



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Directeur des Soins

Promotion 2004

L'ACCOMPAGNEMENT DU POSTULANT À LA FONCTION CADRE DE SANTÉ

Enjeux et Stratégie du Directeur des Soins

Nicole CHINOT

Remerciements

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont permis d'enrichir notre réflexion, notamment pour leur expertise:

Madame BIHAN

Madame BECHET-GUEVARA

Madame BERNARD

Madame FOURNIER

Madame ROUSSEL

Monsieur JANIN

Et enfin particulièrement notre fils Erwan, pour son soutien.

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
DE LA PROBLÉMATIQUE AUX HYPOTHÈSES	3
PROBLÉMATIQUE	3
HYPOTHÈSES	5
1^{ERE} PARTIE : DU CONTEXTE AUX CONCEPTS.....	7
1 APPROCHE CONTEXTUELLE.....	7
1.1 Le cadre de santé	7
1.1.1 Historique.....	7
1.1.2 Les modalités d'accès au grade de cadre de santé.....	9
1.1.3 La formation des cadres de santé.....	9
1.1.4 Les missions du cadre de santé.....	10
1.2 Organisation et complexité hospitalière	11
1.2.1 Les caractéristiques d'une organisation.....	11
1.2.2 Le cadre de santé dans la complexité hospitalière.....	12
2 APPROCHE CONCEPTUELLE.....	13
2.1 L'émergence du projet.....	13
2.1.1 Le projet, approche sémantique et anthropologique	13
2.1.2 Le projet, une question de sens et d'équilibre	15
2.1.3 Le projet est aussi une stratégie.....	15
2.2 Les motivations	17
2.2.1 Définition	17
2.2.2 Les facteurs de motivation	17
2.2.3 L'émergence des motivations.....	18
2.3 Les compétences.....	19

2.3.1	Une terminologie récente	19
2.3.2	Approche du concept de compétence	20
2.4	De l'accompagnement au positionnement	22
2.4.1	L'accompagnement « dans tous ses états », quelques réflexions.....	22
2.4.2	Le tutorat.....	22
2.4.3	L'apprentissage ou les compétences par l'expérience.....	23
A)	Définition	23
B)	Apprentissage et compétences	24
C)	Apprentissage et Identité.....	24
2.4.4	La GPEC	24
2.5	En synthèse.....	25
 2EME PARTIE : L'ENQUÊTE DE TERRAIN.....		27
1	MÉTHODOLOGIE	27
1.1	Méthodes	27
1.2	Déroulement des entretiens	27
1.3	Environnement	28
1.4	Population.....	29
1.5	Outils	29
1.5.1	Guide d'entretien postulants	29
1.5.2	Guide d'entretien des Directeurs et des personnels d'encadrement	30
1.6	Points forts et limites de l'enquête	31
1.6.1	Points forts.....	31
1.6.2	Limites	31
2	RÉSULTATS DES ANALYSES	32
2.1	Dirigeants/ Encadrement	32
2.1.1	Le projet professionnel.....	32
2.1.2	Le positionnement	34
2.1.3	L'accompagnement	36
2.1.4	Enjeux	38

2.2	Postulants en exercice de "Faisant fonction"	39
2.2.1	Le projet professionnel.....	39
2.2.2	Le positionnement.....	40
2.2.3	L'accompagnement.....	41
2.2.4	Enjeux.....	41
3	COMMENTAIRE GÉNÉRAL	42
3.1	Synthèse	42
3.2	Remarques et limites	44
3^{EME}	PARTIE : L'ACCOMPAGNEMENT DU POSTULANT CS.....	46
1	LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT.....	46
1.1	La qualité un enjeu stratégique	46
1.1.1	Du coté des usagers.....	46
1.1.2	Du coté des professionnels	47
1.1.3	Le lien entre qualité et pénurie : Une opportunité à saisir dans la politique d'accompagnement Directeur des Soins	47
1.1.4	Un lien entre accompagnement des cadres et politique d'établissement.....	48
1.2	La promotion interne des postulants : un objectif dans la politique d'accompagnement.	49
1.2.1	Optimiser les ressources humaines	49
1.2.2	Mobiliser les compétences des postulants cadres pour un accompagnement adapté....	50
1.2.3	Développer les potentialités des postulants et les aider à s'adapter aux changements..	51
1.2.4	Intégrer cet accompagnement à un plan de formation.....	51
2	LA MISE EN ŒUVRE : LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS.....	52
2.1	Mise en place du processus d'accompagnement	53
2.2	Pistes d'actions du projet d'accompagnement, rôle du Directeur des Soins	54
2.2.1	Le contrat d'apprentissage	54
2.2.2	Le tutorat : propositions	55
A)	Le choix du tuteur.....	55
B)	Les outils	55
C)	Les missions du tuteur.....	55

D)	La durée du tutorat et son contenu.....	55
E)	Les acteurs	56
F)	Commentaires/ discussion.....	56
G)	Le rôle du Directeur des Soins	57
3	SYNTHÈSE DU DISPOSITIF.....	57
A)	Avantages	57
B)	Obligations.....	57
C)	Perspectives	58
	CONCLUSION	60
	BIBLIOGRAPHIE	63
	LISTE DES ANNEXES.....	I
	GUIDES D'ENTRETIENS	II
	GRILLE D'ANALYSE	V

Liste des sigles utilisés

CH	Centre Hospitalier
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
CHR	Centre Hospitalier Général
CSSI	Commission du Service de Soins Infirmiers
Le DRH	Le Directeur des Ressources Humaines
La DRH	La Direction des Ressources Humaines
Le DS	Le Directeur des Soins
La DS	La Direction des Soins
GPEC	La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
GRH	La Gestion des Ressources Humaines
CSS	Le Cadre Supérieur de Santé
CS	Le Cadre de Santé
IDE	Infirmier Diplômé d'Etat
CREDES	Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
Ibid.	Ibidem
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé

A v a n t - p r o p o s

Pour une meilleure lisibilité et fluidité dans le texte, nous vous informons que, suivant le contexte et dans un souci de non redondance, il sera indifféremment employé les termes de :

- *Postulant à la fonction de cadre de santé (CS)*
- *Postulant cadre*
- *Futur cadre*
- *Apprenant*

Ceci pour parler des infirmiers ayant un projet professionnel, débutant ou confirmé, c'est-à-dire dans la dynamique d'un parcours préparant le concours d'entrée en IFCS. Le terme de "*faisant fonction*" sera employé en tant qu'apprentissage, c'est-à-dire en acquisition d'un savoir expérientiel lié à l'accompagnement.

INTRODUCTION

L'hôpital est en pleine mutation, accréditation, maîtrise des dépenses, évaluation, optimisation de moyens, productivité, autant de facteurs qui demandent au cadre de proximité de savoir s'adapter à un environnement complexe et changeant.

Dans un contexte démographique décroissant des professions paramédicales et notamment des cadres de santé, une aggravation de ce phénomène est déjà annoncée, dans de récentes études régionales et nationales : « *le nombre de départ à la retraite aura doublé en 2006 et culminera au triple du niveau actuel en 2013* »¹. Les directions hospitalières, pour faire face à ces difficultés, conçoivent des démarches de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences de l'encadrement des services de soins (GPEC), en lien avec les évolutions réglementaires portant sur l'encadrement des services de soins².

L'anticipation suscite un intérêt non négligeable dans la gestion des ressources humaines. Elle permet de mieux planifier les remplacements des départs à la retraite et surtout de les remplacer par un encadrement préparé, soutenu et efficace, prêt à répondre à la complexité hospitalière et au management des équipes.

Certains établissements ont recours à une pratique de « mise en situation d'encadrement », pour suppléer aux difficultés de recrutement de cadres de santé certifiés.

En tant que directeur des soins, nous avons alors à détecter les potentiels des candidats à la fonction cadre, dès l'élaboration du projet professionnel. Après cette étape, il nous appartient de mettre en œuvre une politique d'accompagnement en amont du concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S.).

Le Directeur des Soins est garant de la qualité. Ses missions sont définies dans l'article 4 du décret n° 550 du 19/04/2002 : « *il coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins...il participe à la gestion des personnels dont il propose*

¹ La Gestion Prévisionnelle des Effectifs, des Emplois et des Compétences - Adapter les ressources humaines aux besoins de demain, *Acteurs Magazine* n°67, Juillet - Août 2002, p11 à 15.

² REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps de cadre de santé de la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 1^{er} janvier 2002, 38.

l'affectation »³. De là, sa politique de soins va traduire sa volonté de soutenir les projets professionnels des futurs cadres de santé et de mettre en œuvre un plan d'accompagnement et de soutien. Il va en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines (DRH), anticiper le recrutement des professionnels en adéquation avec les postes de cadres vacants prévisibles.

Notre expérience professionnelle d'encadrement nous a permis de constater que des personnes en situation de « faisant fonction » mettaient fin à leur expérience, face aux difficultés qu'elles rencontraient. Tout renoncement au projet peut être très pénalisant pour l'institution qui se prive peut être d'un excellent collaborateur, qui aurait pu, dans d'autres circonstances, avec un accompagnement adapté et personnalisé donner entière satisfaction. La conjoncture actuelle difficile du recrutement mérite d'autant plus d'y être vigilant.

Au cours de nos stages, durant notre formation à l'ENSP, nous avons pu cerner les difficultés qu'ont les directeurs de soins à compenser les postes vacants de cadres de santé, face à la difficulté des recrutements.

Au-delà de l'analyse des différents facteurs liés au contexte, nous aurons à déterminer le type de management et la stratégie à développer, pour avoir demain des cadres compétents qui contribuent à l'amélioration de la qualité des prestations aux patients.

Nous allons à travers notre problématique exprimer nos interrogations globalisant l'ensemble de nos questionnements.

Dans une première partie, une étude littéraire nous aidera à fixer, le cadre de référence concernant l'évolution du cadre de santé (historique, formation, mission) et la complexité des organisations hospitalières.

Après cette approche contextuelle et réglementaire, nous poursuivrons cette étude pour approfondir trois concepts clés : la notion de projet, de compétence, et d'accompagnement.

Après cette approche théorique notre réflexion se poursuivra à travers une enquête pratique pour vérifier nos hypothèses. Nous nous attacherons dans cette deuxième partie à expliquer la méthodologie, à procéder à l'analyse et à l'étude des résultats.

³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, Décret n° 550 du 19/04/2002, article 4, portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, *Journal Officiel* «Lois et décrets», 23 avril 2002, 7187-7191.

En résultante à ce travail d'étude nous définirons en troisième partie les différents aspects de notre politique d'accompagnement pour les postulants à la fonction de cadre de santé, ainsi que les enjeux liés à cette politique. Il s'agira d'établir un véritable modèle transposable dans notre futur exercice professionnel.

DE LA PROBLÉMATIQUE AUX HYPOTHÈSES

PROBLÉMATIQUE

Au regard des différents constats énoncés, des interrogations subsistent : certains postulants à la fonction cadre ne vont pas au bout de leur projet, ils connaissent des incertitudes sans pouvoir y répondre : Quelles sont les difficultés rencontrées par eux ? Quelles sont leurs craintes ? Est-ce un problème de compétences ? Quelles sont les compétences requises pour ce poste ? Quels sont les facteurs qui empêchent un postulant cadre de poursuivre son projet professionnel ? Toutes ces interrogations sous-tendent ce questionnement :

« Comment susciter chez le postulant l'intérêt d'être cadre et comment le soutenir dans son cheminement professionnel ? »

L'échec est une situation qui demande du recul et une pédagogie de l'erreur nécessaire, ceci afin que le professionnel reparte sans trop de difficultés. Les absentéismes pour maladies, liés au mal être, sont aussi un risque à prendre en considération par l'institution. De plus, passer d'un métier de soignant à un métier d'encadrement nécessite une réflexion personnelle et professionnelle. Il est nécessaire de faire le deuil de l'acte soignant. Par ailleurs, les postulants cadres sont en recherche d'une nouvelle identité professionnelle pour donner un sens à ce nouveau métier et se positionner en manager. Mais comment peuvent-ils opérer ce changement de métier ? Ces différentes observations orientent notre réflexion personnelle concernant l'émergence du projet professionnel et son accompagnement.

Le directeur des soins garant de la qualité des soins, « *dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé. A ce titre, il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose*

l'affectation»⁴. Par sa politique de soins, il peut traduire sa volonté de soutenir les projets professionnels des paramédicaux à devenir des cadres de santé. Il ne lui suffit pas de garantir des compétences et des qualifications, il doit s'adapter aux réalités de l'emploi⁵.

En outre, il devient indispensable que la fonction de cadre de santé soit attractive pour favoriser les candidatures. La reconnaissance de cette fonction d'encadrement s'exerce à travers une politique d'établissement où le recrutement des professionnels pourra être anticipé, en adéquation avec la prévision des postes de cadres vacants (GPEC). La reconnaissance de la fonction d'encadrement par l'établissement doit représenter un facteur d'attractivité et de légitimité de la fonction.

De plus, la législation par le décret 2001-1375 du 31/12/2001⁶, fixe les modalités d'accès au grade de cadre de santé et influe sur les projets professionnels des postulants cadres. La formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S.) est un passage obligé. N'est-ce pas là une opportunité pour les Etablissements de fidéliser les cadres de santé, par un contrat professionnel de qualité, c'est-à-dire, lié à un accompagnement gagnant ? Il est impératif que les établissements réagissent vite, car le problème de pénurie que l'on connaît aujourd'hui n'est pas à son apogée. De plus le directeur des soins, par la réforme de son statut a, en tant que coordonnateur, l'autorité hiérarchique, par délégation du directeur, sur l'ensemble des cadres de santé des différentes filières. Cette autorité de gestion est officialisée par cette réglementation. Sa responsabilité comme coordonnateur des soins, lui confère comme mission première, de fédérer la qualité et l'organisation des soins.

Sa politique d'accompagnement doit donc être particulièrement stratégique, pour former des cadres de santé sachant se positionner et s'adapter à un environnement en constante évolution. Toutes ces observations et nos différentes réflexions nous amènent à formuler notre question centrale :

« En quoi la mise en place d'une politique d'accompagnement, pour les postulants à la fonction de cadre de santé, est-elle une aide à la concrétisation de leur projet professionnel et un enjeu pour l'institution? »

⁴ Ibid. note 3

⁵ Ibid. note 2

⁶ Ibid. note 2

HYPOTHÈSES

Ce questionnaire nous incite à formuler ces deux hypothèses :

↳ La politique d'accompagnement du directeur des soins contribue à repérer les potentiels, mobiliser les compétences et générer l'émergence du projet professionnel du postulant cadre.

↳ Le positionnement du postulant, en tant que cadre de santé, représente un enjeu pour lui-même et pour l'institution.

Interroger et repositionner le concept de pilotage des organisations au sein des unités, et les compétences exigées par le système hospitalier actuel, seront les fils conducteurs de ce travail, avec la politique d'accompagnement à mettre en place.

Cette étude est pour nous en tant que directeur des soins, d'un intérêt tout particulier.

1 APPROCHE CONTEXTUELLE

Le passage de la fonction soignante à la fonction d'encadrement nécessite de préciser par cette approche contextuelle et réglementaire, l'évolution de la fonction de cadre de santé. Cette fonction d'encadrement s'exerce dans un environnement complexe qu'est l'organisation hospitalière.

1.1 Le cadre de santé

La notion de cadre de santé trouve ses origines dans une histoire professionnelle relativement ancienne. Après avoir resitué succinctement l'historique de cette fonction, nous traiterons des modalités d'accès au grade, de la formation des cadres de santé et plus particulièrement des missions liées à cette fonction.

1.1.1 Historique

La fonction d'encadrement de proximité est tout d'abord assurée par des religieuses. Elles occupent essentiellement des fonctions d'intendance. Il faudra attendre la laïcisation au vingtième siècle pour que les infirmières puissent prétendre à un poste de sous surveillante puis de surveillante deux ans plus tard. Leur avancement est soumis au choix du directeur.

En 1938 est institué un diplôme supérieur d'infirmière. Il s'adresse aux infirmières ayant plus de cinq années de diplôme dont trois ans minimum de service et ayant atteint l'âge de trente ans⁷.

Il faut attendre la seconde moitié du vingtième siècle avec l'évolution des techniques médicales, et le personnel soignant qui a vécu ces avancées, pour acquérir des savoir-faire et s'organiser en corps professionnel. Leur niveau évoluant, il devient plus facile de former des infirmières laïques.

⁷ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1938. Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalier, et d'assistant et assistante du service social de l'Etat. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 22 février 1938, 2163.

En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante⁸. Il faut attendre 1951 pour la création de la première école des cadres par la Croix Rouge. Une école catholique des cadres se crée en 1954 ainsi qu'une école des cadres de l'assistance publique en 1956. C'est en 1958 qu'apparaissent le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (C.A.F.I.S.) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice (C.A.F.I.M.) ; ces certificats officiels sont délivrés après huit mois de formation⁹. A cette époque le rôle de la surveillante est administratif et soignant.

En 1975, un décret institue le Certificat Cadre Infirmier (C.C.I.), un arrêté fixe les modalités d'accès à la formation, la durée des études et le programme¹⁰. Le professionnel doit justifier de trois années d'exercice dont deux ans au moins en hospitalisation publique ou privée.

A cette époque, il n'est pas obligatoire d'être titulaire du CCI, peuvent aussi être nommés surveillants les infirmiers de classe supérieure inscrits à un tableau d'avancement, établi après avis de la commission paritaire, sur appréciation de la valeur professionnelle. De même les infirmiers, après huit ans d'exercice, peuvent être nommés après inscription au tableau annuel d'avancement, établi après avis de la commission paritaire¹¹.

Par le décret du 18/08/95, la formation des cadres infirmiers fait l'objet d'une réforme¹². Le diplôme des cadres de santé (CS) devient accessible à tout professionnel infirmier, médico-technique, rééducation, justifiant de cinq années d'exercice de la

⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1943. Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 27 avril 1943.

⁹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1958. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières monitrices et d'infirmiers moniteurs et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 19 novembre 1958, 10400.

¹⁰ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 12 octobre 1975, 10566-10567.

¹¹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989. Décret n°89-539 du 3 août 1989 relatif au classement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique et loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 dite le pors portant dispositions statutaire relatives à la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, (loi) 11 janvier 1986, 535 ; (article) 4 août 1989,9837- 9839.

¹² REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, *Journal officiel «Lois et décrets»*, (décret) 20 août 1995, 12468.

profession. Il est à noter que l'arrêté du même jour¹³ précise les épreuves de sélection et les officialise. La durée de formation est portée à 42 semaines. Cette formation délivre un diplôme de cadre de santé. Cependant c'est en 2001 que le statut des cadres sera revu¹⁴.

1.1.2 Les modalités d'accès au grade de cadre de santé

Il est créé un statut unique du corps des cadres de santé regroupant l'ensemble des filières : infirmière, rééducation et médico-technique¹⁵. Il comprend également le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé. Pour les cadres de santé il n'existe plus qu'une seule modalité d'accès au grade qui est celle du concours sur titre, interne ou externe, ouvert aux candidats titulaires du diplôme de cadre de santé ou d'un certificat équivalent. Les cadres de santé sont classés en catégorie A et bénéficient d'une prime mensuelle d'encadrement¹⁶.

1.1.3 La formation des cadres de santé

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

La formation dispensée dans les I.F.C.S. a pour finalité « *de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les catégories professionnelles indispensables à la cohérence des prestations* »¹⁷. Cette formation comprend six modules qui couvrent les thèmes suivants :

Initiation à la recherche, aux fonctions d'encadrement, de formation et de gestion.

Chaque module comprend un enseignement théorique et pratique lors des stages. Ces éléments extraits du programme officiel sont adaptés en fonction des objectifs de chaque I.F.C.S.

¹³ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 20 août 1995, 12469.

¹⁴ Ibid. note 2

¹⁵ Ibid. note 13

¹⁶ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Arrêté du 13 mars 2002 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée aux cadres de santé de la fonction publique hospitalière et modifiant l'arrêté du 2 janvier 1992 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée à certains agents de la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 67 du 20 mars 2002, 4952.

¹⁷ Ibid. note 13

Les objectifs de formation permettent de valider le niveau de connaissance d'un cadre de santé sans pour cela appréhender avec rigueur ses missions.

1.1.4 Les missions du cadre de santé

Le grade de cadre de santé regroupe des fonctions d'encadrement de proximité pour les unités fonctionnelles, ou d'encadrement en institut de formation suivant la filière concernée. Compte tenu de notre problématique, nous nous intéresserons particulièrement aux cadres de santé dits «de proximité », c'est-à-dire exerçant des fonctions d'encadrement dans un service d'hospitalisation, en précisant l'ampleur de ses missions.

La nomenclature des emplois types de l'hôpital¹⁸ précise ses missions principales :

↳ Il **participe à la définition des objectifs du projet de soin** de l'unité. Il s'assure de la cohérence des orientations avec le projet d'établissement ainsi que de sa mise en œuvre.

↳ Il **assure la responsabilité de la gestion de l'unité** en utilisant de façon optimale les ressources humaines du service qu'il encadre. Il gère également l'approvisionnement en matériel de l'unité.

↳ Il **coordonne l'organisation des soins** entre l'équipe soignante et l'équipe médicale pour une prise en charge globale de la personne soignée. Il prend part à l'élaboration du projet de soins des malades. Il propose un système d'organisation, axé sur la qualité, la sécurité et le confort du patient Il s'assure de la bonne exécution des soins prescrits.

↳ Il est **responsable de l'encadrement et de l'animation des personnels** sous son autorité.

Les missions d'un cadre de santé s'adaptent aux évolutions liées à la complexité hospitalière. Le positionnement du cadre est en effet dépendant des organisations. C'est un métier « *dont la nature, le positionnement ou les effectifs connaîtront de fortes évolutions à court et moyen terme* »¹⁹.

¹⁸ Circulaire DH/8A/PK/CT n°00130, relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers (cadres de santé), *Nomenclature des emplois types de l'hôpital*, Direction des hôpitaux, 20 février 1990.

¹⁹ DONIUS B., « *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », Enjeux, concepts et illustrations, Documents pédagogiques, ENSP, 2003.

1.2 Organisation et complexité hospitalière

A ce jour, la mission du cadre de proximité est liée à la mutation organisationnelle et structurelle de l'institution hospitalière.

1.2.1 Les caractéristiques d'une organisation

Selon Philippe BERNOUX²⁰, l'organisation se réfère à travers l'analyse stratégique, car elle questionne davantage les relations entre les acteurs au sein de l'organisation. Sa structure se définit par différentes caractéristiques : la division des tâches, la distribution des rôles, le système d'autorité, le système de communication, le système de contribution/rétribution, le système de relations.

Selon Henri MINTZBERG, une organisation est un « *ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite de la réalisation d'une action commune* »²¹. Cette définition structure l'organisation hospitalière en cinq parties²² :

↳ Le centre opérationnel : il est composé des membres de l'organisation, dont le travail résulte de l'ensemble de la production de soins d'une unité. Le centre opérationnel est représenté par les personnels médicaux et non médicaux du service

↳ Le sommet stratégique : il est représenté par l'équipe de direction des soins. La fonction du sommet stratégique est de veiller à ce que l'organisation remplisse sa mission efficacement, afin de servir les besoins de ceux qui la contrôlent et qui ont le pouvoir.

↳ La ligne hiérarchique : elle permet la liaison entre le centre opérationnel et le sommet stratégique. Les cadres de proximité se situent sur cette ligne hiérarchique. Leur mission dans la transmission des informations ascendantes et descendantes est extrêmement importante. Dans les grosses structures, les cadres supérieurs de santé (C.S.S.) complexifient cette ligne hiérarchique.

↳ La technostucture : elle est représentée par la direction des ressources humaines, le recrutement, la formation, qui analysent et servent en transversal et de manière technique l'organisation.

↳ Les fonctions logistiques : le brancardage, la lingerie, la cuisine agissent de façon directe ou indirecte sur la mission du centre opérationnel.

En référence à H.MINTZBERG, les bonnes organisations sont les équipes fortement engagées. Le leader représenté par le cadre de proximité doit être capable de

²⁰ BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Evreux : Edition du Seuil, 1985. p.118.

²¹ MINTZBERG H., « Nous vivons dans le culte du management », *Sciences Humaines* Mars/Avril 1998, Hors série n° 20, p 22.

²² MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Ed. D'Organisations, 1993. 220p.

comprendre et d'utiliser la force des équipes. Son positionnement de «manager » est essentiel.

De ces différents concepts, nous allons essayer de préciser les éléments organisationnels qui déterminent ce contexte de complexité hospitalière et comment évoluent les missions du cadre de santé.

1.2.2 Le cadre de santé dans la complexité hospitalière

Selon D.GENELOT²³, la complexité est perçue dans ce qui échappe à notre entendement, notre compréhension ; ce qui laisse place aux incertitudes. Cette complexité est à la fois source de difficultés, de stress, d'imprévisibilité, mais elle peut être également une opportunité de progrès par sa recherche, son questionnement et les capacités d'initiative qu'elle développe.

La complexité existe en permanence du fait des technologies de plus en plus complexes, de la concurrence, et des spécialités de plus en plus pointues. Cette complexité suscite des réponses innovantes concernant l'organisation hospitalière.

La problématique des différents groupes sociaux avec ses réseaux relationnels et communicationnels fait partie intégrante de cette complexité hospitalière. On distingue trois grandes catégories d'acteurs dans le fonctionnement de l'hôpital. Ces sont les administratifs, les médecins et les paramédicaux. La coexistence de ces trois ensembles aux cultures distinctes fondées sur des idéologies différentes rend la fonction du cadre difficile et complexe.

Il est important que le cadre de proximité intègre ces données et s'adapte aux différentes logiques. C'est tout l'art de manager. En effet, comme le précise D.GENELOT, « *la richesse des situations et la consistance de notre devenir découlent de notre capacité à réunir ces logiques différentes dans des projets cohérents* »²⁴. Ces logiques multiples du milieu hospitalier, en raison de la diversité des métiers, complexifient encore le système.

La mission du cadre de proximité est de fédérer une énergie collective au sein de l'unité en réunissant les compétences et savoir-faire des différents acteurs. Le cadre de santé n'est pas un « super expert » en soins, l'expertise porte davantage sur la fonction managériale. Le cadre de proximité doit savoir mettre en synergie les potentialités de chaque acteur. Il a laissé le savoir-faire du soignant pour acquérir celui du manager.

²³ GENELOT D., *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*, Ed. I.N.S.E.P., Paris, 1998.

²⁴ Ibid. note 23, p 7.

Etymologiquement, cadre vient de « quadrus », quatre. Car il est vrai qu'être cadre c'est d'une certaine façon se mettre en quatre entre patient, famille, équipe médicale et administration. Il est par conséquent indispensable dans ce contexte turbulent et complexe, d'aider le postulant à comprendre et à accepter ce changement identitaire du « soignant » vers le manager.

L'institution hospitalière s'inscrit dans une dynamique de changement structurel et organisationnel. De nos jours, on agit sur les conditions de travail, sur l'implication, sur la participation et les compétences des acteurs. Le cadre de proximité est devenu l'acteur charnière qui doit rendre opératoire les orientations et les missions de l'établissement. Les démarches continues d'amélioration de la qualité s'appuient sur la rigueur de la norme au travers des référentiels de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (A.N.A.E.S.). La mission du cadre a suivi la mutation structurelle et organisationnelle de l'institution hospitalière.

- L'encadrement de proximité se situe au carrefour des besoins identifiés des patients, des besoins exprimés des personnels, des objectifs médicaux et des impératifs de gestion.
- Il est le relais privilégié entre le sommet stratégique et le centre opérationnel, et son champ d'action est à la limite de ces deux pôles.
- Ses actions, pour apporter une réponse de qualité dans la prise en charge du patient, doivent tenir compte des exigences complexes de cet environnement.

Devant cette évolution des missions du cadre de proximité, comment faire émerger les projets professionnels du postulant à la fonction de cadre de santé et légitimer cette fonction?

2 APPROCHE CONCEPTUELLE

2.1 L'émergence du projet

2.1.1 Le projet, approche sémantique et anthropologique

Le terme de projet désigne selon le dictionnaire Petit Robert « *une image d'une situation ou d'un état que l'on pense atteindre* » mais aussi « *un premier état d'un travail, une première ébauche préparatoire* »²⁵. Quant au verbe « *projeter* », dont est tiré le terme projet, il indique tout autant « *l'acte de jeter en avant avec force* », que la formation « *de*

²⁵ Petit Robert Nom communs, Editions Juin 1986.

l'idée de ce qu'on veut faire et des moyens pour y parvenir ». Ainsi, par ces désignations le projet est marqué du signe du double destin vision et moyens.

J.P.BOUTINET²⁶ dresse un inventaire dans lequel le projet apparaît comme ayant de multiples facettes, variant selon le moment, les espaces, les activités et les objets à fabriquer.

Les deux activités fondatrices du projet sont l'élaboration (projet visé) et la réalisation (projet programmé). Le projet contribue donc à éclairer et préparer l'action, « *il ne se limite pas à sa dimension opératoire, il ne constitue que la représentation mentale exprimée et consciente d'une situation globale future* »²⁷. L'engouement actuel pour le projet est manifeste, nous avons le projet d'orientation, le projet de service, le projet de carrière... L'écroulement des idéologies, la montée de l'individualisme, la complexité des problèmes et un souci d'efficacité semblent forcer l'homme contemporain à produire des projets, alors que la maîtrise du futur paraît lui échapper de plus en plus. Cependant l'approche du concept projet comme enjeu existentiel permet de mieux comprendre cet engouement dans notre société.

Il est clair que la notion de projet est aujourd'hui omniprésente, mais il faut sans doute voir dans cette évolution davantage qu'un simple phénomène de mode ; on peut considérer que le projet est inhérent à la psychologie des individus et qu'il a donc en ce sens, un caractère de nécessité. En effet, une des caractéristiques essentielles de l'individu est son orientation vers le futur, avec une volonté d'anticipation. Le projet répond à cette volonté.

Notre recherche ciblera le projet professionnel du postulant à la fonction de cadre de santé qui va impliquer pour lui un changement identitaire, par un positionnement nouveau. Sa nouvelle fonction l'aidera à construire un processus relationnel d'accès au pouvoir et à la reconnaissance. Le pouvoir apparaît comme une dimension essentielle de l'identité. Renaud SAINSAULIEU²⁸ démontre la construction de processus identitaire à partir d'une analyse des relations de travail, il précise que l'individu fait la part des choses entre ce qu'il désire et ce qui est possible. Le projet est alors porteur de sens. Le projet doit être un moyen pédagogique de développement, il est formateur, il doit entraîner un renouveau dans les conceptions et les pratiques.

Le projet professionnel doit permettre le changement identitaire en créant un plan d'action et en tenant compte des compétences requises et des capacités du concepteur du projet. Le projet devient mobilisateur.

²⁶ BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Paris : Ed. Puf, 1993. p120

²⁷ Ibid. note 26. In « *Projet professionnel et formation* », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p21.

²⁸ SAINSAULIEU R., *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Paris : Ed. Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988. 477p.

La difficulté pour le postulant cadre est de trouver un équilibre entre les stratégies d'actions à développer et ses propres codes de valeur.

2.1.2 Le projet, une question de sens et d'équilibre

De l'ordre du processus, le projet est également philosophique. Difficile à cerner et à conceptualiser, le projet professionnel s'enrichit ou s'appauvrit, se construit dans la polysémie du mot projet. Du projet intention, rêve, au projet action, du projet de carrière au projet de métier ; le projet professionnel a de multiples dimensions.

Le projet exprime aussi des valeurs, il est lié à un système de valeurs plus ou moins souples, plus ou moins fortes et tend vers une visée plus ou moins définie.

En s'attachant à l'aspect de projet « professionnel », on évoque la notion d'engagement dans sa profession (notion de vision en rapport avec les valeurs de son corps de métier), de progression et de réussite dans l'application des résultats (fin du projet, atteinte des objectifs). Ainsi le projet professionnel est lié au concept d'apprentissage. Du point de vue psychologique le projet professionnel constitue une recherche de sens mais il est moteur de l'identité professionnelle. Il consiste en une démarche projective dans une situation future. *« Le projet professionnel est l'engagement dans des valeurs professionnelles, dans une pratique soignante et dans les moyens d'assurer leur transfert sur le terrain d'application, c'est-à-dire le milieu du travail »*²⁹

Le sens du projet reste à découvrir dans l'écart entre la pensée et l'action. Trouver l'équilibre entre le projet et l'action, c'est-à-dire dans notre cas entre le désir de devenir cadre de santé et l'action d'assumer la fonction de manager (motivation, donner du sens à...).

Aujourd'hui « manager », c'est obtenir des résultats avec des ressources différenciées et fédérer une énergie collective. La conception du projet doit être étroitement liée à celle du management. En pratique, elle doit élargir des possibilités d'initiatives, de développement cognitif et personnel, et augmenter la marge d'autonomie et d'actions.

2.1.3 Le projet est aussi une stratégie.

En effet, pour exister et se réaliser, la visée professionnelle du projet, en lien avec notre travail, devra se confronter à la réalité de notre système de santé, aux organisations hospitalières complexes que nous avons abordées précédemment, et à l'indispensable guidance dans l'émergence du projet.

²⁹ EYMARD-SIMONIAN C., Projet individuel, projet institutionnel et identité collective. In « Projet professionnel et formation », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p22

Le projet constitue un outil de gestion de la complexité et de l'incertitude. Le projet peut être abordé comme démarche permettant de transformer l'intention...en intentionnalité, définie selon B.DONNADIEU³⁰ comme « *la projection de soi dans le monde* ». les deux aspects du concept de projet « projet visé » et « projet programmé » sont mis en relation grâce à une stratégie faisant appel à la méthodologie de conduite de projet.

Selon P.PEYRE³¹ quatre phases sont identifiées dans l'élaboration d'un projet :

- la conception ou projet visé
- l'élaboration ou projet programmatique
- la réalisation ou confrontation à la réalité
- l'évaluation

J.P.BOUTINET³² précise cette approche appliquée au projet professionnel intéressant notre étude :

↳ Il vise une préoccupation qui oblige l'individu à savoir ce qu'il veut et comment il souhaite s'orienter pour le réaliser.

↳ Il concerne une anticipation de l'action par la mise à distance des préoccupations momentanées trop impliquantes.

↳ Il met en évidence le rôle de l'acteur individuel ou collectif qui devient auteur de son propre projet.

↳ Il ordonne la créativité et l'innovation et se veut donc antidote à la répétition et au conditionnement.

Dans le projet professionnel se profile la capacité d'un acteur à décider par lui-même, à choisir, à rejeter, à agir sur son environnement. Au-delà des bénéfices individuels et professionnels pour le postulant, le projet peut constituer une formidable opportunité, pour le directeur des soins, d'optimiser sa gestion.

La notion de projet professionnel est relativement récente dans les établissements hospitaliers. Elle apparaît en 82 dans le système éducatif. Elle est confirmée par la loi d'orientation en 89 qui fait du projet une exigence réglementaire pour les établissements. Elle apparaît au début des années 90 au milieu hospitalier. Le projet professionnel de l'adulte est une forme développée du projet personnel.

³⁰ DONNADIEU B., La formation par alternance, coopération herméneutique. In « *Projet professionnel et formation* », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p21.

³¹ PEYRE P., Projet professionnel, formation et alternance, essai de socio pédagogie appliquée en milieu sanitaire et social. In « *Projet professionnel et formation* », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p22.

³² Ibid. note 26

Dans la pédagogie « du » projet, le fait que l'individu conduise son projet professionnel implique une pédagogie par ses encadrants mais l'individu est maître de ses directions. On pourrait parler de stratégie « pull » (tirer) et « push » (pousser) autour du projet où l'individu par la conduite de son projet se pousse vers la pédagogie et où, par la gestion de projet, l'organisation tire l'individu vers la pédagogie.

L'accompagnement du projet professionnel prend place au cœur des pratiques d'orientation professionnelle. Cela évoque l'acquisition de compétences, de tutorat pour accompagner l'apprentissage des postulants cadres ainsi que les notions de motivation.

2.2 Les motivations

2.2.1 Définition

Du latin « motivus » mobile, « movere » mouvoir. Selon le dictionnaire de la psychologie de Norbert SILLAMY³³, c'est « *l'ensemble des facteurs dynamiques qui déterminent la conduite d'un individu. La motivation est le premier élément chronologique de la conduite, c'est elle qui met en mouvement l'organisme... A l'origine de nos conduites, il n'y a pas une cause seulement, mais tout un ensemble de facteurs conscients et inconscients, physiologiques, intellectuels, affectifs, sociaux, qui sont en interaction réciproque* ».

La motivation serait donc ce qui pousse l'individu à agir, dans ce contexte l'individu est actif. Nous allons maintenant à travers différents courants de pensée essayer de déterminer les facteurs de motivation.

2.2.2 Les facteurs de motivation

Du taylorisme du début du siècle à l'approche sociotechnique des années 50, l'étude des motivations a fait l'objet de nombreuses théories. Différents auteurs ont théorisé sur ce thème suivant différentes approches, dont nous vous présentons les plus représentatives :

- *Les besoins*, en rapport avec La théorie de MASLOW³⁴ (1954) où l'homme trouve sa motivation dans la réponse à différents besoins hiérarchisés. Il faut que les besoins élémentaires soient satisfaits pour que les suivants plus abstraits puissent devenir opérationnels, c'est-à-dire éléments motivants du comportement.

³³ SILLAMY N., « Dictionnaire de psychologie », Paris : Ed. Larousse, 1998. 279p

³⁴ MASLOW A. « Motivation et personnalité », New York : Harper & Row, 1954.

- *Le contenu*, en rapport avec la théorie d'HERZBERG³⁵. Sa théorie (1966) distingue les facteurs de satisfaction et les facteurs d'insatisfaction. HERZBERG met en évidence l'importance de la tâche elle-même, du contenu du travail comme source de motivation (susciter la motivation).
 - *Le processus*, en rapport avec la théorie de VROOM³⁶. Elle ne cherche pas à comprendre ce qu'est la motivation mais plutôt comment elle fonctionne, c'est-à-dire au processus motivationnel qui se met en place en fonction du contexte de travail. VROOM part du principe que tout comportement motivé est un choix bâti selon certaines probabilités d'atteindre une récompense. La perception de ces probabilités évoque la notion d'attente. VROOM les regroupe suivant trois types :
 - L'expectation, c'est-à-dire les attentes par rapport aux efforts que l'on s'estime capable d'effectuer pour obtenir une récompense ou réussir telle performance
 - L'instrumentalité, c'est-à-dire la probabilité perçue de recevoir telle récompense en accomplissant telle action
 - La valence, c'est-à-dire la valeur que l'individu accorde aux avantages obtenus, liés à sa perception.
- Ces trois notions sont donc essentiellement subjectives et peuvent varier suivant les individus. Elles sont fondamentales pour l'émergence de la motivation.

2.2.3 L'émergence des motivations

La motivation, pour Joseph NUTTIN³⁷, c'est « *l'aspect dynamique du comportement* ». La motivation correspond à ce que l'on veut faire par opposition à l'habileté ou à la compétence qui correspond à ce que l'on sait faire. On peut donc être parfaitement capable de faire quelque chose et choisir de ne pas le faire, car rien ne nous motive. Etre motivé c'est avoir envie de...

Toujours selon NUTTIN, la motivation prend naissance lorsque l'individu est en situation de tension. Il perçoit la situation actuelle comme non satisfaisante et imagine une situation future dans laquelle la situation serait devenue satisfaisante

L'attractivité est donc un facteur essentiel pour savoir donner envie et répondre au questionnement du débutant.

³⁵ HERZBERG F. & VORAZ C., « *Le travail et la nature de l'homme* », Paris : Entreprise Moderne d'éditions, 1978. 213p

³⁶ VROOM V.H., « *La motivation au travail* », texte original New York : Ed. Wiley, 1964.

³⁷ NUTTIN. J., « *Théorie de la motivation humaine, du besoin au projet d'action* », Paris : Ed. Puf, 1991. 383p.

C'est sans doute là l'une des raisons de la réhabilitation et du succès actuel de la pédagogie de projet qui place l'individu dans un projet personnel d'apprentissage. Une phrase d'ailleurs traverse toute la littérature pédagogique de ces dix dernières années : « *apprendre, c'est avoir un projet* ». Inspirée des méthodes actives, cette conception de l'apprentissage prend une dimension particulière. Motiver un futur cadre, c'est donc donner du sens à son apprentissage.

Les psychologues identifient deux types de motivation : la motivation extrinsèque lorsqu'elle est provoquée par une force extérieure à l'apprenant et la motivation intrinsèque lorsqu'elle dépend de l'individu lui-même. L'individu se fixe ses propres objectifs. Bien sûr si l'une des finalités de l'accompagnement consiste à former des adultes autonomes et responsables, il faut privilégier les motivations intrinsèques. Cependant, pour qu'un individu apprenne à se créer des systèmes de motivations et de renforcements personnels, il faut d'abord qu'il fasse impérativement de multiples expériences de succès soutenus par des motivations extrinsèques et des renforcements externes. D'où l'importance pour le postulant de saisir comme une opportunité des situations d'apprentissage sous réserve d'un encadrement de type tutorat.

Progressivement, par l'accompagnement on peut espérer que les motivations de l'apprenant se modifieront peu à peu et qu'il deviendra progressivement moins dépendant des renforcements extérieurs, surtout si ces renforcements ont contribué à développer un sentiment de compétence et d'autonomie.

2.3 Les compétences

2.3.1 Une terminologie récente

Etymologiquement le terme vient du latin « *competens* » et signifie ce qui va avec, ce qui est adapté à. Les écrits sur la compétence sont nombreux, nous évoquerons des auteurs issus des champs de l'ergonomie, de la sociologie, de la formation et de l'entreprise et de façon chronologique afin de mieux apprécier les compétences dans le temps (1984-2003).

2.3.2 Approche du concept de compétence

↳ Maurice De MONTMOLLIN³⁸, ergonomiste, (1984) définit la compétence comme « *un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir faire, de conduites types, de procédures standards, de types de raisonnement que l'on peut mettre en œuvre sans apprentissage nouveau* ». Au-delà de la classique typologie savoir, savoir-faire et savoir être, c'est la notion de schéma reproductible disponible chez la personne compétente qui est mise ici en exergue.

↳ Pour Pierre GILLET³⁹ (1991), le concept de compétence est un consensus de trois caractéristiques : « *une compétence évoque un ensemble, un système, un réseau de connaissances, de savoirs. Ensuite elle est orientée vers l'action... Enfin elle est opératoire en situation* ». Cette définition met en évidence une approche complémentaire du concept. Si dans un premier temps l'accent a été porté sur les acquis de la personne compétente, c'est à présent l'action de la personne en situation qui prime dans ses capacités à agir.

↳ Louis TOUPIN⁴⁰ (1998) articule le concept autour des deux mêmes éléments : l'action et la performance. La compétence est présentée comme :

- l'expression dans l'action à l'intérieur des limites définies par une occupation, un métier ou une profession
- le constat de performance qui lui est démontré, observé, validé, reconnu et évalué, mettant en évidence que les connaissances sous-jacentes sont maîtrisées

La compétence peut donc être regardée et évaluée. Il existe aussi une reconnaissance sociale du travail accompli.

↳ Sandra BELIER⁴¹ (1999) : selon elle quatre principaux points réunissent les divers auteurs : l'action, le contexte, les rubriques constitutives des compétences (savoir, savoir-faire, savoir être) et l'intégration de ces contenus, « *il ne s'agit pas d'une somme dont on ne sait par quel miracle elle déboucherait sur l'action réussie mais bien des capacités intégrées, combinées, construites... Cela sous-entend qu'il existe quelque chose en plus des capacités qui leur permette de devenir ensemble, de la compétence* ». La compétence permet d'agir et de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier en mobilisant diverses capacités de manière

³⁸ MONTMOLLIN (de) M., « L'intelligence de la tâche, éléments d'ergonomie cognitive ». In « Mobilité fonctionnelle et transférabilité de compétences », Maîtrise Sciences et Techniques de Gestion, Université Paris dauphine, 2002. p13.

³⁹ GILLET P., « Pour une écologie du concept compétences ». In Ibid 38

⁴⁰ TOUPIN L., « La compétence comme matière, énergie, et sens ». In Ibid 38

⁴¹ BELIER S., « Traité des sciences et techniques de la formation », p226. In Ibid 38, p16.

intégrée. Cette notion de savoir intégrée est proche de celle de la combinatoire individualisée de Guy le BOTERF.

↳ Guy le BOTERF⁴² (1999) : sa définition de la compétence fait la synthèse des précédentes et repose sur les traits caractéristiques suivants :

- un savoir-agir : la compétence s'exprime dans une action, un enchaînement d'actions.
- Un contexte particulier : la compétence est toujours contextualisée, c'est un savoir-agir dans un champ de contraintes et de ressources (techniques humaines, financières)
- Un savoir-agir validé : la compétence n'existe que si elle a fait ses preuves devant autrui
- Une finalité : la compétence en action est finalisée vers un but

Précédemment, trois ingrédients à la compétence étaient pointés : la finalité par l'action, le potentiel par les connaissances maîtrisées et le résultat par la performance. Guy le BOTERF donne comme élément nouveau la notion de contexte : singularité du sujet, de sa façon de s'y prendre, singularité du contexte et du lieu d'exercice.

↳ Philippe ZARIFIAN⁴³ (2001) dit que « *la compétence est :*

- *une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté*
- *une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances et les transforme avec d'autant de plus de force que la diversité des situations augmente*
- *Une faculté à mobiliser un réseau d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité »*

La compétence exprimée au singulier est donc une capacité d'action sur le monde et sur soi qui émerge de la rencontre d'un individu et d'un contexte particulier, les compétences au pluriel désignent des capacités à mobiliser des habiletés dans des situations variées.

Comment soutenir le postulant cadre dans l'acquisition de telles compétences ?

Tout au long de ces différents concepts, nous avons vu que l'organisation était complexe et que le postulant cadre de santé avait besoin d'être aidé, suivi dans l'élaboration de son projet professionnel. L'acquisition de compétences met l'accent sur l'opportunité

⁴² LE BOTERF G., « Construire les compétences individuelles et collectives ». Paris : Editions D'Organisation, 1999. 445p

⁴³ ZARIFIAN Ph., « Objectif compétence », Ed. Liaisons, 2001. p 69-71

d'acquérir un savoir-faire par une expérience en service ; si celle-ci demeure un apprentissage, supervisée par un tuteur, il s'agit alors d'accompagnement.

2.4 De l'accompagnement au positionnement

Les pratiques sociales centrées sur l'éducation et la formation des adultes semblent utiliser de plus en plus souvent les démarches d'accompagnement.

Cependant les pratiques d'accompagnement restent tributaires du contexte institutionnel, des professionnels demandeurs auxquels elles s'adressent et des professionnels qui les organisent. Nous aborderons l'accompagnement en tant que processus puis à travers le tutorat, l'apprentissage et la GPEC.

2.4.1 L'accompagnement « dans tous ses états »⁴⁴, quelques réflexions.

Selon la définition du Petit Larousse⁴⁵, accompagner signifie : « *aller quelque part avec quelqu'un, conduire ou escorter* ».

L'accompagnement comporte trois processus indissociables : accueillir et écouter l'autre, l'aider à discerner et délibérer, et cheminer avec sollicitude à ses côtés. Accompagner se fait donc dans la durée et ne peut être assimilé à une aide ponctuelle.

L'accompagnement dans le cadre du travail, est tributaire du public, du contexte institutionnel et des professionnels qui l'organisent.

L'accompagnement n'est ni une science ni une technique, on l'apprend par la pratique et par des ajustements successifs, d'où l'importance du tandem accompagnement/évaluation qui permettra réajustement et progression pour l'apprenant. L'accompagnement permet d'apporter des compétences par le tutorat.

2.4.2 Le tutorat

Celui-ci fait partie de l'accompagnement. Il permet de soutenir, d'évaluer, de mieux comprendre et d'assurer la médiation entre la formation et la situation de travail. Il facilite le parcours de l'apprenant pour l'aider à l'apprentissage de son nouveau métier.

Si le tutorat est comme une relation entre deux personnes dans une situation professionnelle, c'est moins la relation qui permettra de saisir sa spécificité que le dispositif auquel il appartient. Par ailleurs c'est le changement des rapports entre formation et travail qui justifie l'intérêt porté au tutorat aujourd'hui.

⁴⁴ « L'accompagnement dans tous ses états », Ed. Éducation permanente, 2002. 266p.

⁴⁵ Dictionnaire de la langue française, « Petit Larousse », Paris : Ed. Larousse, 1988.

Il se trouve à la croisée de deux logiques productives et éducatives. Le tutorat est défini comme relation d'aide entre deux personnes pour l'acquisition des savoir-faire et l'intégration dans le travail, et dans l'organisation un outil d'intégration et de formation.

Le tutorat est un moyen d'accompagner. L'essentiel de la mission du tuteur sera une invitation à l'implication. La relation aura un mode de partenariat horizontal et non hiérarchique.

Le tutorat est une fonction de l'entreprise. Aujourd'hui celle-ci doit constamment s'améliorer et développer l'employabilité de son personnel.

L'accompagnement a besoin d'outils. La gestion prévisionnelle des compétences (GPEC) en est un qui essaie de concilier compétence et emploi

2.4.3 L'apprentissage ou les compétences par l'expérience

A) Définition

L'apprentissage, d'après la définition du dictionnaire Petit Larousse est : « l'action d'apprendre un métier »⁴⁶. Pour LEIF,⁴⁷ il s'agit de l'acquisition, d'une part de « connaissances par l'expérience de l'activité intellectuelle en vue de pouvoir les mettre en œuvre ou en pratique », et d'autre part « *de la capacité de faire, de pratiquer ou d'entreprendre un acte, une action ou quelque chose* ». Pour Piaget⁴⁸, « *apprendre c'est acquérir de nouveaux schémas d'action* ». L'apprentissage est donc une modification des comportements de l'apprenant et ceci dans le but de lui faire acquérir des savoirs et des compétences professionnelles nouvelles, en regard d'une profession. Or pour effectuer ou assimiler ce changement il est nécessaire de permettre à l'apprenant « *d'observer ou pratiquer pendant un temps donné* »⁴⁹, afin d'intégrer les données du nouveaux métier (dans notre cas de l'infirmière au cadre). L'apprenant reproduit ce qu'il a observé du modèle, c'est la reproduction motrice. Il est donc important de choisir des situations d'apprentissage aussi proches que possible de la réalité (cf. "faisant fonction").

⁴⁶ Ibid. note 45

⁴⁷ LEIF J. Philosophie de l'éducation, tome 4, Vocabulaire technique et critique de la pédagogie et des sciences de l'éducation, Ed. Delagrave, 1874, p 23.

⁴⁸ PIAGET J., « Les psychologies de l'apprentissage », *Sciences Humaines*, n°32, octobre 1993, p 11.

⁴⁹ BERBAUM J., Apprendre à apprendre, *Sciences Humaines*, Hors Série, n°12, Fév-Mars, 1996, p 40

B) Apprentissage et compétence

« *La compétence est de l'ordre du savoir mobiliser (...), c'est à partir de l'apprentissage et de l'effort répété qu'il peut y avoir compétence professionnelle* »⁵⁰, pour ce nouveau métier. « *Il ne s'agit pas seulement d'acquérir des connaissances ou des savoir-faire mais aussi d'apprendre à être* »⁵¹ cadre de santé. On sait que le métier de cadre par ses activités et son positionnement est autre que celui d'infirmier, il est donc indispensable d'avoir un apprentissage en tant que "faisant fonction" pour acquérir les compétences attendues du cadre de santé.

L'apprentissage donne du sens aux expériences, c'est un moyen de positiver l'expérience. Il est nécessaire de comprendre nos expériences pour agir efficacement. La production de sens nous semble au cœur de la problématique du "faisant fonction". C'est en donnant du sens aux expériences que le postulant cadre apprendra à se positionner. Les méthodes d'apprentissage supervisent et guident cet accompagnement vers la compétence. Elles permettent d'acquérir les « savoirs formalisés » et les « savoir agir »⁵².

C) Apprentissage et Identité

Le métier est une composante de l'identité professionnelle et cette mise en situation, véritable contact avec la pratique professionnelle, permettra au futur cadre de trouver son positionnement. « *Celui qui maîtrise un métier possède un ensemble de savoirs et de savoir-faire spécifiques, éprouvé par l'expérience. C'est le corps des savoirs qui fonde l'identité professionnelle. Son avenir s'inscrit dans la perspective d'une filière professionnelle où il aspire à progresser* »⁵³. L'accompagnement consistera à guider ce processus d'apprentissage dont l'objectif est de favoriser la construction d'une nouvelle identité professionnelle. Quitter la logique « soignante » pour acquérir la logique de « management », c'est-à-dire accéder au positionnement du Cadre de santé.

2.4.4 La GPEC

La GPEC est un outil d'aide à la décision qui depuis les années 90 se développe dans les établissements publics : « *la gestion prévisionnelle est l'instrument privilégié d'une politique de valorisation des Ressources Humaines (RH), car elle seule peut assurer la cohérence entre l'évolution des missions, des métiers, des qualifications, et les politiques*

⁵⁰ LE BOTERF G., « De la compétence », Paris : Ed. D'Organisation, 1994, p 16.

⁵¹ PELPEL P., « les stages de formation », Paris : Ed. Bordas, 1989, p 34.

⁵² Voir 2.3.2 concept compétence

⁵³ LE BOTERF G., « Compétence et navigation professionnelle », Ed. D'Organisation, 2000.

de gestion du personnel (recrutement, formation, mobilité, qualification, promotion) »⁵⁴.

Des outils sont créés pour faciliter la mise en place de la GPEC :

- 1990 : nomenclature des emplois types de l'hôpital
- 1997-98 : création d'un guide de GPEC

D'autres outils comme les référentiels de compétences peuvent aider à l'accompagnement.

Toutes ces pratiques concernent le concept clé de la Gestion des Ressources Humaines : la compétence.

2.5 En synthèse

Les approches contextuelles et conceptuelles ont permis de faire avancer notre réflexion :

- La réglementation donne une seule modalité d'accès au grade de Cadre de santé.
- La formation en IFCS devient un passage obligé. Elle exige, pour les cadres, un niveau de compétences et d'aptitudes pour assumer les missions actuelles, dans la complexité hospitalière.
- Le projet professionnel du postulant doit intégrer la dimension managériale qui inclut un positionnement stratégique et opérationnel dans l'institution.
- Les motivations sont les moteurs de l'émergence, de la conduite et de la réussite du projet professionnel. La susciter et l'entretenir sont donc des missions clés de l'encadrement.
- Etre compétent est une combinaison et l'acquisition d'un savoir combiné : savoir, savoir-faire, savoir être. *« L'individu doit savoir sélectionner et mobiliser des ressources (...), mais il doit aussi savoir les organiser et construire un combinatoire de plusieurs ingrédients (...). C'est une disposition à agir dans une famille de situation »⁵⁵.*
- L'accompagnement est un moyen d'optimisation et de concrétisation du projet professionnel.
- Enfin si l'on considère qu'il est logique de remplacer les postes vacants de CS :
 - L'enjeu pour l'institution est de maintenir la qualité par des cadres compétents et de s'en donner les moyens
 - L'enjeu pour le postulant est d'envisager la mise en situation de "faisant fonction" comme un apprentissage de la fonction, exclusivement comme

⁵⁴ Circulaire relative au renouveau du service public, « Apparition de l'outil GPEC dans les hôpitaux », 23/02/1989.

⁵⁵ LE BOTERF G., « Les compétences, de l'individuel au collectif », *Soins Cadres*, février 2002, n°41, p20-24.

une étape de maturation de son projet professionnel, s'inscrivant en amont du concours d'entrée IFCS.

Notre stage en IFCS durant notre formation de directeur des soins confirme les dernières statistiques montrant que le postulant cadre a pu clarifier son projet et accéder à un niveau de compétences lui donnant le maximum de chances de réussir le concours d'entrée en IFCS. En effet plus de 80%⁵⁶ des étudiants ont bénéficié d'une expérience de "faisant fonction" ou ont occupé des fonctions transversales.

Suite à cette étude *théorique*, qui nous a permis de poursuivre notre réflexion, nous avons voulu confronter nos hypothèses également sur un plan *pratique*. Pour ce faire, nous avons conduit une enquête dans trois établissements hospitaliers.

⁵⁶ Source IFCS, Dijon.

2ème PARTIE : L'ENQUÊTE DE TERRAIN

1 MÉTHODOLOGIE

1.1 Méthodes

Dans la continuité des éléments abordés par notre partie théorique et orientés par nos concepts, l'enquête de terrain va nous permettre d'approfondir l'aspect pratique et organisationnel de notre proposition de politique d'accompagnement des futurs cadres de santé. Nous cherchons à relever l'existence d'une procédure, les moyens mis à disposition pour permettre l'adaptation des compétences, l'évaluation des potentiels et les améliorations possibles à proposer.

La finalité de notre enquête est une recherche qualitative. Ainsi nous avons choisi d'interviewer un échantillon limité (20 personnes) avec une approche hypothético-déductive, ceci au moyen d'entretiens semi-directifs qui nous paraissent les plus appropriés à ce type d'enquête. La taille de l'échantillon n'est pas assez substantielle pour être représentative. On ne pourra donc s'y référer comme base statistique. Nous analyserons cependant ces résultats qualitatifs et les comparerons aux données de notre approche bibliographique pour répondre à nos hypothèses (cf. synthèse des résultats). Au regard de tous ces éléments nous apporterons nos propositions d'actions.

1.2 Déroulement des entretiens

La prise de contact pour les entretiens s'est faite auprès des Directeurs de soins. La planification des entretiens, l'organisation et la demande d'autorisation auprès des directeurs ont été gérées par la Direction des soins.

Nous avons, lors de notre arrivée, remercié les directeurs et chacune des personnes interviewées au fur et à mesure des entretiens.

Les entretiens ont été menés de façon individuelle, pendant une durée moyenne de quarante cinq minutes. Ils ont été réalisés à l'aide de deux techniques simultanées, un enregistrement et une prise de notes synthétiques. Cette méthode permettait de maximiser l'écoute sans risque de perte d'information. Par ailleurs ces interviews ont été dirigés par des guides d'entretiens (cf. descriptif outil) de 1 à 4 questions principales, suivant la catégorie des interviewés, ainsi que des questions de relance si nécessaire (cf. guide en annexe).

L'utilisation du magnétophone a été laissée au choix des interviewés afin de laisser libre cours à la liberté d'expression. Nous avons d'emblée informé les interviewés de la garantie d'anonymat.

1.3 Environnement

Nous avons pris la décision de retenir trois établissements de santé ainsi qu'un IFCS. Les données relatives à ces établissements de santé sont comme suit :

	Données	Etablissement A	Etablissement B	Etablissement C
ACTIVITÉ	Nb. lits	500	900	650
	Nb. lit/ unités	25	35	30
	Entrées/ an	15000	32000	22000
PERSONNEL	DS	1	1	1
	CSS	10	10	8
	CS	32	43	30
	postulants FF	3	6	6

Ces trois établissements sont des centres hospitaliers régionaux. Ils partagent des caractéristiques semblables comme les objectifs du projet d'établissement, la culture de la population d'encadrement, etc.... Devant la similitude des établissements, il nous a semblé pertinent de faire des recoupements afin de regrouper les catégories de personnel et d'être plus représentatif par rapport au thème de l'étude.

Une autre caractéristique de l'environnement de l'étude est que nos entretiens n'ont pas été réalisés sur nos terrains de stage. En raison de notre proximité avec les équipes présentes, dans un souci de neutralité et de déontologie, nous avons choisi d'éviter ces lieux pour l'enquête. Ces établissements nous ont cependant servis de zone « test » pour nos grilles d'entretiens, ce qui nous a permis de les réajuster et de les optimiser. Aussi ces entretiens d' « essai » ne figureront pas dans notre travail mais ils ont été pour nous d'une grande utilité.

En revanche, nous avons saisi comme une opportunité de profiter de notre stage en IFCS pour réaliser des interviews auprès de postulants. En effet actuellement étudiants, ces anciens "faisant fonction" ont plus de recul sur leur vision de l'accompagnement.

Enfin chaque entretien s'est déroulé dans un bureau fermé, à l'abri des perturbations extérieures. On peut donc en conclure que les réponses des intervenants ont été posées, réfléchies et le moins possible influencées par la pression l'environnement (bruit, sollicitations diverses,...).

1.4 Population

Notre choix s'est porté sur l'ensemble des acteurs intervenants lors d'une procédure de recrutement. Ils sont répartis en trois catégories :

- Direction
- Encadrement
- Postulant

Ces catégories se décomposent comme suit :

<i>Catégories</i>	<i>Nb.</i>	<i>Composition</i>
D	5	3 DS (par CH), 1 DRH, 1 enseignant IFCS (ancien DS)
E	6	3 CSS dont l'une occupe des missions de tutorat 3 CS
P	20	20 "faisant fonction" dont 16 sont actuellement en IFCS

Nous avons privilégié et ciblé la hiérarchie du service infirmier (à l'exception du DRH qui a une vision particulière et pertinente de la GPEC) et écarté de l'échantillon les directeurs d'hôpitaux et médecins. Nous avons été confortés dans cette décision au travers d'un échange avec un président de CME ; en effet nous avons constaté la similitude de ses propos avec le ressenti de nos interviewés. Ainsi pour ne pas être dispersés et rester cohérents nous avons écarté de l'enquête le corps médical.

Par ailleurs, notre enquête étant basée sur un rapport accompagnant/ accompagné, nous avons fait le choix de ne faire que deux guides, en regroupant d'un côté les responsables (direction + encadrement) et de l'autre les postulants "faisant fonction".

1.5 Outils

Nous avons élaboré un guide d'entretien par catégorie d'acteur. En cohérence avec notre approche théorique, quatre axes ont été approfondis :

- *Le projet professionnel*
- *Le positionnement*
- *L'accompagnement*
- *Enjeux*

1.5.1 Guide d'entretien postulants

⇒ *Un listing détaillé des différentes questions est proposé en annexe*

Il était basé sur quatre questions générales relayant les quatre axes précédemment cités et visant les objectifs suivants :

- *Le projet professionnel :*

Il s'agissait de repérer les facteurs de motivations à devenir cadre, de comprendre d'une part comment ont été repérées leurs aptitudes, au niveau de la phase de sélection du processus de recrutement, et d'autre part, quels moyens de support ont été mis à leur disposition.

- *Le positionnement :*

Il nous semblait important de souligner les facteurs aidant le postulant à se positionner en manager. Au moment de sa prise de poste, ce qui a été aidant et à l'inverse les freins qu'il a rencontrés. Ce que le positionnement représente pour lui.

- *L'accompagnement :*

Nous désirions connaître le vécu du postulant en apprentissage ; ce que l'accompagnement représente pour lui ; la correspondance entre le tutorat qu'ils ont eu et leurs attentes. Enfin certaines informations ont été recherchées concernant l'existence ou pas d'outils d'évaluation, des procédures, en vue de pouvoir proposer un plan d'action qui tienne compte de leurs attentes.

- *Les enjeux :*

Nous nous intéressions à la plus value apportée par l'accompagnement.

1.5.2 Guide d'entretien des Directeurs et des personnels d'encadrement

⇒ *Un listing détaillé des différentes questions est proposé en annexe*

Le guide d'entretien destiné à la direction et à l'encadrement était identique pour chacun d'entre eux CS, CSS, DS et DRH. Les mêmes thématiques que pour le guide des postulants ont été abordées. Il y avait une seule question globale cherchant à connaître s'il existait une politique d'accompagnement pour les postulants et si oui, en quoi elle consistait (procédure, outil d'évaluation, apprentissage,...).

Quelques questions de relance, lorsqu'elles étaient nécessaires afin de couvrir chacune des thématiques, cherchaient à préciser la procédure, les outils d'évaluation et le tutorat mis en place pour aider le "faisant fonction". Nous cherchions à connaître :

- Les potentiels recherchés pour valider leur projet professionnel et/ou leur proposer une mise en situation de "faisant fonction".
- Le partenariat avec la direction des Ressources Humaines
- L'utilisation d'outil GPEC (référentiel, évaluation des compétences, anticipation)
- Le lien avec la politique d'établissement, vis-à-vis des enjeux de chacun :
 - o Institutionnels : attractivité de la fonction, reconnaissance, légitimité, moyen d'anticipation de la GPEC et réponse à la pénurie.

- Du postulant : sécurité (enlever, réduire les incertitudes), positionnement (changement identitaire), valeur et cohérence avec la politique d'établissement.

1.6 Points forts et limites de l'enquête

Notre objectif n'était pas de réaliser une étude comparative des établissements mais d'identifier des pratiques. C'est pourquoi nous avons choisi de regrouper tous les acteurs de même catégorie afin d'exploiter les données par fonction :

- Directeurs et Encadrement
- Postulant

De cette analyse seront dégagés les points positifs et négatifs afin de répondre à notre question de départ et d'apporter des propositions pour un plan d'action de la politique d'accompagnement.

1.6.1 Points forts

- L'étude sur nos terrains de stage a facilité le réajustement de nos guides d'entretiens.
- L'acceptation par les interviewés du magnétophone a permis l'exhaustivité du contenu des entretiens.
- La richesse des personnes interviewées.
- L'accueil des directeurs de soins et leurs organisations nous ont fortement aidés dans le timing et la réduction de nos déplacements.
- L'opportunité d'être allé en stage en IFCS et d'avoir constaté que 80% des postulants à la fonction cadre ont eu un apprentissage⁵⁷, montre que l'accompagnement est souvent mis en place. C'est donc reconnaître la nécessité d'un accompagnement.

1.6.2 Limites

- L'absence d'interviews des médecins

Nous aurions pu enrichir notre travail sur le management du cadre face à la pluridisciplinarité et à la complémentarité des compétences, mais nous avons fait le choix de cibler sur l'accompagnement et non les compétences de manager.

- Trois CH, pas de CHU

Cela peut représenter une limite car cela restreint la diversité de l'échantillon et donc des réponses. Mais nous avons choisi cette option car les organisations étaient trop différentes vu les tailles respectives des établissements. Nous avons donc préféré cibler

⁵⁷ Source IFCS, Dijon.

des établissements identiques à celui dont nous aurons la charge pour pouvoir proposer un plan d'action le plus réaliste et opérationnel possible.

2 RÉSULTATS DES ANALYSES

Suite à notre réflexion, voici notre proposition d'analyse et d'exploitation des résultats :

- *Les données de nos entretiens seront traitées en réponse à nos hypothèses.*
- *Elles seront classées pour une meilleure lisibilité par thématiques (cf. thèmes précédemment cités en 1.5) et par type de groupe.*
- *L'analyse de chaque thème sera illustrée par quelques citations significatives*
- *Après ce travail d'analyse, une synthèse générale sera présentée.*

2.1 Dirigeants/ Encadrement

Question globale : *Existe-t-il une politique d'accompagnement pour les postulants à la fonction de cadre de santé et en quoi consiste-t-elle ?*

2.1.1 Le projet professionnel

Nous avons regroupé sous cette thématique les données concernant l'émergence du projet, l'entretien de sélection et la recherche des potentiels. Dans les trois établissements la procédure d'inscription dans la dynamique du projet est sensiblement la même. Deux cas de figures se présentent avec les procédures suivantes :

Il existe un poste vacant :

Une note de service informe de l'offre. Cette note est diffusée en interne aux CSS et aux CS des unités. Dans chaque service le CS relais d'information, affiche cette note dans l'unité. Cette note indique les conditions d'inscription, le profil recherché et le délai de renvoi. Le postulant constitue un dossier le plus complet possible avec CV, projets menés, appréciations,.... Celui-ci est transmis par voie hiérarchique à la direction des Ressources Humaines sous couvert du Directeur des Soins. Après validation du dossier par le directeur des soins ce candidat sera convoqué pour un entretien de sélection (process : voir tableau de sélection).

Il y a émergence d'un projet (sans poste vacant) :

Le postulant souhaite être cadre et a un projet relatif à ce souhait. On parle d'émergence de projet. Le candidat sollicite un entretien par voie hiérarchique au directeur des soins. Chacune des demandes est traitée par le directeur. Le Directeur des Soins fixe un rendez-vous au postulant. A l'aide d'un outil d'évaluation, il teste les aptitudes du candidat et lui renvoie par voie hiérarchique (process : voir tableau de sélection). Ses supérieurs peuvent donc le consulter mais il reste la possession du candidat. Il s'agit pour lui d'un outil de progression car il sert de repère dans son

cheminement professionnel (évaluation reconnue de ce qui est bon et de ce qui reste à travailler). Il le positionne également en vue des prochains postes à venir.

↳ « Cet outil lui fait prendre conscience si il est prêt ou pas » (CSS, Ets A, idée reprise dans la plupart des interviews)

Les entretiens relatifs à la sélection sont organisés différemment suivant les établissements. On peut les comparer dans le tableau suivant :

CH	ENTRETIEN	SELECTION (QUI)	RECHERCHE DE POTENTIELS
A	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'un projet écrit pour se présenter - Existence d'un profil de poste - Dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - DS - CSS détaché à 50% à la GRH 	<ul style="list-style-type: none"> - Outil d'évaluation original des potentiels - Projet professionnel écrit - Appréciation dossier
B	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'un projet écrit pour se présenter - Existence d'un profil de poste - Dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - DS - CSS du Secteur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> - Outil d'évaluation original des potentiels - Projet professionnel écrit ou oral - Appréciation dossier
C	<ul style="list-style-type: none"> - Nécessité d'un projet écrit pour se présenter - Existence d'un profil de poste - Dossier 	<ul style="list-style-type: none"> - DS - DRH - CSS & CS du Secteur concerné 	<ul style="list-style-type: none"> - Outil d'évaluation original des potentiels - Projet professionnel écrit ou oral - Appréciation dossier

- Les critères d'aptitudes répertoriés dans ces outils (globalement les mêmes dans chaque établissement) concernent :

OUVERTURE	<i>Esprit, adaptabilité, curiosité, honnêteté...</i>
PARTENARIAT	<i>Collaboration, complémentarité, connaît zone de compétence</i>
REFLEXION	<i>Expertise, capacité d'analyse, sens critique, créativité,...</i>
ENGAGEMENT	<i>Responsable, Assume, autocritique,...</i>
LEADERSHIP	<i>Dynamique, autorité, conduite du changement, fait référence.</i>

- Dans l'établissement A, l'outil d'évaluation des potentiels (capacité et aptitudes) est très perfectionné. Pour chacun des critères il a été ajouté des indicateurs permettant de les préciser et de les mesurer sur une échelle de valeur. Ces données, de fait qualitatives, sont ainsi quantitatives, estimables et comparables entre elles. L'outil est donc optimum pour la mesure et l'évaluation des potentiels. Les autres établissements n'ont pas encore intégré de système de calcul.

- Malgré le contexte de pénurie, le choix du candidat est très réfléchi car il représente un investissement stratégique, d'une part en raison de la prise en charge financière, et d'autre part car le futur cadre représente la qualité de l'institution.

↳ « *La pénurie de cadre ne doit pas nous faire dire, faisons n'importe quoi* » (DRH, Ets C)

- Les CS et CSS se sentent impliqués dans la politique d'accompagnement car la réflexion et l'élaboration du document ont réuni tout l'encadrement.

- L'outil a valeur de contrat. Il est signé par chacun des partenaires. Il est légitimé par le Directeur des Soins. Il génère un double positionnement : postulant vis-à-vis de lui-même et pour la hiérarchie.

↳ « *Légitimons cette fonction, elle sera reconnue et vice et versa* » (DS, Ets B)

2.1.2 Le positionnement

Cette section concerne la mobilité, le changement d'identité, le pouvoir et l'autorité.

La mobilité :

Les trois principales difficultés qu'ont les "faisant fonction" sont la gestion de conflits, la conduite des projets de service et l'animation de l'équipe soignante. C'est pourquoi les trois établissements exigent la mobilité inter services, afin d'aider le postulant à se positionner en tant que cadre (changement identitaire) et à concrétiser son projet. Cette mobilité est bénéfique car son exercice serait faussé ou influencé par l'environnement s'il restait dans son service. Cela facilite la prise de recul, la gestion des conflits, l'exercice de l'autorité, la reconnaissance par ses pairs,...

↳ « *Le changement de service permet la prise recul, le postulant est moins malléable par l'équipe* » (DS, Ets B repris par A & C)

L'ensemble des dirigeants leur propose un choix de service en tant que "faisant fonction" ou une mission transversale. Ceci dans le but de développer leur sens du management et leur prise de responsabilité, s'évaluer et donc avancer dans la direction qu'il vise par leur projet professionnel.

↳ « *La mise en situation du "faisant fonction" l'aide à trouver sa place* » (DS, Ets C)

Changement d'identité, pouvoir et autorité :

Malgré tout ce qui est mis en place pour valoriser et reconnaître le faisant fonction, c'est ce changement d'identité qui est le plus dur à réussir dans leur nouvel exercice professionnel.

↳ « *Dans les analyses de pratiques (...), les échanges entre cadres montrent que c'est le changement identitaire, qui est le plus difficile pour eux : trop de pression de l'équipe médicale, manque de respect de l'équipe paramédicale,...* » (CSS, Ets A)

Les dirigeants essaient de faciliter ce changement. Il crée un sentiment d'appartenance au groupe cadre par différents moyens. Le "faisant fonction" cadre est intégré aux réunions d'encadrement auxquelles il participe activement. Il joue pleinement le même rôle qu'un cadre titulaire (partage d'informations, management, interface équipe/direction,...). Pour faciliter la reconnaissance de sa nouvelle identité, le "faisant fonction" est présenté dans son nouveau service par le CSS du secteur.

Par rapport au positionnement face au pouvoir médical, le Directeur des Soins, dans un souci de diplomatie, prend soin d'informer le chef de service du choix du candidat. Certains établissements l'invitent même à la sélection. L'accueil du candidat n'en sera que meilleur.

↳ « *Les faisant fonction se plaignent beaucoup du manque de reconnaissance des médecins. Ils se sentent sans arrêt sur la brèche* » (DS, Ets B)

Par contre on remarque que certains postulants ont des difficultés à assumer toutes les missions de leur rôle et à faire la rupture avec leur ancienne fonction en terme de responsabilité et d'exercice du pouvoir. Ils apprécient alors le tutorat pour les aider à cette transition.

↳ « *[L'exercice de faisant fonction] est un changement brutal et complet de la fonction, il est donc nécessaire de le soutenir* » (CSS, Ets B)

↳ « *N'ayant pas le diplôme de cadre ils subissent parfois la pression de leurs collègues diplômés* ». (CSS, Ets A)

Dans l'Etablissement C, il y a un sentiment d'appartenance au groupe cadre beaucoup plus fort car c'est le Directeur des Soins qui le présente au service, à l'encadrement, au chef de service ; ceci est renforcé car l'information de prise de poste est transmise à tout l'établissement par l'envoi d'une note de service. Le fait d'être introduit par le dessus (direction et encadrement supérieur) accentue son sentiment d'appartenance et la reconnaissance de son statut de cadre par l'équipe. Celle-ci adhérerait moins sans support des supérieurs (légitimation).

↳ « *Je prends soin d'accompagner chaque faisant fonction moi-même dans son service, le jour de sa prise de fonction* » (DS, Ets C)

En plus, l'Etablissement C accorde le port du badge cadre, sans notification du terme "faisant fonction". Le postulant est donc reconnu comme cadre à part entière tant par les équipes paramédicales et médicales que par les patients. Toujours dans un souci de reconnaissance d'autorité du "faisant fonction", le Directeur des Soins de l'Etablissement C (comme celui du B) renvoie systématiquement les courriers d'agents non signés par le cadre. En effet certains court-circuitaient leur supérieur hiérarchique sous prétexte qu'il n'était « que » "faisant fonction".

↳ « *Je n'accepte aucun courrier qui ne soit signé par le cadre* » (DS, Ets C)

↳ « *Certains agents viennent directement me voir, je les renvoie* » (DS, Ets B)

2.1.3 L'accompagnement

Nous avons regroupé dans cette thématique les données concernant l'apprentissage de la fonction, le tutorat, les compétences, ainsi que la procédure d'accompagnement.

Table comparative des procédures d'accompagnement et d'apprentissage:

Ets	Procédure	Durée	Comment	Par qui
A	Non, juste orale	- Sur volontariat - Contrat oral - 1 à 2 ans	- Tutorat - Analyse de pratique - Prépa. Concours	- CSS détaché à la GRH
B	Oui, formalisée	- Passage obligé - Contrat écrit - 1 à 3 ans	- Tutorat - Resp. transversales - Suivi individuel - Prépa. Concours ext.	- Supervision par DS - CSS - CS
C	Oui, débutante	- Passage obligé - Contrat écrit - 1 à 2 ans	- Idem A - Partenariat IFCS - Accompagnement si échec	- Supervision par CSS - CS

Place de l'outil dans la procédure d'accompagnement

L'outil de suivi de l'accompagnement est identique à l'outil d'évaluation de la sélection, bien que leurs objectifs diffèrent (pédagogie et évaluation). Cet outil valide les compétences de bases requises pour devenir cadre. Il est très apprécié des responsables comme des faisant fonction. C'est un véritable cahier d'apprentissage, d'autoévaluation qui suit le parcours du postulant "faisant fonction" et lui indique sa progression. Il est tenu par le postulant et rempli par lui-même et son tuteur jusqu'à l'entretien de sélection, où le CSS du secteur valide en accord avec le postulant (signature des deux parties) l'aptitude de ce dernier à se présenter pour les futurs postes (cette aptitude est quantifiée par des indicateurs dans l'établissement C). Ce cahier de suivi est validé par le Directeur des Soins. Suite à cette étape, le candidat est présenté sur la liste d'aptitude au concours d'entrée IFCS. Il est pris en charge par la formation continue pour son année d'école des cadres et un contrat professionnel est signé entre le Directeur des Soins et le postulant. Celui-ci lui assure un emploi dans l'établissement à la sortie de l'IFCS.

↳ « Ce livret est un véritable guide pour accompagner le faisant fonction » (DS, Ets C)

Tutorat et apprentissage

Comme indiqué dans le tableau ci-dessus, les 3 établissements ont mis en place un accompagnement plus ou moins formalisé. Cependant par souci de clarté, l'accompagnement (apprentissage/ tutorat) dans sa mise en œuvre sera détaillé par établissement. Nous remarquons que tous les responsables, des directeurs aux cadres,

cautionnent et apprécient l'exercice de faisant fonction pour apprendre et se positionner, à condition que celui-ci soit encadré.

↳ « *En exerçant la fonction, ils prennent conscience du rôle du cadre* » (CSS, Ets A)

- L'établissement A -

Le Directeur des Soins, supervisant seul le projet, a jugé bon de déléguer au CSS (50% GRH) la mission de tutorat. De plus, cela permet d'anticiper la GPEC. Le tuteur (bien que CSS) ne doit avoir aucun lien hiérarchique avec les postulants, ceci pour prévenir tout jugement ou notation et faciliter la progression du futur cadre. Il établit un programme de formation en interne avec le groupe de postulants lors de la première réunion. Cette rencontre a pour objectif de connaître le groupe et ses attentes, de créer la confiance par des présentations mutuelles et d'établir un calendrier prévisionnel des séances.

Le tuteur reçoit également sur rendez vous les demandes individuelles : rédaction d'un rapport, démarche particulière pour un agent,... la finalité est que le postulant se sente soutenu dans l'approche et l'exercice de cette nouvelle fonction.

Des rencontres d' « analyse de pratique » sont programmées bimensuellement, pour aider à mieux analyser la fonction managériale, la prise de décision, la notion d'engagement et le « rendre compte ». D'une séance sur l'autre, le choix du thème est sélectionné. Le CS anime ces séances aidé si besoin d'un psychologue. Ces échanges sont dans l'ensemble très enrichissants et appréciés autant des dirigeants que des postulants. Chacune des séances se termine sur une évaluation de ce que cela a pu apporter et des difficultés ressenties. Le cadre supérieur transmet un contenu d'évaluation semestriel au Directeur des Soins.

↳ « *Grâce au suivi mis en place le postulant se sent plus sûr de lui* » (CSS)

- L'établissement B -

Les responsables pratiquent également l'accompagnement des postulants. Il existe une procédure formalisée qui indique que le tuteur peut être 1CS ou CSS, choisi par le postulant et exerçant un suivi individuel. Cette prise en charge est supervisée par le Directeur des Soins grâce aux évaluations transmises par les tuteurs. Le Directeur des Soins semestriellement prévoit une rencontre des tuteurs et selon la procédure d'accompagnement adapte le contenu de l'apprentissage ou les missions en tenant compte de la procédure formalisée et des besoins. Les tuteurs se sentent investis d'une mission d'entraide vis-à-vis de leurs collègues et soutenus par le Directeur des Soins pour exprimer les difficultés qu'ils rencontrent. Les évaluations sont répertoriées et alimentent cette procédure d'accompagnement en tant que projet qualité de la direction des soins.

↳ « *Les analyses de pratiques sont très appréciées de nos collègues car elles sont particulièrement concrètes* » (CS)

- L'établissement C -

Il existe également un accompagnement pour les postulants supervisé par le Directeur des Soins. La nouveauté est le partenariat avec l'IFCS. En effet l'accompagnement de l'apprentissage est identique à l'établissement B, mais sur un temps plus long car il prend également en charge la préparation au concours (dissertation, argumentation orale,...) en tandem avec l'IFCS.

Enfin en cas d'échec, le postulant est revu et accompagné vers un prolongement ou un autre choix, décision d'un commun accord entre postulant et Directeur des Soins.

↳ « *La notion de contrat existe entre le postulant et l'institution et c'est une grande aide pour la gestion prévisionnelle. Cela nous crée un vivier pour les postes à venir* » (DRH)

2.1.4 Enjeux

Les enjeux ont été regroupés pour les trois établissements car il n'y avait pas de divergence substantielle. Certains enjeux sont communs pour l'individu et l'institution alors que d'autres leur sont spécifiques ; nous vous présenterons ici ceux de l'institution et des dirigeants, tandis que les enjeux « partagés » vous seront présentés en synthèse.

Pour le Directeur des Soins, un cadre c'est :

- Un relais, un moteur, la locomotive de l'équipe
- Un véritable binôme avec le médecin
- La personne de l'encadrement la plus proche du terrain
- L'œil du terrain. Il fait « rouler » les décisions prises
- Le transmetteur du message institutionnel aux équipes
- La cohérence, la loyauté avec l'institution. Il y a un moment où ils donnent leur avis et un autre où ils doivent faire exécuter la décision institutionnelle. En accord ou pas, ils doivent lui rester loyaux.
- Des animateurs d'équipes, des pédagogues
- Une personne de l'encadrement qui ne peut mettre en défaut le médecin.

Pour l'institution, la politique d'accompagnement c'est :

- Un facteur d'attractivité, de légitimité et de valorisation.
- Un facteur de progression de la qualité de l'encadrement, enjeu stratégique pour l'établissement
- Un outil d'intégration des postulants dans l'équipe et donc une aide à la gestion des ressources humaines et à l'anticipation (GPEC)
- Une amélioration de l'image de l'hôpital

2.2 Postulants en exercice de "Faisant fonction"

Nous avons saisi l'opportunité d'un stage en IFCS pour demander aux postulants ayant bénéficié d'un apprentissage "faisant fonction" de bien vouloir répondre à nos quatre thématiques. L'avantage pour nous était la prise de recul qu'elles avaient sur leur expérience (passée de 6 mois) leur amenant un regard plus objectif et plus critique. Nous suivrons le même processus de présentation des résultats que pour l'enquête dirigeant.

Questions de l'enquête:

1. Sur le souhait de postuler à la fonction de cadre quelles étaient vos principales motivations et appréhensions ? (lié au projet professionnel)
2. Qu'est ce qu'un cadre pour vous, comment définiriez vous cette fonction ? (lié au positionnement et à leur représentation)
3. Au cours de votre apprentissage en tant que faisant fonction, quels ont été les éléments aidant, freinant. (lié à l'accompagnement de l'apprentissage du tutorat)
4. Comment voyez-vous cet accompagnement qu'auriez vous aimé que l'on vous propose (lié à l'accompagnement et à leurs attentes)
5. Est-ce que le fait d'avoir fait faisant fonction a apporté une plus value pour vous ? pour l'institution ?

2.2.1 Le projet professionnel

Nous avons regroupé sous cette thématique les données concernant la conduite du projet, le lien avec l'apprentissage et les motivations.

Conduite du projet et apprentissage

Les données recueillies montrent que les modalités d'attribution des postes "faisant fonction" sont fortement liées aux besoins des établissements, c'est-à-dire aux diffusions. Dans tous les cas il y a une procédure d'inscription à suivre. L'émergence des projets professionnels est connue et répertoriée par le Directeur des Soins. Au moment de la diffusion du poste vacant il y a une sélection dans ces projets avec un outil d'évaluation suivant la procédure décrite en 2.1.1. A partir de là sont choisis les "faisant fonction". Ces derniers, interrogés, sont satisfaits de cet outil mais ils auraient aimé qu'il se situe bien en amont de la sélection. En effet pour eux plus qu'un outil de sélection il devrait servir de support d'accompagnement. Cela pourrait être son rôle s'il était utilisé en dehors de la période de sélection. Il servirait de liaison et de suivi, et offrirait au Directeur des Soins un portefeuille de candidats possibles déjà formés a la fonction. L'outil serait un « bilan d'apprentissage » plutôt qu'un accès. Ainsi les postulants l'ont ressenti en sanction permettant à l'institution de faire un choix plutôt qu'en un point de départ d'une démarche d'accompagnement. Leur souhait serait donc une expérience de "faisant fonction" avant

la décision de postuler qui ne peut évidemment se faire s'il s'agit d'une réponse à une demande de poste (où le choix ne se porte que sur des postulants).

On a remarqué dans les réponses que le contenu de l'expérience "faisant fonction" était en soi une aide à la maîtrise du projet professionnel car le "faisant fonction" manipule des outils, participe à des journées portes ouvertes, aux réunions, différents points qui sensibilisent le postulant à sa future fonction.

↳ « *C'est l'envie d'impulser le changement et de m'impliquer davantage, qui m'a incité à postuler, mais j'aurais mieux vécu l'entretien si j'y avais été préparé* »

↳ « *J'avais envie de sortir de la routine et une expérience de "faisant fonction" m'aurait permis de voir si j'étais fait pour cela, j'aurai postulé en connaissance de cause* ».

Motivations

La plupart des motivations des postulants représente une envie de s'impliquer, de prendre des responsabilités, d'évoluer dans une profession en permanente évolution. La moyenne d'âge des postulants interviewés était de trente six ans aussi les réponses concernant l'envie de s'investir, de diriger, de s'engager dans les projets étaient nombreuses. Le désir de progresser, d'approfondir leurs compétences, d'impulser le changement mais aussi pour d'autres, l'envie de changer, le mal-être du service, l'envie de lutter contre la routine, les ont poussés à développer un projet professionnel.

↳ « *Être la pierre qui aide à construire l'édifice* »

↳ « *Avoir mon mot à dire dans l'amélioration de la prise en charge* »

2.2.2 Le positionnement

La majorité des réponses indiquent que les qualités exigées correspondent davantage à des aptitudes à se positionner qu'à un niveau précis de connaissances. En effet les compétences s'acquerront au travers de la formation ; ce qui est recherché sont les qualités humaines de la personne, leur capacité à trouver et à assumer leur place dans l'institution, leur savoir être. Se positionner comme cadre dans un service, c'est pouvoir travailler avec l'ensemble des interlocuteurs, c'est exercer pleinement son rôle de manager, gérer les décisions, les conflits, être un relais entre les équipes soignantes et médicales, entre les équipes et l'institution, savoir les motiver,...

Pour favoriser la maîtrise de ce positionnement, une expérience en tant que faisant fonction est beaucoup plus aidante que les modèles ou anti-modèles vus lors de l'exercice infirmier. On retrouve dans les réponses que le positionnement a été favorisé quand le "faisant fonction" a eu des moyens de reconnaissance de l'institution, tel que le port du badge, les invitations aux réunions d'encadrement, à l'arrivée dans le service être introduit par le Directeur des Soins, ... Cela rejoint l'idée d'un apprentissage de faisant

fonction à la base même du processus de gestion des ressources et de choix de recrutement. C'est participer à la GPEC.

↳ « *Le chef de service m'a tout de suite fait confiance il faut dire que c'est la direction qui m'a accompagnée le premier jour* »

↳ « *J'ai apprécié d'avoir vu ce qu'était le métier avant de postuler* »

↳ « *Avoir une expérience m'a permis de confirmer mon choix* »

↳ « *L'expérience que j'ai faite m'a permis une réflexion plus approfondie et j'ai pu voir que je n'étais pas fait pour cela* »

2.2.3 L'accompagnement

Les réponses concernant l'accompagnement montrent qu'il y a beaucoup de différences d'un établissement à l'autre, et que le ressenti des postulants est fortement lié à la procédure mise en place. L'accompagnement est généralement très apprécié, même s'il serait encore mieux ressenti avec une expérience de "faisant fonction" au départ du processus. Mais dans le contenu même de cet accompagnement, ce que l'on entend par procédure mise en place, montre des différences d'appréciations. En effet il peut y avoir accompagnement soit par des missions transversales ponctuelles soit par un exercice d'un an. Mais en fait ces stratégies de formation ne représentent pas un accompagnement en tant que tel. C'est le support qui les complète qui joue son rôle. Ainsi ces stratégies sont reçues positivement si elles sont mises en place avec un tuteur.

↳ « *Je prends plus de risques car je sais qu'ils seront contrôlés et analysés par le tuteur* »

↳ « *Les analyses de pratiques, animées par le tuteur, m'ont permis de prendre beaucoup plus de recul* »

↳ « *Je ne me sens pas seul, mes incertitudes disparaissent* »

↳ « *Le tuteur m'a beaucoup aidé dans mes prises de décisions* »

2.2.4 Enjeux

Pour la majorité des postulants la politique d'accompagnement représente une plus-value car :

- Ils acquièrent des outils de management et de gestion.
- Ils bénéficient à travers la mise en situation, d'une expérience.
- La mise en situation leur apporte :
 - ⊗ Une meilleure connaissance de la fonction et une plus grande expertise ;
 - ⊗ Une aide à la construction de leur projet
 - ⊗ Une meilleure gestion des incertitudes
 - ⊗ Une plus grande autonomie

- ⊗ Une aide au positionnement
- ⊗ Plus de reconnaissance
- ⊗ Plus de connaissances et donc plus de chances de réussir au concours

En définitive, l'accompagnement leur donne un sentiment d'appartenance au groupe cadre, gage de cohésion et de cohérence.

3 COMMENTAIRE GÉNÉRAL

3.1 Synthèse

Nous avons repris dans ce commentaire les éléments nous paraissant indispensables à un dispositif d'accompagnement auquel nous avons ajouté nos propres interprétations. Chaque commentaire est expliqué par élément clé de la politique d'accompagnement. Sont présentés également les enjeux partagés entre établissements et postulants ; ce sont les enjeux de recherche de la qualité.

Éléments clés

⊗ *Procédure d'évaluation (en amont du projet)*

La procédure d'évaluation est intégrée au projet d'établissement. Elle est utilisée à chaque diffusion de poste de cadre ou en souhait de le devenir. Elle indique les modalités d'inscription et joint un outil de mesure de l'aptitude à la fonction cadre. Cette grille est remplie par le CS et le postulant et/ ou par le CS et le CSS. Pour valider un projet cadre l'outil d'évaluation est envoyé au Directeur des Soins qui lui-même reçoit le candidat, ordonne la mise en apprentissage et valide le projet professionnel. Cette décision de mise en apprentissage est faite en fonction de son positionnement, de l'évaluation de ses potentiels, de son projet professionnel et des besoins ponctuels de l'institution. Le Directeur des Soins en informe le CS et le CSS. La procédure d'évaluation peut également être faite en sens inverse. Le premier entretien est entre le Directeur des Soins et le postulant, ensuite le Directeur des Soins envoie une fiche d'évaluation remplie au CS de l'unité pour information. Puis celle-ci, après consultation par le CSS sera finalement renvoyée au Directeur des Soins pour la validation finale. En définitive, c'est toujours le Directeur des Soins qui valide le démarrage d'un projet.

⊗ *Procédure d'accompagnement*

On parle de procédure d'accompagnement après cette première évaluation (cf. outil). C'est la décision d'une mise en situation ("faisant fonction") en service. Elle est ordonnée par le Directeur des Soins en accord avec le postulant qui, pour certains, choisissent leur tuteur.

☒ *Contrat*

Un contrat d'apprentissage est signé par le tuteur et le postulant ainsi que par le Directeur des Soins. Ce contrat indique la durée de l'apprentissage (environ 1 an, plus ou moins). C'est le Directeur des Soins qui fixe le contrat lors du premier entretien.

☒ *Mobilité*

Une mobilité est exigée pour aider le postulant à se positionner comme manager

☒ *Apprentissage*

Il est soit avant, soit pendant la période préparatoire à l'IFCS. Il est très apprécié et ceci par les deux catégories d'acteurs.

☒ *Tutorat*

Il consiste en la création de fiches métiers, de profils de postes (profil en fonction du lieu d'activité), et d'une aide structurée, organisée, d'analyses de pratiques. Le tuteur est chargé de l'accueil du postulant, de sa présentation dans l'unité (Directeur des Soins ou tuteur) ; le tuteur reçoit individuellement sur rendez vous. Il n'a aucun lien hiérarchique avec le postulant. L'évaluation n'est pas un jugement mais une aide à la progression. Le tutorat est un engagement (voir contrat ci-dessus)

☒ *Préparation concours*

Elle est faite par un organisme extérieur pour deux établissements (A & B) et en interne pour le dernier (C). Elle est prise en charge par la formation continue (aide pour devoir écrit et support à l'argumentation orale). Elle est suivie après la période d'apprentissage. C'est pourquoi l'entrée au concours prends un minimum de deux ans (1 an d'accompagnement "faisant fonction", 1 an de préparation concours)

☒ *Nombre de postulants (anticipation GPEC)*

Il y a trois à cinq postulants par an. La programmation des "faisant fonction" est en lien avec les souhaits et les postes prévisibles (retraite, mutation, ...). Cette anticipation est également prévue dans le cadre de la GPEC (vivier de forces vives). D'ailleurs il est accepté davantage de projets professionnels que de postes disponibles pour compenser les écarts non prévus (désistements,...)

Enjeux

Avoir une politique d'accompagnement des postulants à la fonction cadre représente un enjeu de qualité car :

- Cela confirme que l'établissement a fait le bon choix parmi son encadrement
- C'est un moyen de progression, pour le postulant et l'établissement
- L'établissement rend la fonction attractive par l'augmentation des chances de réussite au concours
- La légitimité de la fonction est donnée par les textes (passage obligé) et renforcé par cette politique

- C'est un outil prévisionnel des compétences à venir (GPEC). Cela permet l'anticipation des recrutements.
- C'est un moyen de reconnaissance de cette fonction par l'établissement et le corps médical (une légitimation).
- C'est l'engagement d'établir et de respecter des valeurs communes, enjeux politique et déontologique.

3.2 Remarques et limites

⊗ Nous n'avons pas séparé dans l'enquête auprès des postulants « faisant fonction », ceux qui avaient eu un tutorat et les autres "faisant fonction". Cela peut donc représenter une limite car les distinguer aurait permis une étude qualitative plus exhaustive sur l'impact de la politique d'accompagnement. Cependant pour pallier ce déficit nous avons interrogé les manques perçus, afin de découvrir les points à réajuster dans une politique d'accompagnement réussie.

⊗ La politique d'accompagnement n'est qu'en cours de formalisation. Elle devrait faire partie du projet d'établissement vu les enjeux qui lui sont liés.

⊗ Les postulants sont très heureux de cet accompagnement mais beaucoup de progrès restent à faire. Il ressort un souhait général d'une plus grande formalisation (procédure écrite).

⊗ Certains faisant fonction doivent chercher eux-mêmes un accompagnement qui n'existe pas. D'ailleurs mettre fin à un projet est le plus souvent lié à la non présence d'un accompagnement.

⊗ De plus, le résultat de l'apprentissage dépend de l'intensité du suivi. Sans suivi ou sans tutorat ce n'est pas perçu comme réelle formation mais comme une compensation à un besoin de poste. « On est plus « bouche-trou » qu'en apprentissage ».

⊗ Il semblerait, parmi les gens interrogés, que tout projet accompagné soit allé jusqu'au bout. Cependant pour deux d'entre eux n'étant pas allés jusqu'au concours, l'accompagnement a permis une prise de conscience qu'ils n'étaient pas fait pour cela. Ainsi, on peut considérer que là aussi, l'accompagnement a été « jusqu'au bout » puisque positif pour eux.

⊗ Par ailleurs il faut également souligner l'impact de non rémunération de l'apprentissage. En effet nous avons montré que faire "faisant fonction" implique plus de responsabilités, plus de stress et donc plus de difficultés. Cependant rien n'a été formalisé quant à la compensation vis a vis de cette prise de risque, de l'encouragement et de la motivation (pécuniaire) lié au statut du "faisant fonction". L'établissement, en comparaison au coût d'un cadre formé, serait toujours gagnant. En effet, certains établissements accordent une « prime ».

Ainsi ces résultats d'analyse vérifient nos hypothèses :

- ☒ La politique d'accompagnement du directeur des soins contribue effectivement à repérer les potentiels, mobiliser les compétences et générer l'émergence du projet professionnel du postulant cadre.
- ☒ Le positionnement du postulant, en tant que cadre de santé, représente bien un enjeu pour lui-même et pour l'institution.

Cette enquête nous montre l'importance d'une politique d'accompagnement pour les postulants et la souffrance liée à leurs incertitudes lorsque celui-ci n'est pas accompagné.

Nous remarquons également que les trois établissements ont dû recourir à des postulants "faisant fonction" pour combler des postes non pourvus. Ceci nous prouve bien que dans la conjoncture actuelle, plutôt que de subir la pénurie, nous pouvons la saisir en tant qu'opportunité pour fédérer une politique d'accompagnement. Utiliser les postes de cadres vacants comme terrain de stage pour une mise en situation, à condition que celle-ci soit suffisamment anticipée, pourrait être le lien de la collaboration avec la Direction de Ressources Humaines au travers de la GPEC.

La pénurie de recrutement des cadres ne doit pas être synonyme de non qualité. En tant que Directeur des Soins responsable de la qualité, il est impératif de fédérer une politique d'accompagnement qui valorise l'établissement. Il est donc indispensable que cette politique fasse partie du projet d'établissement.

Nous allons dans un premier temps analyser l'enjeu stratégique représenté par la qualité au travers d'une politique d'établissement. En second lieu nous proposerons le rôle du Directeur des Soins, dans le processus de mise en œuvre de notre politique d'accompagnement.

1 LE PROJET D'ÉTABLISSEMENT

Le Directeur des Soins, responsable de la qualité et des personnels soignants, doit pouvoir se porter garant de la qualité des soins et du personnel qui les exécute. Sa politique est intégrée à la politique d'établissement. Sa mission de responsable « qualité » est primordiale.

1.1 La qualité un enjeu stratégique

Le souci de qualité est actuellement très présent, contrôlé et obligatoire en raison de la procédure d'accréditation et par conséquent vital pour l'hôpital. La qualité hospitalière est devenue une exigence légale et réglementaire :

- La loi portant réforme hospitalière du 31/07/91⁵⁸ a permis un pas dans la mise en place de la politique de qualité de soins, ainsi que donné l'importance de la stratégie du Directeur des Soins et de sa responsabilité en tant qu'expertise au travers de la commission du service de soins infirmier. Les ordonnances du 24 avril 96 renforcent cette notion de démarche qualité en instaurant l'accréditation.
- La loi 2002-303 du 04/03/2002⁵⁹ relative au droit des malades et à la qualité du système de santé en confirme l'importance.

La politique d'accompagnement du Directeur des Soins doit donc fédérer la qualité à travers son projet de soins, en y intégrant une formation des postulants cadres adaptée au contexte hospitalier complexe. Le cadre de proximité est au carrefour de tous les jeux de pouvoir liés à la proximité des acteurs qui travaillent souvent dans des situations d'urgence.

1.1.1 Du coté des usagers

Ils apprécient la qualité perçue de la prestation dont figure la qualité des professionnels ; leur expression est donnée à travers les questionnaires de sortie, leur

⁵⁸ REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. Loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991.

⁵⁹ REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Loi 2002-303 du 04/03/2002, relative aux droits des malades et la qualité du système, *Journal Officiel de la République Française*, 5 mars 2002.

présence au CA ou leurs plaintes auprès de la commission des relations avec les usagers. Ces éléments modifient la relation soignant/ soigné, les usagers acteurs et partenaires de soins demandent à être soignés efficacement et ceci dans des conditions optimales gérées par l'encadrement de proximité. Leur qualité relationnelle avec le malade et les familles est donc devenue capitale ainsi que leur positionnement en tant que manager. « Le cadre de proximité est un des maillons du management hospitalier »⁶⁰.

1.1.2 Du coté des professionnels

Cette procédure d'accréditation fait le lien étroit entre la démarche qualité et la qualité des professionnels chargés de la mettre en œuvre. Cette interdépendance est soulignée par « *la compétence du personnel [qui] représente un atout pour que l'hôpital puisse développer une démarche qualité* »⁶¹. Parmi les références certaines apprécient plus l'adaptation des compétences comme un élément de la qualité. La fonction du cadre de proximité est de favoriser la complémentarité et la synergie des compétences.

Comprendre ce changement identitaire pour savoir se positionner, avec autorité et pouvoir, est indispensable à la reconnaissance de la fonction cadre. « *De la gestion des flux d'activité dont sont responsables les médecins, dépend la gestion de l'organisation des soins dont sont responsables les cadres de proximité. C'est un acteur central de la filière professionnelle* »⁶². Il participe à l'orientation de certains choix stratégiques, « c'est l'œil du terrain »⁶³.

1.1.3 Le lien entre qualité et pénurie : Une opportunité à saisir dans la politique d'accompagnement Directeur des Soins

La difficulté démographique due aux départs en retraite anticipée accroît sûrement les besoins d'encadrement mais surtout impose de recruter des cadres compétents en gestion et sachant s'adapter. Cette contrainte peut devenir une opportunité pour l'établissement, en adaptant une politique d'accompagnement pour les postulants cadres qui soit attractive et qui légitime cette fonction d'encadrement. M. CREMADEZ⁶⁴ le

⁶⁰ HART J., LUCAS S., « Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres », Rueil Malmaison : Ed. Lamarre, Janvier 2003, p XVII.

⁶¹ DERENNE O., LUCAS A. coordonnateur, «Le développement des Ressources Humaines », Rennes ENSP, 2002.

⁶² Ibid. note 58, p XVI.

⁶³ Interview du DS, établissement B.

⁶⁴ CREMADEZ M., GRATEAU F., « *Le management stratégique hospitalier* », Paris : Ed. Inter éditions Masson, 1997. 445 p

confirme par ces propos, « *l'hôpital est une organisation dont l'efficacité repose essentiellement sur les compétences des professionnels* », là encore les capacités du manager sont mises à contribution (évaluées).

La mise en œuvre d'une politique d'encadrement pour les postulants à une fonction cadre permet d'évaluer, de sélectionner, de favoriser l'adaptation des compétences par un projet professionnel personnalisé et individualisé. Cette opportunité doit être saisie pour faire entrer et développer les nouvelles compétences adaptées aux besoins actuels de l'encadrement de proximité. Avoir des cadres compétents sachant gérer et s'adapter aux évolutions.

C'est l'occasion d'introduire et de favoriser la mise en place d'une dynamique diminuant la résistance au changement, et mettant en exergue l'importance d'une collaboration étroite entre Directeur des Soins et DRH dans une politique de GPEC, visant à anticiper le développement des Ressources Humaines.

1.1.4 Un lien entre accompagnement des cadres et politique d'établissement

La politique de gestion fait partie intégrante du projet d'établissement. Elle participe à sa mise en œuvre. Le DRH et le Directeur des Soins pour ce qui concerne les soignants sont fortement impliqués.

La vision globale collective des Ressources Humaines, sa projection dans l'avenir (par la GPEC) permet à l'hôpital de s'adapter aux évolutions nécessaires pour atteindre les objectifs du projet d'établissement. C'est la dimension stratégique de la direction des Ressources Humaines et de la direction des soins sur les plans quantitatifs et qualitatifs que l'on peut considérer comme dynamique. Le travail de collaboration DRH / Directeur des Soins représente un enjeu capital pour intégrer la politique d'encadrement des postulants dans le projet d'établissement.

Il est important de :

- Choisir, conserver, qualifier, l'encadrement soignant pour répondre à la complexité des organisations et s'adapter à la pénurie,
- Valoriser la légitimité de la fonction par la reconnaissance de l'institution au travers d'un plan de formation en interne,
- Trouver les cadres qui conviendront à remplir les missions et activités de l'hôpital par la recherche des potentiels des postulants,
- Prévoir les besoins en effectifs et en compétences à moyen et long terme pour l'hôpital.

C'est la détermination des besoins de l'hôpital.

Parallèlement Il est capital de :

- Adapter avec le Directeur des Ressources Humaines les tableaux des emplois, qui seront mis en adéquation avec les moyens budgétaires, et qui donneront des moyens dont bénéficie l'institution. Cette détermination des moyens donne un regard réaliste et fiable. L'importance d'une aide informatique est capitale pour l'élaboration de tableaux de bord, d'indicateurs.
- Rechercher l'adéquation des postes d'encadrement et des professionnels présents et futurs, en y intégrant l'adaptation d'une politique d'accompagnement des postulants. C'est l'adéquation entre les besoins et les moyens.

Les activités découlant de ces objectifs sont les recrutements, l'intégration, et l'évaluation de la formation d'accompagnement des postulants. L'accompagnement doit donc être intégré à la politique de formation continue de l'établissement.

La sélection du postulant ne visera pas uniquement à remplacer les postes vacants mais recherchera le postulant ayant les potentiels pour s'adapter à la fonction d'encadrement. L'apprentissage en service sera supervisé par une guidance adaptée (tutorat). Un travail avec l'IFCS en amont favorisera la complémentarité dans l'élaboration des référentiels de compétences, pour permettre aux postulants de mieux intégrer ensuite les connaissances apportées par l'IFCS suite au concours d'entrée.

1.2 La promotion interne des postulants : un objectif dans la politique d'accompagnement.

1.2.1 Optimiser les ressources humaines

La procédure d'évaluation et de recrutement des futurs cadres doit être formalisée en prenant en compte les différentes étapes, de la sélection à l'adaptation des compétences des futurs cadres. L'objectif visé est de « mettre la bonne personne au bon endroit », pour donner le soin le plus efficace et adapté à la personne soignée. Pour maintenir et accroître la qualité des soins dispensés au patient et préparer l'avenir des hôpitaux, il est important d'avoir un encadrement de proximité sachant manager les équipes de manière efficiente afin de favoriser la synergie des compétences au sein des équipes soignantes. L'optimisation des recrutements des cadres de santé devient une préoccupation importante du Directeur des Soins.

Accompagner les projets professionnels des postulants à la fonction d'encadrement est un moyen d'optimisation. Favoriser l'attractivité de cette fonction est un enjeu important pour l'institution. La pénurie que nous connaissons ne doit pas nuire à un recrutement de qualité. *« Il est nécessaire de maintenir toujours compétitive la qualité de la force de travail traduite en terme de performance ; la plus grande attention doit être*

*apportée à la qualité des recrutements, à la gestion courante et à la valorisation des personnes qui constituent le capital immatériel de l'hôpital »*⁶⁵. Ces propos tenus par un DRH montre l'importance du capital représenté par ces ressources ; il est d'autant plus important que le Directeur des Ressources Humaines et le Directeur des Soins travaillent en excellente collaboration et que cette politique d'accompagnement soit intégrée au projet d'établissement dans le projet social et le projet de soins. « *De tout les leviers mis à disposition des gestionnaires hospitaliers en terme d'administration des ressources, la gestion du personnel est sans doute la plus délicate, mais elle est également le levier sur lequel il est possible d'agir le plus efficacement par le biais du management* »⁶⁶. Tout l'encadrement, de direction ou de terrain, est impliqué dans la gestion des Ressources Humaines. La qualité de son management et des projets mis en place, aura une incidence considérable sur l'efficacité des ressources humaines et par ce fait sur la qualité des prestations offertes à l'utilisateur.

Le Directeur des Soins responsable du service infirmier a un rôle déterminant dans le domaine soignant. Engager les équipes dans une direction commune, fédérer les soignants autour d'un projet transversal dont le bénéficiaire sera implicitement le patient, sont ses missions. Sa culture soignante le rend expert dans le domaine de la qualité des soins. Sa collaboration avec le DRH apporte cette synergie de compétences dans la politique de gestion. La GPEC est par conséquent à intégrer dans la politique d'établissement à travers le projet d'établissement.

Responsable des soignants et de la qualité des soins donnés au patient, la politique d'accompagnement du Directeur des Soins est en lien avec sa mission de qualité. Elle représente en ce sens un enjeu stratégique. Les cadres sont en effet les relais de sa politique.

1.2.2 Mobiliser les compétences des postulants cadres pour un accompagnement adapté

La gestion des Ressources Humaines fait que chaque emploi individuel s'intègre dans une organisation collective. La Direction des Soins en collaboration avec la Direction Ressources Humaines sensibilise les postulants "faisant fonction" à se positionner par rapport aux finalités de l'établissement et influence leur engagement dans la vie professionnelle. L'épanouissement professionnel sera recherché en plaçant les futurs cadres dans des conditions positives d'investissement et de développement des

⁶⁵ J. ABBAD, « Organisations et management hospitalier », Paris : Ed. Berger-Levrault, 2001.

⁶⁶ Ibid. note 63

compétences. Lever leurs incertitudes par l'écoute et l'analyse de pratiques sera le point fort de cet accompagnement, associé au référentiel de compétences, outil indispensable entre le postulant et son tuteur.

L'influence du management du Directeur des Soins, et de son équipe CSS, sera fondamental dans la valorisation des postulants et sera facteur de succès (ou d'échec). Cette légitimité de l'institution, par une volonté affichée d'une politique d'accompagnement des futurs cadres, favorisera également la reconnaissance du corps médical vis-à-vis de la fonction d'encadrement.

1.2.3 Développer les potentialités des postulants et les aider à s'adapter aux changements

« *La gestion des Ressources Humaines doit être orientée vers les hommes et pas seulement vers les résultats organisationnels* »⁶⁷. Les postulants doivent s'épanouir, concrétiser leur projet d'encadrement en même temps qu'ils répondent aux objectifs institutionnels. C'est un facteur de satisfaction et de motivation important. Un accompagnement individualisé, une gestion personnalisée permettront au postulant de se sentir reconnu et valorisé ; cette reconnaissance par l'institution permettra l'optimisation des savoirs, des ses aptitudes permettant un développement de son savoir être, de son savoir agir, c'est-à-dire de ses compétences dans le sens large (savoir-faire et savoir social), en adéquation avec les besoins de l'hôpital, comme nous l'avons souligné dans les concepts.

Son implication et la qualité de sa prestation en seront alors augmentées. Ce sera l'émergence de son projet professionnel. La politique d'accompagnement lui aura donné envie d'être cadre (motivation). Le postulant sera alors convaincu qu'il est fait pour cela ; il croira en son projet. L'émergence du projet est fortement liée à l'attractivité de la fonction.

1.2.4 Intégrer cet accompagnement à un plan de formation

L'accompagnement, le soutien, le tutorat auront permis au postulant de mûrir et concrétiser son projet.

L'apprentissage comme "faisant fonction" aura par l'analyse de pratique aidé le postulant à se positionner comme cadre de santé, c'est-à-dire réfléchir à ce changement identitaire et mieux comprendre les notions d'autorité, de pouvoir, etc....

Du projet professionnel au statut de cadre, l'accompagnement est certes indispensable et son intégration dans un plan de formation continue permet la légitimité de la fonction. Cette prise en charge représente un enjeu important pour le postulant. L'accompagnement intégré à une formation permet aussi la fidélisation des cadres par la

⁶⁷ Ibid. note 63

négociation d'un contrat. Cela favorise une gestion anticipée des ressources humaines (GPEC).

Les enjeux institutionnels, en lien direct avec les théories universitaires de GRH⁶⁸, seront :

- Des Ressources Humaines disponibles ; recruter, fidéliser, anticiper.
- Des Ressources humaines mobilisées ; organiser, optimiser, évaluer.
- Des Ressources Humaines adaptables ; former, adapter, autonomiser.

Ce management des Ressources Humaines implique d'avoir une logique :

* d'anticipation * d'adaptation * d'optimisation * de valorisation

Le directeur des soins occupe une place prépondérante dans l'atteinte de ces objectifs et la déclinaison des activités à mettre en place à travers sa politique d'accompagnement. Cette mise en œuvre est aidée par l'équipe des CSS, en collaboration étroite avec le Directeur des Ressources Humaines.

Les objectifs seront clairement identifiés et portés à la connaissance de tous au travers du projet de soins et du plan de formation continue concernant la « promotion professionnelle ». Le projet social sera le document notifiant ces éléments avec transparence, lui-même faisant partie intégrante du projet d'établissement.

« Le projet d'établissement définit notamment sur les bases du projet médical, les objectifs généraux de l'établissement dans le domaine médical et des soins infirmiers, de la recherche biomédicale, de la politique sociale, des plans de formation, de la gestion et du système d'information »⁶⁹.

Après avoir souligné le lien entre politique d'accompagnement et projet d'établissement, nous allons maintenant développer la mise en œuvre du dispositif d'accompagnement d'un Directeur des Soins auprès des postulants "faisant fonction".

2 LA MISE EN ŒUVRE : LE ROLE DU DIRECTEUR DES SOINS

La conception et l'organisation de ce dispositif d'accompagnement des postulants relèvent de la compétence du directeur des soins. C'est en lien direct avec sa mission de qualité. Il lui revient d'évaluer les effets de ce dispositif, après avoir distribué les rôles et les missions de chacun au sein de la direction des soins. En effet, chacun à son niveau constitue l'un des maillons du processus d'accompagnement des futurs cadres ; le Directeur des Soins en est le pilote.

⁶⁸ B. DONIUS, cours GRH, ENSP, 2003

⁶⁹ Loi n°91-748 du 31-07-1991 portant réforme hospitalière.

Intégré dans une politique d'établissement, c'est l'affaire de tous et particulièrement de tout l'encadrement d'aider les postulants à aller au bout de leur projet professionnel.

L'évaluation des compétences est l'élément crucial de l'émergence du projet. « Elle implique l'individu autant que l'organisation »⁷⁰.

L'accompagnement de l'apprentissage "faisant fonction" va permettre de superviser le postulant pour qu'il se situe en cadre compétent capable de compléter ses connaissances et adapter ses compétences, l'année suivante, en IFCS. « Les outils d'évaluation peuvent aussi servir de base au développement individuel. Le plan de développement se concrétise dans le cadre d'une négociation entre l'individu et l'organisation »⁷¹.

2.1 Mise en place du processus d'accompagnement

Le Directeur des Soins face au manque de cadres et malgré l'exigence de professionnels de plus en plus performants, associe compétence et performance dans sa politique d'accompagnement. Il met en place un groupe de pilotage chargé du processus d'accompagnement, en proposant au postulant un accompagnement gagnant.

Le Directeur des Soins met en place un groupe de pilotage dont il est le pilote. En lien avec la GRH il valide les sous groupes de travail (3) :

- Le premier groupe est chargé d'élaborer la grille d'évaluation des potentiels, aidé d'un référentiel de compétences. Cet outil permet de repérer les compétences attendues liées au métier d'encadrement. Le Directeur des Soins missionne un CSS responsable par groupe. L'objectif de ce groupe est d'adapter l'outil pour **évaluer les potentiels du futur cadre** : Lister ses capacités par domaine de compétences, trouver et inscrire des indicateurs permettant de repérer ces aptitudes et de pouvoir les mesurer. Cet outil sera testé puis validé par le Directeur des Soins. Ce dispositif est un véritable carnet de bord ; il est indispensable au postulant ainsi qu'à son superviseur.

- Le second groupe est chargé, aidé du référentiel de compétences et des fiches de fonctions, d'établir un profil de poste du "faisant fonction" en apprentissage. Ce groupe élaborera les modalités d'inscription à la préparation du projet cadre (les conditions d'inscription, les conditions d'apprentissage et les modalités d'évaluation du projet cadre).

L'objectif est d'aider à élaborer le projet professionnel ou susciter son émergence.

Le 2^{ème} groupe sera également chargé d'élaborer le profil du tuteur (missions,

⁷⁰ LEVY-LEBOYER C., « Evaluation du personnel, S'évaluer pour gérer sa carrière », Paris : Ed. D'organisation.p104.

⁷¹ Interview du DS, établissement B.

compétences, exigences du poste....) ; ce profil sera validé par le Directeur des Soins, et élaboré avec l'aide du CSS gestion et d'une enseignante de l'IFCS.

- Le dernier groupe établira un programme de tutorat d'apprentissage pour développer les compétences requises, aider à la construction du projet professionnel et développer l'aisance à la préparation au concours d'entrée. **L'objectif est d'établir un programme de formation en interne.** Le Directeur des Soins favorisera la synergie des compétences par la pluridisciplinarité (pédagogie/ gestion) en prenant soin d'équilibrer ce groupe de travail : Cadre Supérieur de Santé, Cadre de Santé, Enseignants, Gestionnaires.

Le projet d'accompagnement sera validé par le Directeur des Soins en collaboration avec le Directeur des Ressources Humaines et en lien avec le service de formation continue. Il sera ensuite approuvé par le directeur du CH et présenté aux instances. Ce projet de formation interne sera diffusé dans le cadre d'une politique d'accompagnement des postulants par une campagne de communication adressée à tout le personnel soignant. Cette procédure a valeur de contrat entre les deux parties, c'est un engagement pour les deux partenaires. Il est consultable au bureau de formation continue.

2.2 Pistes d'actions du projet d'accompagnement, rôle du Directeur des Soins

2.2.1 Le contrat d'apprentissage

Nous avons vu qu'il était très important de créer un outil d'évaluation des potentiels bien en amont de la sélection pour faciliter la décision d'une mise en situation d'apprentissage en dehors de toute situation d'urgence. Le travail de collaboration avec la GRH, permettra à l'établissement de créer un « vivier » de futurs cadres.

Dès l'émergence d'un projet, connaître les motivations du postulant, lister ses capacités en lien avec des indicateurs précis, permet d'aider le futur cadre à exprimer clairement ses motivations ou à les préciser. Cette autoévaluation l'aide à prendre du recul par rapport à son projet, à l'élaborer, à le construire en dehors de toute pression liée à la sélection. Cet outil représente un outil d'aide à la décision pour valider le projet professionnel et décider du mode d'apprentissage. Cet outil d'autoévaluation est autant une aide du côté du postulant que du côté hiérarchie (CS, CSS). Suite à ce bilan la décision de la mise en apprentissage supervisée est prise par le Directeur des Soins. Un contrat d'apprentissage est alors rédigé avec le Directeur des Soins. Il sera présenté par lui-même ou par le DRH. Cette anticipation permettra de ce fait une GPEC de qualité.

2.2.2 Le tutorat : propositions

A) Le choix du tuteur

C'est un CS volontaire, sollicité par le Directeur des Soins ; qu'il soit CS ou CSS, il devra avoir cinq années d'expérience dont au moins trois dans un service de soins. Il accueille le faisant fonction, il l'accompagne durant tout l'apprentissage et doit le rencontrer au moins tous les deux mois. Ce tuteur participe au groupe de travail que l'on appellera « cadre tuteur », qui a pour mission d'améliorer le processus mis en place. Le Directeur des Soins pilote ce groupe de travail. Il informe les tuteurs de la procédure et des outils mis à leur disposition. Il est aidé dans cette mise en œuvre du CSS gestion qui le seconde dans le suivi du tutorat.

B) Les outils

Un livret d'évaluation pour les postulants intitulé : « devenir cadre infirmier aujourd'hui », est validé par le Directeur des Soins, le DRH et le chef d'établissement. Un listing des cadres tuteurs est mis à jour ainsi que le profil de poste du tuteur. Le postulant choisit son tuteur, le tuteur peut refuser. Si il accepte, un contrat est signé par les deux partenaires. C'est un véritable engagement des deux parties. Le Directeur des Soins valide la contractualisation entre le tuteur et l'apprenant. Ce choix réciproque est indispensable pour créer le climat de confiance indispensable pour progresser. Pour la même raison, ils sont en liaison formateur/ formé mais n'ont aucun lien hiérarchique.

C) Les missions du tuteur

C'est le principal interlocuteur des apprenants (postulants)

- Il s'engage à accompagner le postulant tout au long de sa préparation.
- Il est la personne de référence, il joue un rôle de relais dans l'acquisition et le partage des savoirs liés à l'expérience.
- Il est chargé de l'accueil du postulant et de son suivi (cahier d'autoévaluation).
- Il lui facilite ses rapports avec les autres organisations, le sensibilise au management. Il l'assiste aux réunions d'analyse de pratique pour enrichir les échanges par le partage des savoirs.
- Sa mission de « Passeur » entre les deux métiers (de l'infirmier expert soins au cadre manager) le fait s'assurer que les potentiels requis sont bien acquis. Il partage donc le cahier d'évaluation de suivi avec le postulant mais ne participe à aucune sélection.

D) La durée du tutorat et son contenu.

Il est en moyenne d'un an avec des analyses de pratiques trimestrielles. Elles sont animées par le CSS détaché à 50% à la formation.

Le carnet de suivi du postulant (trace écrite des autoévaluations et reflet de la progression du postulant signé par les deux parties) est transmis au CSS gestion délégué à cette mission qui transmet la synthèse d'évaluation de cet accompagnement au Directeur des Soins. Un module obligatoire, avec deux formations théoriques sur l'analyse de la pratique et du projet professionnel, permet au candidat de l'aider à avancer dans son choix professionnel et de se positionner. Un second module le prépare aux connaissances liées aux épreuves écrites et orales du concours. Il est facultatif et il peut être différé ou suivi ultérieurement avec un organisme extérieur.

E) Les acteurs

Le couple tuteur/ postulant se rencontre une à deux fois par semaine et procède à une analyse de pratique tous les deux mois, ainsi qu'à un bilan d'évaluation trimestriellement. Au bout d'un an, suivant l'évaluation de fin d'apprentissage, le postulant à un nouvel entretien avec le Directeur des Soins pour valider son inscription sur la liste d'aptitude au passage du concours d'entrée en IFCS.

Après accord et validation du Directeur des Soins il se présente donc au concours d'entrée et figure sur la liste des personnes prises en charge dans le cadre de la formation continue.

Une fois par an, une rencontre avec les nouveaux diplômés est organisée par le Directeur des Soins. Le chef d'établissement est invité ainsi que le DRH, le CSS gestion et les tuteurs. Cette journée d'accueil permet au postulant de connaître les nouveaux cadres diplômés, d'échanger sur l'année en école de cadres. Le Directeur des Soins présente son projet de soins et assure à tout ce « jeune encadrement » son aide et son soutien.

F) Commentaires/ discussion

- Une évaluation de ce projet d'accompagnement serait à prévoir à n + 1
- Un bilan de fonctionnement serait également à faire annuellement
- Une enquête de satisfaction serait à mener par le CSS gestion et transmise à la direction : DS, DRH, Directeur.
- Dans la majorité des cas le concours est présenté au bout de deux ans.

Processus proposé	Cumulé suivant expérience
N -1 : apprentissage avec tutorat.	
N : préparation IFCS.	N : tutorat + préparation concours
N +1 : réussite concours, étudiant.	N +1 : réussite concours, étudiant.

Dans le cas d'un échec, il y a possibilité d'un suivi avec le tuteur ou d'une réorientation aidée du CSS gestion, et du Directeur des Soins en collaboration avec le DRH. Ce tutorat comprend donc un suivi dans l'accompagnement.

G) Le rôle du Directeur des Soins

Avant le processus :

Le Directeur de Soins a eu le rôle politique de proposer un projet permettant de réduire l'écart entre le départ des cadres et la formation des nouveaux, après analyse de l'état des lieux. Il a su animer une équipe pour le mettre en place et former des cadres référents pour le faire vivre.

Pendant le processus :

Le Directeur des Soins, pour donner son avis, évalue lui-même les candidats. En cours de parcours, il peut décider de rompre le contrat dans le sens d'un désaccord entre cadre tuteur et postulant, ou d'une remontée d'informations négatives sur le postulant de la part du tuteur sous couvert du CSS gestion.

Après le processus :

Le Directeur des Soins accueille les nouveaux diplômés, il évalue le processus et met en place une équipe pour faire évoluer le projet. Il organise des réunions d'informations qui seront autant d'aide pour les nouveaux cadres de santé.

3 SYNTHÈSE DU DISPOSITIF

A) Avantages

- L'accueil des nouveaux cadres.
- La prise en charge des postulants qui permet une évaluation positive du projet professionnel.
- Le travail de collaboration et d'anticipation avec le Directeur des Ressources Humaines (aidé par les outils de GPEC).
- La diminution des incertitudes des postulants.
- Un partenariat avec l'IFCS.

B) Obligations

- L'évaluation du projet doit montrer que le dispositif répond bien aux solutions envisagées par la direction des soins.
- Le contrat formalise l'engagement des deux protagonistes et leurs responsabilités respectives.

C) Perspectives

- Pouvoir stabiliser le nombre de cadres et avoir ainsi une GPEC optimisée.
- Augmenter les réussites au concours et ainsi rendre attractif la fonction cadre.
- Maintenir cet enjeu qualité qu'est « l'accompagnement » pour un établissement.

Ce processus d'apprentissage pourrait permettre de remédier à la pénurie des cadres en accompagnant le postulant à quatre niveaux tout en maintenant la qualité de prise en charge :

- Sur le terrain en apprentissage faisant fonction, donc sous tutorat.
- Par un travail sur lui-même, dans l'analyse de sa pratique et l'émergence de son projet.
- Par la ressource représentée par le tuteur qui va l'aider pas à pas à lui apprendre son nouveau métier (positionnement).
- Par une aide préparatoire au concours d'entrée (interne ou externe).

CONCLUSION

La contrainte démographique liée à l'augmentation des départs à la retraite ajoute un élément à la pénurie croissante de cadres, dont souffrent les établissements de santé. Cette situation amène les établissements à mettre des postulants en service en tant que "faisant fonction" sur les postes vacants.

Nous avons vu dans ce travail que les métiers d'infirmier et de CS étaient deux métiers différents. On peut parler de changement identitaire. Placer des futurs cadres pour expérimenter la fonction et concrétiser leur projet peut accentuer leurs incertitudes, leur stress, parfois jusqu'à les faire abandonner. Leurs interrogations et leurs peurs amplifient la difficulté liée au changement et les questionnent sur le sens donné à leur projet.

Suite à nos constats, nous nous sommes demandés comment aider les postulants à poursuivre leur projet professionnel et rendre la fonction de cadre plus attractive. Comment, face aux difficultés de recrutements, trouver des solutions de remplacement qui respectent l'enjeu qualité de l'institution, et faire que le postulant y trouve des bénéfices.

Nous avons émis l'hypothèse que le positionnement du postulant en tant que cadre représente un enjeu important pour lui-même et l'établissement, et qu'une politique d'accompagnement pouvait aider à l'émergence et à la concrétisation de leur projet professionnel. Ceci permettrait de réduire leur stress et de les soutenir dans ce contexte de complexité hospitalière afin de les aider à trouver leur positionnement de CS.

Nous avons, à travers nos lectures, mieux identifié les compétences requises, le sens donné au projet professionnel, et ce qu'est l'accompagnement. Une enquête nous a permis de voir que dans les établissements où il existait une écoute et un accompagnement, les postulants allaient au bout de leur projet et qu'ils étaient satisfaits d'avoir pu tester sur le terrain ce qu'est la fonction d'encadrement.

Pourtant on remarque que peu d'établissements accompagnent l'éclosion et la maturation des projets pour devenir cadre, ceci probablement par crainte d'être « piégés » par leur propre système de gestion. Par conséquent, cela nous a fait nous pencher sur la compétence, mais aussi sur les moyens prévisionnels de gestion (GPEC).

Décider de rentrer dans une politique de promotion interne, c'est-à-dire avoir une stratégie d'accompagnement des futurs cadres, implique un choix politique et budgétaire de l'établissement. En effet il est nécessaire d'une part, de cibler les meilleurs candidats, et d'autre part que cet accompagnement fasse partie intégrante du projet d'établissement. Nos préconisations d'après nos analyses confirment nos hypothèses. Les établissements contraints de combler les postes vacants d'encadrement, pourraient saisir cela comme

une opportunité et utiliser ces services en tant que terrains d'apprentissage supervisés par un tutorat.

La troisième partie de ce travail nous a permis de proposer une mise en œuvre d'une formation interne dans le cadre d'une politique d'accompagnement. En effet, en tant que directeur des soins responsable de la qualité et de la formation du personnel soignant, il nous a semblé primordial de réfléchir à une politique d'accompagnement pour les postulants ; car nous sommes convaincus de la nécessité de cette politique. À l'avenir, il conviendra d'être attentifs aux éventuels perfectionnements qui pourraient être nécessaires sur le long terme. Un tel système requiert une logique d'amélioration continue pour demeurer cohérent avec les évolutions des établissements de santé.

Notre finalité est de mettre toutes les compétences des acteurs au service de l'utilisateur.

« Et si l'accompagnement réussie était la résultante d'une alchimie harmonieuse associant l'incitation institutionnelle et l'initiative personnelle⁷² [...] », nous répondrions de façon satisfaisante aux deux acteurs, institution et postulant, en respectant qualité et sécurité.

⁷² COSTE A., BRAUER E., LAMBIN G., groupe régional de recherche du CHU de Montpellier, « Formation », Objectif soins, mars 2000, n° 84. p 24.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1938. Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitalier, et d'assistant et assistante du service social de l'Etat. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 22 février 1938, 2163.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1943. Décret n°831 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 27 avril 1943.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1958. Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmières monitrices et d'infirmiers moniteurs et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 19 novembre 1958, 10400.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1975. Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières. *Journal officiel «Lois et décrets»*, 12 octobre 1975, 10566-10567.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1989. Décret n°89-539 du 3 août 1989 relatif au classement indiciaire des personnels infirmiers de la fonction publique et loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 dite le pors portant dispositions statutaire relatives à la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, (loi) 11 janvier 1986, 535 ; (article) 4 août 1989,9837- 9839.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1991. Loi 91-748 du 31 juillet 1991, portant réforme hospitalière, *Journal Officiel de la République Française*, 2 août 1991.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé, *Journal officiel «Lois et décrets»*, (décret) 20 août 1995, 12468.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 1995. Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 20 août 1995, 12469.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2001. Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps de cadre de santé de la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 1^{er} janvier 2002, 38.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Arrêté du 13 mars 2002 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée aux cadres de santé de la fonction publique hospitalière et

modifiant l'arrêté du 2 janvier 1992 fixant le montant de la prime d'encadrement attribuée à certains agents de la fonction publique hospitalière, *Journal officiel «Lois et décrets»*, 67 du 20 mars 2002, 4952.

- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002, Décret n° 550 du 19/04/2002, article 4, portant statut particulier du corps des directeurs de soins de la fonction publique hospitalière, *Journal Officiel «Lois et décrets»*, 23 avril 2002, 7187-7191.
- REPUBLIQUE FRANCAISE, 2002. Loi 2002-303 du 04/03/2002, relative aux droits des malades et la qualité du système, *Journal Officiel de la République Française*, 5 mars 2002.
- Circulaire DH/8A/PK/CT n°00130, relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers (cadres de santé), *Nomenclature des emplois types de l'hôpital*, Direction des hôpitaux, 20 février 1990.
- Circulaire relative au renouveau du service public, « Apparition de l'outil GPEC dans les hôpitaux », 23/02/1989.

OUVRAGES IMPRIMES

- AUBERT N., *Diriger et motiver*, Paris : Editions d'Organisation, 2002. 355p.
- AVENIER MJ., *La stratégie Chemin faisant*, Paris : Editions Economica, 1997. 393 p.
- BARANSKI L., *Le manager éclairé - piloter le changement*, Paris : Editions d'Organisation, 2001. 353p.
- BERNOUX P., *La sociologie des organisations*, Evreux : Edition du Seuil, 1985. 382 p.
- BLANCHET A., GOTMAN A., *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris : Nathan, 2003.
- BONNET R. & J., *Nouvelles logiques, nouvelles compétences des cadres et des dirigeants*, Paris : L'Harmattan, 2003. 254 p.
- BOUTINET J.P., *Anthropologie du projet*, Paris : Ed. Puf, 1993. p. 120
- CABIN P. (coordonnateur), *Les organisations, états des savoirs*, Auxerre : Ed. Sciences Humaines, 2002. 412 p.
- CLEMENT J.M., *Les pouvoirs à l'hôpital*, Paris : Edition Berger-levrault, 1995. 191 p.
- CREMADEZ M., GRATEAU F., *Le management stratégique hospitalier*, Paris : Ed. Inter éditions Masson, 1997. 445 p.
- FRACHON B., AGEPOS PME Rhône-Alpes, *Manager le changement, changer le management*, Lyon : Ed. Chroniques sociales, 2001. 151 p.
- GAREL G., *Le management de projet*, Paris : Ed. La découverte, 2003. 123p.

- GELINIER O., *Stratégie de l'entreprise et Motivation des hommes*, Paris : Edition D'Organisation, 1993. 372 p.
- GENELOT D., *Manager dans la complexité – Réflexions à l'usage des dirigeants*, Paris : Ed. I.N.S.E.P., 2001. 363p.
- IGALENS J., LOIGNON C., « *Prévenir les conflits et accompagner les changements* », Paris : Editions Maxima Laurent du Mesreil, 1997. 189 p.
- HART J., LUCAS S., « *Fonction cadre de santé, Management hospitalier* », Rueil-Malmaison : Ed. Lamarre, 2002. 180p.
- HART J., LUCAS S., « *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres* », Rueil-Malmaison : Ed. Lamarre, Janvier 2003, 180 p.
- HERZBERG F. & VORAZ C., « *Le travail et la nature de l'homme* », Paris : Entreprise Moderne d'éditions, 1978. 213p
- LE BOTERF G., « *De la compétence* », Ed. D'Organisation, 1994.
- LE BOTERF G., « *Construire les compétences individuelles et collectives* », Paris : Ed. D'Organisation, 1999. 445p
- LE BOTERF G., « *Compétence et navigation professionnelle* », Ed. D'Organisation, 2000.
- LEIF J. Philosophie de l'éducation, tome 4, Vocabulaire technique et critique de la pédagogie et des sciences de l'éducation, Ed. Delagrave, 1974, p 23.
- LEVY-LEBOYER C., *Evaluation du personnel, quels objectifs, quelles méthodes*, Paris : Edition D'Organisations, 1996. 247p.
- MASLOW A. « *Motivation et personnalité* », New York: Harper & Row, 1954
- MINTZBERG H., *Structure et dynamique des organisations*, Paris : Ed. D'Organisations. 1993.220p.
- NUTTIN J., « *Théorie de la motivation humaine, du besoin au projet d'action* », Paris : Ed. Puf, 1991. 383 p.
- PELPEL P., « *les stages de formation* », Paris : Ed. Bordas, 1989.
- SAINSEAULIEU R., *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation*, Paris : Ed. Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1988. 477p.
- SILLAMY N., « *Dictionnaire de la psychologie* », Paris : Ed. Bordas, 1980. 773p
- VROOM V.H., « *La motivation au travail* », texte original New York: Ed. Wiley, 1964.

ARTICLES

Dossiers

- « *Etre cadre en l'an 2000, réflexion et théorie* », *Soins Cadres, La revue de l'encadrement de la formation*, 2^{ème} trimestre 2000, n°34, pp. 2 à 37.

- « Etre cadre en l'an 2000, approche et pratiques », *Soins Cadres, La revue de l'encadrement de la formation*, 3^{ème} trimestre 2000, n°35, pp. 2 à 45.
- « La Gestion Prévisionnel des Effectifs, des Emploi et des Compétences - Adapter les ressources humaines aux besoins de demain », *Acteurs Magazine*, Juillet - Août 2002, n°67. pp.11 à 15.
- « Cadres-Infirmiers : dynamiser le changement », *Objectif Soins, Cahier du Management*, Août Septembre 2001, n°98, pp. 1 à 13.
- « Le cadre infirmier en mutation », *Objectif Soins*, Octobre 1995, n°36, pp. 23 à 36.
- « Les compétences, de l'individuel au collectif », *Soins Cadres*, Février 2002, n°41, pp.18 à 52.
- « Les cadres de proximité, entre légitimité et désertion, *Management Sanitaire et Social*, Septembre 2001, n°7, pp. 13 à 20.

Articles

- ALIX I., BERNIER M., « Projet professionnel et formation », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, pp. 21 à 24.
- ARONICA F., MONNOT A., « l'hôpital dans sa diversité », *Gestion Hospitalières*, Mai 2003, n°426, pp. 355 à 364
- ABBAD J., CALMES G., « Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier », *Gestions Hospitalières*, Août/ Septembre 1995, pp. 546 à 557.
- BERBAUM J., « Apprendre à apprendre », *Sciences Humaines*, Hors Série, Février Mars1996, n°12, p 40.
- BOUDAIS M., « Devenir cadre infirmier », *Décision*, Septembre 2003, n°197, pp. 8 à 10.
- BOURASSIN P., LE BELLEC N., « Evolution des fonctions d'encadrement », *Personnel*, Août Septembre 1996, n° 372, pp. 66 à 73.
- BOUTINET JP., « Les multiples facettes du projet » *Sciences humaines*, n°39, Mai 1993, pp.32 à 36.
- BRETIN MM., DEPORCQ B., JOUFFRE B., et al, « les cadres soignants, du modèle à la pratique », *Gestions Hospitalières*, Avril 1996, pp. 289 à 301.
- COSTE A., BRAUER E., LAMBIN G., « Formation », *Objectif soins*, mars 2000, n° 84. pp. 24.
- DEKUSSCHE C., «L'épuisement professionnel des soignants, un syndrome identitaire ? », *Soins Cadres*, Août 2001, n° 39, pp. 12 à 13.
- DREVET G., « Cadres de proximité, une mission de management, des compétences à optimiser », *Soins Cadres*, Février 2002, n°41, pp. 54 à 59.
- DUBOYS FRESNEY C., « La direction du service de soins infirmiers et la place des cadres », *Objectifs Soins*, Août/ Septembre 2001, n°98, pp. II à IV.

- GHERARD JL, « Réflexions autour des enjeux du pouvoir et de l'autorité », Soins Formation – Pédagogie – Encadrement, 3^{ème} trimestre 1994, n°11, pp. 8 à 17.
- GIMENEZ G., « Le groupe dans la formation des cadres de santé », *Soins Cadres*, Février 2002, n° 41, pp. 60 à 64.
- GUENOT V., DE PONTLEVOYE M., « Management des compétences, pratiques des entreprises européennes », *Personnel*, Novembre 2000, n° 414, pp.46 à 49.
- HUHALDE M. « Identités professionnelles et mondes sociaux de l'entreprise », *Cultures en mouvement*, n°38, pp. 29 à 31.
- JEAN P., « Le malaise des cadres soignants », *Gestion Hospitalières*, Novembre 1999, pp. 680 à 682.
- LAZARE J., « Le cadre expert : le regard et l'approche », *Gestion Hospitalières*, Mai 2003, n°426, pp. 365 à 368.
- LE BOTERF G., « Les compétences, de l'individuel au collectif », *Soins Cadres*, Février 2002, n°41, p20-24.
- MERKILING J., MENAÏ S., « Cadre de santé et polyvalence », *Soins Cadres*, novembre 2002, n° 44, pp. 58 à 60.
- MENARD C., ADICEOM F., « Cadre infirmier: entre projet individuel et projet collectif », *Soins Formation Pédagogie Encadrement*, 4^{ème} trimestre 1996, n°20, pp. 43 à 46.
- MINTZBERG H., « Nous vivons dans le culte du management », *Sciences Humaines* Mars/Avril 1998, Hors série n° 20, pp. 21 à 25.
- PIAGET J., « Les psychologies de l'apprentissage », *Sciences Humaines*, n°32, octobre 1993, p 11.
- POSTEL FERRY B., « Cadres : entre le droit et l'éthique », *Objectifs Soins*, Mai 1999, n°75, pp. IX & X.
- SENE-BOURGEOIS M., « Regard sur le métier infirmier dans le système de santé français actuel », *Gestion Hospitalières*, Mai 2003, n°426, pp. 388 à 391.

Contribution d'articles

- EYMARD-SIMONIAN C., Projet individuel, projet institutionnel et identité collective. In« Projet professionnel et formation », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p22.
- DONNADIEU B., La formation par alternance, coopération herméneutique. In « *Projet professionnel et formation* », *Soins cadres*, Août 2001, n°39, p21.
- MONTMOLLIN (de) M., « L'intelligence de la tâche, éléments d'ergonomie cognitive ». & GILLET P., « Pour une écologie du concept compétences » & TOUPIN L., « La compétence comme matière, énergie, et sens » & BELIER S., « Traité des sciences et techniques de la formation », p226. In « Mobilité fonctionnelle et transférabilité de

compétences », Maîtrise Sciences et Techniques de Gestion, Université Paris dauphine, 2002.

MEMOIRES

- CHARON J., « *L'accompagnement du "faisant fonction", un bénéfice pour le postulant et le "faisant fonction"* », Mémoire Directeur des Soins : ENSP, 2002. 71p.
- JAMBOU Ch., REVERSAT M., « *Réduire la distance entre carte et territoire, le projet d'établissement un vecteur de la qualité* », Mémoire Maitrise en management des services de santé : IUP LYON III, 1995-96. 105p.
- LE BONNIEC B., « *Le cadre de proximité : un acteur au cœur de la complexité du système hospitalier* », Mémoire Infirmier Général : ENSP, 2000. 78p.
- PICHON C., « *Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolutions du métier de cadre de santé* », Mémoire Infirmier Général : ENSP, 2000.72p.
- SLIWKA C., « *Mobilité fonctionnelle et transférabilité de compétences* », Maîtrise Sciences et Techniques de Gestion, Université Paris dauphine, 2002. 65p.
- TURBIAUX D., « *L'infirmier général et les cadres supérieurs infirmiers : une compétence collective au service du patient* », Mémoire Infirmier Général, ENSP, 2001. 84 p.

DOCUMENTS PEDAGOGIQUES

- BARTHES R., « *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », Formation des directeurs de soins, ENSP, 2003.
- DONIUS B., « *Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences* », Enjeux, concepts et illustrations, ENSP, 2003.
- SCHWEYER F.X., « *Sociologie de l'organisation hospitalière* », Formation des directeurs de soins, ENSP, 2003.

Liste des annexes

ANNEXE I

Guides d'Entretien

ANNEXE II

Grille d'Analyse

Guides d'entretiens

Guide d'entretien pour les "faisant fonctions"

Thème 1 : L'émergence du projet professionnel

6. Sur le souhait de postuler à la fonction de cadre quelles étaient vos principales motivations et appréhensions ? (lié au projet professionnel)

- *Aviez-vous élaboré un projet professionnel*
- *A qui vous êtes-vous adressé*
- *Existe-t-il une procédure, démarche institutionnelle, pour valider votre demande et quelle est-elle*
- *L'expérience que vous avez eue faisait-elle partie d'une stratégie d'accompagnement de votre projet professionnel ?*

Thème 2 : Positionnement et représentation de la fonction

7. Qu'est ce qu'un cadre pour vous, comment définiriez vous cette fonction ? (lié au positionnement et à leur représentation)

- *Qu'est ce qu'un cadre pour vous, comment définiriez vous cette fonction ?*
- *Qu'est ce qu'un manager ?*
- *Quelle est votre représentation du métier ?*
- *Comment voyez-vous le cadre, ses missions ?*

Thème 3 : L'accompagnement

8. Au cours de votre apprentissage en tant que faisant fonction, quels ont été les éléments aidant, freinant ? (lié à l'accompagnement de l'apprentissage du tutorat)

- *L'expérience vous a-t-elle conforté dans votre projet ?*
- *Existe-il un profil de poste ?*
- *Avez-vous été présenté ? A qui ? Par qui ?*
- *Existe-t-il une prime institutionnelle comme intéressement ?*
- *Avez-vous le sentiment que vous pouvez agir sur les organisations ?*

- *Avez-vous été évalué au cours de l'apprentissage ?*
- *En quoi consistait l'aide ?*
- *Quelles difficultés avez-vous rencontré ? Qu'auriez vous aimé ?*

Thème 4 : Connaissance de leurs propositions

9. Comment voyez-vous cet accompagnement qu'auriez vous aimé que l'on vous propose (lié à l'accompagnement et à leurs attentes) ?

- *Avez-vous eu des évaluations ? Avec qui ? A quel rythme ?*
- *Avez-vous eu des analyses de pratiques ? Avec qui ?*
- *Aviez-vous un lien hiérarchique avec votre tuteur ?*
- *Avez-vous fait votre expérience dans un service différent ?*

Thème 5 : La plus-value

10. Est-ce que le fait d'avoir fait fonction à apporter une plus value pour vous ? pour l'institution ?

Guide d'entretien pour les Dirigeants et l'Encadrement

⇒ Les questions étaient identiques pour les DS, CS et CSS.

Question globale : Existe-t-il une politique d'accompagnement pour les postulants à la fonction de cadre de santé et en quoi consiste-t-elle ?

- *Quelle est la procédure lorsqu'un postulant a un projet professionnel de CS et souhaite postuler ?*
- *Lui propose-t-on une mise en situation ? Et si oui, combien de temps ? Est-ce sur volontariat ?*
- *En quoi consiste l'accompagnement que vous proposez au postulant ?*
- *Existe-t-il une procédure écrite dans l'établissement à ce sujet ?*
- *Est-ce une aide dans votre gestion (GPEC) ?*
- *Quelle collaboration avez-vous dans cette politique d'accompagnement avec le DRH ?*
- *Est-ce une aide face à la pénurie et quels sont pour vous les facteurs d'attractivité que peut vous offrir l'institution pour les postulants ?*

	<i>Commentaires</i>	<i>Code</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Code</i>	<i>Commentaires</i>	<i>Code</i>	
N°entretien	1	1	2	2	3	3	Etc....
Interviewé							
Ets							
Fonction							
Faisant fonction							
<i>Durée FF</i>							
Accompagnement							
Tutorat							
Procédure de prise de poste FF							
Nomination							
Note de service							
Réunion cadre							
Volontariat							
Devenir							
Projet							
Entretien d'évaluation							
Enjeux institutionnel							
Enjeux FF							
Légitimité							
Crédibilité							
Reconnaissance							
Attractivité							
Valorisation							
GPEC							

Grille d'analyse
