



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des soins

Promotion **2005**

**Socialisation,
identité professionnelle,
compétences
des futurs cadres de santé .
Accompagnement
par
la Direction des soins**

Christine NALLET

Remerciements

Nous remercions toutes les personnes qui, par leur participation, leurs conseils et leur disponibilité ont permis la réalisation de ce mémoire.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à Christian CHEVANDIER pour sa lecture attentive et les précieux conseils qu'il nous a prodigués au cours de cette recherche.

Sommaire

INTRODUCTION	1
HYPOTHESES	3
PREMIERE PARTIE	
I. Le cadre santé, perspective historique et définition	5
1. Historique et définition	5
1.1 <u>Tentative de définition</u>	
1.2 <u>Les référentiels</u>	7
2. La formation des cadres de santé, définition et perspectives d'évolution	8
3. Une manière temporaire d'exercer : le faisant fonction de cadre de santé	10
II. Construction de l'objet de recherche	10
1. Les limites du sujet travaillé	10
2. Les concepts utiles à la construction de l'objet	11
2.1 <u>La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles</u>	11
2.1.1 <i>Le groupe</i>	11
2.1.2 <i>Des « professions » à la socialisation professionnelle</i>	11
2.1.3 <i>Le modèle de E. HUGHES (1958, 1996) affiné par F. DAVIS (1968)</i>	12
2.1.4 <i>La profession</i>	14
2.1.5 <i>L'identité professionnelle</i>	15
2.1.6 <i>La crise des identités professionnelles</i>	15
2.2 <u>La compétence</u>	15
2.3 <u>La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)</u>	16
DEUXIEME PARTIE	
L'enquête de terrain	
I. La méthodologie	18
1. Les limites par rapport au choix de l'enquête	18
2. Présentation des outils et des échantillons	18
2.1 <u>L'enquête quantitative</u>	19
2.1.1 <i>Les lieux d'enquête</i>	19
2.1.2 <i>La population</i>	19
2.2 <u>L'enquête qualitative</u>	19
3. Déroulement de l'enquête	20

3.1 <u>Enquête quantitative</u>	20
3.2 <u>Enquête qualitative</u>	20
4. Les résultats	21
4.1 <u>Présentation des résultats de l'enquête par questionnaires</u>	21
4.2 <u>Présentation des résultats de l'enquête par entretien</u>	34
4.2.1 <i>Entretiens avec les cinq directeurs des soins</i>	34
4.2.2 <i>Entretiens avec les faisant fonction</i>	37
II. L'analyse des résultats	39
1. La socialisation des futurs cadres de santé	39
2. L'identité professionnelle	41
3 Les modèles d'accompagnement	42
3.1 <u>L'accompagnement rapproché et encadré par la GPEC</u>	42
3.2 <u>L'accompagnement discret</u>	44

TROISIEME PARTIE

Préconisations	46
I. Pourquoi mettre en place un dispositif d'accompagnement des futurs cadres de santé en un souci de socialisation professionnelle ?	46
II. Objectifs	47
III. Philosophie du plan d'action	47
1 La période de reconnaissance	48
2 La phase de rencontre	49
3 La période de réalisation	49
4 Le projet d'accompagnement : un projet institutionnel	50
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES	I

Liste des sigles utilisés

AP-HP	Assistance publique-Hôpitaux de Paris
CHU	Centre hospitalier universitaire
CS	Cadre de santé
CSIMTR	Commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation
CSS	Cadre supérieur de santé
DCS	Diplôme de cadre de santé
DHOS	Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins
DRH	Direction des ressources humaines
DS	Direction des soins
ENSP	Ecole nationale de la santé publique
EPS	Etablissement public de santé
FF	Faisant fonction
FPH	Fonction publique hospitalière
GPEC	Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences
IFCS	Institut de formation des cadres de santé
IFSI	Institut de formation en soins infirmiers
UFR	Unité de formation et de recherche

INTRODUCTION

Le directeur des soins, responsable des équipes d'encadrement paramédicales et participant à leur recrutement, est attentif au choix des futurs candidats à la fonction de cadre de santé. Parfait connaisseur de la formation dispensée en Institut de formation des cadres de santé (IFCS), il en connaît le déroulement, le contenu et les exigences. L'acquisition de compétences dans les domaines du management d'équipe, de la conduite de projet, du positionnement au sein d'une équipe d'encadrement et vis à vis d'une équipe paramédicale, est attendue par les recruteurs. La formation des cadres de santé est un moment de la vie du professionnel paramédical mais s'inscrit surtout dans une continuité. La formalisation du projet professionnel accompagnant ce changement de fonction est essentielle à la réussite de la formation et évite la survenue d'écueils liés, parfois, à une préparation hasardeuse.

Le rôle du directeur des soins dans la préparation du postulant cadre, le processus de socialisation et d'acquisition d'une identité professionnelle de cadre et les compétences nécessaires à l'exercice de la fonction sont l'objet de ce travail.

Les entretiens menés avec des formateurs d'IFCS et des élèves ayant fait fonction de directeur de soins avant leur entrée à l'École nationale de la santé publique (ENSP), notre propre expérience de cadre de santé puis de formateur en IFCS, nous ont convaincue de l'existence d'un lien entre les processus situés en amont, au cours et en aval de la formation de cadre de santé. Cette apparente tautologie ne doit pas faire oublier qu'il est parfois difficile aux postulants à la fonction de cadre de santé de démêler l'écheveau embrouillé de leur parcours professionnel. Si certains y voient une succession de ruptures et de souffrance refoulées favorisant « *l'éloignement des futurs cadres des pratiques et des identités des soignants du terrain* »¹, d'autres posent comme postulat que si un projet professionnel est aussi et surtout un projet personnel, il peut se trouver sur le chemin du prétendant à la fonction de cadre de santé, des accompagnateurs² ou passeurs au sens donné par Jean-Jacques BONNIOL³, qui en favoriseront l'émergence. Nous postulons que le directeur des soins peut être ce passeur.

¹ BENEVEISE N., *Quelles sont les motivations qui poussent les infirmières à devenir futurs cadres de santé ?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, AP-HP, promotion 1999-2000, p. 42.

² CHINOT N., *L'accompagnement du postulant à la fonction cadre de santé. Enjeux et stratégie du Directeur des soins*. Mémoire de l'École nationale de la santé publique- 2004.

³ BONNIOL J.-J., *La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur*. EN Question, Les cahiers d'Aix n°1, Université de Provence, Aix-Marseille I, 1996.

L'article 4 du décret 2002-550 du 19 avril 2002⁴ indique que le directeur des soins « dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé [...] et qu'il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ».

Mais la démographie décroissante des professions paramédicales, de cadres de santé en particulier, risque de provoquer des difficultés de recrutement dans les prochaines années. Par ailleurs, des réformes, telles que la mise en œuvre de la nouvelle gouvernance hospitalière et la mise en place des pôles d'activités⁵, nécessitent d'envisager l'encadrement des équipes avec autonomie et souci de décloisonnement. La professionnalisation des futurs cadres de santé s'inscrit, pour les années à venir, dans cette logique. Il convient donc que leur choix, mûrement réfléchi, soit accompagné pour faire face aux enjeux de leur fonction. A ce titre, repérer les compétences, en favoriser l'émergence et accompagner les projets professionnels naissants sont bien des missions relevant de la responsabilité du directeur des soins. La notion de compétences peut se définir comme une combinaison de connaissances, de savoir-faire, d'expériences et de comportements s'exerçant dans un contexte professionnel précis rendant son évaluation possible⁶. C'est un savoir-agir en situation qui accompagne et enrichit la certification représentée par le diplôme.

Des parcours professionnels singuliers mènent à la fonction de cadre de santé⁷ ; une étape, parmi d'autres, est celle de faisant fonction. Différents auteurs de travaux professionnels regrettent que certains faisant fonction de cadre ne parviennent pas « à transformer l'essai » et refusent de passer le concours d'entrée en IFCS. Certains y renoncent, mais d'autres n'y parviennent pas et échouent à plusieurs reprises aux épreuves du concours d'entrée. D'autres encore n'éprouvent nullement le besoin de cette « mise en situation » et réussissent le concours d'entrée dès la première tentative. C'est de ces parcours singuliers qu'émergent les futurs cadres au sein d'un groupe professionnel fragmenté.

C DUBAR⁸ définit l'identité professionnelle comme le produit de la socialisation professionnelle, elle-même produit de socialisations successives. Quand F-X. SCHWEYER⁹ présente la professionnalisation des ingénieurs biomédicaux hospitaliers, il

⁴ Décret 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière.

⁵ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

⁶ Reynaud J.-D., "Le management par les compétences : un essai d'analyse", *Sociologie du travail*, Janvier-mars 2001, n°43-1, pp.7-31.

⁷ CHEVANDIER C., *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte, 1997. p 47.

⁸ DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1996. 276 p.

⁹ SCHWEYER F.-X. « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers ». *Revue française des Affaires sociales*, Janvier-mars 2005, n°1, pp. 183-205.

évoque « *la dynamique interne de ce système professionnel [...] qui rassemble des groupes professionnels [...] segmentés* ». Il précise, par ailleurs, que « *les identités professionnelles se forment au sein des segments professionnels, souvent en compétition, et qui empruntent des formes mixtes, élaborées au cours de la formation et de la socialisation professionnelle* ». Les cadres de santé sont issus, comme les ingénieurs biomédicaux hospitaliers, de différentes professions initiales mais appartiennent tous au groupe des professions paramédicales. Ainsi, nous pensons pertinent de travailler sur la socialisation professionnelle des cadres de santé qui forment, à l'instar des ingénieurs biomédicaux, un groupe professionnel segmenté¹⁰.

De notre expérience professionnelle, de nos rencontres durant la formation à l'ENSP et pendant les stages ont émergé différentes questions.

Quelles motivations poussent un professionnel de santé à devenir cadre ? Adopte-t-il une stratégie codifiée ? Quels facteurs favorisent l'envie de prendre des responsabilités ? Comment la socialisation se met-elle en place ? Quand se révèle l'identité professionnelle de cadre de santé ? Quels moyens le postulant peut-il mobiliser pour réussir ? De quelles compétences le futur cadre devra-t-il faire preuve pour remplir sa mission ? Le sentiment d'appartenance au groupe professionnel basé sur le métier d'origine est-il un frein à l'émergence de l'identité de cadre ? La politique impulsée par le directeur des soins peut-elle traduire sa volonté de soutenir voire étayer le projet professionnel des postulants ? Un accompagnement individualisé permet-il de déjouer les pièges du quotidien soignant ? Une préparation aux épreuves du concours constitue-t-elle une aide ? La préparation des futurs cadres de santé peut-elle s'inscrire dans un dispositif global de Gestion prévisionnel des emplois et des compétences (GPEC) ?

Ces différentes problématiques convergent vers une question centrale :

En quoi un accompagnement personnalisé du projet professionnel du futur cadre par la direction des soins peut-il favoriser la socialisation du postulant, l'émergence de l'identité professionnelle de cadre de santé et des compétences afférentes à la fonction ? Un dispositif de type GPEC peut-il servir cette construction ?

Les hypothèses étudiées sont les suivantes :

1. L'accompagnement personnalisé du postulant cadre de santé par la Direction des soins favorise sa socialisation professionnelle et l'émergence de son identité professionnelle de futur cadre.

¹⁰ Infirmière, ergothérapeute, kinésithérapeute, technicien de laboratoire, diététiciens, manipulateur en électroradiologie, psychomotricien.

2. La mise en situation, telle que celle de faisant fonction, permet de repérer les qualités du futur cadre et l'acquisition de certaines compétences aux fonctions d'encadrement.
3. La préparation des postulants cadres, inscrite dans un dispositif de type GPEC, peut favoriser l'émergence de la socialisation professionnelle du futur cadre de santé.

La première partie de ce travail, exposant le cadre général de l'étude, s'attachera à décrire, d'une part le contexte historique et actuel, législatif et réglementaire, organisationnel et évolutif de l'exercice professionnel des cadres de santé, puis abordera les champs théoriques et conceptuels permettant de comprendre le processus de socialisation, le concept d'identité professionnelle, l'acquisition des compétences et l'intérêt d'un dispositif de GPEC, d'autre part.

La méthodologie adoptée pour réaliser cette recherche constituera la deuxième partie. Enquête préliminaire auprès de formateurs en IFCS, entretiens et questionnaires sont les moyens choisis pour étudier l'objet de recherche. Une approche quantitative permettra de cerner la population d'étudiants cadres de deux promotions en cours de formation, des entretiens semi directifs réalisés auprès de postulants à la fonction cadre et de directeurs de soins permettront une approche plus qualitative du processus de socialisation et des compétences attendues. Les résultats feront l'objet d'une analyse croisée et d'une mise en perspective pour parvenir à des propositions d'actions développées dans une troisième partie.

I. Le cadre santé, perspective historique et définition

1. Historique et définition

1.1 Tentative de définition

Si la notion de direction d'équipe est décrite par un décret du 27 avril 1943 relatif aux Hôpitaux et Hospices¹¹, c'est le Titre IV de la Fonction publique hospitalière (FPH) qui évoque la fonction d'encadrement du grade de surveillant¹². Le grade de cadre de santé est créé par le décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la Fonction publique hospitalière. Il comprend le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé¹³. Les anciennes dénominations telles que surveillant des services médicaux (SSM) ou surveillant chef disparaissent alors des textes mais peuvent encore être utilisés lors d'entretiens.

L'encadrement des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations est la mission principale du cadre de santé. Il peut également exercer des fonctions transversales, être chargé de projet au sein de son établissement ou assurer des fonctions d'enseignement dans les instituts de formation initiale qui préparent au métier de base qu'il exerçait antérieurement¹⁴. Le décret ne définit pas le terme *encadrement*.

Seule une circulaire¹⁵ de 1990, parue ni au Journal Officiel (JO) ni dans le Bulletin Officiel (BO), décline les missions principales du cadre infirmier. Elle précise qu'il participe en collaboration avec l'équipe médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité. Il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé. Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité mais aussi de formation, de coordination et de recherche. Il est responsable du soin dans le domaine de compétences propre à sa fonction, de l'organisation de l'application de la prescription médicale et de la gestion administrative de l'unité. Ainsi, alors que les métiers de base sont codifiés, les

¹¹ « Les surveillants et surveillantes dirigent les infirmiers et les infirmières et le personnel du service sous l'autorité du directeur pour toutes les questions administratives et du médecin chef de service pour les soins à donner aux malades ».

¹² « Les agents du grade de surveillant sont chargés des fonctions d'encadrements correspondant à leur qualification ».

¹³ Art. 3. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

¹⁴ Art. 4. *Ibid.*

¹⁵ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00130 du 20 février 1990, relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers, Nomenclature des emplois types de l'hôpital, Direction des hôpitaux.

fonctions d'encadrement ne disposent à ce jour d'aucune définition claire, ni sous forme de déclinaison de tâches, ni en terme de compétences.

La direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) au Ministère de la santé et de la protection sociale, en élaborant en 2004 le répertoire des métiers, a tenté de combler cette lacune¹⁶. La démarche adoptée par la DHOS a consisté à regrouper tous « les métiers du management » en un groupe spécifique. Malgré l'absence notoire du corps des directeurs d'hôpital et des médecins hospitaliers¹⁷, la DHOS a tenté de définir le « *cadre commun managérial, dans lequel on retrouverait, quels que soient les lieux d'exercice, des références communes à tous les métiers* » sous la forme d'activités ou de compétences. Trois niveaux d'encadrement ont ainsi été mis en évidence :

- L'encadrement stratégique correspondant aux fonctions du directeur des soins,
- L'encadrement intermédiaire pouvant être celui du cadre supérieur de santé,
- L'encadrement de proximité pouvant répondre aux fonctions de cadre de santé.

Ces différents échelons correspondent chacun à un positionnement distinct au sein de l'organisation en termes de gestion d'équipe et de projet, de poids sur les décisions qu'elles soient d'ordre stratégique ou opérationnel et du périmètre d'intervention du manager.

Cinq domaines d'activité sont décrits :

- Planification et contrôle des activités
- Gestion et suivi des moyens et des ressources
- Management des équipes et des personnes
- Organisation
- Coordination et transversalité

La DHOS a décliné les connaissances requises pour réaliser les activités et savoir-faire de management et les a classées en trois niveaux.

Le **niveau 1** comprend les connaissances générales qui ne nécessite que quelques jours d'apprentissage, voire quelques semaines.

Le **niveau 2** est celui de connaissances détaillées qui nécessite quelques semaines, voire le plus souvent quelques mois d'apprentissage.

Le **niveau 3** correspond aux connaissances approfondies et nécessite quelques mois voire le plus souvent quelques années d'apprentissage (cœur de métier).

¹⁶ MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : éditions ENSP, 2004. p. 74-79.

¹⁷ La généralisation de l'organisation en pôles d'activités à l'orée de 2007, mériterait la définition des compétences des médecins chefs de pôles.

Le métier de cadre de santé, « *sous famille des métiers du management et de la formation* » appartient au domaine fonctionnel des soins n°1¹⁸. Le répertoire comprend 5 domaines fonctionnels, 22 familles de métiers, 64 sous-familles de métiers et 183 fiches métiers.

Cette approche par métiers ne doit pas faire oublier la préoccupation récurrente des Instituts de formation des cadres (IFCS) de définir les fonctions, missions et compétences des futurs cadres de santé afin d'élaborer leur projet de formation. Ainsi certains IFCS ont décidé d'élaborer des référentiels de compétences des cadres de santé.

1.2 Les référentiels

L'IFCS de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP)¹⁹ a réalisé en 2000 et 2001, une enquête auprès d'un échantillon de cadres de proximité, cadres supérieurs et dirigeants, médecins et directeurs d'hôpital du secteur public et privé. Elle avait pour but de recueillir l'avis des professionnels et partenaires des cadres de santé afin de déterminer « *un référentiel de compétences clés pour un cadre de santé quel que soit le métier qu'il exerce* ». D'autres dénominations ont été utilisées pour d'autres métiers ou structures, mais le souci de décliner des capacités, des compétences ou des savoir-faire procéduraux met en lumière le besoin de clarifier une fonction qui ne trouve nulle part de définition.

Le référentiel de compétences élaboré par l'IFCS de l'AP-HP s'attache à définir en premier lieu le cœur du métier de cadre de santé – expression reprise par ailleurs par la DHOS dans le répertoire des métiers- qui est d' « *assurer la qualité des soins, des prestations et de la formation* » dans un environnement changeant.

Cinq domaines de compétences ont été identifiés :

- Organiser le travail des équipes et s'organiser en fonction de contingences multiples
- Manager les ressources humaines
- Gérer les moyens
- Assurer une relation de qualité avec les bénéficiaires
- Evaluer, améliorer et mettre en place des procédures.

¹⁸ *Op. cit.*, fiches 1A401, 1A402 et 1A403, pp. 74-79.

¹⁹ Référentiel de compétences du cadre de santé, IFCS, AP-HP, 2001, MAJ en 2003. 40 p.

Ce référentiel, sans prétendre à l'exhaustivité, est une tentative de classification des compétences-clés qu'un cadre de santé doit pouvoir mettre en œuvre au quotidien, dans l'exercice de ses fonctions. Celles-ci ne peuvent s'exercer sans la prise en compte de l'environnement dans lequel il travaille et sans une réflexion éthique sur son activité. « *Il doit avoir intégré les valeurs professionnelles inhérentes au métier de soignant et être capable de les faire partager* ». ²⁰ Guide pour la construction du projet de formation, ce référentiel constitue une première tentative de modélisation de la fonction de cadre de santé. Antérieur de six mois au décret du 31 décembre 2001 portant création du grade de cadre de santé, cette construction n'est pas une préoccupation strictement hexagonale. En effet, le projet *Education and Culture, Leonardo da Vinci pour un Référentiel européen de la formation de cadre de santé infirmier* ²¹ s'inscrit dans cette logique. Par ailleurs, d'autres types de référentiels élaborés par des professionnels soucieux de définir leur métier voient régulièrement le jour. Le Référentiel métier de directeur d'hôpital rédigé par l'Association des élèves et anciens élèves de l'École nationale de santé publique a pour finalité « *la définition de repères dans l'exercice des fonctions de directeur d'hôpital* » ²². La nécessité de clarifier voire de définir les champs d'exercice et de compétences est partagée par de nombreux métiers et professions dans le but d'affirmer qu'ils exercent « un véritable métier spécifique faisant appel à un savoir-faire particulier » ²³. Les enjeux de la formation des différents corps de la Fonction publique hospitalière (FPH) sont à l'œuvre dans ces tentatives de modélisation. Par ailleurs, une définition « en creux » de la fonction de cadre de santé est repérable dans le contenu du programme de formation relatif au diplôme de cadre de santé.

2. La formation des cadres de santé, définition et perspectives d'évolution

La première école de cadres est ouverte par la Croix rouge en 1951. C'est en 1958 que sont créés le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante (CAFIS) et le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM). Le décret n° 75-928 du 9 octobre 1975 institue le certificat de cadre infirmier (CCI). Une importante avancée dans le décloisonnement des pratiques professionnelles est scellée par le décret n°89-539 du 18 août 1995 qui réunit toutes les formations des cadres paramédicaux sous la bannière d'un programme unique de formation ²⁴.

²⁰ *Ibid.* p. 6.

²¹ Agence Socrates, Leonardo da Vinci France, Rapport publié en octobre 2004..

²² Référentiel métier de directeur d'hôpital, Association des élèves et anciens élèves de l'École nationale de santé publique, p. 7, 2003.

²³ *Ibid.* p. 3.

²⁴ Décret n°89-539 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

Le programme de formation menant à l'obtention du diplôme de cadre de santé est annexé à l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Décliné en six modules, il prévoit une alternance d'enseignements théoriques et d'apprentissages pratiques en stage. D'une durée de 42 semaines, la formation est constituée de 24 ou 26 semaines d'enseignement théorique, de 15 ou 13 semaines de stages, de deux semaines de travail personnel et d'une semaine de congé. Les cadres de santé, quel que soit leur métier d'origine, suivent le même cursus de formation. Le législateur a souhaité en 1995 favoriser le décloisonnement et « *favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage commun à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations* »²⁵.

L'obtention du diplôme de cadre de santé est assujettie à la validation des modules et à la rédaction et argumentation d'un mémoire individuel appliqué au domaine professionnel. Passage obligé depuis le 31 décembre 2001, la formation dans les IFCS permet d'obtenir le Diplôme de cadre de santé (DCS) mais l'accès au grade de cadre de santé n'est effectif qu'après avoir satisfait aux épreuves d'un concours sur titres. L'établissement public de santé (EPS) qui emploie le cadre organise les épreuves à sa convenance, généralement en fonction des postes à pourvoir. Ainsi, posséder le DCS ne signifie pas obligatoirement être nommé cadre de santé.

De nombreux IFCS travaillent en partenariat avec les universités. Des sociologues, psychologues, médecins de santé publique, juristes, pédagogues... assurent les enseignements théoriques, réalisent des évaluations et participent aux travaux de recherche des étudiants. Certains instituts proposent de préparer une licence en parallèle du cycle de formation menant au DCS, d'autres ont mis en place dès la rentrée de 2005 un partenariat permettant d'obtenir le DCS et un niveau 1 de master. Les disciplines sont généralement les sciences sanitaires et sociales, les sciences de l'éducation, plus rarement la sociologie et parfois la santé publique. L'évolution vers l'universitarisation de la formation des cadres de santé est attendue par certains, décriée par d'autres. Le ministère prépare actuellement un nouveau programme. Les années à venir verront donc une évolution de la formation, ne serait-ce que du fait du dispositif de validation des acquis et de l'expérience (VAE), des transferts de compétences et de la transformation, depuis longtemps évoquée mais non aboutie, de la première année de formation commune à toutes les professions de santé.

²⁵ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, Annexe I, 3^{ème} alinéa.

3. Une manière temporaire d'exercer : le faisant fonction de cadre de santé

Le recours au poste de faisant fonction était, jusqu'en décembre 2001, l'autre moyen d'accéder au grade de surveillant des services médicaux par l'avancement au mérite et à l'ancienneté. Depuis ce décret, aucun cadre ne peut être titularisé s'il ne possède pas le DCS validé par un IFCS. Le recours aux faisant fonction n'a pourtant pas disparu ; les établissements de petite taille ou de moyenne importance ne disposant pas d'un IFCS à proximité ont parfois du mal à envoyer et rémunérer pendant 10 mois un agent et optent plus facilement que les CHU pour cette solution. Par ailleurs, le FF de formateur en IFSI est une fonction recherchée pour développer des compétences en pédagogie qui pourraient servir un projet professionnel de cadre de santé formateur. L'augmentation des quotas d'entrée en IFSI a développé un phénomène déjà largement répandu.

Par ailleurs, de nombreux directeurs des soins (gestion ou formation) confèrent une forte valeur expérientielle à la mise en situation du faisant fonction de cadre de santé.

Professionnel reconnu pour ses qualités et ses compétences, il occupe un poste vacant de cadre de santé. Rémunéré selon la grille indiciaire de son métier de base, il touche en général une prime d'encadrement identique ou un peu inférieure à celle de ses collègues diplômés et nommés.

II. Construction de l'objet de recherche

1. Les limites du sujet travaillé

Travailler sur l'identité professionnelle et les compétences des futurs cadres de santé dans le champ d'action du directeur des soins est une opération complexe qui nécessite des approches conceptuelles multiples dans des champs théoriques non stabilisés. La polysémie des définitions a imposé de faire des choix théoriques qui pourraient apparaître réducteurs tant le champ est vaste.

L'approche sociologique de la socialisation et de l'identité professionnelle retenue est celle de l'interactionnisme d'Everett HUGHES présentée par Claude DUBAR (1996) dans le chapitre 6 de son ouvrage *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*.

Les notions de compétence sont empruntées à G. Le BOTERF et P. ZARIFIAN en ce qu'elles se combinent et se complètent.

L'abord de la GPEC est essentiellement technique et s'attache à présenter des méthodes et outils de gestion des emplois et des compétences utiles à l'exercice quotidien du métier de directeur des soins.

La combinaison de ces trois champs nous a paru pertinente en ce qu'elles se retrouvent et se conjuguent dans la construction du projet professionnel du postulant cadre de santé. Cette approche est forcément réductrice et en cela critiquable.

2. Les concepts utiles à la construction de l'objet

2.1 La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles²⁶

2.1.1 *Le groupe*

La notion de groupe est essentielle en psychologie sociale. Elle permet de situer l'individu par rapport aux autres. Plusieurs types de liens sont nécessaires à la constitution d'un groupe. D. ANZIEU l'a très bien théorisé dans son ouvrage, *La dynamique des groupes restreints*.²⁷

Le premier lien est imaginaire, il repose sur les désirs et rêves des individus qui entrent en résonance les uns avec les autres.

Le deuxième type de lien dérive de la technique, des savoir-faire partagés.

D. ANZIEU a mis en évidence l'intrication de ces liens qui passent par une adhésion à un système de valeurs fort. C'est dans l'interdépendance de ses membres que se crée le groupe. C'est ce que l'on nomme les facteurs internes.

Il existe aussi des facteurs externes propres au groupe comme les relations que celui-ci tisse avec d'autres groupes.

Les caractéristiques du groupe, ses finalités, ses enjeux n'acquièrent de signification que dans la confrontation, la comparaison avec d'autres et l'évaluation qui en découle.

Le mouvement sociologique, dit des relations humaines, issu des travaux d'E. MAYO à HAWTHORNE et revisités par K. LEWIN a permis d'élaborer les conceptions du groupe. En mettant en évidence des processus spécifiques, ce courant de pensée « a ouvert la voie à l'étude des facteurs constitutifs de la structure des groupes »²⁸.

Par ailleurs, l'adhésion à un groupe recouvre aussi les phénomènes de normalisation et de conformisme à la source des processus d'influence.

L'intégration dans le groupe et l'appartenance catégorielle participent à la définition de soi qu'élabore l'individu. Etre membre d'un groupe n'est pas secondaire mais bien constitutif de son identité.

2.1.2 *Des « professions » à la socialisation professionnelle*

Le terme sociologie des professions résulte de la traduction du terme anglais « *Sociology of Professions* ». Le terme français « profession » comporte deux significations en anglais. Il désigne non seulement les **emplois** (*Occupations*) mais également les **professions** libérales et savantes (*Learned professions*). Il convient pour être complet d'ajouter le terme **métier** qui de la France du Moyen Âge à l'Ancien Régime signifiait

²⁶ DUBAR C. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 2^{ème} édition revue, 1996, pp 131 à 153.

²⁷ ANZIEU D., MARTIN J-Y., *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF, 12^{ème} édition, 2000. 396 p.

²⁸ OBERLE D. « Vivre ensemble, le groupe en psychologie sociale ». *Identité(s). L'individu. Le groupe. La société*. Paris : Editions Sciences humaines, 2004, p 125.

« ceux qui avaient droit au corps » c'est-à-dire de participer à une corporation²⁹. Mais si l'opposition entre métiers et professions affirme des distinctions sociales qui se sont reproduites à travers les siècles, on peut après C DUBAR (1996) affirmer qu'ils « participent du même modèle d'origine : les corporations »³⁰ où dignité et qualité dénotaient d'un état socialement légitime.

Les analyses des premiers sociologues, leurs réflexions et propositions concernant les activités et associations professionnelles sont dans la continuité de la « *pratique communautaire des métiers* [visant à] *enraciner le rapport des hommes à leur travail dans une perspective communautaire et tenter de définir les conditions d'une organisation économique socialement viable* »³¹.

Pour les sociologues américains, du début du XXème siècle aux années 1970, « *la profession représente la fusion de l'efficacité économique et de la légitimité culturelle* »³².

La théorie fonctionnaliste des « professions » développée par T. PARSONS postule, quant à elle, que l'institutionnalisation des rôles en professions découle de l'ajustement de ces rôles pour définir un corps de savoirs susceptible d'être enseigné, testé et contrôlé par les professionnels, et réguler par l'Etat. Dans l'approche interactionniste symbolique, Everett HUGHES analyse les relations entre le professionnel et son « *client sur le mode du sacré et du profane, de l'initié et du non initié* ». Pour HUGHES, l'analyse sociologique du travail humain est construite à partir de la division du travail où l'on ne peut pas séparer une activité de « *l'ensemble de celles dans lesquelles elle s'insère et des procédures de distribution sociale des activités* »³³. Par ailleurs, le phénomène « professionnel » est tributaire de deux notions, le diplôme (*licence*) qui donne l'autorisation d'exercer que d'autres n'auront pas et le mandat (*mandate*) qui confère une obligation légale d'exercer une fonction spécifique.

2.1.3 Le modèle de E. C. HUGHES (1958, 1996) affiné par F. DAVIS (1968)

L'étude de la formation des professionnels a été particulièrement influencée par l'approche de E. C. HUGHES dans son article de 1955 « La fabrication d'un médecin ».

La socialisation professionnelle comme initiation et conversion de la personne à une nouvelle façon de voir le monde a été revue dans les années 60, par Fred. DAVIS qui s'est intéressé aux infirmières anglaises.

²⁹ DUBAR C. *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1996, p. 132.

³⁰ *Ibid.* p. 133.

³¹ *Ibid.* p. 135.

³² *Ibid.* p. 138.

³³ *Ibid.* p. 142.

Il a décrit et étudié «*la socialisation comme expérience subjective*» où les élèves infirmières arrivent à progressivement «*échanger leur propre image profane de la profession contre celle que la profession s'attribue*».

Davis propose six étapes à cette nouvelle façon de voir le monde :

- L'innocence initiale : croyance dans les stéréotypes traditionnels, empathie avec ceux qui souffrent. La période, située en début de formation, dure quelques mois où sont privilégiés l'observation et non l'action, pendant les stages. Cela provoque des frustrations et une certaine déception.
- La reconnaissance de l'incongruité : c'est le choc de la réalité et le repérage du décalage entre leurs attentes et le contenu réel du monde professionnel.
- Le déclic : les étudiantes réalisent ce que l'on attend d'elles et répondent mieux aux attentes. Cap crucial dans le « devenir infirmière » car c'est à cette étape que se met en place le cadre cognitif dont les étudiants ont besoin lors de la dernière phase de socialisation.
- La simulation de rôle : continuité du déclic. L'acceptation du rôle à jouer tout en étant consciente de l'écart entre les conceptions profanes antérieures et la réalité des attentes professionnelles. Il y a même aliénation car, dans le processus interactif, il existe 2 sortes de disjonctions.

La première disjonction se réalise entre l'acteur et lui-même qui met en doute la performance qu'il est censé fournir. Cela s'accompagne d'un sentiment de culpabilité et d'hypocrisie. F. DAVIS note alors que certaines étudiantes ne parviennent jamais à se convaincre de l'authenticité de leur nouveau rôle.

La seconde disjonction se situe entre l'acteur et les autres : comment les persuader si l'on n'est pas convaincu de son propre rôle ? Cette simulation de rôle est paradoxale dans la mesure où plus l'acteur est convaincant, moins il a conscience qu'il joue un rôle et par conséquent plus il est sûr de sa performance. Cette transformation de l'acteur se réalise en vertu de sa capacité à intégrer ce que l'entourage lui renvoie de sa performance dans ce nouveau rôle. Ainsi l'aliénation a tendance à s'amenuiser au fur et à mesure que les étudiantes se rapprochent du modèle proposé par l'institution. Elles deviennent finalement ce que leur statut exige qu'elle soient.

- L'intériorisation provisoire se caractérise par une défaillance récurrente et épisodique de l'intégration des connaissances, des perceptions et des orientations de rôles qui guident le comportement institutionnel de l'étudiante. Pour arriver à l'intériorisation stable deux phénomènes sont nécessaires : la rhétorique professionnelle de l'école et l'émergence, au sein du groupe, de modèles infirmiers. La confrontation des deux permet d'élaborer « un idéal professionnel ».
- L'intériorisation stable est la dernière étape du processus de « conversion doctrinale » des étudiantes. Elles incorporent le rôle professionnel en réinterprétant

les craintes et doutes de leur début dans le processus de professionnalisation à l'aune de la réalité du monde professionnel.

La socialisation professionnelle consiste bien à passer, comme le disait HUGHES, de l'autre côté du miroir et à voir le monde inversé.

C. DUBAR pense que c'est un outil analytique aidant à poser des questions quels que soient le terrain et le moment de l'étude. C'est pourquoi ce modèle théorique nous est apparu pertinent pour l'analyse du processus de socialisation des futurs cadres de santé. Il importe maintenant, après avoir présenté un modèle de socialisation et de professionnalisation, de définir le terme profession.

2.1.4 La profession

Nous adoptons ici le modèle théorique de l'interactionnisme symbolique présenté par C. DUBAR (1996)³⁴ et C. DUBAR et P. TRIPIER (1998)³⁵. Pour eux, une profession devient un « système fermé » en premier lieu par le diplôme qui autorise l'accès à l'ensemble d'une filière professionnelle au terme d'un curriculum pré établi³⁶. Ils s'inspirent en cela de la définition de MERTON

Les critères qui distinguent la profession sont pour MERTON :

- un diplôme
- une attache institutionnelle
- une formation professionnelle affirmée
- des instituts de formation spécifiques
- l'universitarisation de la formation permettant la multiplication des diplômes, la formation permet ainsi le déroulement de carrière.

Nous pensons opportun de mettre en perspective la carrière de cadre de santé avec cette approche théorique. Depuis 1995, l'ensemble des professions paramédicales³⁷ peut accéder à la formation de cadre de santé à condition qu'il possède un diplôme de formation initiale prévu par le décret. La possibilité d'accéder au grade de cadre de santé était jusqu'en 2001³⁸ ouverte aux professionnels qui avaient une expérience considérée comme suffisante pour exercer les fonctions d'encadrement. Cette voie est dorénavant fermée sans le diplôme de cadre de santé obtenu dans un IFCS, obligation devenue réglementaire. Il est donc possible de voir à l'œuvre dans ce changement un processus de professionnalisation des fonctions d'encadrement au sein du système hospitalier français.

³⁴ DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1996, 276 p.

³⁵ DUBAR C., TRIPIER P. *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998, 256 p.

³⁶ *Op.cit.* p.157.

³⁷ Décret et arrêté du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

³⁸ Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

2.1.5 L'identité professionnelle

Claude DUBAR définit l'identité comme un produit de socialisations successives. La socialisation peut être alors perçue comme un processus de construction de l'identité individuelle ("identité pour soi") et comme fondement de l'ordre social ("identité pour autrui"). Il souligne, par ailleurs, la dimension particulière de la socialisation professionnelle et des changements ou transformations identitaires qu'elle entraîne. Il présente la configuration identitaire comme le résultat d'une double transaction entre l'individu et les institutions. L'hôpital nous paraît, en tant qu'institution, parfaitement adapté à l'analyse de la socialisation des futurs cadres selon les théories de l'interactionnisme symbolique que C. DUBAR développe dans son ouvrage³⁹.

2.1.6 La crise des identités professionnelles

Historiquement, l'identité professionnelle est le résultat d'un processus collectif inscrit dans les relations communautaires basées sur les niveaux de qualification. Mais les modèles ont éclaté, se sont diversifiés sous l'effet des changements sociétaux et de l'évolution des nouvelles formes d'implication au travail.

Le modèle des compétences, en évolution constante, qui tend à supplanter celui de la qualification acquise une fois pour toutes, fragilise la construction d'une identité professionnelle affirmée. Cela entraîne un processus identitaire comportant des phases diverses, des conversions de forme et des constructions de projets liés à la personne.

Les identités professionnelles ne sont pas des catégories acquises définitivement et se construisent tout au long de la vie. *«Elles s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant les limites du lien au travail »*⁴⁰.

L'identité professionnelle diffère de l'identité au travail : elle est une manière de se situer dans le champ professionnel et au delà, dans la vie sociale.

*« On assiste à l'éclatement de modèles dominants au profit d'identités professionnelles qui sont davantage singularisantes, incertaines mais individualisées »*⁴¹.

2.2 La compétence

Aborder la socialisation et la professionnalisation des cadres de santé ne peut se faire sans définir des compétences afférentes à la fonction. De nombreuses définitions se succèdent au fil des années 80 lorsque les qualifications (certification et diplôme) voient leur intangibilité remise en question par les restructurations du milieu industriel d'abord, hospitalier ensuite. Ainsi, le terme inquiète tant il peut être mis en rapport avec les réalités

³⁹ DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1996. 276 p.

⁴⁰ DUBAR C. Identités professionnelles : le temps du bricolage. *Identités(s). L'individu. Le groupe. La société*. Editions sciences humaines. 2004. p 145.

⁴¹ *Ibid.* p 145

économiques, les plans sociaux et les licenciements. Cette crainte est, semble-t-il, dépassée et le terme est maintenant largement répandu dans le milieu hospitalier.

Pour Guy Le BOTERF, une personne compétente est celle « *qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier* »⁴². Cette définition combine plusieurs caractéristiques. Le **savoir**, la connaissance, qui sont issus de la formation et du milieu socio-économique dans lequel, l'individu a grandi. Le **savoir-agir** est situé au cœur de l'action ; il est en cela intimement lié au contexte dans lequel l'action se déroule. Ce **savoir-agir** n'a de valeur que s'il est évalué et **validé** ; la compétence n'a de réalité que par le regard qu'autrui porte sur elle. On n'est pas compétent tout seul. De la confrontation à l'autre naît la compétence et la responsabilité qui s'y attache. Pour Philippe ZARIFIAN⁴³, prise d'initiative et prise de responsabilité créent le « **pouvoir-agir** ».

La compétence est donc une notion systémique et un processus combinatoire qui se construit en mobilisant et organisant les ressources dans un contexte changeant. Ainsi, les deux dimensions, individuelle et collective, de la compétence sont liées pour interagir avec autrui.

Remplir les missions de cadre de santé requiert une compétence spécifique que le seul exercice professionnel du métier de base ne permet pas de mettre en évidence. La compétence doit ainsi combiner valeurs personnelles et valeurs professionnelles pour faire de chaque cadre un être singulier, possédant une identité professionnelle affirmée.

*« Autour du concept de compétences, se construisent un ensemble de démarches et d'outils de gestion des ressources humaines sur lesquels se bâtissent une nouvelle conception des relations de travail qui privilégient la coopération, l'autonomie et la responsabilité y compris pour les salariés d'exécution appelés à prendre des initiatives là où l'organisation cherchait antérieurement à canaliser leur activité par la prescription de leurs tâches »*⁴⁴.

2.3 La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC)

Les premières démarches de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences sont apparues au début des années 1980 dans les secteurs industriels en restructuration. La GPEC dans la FPH trouve son origine dans la réflexion issue de la Circulaire ROCARD de 1989 sur la modernisation du secteur public. Les restructurations hospitalières, entraînant des reconversions professionnelles pour des personnels techniques et

⁴² Le BOTERF G. *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*, Paris, Editions d'organisations, 1994.

⁴³ ZARIFIAN P. *Objectif compétence*, Paris, Liaisons, 2001. 232 p.

⁴⁴ LICHTENBERGER Y., *Compétence, compétences*. Encyclopédie des ressources humaines. Editions Vuibert [en ligne] : 2003. Disponible sur Internet : <http://latts.cnrs.fr/site/tele/rep1:LichtenCompétences.doc>.

ouvriers, ont rendu nécessaires une nouvelle lecture des besoins en métiers et en compétences.

La Délégation à l'emploi définit, en 1991, la GPEC comme «...une activité de gestion qui permet à l'entreprise d'accroître ses compétences, sa réactivité et son adaptabilité aux fluctuations par une analyse sur le contenu des métiers, l'évaluation des qualifications en relation avec l'organisation du travail, la validation de la compétence et du potentiel individuel et collectif du personnel ».

Elle vise à anticiper les besoins en personnel qualifié au regard des recrutements et départs de personnel en lien avec le Projet stratégique de l'établissement. La GPEC peut permettre la gestion des adéquations quantitatives en personnel⁴⁵ par :

- Les données qu'elle fournit du niveau actuel de l'emploi,
- La visualisation du court terme qu'elle autorise,
- La projection des besoins à moyen terme qu'elle permet,
- L'agrégation des besoins et des ressources qu'elle projette
- Les modalités de suivi et d'ajustement qu'elle doit prévoir.

Décliner les différents aspects de la GPEC est, pour les établissements publics de santé (EPS), d'une aide précieuse afin de définir projet social et projet de soins au sein du Projet d'établissement. L'accompagnement, par la Direction des soins, des postulants cadres de santé se situe sans doute dans cette logique.

DEUXIEME PARTIE

L'enquête de terrain

I. La méthodologie

1. Les limites par rapport au choix de l'enquête

Le choix de réaliser une enquête pour obtenir des données quantitatives et qualitatives nous a permis de travailler sur plusieurs sources. La méthode quantitative présente l'avantage de se prêter à la vérification, ce n'est pas le cas de la méthode qualitative qui ne peut jamais provoquer l'unanimité⁴⁶. Les deux approches étant considérées comme complémentaires, l'analyse des résultats nous permettra de vérifier si nos hypothèses de travail ainsi que notre problématique sont pertinentes.

Cependant, nous avons pu au cours du dépouillement des questionnaires et de l'exploitation des entretiens nous rendre compte des limites majeures de cette enquête. Le nombre d'entretiens avec des FF et les DS est sans doute insuffisant pour tirer des conclusions générales. Par ailleurs, l'exploitation des questionnaires a mis en évidence des manques, notamment en ce qui concerne le parcours professionnel antérieur à l'entrée à l'IFCS qui est trop général ; les parcours d'ASH, d'AS ou AP avant celui d'IDE, bien que repérables à la lecture de l'année de diplôme et de l'âge, restent imprécis donc peu exploitables. Certaines questions, mal formulées telle que la Q 25, n'ont pas pu être exploitées. Par ailleurs, l'absence de prise en compte du genre peut être une limite supplémentaire pour qui se penche sur les identités, même professionnelles. Enfin, le nombre restreint de lieux d'enquête limite encore la portée des conclusions (2 IFCS, 4 hôpitaux, 5 DS gestion et aucun DS formation).

2. Présentation des outils et des échantillons

Deux enquêtes ont été réalisées. L'une, d'ordre quantitatif, sous la forme d'un questionnaire composé de 29 questions ouvertes et fermées (*cf.* annexe I). L'autre, d'ordre qualitatif, a consisté à rencontrer des directeurs des soins, des étudiants cadres et des cadres faisant fonction au cours d'entretiens semi-directifs afin de connaître leur point de vue sur la préparation des futurs étudiants cadres de santé. Ces entretiens avaient également pour but de faire émerger les représentations des interviewés à propos de la construction identitaire des futurs cadres de santé et tenter ainsi de «la modéliser ».

⁴⁶ DONIUS B., «La Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Métiers et des compétences ». Directeur de ressources humaines, CHRU de LILLE. Document de travail, ENSP. Rennes, 2005.

⁴⁶ ALBARELLO L., DIGNEFFE F., HIERNIAUX J.P., MAROY C., RUQUOY D., de SAINT- GEORGES P., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Colin, 1995. 179 p.

2.1 L'enquête quantitative

2.1.1 *Les lieux d'enquête*

Les questionnaires ont été distribués dans deux IFCS.

L'IFCS M. accueille 35 étudiants cadres en formation continue et 20 en formation discontinuée sur 16 mois. Il est habilité à former des cadres issus du milieu infirmier et de celui des ergothérapeutes. L'équipe pédagogique est constituée de 4 cadres supérieurs de santé infirmiers, d'un directeur et d'un formateur vacataire, cadre supérieur ergothérapeute. L'IFCS M., inscrit dans le système L.M.D. au titre de l'Institut universitaire professionnalisé qu'il constitue au sein d'une université, délivre, conjointement au DCS, une licence en Ingénierie de la santé, option gestion des soins.

L'IFCS P. peut recevoir 170 étudiants issus de toutes les professions paramédicales⁴⁷. La formation se déroule en continue sur 10 mois. L'équipe pédagogique est constituée de 18 formateurs, cadres supérieurs de santé et d'un directeur. L'IFCS travaille en partenariat avec deux universités dont certains enseignants assurent des cours, mais n'est pas inscrit dans le système L.M.D.

2.1.2 *La population :*

Deux cent questionnaires ont été distribués, 102 ont été restitués et exploités. Notre choix s'est porté sur les IFCS M. et P. car leurs tailles et de leurs projets de formation sont sensiblement différents. L'IFCS M a été créée en 1998, alors que l'IFCS P. est l'un des premiers à avoir vu le jour à la fin des années cinquante. Le premier est une structure constituée en Groupement d'intérêt public (GIP) ; le second est une école institutionnelle formant les cadres d'un important CHU. L'IFCS M. a une « sensibilité » très sciences humaines, centrée sur la recherche ; l'IFCS P. attache une grande importance à la professionnalisation des futurs cadres de santé et au développement des compétences professionnelles. Les populations accueillies ne sont pas les mêmes. L'IFCS M. accueille de cadres provenant principalement du secteur psychiatrique et de structures privées ou PSPH quand l'IFCS P. forme essentiellement les cadres issus du CHU.

2.2 L'enquête qualitative :

Nous avons réalisé **cinq entretiens** (cf. annexe II) avec des **directeurs des soins**, coordonnateurs généraux des soins. Deux d'entre eux (DS1, DS2) travaillent dans des Centres hospitaliers d'une capacité de 300 à 450 lits et places, DS3 et DS4 remplissent leurs missions en CHU, DS5 travaille dans un Centre hospitalier régional de 1000 lits qui n'est pas un CHU. Chacun a sa vision de l'accompagnement des futurs cadres de santé et l'inscrit de manière diverse dans un dispositif de GPEC. Le guide d'entretien constitué

⁴⁷ Infirmier, diététicien, ergothérapeute, kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale, préparateur en pharmacie, psychomotricien, technicien en analyses biomédicales.

de huit questions ouvertes avait pour objectif de faire s'exprimer leur point de vue et émerger leurs représentations du postulant cadre de santé. Nous souhaitons que le DS présente le dispositif d'accompagnement des postulants cadres afin de repérer s'il se situait dans une démarche de GPEC accomplie ou en construction et s'il favorisait la socialisation professionnelle.

De ces entretiens émanera le plan d'action présenté en troisième partie.

Par ailleurs, il nous a semblé indispensable de s'entretenir avec des **cadres faisant fonction (FF)**. Ainsi, quatre FF en poste et deux étudiants, en cours de formation mais ayant une expérience de FF, ont été interviewés sur un mode semi-directif à l'aide d'un guide comportant 11 questions ouvertes (*cf.* annexe.IV) Les entretiens avaient pour finalité de connaître leurs parcours professionnels, les conditions et circonstances les ayant amenés à occuper ces postes. L'analyse s'attachera à mettre en évidence les facteurs pouvant faire apparaître les notions de socialisation et d'identité professionnelle de cadre liées, entre autres, à cette « mise en situation ». **Le corpus de FF est donc de six.**

3. Déroulement de l'enquête

3.1 Enquête quantitative

L'enquête par questionnaires s'est déroulée dans la deuxième moitié du mois de février 2005, pendant le stage que nous réalisions à l' IFCS M. Cinquante questionnaires ont été remis aux étudiants de l'IFCS M. et 150 à l'IFCS P. Nous avons pu présenter le but de l'enquête et le questionnaire aux promotions qui ont ainsi répondu avec un taux de retour de 51% (102 questionnaires ont été récupérés et exploités). Le meilleur taux de retour des questionnaires de l'IFCS M. (34 sur 50 soit 68%) est sans doute lié à notre présence dans la structure et à la fréquentation quotidienne des étudiants cadres de santé par l'élève directeur des soins. Les étudiants de l'IFCS P., quant à eux, devaient déposer le questionnaire rempli au secrétariat de l'institut. Le taux de retour reste malgré tout honorable avec 68 questionnaires revenus (45,3%) et exploitables.

3.2 Enquête qualitative

Deux séries d'entretiens ont été réalisées.

La première comporte 4 entretiens avec des cadres faisant fonction et deux avec des étudiants ayant une expérience de FF (dont un en IFSI) réalisés durant nos deux périodes de stages hospitaliers. Chaque faisant fonction nous a reçue dans son bureau. Les entretiens avec les étudiants ont eu lieu dans leurs IFCS respectifs.

La deuxième regroupe les interviews, effectuées systématiquement, des directeurs des soins de chaque stage hospitalier, un DS travaillant dans un CHR non universitaire ainsi

que deux DS exerçant en CHU. Les entretiens ont duré en moyenne 45 minutes et se sont déroulés dans le bureau du directeur.

Aucun entretien n'a été enregistré, la prise de notes s'avérant parfaitement opérante⁴⁸.

Par ailleurs, les entretiens préliminaires réalisés avec sept formateurs d'IFCS nous ont permis d'éclaircir notre problématique et d'affiner nos hypothèses de travail.

4. Les résultats

4.1 Présentation des résultats de l'enquête par questionnaires :

Sur les 200 questionnaires distribués, 102 ont été récupérés et exploités. L'échantillon s'élève donc à 102 (N= 102).

La présentation des résultats ne sera pas strictement linéaire, le croisement de certaines données est proposé afin d'éviter la lourdeur de lecture (une analyse croisée des résultats de la question 9 -*Vous avez été faisant fonction de cadre*- avec chacune des 29 questions est réalisée concomitamment afin de comparer les deux populations). En effet, une des pistes de travail est de mettre en évidence qu'une période de mise en situation telle que l'exercice de faisant fonction (FF) le permet, s'inscrit, au-delà de la démarche de GPEC, dans une dynamique de socialisation professionnelle et de construction identitaire. Nous espérons ainsi faciliter la lecture des résultats et mettre en évidence certaines spécificités liées à l'expérience de faisant fonction.

Tableau 1 : La profession initiale, la spécialisation, et l'année de diplôme (Q1, Q2, Q9)

	IDE	ID psy	TAB	Manip	Kiné	Prépa phar	Ergo	Diét	Psycho mot	TOTAL
N= 102	84	5	3	5	3	2	0	0	0	102
FF N= 62	55	2	2	2	0	1	0	0	0	62

Plus des quatre cinquièmes de la population étudiée est constituée d'infirmières ; cette surreprésentation des IDE est liée à l'importance de ce groupe professionnel au sein des professionnels de santé paramédicaux. Plus de la moitié de ces IDE a une expérience de FF d'une durée variant de 6 mois à plus de 25 mois ; l'une d'entre elle a fait fonction de cadre 7 ans.

La spécialisation est une autre spécificité du métier d'infirmière. Aucune des autres professions de notre corpus et de la population en général ne comporte de spécialisation postérieure au diplôme initial. Sur les 84 IDE, 18 ont une spécialisation : 6 ont un diplôme d'infirmière anesthésiste (IADE), 5 un diplôme d'infirmière de bloc opératoire (IBODE) et 7 sont puéricultrices (notées PUER dans les tableaux). Sur les 55 IDE ayant fait fonction, 14

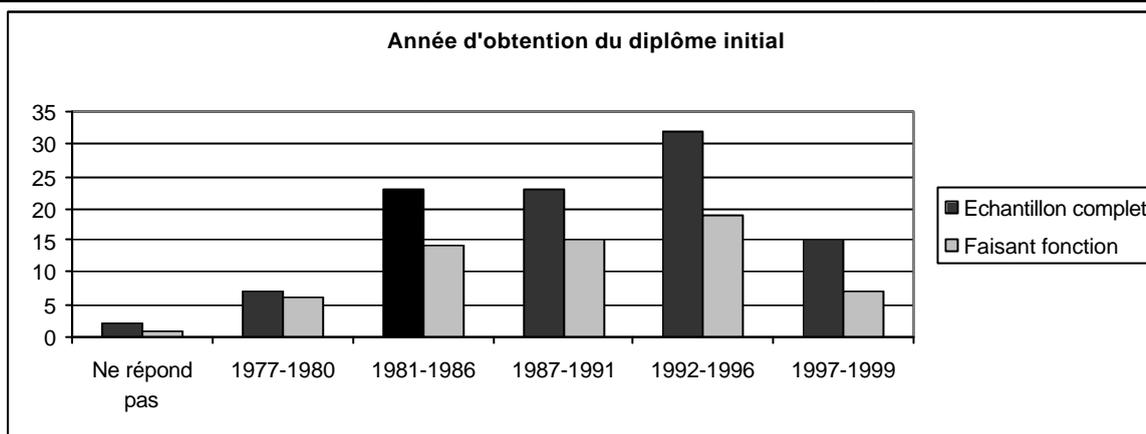
⁴⁸ ARBORIO A.-M., « Quelques questions concernant l'utilisation des "sources orales" à partir d'une enquête sociologique sur le personnel des hôpitaux », *La Gazette des Archives*, n° 198, 2005/2, *De la série à l'individu. Archives du personnel et archives orales*, pp. 63-72.

ont une spécialisation, 4 sont IADE, 5 sont IBODE et 5 sont puéricultrices. On constate une forte représentation des IDE spécialisées dans l'échantillon des FF.

L'année d'obtention du diplôme de formation initiale s'étend sur plus de vingt ans, 1977 et 1999 sont les deux bornes cette succession.

Tableau 2 : Année de diplôme (Q2, Q9)

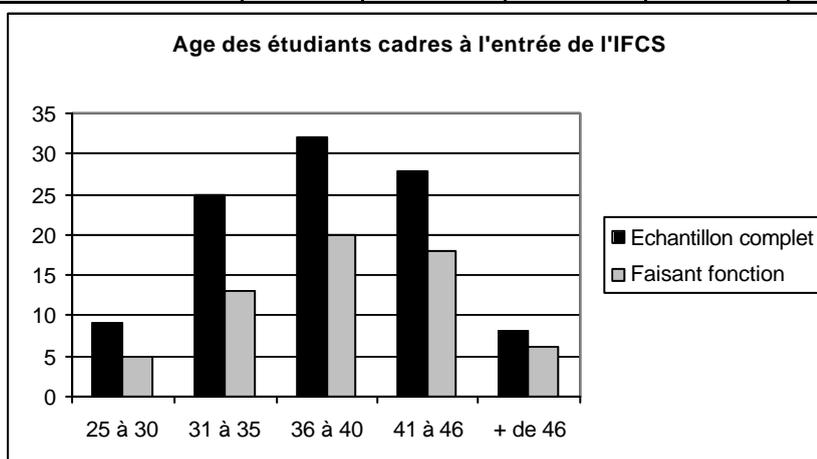
Année dip ?	Ne répond pas	1977-1980	1981-1986	1987-1991	1992-1996	1997-1999	TOTAL
Echantillon complet	2	7	23	23	32	15	102
Faisant fonction	1	6	14	15	19	7	62



Les FF représentent la majorité des diplômés les plus anciens, ils sont 7 parmi les plus jeunes diplômés. La jeunesse dans le métier n'empêche donc pas la prise de responsabilités. L'âge est également une variable intéressante à prendre en compte et la répartition est synthétisée dans le tableau suivant.

Tableau 3 : l'âge des étudiants cadres (Q3, Q9)

Echantillon ?	Age ?	25 à 30	31 à 35	36 à 40	41 à 46	+ de 46	TOTAL
Echantillon complet		9	25	32	28	8	102
Faisant fonction		5	13	20	18	6	62



La tranche d'âge la plus représentée dans l'échantillon est celle des 36-40 ans. Cela corrobore les statistiques des IFCS étudiés⁴⁹. Par ailleurs, la courbe des FF est proche de celle de l'échantillon complet.

Tableau 4 : La profession initiale et la réussite du concours (Q1, Q5)

La réussite aux épreuves du concours est une variable qui permet la mise en évidence de spécificités liées aux professions, à l'âge et l'expérience professionnelle notamment celle de faisant fonction.

Echantillon ?	Nb concours?	1	2	3	Plus de 3	TOTAL
IDE		59	18	2	5	84
ID psy		4	1	0	0	5
TAB		3	0	0	0	3
Manip		3	2	0	0	5
Kiné		3	0	0	0	3
Prépa phar		1	1	0	0	2
TOTAL N = 102		73	22	2	5	102
Faisant fonction						
IDE		35	14	2	4	55
ID psy		1	1	0	0	2
TAB		2	0	0	0	2
Manip		1	1	0	0	2
Kiné		0	0	0	0	0
Prépa phar		0	1	0	0	0
TOTAL FF = 62		39	17	2	4	62

Les chiffres présentés ci-dessus montrent que sur les 73 candidats de l'échantillon réussissant le concours au premier essai, 39 sont FF. Mais sur les 5 professionnels déclarant avoir passer le concours plus de 3 fois, 4 sont FF.

La majorité de l'échantillon réussit donc le concours lors de la première tentative. Les professionnels autres qu'IDE, réussissent le concours dès la 1^{ère} ou la 2^{ème} fois.

Tableau 5 : l'âge de l'étudiant et la réussite au concours (Q3, Q5)

La variable âge, croisée à celle du nombre de concours passés, peut donc être éclairante. Le tableau ci-dessous en fait la synthèse.

⁴⁹ *Projet de formation, IFCS M., 2004-2005.*

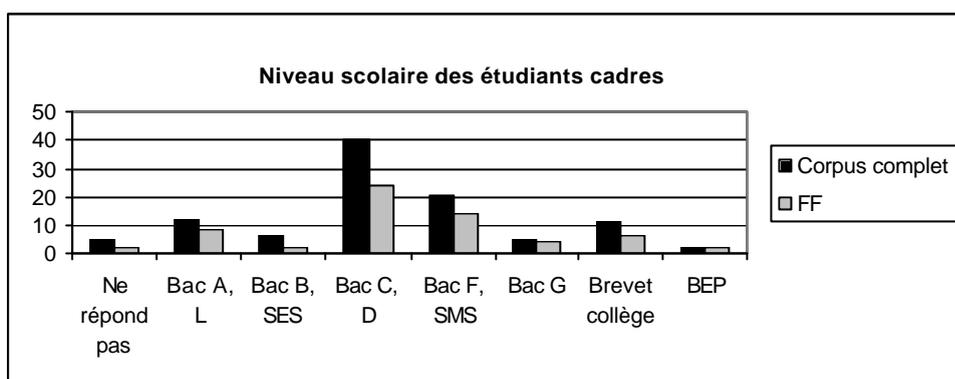
Nombre de concours ?	Age ?	25 à 30	31 à 35	36 à 40	41 à 46	+ de 46	TOTAL
1		8	20	21	19	5	73
2		1	5	10	4	2	22
3		0	0	0	1	1	2
+ de 3		0	0	1	4	0	5
TOTAL		9	25	32	28	8	102
Faisant fonction		25 à 30	31 à 35	36 à 40	41 à 46	+ de 46	TOTAL FF
1		4	9	13	10	3	39
2		1	4	6	4	2	17
3		0	0	0	1	1	2
+ de 3 fois		0	0	1	3	0	4
TOTAL FF		5	13	20	18	6	62

La période de la vie la plus favorable, pour ceux qui suivront cette formation, à la réussite au concours dès le premier essai se situe entre 25 et 30 ans. Le groupe des FF ne se distingue pas du reste de notre population : les 25 – 30 ans, à l'exception d'un FF, réussissent le concours dès le premier essai. La proximité du diplôme de formation initiale et du baccalauréat peut expliquer ce résultat. Les épreuves du concours d'entrée à l'IFCS sont de nature académique, elles requièrent des qualités d'analyse, de synthèse et de rédaction que les plus jeunes n'ont peut-être pas encore perdu.

Tableau 6 : Croisement des métiers et du niveau scolaire initial (Q1, Q13, Q9)

Corpus complet	Ne répond pas	Littéraire (Bac A, L)	Sc éco (Bac B, SES)	Scientifique (Bac C, D, S)	SMS, (Bac F)	Secrétariat (Bac G)	TOTAL BAC	Brevet collège	BEP	TOTAL
IDE+psy	4	11	6	32	20	5	74	9	2	89
Manip	1			3	1		4			5
Kiné		1		2			3			3
Prépa								2		2
TAB				3			3			3
	5	12	6	40	21	5	84	11	2	102

FF	Ne répond pas	Littéraire (Bac A, L)	Sc éco (Bac B, SES)	Scientifique (Bac C, D, S)	SMS, (Bac F)	Secrétariat (Bac G)	TOTAL BAC	Brevet collège	BEP	TOTAL
IDE+psy	1	8	2	21	14	4	49	5	2	57
Manip	1			1			1			2
Kiné										
Prépa								1		1
TAB				2			2			2
	2	8	2	24	14	4	52	6	2	62



La majorité de notre population possède le baccalauréat, seuls les préparateurs en pharmacie n'ont que le brevet des collèges. Le niveau scolaire initial peut être mis en rapport avec la réussite aux épreuves du concours d'entrée à l'IFCS.

Tableau 7 : Croisement du niveau scolaire initial avec la réussite du concours (Q13,Q5) :

Corpus complet	Ne répond pas	1 fois	2	3	+ de 3	TOTAL
Ne répond pas	5					5
Bac A, L		9	3			12
Bac B, SES		3	3			6
Bac C, D, S		30	8	2		40
Bac F, SMS		16	3		2	21
Bac G		4			1	5
Brevet collèges		7	3		1	11
BEP		1			1	2
TOTAL	5	70	20	2	5	102

On peut constater que si les trois quarts (30 sur 40) des bacheliers scientifiques réussissent le concours à la première tentative, 89% (62 sur 70) des candidats reçus dès le premier essai sont bacheliers. Seuls trois bacheliers, titulaires d'un baccalauréat technique, le passent plus de 3 fois, comme un BEP et un possesseur du brevet des collèges.

Tableau 8 : Niveau scolaire, nombre de concours, expérience de FF (Q5, Q9, Q13) :

FF	Ne répond pas	1 fois	2	3	+ de 3	TOTAL
Ne répond pas	2					2
Bac A, L		5	3			8
Bac B, SES			2			2
Bac C, D, S		16	6	2		24
Bac F, SMS		10	2		2	14
Bac G		3			1	4
Brevet collèges		3	3			6
BEP		1			1	2
TOTAL	2	38	16	2	4	62

La tendance est la même si l'on isole les FF : les bacheliers réussissent majoritairement les épreuves du concours dès leur première tentative.

Par ailleurs, 25,5% de l'échantillon, soit 26 étudiants sur 102, possèdent un ou plusieurs Diplôme universitaire (DU) ou diplôme de l'enseignement supérieur (DEUG, licence, DEA). La proportion est à 16% chez les FF. Ces chiffres confirment et renforcent la tendance que M.-A. COUDRAY évoque en 2003⁵⁰ quand elle annonce que sur les 471 personnes se présentant au concours d'entrée dans les IFCS d'Ile de France, 48 ont un diplôme universitaire, soit 10% des candidats. Tout en prenant garde au fait que notre population est biaisée, contrairement à celle de l'ensemble des candidats de la région, l'écart est si fort entre ces proportions (un dixième de diplômés de l'université parmi les candidats, un quart parmi les étudiants cadres qui se sont prêtés à notre enquête), qu'il est possible d'affirmer que la possession d'un tel diplôme constitue indéniablement un atout pour la réussite au concours. Les effectifs sont relativement réduits et doivent inciter à la prudence, mais la différence entre cette part chez les FF (10/62, soit 16%) et chez ceux qui ne le sont pas (16/40, soit 40%) laisse penser que les logiques de carrière peuvent être différentes.

Tableau 9 : Diplômes de l'enseignement supérieur (Q14, Q9) :

Q14	AUCUN	DU	DEUG	LICENCE	MAITRISE	DEA	THESE	TOTAL dipl	% général
Echantillon complet	76	17	4	4	0	1	0	26	102 ~ 25,5%
FF	52	7	1	1	0	1	0	10	62 ~ 16%

Les DU ont été majoritairement passés sur le temps de travail, les frais de scolarité étant payés par l'employeur. Les autres diplômes ont été acquis sur le temps personnel et financés par les agents. L'investissement que requiert l'obtention de tels diplômes est révélateur d'une réelle motivation. L'idée était de faire émerger cette motivation à suivre une formation universitaire à côté du travail hospitalier comme élément « prédictif » de réussite au concours.

La forte proportion de diplômés universitaires peut ouvrir des pistes de réflexions en terme d'accompagnement du postulant cadre par le directeur des soins. En effet, 48% des diplômés réussissent le concours du premier coup ; la proportion s'élève à 58% chez les FF.

⁵⁰ COUDRAY M.-A., « La formation des cadres de santé, histoire et perspectives ». *Soins Cadres*, Février 2003, n°45, pp. 43-47.

Tableau 10 : Tableau présentant le dernier lieu de travail des étudiants avant l'entrée en IFCS (Q6, Q9):

Q6	Centre longs séjours	Clinique	CMP	Crèche	Hôpital	IFSI	Labo	TOTAL
Corpus complet	1	2	2	1	83	12	1	102
FF	1	2		1	46	12		62

L'hôpital est le lieu d'exercice majoritaire des étudiants cadres l'année précédent leur entrée dans les deux IFCS étudiés. Le diplôme de cadre de santé n'est une obligation statutaire que pour la FPH, les établissements de santé privés ni même les PSPH n'y sont contraints.

Tableau 11 : Appréciation du vécu de la période de FF (Q12, Q9) :

Le tableau suivant présente le ressenti des faisant fonction de cadres sur la période de FF. Cinq critères ont été proposés, mais seuls quatre ont été retenus par les interviewés qui pouvaient donner plusieurs réponses.

Q12	Bénéfique	Constructif	Décisif	Mauvaise expérience	Tremplin
FF	42	52	37	0	28

L'appréciation est unanimement positive. Aucun des 62 étudiants FF n'a coché la case « Mauvaise expérience à ne pas conseiller ». Nous verrons par la suite que, quel que soit le mode d'accompagnement qu'ils ont pu avoir au cours de cette période, l'expérience est vécue positivement, chacun l'ayant « incorporé » à sa manière.

Tableau 12 : Accompagnement des FF (Q9, Q10):

Une majorité de FF a pu bénéficier d'un accompagnement durant cette période. Trois types ont été retenus.

Le type 0.0 correspond à une absence d'encadrement, justifiée le plus souvent par l'absence de cadre (structure privée), le manque de personnel d'encadrement, l'indisponibilité des CS ou CSS ou encore l'absence de sollicitation de l'encadrement par le FF.

Le type 1 correspond à un encadrement pouvant aller de l'aide ou du soutien jusqu'au tutorat, au suivi de travaux demandés par le CSS ou le directeur des soins ou encore des formations.

Le type 2 est un accompagnement plus à distance ; les CS, CSS ou DS sont disponibles si nécessaire.

Accompagnement FF	Ne répond pas	Type 0.0	Type 1	Type 2	TOTAL
FF	4	12	35	11	62

Une majorité (35 sur 62) de l'échantillon déclare avoir été accompagné (type 1) ; restent 23 FF n'ayant pas ou peu été accompagnés au cours de cette expérience.

Tableau 13 : Accompagnement des postulants durant la préparation du concours (Q1, Q9, Q18) :

Les postulants ont majoritairement été accompagnés durant la préparation du concours, qu'ils soient FF ou non. Ils ont dans plus 70% des cas pu suivre une préparation méthodologique aux épreuves du concours.

Prépa concours Q18	Oui	Non	TOTAL
Echantillon	72 (71%)	30 (29%)	102
FF	46 (74%)	16 (26%)	62

La formation suivie peut être soit interne soit externe, dans les établissements dont dépend l'IFCS pour lequel postulent les candidats.

Tableau 14 : Type de formation préparatoire (Q19, Q9) :

Type prépa Q19	Ne répond pas	Interne	externe	intra+externe	Total prépa TOTAL
Echantillon complet	32	34	29	7	70 (69%) 102
FF	18	19	20	5	44 (71%) 62

Les proportions sont identiques dans les deux populations, ce qui signifie que les FF n'ont pas véritablement bénéficié dans le cadre de leur exercice d'une préparation plus approfondie.

Tableau 15 : Préparation du concours et lecture (Q9, Q22)

Accompagné ou non, ayant suivi une préparation ou pas, les étudiants (qui pouvaient donner plusieurs réponses) déclarent avoir lu énormément. Leurs lectures se sont portées majoritairement sur la presse professionnelle puis sur des ouvrages traitant de problématiques de santé. En dernier lieu, les quotidiens tels *Le Monde* ou encore des sites Internet spécialisés ont été des sources d'information non négligeables. Les FF ont un peu moins lu que les autres candidats, délaissant notamment la presse quotidienne et les sites Internet.

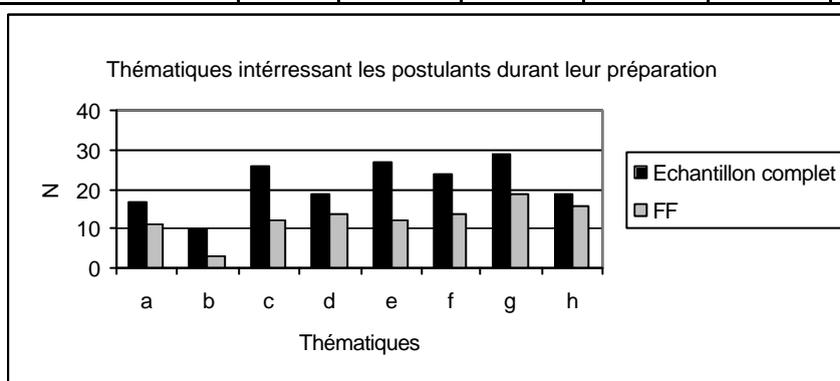
Lecture Occurrences Q22	Ne répond pas	Presse prof	Pb santé en France	Système santé France	Quotidien, Internet
Echantillon complet	3	50	45	44	23
FF	2	31	28	25	12

Tableau 16 : Thématiques retenues pendant la préparation (Q 23)

Les lectures ont été l'occasion d'approfondir certains thèmes que nous avons classés en huit catégories :

- a : ne répond pas
- b : accréditation, qualité, évaluation
- c : T2A, hôpital 2007, gouvernance, pôles
- d : institution, organisation, ressources humaines
- e : législation, éthique
- f : management, fonction cadre, compétences, conflits
- g : santé publique, politique de santé, économie de la santé
- h : méthodologie

Thèmes Q23	a	b	c	d	e	f	g	h
Echantillon complet (occurrences)	17	10	26	19	27	24	29	19
FF(occurrences)	11	3	12	14	12	14	19	16



Les problématiques ayant intéressé les postulants sont en rapport avec l'actualité sanitaire et sociale. La T2A, le plan hôpital 2007, l'institution hôpital, la législation du travail, le management et la santé publique sont au cœur de leurs préoccupations. La méthodologie de construction du projet professionnel et des épreuves du concours est un sujet d'intérêt, particulièrement pour les FF.

Les thèmes c, e, g, f sont les plus souvent nommés, ils indiquent ainsi les problématiques sur lesquels pourraient portées l'accompagnement des postulants cadres.

Tableau 17 : Accompagnement par CS et CSS (Q9, Q23) :

Si les étudiants déclarent avoir travaillé sur de nombreux thèmes d'actualité, ils ont été, pour une petite majorité d'entre eux, accompagnés dans leur cheminement par leur encadrement de proximité ou supérieur.

CSS et prépa concours Q24	Ne répond pas	oui	non	TOTAL
Echantillon complet	5	52	45	102
FF	3	34	25	62

L'absence d'accompagnement est justifiée par le manque de personnel, l'absence de disponibilité de l'équipe d'encadrement voire son refus. Par ailleurs, certains étudiants déclarent ne rien avoir demandé car le cadre ou le cadre supérieur ne représentait pas, à leurs yeux, un référent professionnel.

Tableau 18 : La formalisation du projet professionnel, sa présentation au directeur des soins (Q26, Q27)

La formalisation du projet professionnel est une importante étape sur le chemin qui mène aux épreuves du concours. Si la majorité des postulants ayant eu un accompagnement indiquent l'importance de l'avis des cadres sur la production écrite de leur projet professionnel, nous constatons que le directeur des soins est le plus souvent éloigné de cette démarche.

Rencontre DS/PP Q 26	Jamais	1 fois	2 fois	3 fois	Plus de 3 fois	TOTAL
Echantillon complet	46 ~ 45%	32 ~ 31,5%	17 ~ 16,5%	4 ~ 4%	3 ~ 3%	102
FF	28 ~ 45%	18 ~ 29%	12 ~ 19,5%	1 ~ 1,5%	3 ~ 5%	62

45% des étudiants signalent n'avoir jamais rencontré le DS pour lui présenter son projet professionnel, qu'ils fussent ou pas FF.

Tableau 19 : Mode d'accompagnement et rencontres avec le DS (Q24, Q27)

Le rapport entre le mode d'accompagnement par l'encadrement et le nombre de rencontre avec le DS (Q24, Q27), est intéressant à présenter.

/ (Q24, Q26)	Rencontre DS Jamais	rencontre DS 1 fois	rencontre DS 2 fois	rencontre DS 3 fois	rencontre DS Plus de 3 fois	Total
Sans accompagnement par CS, CSS	21 ~ 46,5%	16 ~ 35,5%	7 ~ 15,5%	1 ~ 2,5%	0	45 (100%)
Avec accompagnement par CS, CSS	22 ~ 42%	15 ~ 28,5%	10 ~ 8,5%	2 ~ 3,5%	3 ~ 7,5%	52 (100%)
Ne répond pas	3	1		1		5

Si 42% des postulants ayant eu un accompagnement et les 46,5% n'en ayant pas bénéficié déclarent n'avoir jamais rencontré le directeur des soins pour lui présenter leur projet professionnel (PP), ils sont respectivement 53,5% et 58% à avoir montré au moins une fois leur PP au DS.

La formalisation écrite du PP est une étape essentielle pour le candidat à l'entrée en IFCS. En effet, cette production l'oblige à un retour réflexif sur sa carrière et doit être construite avec rigueur afin que sa lecture, aisée et fluide, valorise le candidat sans donner l'impression d'un prêt à penser, formaté, dépourvu de professionnalisme. Une grande majorité d'étudiants précise l'importance de l'aide apportée par l'encadrement supérieur et les cadres nouvellement diplômés pour sa réalisation. Les jeunes cadres sont

souvent cités comme personne ressource dans le domaine méthodologique. Un rapprochement presque naturel s'opère entre les postulants et les cadres « juniors ». La proximité des études pour les uns, l'opportunité de bientôt rentrer à l'IFCS pour les autres, renforcent les liens.

Tableau 20 : Nous pouvons synthétiser les réponses à la Q27 en 5 catégories :

- a : absence de réponse
- b : expérience professionnelle, FF, participation à des projets institutionnels confiés par l'encadrement
- c : réflexion sur les valeurs professionnelles, entretien
- d : méthodologie, préparation au concours, formations
- e : aide des CSS, CS et cadres nouvellement diplômés

Q 27 Occurrence des réponses	a : ne répond pas	b	c	d	e	TOTAL
Echantillon complet	3 ~ 2%	30 ~ 23%	40 ~ 30,5%	35 ~ 27%	23 ~ 17,5%	131
FF	2 ~ 2,5%	18 ~ 26%	24 ~ 34,5%	14 ~ 20%	12 ~ 17%	70

Une réflexion sur le parcours professionnel doublée d'une bonne méthodologie de travail, alliées à un accompagnement constructif par des cadres sont les caractéristiques de la formalisation du projet professionnel, que l'on soit FF ou non.

Ce constat ne doit pas faire oublier la notion de « course de fond » que constitue l'écriture du projet professionnel. Cette production est généralement vécue comme positive. Les tableaux suivants synthétisent la perception des étudiants.

Tableau 21 : Rédaction du projet professionnel (Q9, Q28)

Q 28	Ne répond pas	aisée	Laborieuse	épuisante	Satisfaisante	Difficile	rassurante	TOTAL occurrences
Echantillon complet	3 ~ 1,5%	16 ~ 9%	31 ~ 17,5%	9 ~ 5%	47 ~ 26,5%	34 ~ 19%	38 ~ 21,5%	178
FF	1 ~ 1%	11 ~ 11%	16 ~ 16%	7 ~ 7%	25 ~ 25%	17 ~ 17%	19 ~ 19%	96

Peu d'écart en pourcentage apparaît entre les deux populations. Le vécu est identique que l'on soit FF ou pas. Le travail est satisfaisant, rassurant mais difficile et laborieux dans la plus part des situations. Le terme « aisée » apparaît dans presque 10% des cas, « épuisante » seulement dans 6%.

Tableau 22 : Conseils aux postulants (Q29) :

Lorsqu'ils sont rentrés à l'IFCS, les étudiants sont disponibles pour donner quelques conseils à de futurs postulants. Onze catégories ont pu être mises en évidence :

- a : ne répond pas
- b : préparer le PP, anticiper, faire lire le PP
- c : lire
- d : réfléchir sur fonction cadre, compétences
- e : réfléchir aux motivations, être authentique
- f : s'informer, analyser, échanger
- g : travailler
- h : faire fonction de cadre
- i : connaître l'hôpital, la législation, culture générale
- j : positiver, ne pas stresser, être soutenue par la hiérarchie
- k : pré requis informatique indispensable.

Conseils	a: ne répond pas	b	c	d	e	f	g	h	i	j	K	I	TOTAL
Echant. Complet	4	52	25	32	21	23	25	8	12	11	11	3	227
FF	4	22	13	19	13	14	13	6	12	8	7	2	133

Suivre une préparation aux épreuves du concours (52 occurrences), rédiger le projet professionnel grâce à des lectures nombreuses et nourries et une réflexion professionnelle sur la fonction cadre sont les principaux conseils que les étudiants dispenseraient à des postulants. Les échanges entre pairs et avec l'encadrement, l'information sur l'actualité sanitaire et sociale, un travail fourni et régulier ainsi qu'une expérience de faisant fonction sont les autres recommandations citées. Par ailleurs, une bonne connaissance du fonctionnement de l'hôpital, le soutien de la hiérarchie et l'absence de stress sont cités plusieurs fois. Des connaissances en informatique ne sont évoquées que 3 fois, ce qui peut signifier que les étudiants ont majoritairement acquis le maniement de l'outil informatique mais également qu'ils n'y ont pas pensé. Il apparaît que la préparation méthodologique est de loin le plus important conseil que les étudiants puissent donner à des postulants, suivie de près par l'analyse réflexive sur leur parcours professionnel permettant l'émergence du projet professionnel.

Ces conseils sont précieux pour qui se penche sur un dispositif d'accompagnement des postulants cadres.

Synthèse des résultats des questionnaires

La population enquêtée (N=102) est majoritairement constituée d'infirmières (IDE= 84, IDpsy=5) dont 18 ont une spécialisation. Outre les IDE, l'échantillon se compose kinésithérapeutes (Kiné= 3), de manipulateurs en électroradiologie médicale (Manip=5), de préparateurs en pharmacie (Prépa phar=2) et de techniciens en analyses biomédicales (TAB=3). Ils ont obtenu leur diplôme de formation initiale entre 1977 et 1999.

Ils ont entre 25 et plus de 48 ans, la médiane se situant entre 36 et 40 ans. Leur expérience professionnelle depuis l'obtention de leur diplôme de formation initiale est située entre 4 et 8 ans jusqu'à plus de 20 ans. Leur dernier lieu de travail avant l'IFCS est, pour 81,5% de l'échantillon, l'hôpital. Près de 12% travaillaient en IFSI avant d'entrer à l'IFCS. Leur mobilité est assez marquée, seul 19 ne déclarent n'avoir travaillé que dans un service.

Quarante trois ont remplacé le cadre de leur service quand 45 déclarent ne l'avoir jamais fait. Sur les 102 étudiants, 62 ont fait fonction entre 6 et plus de 25 mois. Ils ont majoritairement été accompagnés dans cette expérience qu'ils ressentent tous comme positive et décisive pour la suite de leur carrière, notamment pour leur entrée à l'IFCS.

Si 5 personnes n'indiquent pas leur niveau scolaire, 84 étudiants possèdent le baccalauréat (Bac), 11 ont le brevet des collèges et 2 ont un brevet d'études professionnelles (BEP). Vingt six (26) d'entre eux possèdent un diplôme de l'enseignement supérieur.

Dix sept étudiants possèdent un diplôme universitaire (DU) quand 4 déclarent avoir un diplôme d'études universitaires générales (DEUG), 4 une licence et 1 un diplôme d'études approfondies (DEA). L'obtention de ces diplômes est généralement, sauf pour les DU, antérieure à leur formation paramédicale initiale.

Ils sont 70% à avoir suivi une formation préparatoire aux épreuves du concours d'entrée à l'IFCS. Les 30% qui n'en ont pas bénéficié ont travaillé avec des annales de sujets de concours, ont suivi une formation par correspondance et ont travaillé avec d'autres. Le panachage d'une préparation institutionnelle avec une préparation personnelle est la norme. Ils ont lu la presse professionnelle, des ouvrages sur le système de santé et les problèmes de santé en France pour se préparer ; les ressources Internet sont souvent citées. De nombreuses thématiques ont retenu leur attention ; l'actualité sanitaire et sociale ainsi que les réformes en cours sont les thèmes les plus souvent cités.

L'accompagnement dans la réalisation du projet professionnel (PP) est souvent assuré par l'équipe d'encadrement de proximité et supérieur (52). Quand aucun accompagnement n'est réalisé (45), le manque de disponibilité des cadres en est le plus souvent la cause. Si la majorité des postulants ayant eu un accompagnement indiquent l'importance de l'avis des cadres sur la production écrite de leur projet professionnel, nous constatons que le directeur des soins est le plus souvent éloigné de cette démarche. 45% des étudiants signalent n'avoir jamais rencontré le DS pour lui présenter son projet professionnel qu'ils fussent FF ou non.

La formalisation écrite du projet professionnel (PP) est une étape essentielle pour le candidat à l'entrée en IFCS. En effet, cette production l'oblige à un retour réflexif sur sa carrière et doit être construit avec rigueur afin que la lecture, aisée et fluide, valorise le candidat sans donner l'impression d'un prêt à penser, formaté et dépourvu de

professionnalisme. Une grande majorité d'étudiants précise l'importance de l'aide apportée par l'encadrement supérieur et les cadres nouvellement diplômés pour sa réalisation. Les jeunes cadres sont souvent cités comme personne ressource dans les domaines méthodologiques. Le travail de formalisation du PP se révèle une expérience positive, perçu plus souvent comme relativement facile que comme malaisé. Lorsqu'ils sont rentrés à l'IFCS, les étudiants sont disponibles pour donner quelques conseils à de futurs postulants. Suivre une préparation aux épreuves du concours (52 occurrences), rédiger le projet professionnel grâce à des lectures nombreuses et nourries, et une réflexion professionnelles sur la fonction cadre sont les principaux conseils que les étudiants proposeraient à des postulants.

4.2 Présentation des résultats de l'enquête par entretien

4.2.1 *Entretiens avec les cinq directeurs des soins*

Tableau 23 : Présentation des caractéristiques de la population des DS :

	CGS ⁵¹	Taille CH (lits et places)	Type CH ²	Accompagnement formalisé
DS1 (DC)	Oui	1100 (H1)	CHR intercommunal	Oui
DS2 (MFH)	Oui	800 (H2)	CHR U	Non
DS3 (GL)	Non	1000 (H3)	CHR U	Oui
DS4 (BB)	Oui	350 (H5)	CH Intercommunal	Non
DS5 (DG)	Oui	380 (H6)	CH	Non

Le guide d'entretien est constitué de 8 questions ouvertes qui ont servi de trame. Pour la clarté des propos, les résultats sont présentés sous forme de synthèse mettant en évidence points communs et différences⁵³.

Une nette différence apparaît entre les CH et les CHR et CHR U.

Une démarche GPEC est instituée dans le cas DS1 et DS3 avec une formalisation forte de la démarche d'accompagnement du postulant par le DS.

Points communs :

L'investissement du DS dans l'accompagnement, est significatif de son souhait de garder la main particulièrement DS1 et DS3. Mais cela se retrouve également dans les petits établissements.

Les cinq DS interrogés s'accordent sur la notion de cooptation par les cadres de proximité ou les CSS. Les postulants émettent le souhait de suivre la formation cadre auprès de leur encadrement qui transmet au DS. Les stratégies varient d'un établissement à l'autre selon la taille et le type. Quatre DS (1, 3, 4, 5) rencontrent chaque postulant. DS2 est

⁵¹ Coordonnateur général des soins.

⁵² Centre hospitalier, Centre hospitalier régional, Centre hospitalier régional universitaire.

⁵³ Le guide d'entretien et la présentation détaillée des données des entretiens sont en annexe.

nouveau dans la structure et n'a pas encore pu mettre en place le dispositif qu'il avait impulsé dans son précédent poste. Le suivi y était très personnalisé, il rencontrait chaque postulant, allait le voir en service pour évaluer ses capacités. Il travaille aujourd'hui dans un CHU où les syndicats veillent à ce que personne ne soit évincé de la formation promotionnelle.

Chaque DS est conscient de l'importance de l'accompagnement des postulants pour le Projet d'établissement. Ils souhaitent tous s'assurer des capacités des futurs cadres à s'investir, à diriger une équipe. **Aucun ne veut voir n'importe qui se lancer dans l'aventure.** Les dispositifs d'accompagnement, qu'ils soient de proximité, familial, ou de type très formalisé comme la GPEC, sont de nature formative. Mais la fonction de cadre est normative par essence car elle vise à assurer des soins de qualité aux patients dans le respect d'un certain ordre établi. Les cadres doivent être conscients de cette mission car ce n'est pas la plus simple à assumer.

Chacun des cinq DS rencontrés estime que cet accompagnement relève de ses missions propres telles qu'elles sont précisées dans le décret 2002-550, lui conférant par délégation du directeur l'autorité sur l'ensemble des cadres paramédicaux de l'établissement. C'est son domaine d'expertise. A ce titre, il convient de signaler l'importance de la communication dans ce domaine. DS1 indique qu'elle annonce la « nomination du FF » dans le journal de l'hôpital. Les autres DS communiquent l'information à l'ensemble de l'encadrement lors de réunions institutionnelles ou en CSIMTR. Bien sûr, le directeur de l'établissement est également informé.

Les différences :

Elles se retrouvent dans la formalisation et l'insertion du projet d'accompagnement dans le projet social de l'établissement.

Les démarches les plus abouties sont celles qui assurent à l'établissement le retour du cadre une fois formé, c'est à dire un retour sur investissement.

Les cadres bien accompagnés peuvent devenir de bons accompagnants d'équipe. La modélisation par l'adhésion à des valeurs communes est semble-t-il efficace. DS1 et DS5 lui confèrent une très grande importance. Les valeurs ne sont pas seulement affichées mais mises en œuvre. Le principe d'équité dans la prise en charge financière en est une expression. L'arbitrage du DS évite les avis subjectifs de l'encadrement face à un candidat qu'il ne souhaite pas coopter. DS1 qui a eu à arbitrer ces situations affirme qu'il ne faut jamais désavouer le cadre en place mais soutenir, s'il l'estime capable, le postulant qui s'investit. La prise en charge financière est dans 4 cas (DS1, 3, 4 et 5) sur 5 (DS2) soumise à l'arbitrage de la direction des soins. Les moyens financiers sont alloués annuellement. Le nombre de prises en charge n'est pas extensible. Certains candidats ayant réussi le concours d'entrée en IFCS voit leur entrée reportée à l'année ultérieure pour absence de financement. Par ailleurs, si le DS estime que le postulant, bien qu'ayant

réussi les épreuves du concours, n'est pas encore prêt, il refuse la prise en charge financière et demande un report. Cette situation, relatée par DS1, reste exceptionnelle. Les critères de prise en charge financière sont couplés au dispositif d'accompagnement et de préparation des candidats et les surprises sont rares. Mais DS 3 dit qu'il « ne faut pas se tromper ».

Les besoins spécifiques des postulants se situent dans le champ de la formation. Mais les avis des DS divergent sur la nature des formations. Ils s'accordent sur la prégnance de la préparation aux épreuves du concours. Tous la proposent ou l'imposent. En revanche, les avis diffèrent quant aux formations universitaires. DS 1 et 2 sont très favorables aux DU. Ils accordent une valeur prédictive aux capacités d'un professionnel s'engageant dans un cycle universitaire court, pour s'investir ensuite dans des travaux institutionnels. Par ailleurs les thématiques des Diplômes universitaires sont le plus souvent d'un grand intérêt pour la structure hospitalière. Que se soit pour la prise en charge de la douleur, les soins palliatifs, l'hygiène hospitalière, la prise en charge de la personne âgée dépendante..., les UFR de médecine offrent un large panel de thèmes dont l'intérêt est grand pour des professionnels de santé qui souhaitent s'investir dans ces champs. Cela peut alors leur donner l'opportunité de participer à des groupes de travail, leur permettant « *de développer un véritable apprentissage du fonctionnement de l'organisation et de resituer le travail infirmier dans un travail d'ensemble* »⁵⁴

DS3, 4 et 5 accordent plus d'importance aux formations préparatoires pour le concours qu'aux formations universitaires. DS 3 assure lui-même le « coaching » des postulants. Il les reçoit et leur donne des travaux à réaliser qu'il corrige lui-même.

La taille de l'établissement a un impact sur ses capacités à financer des formations. Les grands hôpitaux tels que H1, H2 et H3 ont des moyens financiers sans commune mesure avec H4 et H5. Mais il semble malgré tout qu'une politique de soins, dont des axes forts seraient la formation et la préparation des futurs cadres de santé, se donnera les moyens de les financer.

La personnalisation des modes de préparation est, malgré les différents modes d'accompagnement que présentent les cinq DS, une préoccupation commune. Si les modes de préparation sont intégrés, comme pour DS 1 et 3, dans un réel dispositif de GPEC, chacun accordent une grande importance au temps. En effet, on ne se découvre pas cadre de santé un matin, en se réveillant. Le processus nécessite réflexion, expériences professionnelles diversifiées, modèle ou contre modèle d'encadrement, maturité professionnelle, rencontres décisives, personnes ressources, projet de vie et projet professionnel. Cette alchimie pourra, à un moment donné de la vie professionnelle,

⁵⁴ ACKER F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ». *Revue française des Affaires sociales*, janvier-mars 2005, n° 1, pp. 161-181.

donner envie d'exercer le métier de soignant dans un autre champ d'activités et de responsabilités. Les directeurs des soins, grâce à l'aide des équipes d'encadrement de proximité, doivent pouvoir permettre l'éclosion et la réalisation de ces projets.

Le projet de soins qu'il réalise peut tenir compte de ces préoccupations. Si le processus de maturation professionnelle s'inscrit dans la durée, les postulants à la fonction de cadre de santé doivent pouvoir trouver auprès de la direction des soins une attention et une écoute à la hauteur de la demande exprimée. La notion de modélisation est essentielle. DS 1, 2 et 3 l'affirment. La professionnalisation des futurs cadres de santé et leur inscription dans le groupe professionnel des cadres de l'établissement sont à ce prix. Le dispositif d'accompagnement devra donc être souple pour faire émerger les besoins en formation et faire mûrir le projet professionnel. Mais il devra également être pragmatique pour s'insérer dans la GPEC.

C'est donc ce dispositif souple mais encadré qui pourrait être celui permettant le mieux l'émergence de l'identité professionnelle du futur cadre de santé.

4.2.2 Entretiens avec les faisant fonction

L'expérience de FF est, dans H1, 4 et 5, le passage obligé avant toute préparation au concours d'entrée en IFCS. Les DS lui accordent une valeur expérientielle déterminante. Il était donc nécessaire de rencontrer des FF en exercice et des étudiants cadres ayant eu une expérience de FF.

Tableau 24 : Caractéristiques de la population des FF :

	Etablissement	Type établissement	Service de FF	Durée FF	Nombre concours
FF1 IDE IFCS M	FPH, secteur de psychiatrie	CH	Intendance d'un EPS en santé mentale	30 mois	2
FF2 IDE	H5, FPH	CH	Diabétologie	04 mois	0
FF3 IDE	H5, FPH	CH	Pneumologie	09 mois	1
FF4 Prépa pharm	H4, FPH	CH	Pharmacie	48 mois	1
FF4 IDE	H4, FPH	CH	Consultations externes	60 mois	3
FF6 IDE IFCS P	IFSI, FPH	Dans CH-U, 3 promotions de 120 étudiants	Promotion de 1 ^{ère} année (120 étudiants)	12 mois	1

Six cadres FF ont été interviewés. FF1 et FF2 sont en cours de formation dans chacun des IFCS ayant servi de lieu d'enquête quantitative. FF2, 3, 4 et 5 sont FF dans les établissements où nous avons réalisé nos stages.

La présentation des données qualitatives se fera grâce à la grille d'analyse présentée par Fred DAVIS (1968). Cette grille de lecture commentée par C DUBAR (1986) est l'outil que nous proposons d'utiliser pour comprendre le processus de socialisation professionnelle des futurs cadres de santé. Initialement utilisée par F. DAVIS pour étudier la socialisation

des élèves infirmières anglaises de la fin des années 1960, cet outil permet de « poser des questions quels que soient le terrain et le moment de l'étude ». Comme l'ont affirmé HUGHES puis DAVIS, la socialisation professionnelle consiste bien « à passer de l'autre côté du miroir ». L'analyse nous permettra d'approcher le phénomène sans pour autant prétendre à la généralisation eu égard à la taille de l'échantillon.

Sur les 6 FF, 5 sont IDE, une est préparatrice en pharmacie. La durée des expériences de FF varie de 4 mois à 5 ans. Tous appartiennent à la FPH mais travaillent dans des établissements de taille variable. Une FF de formatrice a été interrogée afin de tenter de rapprocher l'échantillon des FF (~ 12%) de celui de l'enquête par questionnaire (~ 19% de FFF). Le nombre de tentatives aux épreuves du concours va de 1 à 3. FF2 n'a pas encore passé le concours. Tous les FF sauf FF1 ont été cooptés par les cadres puis contactés par le DS. L'ancienneté dans l'établissement est longue et les expériences peu diversifiées au regard de leur parcours professionnel (deux services en moyenne). Seule FF2 s'est vue imposer le poste de FF. Des préoccupations de santé ont imposés la fonction à FF3. FF4, une des plus anciennes, est certainement le plus à l'aise dans sa fonction. Son projet mûrit depuis 1996, les préparateurs en pharmacie pouvant suivre la formation cadre depuis 1995.

DAVIS décompose le processus de socialisation professionnelle en six étapes que nous rappelons brièvement :

- L'innocence initiale
- Le choc de la réalité
- Le déclic, réponse aux attentes
- L'acceptation du rôle à jouer comportant deux « disjonctions ».
- L'intériorisation provisoire
- L'intériorisation stable

Comme l'affirment HUGHES, DAVIS et DUBAR, la socialisation professionnelle permet de passer de l'autre côté du miroir pour voir le monde inversé. Les FF de l'échantillon nous proposent une interprétation de cette grille de lecture assez intéressante. La grille d'analyse initialement adaptée à des élèves infirmières anglaises, en formation à la fin des années 1960, s'avère opérante pour étudier le phénomène de socialisation des futurs cadres de santé pendant une période bien particulière, celle de l'expérience de FF.

La naissance du sentiment d'appartenance au groupe social des cadres de santé et donc d'une ébauche d'identité professionnelle de cadre sont repérables dans la lecture que nous proposons des six entretiens.

Le tableau présenté ci-dessous propose une synthèse *schématisée*, donc réductrice, des propos tenus par les FF pendant les entretiens.

La légende est la suivante :

- + : phénomène repéré par le chercheur
- ++ : phénomène exprimé à mots couverts par l'interviewé.
- +++ : phénomène exprimé clairement par l'interviewé.
- : étape peu repérée par le chercheur
- : étape absente du discours

Tableau 25 : Synthèse de la grille d'analyse des entretiens avec les FF :

	FF1	FF2	FF3	FF4	FF5	FF6
Innocence initiale	++	Aucune car fonction imposée par DS +	++	+++	+++	+++
Choc de la réalité	++	+++	++	+++	+++	+++
Déclat : réponse aux attentes	+++	+++	++	+++	++	+++
Acceptation du rôle à jouer	+++	+++	++	+++	+	+++
Intériorisation provisoire	+++	+	++	++	+	+++
Intériorisation stable	+++	-	-	+	-	+++

Cette synthèse permet de repérer schématiquement – bien qu'imparfaitement - le phénomène de socialisation des six FF interviewés selon la grille de DAVIS. Il semble que l'expérience de FF participe assez largement à la socialisation des futurs cadres de santé. L'intériorisation stable n'a été repérée que chez les deux étudiants en cours de formation, les quatre derniers FF, étant encore dans une phase d'intériorisation provisoire. En effet, FF2, FF3, FF4 et FF5 ne sont pas encore admis à l'IFCS. FF4, au moment de l'enquête attend les résultats de l'écrit du concours. Mais son ancienneté et son investissement dans l'établissement auraient tendance à nous faire affirmer que l'intériorisation stable est déjà ébauchée.

FF5 est la plus mal à l'aise dans sa fonction. Elle ne se sent pas valorisée par le DS dans son poste en consultation, souhaiterait « un poste en service pour se réaliser ».

II. L'analyse des résultats

1. La socialisation des futurs cadres de santé

Les différentes enquêtes réalisées pour ce travail avaient pour but de tester les hypothèses rappelées ci-dessous.

- L'accompagnement personnalisé du postulant cadre de santé par la Direction des soins favorise sa socialisation professionnelle et l'émergence de son identité professionnelle de futur cadre.
- La mise en situation, telle que celle de faisant fonction, permet de repérer les qualités du futur cadre et l'acquisition de certaines compétences aux fonctions d'encadrement.
- La préparation des postulants cadres, inscrite dans un dispositif de type GPEC, peut favoriser l'émergence de la socialisation professionnelle du futur cadre de santé.

Si après DUBAR et MERTON, nous retenons comme critères définissant une profession, le diplôme, l'attache institutionnelle (la FPH), une formation professionnelle réglementée (décret du 18 août 1995), des instituts de formation spécifique et la formation permettant un déroulement de carrière, on peut affirmer que **cadre de santé est une profession**. La préoccupation principale des FF est de réussir le concours pour rentrer à l'IFCS, en sortir diplômés et acquérir ainsi la légitimité qui semble leur faire défaut. Les DS sont, au-delà de l'aspect strictement réglementaire, très attachés à la légitimité liée au DCS. La durée de l'exercice est limitée, le FF s'engageant à réussir le concours dans des délais raisonnables. En cas d'échecs répétés, il reprend un poste dans son métier d'origine. Le FF ne participe pas forcément au tour de garde des cadres, le week-end. Cette coupure symbolique est très vivement ressentie par certains FF. En revanche, l'ensemble des DS interviewés accorde une place presque équivalente aux FF et aux cadres diplômés ; leur participation aux réunions institutionnelles est attendue. Leurs exigences sont moindres quant au volume de travaux à accomplir, mais tous s'accordent sur la nécessité d'un accompagnement. Celui-ci doit permettre, au mieux, aux FF de s'intégrer dans la communauté des cadres en attendant de « faire l'IFCS », au pire de leur permettre de gérer le quotidien sans trop de problèmes.

Par ailleurs, l'acquisition du DCS est, dorénavant, non seulement un passage obligé réglementairement, mais également symboliquement. Etre FF sans posséder le DCS est considéré comme une phase temporaire, qui peut permettre de confirmer un choix mais ne doit certainement pas se prolonger. L'évolution des mentalités a donc suivi de près celle des textes.

La socialisation professionnelle des futurs cadres de santé passe donc par l'acquisition du diplôme de cadre de santé délivré par un IFCS. Mais « entrer à l'IFCS » ne se décrète pas. La réussite au concours est une des phases de la construction identitaire des cadres de santé. Le processus débute bien avant l'inscription au concours. Les enquêtes quantitatives et qualitatives réalisées dans le cadre de ce travail ont permis la mise en évidence d'un processus dynamique de type systémique, repérable dans les réponses aux questions relatives au projet professionnel (Q26, Q28). Les FF expriment clairement, la longue maturation qui précède leur prise de poste (durée de l'exercice professionnel,

formations suivies, implication dans l'institution...). Par ailleurs, les directeurs des soins refusent le financement de la formation cadre d'un professionnel chez lequel ils décèlent une démarche s'apparentant à « une attitude de fuite ». Si les DS interrogés souhaitent « garder la main » sur le dispositif de préparation des futurs cadres de santé, ce n'est pas par pure pulsion d'emprise⁵⁵. Ils connaissent les difficultés de la fonction et ne souhaitent pas mettre, par manque de clairvoyance, des personnels en difficulté qu'il s'agisse des cadres eux-mêmes ou des membres des équipes qu'ils auront à manager.

Mais comment l'identité professionnelle vient-elle donc au cadre de santé ?

2. L'identité professionnelle

C. DUBAR parle de **l'identité professionnelle** comme étant le produit de socialisations successives. L'identité professionnelle des cadres de santé est donc le fruit de son vécu d'individu et de soignant. L'« identité pour soi » recouvrant la construction de l'identité individuelle se retrouve dans le projet de vie de chaque futur cadre. Il est, avant d'être soignant. Il est soignant, avant d'être cadre. L'identité professionnelle acquise durant la vie professionnelle antérieure à la fonction de cadre est partie intégrante de l'identité du futur cadre.

Les phases de la socialisation professionnelle proposées par DAVIS sont, ici opérantes en ce qu'elles servent de base à « l'identité pour autrui ». Répondre aux attentes du groupe social auquel on souhaite s'intégrer, est le fondement de l'ordre social. Des règles régissent la société, les pratiques professionnelles des soignants mais aussi les fonctions d'encadrement. Si des règles précises encadrent la profession d'IDE, celles de cadre restent à définir mais existent tacitement, déclinées par le groupe professionnel des cadres de santé. La prégnance du groupe professionnel d'origine perdure certes, mais les FF interviewés, lorsqu'ils parviennent à la phase d'intériorisation provisoire de DAVIS, semblent basculer « de l'autre côté du miroir ». La réalité du travail au quotidien, ses contingences, ses exigences, ses contraintes révèlent au FF, une vision moins idéalisée que celle qu'il pouvait avoir en débutant.

La double transaction entre l'individu et l'institution qu'évoque C. DUBAR (1996) trouve ici une application. L'institution, représentée alors par les DS, a des attentes qu'elle souhaite voir mettre en œuvre par ses équipes d'encadrement intermédiaire répondant ainsi aux exigences de qualité et de sécurité des soins. Par ailleurs le futur cadre, progressant dans cette institution, entend trouver aide, écoute et confiance pour se construire au sein. Une marge de manœuvre doit pouvoir lui être laissée. Les réponses des étudiants cadres le mettent en évidence. Bien que près de la moitié de la population interviewée affirme ne pas avoir eu d'accompagnement formalisé durant la préparation du concours, plus de

⁵⁵ LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1984, pp. 364-367.

71% d'entre eux ont pu suivre une formation préparatoire. Le besoin d'accompagnement se conjugue avec un besoin d'autonomie. Cette apparente contradiction est caractéristique d'une mutation profonde qui ne trouvera d'aboutissement provisoire que dans la réussite au concours. La formation en IFCS verra se produire d'autres mutations. Le processus est donc systémique et interactionniste. Rien ne peut être pris comme une entité à part, fonctionnant pour elle-même.

La formalisation du projet professionnel nécessite un retour réflexif sur la carrière mais aussi, tout simplement, sur la vie tout. Pourquoi vouloir changer alors qu'on *dit* être si bien dans le métier que l'on exerce ? Alors que la réflexion sur le parcours professionnel réserve des surprises à celui qui s'attelle à la tâche ? Les réponses à la question n°28 sont en cela éloquentes. Le terme *satisfaisant* est le plus cité (+ de 25%) suivi de *rassurant* (20%) puis de *difficile* (19%) et enfin *laborieux* (17%). Le processus est douloureux mais ô combien satisfaisant. Il permet de mesurer le chemin parcouru, mais aussi d'évaluer la route qu'il reste encore à faire. Ce mouvement de balancier est aussi celui de l'identité professionnelle qui n'est pas acquise une fois pour toute. L'implication que le cadre pourra exprimer au travail aura un impact sur ce que DAVIS nomme « intériorisation stable ».

C. DUBAR parle des identités professionnelles en 2004, comme en étant au « temps du bricolage »⁵⁶. Les restructurations rapides et multiples des organisations ne permettent plus l'affirmation d'une identité acquise une fois pour toute.

Les modifications organisationnelles introduites par l'organisation des EPS en pôles d'activité, les règles édictées par l'ordonnance du 2 mai 2005 peuvent être la source de remaniements identitaires chez les cadres de santé.

Il n'est donc d'identité professionnelle figée une fois pour toutes, les adaptations sont fréquentes et permettent ainsi des ajustements entre **identité pour soi et identité pour autrui**.

Cette évolution rend donc indispensable un travail d'accompagnement qui n'aura de sens que dans la politique d'accompagnement que la direction des soins impulsera.

3 Les modèles d'accompagnement

L'enquête a permis de repérer deux modèles d'accompagnement du postulant cadre.

3.1 L'accompagnement rapproché et encadré par la GPEC

Le premier est très structuré, borné dans le temps et l'espace. S'inscrivant parfaitement dans un dispositif de type gestion des emplois et des compétences, il vise à repérer le futur cadre dont l'établissement aura besoin à un moment « T ». Découvert par

⁵⁶ DUBAR C. « Identités professionnelles : le temps du bricolage ». *Identités. Le groupe. La société*. Editions sciences humaines. 2004, p.145.

l'encadrement de proximité, coopté par l'encadrement supérieur, le postulant doit alors faire part de son projet au directeur des soins. D'un établissement à l'autre, cette période diffère dans ses étapes.

Le postulant de H1 adresse une lettre de motivation au DS qui prend connaissance des évaluations annuelles puis donne son avis d'opportunité pour démarrer le processus de préparation.

DS3 organise « un appel à candidature » chaque année lors d'une réunion. Celle-ci est l'occasion d'une rencontre entre la direction des soins et les candidats potentiels. Aucun engagement n'est pris immédiatement. DS1 présente les projets en cours, sa vision de la fonction cadre et resitue la place des cadres au niveau institutionnel.

Débute alors un parcours qui de H1 à H3 dure en moyenne deux ans. Une fois les postulants admis dans le dispositif de préparation interne, un contrat moral est passé avec la direction des soins. Le candidat accepte les conditions de préparation : formation préparatoire pour le concours organisée, en général, par le service de formation continue, rencontres régulières avec le directeur des soins, travaux à faire sur des thèmes spécifiques, coaching par un cadre ou un cadre supérieur, changement de service, responsabilité de faisant fonction... Les dispositifs sont plus ou moins contraignants mais ne laissent jamais le postulant seul pendant cette course de fond.

Les conditions ne sont pourtant pas irrémédiablement contraignantes, H1 et H3 tiennent compte des spécificités de chaque candidat. DS 3 n'imposera pas systématiquement la position de FF, quand DS1 en fait un passage obligé. Ces dispositifs, bien que très cadrés, doivent pouvoir faire preuve d'une certaine souplesse. Le cadrage temporel, que représentent les réunions de la commission de formation attribuant les prises en charge financières, les dates de rentrées en IFCS, les mouvements des personnels d'encadrement et les périodes de formation préparatoires, peut donner l'impression d'un dispositif un peu figé et très contraignant rendant impossible toute démarche autonome. La sociologie des organisations n'a plus à prouver que toute démarche, décision ou attitude est soumise à une rationalité qui dépasse la conscience que peut en avoir l'acteur. L'enquête a mis en évidence un besoin d'accompagnement exprimé sans ambages par la très grande majorité des étudiants. Ils conseillent majoritairement de suivre une « prépa », d'être soutenu par la hiérarchie, de travailler et lire beaucoup.

On retrouve sans doute dans cette catégorie, les étudiants qui affirment avoir rencontré une fois et plus le DS pour lui présenter son projet professionnel. H1 et H3 se situent dans cette catégorie.

La GPEC, en ce qu'elle permet d'adapter les compétences d'un individu à un poste de travail ou à une mission particulière, peut être une aide technique remplissant le rôle de cadrage temporel évoqué ci-dessus, mais elle ne permet certainement pas la prise d'initiative, la réflexion sur le parcours professionnel, la recherche d'autonomie. La GPEC

est un outil au service d'une institution en évolution, devant faire face à des restructurations rigoureuses. Les managers, le directeur des soins en particulier, ne peuvent faire l'impasse sur cet outil prospectif. Il est pourtant nécessaire, même si les tableaux de bord prévoient des départs massifs, notamment de cadres, dans les 6 prochaines années, de faire preuve de souplesse et laisser du temps au temps.

La socialisation professionnelle comme l'identité professionnelle ne se décrètent pas. Pour qu'une institution hospitalière puisse disposer de cadres de santé motivés, impliqués et faisant preuve d'intelligence, elle doit leur donner les moyens de développer ces capacités. La socialisation professionnelle est à ce prix. Un dispositif d'accompagnement permettant l'émergence d'une identité professionnelle de cadre passant par les fourches caudines de la GPEC n'est pas nécessairement la meilleure des solutions. Nous pouvons ainsi mettre en question notre 3^{ème} hypothèse, l'infirmier nous semble excessif en ce qu'un dispositif d'accompagnement a besoin de bornes, notamment financières, qu'autorise la GPEC. Mais on peut également admettre d'autres modes d'accompagnement, plus souples, moins cadrés, où l'autonomie et la prise de responsabilités sont plus communément sollicitées.

Il existe également des dispositifs plus adaptables aux personnalités, aux parcours singuliers où l'institution sans disparaître laisse plus de place à l'individu en évolution.

3.2 L'accompagnement discret

A côté du cadrage GPEC, existent des accompagnements que l'on pourrait s'autoriser à nommer discret en ce qu'ils laissent le postulant voire le FF se débrouiller presque seuls. Quelques conditions sont posées comme la participation aux réunions des cadres pour les FF, ou l'envoi au directeur des soins pour signature d'un avis d'opportunité à suivre la formation cadre.

Le DS ne reçoit pas systématiquement les postulants. L'accompagnement reste une affaire de proximité entre les postulants et les cadres, en général nouvellement diplômés. Est-ce à blâmer ? Ne peut-on pas imaginer avec DAVIS que le modèle véhiculé par les jeunes cadres ou les contre modèles que peuvent constituer certains, ne servent de fondement à la future « intégration stable » ? Pourrait-on également affirmer avec DUBAR que cette confrontations aux futurs pairs participe à la construction de « l'identité pour soi » comme de « l'identité pour autrui » ?

Cet espace que n'occupe pas la GPEC, peut-il être celui permettant au mieux la socialisation professionnelle et favorisant ainsi l'émergence de l'identité professionnelle de cadre ?

La plus grande latitude à s'auto construire que peut présenter cette version discrète de l'accompagnement et les espaces de liberté qu'elle laisse vacants peuvent devenir source

d'inquiétude plus que socle de construction. C'est peut être dans le moyen terme que se trouvera la solution.

Le cas du FF5 est de ce point de vue intéressant. FF5 pense que le DS sous-estime ses capacités en lui confiant le poste des consultations externes. Pourtant, l'équipe de ce service, constituée essentiellement de personnels dits « à problèmes » d'ordre physiques ou psychologiques, est sans doute l'une des plus difficile à gérer de l'établissement. L'accompagnement *cadre-personnalisé* pourrait permettre à ce FF de comprendre d'où viennent ses perceptions et lui permettre de les dépasser. Le DS estime son travail et pense qu'il est la personne qu'il faut pour gérer cette multitude d'acteurs que représentent les médecins vacataires, les médecins permanents, les personnels malades ou déprimés, les agents d'accueil, les consultants exigeants et des locaux de plusieurs centaines de mètres carrés. Elle affirme avoir un « blocage à l'écrit » qui lui a fait échouer, par trois fois, le concours d'entrée à l'IFCS. Elle rédige pourtant des rapports administratifs parfaitement structurés et s'acquitte fort bien de sa mission au quotidien.

Un subtil équilibre entre un accompagnement discret et l'excès d'un dispositif trop contraignant est donc à rechercher. Il peut nécessiter l'intervention d'acteurs tels que les médecins et psychologues du travail. Il nécessite, dans le cas de FF5, un coaching sans doute plus conséquent que ce que l'équipe de cadres supérieurs peut proposer. L'accompagnement nécessite une prise de recul certaine. La trop grande proximité que peuvent ressentir les personnels d'établissement de petite ou moyenne taille vis-à-vis de l'encadrement peut être un handicap.

Nous voyons, à l'issue de cet incomplet panorama des accompagnements rencontrés, qu'il n'en est point d'idéal. Le directeur des soins ne peut ignorer la réalité de son établissement. Il peut être tenté par des solutions à l'efficacité apparemment immédiate. Mais il ne peut par ailleurs sous-estimer leurs effets à court, moyen et long terme.

Le dispositif proposé doit permettre non seulement l'éclosion d'une forme identitaire mais favoriser la socialisation professionnelle des futurs cadres en encourageant le développement des compétences. Les approches de LE BOTERF et ZARIFIAN sont de ce point de vue complémentaires. *Savoir-agir* et *pouvoir-agir* se combinent pour créer la compétence. Un dispositif d'accompagnement ne peut faire l'impasse sur cet aspect, au risque de l'impuissance.

Au terme de l'analyse, nous pouvons affirmer que les hypothèses émises au début de ce travail sont en partie vérifiées. Les préconisations présentées en troisième partie, prennent en compte, entre autres, les quelques réserves liées à un dispositif de GPEC trop rigide.

Préconisations

I Pourquoi mettre en place un dispositif d'accompagnement des futurs cadres de santé en un souci de socialisation professionnelle ?

Pour être valide, ce dispositif doit tenir compte du contexte dans lequel il vise à être mis en place. Nous avons vu à quel point la notion de compétence est liée à l'environnement. Les propositions ci-dessous sont donc encore quelque peu générales.

Les finalités institutionnelles d'un tel dispositif sont les suivantes :

- Permettre aux futurs cadres de santé de choisir la voie professionnelle la mieux adaptée à leur souhait.
- Permettre à des soignants motivés et intéressés de se préparer à la fonction d'encadrement de manière clairvoyante.
- Favoriser le développement des compétences professionnelles par une réflexion sur les missions et la place du cadre dans un EPS.
- Répondre aux missions de l'hôpital public.
- Permettre, dans les meilleures conditions possibles, le renouvellement du corps des cadres de santé au cours des 10 prochaines années.
- Assurer à l'établissement une équipe d'encadrement de proximité efficiente au service de la qualité des soins.
- Consolider le collectif de cadre autour d'un projet innovant et stimulant.
- Inscrire ce dispositif dans celui, plus global, de GPEC.

Une réflexion globale sur le rôle et les missions des CS doit être réalisée en prenant en compte les travaux de la DHOS, dans le répertoire des métiers, et les dispositions réglementaires issues du statut de la FPH.

Des préalables techniques sont en tout état de cause indispensables :

- Définition sous la forme **d'une fiche de fonction**, des missions des cadres de proximité de l'établissement selon une procédure que l'on pourrait rapprocher de la « référentialisation » évoquée par E. ROUSSEL en 2004⁵⁷. Réalisée par un groupe restreint de CS et CSS, elle sera supervisée par le DS.

⁵⁷ ROUSSEL E., *Les référentiels professionnels cadre de santé. Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe ?*. Mémoire Ecole nationale de la santé publique, juin 2004. p.29.

- Réalisation de **fiches de postes** spécifiques à chaque service ou pôle d'activité par les cadres en poste ou les CSS.
- Elaboration de **fiches d'évaluation** des candidats à la fonction cadre déclinant les compétences attendues.
- Validation de ces documents en CSIMTR.
- Archivage des différents documents à la direction des soins.
- Situation du plan d'action dans trois champs : la communication, la formation, le financement.

II Objectifs

Les objectifs du projet pourraient être déclinés de la manière suivante :

- Impliquer l'encadrement de proximité et supérieur afin qu'il puisse repérer les potentiels postulants dans les services.
- Elaborer des procédures d'évaluation fiables, régulières, communicables pour permettre l'observation du postulant par le cadre dans trois domaines : le respect des normes, règles professionnelles, déontologie, la réalisation des objectifs fixés (variables selon les individus), les faits significatifs de performances (FSP : ce qui est fait sans qu'on le demande).
- Valoriser la prise d'initiatives pour enrichir le « vivier » des postulants.
- Créer les conditions afin que le parcours du postulant soit professionnalisant.
- Faire de l'accompagnement des postulants à la fonction cadre un des axes du Projet de soins et du projet social. Cela pourra donner du sens aux postes vacants en cas de vision prospective à 5 ans.
- Travailler en partenariat avec la DRH pour bénéficier de tableaux de bords performants qui permettraient une vision prospective à 5 ou 7 ans.

III Philosophie du plan d'action

Le projet d'accompagnement, bien que respectant la temporalité du postulant, doit être situé dans le temps et l'espace de l'établissement. Comme tout projet, il doit être élaboré en concertation, présenté en commission de soins⁵⁸, validé et évalué ultérieurement.

Le projet institutionnel, proposé par la direction des soins, est différent du projet individuel de chaque postulant. Il lui sert de guide, de canevas, de ressource dans lesquels le futur cadre peut puiser des idées, des propositions, des aides.

⁵⁸ Commission des soins infirmiers, médico-techniques et de rééducation.

Pour accompagner, il faut se connaître. Il serait donc envisageable de penser le projet sur une durée de deux à trois ans.

La première phase est celle de **la reconnaissance**. Certains soignants «sortent du rang », ont un comportement professionnel intéressant, font des propositions pertinentes, investissent certains domaines du projet de service ou de pôle et sont reconnus par leurs collègues pour leur dynamisme. Les cadres encouragent alors la prise de responsabilité et présentent, dans le cadre de l'entretien annuel d'évaluation, le canevas du projet institutionnel d'accompagnement.

La deuxième phase est celle de **la rencontre** avec la direction des soins. La direction des soins organise une réunion de présentation du projet d'accompagnement, destinée à l'ensemble des paramédicaux. Le postulant, invité à venir entendre les propositions de la direction des soins peut alors se rendre compte du dispositif et connaître les attentes institutionnelles. Il décide alors, en toute connaissances de causes, s'il s'inscrit dans le dispositif et dans quelle temporalité il se situe. Nous avons mis en évidence que la fonction d'encadrement ne se décrète pas ; le postulant potentiel doit donc pouvoir avancer, à son rythme, sur le chemin de la socialisation professionnelle de cadre. Il ne s'agit pas de le dépouiller, avant l'heure, de sa «peau de soignant » : cette mue se réalisera sur la durée, sans précipitation.

La troisième phase serait celle de **la réalisation**. Le postulant a construit son projet professionnel avec l'aide ponctuelle ou régulière et méthodique de la direction des soins. Il est prêt à se lancer dans l'aventure de la fonction d'encadrement.

1 La période de reconnaissance

La période de reconnaissance est celle de la vie professionnelle d'un soignant accompli. Il est reconnu par ses pairs, les médecins, sa hiérarchie. Il investit alors des domaines qui sortent du quotidien soignant, encouragé en cela par le cadre. Il passera alors d'une vision strictement « micro » à un regard un peu plus « macro », distancié du quotidien, et verra alors son champ d'action et de réflexion s'élargir. Il est important que l'encadrement encourage ces initiatives et saisisse toutes les occasions pour faire progresser le postulant. Il peut dès lors s'investir dans une formation-action, donner des cours en institut de formation, participer à la préparation du conseil de service, encadrer les étudiants, faire passer les épreuves de diplôme d'Etat ou d'autres évaluations, préparer un DU sur un thème intéressant le service, remplacer ponctuellement le cadre, investir la CSIMTR, etc... La liste est longue des actions qui permettent au soignant d'exprimer ses talents dans des domaines autres que le soin pur.

La durée de cette période variera d'un individu à l'autre. L'institution peut respecter cette phase qui est celle de la maturation professionnelle. Le postulant potentiel se rendra compte par lui-même des limites qu'il doit mettre à cette période. L'envie de prendre des

responsabilités le fera passer presque automatiquement dans la deuxième phase du processus.

2 La phase de rencontre

La phase de rencontre est celle de la présentation des attentes de chacune des parties. La direction des soins présente le projet de soins et le projet d'accompagnement. La clarification des relations entre le postulant et la direction des soins dépend de cette rencontre. La finalité du dispositif, les objectifs ainsi que les préalables sont exposés. L'organisation temporelle est annoncée ainsi que les exigences. Nous avons vu que, pour passer à l'intégration provisoire puis stable, il convient de se conformer à l'attente sociale institutionnelle et se construire un modèle. Nous pensons que la confrontation au réel peut être un élément facilitant « le passage de l'autre côté du miroir », nous proposerons donc au postulant plusieurs possibilités. Il devra soit changer de service pour évaluer ses capacités d'adaptation, soit être faisant fonction pour une durée déterminée comportant un tutorat voire un coaching si nécessaire. Une évaluation de ses besoins en formation lui sera demandée. Nous pourrons lui proposer de réaliser, s'il en exprime le besoin, un bilan de compétences.

Le tutorat sera assuré par un cadre ou un cadre supérieur proposé par la direction des soins.

La mission du tuteur sera d'accompagner le postulant jusqu'aux résultats des épreuves du concours. Le calendrier des rencontres sera déterminé selon les besoins exprimés par le postulant mais devra comporter quatre rencontres par an au minimum. Les dates des formations préparatoires, des commissions de formation, de rentrée à l'IFCS, etc..., seront à prendre en compte dans le dispositif.

3 La période de réalisation

La période de réalisation a d'ores et déjà débuté. Car, comme pour les stades de développement de l'enfant mis en évidence par les travaux de J. PIAGET, aucune de ces trois phases n'est strictement distincte l'une de l'autre. Elles s'interpénètrent, empiètent l'une sur l'autre, permettant ainsi au postulant d'avancer à son rythme sur le chemin de la socialisation professionnelle de futur cadre de santé.

Le concours n'est qu'un moment du dispositif, un élément du parcours et doit être dédramatisé. Une formation préparatoire aux épreuves sera proposée. Celui qui échouera à ces épreuves devra être soutenu et un bilan devra être réalisé afin de lui permettre de comprendre les causes de l'échec et les dépasser pour se donner les moyens de réussir ultérieurement.

La direction des soins proposera au postulant qui réussit le concours des épreuves d'oral blanc. Cette mise en situation sera déterminante lors de l'épreuve d'admission. Le DS, les FF et les étudiants cadres ont émis, sur ce thème, des avis convergents.

Par ailleurs, le dossier de financement de la formation cadre sera présenté à la commission *ad hoc*. Si le nombre de candidats admis aux épreuves du concours est supérieur aux possibilités financières de l'établissement, un report de scolarité pourra être proposé.

Cette typologie d'accompagnement, au long court mais cadré, opère une sélection des candidats les plus motivés à réussir. Certains trouveront d'autres voies à explorer, mais les directeurs des soins interrogés au cours de l'enquête ont acquis, avec l'expérience, la certitude que ces dispositifs sont opérants. Ainsi, l'accompagnement dans la durée, favorise l'éclosion d'une identité professionnelle de cadre par la confrontation et la rencontre.

L'étape ultime de ce dispositif sera, à la sortie de l'IFCS, la nomination du cadre de santé diplômé à un poste vacant de son choix et son intégration. L'établissement organisera alors le concours sur titre afin de titulariser le cadre de santé nouvellement diplômé.

4 Le projet d'accompagnement : un projet institutionnel

Pour institutionnaliser cette démarche, il conviendra que le projet d'accompagnement soit intégré dans le Projet social de l'établissement. En étant présenté aux instances de l'hôpital, ce dispositif sera connu de tous. Ainsi légitimé, il pourra servir de base à tout accompagnement de changement de fonction.

Les directions des soins et des ressources humaines verront ainsi leurs champs d'interventions précisées, dans le cadre d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, renouvelé par l'approche psychosociologique centrée sur la socialisation professionnelle.

CONCLUSION

Au terme de cette étude, force est de constater à quel point la préparation des futurs cadres de santé doit se trouver au centre des préoccupations de la direction des soins. En effet, la nécessité de renouveler rapidement ce corps, dont les effectifs vont pour moitié partir à la retraite dans la décennie à venir, impose une réflexion que l'urgence de la situation ne doit pas empêcher. *Devenir puis être* cadre de santé ne se décrète ni ne s'improvise. La professionnalisation et la socialisation professionnelle participent de la construction identitaire des cadres de santé.

L'étude a permis de mettre en évidence quelques éléments de compréhension du processus identitaire et de l'élaboration du sentiment d'appartenance au corps des cadres de santé. La direction des soins joue un rôle essentiel et incontournable dans cette construction. Par la dynamique de préparation qu'il impulse, bien en amont des épreuves du concours d'entrée à l'IFCS, le directeur des soins favorise chez les postulants l'envie de s'investir dans des fonctions d'encadrement.

Le chemin menant à l'IFCS est propre à chacun. Les données des enquêtes quantitatives et qualitatives ont permis de dégager certains « indicateurs prédictifs » de réussite au concours d'entrée en IFCS., tels que la possession d'un diplôme de l'enseignement supérieur ou l'investissement institutionnel dans des groupes de travail. Le projet d'accompagnement élaboré par le directeur des soins, en collaboration avec la CSIMTR, doit donc à la fois faire preuve d'efficacité, de pragmatisme mais également de bienveillance. Le directeur des soins doit être attentif au respect des valeurs annoncées dans le projet de soins. En effet, la construction identitaire nécessite la confrontation à des modèles et à une rhétorique professionnelle récurrente. E. C. HUGHES en fait la pierre angulaire du passage du *savoir profane* au *savoir sacré*, du *non initié* à *l'initié*.

Le dispositif d'accompagnement, axe fort du projet de soins, doit être reconnu par l'institution. Intégré au projet social de l'établissement au sein d'un dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, il acquerra ainsi légitimité et temporalité pour ne pas demeurer une simple chronologie de périodes successives de préparation.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

- ALBARELLO L., DIGNEFFE F., HIERNIAUX J.P., MAROY C., RUQUOY D., de SAINT-GEORGES P., *Pratiques et méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris : Armand Colin, 1995. 179 p.
- ANZIEU D., MARTIN J.Y., *La dynamique des groupes restreints*. Paris : PUF, 12^{ème} édition, 2000. 396 p.
- CARRICABURU D., MENOIRET M., *Sociologie de la santé. Institutions, professions, et maladies*. Paris : Armand Colin, 2004. 235 p.
- CHEVANDIER C., *Les métiers de l'hôpital*. Paris : La Découverte, 1997. 128 p.
- COUDRAY M-A., *Le cadre soignant en éveil. La fonction d'encadrement au défi du sens*. Paris : Seli Arslan, 2004. 220 p.
- CRESSON G., SCHWEYER F-X., *Professions et institutions de santé face à l'organisation du travail. Aspects sociologiques*. Rennes : éditions ENSP, 2000. 222 p.
- DUBAR C., *La socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1996. 276 p.
- DUBAR C., TRIPIER P., *Sociologie des professions*. Paris : Armand Colin, 1998. 256 p.
- GROSJEAN M., LACOSTE M., *Communication et intelligence collective. Le travail à l'hôpital*. Paris : PUF, 1999. 225 p.
- LAPLANCHE J., PONTALIS J-B., *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF, 1984. 587 p.
- Le BOTERF G., *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Editions d'organisations, 1994. 175 p.
- LICHTENBERGER Y., *Compétence, compétences*. Encyclopédie des ressources humaines. Editions Vuibert [en ligne] : 2003. Disponible sur Internet : <http://latts.cnrs.fr/site/tele/rep1:LichtenCompétences.doc>
- MINISTERE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE, *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes : éditions ENSP, 2004. 440 p.
- ZARIFIAN P., *Objectif compétence : pour une nouvelle logique*. Paris : Liaisons, 2001. 232 p.
- ZARIFIAN P., *A quoi sert le travail ?* Paris : La Dispute, 2003. 187p.

Articles

- ACKER F., « Les reconfigurations du travail infirmier à l'hôpital ». *Revue française des Affaires sociales*, Janvier-mars 2005, n° 1, pp. 161-181.

ARBORIO A.-M., « Quelques questions concernant l'utilisation des "sources orales" à partir d'une enquête sociologique sur le personnel des hôpitaux », *La Gazette des Archives*, n° 198, 2005/2, *De la série à l'individu. Archives du personnel et archives orales*, pp. 63-72.

COUDRAY M.-A., « La formation des cadres de santé, histoire et perspectives ». *Soins Cadres*, Février 2003, n°45, pp. 43-47.

DUBAR C., « Identités professionnelles : le temps du bricolage ». *Identités(s). L'individu. Le groupe. La société*. Auxerre : Editions Sciences humaines, 2004. pp. 141-149.

OBERLE D. « Vivre ensemble, le groupe en psychologie sociale ». *Identité(s). L'individu. Le groupe. La société*. Auxerre : Editions Sciences humaines, 2004, pp. 121-130.

REYNAUD J.-D., « Le management par les compétences : un essai d'analyse ». *Sociologie du travail*, Janvier-mars 2001, n°43-1, pp.7-31.

SCHWEYER FX. « Entre profession, organisation et marché : le cas des ingénieurs biomédicaux hospitaliers ». *Revue française des Affaires sociales*, Janvier-mars 2005, n°1, pp. 183-205.

Rapports

Référentiel de compétences du cadre de santé, IFCS, AP-HP, 2001, MAJ en 2003. 40 p.

Rapport Agence Socrates, Leonardo da Vinci France, AP-HP, 2004.

Référentiel métier de directeur d'hôpital, Association des élèves et anciens élèves de l'Ecole nationale de santé publique (ENSP), 2003. 55 p.

Mémoires

BENEVISE N., *Quelles sont les motivations qui poussent les infirmières à devenir futurs cadres de santé ?*, Mémoire pour l'obtention du diplôme cadre de santé, AP-HP, promotion 1999-2000. 42 p.

CHINOT N., *L'accompagnement du postulant à la fonction cadre de santé. Enjeux et stratégie du Directeur des soins*. Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, juin 2004. 66 p.

ROUSSEL E., *Les référentiels professionnels cadre de santé. Quels usages pour gérer les compétences dans un système complexe ?* Mémoire de l'Ecole nationale de la santé publique, juin 2004. 65 p.

Textes réglementaires

Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

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

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

Décret n°89-539 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

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

Autres documents

BONNIOL J-J., « La passe ou l'impasse, le formateur est un passeur ». *EN Question, Les cahiers d'Aix*, n°1, Université de Provence, Aix-Marseille I, 1996. 34 p.

DONIUS B., « La Gestion Prévisionnelle des Emplois, des Métiers et des compétences ». Directeur de ressources humaines, CHRU de LILLE. Document de travail, ENSP. Rennes, 2005.

IFCS Montsouris. « Projet de formation », 2004-2005.

Liste des annexes

Annexe I : Questionnaire étudiants cadres de santé.

Annexe II : Guide d'entretien avec les directeurs des soins.

Annexe III : Grille d'analyse des entretiens avec les directeurs des soins.

Annexe IV : Guide d'entretien avec les faisant fonction de cadres de santé.

Annexe V : Grille d'analyse des entretiens avec les faisant fonction de cadres de santé.

ANNEXE I

Questionnaire à l'intention des étudiants cadres en cours de formation

Je vous remercie par avance du temps que vous prendrez pour répondre à ces questions.

1 Vous êtes (cochez la case correspondant à votre situation)

IDE	ID psy	IADE	IBODE	PUER	TAB	Manip	Kiné	Ergo	Diét	Prépa phar	Psychomot

2 Année de diplôme

Formation initiale :

Spécialisation :

3 Votre âge est compris entre :

25 et 30 ans ?

31 et 35 ans ?

36 et 40 ans ?

41 et 45 ans ?

Plus de 46 ans ?

4 Votre expérience professionnelle depuis l'obtention de votre diplôme est comprise entre:

4 ans et 8 ans ?

9 ans et 12 ans ?

13 ans et 15 ans ?

16 ans et 20 ans ?

Plus de 20 ans ?

5 Vous avez passé le concours d'entrée en IFCS :

1 fois ?

2 fois ?

3 fois ?

Plus ?

6 L'année avant votre entrée à l'IFCS, vous travailliez :

A l'hôpital ?

En institut de formation ?

En libéral ?

En entreprise ?

En clinique ?

En intérim ?

Autre : précisez, merci
.....

7 Qualité des services où vous avez travaillé depuis votre diplôme :

Médecine ? Chirurgie? Gériatrie ? Obstétrique ?

Pédiatrie ? Psychiatrie ? HAD ? Formation ?

DAR ? Bloc opératoire ? Crèche ?

Autre, précisez :

- 8 Vous avez remplacé le cadre de votre service :**
- | | |
|--|---|
| Jamais | ? |
| Parfois pendant les périodes de vacances | ? |
| Souvent pendant les vacances et lors d'une absence prolongée | ? |
- 9 Vous avez été faisant fonction de cadre :**
- | | |
|-----------------------------|---|
| Entre 6 mois et 12 mois | ? |
| Entre 13 et 24 mois | ? |
| Plus de 25 mois, précisez : | ? |
- 10 Quel accompagnement vous a-t-on proposé durant cette expérience ?**
-
- 11 Avez-vous bénéficié de formations spécifiques ?**
- Si oui, lesquelles ?**
- Si non, pourquoi ?**
- 12 L'expérience de faisant fonction a été (vous pouvez cocher entre 1 et 3 items) :**
- | | |
|--|---|
| Bénéfrique | ? |
| Constructive | ? |
| Décisive pour la suite de votre projet professionnel | ? |
| Une mauvaise expérience à ne pas conseiller | ? |
| Un tremplin pour réussir le concours d'entrée à l'IFCS | ? |
- 13 Votre niveau scolaire est**
- | | |
|------------------------------------|-----------|
| Brevet des collèges | ? |
| BAC (<u>préciser la série</u>) : | ? Série : |
- 14 Vous possédez un diplôme de l'enseignement supérieur (préciser la discipline) :**
- | | |
|----------|---|
| Aucun | ? |
| DEUG | ? |
| Licence | ? |
| Maîtrise | ? |
| DEA | ? |
| Thèse | ? |
| DU | ? |
- 15 Année d'obtention de ce diplôme**
-
- 16 Vous avez suivi ce cursus :**
- | | |
|-------------------------------------|---|
| Sur votre temps personnel | ? |
| A moitié sur le temps de travail | ? |
| En totalité sur le temps de travail | ? |
- 17 Ce cursus a été financé:**
- | | |
|--|--------------------|
| Sur vos deniers personnels | ? |
| Par la formation continue de votre établissement | ? |
| Autre | (préciser) : |
- 18 Vous avez bénéficié d'une formation préparatoire aux épreuves du concours**
- | | |
|-----|---|
| Oui | ? |
| Non | ? |

- 19 Si oui,**
 Cette préparation était dispensée au sein de votre établissement ?
 Vous avez eu recours à un organisme de formation externe ?
- 20 Si non, comment avez-vous préparé les épreuves écrites?**
 A partir d'annales de sujets de concours d'entrée ?
 Avec l'aide de cadres récemment diplômés ?
 Autre (à préciser) ?
- 21 Vous avez panaché une préparation personnelle et une préparation institutionnelle**
 Oui ? précisez votre méthode :

 Non ?
 Pourquoi,.....
- 22 Qu'avez-vous lu pour préparer l'écrit et l'oral du concours (cocher plusieurs items si besoin)**
 La presse professionnelle (préciser les titres) ?
 Des ouvrages traitant des problèmes de santé en France ?
 Des ouvrages traitant du système de santé en France ?
 Autre (préciser)
- 23 Nommer les thématiques qui vous ont intéressé durant cette préparation.**

- 24 Le cadre ou le cadre supérieur de votre service a participé à votre préparation au concours**
 Si oui comment ?
 Si non pourquoi ?
- 25 Le cadre ou le cadre supérieur de votre service vous a encouragé mais sans plus.**
 Oui ?
 Non ?
- 26 Le directeur des soins vous a reçu pour que vous lui présentiez votre projet professionnel**
 Jamais ?
 Une fois ?
 Deux fois ?
 Trois fois ?
 Plus de trois fois (préciser)
- 27 Comment êtes-vous parvenu à formaliser votre projet professionnel ?**

- 28 La rédaction du projet professionnelle a été (Cochez les 3 items correspondant le mieux à votre ressenti)**
 Aisée ?
 Laborieuse ?
 Epuisante ?
 Satisfaisante ?
 Difficile ?
 Rassurante ?
- 29 Quel(s) conseil(s) donneriez-vous à un(e) collègue souhaitant se présenter au concours d'entrée à l'IFCS ?**

Je vous remercie de m'avoir accordé ce temps. Je vous souhaite une bonne continuation.

Christine Nallet

Merci de remettre ce questionnaire une fois rempli, au secrétariat de la Direction de l'IFCS.

Questionnaire DS

Thème : La préparation des futurs cadres de santé à l'entrée à l'IFCS.

1. Comment s'opère le choix des futurs étudiants cadres sur votre établissement? La démarche est-elle libre ?
2. Quel avis prenez-vous pour accorder la formation au titre de la formation professionnelle ?
3. Rencontrez-vous tous les candidats ? Quand, pourquoi ?
4. Quelle politique d'accompagnement du projet professionnel du postulant est-elle mise en place sur votre établissement ? Existe-t-il une politique clairement identifiée en terme d'accompagnement du projet professionnel du postulant cadre ?
5. Quelle démarche un postulant à la formation de cadre de santé doit-il entamer ?
6. Sur quels critères accordez-vous une formation préparatoire aux épreuves du concours ? Cette préparation est-elle obligatoire, suffisante ?
7. De quoi un postulant à la fonction cadre peut –il avoir besoin pour enrichir sa préparation et augmenter ses chances de réussite aux épreuves du concours ?
8. Quelles sont selon vous les principales difficultés auxquelles le futur étudiant cadre va être confronté lors de son cursus à l'IFCS ?

ANNEXE III Grille d'analyse des entretiens DS

DS	Choix du candidat ?	Quel avis prend le DS ?	Rencontre les candidats ? Exigences du DS ?	Politique d'accompagnement établie, validée par instances ?	Démarche du postulant ?	Critères pour la prise en charge financière ?	Besoins spécifiques du postulants ?	Difficultés du postulants à l'IFCS ?
DS1	Cooptation par CS, CSS. Demande spontanée mais assujettie à un contrat de prépa.	Avis du CS, CSS. Evaluation annuelle Avis du CS, CSS du service ou postulant FF. Mais c'est l'avis du DS qui est déterminant, parfois subjectivité du cadre	Tous obligatoirement après lettre de motivation. Présentation du PP Au – 3 rencontres. Participation à CLIN, CLUD, CSSI. Réaliser des W sur thèmes prof (chariot U, encadrem stag,dossier soins...) Réalisation PP et présentation au DS Demande à postulant de réfléchir à 3 mots clé : exigence, projet, communication Réflexion sur valeurs : respect, solidarité	Oui, dispositif en lien avec le Projet social. GPEC ~ . Nécessité d'affiner le projet avec critères précis Participation FF à toutes réunions de encadrement, info dans journal hop de la nomination du FF	Ecrit lettre de motivation Elabore une ébauche de PP (renc 1) Réalise un travail demandé par DS. Prend RV quand il est prêt La démarche d'accompagnement leur donne envie de persévérer, revenir, de rester.	Besoins définis par l'établissement. FF pdt 1 an, si réussit conc avant la DS demande un report. Réaliser les W prof demandés par DS. <u>Si candidat indiv</u> sans contrat d'accompant : 0 accompt, pas FF, pas prise en charge financ	Changer de service Etre FF Suivre Fo univ(DU) et Fo continue(++): prise parole, positionnet, stress, conflits. La Fo U, donne 1 investissement qui sera réinvesti Prépa ext + int avec médecin RVT (écrit, très dirigé). Prépa orale+++ qd admissible, methodo+ Rencontre entre FF postulants Accompagnement souple, individualisé selon nx du PP Chaque FF a 1 tuteur. Constitution réseau	DS rassure bcp, conseille +++
DS2	CS, CSS repèrent potentiel. Cooptation	Avis Cadres, petit W	Oui , si elle est au courant. FF est un + mais il faut réussir le concours. FF 2 ans pas + Evaluation du FF comme un cadre sur objectifs fixés	Rien de bien formalisé pour l'instant car DS prise de poste 6 mois. Avant autre hop : entretien régulier « DS soutient le périnée ».Repérer point faible et W dessus. Qd admissible : vrai oral blanc avec Psycho et FF	Petit W demandé par CSS Rencontre des FF avec autres cadres Prépa + discours clair	« On n'a pas le droit de bloquer qq ». Les syndicats y veillent	Fo univ c'est un + mais c'est pas suffisant. Avoir du punch, envie d'être cadre. Prépa + IFCS Si de nuit : passer de jour Distanciation, mûrissement Si échec : revaloriser et 2de chance	

				DS				
DS3	Appel à candidature en septembre de l'année N. Réunion par DS	Tous les postulants étant passés dans ce dispositif ont tous réussi à N+2 selon le schéma suivant : Préparation institutionnelle et présélection Cours préparatoires Expérience de FF de moyenne durée ou maintien en fonction d'IDE Réussite au concours et financement de la formation Postes assurés à la fin de la formation cadre (organisation de concours dans quels délais ????)	La direction des soins organise une grande réunion d'information sur le dispositif d'accompagnement des postulants cadres au CHU. Les personnels paramédicaux intéressés se font connaître Le projet est présenté par la direction des soins, les personnes intéressées sont prévenues qu'elles s'engagent dans un dispositif volontariste de plusieurs mois voire d'année sur leur temps personnel. Délais de réflexion jusqu'en décembre de l'année N(2005). <u>Entretien individuel avec le DS du secteur :</u> CV, expérience professionnelle <u>Entretien individuel avec le DS du secteur :</u> Le DS évalue la progression par rapport au vécu professionnel, ce qui les a amené à construire leur identité professionnelle. Demande d'un support écrit (prélude au projet professionnel du dossier du concours). Entretien entre DS et postulant pendant la période des CP : un entretien au démarrage des CP et	Oui, démarche sur 2 ans Période de 6 mois : fin décembre à fin juin N+1 (2006) divisée en 2 fois 3 mois : <i>Janvier à mars N+1 :</i> <u>séances de travail</u> sur des problématiques d'encadrement reposant sur le métier de base . Durée : 1h30. Rythme : une toutes les 3 semaines. Modalités pédagogiques : travaux de groupe sur des questions sanitaires, sociales. Objectif : tester la réactivité des postulants et la motivation. <u>Entretien individuel avec le DS du secteur :</u> CV, expérience professionnelle <i>Avril à juin N+1 :</i> <u>Entretien individuel avec le DS du secteur :</u> Le DS évalue la progression par rapport au vécu professionnel, ce qui les a amené à construire leur identité professionnelle. Demande d'un support écrit	Suivre la démarche prescrite Eté N+1 : Validation du financement des Cours préparatoires. Ils sont organisés par un organisme de formation extérieur (HR). Cours préparatoires : durée 24 jours sur 4 mois (sur le temps de travail). Préparation aux épreuves du concours -écrit et oral.	Fin juin N+1 : Point d'étape car en juillet a lieu la commission d'attribution de la promotion professionnelle pour les formations individuelles et pour les prépa concours. Le CHU finance 15 prépa. Si il y a plus de candidats, une sélection est opérée. « Il ne faut pas se tromper ». Les motivations sont testées : pourquoi faire cadre, détecter les démarches de fuites. Eté N+1 : Validation du financement des Cours préparatoires	Tutorat est assuré par des cadres de proximité ou des CSS à raison de 2 postulants par tuteur au maximum. Cela s'inscrit dans un projet du postulant à devenir cadre. Il est demandé, au cours d'une réunion d'information, de s'inscrire dans une logique de préparation de plusieurs mois. Il est également demandé au postulant de réaliser une analyse de situation vécue dans son service, de la rédiger, de la remettre au DS. Celui-ci la corrige et l'évalue avec le postulant lors d'un entretien Cours préparatoires : durée 24 jours sur 4 mois (sur le temps de travail). Préparation aux épreuves du concours -écrit et oral.	

			<p>un à la fin pour tester le projet professionnel en situation de face à face.</p> <p>. La direction propose à certains postulants des postes de FF selon le profil de chacun et leur souhait. Ce n'est pas obligatoire. Plusieurs modalités de FF : court terme, moyen terme (4 à 5 mois) et long terme. Si le postulant accepte on lui propose 2 expériences distinctes de 4 mois.</p> <p>Il existe une pénurie de cadres de nuit. La DS propose donc des postes de FF la nuit .</p> <p>Les postes de FF ne sont proposés qu'aux postulants à la fonction cadre.</p> <p>3 échecs maximum sont admis . Au 3 ème échec , la DS met fin au Projet de suivi et de préparation institutionnelle. Le candidat peut se présenter encore mais n'obtiendra pas de financement.</p>	<p>(prélude au projet professionnel du dossier du concours).</p> <p>Eté N+1 : Validation du financement des Cours préparatoires. Ils sont organisés par un organisme de formation extérieur (HR).</p> <p><u>Entretien entre DS et postulant pendant la période des CP : un entretien au démarrage des CP et un à la fin pour tester le projet professionnel en situation de face à face.</u></p> <p><u>Résultats des épreuves d'admissibilité en mai et d'admission en juin</u></p> <p>Commission en juillet N+2 pour attribution du financement par la promotion professionnelle.</p> <p>En septembre N+1 : mouvement des cadres (départs divers dont à l'IFCS).</p>				
DS4	Cooptation CS, CSS	Avis des CSS	<p>Rencontre chaque postulant</p> <p>Discute PP</p> <p>Propose FF</p> <p>Evaluation régulière, rencontre</p>	<p>Rencontre CSS pour prévision besoins en CS</p> <p>Démarche de proximité non formalisée</p>	<p>S'engage sur FF et prépa concours</p> <p>Accepte tutorat du DS</p>	<p>Le nb de prise en charge prévue par étab et négocier avec DRH</p>	<p>Prépa St Anne</p> <p>FF systématique</p>	<p>Prise de recul</p> <p>Positionnement</p>

			DS+FF CS.			Réussite concours		Méthodo
DS5	Cooptation CS, CSS	Avis des CSS	Rencontre chaque postulant Discute PP Propose FF Evaluation régulière, rencontre DS+FF	Réunion CSS en juin N pour étude besoin en FF et en CS selon départs et demande de fo cadre Démarche avec cadre sup dans une logique de GPEC mais <i>mezzo voce</i>	S'engage sur FF et prépa concours Accepte tutorat du CSS Travailler en confiance avec DS et CSS	Le nb de prise en charge prévue par étab et négocier avec DRH	Participation FF au PDDT W à faire, groupe de W. Prépa + W avec CSS secteur Prépa Montsouris	Prise de recul Positionnement Méthodo

Grille entretien FF cadre de santé

1. Parcours professionnel.
Date diplôme de formation initiale.
Expérience professionnelle ?
Rencontres ?
2. Formations personnelles, universitaires ?
3. Faisant fonction pourquoi ?
Démarche volontaire ?
Les modalités ?
4. Cours préparatoires ?
5. Qualité de la prépa ?
6. Combien de fois avez-vous passé le concours ?
7. Qu'est-ce qui fait continuer l'expérience de faisant fonction ?
8. Reconnaissance en tant que cadre ?
Depuis quand vous sentez-vous cadre ?
FF, est-ce une position aisée ?
9. Quelle aide avez-vous reçu, sollicité ?
CS, CSS, DS ? Formations.... ?
10. Avez-vous changé d'attitude depuis que vous êtes FF ?
11. Vous sentez-vous intégré dans la communauté des cadres ?

ANNEXE V : Grille d'analyse des entretiens avec les FF

	FF1 (étudiante IFCS M.) Mai 05 IDE	FF2 (H 5, femme) mai 05 IDE	FF3 (H 5, homme) mai05 IDE	FF4 (H 4 femme) avril 2005-07-19 Prépa phar	FF5 (H 4 femme) avril 2005 IDE	FF6 (étudiante IFCS P) février 05. IDE
Biographie	<p>DE 1992</p> <p>BO, urgences psy,</p> <p>F d'intendante en EPS ? 2,5 ans.</p> <p>Rattachée à DS</p> <p>2X le concours IFCS : aide DS+++</p>	<p>DE 1980</p> <p>Urgences, CS médecine</p> <p>FF en diabéto depuis 09 02 05 (4,5 mois)</p> <p>Cadre par intérim qd absence, référente EIDE, faisait planning.</p> <p>Faisait passer vie familiale <u>avant</u> vie prof.</p>	<p>DE 1993</p> <p>[Avant Bac L (82), nx DEUG histoire, ASH nuit 84/89.]</p> <p>6ans SICS jour, Réa ? sept 2004. mobilité, fo juridique, groupe W trans ciblées, DP unique, douleur, fin vie.</p> <p>S'investit, aide CS, remplace CS pdt CA.</p> <p>Pb de santé, ne peut plus faire de soins, aide +++DS et CS, CSS, soutien .</p> <p>FF depuis 9 mois</p>	<p>Diplôme prof Prépa phar : 81</p> <p>Travaille en officine de ville puis à partir de 85 à l'hôpital (CHIAG).</p> <p>Passe concours DASS pour être titularisée.</p> <p>Apprécie le secteur du médicament et les relations.</p> <p>A remplacé régulièrement, dès 93, le « cadre ».</p> <p>Projet qualité, Groupe de W sur les courses en interne.</p> <p>FF depuis octobre 2002. Mais a des responsabilités étendues depuis 93.</p> <p>A fait la fiche de poste du cadre de la pharmacie. Projet IFCS dès 96 mais financement + prépa refusés.</p> <p><u>A suivi de nombreuses formations :</u> accréditation, qualité, encadrement d'équipe...</p>	<p>DE 90 (Bac F8)</p> <p>A redoublé CM2 et 3^{ème}.</p> <p>Concours IFSI OK, très bonne scolarité IFSI.</p> <p>Pb avec l'écrit.</p> <p>Expérience dans CHU : 4 ans cardio.</p> <p>6 ans en cardio interventionnelle ici.</p> <p>FF depuis 2001.</p> <p>A passé DEUX fois le concours IFCS : échec, c'est dur.</p> <p>A « pris une claque ».</p>	<p>DE 92 (Bac 89)</p> <p>Réa med (6 ans), néphro (6 ans).</p> <p>Chargée encadrement étudiants, jms FF en service, congrès IDE Nephro.</p> <p>Formateur occas. à IFSI St L. Connaît bien certains formateurs de l'équipe pédago de l'IFSI.</p> <p>FFF à IFSI . de 01/04 à 01/05.</p> <p>La directrice lui a proposé 2 fois d'être FFF. Refus 1^{ère} fois, accepte la 2^{ème}.</p>

Innocence initiale	Poste exposé, pb avec médecins, difficultés++, les ASH l'ont aidé Voulait être – fatiguée, Bonne volonté	A été poussée, obligée par DS : «vous devez le faire ». Pas le choix, préférerait la vie d'IDE : horaire, responsabilités. Pas d'innocence, sait ce qui l'attend.	Pas mon projet initial, mais proposition DS Bcp investissement, pas assez de recul, je rentre chez moi sans être libéré du W. Change rythme, modification loisirs, »mes amis disent sors du boulot ! Je montre que je suis présent. Je ne fais pas de soins. Mais l'équipe devrait être + autonome, je fais trop de choses. Mes collègues cadres me disent être dérangées pour des brouilles.	Très intéressée par la qualité et le circuit du médicament. Connaît très bien l'équipe et l'organisation du travail. Expertise affirmée.	Bonne expérience comme IDE, a confiance en elle. Capacité d'organisation. Mais problème avec son chef de service en cardio. A un accident du travail. Est arrêtée 4 mois.	Apprécie +++ étudiants et encadrement. A envie de changer car son service a changé. Connaît les étudiants car était référente et formateur occas. Connaît bien les SI, la technique, l'équipe pédago. A expérience pour MSP, connaît les grilles mais notait « à la louche ». Est sûre d'elle.
Choc de la réalité	Possède toutes les clés des secteurs pas les autres, même les CS. Pb avec syndicats, part en vacances	A du dès la 17re semaine déménager le service car légionelle, horaires pas adaptés à sa famille. Bcp responsabilités, penser à tout, journées très longues. Penser pour les autres : « je leur dis et elles n'en tiennent pas compte. C'est parfois déprimant car elles oublient »	Terrain inconnu : il faut une tête de turc et le cadre c'est lui, mais c'est injuste Remise en question « je suis nul » Si je suis là c'est que tout le monde m'a encouragé. Le chef de service m'a bcp aidé. Je fonctionne au compromis Je tranche parfois, j'écoute bcp. Aide de mes collègues CS mais «je n'ai pas fait l'école	« Passer de l'autre côté ». Les gens n'ont pas le même regard sur vous. Il faut tout gérer, les petites et les grandes histoires. Les querelles entre les personnels. Doit faire les plannings.	Au retour de son AT, la DS lui propose un poste de FF en consultation externe car poste vacant. Ce n'est pas son « poste de prédilection mais bon, accepte ». Aurait préféré un service. Une collègue cadre revient d'AT en mi-temps thérapeutique sur un poste en retraite bientôt. Doit gérer bcp de pb	C'est plus dur que qd était IDE, ne voit pas les étudiants de la même manière, est + attentive aux critères, indicateurs...des grilles. Bcp de responsabilités p/t aux étudiants. Se rend compte des contraintes du programme et de la formation. Se rend compte des lacunes de certaines

			des cadres ! » et pour bcp c'est important pour la légitimité.		d'inadaptation à l'emploi. Plus de la moitié de son équipe (IDE, AS, ASH) a des problèmes de santé : alcool, dépression, maladie chronique...	collègues + anciennes en terme de SI et de technique.
Déclat : réponse aux attentes	Reprend le W après CA, a compris ce qu'on attend d'elle. W constructif avec tous	S'est adaptée Aide +++ de CSS Cela va mieux, le déménagement est fini. Participation aux PDDT des cadres +CSS+DS	Participe à groupes de W (siègera à CRUQP) sur PE (spécialité chir) Formaliser des projets c'est pas évident. Fait le gendarme ! Je dis « je suis le surveillant et ça marche avec les familles ! » Je suis un FF pas malheureux ! mais l'ifcs m'apportera une légitimité et un statut, des outils, recul.	Formation par consultant externe, d'accompagnement intra muros proposé par la DS à l'ensemble des cadres de l'hôpital en 2000 2001. Cela l'aide bcp Positionnement affirmé après la Fo coaching. Partage d'expérience. Apprend bcp du terrain.	A fait un rapport administratif à propos d'une IDE dépressive revenant d'un AM de plusieurs mois. La rédaction en a été laborieuse mais a satisfait la DS.	1 ^{er} cours d'anat physio du cœur : peur ++. Baptême du feu. 1 ^{ère} MSP où elle ne met pas la moyenne. Etudiante pleure. Mais tient bon, IDE est OK. Le tuteur la soutient. Participe aux préparations des évaluations de fin de module.
Acceptation du rôle à jouer	Réalise tous ses objectifs A tuteur CSS, aide réelle	S'arrange avec les autres collègues cadres pour horaires, arrive tôt et part + tôt. Accepte et aime le poste de cadre qu'elle occupe, le W m'intéresse. En 4 mois a bcp appris, c'est formateur, on se met dans la peau d'un cadre. Qd on est infirmière, on est – concernée par	Je me suis engagé FF pour faire et réussir IFCS mais je me limiterai. Si je n'arrive pas je me remettrais en question.	Le coaching l'a bcp aidé. A rencontré autres cadres de l'hôpital? réseau. En 2002, la DS lui demande de constituer un dossier professionnel au moment de prendre le poste de FF. Elle doit exposer sa conception de la fonction de cadre. Passe le concours en 2005 à la Croix Rouge A fait la prépa à Ste Anne (écrit :12/20).. C'était dur.	Participe au tour de garde des cadres infirmiers. Mais préférerait un poste en service pour « pouvoir se réaliser »	Construit des cours et TD avec+ de méthode grâce à l'aide des collègues et son expérience. Comprend les difficultés des « vieux » formateurs pour les nouvelles techniques, soins. Les aide. Accepte de ne pas faire passer de DE bien que cela l'ennuie mais

		connaissances en législation, droit...				comprend et cela la motive pour le concours. Encouragement de son tuteur et de la directrice.
1 ^{ère} disjonction : sentiment de culpabilité et d'hypocrisie	Impression de tiraillement, si échouait le concours la 2 ^e x elle quittait les soins	Aurait préféré faire cadre sans le concours, » ça me stresse ». Paye + primes sont dérisoires au regard du stress du concours	Ce n'était pas mon projet initial. J'aimais les soins.	Se sent reconnue dans son service mais pas encore dans la communauté des cadres.	Ne se sent pas vraiment cadre dans le service de consultation car passe son temps à trouver des solutions palliatives aux absences d'une équipe peu fiable pour cause de maladies +++	Ne s'autorise pas à donner son avis quand discussion trop pédagogique, estime ne pas avoir les compétences.
2 ^{ème} disjonction : l'« aliénation de soi » s'amenuise quand ils se rapprochent du modèle proposé par l'institution Vers Intériorisation provisoire	A accepté la prépa imposée par la DS(2h transport) Voulait IFCS pour prise de recul et analyser son exp prof.	Avant de FF, n'avait pas l'idée de faire l'IFCS . Reconnue par médecins et équipe car historiquement au H 5, les cadres étaient nommés J'explique plusieurs fois au personnel les choses importantes car qd on est paramédical, on passe à côté d'infos nécessaires.	S'engage dans la préparation du PE dans des groupes de travail sur la médecine.	L'ouverture de la Commissions des soins aux médico tech en 2002, l'a bcp aidé. Suit des formations tous les ans pour rester au niveau.	Veut réussir le concours mais est dans une spirale d'échec pour l'écrit. Sait écrire, mais n'a pas confiance en elle	Attend bcp des modules de pédago de l'IFCS pour avoir des connaissances en pédagogie et se sentir légitime à en parler. Accepte de préparer le module de uro-néphro même si espère réussir le concours et ne pas le mener à son terme.