de la déconcentration de gestion en pôles, de sa logique de responsabilisation et de contractualisation, l'appropriation par les équipes des objectifs collectifs devient un enjeu majeur. Le cadre, au carrefour des différentes logiques verra sans doute sa position de médiateur renforcée. Comprendre les enjeux de chacun et adapter sa stratégie d'action ou de communication deviendra alors une nécessité absolue.

²⁷ NIZARD.G. Cadre de santé, une fonction en transformation. *Soins cadres*, Novembre 2002, n°44, pp. 13-14.

²⁸ HART.J, LUCAS.S. *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002.180 p.

²⁹ Ibid.

³⁰ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2005.- Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé. *Journal de la République Française*, 3 mai 2005, p. 7626.

D'autres évolutions attendent probablement le cadre, elles concernent des compétences nouvelles³¹ :

- juridiques, en rapport avec la judiciarisation croissante de la médecine et l'augmentation des contraintes réglementaires,
- technologiques, en raison de l'évolution de plus en plus rapide des techniques médicales,
- interprofessionnelles en raison de la gestion des pôles par trois acteurs issus des trois logiques hospitalières.

Par ailleurs, les cadres verront peut-être dans les prochaines années des profils de poste à redéfinir pour leur équipe dans le cadre de possibles transferts de compétences.

Nous venons de voir que la fonction de cadre évoluait au rythme des établissements de santé : **les cadres exercent une fonction complexe dans un univers complexe et turbulent.**

Pour les cadres nouvellement diplômés, la tâche s'annonce particulièrement rude. L'environnement complexe, les missions mal définies, des attentes importantes de la part de l'institution, une formation à concrétiser sur le terrain, un projet et une conversion identitaire à finaliser sont autant de difficultés majeures qu'il faudra surmonter.

Il s'agit à ce stade de la réflexion de comprendre les concepts clés qui permettent de mieux cerner la prise de fonction et les premiers mois d'exercice d'un cadre sortant de l'I.F.C.S.

1.3 La prise de poste des cadres nouvellement diplômés : une étape d'un processus de conversion identitaire

Le cadre nouvellement diplômé, lorsqu'il prend son poste à la sortie de l'I.F.C.S, a déjà une expérience d'au moins 4 ans dans son métier d'origine lui conférant certains acquis, des connaissances provenant de l'année de formation ainsi que des compétences développées dans le cadre de l'alternance en stage dans les établissements de santé.

Pourtant lors d'entretiens exploratoires avec 3 cadres au début de ce travail, tous ont souligné une prise de poste allant de « *pas facile* » à « *chaotique* ».

Les principales difficultés rencontrées spécifiquement lors de la prise de poste et des premiers mois d'exercice sont relatives au passage du soin à la gestion des soins, tant en terme de mutation identitaire que de compétences nouvelles à acquérir, à la confrontation des savoirs théoriques avec les situations de travail.

³¹ Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Rennes, Edition Ensp, 2004.

La prise de poste constitue une étape importante du projet professionnel de l'intéressé en ce sens qu'elle est le moment où le cadre bascule en situation de travail dans le monde du management. Même si la conversion identitaire a sans doute débuté dans les premières phases du projet professionnel, il n'en reste pas moins que cette prise de poste représente une concrétisation (il reste par ailleurs le concours sur titres) du projet du cadre.

1.3.1 Le projet professionnel : un outil de référence pour le changement de fonction

a) Le concept de projet professionnel

Le projet est « *la représentation mentale exprimée et consciente d'une situation globale future* »³².

La conception du projet dépend notamment « *de la capacité de l'acteur à bâtir une image mentale d'une situation future, à agir de façon différée, donc à garder en mémoire cette image tant qu'il n'y a pas eu réalisation et enfin à concevoir un plan d'action qui va permettre la réalisation du projet* »³³.

Dans le cadre de notre recherche, le projet professionnel du cadre est notamment déterminé par :

- **sa fonction pédagogique** qui lui permet de prendre part au développement de l'acteur. Le projet délimite le parcours d'apprentissage nécessaire à sa réalisation et développe la capacité d'un acteur à décider par lui-même, à choisir, à rejeter et à agir sur l'environnement,
- **sa fonction managériale** qui fait de lui un « *outil de créativité et d'innovation* »³⁴ facilitant l'appréhension de l'environnement et permettant l'expression du système de valeurs de l'intéressé. Dans ce cadre, le projet est un formidable outil pour donner du sens à l'action des professionnels qui ont décidé de devenir cadre et à leur volonté de manager,
- **sa fonction identitaire**, qui selon Goguelin et Krau, est « *le moteur pour nous-mêmes et le révélateur, pour les autres, de notre identité* »³⁵. Dans le cas qui nous intéresse du passage à des fonctions d'encadrement, le projet est le fil conducteur de la démarche, il pose un cadre dans lequel va s'inscrire la mutation identitaire du professionnel.

³² GOGUELIN.P, KRAU.E. *Projet professionnel, projet de vie*. Paris : ESF éditeur, 1992. 195 p.

³³ Ibid.

³⁴ BOUTINET.J-P. *Anthropologie du projet*. Paris : Edition PUF, 1993. p.120.

³⁵ GOGUELIN.P, KRAU.E. *Projet professionnel, projet de vie*. Paris : ESF éditeur, 1992. 195 p.

Cette démarche implique le cadre, de son époque de prétendant à la fonction cadre, jusqu'à sa prise de poste. Ce n'est pas une démarche facile, elle demande un engagement et la découverte de l'écart entre la pensée et l'action, dans notre cas le désir de devenir cadre et l'exercice quotidien de la fonction de cadre. Elle nécessite aide et soutien.

b) Le projet professionnel appelle guidance et accompagnement

Le Directeur des Soins doit à travers sa politique d'encadrement favoriser le soutien des projets en tentant de maintenir élevées les motivations des intéressés à vivre leur projet. Attention, la finalité de cet accompagnement est bien de former des adultes responsables et autonomes, pas de se substituer aux auteurs du projet.

Accompagner, « *c'est considérer l'autre comme une personne en devenir, autonome et responsable, auteur et acteur de son projet* »³⁶.

Il s'agit pour les responsables de l'accompagnement d'amener l'intéressé à intégrer ses propres ressources et à prendre de la distance par rapport aux situations de travail lui permettant d'analyser ses expériences, plus généralement de favoriser sa mutation de la fonction de soignant à celle de cadre.

1.3.2 La prise de poste : une étape de la construction identitaire du cadre

La prise de poste représente la première véritable mise en situation professionnelle (les stages, même s'ils permettent le contact direct laissent rarement la possibilité d'agir seul) depuis le départ en formation du cadre. Elle marque pour le cadre le début d'une obligation d'harmonisation du soin et du management, la concrétisation du changement de métier. Cette étape s'inscrit dans un processus débuté aux balbutiements du projet cadre : la construction de l'identité du cadre.

a) Le concept d'identité

Deux voies différentes et complémentaires permettent d'aborder le concept d'identité. Dubar reprend cette approche en soulignant que l'identité est « *une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction* »³⁷.

La transaction interne correspond à **l'identité pour soi** constituée de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences présentes et celles du passé.

³⁶ ALIX.I ; BERNIER.M. Projet professionnel et formation. *Soins cadres*, Août 2001, n°39.

³⁷ DUBAR.C. *La socialisation*. Paris : Armand Colin, 2000. 255 p.

De son côté, l'**identité pour autrui** est un processus identitaire relationnel qui permet le positionnement d'un individu dans un système de valeurs, de relation, de pouvoir dans un contexte social.

La construction de l'identité outre ces deux composantes relève deux processus paradoxaux mais nécessaires.

b) Identification et identisation

Ces deux concepts évoquent le caractère paradoxal de l'identité qui s'élabore dans la confrontation de la similitude et de la différence.

L'**identification**³⁸ fait référence au modèle parental, c'est-à-dire qu'elle répond à la question « qui suis-je » par « je suis comme... ». Ce concept renvoie aux notions d'uniformité, de conformité de soumission et de dépendance. Dans notre cas il s'agit classiquement de l'identification de l'infirmier au modèle médical.

L'**identisation**³⁹ désigne le processus selon lequel l'individu revendique sa différence, elle répond de son côté à la question « qui suis-je » par « je suis différent de... ». Il s'agit de l'identisation de l'infirmière aux modèles paramédicaux dans le cadre du rôle propre et de la démarche de soins.

Dans un contexte dans lequel s'organisent trois logiques différentes, il semble intéressant de prendre en compte cette approche pour concevoir le positionnement identitaire des cadres.

c) L'identité professionnelle

Sainsaulieu⁴⁰ évoque la construction du processus identitaire à partir d'une analyse des relations de travail.

Il définit l'identité professionnelle comme la façon dont les différents groupes de travailleurs s'identifient aux pairs, aux chefs ou au groupe. Il insiste sur le lien entre identité et reconnaissance qui permet la constitution de logiques d'acteurs au travail.

Le concept d'identité correspond alors à ce qu'un individu évoque ou représente en terme d'acteur sociologique pour les autres.

Cette approche reconnaît en le pouvoir une dimension essentielle de l'identité professionnelle, « *trouver le pouvoir quotidien d'exercer une influence et de mettre en*

³⁸ ABDELMALEK.A, GERARD.J-L. *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Inter Editions, 1995.

³⁹ Ibid.

⁴⁰ SAINSAULIEU.R. *L'identité au travail : Les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988, p. 304.

œuvre ses forces et ses compétences dans les relations aux autres, contribue à façonner l'image de soi et les représentations des autres »⁴¹.

Selon Sainsaulieu, l'identité professionnelle repose autant sur les capacités à se faire reconnaître que sur les moyens sociaux de la reconnaissance, c'est-à-dire les possibilités que l'organisation offre pour se faire reconnaître.

Ce type de regard sociologique porté sur l'identité professionnelle nécessite une compréhension de l'organisation et des jeux d'acteurs qui s'y déroulent avant de développer des stratégies.

Dans le cadre de notre recherche, cette approche souligne l'importance de la compréhension de l'environnement par le cadre nouvellement diplômé pour lui permettre une affirmation identitaire quant à sa nouvelle fonction. Tout comme le projet professionnel, cette approche sociologique de l'identité renvoie la prise de poste du nouveau cadre au processus d'apprentissage : de la fonction pour l'un, de l'environnement pour l'autre.

Ce concept d'apprentissage semble être notamment un des fondements de la phase analytique de la prise de poste.

1.4 La prise de poste : une étape du processus d'apprentissage visant à l'acquisition de compétences

Le jeune cadre a travaillé ses représentations de la fonction cadre pendant son année de formation, il a acquis des connaissances qui vont lui permettre d'enrichir ses analyses. Il doit maintenant concrétiser ses capacités en situation de travail et continuer ses apprentissages afin de devenir progressivement moins dépendant et développer les compétences requises à l'exercice de la fonction cadre.

1.4.1 L'apprentissage : pour donner du sens à partir de l'expérience

Selon Meirieu, *« la situation d'apprentissage est une situation dans laquelle un sujet s'approprie de l'information à partir du projet qu'il conçoit. Il s'appuie pour ce faire sur des capacités et des compétences déjà maîtrisées qui lui permettent d'en acquérir de nouvelles »⁴².*

Dans le cadre de notre recherche, nous retrouvons ici la notion de **projet** qui anime le nouveau cadre, **l'expérience** antérieure qui lui a permis de développer des capacités et

⁴¹ Ibid.

⁴² MEIRIEU.P. *Apprendre...Oui, mais comment ?* Paris : ESF Editeurs, 1987.

des compétences ainsi que la notion **d'appropriation** de l'information en fonction de ses valeurs, de ses représentations et de ses analyses des situations de travail.

Les théories de l'apprentissage mettent en avant la production de sens par l'interprétation de notre expérience pour définir l'apprentissage. Mezirow nous dit que « *le processus d'apprentissage revient à utiliser une interprétation nouvelle ou révisée du sens de notre expérience, interprétation qui va orienter nos actes à venir* »⁴³.

Les difficultés d'apprentissages seraient alors pour le cadre, liées à des difficultés d'interprétation de la réalité et de sa propre expérience.

A l'intérieur des différentes théories de l'apprentissage, il en est une qui semble le mieux convenir à l'intégration des nouveaux cadres : l'apprentissage expérientiel.

1.4.2 L'apprentissage expérientiel

Selon Kolb, la formation expérientielle est « *un processus au cours duquel un savoir est créé grâce à la transformation de l'expérience* »⁴⁴. Elle comprend quatre étapes qui sont ici appliquées à notre recherche.

Face à une situation nouvelle (**l'expérience nouvelle**), le cadre débutant prend un temps d'arrêt, il analyse les éléments de la situation, les compare aux données recueillies lors d'expériences précédentes et aux éléments d'information dont il dispose (**l'observation réflexive**). Lors de la troisième étape (**la conceptualisation abstraite**) il découvre les concepts et les principes généraux lui permettant d'intégrer ses propres données. Enfin, les résultats des étapes précédentes sont réinvestis dans l'action (**l'expérimentation active**), ce qui permet de vérifier si les solutions trouvées sont efficaces.

Il s'agit d'un processus circulaire, constamment répété, qui ne se déroule pas nécessairement dans un ordre établi.

F. Landry évoque deux conditions pour qu'une formation puisse être qualifiée d'expérientielle : « *le contact direct et la possibilité d'agir* »⁴⁵. Ces deux conditions étant parfaitement réunies dans le cadre de la prise de fonction des cadres, il semble intéressant de noter cette approche dans le cadre du plan de progression du professionnel.

Ces théories laissent apparaître la nécessité d'intégrer (dans le sens comprendre) nos expériences pour développer des compétences et ainsi agir efficacement.

⁴³ MEZIROW.J. *Penser son expérience*. Lyon: Chronique sociale, 2001. p.30.

⁴⁴ KOLB.D-A. *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1984. In *Objectifs soins*, Décembre 2002, n°111, p.13à18.

⁴⁵ LANDRY.F. La formation expérientielle : origine, définition et tendances. *Education permanente*, 1989, n°100.

1.4.3 Les compétences au cœur de la problématique de la prise de poste des jeunes cadres

a) Le concept de compétence

Il existe de nombreuses définitions de la compétence, ce concept a évolué dans le temps ces 20 dernières années et se décline de plus à travers différents champs d'applications, tels que la sociologie, la psychologie, l'ergonomie, la pédagogie.

Nous retiendrons ici deux définitions :

- celle de N. Alter particulièrement adaptée au contexte hospitalier qui entend par compétence : « *la capacité à traiter efficacement des tâches dans un univers déterminé* »⁴⁶,
- celle de Le Boterf, considéré comme le spécialiste actuel du concept de compétence qui le définit comme « *la résultante de trois facteurs, le savoir agir qui suppose de savoir combiner et mobiliser des ressources pertinentes ; le vouloir agir qui se réfère à la motivation personnelle de l'individu et au contexte plus ou moins incitatif dans lequel il intervient ; le pouvoir agir qui renvoie à l'existence d'un contexte, d'une organisation du travail, de choix de management, de conditions sociales qui rendent possibles et légitimes la prise de responsabilité et la prise de risque de l'individu* »⁴⁷.

Dans le cas de la prise de poste des cadres, il s'agit de continuer à construire, avec les autres (l'équipe, l'administration, les médecins, les patients) et dans un contexte donné, les différents savoirs (faire, faire faire, être, faire être). Ceux-ci leur permettront de donner des réponses adaptées, originales, rapides et efficaces aux problèmes que posent les turbulences de l'environnement.

En ce sens, la compétence rend autonome et favorise la prise d'initiative.

Quant à l'attribution de la construction des compétences, et selon V.Merle : « *le développement des compétences est le fruit d'une co-responsabilité du salarié et de l'entreprise* »⁴⁸. En effet le rôle de l'institution dans le processus de développement des compétences est d'accompagner la progression individuelle mais aussi d'intégrer ce développement individuel dans une démarche collective.

⁴⁶ ALTER.N. *L'innovation ordinaire*. Paris : P.U.F, 2003. 278 p.

⁴⁷ LE BOTERF.G. *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'organisation, 2004. 244 p.

⁴⁸ MERLE.V. Le rôle du salarié dans la gestion des compétences. *Personnel*, n°440, page 21.

b) Les compétences collectives : une approche systémique

L'idée de système de compétences affirme que la compétence collective peut être plus que la somme des compétences individuelles.

Pour cela l'articulation des différents savoirs et la coordination des actions de chacun vers des objectifs communs sont impératives.

« *Pour concourir à ces compétences collectives, chacun doit mettre en œuvre ses connaissances, son action mais aussi savoir les insérer comme contribution à l'œuvre collective* »⁴⁹.

Cette coordination des activités ne peut se faire que dans un contexte de collaboration propre à l'apprentissage collectif. C'est en ce sens que les deux types de compétences sont interdépendants.

Cette idée d'interdépendance entre compétences individuelles et collectives est d'importance pour le dirigeant afin de mettre en place un management basé sur la gestion des compétences.

Une fois défini, il s'agit notamment d'appliquer ce concept de compétence au management hospitalier dans le cadre de la mesure des progressions individuelles.

c) L'évaluation des compétences

En matière de compétence, la question centrale pour le Directeur des Soins au regard de l'entrée dans la fonction d'un jeune cadre est : quelles sont, en matière de compétence, les exigences du poste permettant de garantir qualité et sécurité des soins dans l'unité ?

Selon S.Lucas et J.Hart, « *actuellement rien n'est fait pour évaluer des compétences qui sont de plus en plus spécifiques et donc exigent de la part des soignants un temps d'adaptation au poste de travail de plus en plus long* »⁵⁰.

Pour mesurer des compétences, un référentiel ou une grille de compétences semblent nécessaires, pourtant ce type d'outil est encore très peu répandu dans les hôpitaux notamment du fait de la difficulté de son élaboration.

En effet, la constitution d'un véritable référentiel de compétences suppose de connaître non seulement le travail réel mais aussi d'avoir observé ce travail pour comprendre les différentes façons de le réaliser.

⁴⁹ TEULIER.R. Construire ensemble des connaissances pour nourrir des compétences. *Soins cadres*, Février 2002, n°41.

⁵⁰ HART.J, LUCAS.S. *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002.180 p.

Ce travail d'analyse est obligatoire, sans lui « *on n'évaluerait que l'aspect courant d'un emploi en passant à côté de ce qui fait la compétence réelle, l'expertise et l'inventivité dans la réalisation de ce travail* ». ⁵¹

Nous avons, à ce stade du travail, abordé la mutation identitaire des jeunes cadres ainsi que la période d'apprentissage que constitue les premiers mois d'exercice, il nous faut maintenant évoquer l'arrivée du cadre dans l'établissement et notamment les concepts d'accueil et d'intégration.

1.5 L'accueil : du concept à l'action

L'accueil constitue un pré-requis de l'intégration d'un nouvel arrivant.

« L'accueil n'est plus aujourd'hui limité aux malades et à leurs familles. L'institution hôpital, pour préserver son niveau de développement et de compétence, doit également réfléchir à l'accueil de ses personnels, à leur intégration dans les rouages parfois complexes de l'établissement (...) C'est pourquoi, il convient de rappeler que l'accueil constitue une des valeurs fondamentales de la gestion des ressources humaines » ⁵².

1.5.1 Définition de l'accueil

Pour le Petit Larousse, l'accueil c'est :

- l'action, la manière d'accueillir,
- le lieu où, dans une administration, une entreprise, on accueille les visiteurs.

L'accueil représente donc l'objet (un accueil chaleureux), l'acte (la manière d'accueillir) et le lieu.

Notre étude propose de s'intéresser à l'accueil alternativement en temps qu'objet ou acte selon que l'on se place du côté du nouvel arrivant ou de l'institution.

1.5.2 Le concept d'accueil

L'accueil est un acte relationnel. Il constitue la première phase de l'intégration.

L'accueil que réserve une institution à ses nouveaux employés montre l'intérêt qu'elle porte au personnel qui la constitue.

Accueillir efficacement amène à établir un contact positif, première étape de toute relation humaine.

Selon N.Metzger, ancien chef du personnel de l'hôpital Mont Sinai à New York, « *les premiers jours d'un nouvel employé sont difficiles, tant pour lui que pour l'hôpital.*

⁵¹ HEBRARD.P. Questions autour de la définition de la validation et du transfert des compétences. *Soins cadres*, Août 2004, n°51, page 62.

⁵² MARTIN.D. Accueil, insertion pour quoi faire ? *Gestions hospitalières*, Mai 1995.

C'est une période d'adaptation à un milieu nouveau, étranger et parfois apparemment hostile. Les premières impressions sont indélébiles même si l'on cherche à les effacer plus tard, elles deviennent fortement enracinées dans l'esprit de l'employé »⁵³.

De son côté, Walter Hasbeen écrit : « être accueilli, c'est être attendu en vue de réaliser quelque chose, bénéficier d'un sourire, capter de la chaleur, bénéficier d'une démarche personnalisée (...) percevoir de la disponibilité en terme de moment, de lieu et de personnes »⁵⁴.

Pourtant l'accueil ne fait pas toujours l'objet d'une attention particulière lors de l'arrivée d'un nouveau personnel.

1.5.3 Les trois dimensions de l'accueil

A l'hôpital, le concept d'accueil peut revêtir trois dimensions : organisationnelle, matérielle et comportementale.

La dimension organisationnelle de l'accueil sous-entend la prise en charge du nouvel arrivant dans la dimension personnelle, professionnelle et administrative. L'accueil peut selon cet axe se décliner en procédure.

La dimension matérielle correspond à ce qui est réservé au jeune cadre en termes d'équipements et d'environnement de travail.

La dimension comportementale est la réponse que nous apportons à chacune de ses attentes, de manière générale le climat dans lequel s'installe la relation.

Selon C.Vandenbulcke, « *accueillir, nous pensons uniquement que c'est donner, mais on ne donne que ce que l'on a reçu : accueillir c'est donc d'abord recevoir, écouter, accepter l'autre* »⁵⁵.

Accueillir est donc à la fois un processus prévisible que l'on peut formaliser mais aussi une forme d'adaptation à l'autre et à ses besoins faisant appel à une culture de l'échange et de l'acceptation.

1.5.4 Les enjeux de l'accueil du nouvel arrivant

« Au delà de l'accueil, il faut travailler sur les risques et les opportunités que représente l'arrivée des nouveaux personnels »⁵⁶.

⁵³ ARTAL B., Accueil, orientation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital Suisse. *Soins*, Mai 1983, n°405, p. 25.

⁵⁴ HESBEEN. W, BONNET.H. *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin dans une perspective soignante*. Paris : Inter Edition, Masson, 2000.

⁵⁵ VANDENBULCKE. C. L'accueil : L'hospitalité à l'hôpital. *Revue Recherche en soins, ARSI*, 1999, n°57.

⁵⁶ BRIZON. H. *L'intégration des nouveaux soignants*. Paris : Masson, 2002.

Les objectifs de l'accueil sont triples, il s'agit là de maintenir un fonctionnement de qualité, de permettre une prise de poste la moins stressante possible et de profiter des opportunités ou leviers d'amélioration que constituent l'arrivée d'un nouveau cadre.

L'accueil vise à rendre le contexte moins étranger, il est un moment d'écoute des attentes respectives.

Accueillir, c'est prendre le temps de connaître le nouvel arrivant en tant que personne unique, c'est déjà faciliter son apprentissage en appréciant ses acquis.

L'accueil est une activité de gestion des ressources humaines permettant de faire partager ses idées, ses conceptions, ses préoccupations, sans pour autant les imposer.

Dans une institution, **l'accueil est l'affaire de tous**. Il témoigne d'un type de management et ne peut être réduit à son aspect prévisible et procédural pourtant nécessaire.

En tant que premier maillon de la chaîne, **l'accueil conditionne largement le processus d'intégration**.

1.6 Le concept d'intégration

Selon la définition du Larousse : l'intégration c'est « *faire entrer dans un ensemble, dans un groupe plus vaste* ».

S'intégrer signifie « *s'assimiler à un groupe, s'assimiler c'est se considérer et pouvoir être considéré comme semblable à quelqu'un* »⁵⁷.

1.6.1 L'approche sociologique

Pour définir l'intégration, M.Grawitz propose le regard sociologique suivant : « *partie ou groupe s'insérant dans un tout, mais à des degrés divers et de façon différente suivant les domaines* »⁵⁸.

1.6.2 L'approche psychosociologique

Cette approche semble correspondre assez précisément à notre objet d'étude et à son champ d'application.

Toujours selon M.Grawitz, « *à l'intérieur d'un groupe, l'intégration s'exprime par l'ensemble des interactions entre les membres, provoque un sentiment d'identification au groupe et à ses valeurs* »⁵⁹.

C'est à travers les échanges avec les autres membres du groupe que l'identification au groupe va se construire et que pourra émerger le nous collectif.

⁵⁷ Dictionnaire Larousse. Paris : Larousse, 2003.

⁵⁸ GRAWITZ. M. *Lexique des sciences sociales*. Dalloz, 1994, p. 225.

⁵⁹ Ibid

1.6.3 La dimension culturelle de l'intégration

L'intégration passe par ailleurs par l'appropriation de modèles, de valeurs, de normes qui constituent la manière de penser du nouveau groupe d'appartenance.

Pour R.Sainsaulieu, la transmission de la culture va permettre à un collectif d'être « *capable d'actions coordonnées entre les membres par une mentalité commune, un ensemble de représentations, de codes, de symboles qui ont le même sens pour tous* »⁶⁰.

L'intégration est un processus continu, il sera considéré comme bien engagé, c'est-à-dire que le nouveau cadre sera considéré comme un membre à part entière du groupe lorsque les éléments de la culture professionnelle qui guident le comportement et influent la manière de penser feront partie de sa personnalité.

1.6.4 La socialisation organisationnelle

Selon L.Bousquie et S.Plante il s'agit d'un « *processus d'apprentissage des comportements et des attitudes nécessaires pour assumer un rôle dans une organisation* »⁶¹.

Il s'agit là pour l'institution de rechercher les éléments qui vont favoriser l'acquisition des normes, des valeurs, des règles de l'institution par le nouvel arrivant tout en étant capable d'assurer de nouvelles tâches.

La socialisation organisationnelle fait état de trois étapes dans le processus d'intégration :

- **la socialisation anticipatrice** consiste à réaliser une pré-arrivée pour permettre au nouvel arrivant de se projeter dans sa future fonction et de se représenter son travail dans son nouveau lieu d'exercice,
- **l'étape d'accommodation** permet le passage du statut d'étranger à celui de nouveau venu. C'est la découverte pour le nouvel arrivant de son nouvel environnement, des tâches et missions qui lui sont confiées. Cette étape correspond à la confrontation entre les représentations et la réalité. Elle est une phase d'apprentissage et de découverte de la culture de l'entreprise,
- **le management du rôle** peut débuter une fois l'intégration complète et réussie. Le nouvel arrivant connaît maintenant bien son environnement ainsi que les compétences qu'il va devoir développer pour mener à bien ses missions.

⁶⁰ SAINSAULIEU. R. *L'identité au travail*, Presses Fondations Nationales Sciences Politiques, 1985.

⁶¹ BOUSQUIE. L, PLANTE. S. *Dynamique de socialisation organisationnelle : L'accueil et l'insertion des infirmiers recrutés au sein de l'hôpital de Purpan*. Université de Toulouse le Mirail, 1998.

1.6.5 L'institution et l'intégration

En facilitant l'intégration d'un nouvel arrivant, l'institution saisit l'opportunité de communiquer sur sa culture, ses valeurs, son organisation, ses réalisations et ses projets. Faciliter l'intégration, c'est permettre le rapprochement d'une personne avec une vie propre, des désirs, des objectifs et une institution également avec une histoire, une organisation, des projets et des stratégies.

L'intégration est donc une action collective de rapprochement.

Elle est la résultante de la communication du système institutionnel et de la résonance qu'il provoque avec le système de valeurs du nouvel arrivant. Cet exercice nécessaire est cependant compliqué. Selon P. D'Iribarne, « *le besoin d'intégrer des actions individuelles dans un marché collectif est un impératif universel de gestion (...) il faut coordonner, mais sans étouffer pour autant, sans casser l'enthousiasme de chacun, ses désirs d'aller de l'avant, d'innover, de créer, sans démotiver* »⁶².

« La réussite de l'intégration repose sur la qualité des procédures d'accueil et du suivi de l'intégration »⁶³.

Pour l'institution, il s'agit là de donner au jeune cadre de l'information, des explications mais aussi d'être capable de recevoir un regard extérieur, des attentes nouvelles et personnalisées.

L'intégration est donc un processus dynamique et continu qui demande une volonté commune d'échanger dans le but de progresser collectivement.

Après avoir approfondi les différents concepts qui favorisent ou compliquent le processus d'intégration, nous allons maintenant relater le résultat obtenu à la suite d'une enquête permettant à la fois d'émettre un avis sur les hypothèses initiales mais aussi de continuer à éclairer le sujet à travers les différentes expériences relatées.

⁶² D'IRIBARNE. P. *La logique de l'honneur* : Paris : Editions du seuil, 1989.

⁶³ PERETTI. JM. *Ressources humaines* : Paris : Vuibert, 2002.

2 L'ENQUETE : METHODOLOGIE, RESULTATS, SYNTHESE

L'enquête réalisée auprès de professionnels à ce stade de la réflexion a une fonction de validation, elle prend naissance dans un travail exploratoire mené en tout début de recherche.

2.1 Les entretiens exploratoires

Quatre entretiens non directifs (les moins directifs possible) ont été menés auprès de trois cadres nouvellement diplômés ainsi que d'un Directeur des Soins. Il s'agissait simplement de laisser s'exprimer librement les interviewés quant à la prise de fonction des cadres, nous ne disposions volontairement pas de guide d'entretien.

Ces entretiens avaient pour principal objectif de mettre en lumière des aspects relatifs à la prise de fonction des cadres auxquels nous n'avions pas pensé. Ils ont permis conjointement à une mise au point de nos connaissances à travers des lectures, de définir un champ d'investigation et de constituer la problématique de la recherche.

Ces entretiens ne concernent pas directement l'enquête mais ont joué un rôle très important de cadrage qui mérite d'être souligné.

2.2 La méthodologie de recueil des données

Nous avons fait le choix d'une enquête par entretiens. En effet, la reconstitution de processus d'action, l'analyse d'un problème précis avec les données, les points de vue, les enjeux, les organisations mais aussi le sens que les acteurs donnent aux événements, leur lecture de leurs propres expériences sont autant de critères que l'on retrouve de façon naturelle dans le cadre de l'entretien.

Ils ont été menés de manière semi-directive en « *laissant venir* »⁶⁴ l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, avec les mots qu'il souhaite et dans un ordre qui lui convient.

2.2.1 Le déroulement des entretiens

Tous ces entretiens ont fait l'objet d'une prise de rendez-vous par téléphone auprès des intéressés, ils se sont déroulés dans le bureau des interviewés et ont duré en moyenne une heure. Ils se sont tous déroulés dans une très bonne ambiance générale.

⁶⁴ QUIVY. R, VAN CAMPENHOUDT. L. *Manuel de recherche en sciences sociales* : Paris : Dunod, 1995, p. 195.

2.2.2 La population cible

Au total, nous avons réalisé 13 entretiens qui intéressent 6 établissements (4 centres hospitaliers et 2 I.F.C.S) et 6 fonctions (Directeur des Soins exerçant en gestion ou en formation, D.R.H, médecin, cadre, cadre supérieur et étudiant cadre).

La répartition des interviewés par établissement et par fonction est la suivante :

C.H 1	C.H 2	C.H 3	C.H 4	I.F.C.S 1	I.F.C.S 2
1 médecin 1 D.S 1 cadre	1 D.R.H 1 D.S 1 cadre 1 cadre sup	1 cadre	1 cadre	1 directeur 1 étudiant	1 directeur 1 étudiant

Le choix initial comprenait uniquement les deux I.F.C.S et les centres hospitaliers 1 et 2 en raison de leur taille, le 1 étant un C.H.U et le 2 un établissement de petite taille (semblable à celle de notre établissement d'affectation).

Les établissements 3 et 4 ont été ajoutés car nous n'avons pu interviewer ni au C.H1 ni au C.H2 des jeunes cadres n'ayant pas, avant leur formation à l'I.F.C.S, fait fonction de cadre de santé. Les deux étudiants cadre ont été choisis sur le même mode (un ayant fait fonction, l'autre pas).

Au total, nous avons interviewé **4 Cadres de Santé** (dont deux ayant fait fonction), **2 D.S** exerçant en gestion, **1 D.R.H**, **1 médecin**, **1 Cadre Supérieur de Santé**, **2 directeurs d'I.F.C.S**, **2 étudiants cadre** (dont un ayant fait fonction).

Nous avons interrogé, au travers de cette population cible, les principaux intéressés avant et après la prise de fonction (cadres et étudiants cadre) mais aussi les acteurs impliqués de manière directe dans cette prise de poste (D.R.H, D.S, médecin, directeur d'I.F.C.S et Cadre Supérieur de Santé).

2.2.3 Les outils

Des guides d'entretien⁶⁵ ont servi de supports à ces entretiens, ils ont été conçus de manière à produire les informations adéquates et nécessaires afin de tester les hypothèses de recherche. Ces guides, composés de questions relativement ouvertes ont permis de recentrer les entretiens sur les objectifs chaque fois que nécessaire.

A partir de ces guides, une grille d'analyse des entretiens a été construite. Elle tient compte des 4 thèmes principaux des guides (le décalage entre représentations pendant la formation et activités sur le terrain, l'accueil, les attentes des différents acteurs

⁶⁵ Voir en annexes

quant à la fonction cadre et l'autonomisation recherchée à la prise de poste) et permettra un classement des informations que nous recherchions pour chaque interlocuteur.

2.2.4 Les limites de l'enquête et les points forts

a) Les limites

La première limite tient aux nombres de personnes interrogées (13) et d'établissements représentés (6). Il apparaît bien évidemment difficile d'envisager une généralisation des informations reçues.

Par ailleurs, il a sans doute été compliqué pour certains cadres, même si l'anonymat était garanti, d'évoquer profondément leur ressenti quant à certaines pratiques en sachant que nous connaissions leur hiérarchie. Nous l'avons très fortement ressenti pour l'un d'eux.

Enfin, conscient que l'aptitude à retirer le maximum d'éléments intéressants pendant l'entretien est lié notamment à la formation théorique de l'intervieweur, nous espérons avoir été facilitant pour les interviewés et avoir respecté la faible directivité recherchée.

b) Les points forts

Le type d'entretien retenu a, dans la plupart des cas, permis une expression large et riche, dans un réel climat de confiance.

La diversité des acteurs retenus a amené des points de vue très variés mais aussi intéressants les uns que les autres.

La qualité et la quantité d'informations recueillies montrent que la prise de fonction est un sujet préoccupant qui mérite une réflexion de la part des établissements, et ce quelque soit leur niveau d'approche de la problématique.

2.3 L'analyse des résultats de l'enquête

Les résultats des entretiens vont ici faire l'objet d'une analyse qualitative, la variété des informations recueillies quant aux pratiques des différents établissements n'étant par ailleurs qu'un prétexte pour nourrir notre réflexion et pas du tout un modèle comparatif permettant une classification des établissements.

2.3.1 Des représentations de la fonction pendant la formation à l'I.F.C.S aux activités quotidiennes du Cadre de Santé

a) La formation cadre : une formation généraliste nécessitant des choix

Comme le souligne une directrice d'I.F.C.S, il s'agit « *d'une formation initiale pour entrer dans un nouveau métier* ». Cette formation se trouve aujourd'hui devant le challenge suivant : favoriser le développement des compétences de professionnels qui

devront «*concilier l'impératif gestionnaire porté par les théories de l'économie de la santé avec l'exigence éthique d'un soin bienveillant né de la rencontre entre le soignant et un individu singulier en souffrance* »⁶⁶.

Selon une directrice d'I.F.C.S, les évolutions rapides que vivent les établissements hospitaliers obligent les instituts de formation à « *se questionner sur la pertinence et sur l'actualisation de ce que propose la formation, et ce, chaque année* ».

« *Nous ne voulons pas intellectualiser à l'extrême* » annonce un autre directeur d'I.F.C.S, pourtant, il semblerait bien que pour la plupart des interviewés, la formation soit considérée comme trop théorique : « *la formation est idéalisée, sur le terrain c'est autre chose* » (cadre 3) ou encore « *il me manque des aspects concrets de mon quotidien...les plannings, la gestion des conflits, les indicateurs d'activité* ».

Mais la formation est courte, et des choix s'avèrent nécessaires : « *attention, il est impératif d'argumenter ces choix auprès des étudiants* » (directrice d'I.F.C.S).

Pourtant certains cadres évoquent des regrets : « *j'avais fait fonction et je connaissais mes faiblesses, je voulais approfondir certains domaines, la formation ne m'en a pas donnée l'occasion* » (cadre 3).

Il faudra retenir ici que la formation cadre « *favorise les apprentissages de généralistes* » (directrice d'I.F.C.S) qui devront assumer des responsabilités, s'engager dans la mise en œuvre d'une politique d'établissement et assurer l'encadrement d'équipe hospitalière, qu'elle s'efforce de tenir compte au maximum des besoins spécifiques des étudiants et des établissements et enfin qu'elle peut difficilement répondre à elle seule à toutes les attentes.

Nous allons maintenant nous intéresser aux ressentis des cadres quant à cette formation en fonction de leurs expériences professionnelles en matière d'encadrement.

b) Le cas des professionnels ayant fait fonction de cadre avant l'entrée en formation

L'exercice de la fonction cadre avant l'entrée à l'I.F.C.S est plébiscité par l'ensemble des personnes interrogées. Il s'agit là de passer « *de faire l'expérience de à avoir l'expérience de* »⁶⁷ et onze des treize interviewés considèrent ce passage comme indispensable, seuls les deux directeurs d'I.F.C.S mettent un bémol et évoquent le cas

⁶⁶ TRAMONI. A-V. Quel rôle pour le cadre de santé au regard des nouveaux enjeux du soin. *Soins Cadres*, 3ème trimestre 2000, n°35.

⁶⁷ BOUSSEMAERE.S. Le faisant fonction de cadre de santé. *Objectifs soins*, Décembre 2002, n°111, pp. 13-18.

« d'expériences malheureuses en raison d'un manque de soutien et d'accompagnement de l'institution envers les Faisant-Fonction ».

Faire fonction avant l'entrée en formation permettrait de mieux connaître ses besoins pendant la formation, de réduire le stress et l'effet de surprise de la prise de poste : *« je connaissais les exigences, j'avais fait fonction pendant trois ans...je n'ai pas été surprise»* (cadre 4), de se conforter dans la décision de devenir cadre mais aussi de commencer à se positionner au sein de l'encadrement : *« j'ai commencé à me constituer mon réseau»*.

Le F.F donne effectivement du sens à son action en confrontant son expérience à de nouvelles situations, mais il a pour cela besoin d'être conforté dans certains choix : *« il y avait tellement de points à éclaircir, le D.S était un conseiller précieux»* (cadre 1).

Savant mélange d'autonomie et d'accompagnement, cette mise en situation (*« qui oblige à construire sa pensée personnelle, utile pour le concours et pour l'implication en formation »* directrice I.F.C.S) nécessite un ajustement individuel pour trouver un degré maximum d'efficacité : *« je les aide essentiellement à leur demande »* (D.S 2).

Outre cette expérience d'avant formation, il semblerait que la date d'affectation joue un rôle important dans la prise de poste.

c) L'impact de la date d'affectation sur la prise de fonction

Sur les six personnes intéressées par leur date d'affectation (4 cadres et 2 étudiants), quatre insistent sur l'intérêt de connaître leur affectation le plus tôt possible. En effet, *« la projection n'est pas possible si l'affectation est trop tardive»* (directeur I.F.C.S), mais un D.S souligne les difficultés inhérentes à l'affectation des cadres : *« les mouvements internes, la pression des chefs de service, l'émergence de projets cadres compliquent et souvent retardent les décisions concernant les affectations...mais ce n'est pas satisfaisant »*.

Il semblerait qu'une affectation en milieu d'année cadre permette une projection dans le futur poste lors du stage d'approfondissement : *« c'est une aubaine d'adapter son stage de module 6 à l'affectation (cadre 1) »*, mais évite une année de formation axée uniquement basée sur le futur poste comme le souligne la directrice d'I.F.C.S : *« une affectation trop précoce peut provoquer un important rétrécissement du champ d'investigation de l'étudiant et donc du panel de compétences qu'il va développer »*.

Il existe bien un décalage entre les représentations des étudiants en formation et le quotidien du cadre. Ce décalage nécessaire pour porter un autre regard sur les situations de soins peut cependant devenir un atout à l'intégration s'il est anticipé efficacement en amont de la prise de poste par un accompagnement adapté du projet professionnel, une mise en situation structurée avant l'entrée en formation ainsi que par une affectation précoce permettant la projection dans le futur poste. **L'hypothèse n°1 est donc vérifiée.**

2.3.2 Les attentes des acteurs quant à la fonction cadre et leur impact sur la prise de poste

a) *Les logiques médicales, administratives et soignantes et leurs attentes*

Lors des entretiens, les acteurs de l'institution hospitalière ont exprimé de nombreuses attentes par rapport aux Cadres de Santé. Le médecin conçoit le cadre comme « *une plaque tournante, un coordonnateur diplomate et autoritaire qui prévient et gère les conflits et maintient la cohésion de l'équipe* », l'équipe soignante attend plutôt un pilote, présent et compétent, « *les équipes veulent de l'écoute et de la disponibilité* » (D.S 2) et aussi « *de la compétence technique* » (cadre 3). L'administration attend du cadre qu'il soit un relais efficace de la politique d'établissement, « *le cadre est là pour décliner les projets institutionnels au niveau de son service et faire appliquer les règles* » (D.R.H) et la hiérarchie du cadre souhaite « *des porteurs de projets* » (D.S 1), « *des responsables capables de donner du sens aux soins* » et « *des collaborateurs efficaces avec des valeurs humaines* » (D.S 2).

Au total, de nombreuses attentes qui, néanmoins, restent pour la plupart imprécises. C'est d'ailleurs ce qui ressort des entretiens avec les cadres. Sur les quatre interviewés, trois ont donné exactement la même phrase : « *je ne savais pas ce que l'on attendait de moi* ».

Alors la prise de fonction prend ici une tournure délicate et exprimée par 3 cadres : celle du tâtonnement.

En effet, « *comment commander efficacement quand on ne sait pas bien de qui on doit attendre tel ou tel type de consigne et d'instruction ?* »⁶⁸. Alors on fait « *avec notre expérience, notre vécu et nos valeurs, mais on fait sans doute des erreurs* » précise un cadre.

Il semblerait donc qu'il existe un fossé entre les attentes exprimées par les différents acteurs et les attentes perçues par les jeunes cadres.

Lors de leur prise de poste, les cadres disent avoir navigué à vue. Tous évoquent spontanément ce problème et réclament une clarification de leurs missions.

Nous avons vu que ces missions n'étaient pas précisément définies par la réglementation, elles semblent ne pas l'être davantage en interne dans les établissements. Ainsi les cadres réclament de leur direction « *des attributions précises* » ou « *des orientations, des objectifs* ».

⁶⁸ HART.J, MUCHIELLI.A. *Soigner l'hôpital*. Paris : Editions Lamarre, 1994. 189 p.

Mais délimiter précisément les missions de chacun est un exercice délicat pour les institutions, puisqu'il constitue « *une distribution du pouvoir entre les différents acteurs* »⁶⁹. C'est pourquoi il semble essentiel que cette démarche soit pilotée par l'équipe de direction, mais surtout qu'elle obtienne l'adhésion des cadres, c'est-à-dire « *la compréhension et l'intégration de la démarche dans leur environnement de travail* »⁷⁰.

C'est d'ailleurs peut-être parce que les attentes sont imprécisément exprimées que les cadres ne les trouvent pas forcément divergentes en fonction des logiques administratives, médicales et soignantes. Ils expriment d'ailleurs plutôt des paroles rassurantes sur ce point : « *les médecins et la direction vont dans le même sens que nous* » (cadre 3), « *je ne ressens pas de divergence dans les attentes des médecins et de l'administration* » (cadre 4).

Ou peut-être encore sont-ils, de par leur statut de « *coordinateur, médiateur* » les mieux placés pour « *piloter le projet d'intégration des logiques différentes* »⁷¹ et « *s'appuyer sur elles pour assurer la convergence des actions vers des objectifs communs* »⁷².

b) Les attentes des cadres à la prise de fonction

Les 4 cadres ont cité spontanément des missions claires et de la reconnaissance. Tous pensent que ces deux items facilitent le positionnement du cadre après sa prise de fonction. Ils souhaitent donc bénéficier de reconnaissance, d'implication rapide dans des projets mais aussi être consultés régulièrement : « *il n'y a rien de pire que de ne pas être consulté pendant l'élaboration du projet mais de l'être pour sa mise en œuvre dans des conditions délicates* » (cadre 3).

Au total, les attentes des différentes logiques hospitalières par rapport à la fonction cadre ne sont pas ressenties comme contradictoires. C'est plutôt l'absence de mission claire et formalisée pour les cadres qui semble perturber le plus leur prise de fonction quelquefois assimilée à une épreuve d'orientation. **L'hypothèse n°2 n'est donc pas vérifiée.**

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ ABBAD . J. *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417 p.

⁷¹ GENELOT.D. *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP Editions, 1998.

⁷² SCHWEYER.F-X. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Document pédagogique, formation des Infirmiers Généraux, E.N.S.P, 2002.

2.3.3 L'autonomisation : un processus nécessaire à l'intégration

L'autonomie est ici considérée comme un objectif pédagogique, c'est-à-dire un niveau d'exercice de la fonction cadre. En ce sens, « *on ne donne pas l'autonomie, on donne les matériaux pour qu'elle s'édifie* »⁷³.

La politique d'intégration doit donc prévoir de créer des conditions afin que les jeunes cadres aient la possibilité de devenir des professionnels autonomes.

a) Les jeunes cadres ont besoin qu'on leur fasse confiance

Les Cadres de Santé sont les mieux placés au niveau de l'encadrement pour répondre efficacement aux besoins du patient, il semble donc plus que légitime qu'ils disposent de marges de manœuvre pour s'exprimer, créer, innover et favoriser la qualité de la prise en charge.

Au moment de la prise de poste, ils ont particulièrement besoin de sentir que les acteurs hospitaliers (les médecins, l'équipe et leur hiérarchie) leur accordent leur confiance : « *une intégration réussie, c'est quand on a le sentiment que les autres nous font confiance* » ou « *j'ai commencé à bien me sentir quand le chef de service m'a demandé de le représenter à une réunion importante, j'ai eu l'impression qu'il me faisait confiance* » (cadre 3).

Mais attention, « *la confiance se trouve dans la certitude que la personne va tout faire pour réussir, pas dans le fait qu'elle va réussir. Confiance dans l'être pas dans le faire* »⁷⁴, et responsabiliser le jeune cadre c'est aussi accepter ses erreurs et s'en servir pour rebondir : « *c'est important qu'ils puissent parler de leurs bêtises sans craindre de passer pour des incapables* » (D.S 2).

b) Les jeunes cadres ont besoin qu'on les responsabilise...mais pas trop

La responsabilisation bien dosée est valorisante, la surresponsabilisation est génératrice de stress et d'angoisse : « *je n'ai pas rencontré le Directeur des Soins depuis mon retour, je vois rarement le cadre sup qui remplace un cadre dans un autre service, j'ai l'impression que je suis responsable de tout, si je prends des orientations mauvaises, je pense qu'on saura alors me le faire savoir, c'est très stressant* » (cadre 1).

La responsabilisation doit évidemment être progressive, elle s'inscrit dans un tout comprenant la confiance ressentie par le cadre, le développement de certaines compétences, sa capacité à se positionner mais aussi les conditions environnementales :

⁷³ HOFFMANS-GOSSET.M-A. *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Lyon : Chronique Sociale, 1996.

⁷⁴ JARROSON.B, LENHARDT.V, MARTIN.B. *Oser la confiance*. Paris : INSEP Editions, 1996.

« je n'ai jamais vu le D.S, il n'y a pas de cadre sup dans le secteur laboratoire, je suis totalement seul pour gérer les problèmes non médicaux, c'est parfois très dur » (cadre 2).

Ses situations extrêmes ne sont sans doute pas majoritaires mais montrent le désarroi et le sentiment d'isolement des jeunes cadres livrés à eux-mêmes dès leur retour de formation, cela constitue par ailleurs une des craintes des deux étudiants cadres interviewés : « on dit souvent que le cadre est seul, c'est une de mes angoisses » ou « le pire pour moi serait de n'avoir personne pour m'écouter et me conforter dans mes premiers choix ».

Il est clair que chaque cadre « doit construire sa propre expérience, et vivre une période d'apprentissage pour connaître les règles du jeu, les enjeux, les conflits, les contradictions, mais il n'est pas nécessaire de les laisser faire dans la douleur »⁷⁵.

L'autonomie ne s'acquiert d'ailleurs pas seule, « elle se gagne en prenant appui, naissance ou racine, sur tout ce qui autour de l'être tisse le réseau social »⁷⁶. Cette capacité à gérer ses dépendances semble s'acquérir à partir d'éléments alliant développement des compétences, information, soutien et respect du processus identitaire : « les cadres ne peuvent devenir autonomes que dans un contexte structuré d'aide et de soutien qui leur permet de prendre de l'assurance » (D.S 1).

Un dispositif d'accompagnement de la prise de fonction est à ce titre régulièrement plébiscité.

c) Les jeunes cadres ont besoin d'être et de se sentir accompagnés

Nous sommes particulièrement surpris de retrouver dans les propos des interviewés de grandes disparités en ce qui concerne un dispositif d'accompagnement du cadre à partir de sa prise de fonction. Un directeur d'I.F.C.S trouve que « c'est inconcevable, ça deviendrait trop lourd et que ça remettrait en plus en question l'existence même des I.F.C.S ». Nous avons pourtant vu plus haut que la formation des Cadres de Santé ne pouvait à elle seule balayer la totalité d'un champ d'exercice extrêmement vaste et que cette formation avait par ailleurs une vocation généraliste qui nécessitait une adaptation à l'environnement de la prise de poste.

Pour le D.R.H, « l'accompagnement n'est pas formalisé, il existe de fait ». Pourtant il évoque également cet accompagnement comme « une histoire de bon sens » en disant très clairement que « tout le monde ne joue pas le jeu ».

⁷⁵ PETITJEAN-MOIROUD.C. Prise de poste en unité de soins : Une expérience d'accompagnement des nouveaux cadres de santé. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 271.

⁷⁶ HOFFMANS-GOSSET.M-A. *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Lyon : Chronique Sociale, 1996.

Il n'existe pas non plus de procédure formalisée dans les deux établissements des 2 D.S : « *puisqu'elles connaissent la maison* » (D.S 1) ou « *qu'une procédure d'accompagnement empêche parfois l'adaptation aux situations individuelles* » (D.S 2), pourtant l'accompagnement semble effectif : « *je les rassure et les mets en valeur chaque fois que possible* » (D.S1) ou encore « *j'ai particulièrement apprécié la disponibilité de la D.S et son aide sur demande de ma part* » (cadre de l'établissement du D.S 1) .

Accompagner, c'est « *considérer l'autre comme une personne en devenir, autonome et responsable* »⁷⁷ et lui permettre de prendre de la distance, d'analyser ses expériences et surtout de découvrir ses propres ressources à travers un dispositif « *calé sur une conception de la personne en construction* »⁷⁸.

Le médecin illustre parfaitement cela à travers ces propos, « *cet accompagnement est difficile car il faut soutenir, ne pas désavouer, mettre en garde, faire sentir le climat existant, responsabiliser mais en intervenant le moins possible* ».

C'est d'ailleurs ce que réclame les cadres et les étudiants cadre : « *j'aimerais pouvoir être aidé mais surtout pas qu'on fasse à ma place, ça serait fatal pour mon positionnement* » (étudiant cadre 2) ou encore « *on a surtout besoin de disponibilité pour être écouté* ».

Au total, les jeunes cadres, confrontés à de nouveaux rapports avec l'environnement professionnel, réclament responsabilité, reconnaissance et soutien afin de devenir autonomes.

L'ensemble des acteurs interrogés reconnaît la nécessité pour ces jeunes cadres de devenir autonomes et de s'inscrire dans un processus d'apprentissage expérientiel.

Pourtant, les conditions favorisant l'autonomisation des cadres ne sont pas toujours réunies et des situations d'isolement particulièrement stressantes sont parfois décrites après la prise de poste. **L'hypothèse n° 3 apparaît donc vérifiée.**

Dans les trois premières parties de l'analyse, nous avons tenté de confronter les hypothèses émises en début de recherche aux propos de l'ensemble des personnes interviewées.

Nous allons maintenant proposer une synthèse des difficultés inhérentes à la prise de poste des Cadres de Santé en unité de soins ainsi que les pistes d'améliorations concernant cette thématique qui ont été exprimées par les acteurs hospitaliers que nous avons rencontrés lors de notre enquête.

⁷⁷ ALIX.I ; BERNIER.M. Projet professionnel et formation. *Soins cadres*, Août 2001, n°39.

⁷⁸ PETITJEAN-MOIROUD.C. Prise de poste en unité de soins : Une expérience d'accompagnement des nouveaux cadres de santé. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 271.

2.3.4 Des politiques d'accueil et d'intégration des cadres hétérogènes et perfectibles

Cette politique constitue un des piliers de la gestion des ressources humaines d'un établissement en ce sens que, « *l'accueil et l'intégration sont des enjeux essentiels pour les agents en termes de bien être personnel et professionnel, de motivation et d'implication* »⁷⁹.

Pourtant, il existe une grande hétérogénéité des politiques d'intégration, en termes de valeur accordée à la thématique, de niveau de conception, de formalisation, de mise en œuvre et d'évaluation.

a) *Des situations très différentes d'un établissement à l'autre*

L'établissement 1 (cadre 1)

Cet établissement a très peu recours à la pratique du Faisant-Fonction, il n'existe pas (à la connaissance du cadre) dans l'établissement de politique formalisée concernant l'accueil et l'intégration des personnels, ce cadre ne connaît par ailleurs pas l'existence d'un projet social.

Son affectation lui a été donnée au téléphone par le D.S, qu'elle n'a d'ailleurs pas rencontrée depuis son retour de l'I.F.C.S⁸⁰, cette affectation a ensuite « *été remise en cause par le Directeur Général que j'ai rencontrée un soir sur le parking...* ».

A la date de l'entretien le cadre ne sait toujours pas si son affectation est définitive, « *je ne suis de toute façon pas nommée puisque le concours sur titres n'a pas eu lieu* ».

Ce cadre ne dispose pas de fiche de poste et ne connaît pas les attentes la concernant.

Elle a eu un entretien d'évaluation avec le médecin chef qui semble satisfait de son travail : « *ce que j'ai fait depuis que je suis arrivée est du bonus puisqu'on ne m'avait rien demandé* ».

Ce cadre semble fataliste et se demande parfois, selon ses dires, à quoi il sert.

L'établissement 2 (cadre 2)

Ce cadre technicien de laboratoire travaille dans un établissement qui n'a pas recours au Faisant-Fonction de cadre.

Il a préparé le concours d'entrée à l'I.F.C.S seul, à son retour, il a eu un entretien avec le biologiste chef de service et avec le cadre qu'il va remplacer. Il n'a pas rencontré le Directeur des Soins depuis son retour et ne connaît pas ses attentes.

⁷⁹ RINGELE. J. *L'accueil et l'intégration des jeunes professionnels infirmiers : un enjeu pour le directeur des soins. Mémoire de Directeur des Soins* : E.N.S.P, 2002. p. 16.

⁸⁰ Les entretiens ont été réalisés 6 mois après la prise de poste des cadres.

En tant que technicien de laboratoire, il connaît assez peu les cadres infirmiers : « *je commence à m'intégrer dans leur groupe par le biais de repas pris en commun le midi au self* ».

Le cadre qu'il va remplacer part à la retraite dans deux ans et il semblerait que le concours sur titres ne soit organisé qu'à partir de cette date.

Ce cadre est donc actuellement Faisant-Fonction, il ne bénéficie pas de la prime de responsabilités normalement attribuée aux Cadres de Santé.

L'établissement 3 (cadre 3, médecin, D.S 1)

Il est impératif dans cet établissement d'occuper un poste de Faisant-Fonction avant d'envisager la formation à l'I.F.C.S. Cette période de mise en situation fait l'objet d'un accompagnement par le D.S ainsi que par un cadre tuteur et s'étale sur deux ans.

La politique d'accueil et d'intégration des cadres semble menée efficacement : « *j'ai obtenu toutes les réponses aux questions que je me posais* »(cadre 3) mais cette politique n'est pas formalisée pour le moment.

Les cadres connaissent leur affectation durant leur formation et rencontrent pendant cette année le D.S par deux fois : « *pour parler avec eux de leur formation et de leurs attentes pour le retour* » (D.S 1).

A leur retour un accompagnement non formalisé est organisé par le D.S à la demande des cadres, il consiste « *à leur faire savoir ce que j' attends d'eux et à discuter des moyens à mettre en œuvre pour atteindre leurs objectifs* »(D.S 1) .

Il n'existe pas d'évaluation formelle de cette politique.

L'établissement 4 (cadre 4, D.S 2, D.R.H, C.S.S)

Le passage par la case Faisant-Fonction est également obligatoire dans cet établissement. Il existe un accompagnement spécifique, formalisé concernant cette période de deux ans.

Les candidats à la fonction sont reçus par le D.S et le D.R.H avant d'être mis en situation, leur progression est évaluée par le cadre supérieur et le D.S.

Le concours sur titres est organisé dans cet établissement en octobre, les parutions sont donc faites dès le retour des cadres.

Le cadre 4 a apprécié, « *que la Direction des Soins m'ait longuement décliné ses attentes et qu'elles correspondaient parfaitement à celles du cadre sup* ».

La politique d'intégration n'est pas formalisée à ce jour, mais l'organisation du soutien de l'encadrement est un axe d'amélioration du projet de soin pour les années futures. La rénovation managériale est par ailleurs un axe du projet d'établissement.

b) Les principales difficultés retrouvées à la prise de poste des cadres

Outre les aspects étudiés précédemment concernant le décalage ressenti à la prise de poste et parfois l'isolement du cadre, les principales difficultés évoquées lors des 13 entretiens sont les suivantes :

- une affectation tardive (citée 7 fois),
- la nécessité d'être opérationnel rapidement (5),
- le positionnement (3)
- une reconnaissance insuffisante (3),
- l'absence de mission claire (3),
- la difficulté à revenir dans le même service (3),
- gérer les attentes techniques de l'équipe (2),
- être doublé au moment de la prise de poste (2),
- se réinscrire dans un projet institutionnel (1),
- aller au devant des gens (1),
- l'absence de transparence de la part de l'administration (1).

Indiscutablement, une affectation tardive est un problème majeur rencontré au moment de la prise de poste car elle ne permet pas une projection dans le poste notamment « *pour se familiariser avec les pathologies rencontrées* ».

Cinq personnes regrettent que les cadres soient aspirés par le quotidien de leur service et ne puissent « *atterrir progressivement et observer les acteurs et les organisations* ».

Le positionnement, la reconnaissance et l'absence de mission claire indiquent que les jeunes cadres ont besoin de sentir qu'ils sont attendus, qu'ils vont servir et devenir une plus-value pour l'institution : « *il n'y a pas eu de note de service pour annoncer l'arrivée des trois nouveaux cadres* » ou « *il a fallu du temps pour qu'on m'implique dans un projet transversal* ».

Trois personnes évoquent la difficulté voir l'impossibilité de revenir dans le même service après la formation cadre : « *malheureusement, dans certains services on n'a pas le choix* » (D.R.H). Ce retour apparaît difficile au regard du positionnement par rapport à l'équipe et au médecin : « *mes anciens collègues ont du mal à me regarder comme leur nouveau cadre* » (cadre 2) ou « *je n'avais pas envie que le médecin me voit comme l'infirmière qu'il m'a connu pendant 7 ans* » (cadre 1).

Deux cadres parlent des attentes techniques de l'équipe, ils considèrent que ce n'est plus leur travail mais sont conscients que leur acceptation passe parfois par là : « *ce n'était pas mon objectif mais ils avaient besoin de voir que je savais encore faire de l'anesthésie, alors je leur ai montré* ».

Curieusement, deux cadres qui ont vécu cette situation évoquent les difficultés qu'ils ont éprouvés à se situer alors que leur prédécesseur était encore dans le service au

moment de la prise de fonction : *« je ne voulais pas me mettre en avant, j'avais l'impression de la pousser vers la sortie si je voulais me positionner ».*

Après avoir évoqué les difficultés relatives à la prise de poste des jeunes cadres, nous allons maintenant nous intéresser aux évolutions que les personnes interrogées souhaitent vivre ou mettre en place.

c) Les pistes d'amélioration soulevées lors des entretiens

La synthèse de l'analyse des entretiens nous amène à définir cinq axes de travail afin de faciliter l'accueil et l'intégration des jeunes cadres : la formation cadre, la reconnaissance, la recherche d'autonomie, les repères d'intégration, la gestion du temps.

L'adaptation de la formation au quotidien des cadres

La formation cadre est jugée comme étant trop théorique et ne tenant pas assez compte des pratiques quotidiennes des cadres par une bonne partie des interrogés (6) : *« il est temps de revoir les enjeux de la formation et de s'intéresser pour cela aux attentes de l'institution concernant les cadres »* (D.R.H).

Les directeurs d'I.F.C.S reconnaissent volontiers que l'équipe pédagogique est contrainte de faire des choix notamment en raison de la durée jugée trop courte de la formation : *« neuf mois c'est très court et les étudiants ont à peine le temps de sentir cette rupture nécessaire avec leur établissement et avec leur ancien métier ».*

Alors le passage à une formation discontinuée sur deux années est évoquée avec un principe d'alternance entre période de cours et missions en lien avec le projet professionnel dans des établissements.

Cette éventualité pourrait permettre de réduire le décalage entre la période de formation et la prise de poste par une entrée progressive dans la fonction avec le principe des missions.

Cette proposition est peut-être à analyser et pourrait à elle seule constituer un travail de recherche.

La reconnaissance des jeunes cadres

Il semblerait que la reconnaissance soit une priorité dans la transformation identitaire des cadres : *« comment pourrait-on se positionner si l'institution ne nous reconnaît pas en tant que cadre, responsable et porteur de projets ».*

Les cadres réclament de la confiance et demande à être impliqués rapidement *« pour que les premiers résultats laissent apparaître la plus-value apportée par le cadre, qu'il se sente utile à l'institution »* (D.S 2).

Pour ressentir de la reconnaissance, les cadres ont besoin qu'on les positionne officiellement, tant par l'information de leur arrivée que par l'organisation rapide du

concours sur titres et leur implication comme force de proposition dans les projets institutionnels.

Plus simplement, ils ont besoin de constater que l'institution organise la reconnaissance de leur nouvelle fonction.

Cette organisation est un niveau de la politique générale d'encadrement qui participe au positionnement de la fonction cadre au sein de l'établissement.

L'autonomisation des jeunes cadres

Dans le cadre de leur professionnalisation, la création par l'institution, en l'occurrence le management supérieur, des conditions permettant aux jeunes cadres de prendre progressivement leur autonomie est une deuxième voie de progrès.

Pour cela, l'anticipation de la prise de poste est essentielle et permet de gagner du temps : « *je suis et accompagne leur projet depuis le début et attend sa maturité pour proposer un poste de Faisant-Fonction* » (D.S 1).

L'autonomie ne se prend qu'à mesure que la confiance croît, et ceci n'est possible que dans un contexte où les objectifs sont clairement définis, les moyens négociés et les résultats finement analysés avec le cadre dans une logique de collaboration.

L'accompagnement du jeune cadre tient ici un rôle primordial dans l'atteinte de ses objectifs et permet par l'adaptation aux besoins individuels le cheminement vers la voie de la professionnalisation.

Peu cité, l'évaluation : « *ajustement permanent entre le rôle attendu par l'institution et le rôle effectivement tenu* »⁸¹ est l'outil de choix pour permettre de mesurer cet écart et de prévoir les moyens et les stratégies à mettre en œuvre afin de le réduire et de progressivement permettre la prise d'autonomie.

Les repères d'intégration

Il s'agit là de baliser le parcours de professionnalisation du jeune cadre en lui permettant de s'appuyer sur un environnement fort et structuré qui favorise la transparence et sur des missions clairement définies, connues et reconnues par les acteurs hospitaliers.

Les cadres interrogés réclament une institution et donc une Direction qui se positionne clairement quant à la place du cadre, à ses missions et à la confiance qu'elle leur accorde. En effet, « *les mauvaises prestations de la hiérarchie intermédiaire sont le reflet d'un contexte difficile et d'un management supérieur déficient* »⁸². A ce sujet un D.S ajoutait : « *de toute façon, on a les cadres qu'on mérite* ».

⁸¹ DERENNE.O, LUCAS.A. *Le développement des ressources humaines*. Rennes, Editions ENSP, 2002. p.182.

⁸² HART.J, MUCHIELLI.A. *Soigner l'hôpital*. Paris : Editions Lamarre, 1994. p. 114.

Alors, il est nécessaire d'insister sur la notion de transparence et de communication de la Direction vers les cadres pour permettre « *une information en temps réel, claire et précise* » (cadre 3) et éviter « *d'être impliqué dans des projets qui se terminent hier* » (cadre1).

Enfin dans le cadre du soutien des jeunes cadres, le dispositif de tutorat est régulièrement plébiscité. Il permet de bénéficier d'une aide potentielle permanente, d'analyser des situations à froid avec son tuteur et de discuter de certaines décisions prises par le jeune cadre.

La gestion du temps

Les cadres n'ont pas souvent le temps d'observer et d'analyser leur service et les organisations mises en place, chacun s'accorde pourtant à qualifier d'essentielle cette phase d'observation.

Il semble qu'il serait opportun « *de ne pas leur mettre de pression à leur début* » (D.R.H) et de favoriser leur analyse de l'environnement dans lequel ils vont évoluer.

Pour cela, il est clair qu'il est un moyen dont ils ne pourront se passer : le temps.

Donner du temps aux jeunes cadres, c'est aussi une façon de canaliser les énergies quelquefois débordantes de sortie de formation : « *ils veulent tout, tout de suite, il est important de leur laisser du temps pour qu'ils comprennent que faire 1000 choses en arrivant n'est ni possible ni souhaitable* » (D.S 1).

Il est de toute façon fondamental d'être capable de prendre du temps en début d'intégration en étant parfaitement conscient ou qu'il en fera gagner plus tard ou qu'il facilitera le développement des compétences du cadre.

A l'issue de ce travail d'analyse, nous allons maintenant proposer une base de travail et de réflexion à l'élaboration d'un projet d'accueil et d'intégration des jeunes cadres.

3 LES BASES D'UN PROJET D'ACCUEIL ET D'INTEGRATION DES CADRES

« Dans une organisation, la qualité du commandement de la ligne hiérarchique est d'abord dépendante des conditions générales qui entourent toutes les actions de commandement »⁸³.

Ainsi, le dispositif d'accueil et d'intégration des cadres devra s'inscrire dans un environnement institutionnel et une politique d'établissement présupposant que les hommes sont les ressources les plus précieuses dont dispose l'institution.

3.1 Direction et politique d'établissement à la base de la démarche

L'esprit participatif et d'ouverture de toutes les démarches d'amélioration de la qualité telle notre réflexion sur l'intégration des cadres, nécessite de passer d'une culture d'autorité pyramidale, fortement hiérarchisée à un management participatif reposant sur une gestion individualisée des hommes et des compétences.

Dans notre cas, il est nécessaire que la Direction s'engage (ou soit engagée) dans une politique de gestion des ressources humaines et reconnaisse l'importance de la fonction cadre dans l'organisation du management de la structure.

3.1.1 La nécessité d'une Direction forte, homogène et ouverte

Pour toute action de gestion des compétences, « il faut une impulsion institutionnelle unique, de l'élaboration du projet social à l'action quotidienne de l'équipe de direction », et « qu'elle s'inscrive dans la durée en laissant du temps au temps »⁸⁴.

C'est dans ce cadre que la Direction devra montrer une volonté de chaque instant de porter sa voix unique sur le registre d'une logique partagée de type partenariat avec l'ensemble de ses collaborateurs : « le Directeur et le D.S n'étaient pas d'accord sur mon affectation, je ne savais pas où j'allais atterrir » (cadre 1).

Une équipe de direction homogène permet de réduire les incertitudes liées au management supérieur et d'éviter des situations plus que regrettables : « à la Direction, c'est tellement obscur... » (cadre 2).

A travers son ouverture, elle permettra de favoriser la collaboration des trois logiques en les inscrivant dans une logique participative et responsabilisante en posant que les performances de la structure dépendent des initiatives des hommes.

⁸³ HART.J, MUCHIELLI.A. *Soigner l'hôpital*. Paris : Editions Lamarre, 1994. 189 p.

⁸⁴ DONIUS.B. *La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences*. Document pédagogique, formation des Directeurs de Soins, E.N.S.P, 2005.

3.1.2 La nécessité d'une politique axée sur la gestion des ressources humaines

« Face aux défis économiques, sociaux et technologiques des années 2000, la qualité du management des ressources humaines est un facteur clef de succès essentiel »⁸⁵.

Ainsi, le développement de la prestation délivrée par l'hôpital et la prise en compte des aspirations individuelles des hommes qui le composent sont intimement liés.

La politique de G.R.H doit maintenant intégrer des enjeux essentiels tels que le recrutement, la fidélisation, la mobilisation, la valorisation, l'autonomisation et l'efficience. Importé du privé, le concept de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences tente de répondre à ces objectifs en « permettant de réduire les écarts entre les besoins et les ressources en fonction du plan stratégique de l'établissement et en impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution professionnel »⁸⁶.

Notre réflexion s'inscrit complètement dans cette optique d'adaptation stratégique, elle implique que la Direction comprenne l'enjeu que représentent les cadres et l'organisation de leur intégration en terme de qualité de prestation au patient.

3.1.3 La nécessité d'organiser la reconnaissance institutionnelle des cadres

Basée sur le postulat que les cadres s'intègrent d'autant mieux que l'institution donne une image positive d'eux, la reconnaissance de la fonction cadre passe par :

- une Direction qui favorise l'émergence d'un collectif cadre,
- des relations avec cette même Direction basées sur la confiance réciproque,
- l'organisation de l'audit du malaise des Cadres de Santé,
- une consultation des cadres en amont de l'élaboration des projets,
- une politique d'implication des cadres où des valeurs et des attentes sont définies.

Une fois toutes ces conditions de réussite réunies et parce que « réfléchir et formaliser une démarche à l'avantage de donner un sens à l'action envisagée »⁸⁷, nous proposons maintenant les contours d'un dispositif d'accueil et d'intégration des cadres. Cette base de travail adopte une vision dynamique prenant en compte les individualités et les évolutions possibles de la fonction, elle reste à adapter à chaque environnement institutionnel, elle repose sur l'évolution professionnelle du cadre et remonte de ce fait à ses premiers pas de postulant à la fonction cadre.

⁸⁵ PERETTI.J-M. *Ressources humaines*. Paris : Vuibert, 2002. 585 p.

⁸⁶ DONIUS.B. *La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences*. Document pédagogique, formation des Directeurs de Soins, E.N.S.P, 2005.

⁸⁷ LELIEVRE.F. Accueil et intégration à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 2003, n°431, pp. 825-826.

3.2 Anticiper la prise de poste en vue d'un atterrissage progressif

Suite à l'enquête, il est maintenant très clair que l'atterrissage sur la planète travail doit être adouci par son anticipation et que l'intégration des cadres débute bien avant leur prise de fonction à la sortie de l'I.F.C.S.

Dans un contexte de départs en retraite massifs, de malaise des cadres provoquant parfois une désaffection pour cette fonction, préparer au mieux les postulants à la fonction cadre représente un enjeu majeur pour le Directeur des Soins. Il s'agit pour lui, avec les hommes d'aujourd'hui, de prévoir et de construire les cadres de demain, capables d'analyser, de comprendre, de prévoir, d'anticiper et de mener des actions stratégiques afin d'améliorer la qualité de la prestation offerte au patient.

3.2.1 Le repérage des potentiels et la validation du projet cadre

Accompagner un projet professionnel, c'est aider le postulant à prendre conscience de ses propres ressources, à se représenter fidèlement la fonction cadre, à mesurer l'écart qui le sépare de cette fonction en termes de compétences et aussi à faciliter son parcours d'apprentissage le conduisant à la fonction cadre.

Mais avant de se faire accompagner, le candidat doit faire valider la pertinence et la faisabilité de son projet.

Cette étape, axe majeur de la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences s'inscrit dans la politique de promotion interne de l'établissement.

Le Directeur des Soins nous semble le mieux placé pour évaluer la capacité d'un postulant à devenir cadre, il connaît parfaitement les missions des cadres, en est le responsable hiérarchique et guide leur fonctionnement dans le cadre de la politique de soins déclinée par le projet de soins.

Dans le cadre de l'optimisation des ressources humaines de l'établissement, il est impératif que le Directeur des Ressources Humaines soit associé à cette phase de recrutement interne.

Il n'est jamais facile d'évaluer les compétences d'un individu, il est encore plus compliqué de miser sur la destinée professionnelle d'une personne en cadrant les conditions de réussite mais aussi les voies de recours en cas d'échec.

Nous savons tous que la compétence ou les qualités manifestées par une infirmière ne constituent en aucun cas un certificat d'aptitudes à exercer la fonction cadre.

Valider ou pas un projet professionnel, c'est engager l'avenir d'une personne et de l'institution.

Nous proposons donc :

- de faire un appel à candidature deux fois par an par voie d'affichage et par courrier à l'encadrement. Cela constitue par ailleurs un excellent indicateur d'attractivité de la fonction,

- que chaque candidat envoie une lettre de motivation ainsi qu'un curriculum vitae à la D.R.H,
- de constituer un jury composé du D.S, du D.R.H, d'un Cadre de Supérieur de Santé et d'un médecin. Ce jury recevra les candidats et évaluera leurs aptitudes à devenir cadre selon les critères que nous proposons ci-après.

Cet exercice de G.P.E.C a pour objectif de faire face aux besoins, d'anticiper les évolutions en prenant en compte les aptitudes et les aspirations individuelles.

Nous prévoyons donc les critères suivants :

- la communication (la présentation du projet, la facilité à communiquer, la capacité à argumenter, à négocier),
- les capacités intellectuelles (compréhension des problèmes, prise de décision, esprit de synthèse, détection des événements importants),
- la prise de responsabilité (participation aux projets de l'unité, de l'établissement, capacité à animer, à informer sa hiérarchie, ses collaborateurs, à piloter un projet),
- la maturité du projet (la stabilité, la capacité à prendre du recul, l'expérience professionnelle, la mobilité, la connaissance de la formation cadre),
- la motivation (intégration du changement de métier, dynamisme, réflexion dans le projet, les moyens de mise en œuvre du projet),
- le rôle de manager (maîtrise de soi, rapport au pouvoir, à l'autorité, à l'évaluation des autres).

Ce dispositif favorisant l'expérience et les situations de professionnalisation débouchera sur trois types de réponses au candidat :

- un accord sur le projet qui amènera une mise en situation de F.F,
- le report du projet qui demande un approfondissement dans certains domaines. Il sera représenté au minimum un an plus tard,
- le refus du projet qui ne correspond pas au profil du cadre. Le candidat sera vu en entretien afin de réfléchir à sa réorientation.

Dans le cas où le projet serait validé par le jury, nous proposons une mise en situation qui devra répondre **aux besoins de l'institution** qui attend d'un cadre les capacités à entraîner, à coordonner et à fédérer une équipe dans une dynamique ayant pour finalité la qualité du soin à la personne soignée, **mais aussi aux besoins individuels** comme l'information, la communication, l'évaluation des compétences ou la formation.

3.2.2 Le principe contractuel de la mise en situation : le Faisant-Fonction de Cadre de Santé

Nous avons vu que cette mise en situation pouvait être profitable au postulant à la fonction cadre en favorisant progressivement sa mutation identitaire à condition de s'inscrire dans un processus de formation structuré et accompagné par l'institution.

En tant que Directeur de Soins, nous considérons que créer un dispositif qui permette de favoriser le développement des compétences des futurs cadres est une priorité.

a) Le tutorat du postulant à la fonction cadre

Une fois le projet accepté par la Direction des Soins, l'affectation sera faite avec l'accord de l'équipe médicale.

Le Faisant-Fonction sera d'abord détaché pendant un mois auprès d'un tuteur cadre. Les objectifs de cette période d'apprentissage seront d'observer l'équipe pluridisciplinaire, d'identifier les différents circuits entre les services, de commencer à apprendre à gérer les ressources humaines, d'utiliser l'informatique de l'établissement et d'étudier avec le tuteur les décisions qu'il a prises, d'observer son positionnement, de rencontrer les acteurs des services partenaires et de construire sa documentation.

De son côté le tuteur devra expliquer son fonctionnement, les différentes formes d'utilisation des services logistiques (commandes, réparations, repas...), aider à la compréhension des situations rencontrées, expliquer l'outil informatique du cadre, initier le F.F à la gestion des hommes, du matériel, favoriser sa présence dans toutes les réunions importantes et surtout répondre aux questions du Faisant-Fonction.

Le contact avec le tuteur pourra être gardé pendant les deux années de mise en situation en vue d'une part de faciliter la professionnalisation du F.F mais aussi de favoriser sa réussite au concours d'entrée à l' I.F.C.S.

Il est important que le tuteur et «le tutoré » bénéficient d'une fiche de poste précisant les missions de chacun.

Le tuteur choisi par le D.S devra être un cadre expérimenté, volontaire pour la démarche, impliqué dans la vie institutionnelle, avoir des qualités pédagogiques, il devra en outre s'engager à rencontrer le F.F tous les 15 jours pendant les trois premiers mois, rester disponible au quotidien pour répondre aux questions du F.F et évoquer avec lui dans une relation d'aide les problèmes qu'il aurait pu rencontrer.

b) La prise de poste comme Faisant-Fonction de Cadre de Santé

A la suite du mois passé avec le tuteur, le F.F prendra ses fonctions dans son service (obligatoirement différent de son service d'origine) tout en restant nous l'avons vu en étroit contact avec son tuteur.

Il nous semble important durant la période de considérer les F.F comme des cadres à part entière, c'est-à-dire de les inviter à l'ensemble des réunions auxquelles les cadres sont conviés, de faire en sorte que l'appellation Cadre de Santé figure sur leur blouse et éventuellement de considérer avec la Direction l'attribution d'une bonification au moment de la prime de service pour pallier l'absence de prime de responsabilité pour les F.F.

Cette période fera l'objet d'un contrat précisant que :

- sa durée est de 2 ans (sous réserve de certaines conditions d'évaluation),
- le candidat bénéficiera de la préparation au concours d'entrée à l'I.F.C.S pendant la deuxième année,
- deux échecs à ce concours ou des évaluations répétées non satisfaisantes pendant la mise en fonction marqueraient l'arrêt de l'expérience de F.F,
- des bilans d'étape à un mois, trois mois et six mois seront réalisés sur la base de la grille de compétences des cadres de l'établissement avec le C.S.S et le D.S pour celui de trois mois,
- une réunion de service devra être animée durant les trois premiers mois par le cadre en présence du cadre supérieur et du tuteur, elle fera l'objet d'un débriefing avec ces deux personnes,
- le F.F devra remettre et expliquer au D.S un projet, même simple, avant la fin du sixième mois, qui vise l'amélioration d'une pratique retrouvée dans le service,
- pendant la deuxième année, le D.S devra se montrer disponible afin d'aider le futur cadre à préparer le concours d'entrée à l'I.F.C.S, il pourra en outre avec le D.R.H recevoir les candidats afin qu'ils présentent leur projet professionnel.

Ce dispositif de F.F, créé pour baliser le parcours d'apprentissage du futur cadre sera une étape obligatoire de la professionnalisation des cadres et s'inscrit dans une politique générale d'établissement de gestions des emplois, des métiers et des compétences.

Par la suite, durant la formation cadre, le D.S pourra encore participer à l'anticipation de la prise de poste du jeune cadre en lui proposant une affectation assez précoce pour lui permettre une projection dans le poste au cours du dernier stage d'approfondissement.

3.2.3 L'affectation : les grands principes à retenir

Nous tenterons ici, à travers quelques principes qui concernent l'affectation du jeune cadre de faciliter et de rendre moins brutale sa prise de fonction. Pour cela, nous proposons que :

- l'affectation proposée par le D.S fasse l'objet d'une concertation entre les principaux intéressés au sein de la Direction,
- les affectations ne se fassent jamais sans le consentement du chef de service,
- sauf exception, l'affectation du cadre ne se fasse pas dans son service d'origine,

- dans la mesure du possible, la première affectation ne concerne pas des services très spécifiques (sauf si le cadre est issu de ce type de service, ex : bloc opératoire),
- dans la mesure du possible, la première affectation ne concerne pas un service qui a connu une forte mobilité des cadres précédents,
- l'affectation soit connue du jeune cadre avant qu'il ne choisisse son lieu de stage du module 6 (approfondissement) afin de choisir pour cet ultime stage de la formation cadre un type de service comparable (pour la spécialité, pour le contexte, pour l'équipe...) à celui d'affectation,
- l'affectation soit donnée par le D.S lors d'un entretien avec le jeune cadre,
- lors de cet entretien, le D.S fasse un point général sur la vie et l'évolution de l'établissement depuis le départ du cadre, lui remette le projet d'établissement, le projet social et le projet de soins, fasse à l'aide de la fiche de poste une présentation générale du poste d'affectation et de son contexte et enfin évoque ses principales attentes quant à ce poste,
- les conditions matérielles d'exercice du cadre soient évoquées lors de cet entretien afin qu'elles ne soient plus un problème lors de la prise de fonction (bureau, téléphone, ordinateur...),
- cet entretien fasse l'objet d'une synthèse écrite adressée au jeune cadre afin qu'elle constitue un guide lors de son dernier stage,
- le jeune cadre rencontre le D.R.H, le chef de service, et son cadre supérieur avant son arrivée dans l'unité.

La prochaine étape du processus étudié concernera la prise de poste et le retour du jeune cadre dans l'établissement.

3.3 L'accueil : un moment privilégié pour l'intégration des cadres

L'accueil du jeune cadre est particulier en ce sens qu'il s'adresse à quelqu'un qui connaît déjà, dans la plupart des cas, l'établissement. La spécificité de cette prise de poste réside davantage dans un changement d'angle de vue du fonctionnement de la structure. Cet accueil n'en est pas moins une action essentielle du dispositif d'intégration des cadres et un outil performant d'optimisation des ressources humaines.

Nous proposons quatre axes afin de structurer cet accueil : la reconnaissance, la confiance, l'entretien d'accueil et l'implication rapide du nouvel arrivant.

3.3.1 L'organisation de la reconnaissance des cadres à leur retour

Cette reconnaissance est extrêmement importante au niveau identitaire dans la prise de conscience d'avoir changé de métier. Le cadre a besoin d'intégrer cette notion,

l'établissement de son côté, doit lui faciliter la tâche en mettant en place des actions qui marquent ce changement et qui démontrent à la recrue qu'elle était attendue.

Pour cela, nous préconisons que l'établissement :

- annonce officiellement l'arrivée du cadre et lui souhaite la bienvenue par une note de service, le journal hospitalier ou bien encore la messagerie interne,
- démarre l'organisation du concours sur titres permettant la nomination du Cadre de Santé dès la proclamation des résultats de la formation cadre,
- favorise la valorisation du nouveau cadre maintenant diplômé et évite qu'il soit replacé dans une situation d'étudiant,
- s'engage à régler dans des délais corrects l'ensemble des considérations matérielles qui concernent l'exercice de la fonction cadre.

L'ensemble de ces engagements permet de créer des conditions plus sereines avant d'engager avec le cadre une véritable relation de confiance.

3.3.2 L'accueil : un moment propice à l'instauration d'un climat de confiance

« *Accueillir efficacement amène à établir un contact positif* »⁸⁸. Dans ce cadre, il est souhaitable que le D.S et l'encadrement supérieur soient capables, à leur degré respectif, d'aménager leur disponibilité dans une position fonctionnelle, de rester dans une démarche opérationnelle ayant pour but l'apprentissage et évitent ainsi de revenir dans un système hiérarchique lourd : « *accueillir, c'est aussi faire partager ses idées, ses conceptions, ses préoccupations sans pour autant les imposer* »⁸⁹.

L'esprit général de l'accueil doit permettre l'expression des attentes et des difficultés et ce, quelque soit le niveau des interlocuteurs. C'est ainsi que nous prévoyons une rencontre avec le D.S le matin de l'arrivée du cadre.

3.3.3 L'entretien d'accueil avec le Directeur des Soins

Conscient que le D.S a un agenda particulièrement chargé, nous proposons ici de « *prendre du temps aujourd'hui comme un investissement pour demain* »⁹⁰. Cet entretien aura pour objectif de diminuer l'anxiété liée à la prise de fonction, « *de donner envie à l'arrivant, cela fait partie du savoir être de l'accueillant* » (D.R.H), de faciliter l'insertion, de répondre aux demandes du cadre et de donner les informations essentielles.

⁸⁸ GILLET.A. *De l'écueil à l'accueil : rencontre et apprentissage*. Mémoire de cadre de santé : I.F.C.S d'AMIENS, 2003.

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ LELIEVRE.F. Accueil et intégration à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 2003, n°431, pp. 825-826.

Cet entretien s'articulera autour des expériences et du projet du cadre, du réinvestissement de son mémoire, des besoins de l'établissement, d'informations concernant le projet de soins, de la fiche de poste et des explications du dispositif d'évaluation des cadres.

Avant d'accompagner le cadre dans son service (nous croyions à cette démarche dans le cadre du positionnement du cadre par l'institution), le D.S évoquera avec le cadre un dispositif très utilisé dans les entreprises : le rapport d'étonnement.

3.3.4 Le rapport d'étonnement comme outil d'implication rapide du cadre

Il s'agit avec ce rapport de favoriser le questionnement du cadre mais aussi de lui faire sentir que l'arrivée d'un cadre, c'est aussi « *l'occasion de mettre à profit de nouveaux savoirs, un regard différent, porteur d'une capacité d'analyse nouvelle* »⁹¹.

« *Le rapport d'étonnement vise à aiguïser la curiosité et la capacité d'étonnement de la nouvelle recrue* »⁹².

Le D.S demandera au jeune cadre d'écrire un rapport visant à expliciter ses interrogations, son étonnement, sa curiosité par rapport au fonctionnement, aux acteurs, aux pratiques rencontrées pendant les premières semaines de son exercice.

Ce rapport fera l'objet d'une restitution orale à l'occasion d'une réunion de cadres, moment idéal pour valoriser la créativité du jeune cadre.

Cette pratique facilite l'intégration puisqu'elle permet la valorisation, la création de lien positif (de par l'écoute, le questionnement et la créativité) et l'affichage de l'importance des idées de tous (même les plus jeunes).

De plus, elle caractérise parfaitement le côté réciproque de l'accueil en alimentant l'établissement en flux d'idées nouvelles.

L'ensemble de ces mesures d'accueil s'étale sur une période relativement courte (environ un mois), il constitue une phase de l'intégration des cadres qui elle, se poursuit pendant plusieurs mois après la prise de fonction.

3.4 La professionnalisation des cadres, enjeu majeur d'intégration.

En tant que Directeur des Soins, responsable de la qualité des prestations des cadres, nous tenterons de cadrer le développement des compétences des jeunes managers pendant leur première année d'exercice autour de trois axes : l'utilisation de

⁹¹ BRIZON.H. *L'intégration de nouveaux soignants : Guide-Suivi-Evaluation*. Paris : Masson, 2002. 108 p.

⁹² RAISON.M. Le rapport d'étonnement, un outil créatif pour intégrer les nouveaux. *Soins cadres*, Août 2004, n°51, page 72.

l'existant, l'accompagnement dans l'exercice de la fonction et l'évaluation des compétences.

3.4.1 La nécessité de comprendre et de s'appuyer sur l'existant

L'hôpital, encore plus que les autres entreprises, en raison de la diversité des filières professionnelles qu'on y rencontre, nécessite pour l'encadrement une démarche compréhensive avant d'envisager des stratégies d'action. C'est pourquoi nous préconisons que le D.S demande au cadre d'effectuer une **analyse sociologique de son unité** durant les trois premiers mois de son exercice. Cette analyse stratégique descriptive et compréhensive, « *s'intéresse à l'être d'une organisation et cherche à mettre en évidence les pratiques réelles qui ont cours pour en analyser la logique, la dynamique et les implications* »⁹³.

Cet exercice représenterait à la fois un outil pour le cadre mais aussi un outil de compréhension pour le D.S qui par là même améliorerait sa connaissance de l'unité et pourrait aider plus efficacement le cadre dans son évolution.

Pour cela, le cadre pourrait faire un bilan des relations entre les principaux acteurs (au sens sociologique du terme) de son unité, dresser les contraintes et les ressources de chacun et enfin dégager ce que Crozier et Friedberg appelle les « *stratégies d'acteurs* ».

Après un débriefing avec le D.S, ce travail d'analyse des interactions entre les acteurs constituerait un fondement solide de la connaissance de l'existant, base de l'identification des leviers d'action collective.

La compréhension de l'environnement est essentielle avant d'agir, c'est en cela que le D.S doit insister auprès du cadre pour qu'il ne « *bouleverse pas tout* » (D.S 1) à son arrivée et surtout pour qu'il s'appuie sur ce qui a été fait avant son arrivée : le projet de soins, les rapports d'activité de l'unité des années précédentes et les groupes de travail existant dans le service.

C'est à partir de cette base de compréhension et de valorisation de l'existant que nous souhaitons enclencher le processus de soutien nécessaire à la professionnalisation des jeunes cadres.

3.4.2 Une politique d'accompagnement au service du jeune cadre

Favoriser l'estime de soi chez les cadres et éviter les positions d'isolement ou de retrait sont les deux objectifs principaux de cet accompagnement.

⁹³ HART.J, LUCAS.S. *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002. p. V.

Il est bien évident que la taille de la structure, son histoire, sa politique managériale vont considérablement conditionner cet accompagnement.

Nous proposons donc de manière générale de :

- **créer un binôme de cadre.** Cette idée empruntée au D.S 1 permet notamment d'assurer en toute circonstance la continuité de l'encadrement soignant, une aide mutuelle sur certains projets ou dans notre cas d'apporter un soutien de type tutorat au jeune cadre. Nous proposons d'établir les binômes en fonction de la localisation géographique des cadres ou de leur spécialité,
- **repositionner les Cadres Supérieurs de Santé** dans leur rôle de superviseur et d'accompagnateur des cadres. Nous souhaitons qu'à travers leur vision globale des choix et des projets, ils deviennent les garants du respect de la politique d'accompagnement en identifiant les domaines à approfondir, en faisant preuve souvent de flexibilité, parfois de directivité et en adaptant leur soutien pour mobiliser les ressources des cadres,
- **favoriser l'attitude coach du D.S avec les cadres**, c'est-à-dire « *la compétence toute particulière de pouvoir développer les talents de ses équipiers* »⁹⁴. Cette action qui favorise le développement des potentiels et la mobilisation des ressources des collaborateurs permet de faire grandir, de rendre autonome et de muscler l'estime de soi. Il s'agit alors pour le D.S de créer des conditions pour que les cadres sachent jusqu'où aller, mais aussi de comprendre et d'exploiter la dimension formatrice de ses erreurs.

C'est dans ce type de relation, de partenariat plus que hiérarchique que s'inscrit le principal outil de reconnaissance et de crédibilité des jeunes cadres : l'évaluation de leurs compétences.

3.4.3 L'évaluation des compétences : un processus interactif continu

L'évaluation est un acte de management qui doit permettre « *de faire un bilan d'activités et de résultats et de définir entre appréciateur et apprécié un contrat de progrès* »⁹⁵.

a) L'entretien d'évaluation, un moment clef de la contractualisation

Nous proposons que le jeune cadre rencontre le C.S.S ou le D.S (dans notre cas) de façon formelle trois fois au cours de sa première année d'exercice (3, 6, 12 mois).

⁹⁴ STENIER.B. Adoptez l'attitude coach. *Soins cadres*, Août 2004, n°51.

⁹⁵ CASPAR.P, MILLET.J-G. *Apprécier et valoriser les hommes : réflexions et pratiques*. Paris : Editions Liaisons, 1993. 290 p. p. 27.

Cet entretien aura été préparé par les deux parties sur la base du référentiel de compétences de la fonction cadre.

Nous insistons particulièrement sur les points suivants : les règles du jeu de l'entretien seront énoncées clairement au moment d'en fixer la date, un temps suffisant sera prévu afin de le préparer, l'entretien débutera à l'heure prévue, l'appréciateur veillera à disposer des documents nécessaires (synthèse du précédent entretien, référentiel, bilan préparé en amont) et à ne pas être dérangé, tout sera fait pour favoriser un climat d'honnêteté et de confiance. Ces règles sont importantes, elles montrent l'intérêt porté à la démarche.

Sur la base formalisée de l'auto-évaluation réalisée par le cadre (à partir du référentiel de compétences) et des commentaires préparés en amont par l'appréciateur, l'entretien permettra dans l'ordre de faire le bilan des actions menées par le cadre, de discuter des divergences afférentes à ce bilan, d'entendre les aspirations et les attentes du cadre, de lui présenter les objectifs pour la période suivante et de négocier les moyens de les réaliser.

Les résultats de cet entretien seront formalisés et adressés au cadre, ils lanceront la discussion du prochain entretien.

Cet entretien constitue un moment unique (précieux) mais il est aussi la partie émergée de l'iceberg et ne trouve de sens que s'il s'insère dans un processus continu.

b) L'évaluation des compétences : un axe prioritaire de la G.R.H

Le processus d'évaluation des compétences, en interface avec l'ensemble des champs d'action de la G.R.H, vise à mesurer et à développer les compétences des cadres et ainsi permettre l'amélioration de la prestation fournie au patient.

Ainsi, la politique d'évaluation doit pouvoir, dans le cadre d'une démarche qualité, faire en sorte que la question des compétences et surtout des moyens de les développer se pose à tout moment.

Dans ce cadre, l'auto-évaluation doit être facilitée, les échanges favorisés (y compris sur le lieu d'exercice des cadres), les évaluateurs doivent être formés, des espaces de renégociation des objectifs doivent être prévus, l'erreur doit être reconnue formative.

Au total, l'institution doit montrer que les acteurs qui la composent représentent sa principale ressource.

Le D.S, en tant que membre de l'équipe de direction doit à chaque instant mettre en oeuvre cette politique d'évaluation continue en se montrant disponible, en étant capable de s'évaluer lui-même et en adoptant une attitude aidante notamment envers les jeunes cadres pour au final, améliorer les performances collectives au profit du patient.

3.5 Contribution du D.S à l'intégration des cadres

Selon le décret 2002-550 du 19 avril 2002, le D.S « assure l'animation et l'encadrement des activités de soins » et « participe à la gestion des personnels des activités de soins ».

A ce titre et dans le cas de l'intégration d'un nouveau personnel, le D.S devra faire en sorte d'assurer la continuité de la qualité des soins prodigués au patient mais aussi savoir utiliser les nouvelles ressources dont dispose le jeune cadre.

Pour cela, le D.S :

- devra **diriger** en donnant les orientations claires et précises et permettre aux cadres d'intégrer et de s'intégrer dans la politique d'établissement et la politique de soins afin de les décliner fidèlement à l'échelle de leur unité,
- devra **manager** en donnant la possibilité aux cadres, à travers notamment le projet de soins, de concevoir le sens de leur action (la raison d'être) et de leur permettre d'intégrer la plus-value qu'ils représentent pour l'institution,
- **favorisera la constitution d'un collectif cadre** en instaurant un espace d'échanges pour les cadres. Cette réunion trimestrielle permettra d'analyser collectivement certaines pratiques. Dans le cas des jeunes cadres, ce rendez-vous collectif pourrait leur permettre d'intégrer « un ensemble de représentations communes, de codes et de symboles qui ont le même sens pour tous »⁹⁶,
- **assurera le pilotage** d'un groupe de travail constitué de C.S, de C.S.S, du D.R.H, de médecins chargés ensemble de réfléchir à la fonction cadre dans l'établissement, d'anticiper les évolutions futures et de proposer un référentiel de compétences ainsi que la grille d'évaluation correspondante,
- en collaboration avec le D.R.H, il permettra l'intégration de ce dispositif concernant les cadres dans la politique générale d'accueil et d'intégration de l'établissement,
- se montrera **disponible, à l'écoute et facilitera l'expression des difficultés des cadres** en instaurant un climat de confiance basé sur le respect, la reconnaissance et la responsabilisation des cadres,
- il **déléguera** à un C.S.S le pilotage du groupe (C.S, C.S.S, membres de la D.R.H, médecins) chargé de discuter et de formaliser le dispositif,
- il **accueillera** personnellement chaque cadre le jour de sa prise de poste,
- sur la base de la satisfaction des cadres, il **organisera l'évaluation du dispositif**.

C'est sur cette base, à adapter au contexte, que nous envisageons notre action future.

⁹⁶ SAINSAULIEU.R. *L'identité au travail : Les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988.

CONCLUSION

L'accueil et l'intégration des Cadres de Santé sont aujourd'hui un enjeu majeur pour les institutions hospitalières. La pénurie actuelle et la crise démographique qui s'annonce pour cette catégorie, l'augmentation des compétences requises pour exercer la fonction expliquent largement l'importance de la thématique.

Les Cadres de Santé vivent une véritable mutation identitaire dans le cadre du passage d'une fonction soignante à une fonction de gestionnaire de soins. Tout en gardant l'objectif soignant de la qualité de la prise en charge du patient, il leur faut penser animation des activités de soins, organisation des soins, gestion des ressources humaines, du matériel, des conflits, des jeux de pouvoirs...

Alors les prises de poste des cadres sont parfois chaotiques, les cadres se sentant isolés, remplis de doutes et pas toujours bien armés pour affronter les situations délicates. La formation des Cadres de Santé ayant une vocation courte et généraliste, les établissements d'affectation des cadres se doivent de mettre en œuvre des dispositifs qui facilitent l'entrée des cadres dans la fonction.

C'est le Directeur des Soins, possédant par délégation du Directeur l'autorité sur l'ensemble des cadres soignants, responsable de la qualité et de l'animation des activités de soins qui devra piloter, en collaboration avec le D.R.H, cette démarche.

Il semble que l'accueil et l'intégration des cadres s'inscrivent à la fois dans une volonté institutionnelle de faciliter la prise de poste en évaluant et en accompagnant le jeune cadre, mais aussi dans un processus de professionnalisation articulé autour du projet professionnel du cadre.

Le D.S devra permettre l'organisation du dispositif d'accueil et d'intégration et veiller à son application. Ce dispositif permettra la maturation du projet cadre par le postulant, l'anticipation de la prise de fonction afin de l'adoucir, l'accueil et l'accompagnement individualisé du cadre après sa prise de poste. Il marquera par ailleurs la volonté de l'institution de reconnaître et d'utiliser les nouvelles ressources que représente et dont dispose le cadre.

D'un point de vue stratégie d'établissement, il semble judicieux tout d'abord d'intégrer la démarche dans la politique générale d'accueil et d'intégration en considérant que les infirmières et les étudiants d'aujourd'hui sont les cadres de demain mais aussi, en tant que partenaires privilégiés des cadres, d'associer étroitement les médecins au projet.

Il en va des compétences, de la place et de l'évolution des cadres de demain et par conséquent de la qualité de la prise en charge des patients.

Bibliographie

OUVRAGES

- ABBAD. J.** *Organisation et management hospitalier*. Paris : Berger-Levrault, 2001. 417 p.
- ABDELMALEK.A, GERARD.J-L.** *Sciences humaines et soins, manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Inter Editions, 1995.
- ALTER.N.** *L'innovation ordinaire*. Paris : P.U.F, 2003. 278 p.
- BERNARD.A** *Le développement des jeunes cadres*. Paris : Editions Liaisons, 1992.
- BERNOUX.P.** *La sociologie des organisations*. Evreux : Editions du seuil, 1985. 382 p.
- BRIZON.H.** *L'intégration de nouveaux soignants : Guide-Suivi-Evaluation*. Paris : Masson, 2002. 108 p.
- CASPAR.P, MILLET.J-G.** *Apprécier et valoriser les hommes : réflexions et pratiques*. Paris : Editions Liaisons, 1993. 290 p.
- CLEMENT.J-M.** *Les pouvoirs à l'hôpital*. Paris : Editions Berger-Levrault, 1995.
- CREMADEZ.M, GRATEAU.F.** *Le management stratégique hospitalier*. Paris : Interéditions, Masson, 1997. 448 p.
- DERENNE.O, LUCAS.A** *Le développement des ressources humaines*. Rennes, Editions ENSP, 2002.
- DUBAR.C.** *La socialisation*. Paris : Armand Colin, 2000. 255 p.
- D'IRIBARNE. P.** *La logique de l'honneur* : Paris : Editions du seuil, 1989.
- FABRE.M.** *Etre authentique - Donner du sens*. Paris : Les presses du management, 1998.
- GARCIA-LOCQUENEUX.J, MARC.E et coll.** *Guide des méthodes et pratiques en formation*. Paris : Retz, 1995. 461 p.
- GENELOT.D.** *Manager dans la complexité*. Paris : INSEP Editions, 1998.
- GOGUELIN.P, KRAU.E.** *Projet professionnel, projet de vie*. Paris : ESF éditeur, 1992.
- GRAWITZ. M.** *Lexique des sciences sociales*. Dalloz, 1994.
- HART.J, LUCAS.S.** *Management hospitalier : Stratégies nouvelles des cadres*. Rueil-Malmaison : Editions Lamarre, 2002.180 p.
- HART.J, MUCHIELLI.A** *Soigner l'hôpital*. Paris : Editions Lamarre, 1994. 189 p.
- HESBEEN. W, BONNET.H.** *Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin dans une perspective soignante*. Paris : Inter Edition, Masson, 2000.
- HOFFMANS-GOSSET. M-A.** *Apprendre l'autonomie, apprendre la socialisation*. Lyon : Chronique Sociale, 1996.

- JARROSON.B, LENHARDT.V, MARTIN.B.** *Oser la confiance*. Paris : INSEP Editions, 1996.
- KNIBIEHLER.Y, et al.** *Cornettes et blouses blanches*. Paris: Hachette, 1984.
- KOLB.D-A** *Experiential learning. Experience as the source of learning and development*, Englewood Cliffs, N.J., Prentice-Hall, 1984
- LE BOTERF.G.** *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'organisation, 2004. 244 p.
- LE MOIGNE.J-L, MORIN.E.** *Comprendre la complexité dans les organisations de soins*. Lille: ASPEPS Edition, 1997. 85 p.
- MEIRIEU.P.** *Apprendre...Oui, mais comment ?* Paris : ESF Editeurs, 1987.
- MEZIROU.J.** *Penser son expérience*. Lyon : Chronique sociale, 2001.
- MINTZBERG.H,** *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Les éditions d'organisation, 1993.
- PERETTI.J-M.** *Ressources humaines*. Paris: Vuibert, 2002. 585 p.
- QUIVY. R, VAN CAMPENHOUDT . L.** *Manuel de recherche en sciences sociales* : Paris : Dunod, 1995.
- REHAYEM.G-P.** *Supervision et gestion des ressources humaines*. Montréal : Gaétan Morin éditeur, 1997. 353 p.
- RIVERIN-SIMARD.D.** *Les étapes de la vie au travail*. Montréal : Editions St Martin, 1984.
- SAINSAULIEU.R.** *L'identité au travail : Les effets culturels de l'organisation*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988.

ARTICLES

- ABRAHAM.J.** Identité hospitalière, culture de métier. *Revue de gestion des ressources humaines*, Juillet – Août - Septembre 1998, n°28, pp. 3-14.
- ARTAL B.,** Accueil, orientation et intégration du personnel infirmier dans un hôpital Suisse. *Soins*, Mai 1983, n°405, p. 25.
- ALIX.I ; BERNIER.M.** Projet professionnel et formation. *Soins cadres*, Août 2001, n°39.
- BOURBON.M-T.** Le rôle des cadres de santé à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 2003, n°431, pp. 820-824.
- BOUSSEMAERE.S.** Le faisant fonction de cadre de santé. *Objectifs soins*, Décembre 2002, n°111, pp. 13-18.
- COUDRAY.M-A.** La formation des cadres de santé, histoire et perspectives. *Soins Cadres*, Février 2003, n°45, pp. 43-47.
- DEBUSSCHE.C.** Cadre et management, il faut clarifier les missions et adapter les outils. *Soins cadres*, Septembre 2002, n°43 page 8.

DEBUSSCHE.C. Moral stable des cadres en 2004. *Soins cadres*, Novembre 2004, n°52, page 12.

HEBRARD.P. Questions autour de la définition de la validation et du transfert des compétences. *Soins cadres*, Août 2004, n°51, page 62.

HOULLE.I, WILBERT.N. Le projet professionnel, une pratique porteuse de sens. *Soins cadres*, Novembre 2004, n°52, page 78.

JEAN.P. Le malaise des cadres soignants...ou le défi de la complexité. *Gestions hospitalières*, Novembre 1999, n°390, pp. 680-682.

LANDRY.F. La formation expérientielle : origine, définition et tendances. *Education permanente*, 1989, n°100.

LE BŒUF.D, MATILLON.Y. De l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé. *Soins cadres*, Mai 2004, n°50, pp. 25-28.

LELIEVRE.F. Accueil et intégration à l'hôpital. *Gestions hospitalières*, Décembre 2003, n°431, pp. 825-826.

MALHOMME.M-L. Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 265.

MARTIN.D. Accueil, insertion pour quoi faire ? *Gestions hospitalières*, Mai 1995.

MENAI.S, MERKLING.J. Cadre de santé et polyvalence. *Soins cadres*, Novembre 2002, n°44, pp. 58-60.

MERLE.V. Le rôle du salarié dans la gestion des compétences. *Personnel*, n°440, page 21.

NIZARD.G. Cadre de santé, une fonction en transformation. *Soins cadres*, Novembre 2002, n°44, pp. 13-14.

PETITJEAN-MOIROUD.C. Prise de poste en unité de soins : Une expérience d'accompagnement des nouveaux cadres de santé. *Gestions hospitalières*, Avril 2004, n°435, page 271.

POSTEL-FERRY.B. Cadres : Bilan et perspectives de 40 ans de formation. *Objectif soins*, Mai 1999, n°75, pp. VIII - IX.

RAISON.M. Le rapport d'étonnement, un outil créatif pour intégrer les nouveaux. *Soins cadres*, Août 2004, n°51, page 72.

SCORSONE-PAGNI.S. Favoriser l'autonomie des futurs professionnels de santé. *Objectifs soins*, Octobre 2004, n°129.

STENIER.B. Adoptez l'attitude coach. *Soins cadres*, Août 2004, n°51.

TEULIER.R. Construire ensemble des connaissances pour nourrir des compétences. *Soins cadres*, février 2002, n°41.

TRAMONI. A-V. Quel rôle pour le cadre de santé au regard des nouveaux enjeux du soin. *Soins Cadres*, 3ème trimestre 2000, n°35.

VANDENBULCKE. C. L'accueil : L'hospitalité à l'hôpital. *Revue Recherche en soins*, ARSI, 1999, n°57.

TEXTES DE LOI

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. – Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps des Directeurs des Soins de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 23 avril 2002, page 7187.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. – Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. *Journal officiel de la République Française*, 1^{er} janvier 2002, page 38.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. – Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. *Journal officiel de la République Française*, 20 août 1995, page 129.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1943. – Décret n° 831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospice publics. *Journal officiel de la République Française*, 27 avril 1943.

REPUBLIQUE FRANCAISE, 1938. – Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simples et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalière, et d'assistant et assistante du service social de l'état. *Journal officiel de la République Française*, 22 février 1938, 2163.

DOCUMENT PEDAGOGIQUE

BOUSQUIE. L, PLANTE. S. *Dynamique de socialisation organisationnelle : L'accueil et l'insertion des infirmiers recrutés au sein de l'hôpital de Purpan*. Université de Toulouse le Mirail, 1998.

DONIUS.B. *La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences*. Document pédagogique, formation des Directeurs de Soins, E.N.S.P, 2005.

SCHWEYER.F-X. *Sociologie de l'organisation hospitalière*. Document pédagogique, formation des Infirmiers Généraux, E.N.S.P, 2002.

RAPPORT

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE, DIRECTION DES HOPITAUX. *Etude sur l'encadrement-hors équipe de direction - dans les établissements publics de santé*. Octobre 2000.

MEMOIRES

BEAUCHAMPS.B. *Du malaise identitaire à la reconnaissance : contribution du D.S à la construction de l'identité professionnelle des cadres.* Mémoire d'Infirmier Général : E.N.S.P, 2002.

LE BONNIEC.B. *Le cadre de santé : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier.* Mémoire d'Infirmier Général : E.N.S.P, 2000.

CHINOT.N. *L'accompagnement du postulant à la fonction cadre : Enjeux et stratégie du D.S.* Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2004.

GILLET.A. *De l'écueil à l'accueil : rencontre et apprentissage.* Mémoire de cadre de santé : I.F.C.S d'AMIENS, 2003.

PICHON.C. *Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolution du métier de cadre de santé.* Mémoire d'Infirmier Général : E.N.S.P, 2000.

PLATEVOET.J-M. *L'autonomie des cadres infirmiers de proximité.* Mémoire d'Infirmier Général : E.N.S.P, 1999.

RINGELE. J. *L'accueil et l'intégration des jeunes professionnels infirmiers : un enjeu pour le directeur des soins.* Mémoire de Directeur des Soins : E.N.S.P, 2002.

Liste des annexes

Annexe I :	Guide d'entretien destiné aux Cadres de Santé.	II
Annexe II :	Guide d'entretien destiné aux étudiants cadres.	III
Annexe III :	Guide d'entretien destiné à un D.R.H.	IV
Annexe IV :	Guide d'entretien destiné aux Directeurs d'I.F.C.S.	V
Annexe V :	Guide d'entretien destiné à un médecin.	VI
Annexe VI :	Guide d'entretien destiné aux Directeurs des Soins.	VII
Annexe VII :	Guide d'entretien destiné aux Cadres Supérieurs de Santé	VIII
Annexe VIII :	Grille d'analyse des entretiens.	IX

ANNEXE I : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE AUX CADRES DE SANTE

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Pourriez-vous me raconter en quoi consiste votre travail ?
- ✓ Vous attendiez-vous à avoir ce type d'activités pendant votre formation à l'I.F.C.S ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ Pouvez-vous me raconter comment vous avez été accueilli dans l'hôpital ? Dans le service ?
- ✓ Quel impact cela a-t-il eu sur votre prise de poste ?

THEME N°3

Les attentes des différents acteurs hospitaliers quant à la fonction cadre.

- ✓ Pouvez-vous me parler de ce qu'on attend de vous dans l'établissement ?
- ✓ Ces attentes génèrent-elles des difficultés dans votre exercice quotidien ?
- ✓ Comment tentez-vous de répondre à ces attentes ?
- ✓ Et vous, qu'attendez-vous de votre fonction ?

THEME N°4

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ Comment s'est déroulée votre prise de fonction ?
- ✓ Avez-vous bénéficié d'une aide particulière ? Par qui ? Avec quels moyens ?
- ✓ Que vous a-t-il manqué à votre arrivée ? Pourquoi ?

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE À UN ETUDIANT CADRE.

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Pouvez-vous me raconter votre parcours professionnel ?
- ✓ Comment se déroule votre année de formation ?
- ✓ Répond-elle à vos attentes ?
- ✓ Avez-vous suivi un stage pendant votre formation ?
- ✓ Ce stage a-t-il modifié votre conception de la fonction cadre ? Pourquoi ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ Connaissez-vous votre service d'affectation ?
- ✓ Quelles sont vos attentes quant à votre accueil dans l'établissement ? Dans votre service d'affectation ?
- ✓ Les conditions dans lesquelles vous serez accueilli vont-elles influencer votre prise de fonction? Pourquoi ?

THEME N°3

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ Quelles sont vos attentes par rapport à votre prise de poste ?

ANNEXE III : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE A UN DIRECTEUR DES RESSOURCES HUMAINES.

THEME N°1

L'accueil du cadre nouvellement diplômé

- ✓ Pouvez-vous me raconter comment se déroule l'arrivée d'un nouvel agent dans votre établissement ?
- ✓ L'accueil des nouveaux cadres comporte-t-il des spécificités ?
- ✓ Peut-on parler de politique d'intégration des nouveaux cadres de santé ? Pourquoi ?
- ✓ Si oui, en quoi consiste-t-elle ? Fait-elle l'objet d'évaluation ?
- ✓ Quel impact a-t-elle sur les prises de fonction ?

ANNEXE IV : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE À UN DIRECTEUR D'I.F.C.S.

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Abordez-vous la prise de fonction avec les étudiants pendant la formation ?
Comment ?
- ✓ Quel retour avez-vous des prises de fonction des cadres nouvellement diplômés ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ D'après vous, de quoi ont besoin les cadres au moment de la prise de fonction ?
- ✓ En quoi l'accueil des cadres nouvellement diplômés dans l'établissement peut-il influencer leur prise de poste?

THEME N°3

Les attentes des différents acteurs hospitaliers quant à la fonction cadre.

- ✓ Qu'attend-on d'un cadre hospitalier?
- ✓ Quelles conséquences ont d'après vous ces attentes sur les activités des cadres ?
Sur leur comportement ?

THEME N°4

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ De votre position de directeur d'I.F.C.S, quelles sont les remarques que vous pourriez faire quant à l'intégration des cadres débutants ?
- ✓ Quels points particuliers pourraient aujourd'hui faire l'objet d'amélioration lors de la prise de fonction des cadres ?

ANNEXE V : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE À UN MEDECIN.

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Pourriez-vous me raconter comment vous fonctionnez avec le cadre du service ?
- ✓ Quelles sont vos attentes par rapport à cette fonction ?
- ✓ Pensez-vous que la formation cadre réponde efficacement à ce que vous attendez d'un cadre ? Pourquoi ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ Comment s'est déroulé l'accueil du cadre dans l'unité ?
- ✓ Disposez-vous d'une procédure d'accueil dans le service ?
- ✓ D'après vous, quel impact l'accueil peut-il avoir sur la prise de poste du nouveau cadre ?

THEME N°3

Les attentes des différents acteurs hospitaliers quant à la fonction cadre.

- ✓ Etes-vous satisfait de la façon de fonctionner du cadre du service ?
- ✓ Dans quels domaines le trouvez-vous en difficulté ?

THEME N°4

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ Etes-vous satisfait de la manière dont s'est déroulée la prise de poste du cadre ? Pourquoi ?
- ✓ Y a-t-il des améliorations à apporter dans ce domaine ? Lesquelles ?

ANNEXE VI : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE À UN DIRECTEUR DES SOINS.

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Pourriez-vous me raconter votre fonctionnement avec les Cadres de Santé de votre établissement ?
- ✓ Comment intégrez-vous la formation cadre dans la professionnalisation du cadre ?
- ✓ La formation cadre vous paraît-elle adaptée à vos attentes ? Pourquoi ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ Existe-t-il une politique d'accueil du nouvel arrivant dans l'établissement ?
- ✓ Quel impact a-t-elle sur les cadres lors de leur prise de poste ? Sur l'institution ?

THEME N°3

Les attentes des différents acteurs hospitaliers quant à la fonction cadre.

- ✓ Quelles difficultés rencontrez-vous avec les cadres ?
- ✓ Comment est-il envisageable de les aider ?
- ✓ Les cadres connaissent-ils précisément vos attentes les concernant ?

THEME N°4

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ Dans le cadre de leur prise de fonction, les cadres bénéficient-ils d'une aide particulière ? Avec qui ? Pendant combien de temps ?
- ✓ Quelle plus-value cette aide amène-t-elle ?
- ✓ Des améliorations sont-elles souhaitables dans ce domaine ? Comment les envisagez-vous ?

ANNEXE VII : GUIDE D'ENTRETIEN DESTINE A UN CADRE SUPERIEUR DE SANTE.

THEME N°1

Le décalage entre les représentations de la fonction pendant la formation et les activités quotidiennes du cadre.

- ✓ Pourriez-vous me raconter votre fonctionnement avec les Cadres de Santé de votre établissement ?
- ✓ Comment intégrez-vous la formation cadre dans la professionnalisation du cadre ?
- ✓ La formation cadre vous paraît-elle adaptée à vos attentes ? Pourquoi ?

THEME N°2

L'accueil du cadre nouvellement diplômé.

- ✓ Existe-t-il une politique d'accueil du nouvel arrivant dans l'établissement ?
- ✓ Quel impact a-t-elle sur les cadres lors de leur prise de poste ? Sur l'institution ?

THEME N°3

Les attentes des différents acteurs hospitaliers quant à la fonction cadre.

- ✓ Quelles difficultés rencontrez-vous avec les cadres ?
- ✓ Comment est-il envisageable de les aider ?
- ✓ Les cadres connaissent-ils précisément vos attentes les concernant ?

THEME N°4

L'accompagnement du cadre lors de sa prise de fonction.

- ✓ Dans le cadre de leur prise de fonction, les cadres bénéficient-ils d'une aide particulière ? Avec qui ? Pendant combien de temps ?
- ✓ Quelle plus-value cette aide amène-t-elle ?
- ✓ Des améliorations sont-elles souhaitables dans ce domaine ? Comment les envisagez-vous ?

ANNEXE VIII : GRILLE D'ANALYSE DES ENTRETIENS

Le décalage entre les représentations en formation et les activités quotidiennes.	Votre travail	Vous attendiez-vous à ce type d'activités	Parcours professionnel	Déroulement de l'année de formation	Stage	Représentations - attentes	Prise de fonction et retour /prise de fonction	La formation cadre/attentes
Porter de l'intérêt à un cadre débutant est un acte de management qui favorise son implication.	Quel accueil ?	Quel impact ?	Attentes/accueil	Politique d'accueil	Procédure d'accueil	Evaluation de la politique	Quel accueil ?	Quel impact ?
Les attentes des différents acteurs sont multiples et parfois contradictoires. Elles compliquent la prise de fonction du cadre.	Difficultés rencontrées par les cadres	Quelle aide ?	Connaissance des attentes par les cadres	Conséquence des attentes	Attentes personnelles			
L'autonomisation recherchée se transforme parfois en isolement fonctionnel.	Prise de fonction ?	Aide à la prise de fonction ?	Plus value de cette aide?	Attentes/prise de fonction	Points à améliorer			