



ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

Infirmiers généraux

Date du Jury : Octobre 2001

L'infirmier faisant fonction de manager Quel accompagnement ?

Elisabeth DUSAUSOY

Sommaire

1 - INTRODUCTION	
2 - LE CADRE DE SANTÉ DE PROXIMITÉ : UNE MISSION QUI ÉVOLUE DANS LE SENS DE L'ÉVOLUTION DES ÉTABLISSEMENTS DE SANTÉ.....	
2.1 L'Evolution des organisations hospitalières : vers une gestion transversale, centrée sur le patient-client, grâce à un processus de soins animé par des soignants autonomes et responsables.....	
2.2 Evolution du rôle du cadre : d'un agent de maîtrise à un facilitateur de changement à la frontière de l'opérationnel et du stratégique	
2.2.1 Le cadre de proximité : une évolution dans le cadre d'un processus de professionnalisation	
2.2.2 Le cadre facilitateur de changement, créateur de potentiel pour l'organisation, à la frontière de l'opérationnel et du stratégique.....	
2.3 Cadre de proximité : une fonction mal définie, des acteurs qui recherchent un véritable positionnement dans l'institution et une insuffisance de postulants à la fonction.....	
2.3.1 Un cadre législatif insuffisant	
2.4 La pénurie de cadres et les moyens mis en oeuvre par les établissements de santé pour y pallier.....	
2.5 Faire fonction de cadre de santé : de nombreux défis à relever	
3 - MÉTHODOLOGIE – CONDUITE DE LA RECHERCHE	
3.1 Questionnement initial.....	
3.2 Phase exploratoire.....	
3.3 La problématique	
3.4 Construction du modèle d'analyse.....	
3.4.1 Le cadre conceptuel.....	
3.4.2 Les hypothèses	
3.5 Choix de la démarche de recherche	
3.5.1 Rendre compte du réel : Matériel et méthode	
3.6 Analyse.....	
3.7 Les limites de la recherche	
4 - LE PASSAGE D'UNE POSITION DE SOIGNANT À UNE POSITION DE CADRE : LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE IDENTITÉ PROFESSIONNELLE	

4.1	L'identification à la fonction cadre et le changement de système de référence ou comment l'individu conçoit son travail, son rôle, sa mission.....	
4.2	La reconnaissance institutionnelle ou quelle image de son rôle est-elle renvoyée à l'individu	
4.3	La modification du système d'action des infirmiers faisant fonction de cadres ou comment se traduit le changement de métier dans la pratique professionnelle quotidienne	
4.4	Vérification des hypothèses : comment s'effectue le changement de métier	63
5 - LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES INFIRMIERS FAISANT FONCTION DE CADRES : VERS UN PROJET DE VALORISATION DES COMPÉTENCES ET DE PROMOTION DE LA FONCTION CADRE.....		
5.1	Les finalités du projet	
5.2	Le cadre de référence du projet.....	
5.2.1	Une contractualisation : reflet d'une cohérence institutionnelle en matière d'encadrement et de management.....	
5.2.2	Un accompagnement individualisé centré sur la construction identitaire professionnelle des individus.....	
5.2.3	Un processus d'apprentissage dont l'objectif est de permettre à l'individu de définir son métier	
5.3	Les phases du projet.....	
6 - CONCLUSION : CE QU'IL FAUT RETENIR DE NOTRE ANALYSE.....		
BIBLIOGRAPHIE		
ANNEXES		

Liste des sigles utilisés

C.H : Centre Hospitalier.

C.H.S : Centre Hospitalier Spécialisé.

C.H.U : Centre Hospitalier Universitaire.

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers.

Avertissement

Nous souhaitons préciser ici le sens donné à certains termes essentiellement dans un but de meilleure lisibilité.

Métier :

Savoir-faire professionnels généraux, reconnus et validés pour une même catégorie professionnelle. Savoir pratique, corpus de connaissances et d'expériences accumulées transmissibles pour assurer sa pérennité.

Profession :

Corps constitué par tous ceux qui pratiquent le même métier.

Fonction :

Exercice d'un emploi, d'une charge. Ce que doit accomplir une personne pour jouer son rôle dans la société, dans un groupe social. Les fonctions constituent l'ensemble des obligations de la profession.

Compétences :

Ensemble de capacités à résoudre un problème, dans un contexte donné, de manière efficiente et en mobilisant un ensemble de savoirs ou de comportements adaptés.

Acteur :

Selon le modèle de «l'acteur dans le système » de Michel Crozier, le mot acteur renvoie à celui de rôle, soit des moyens différents pour chacun d'interpréter ce qu'il a à faire, d'où une certaine liberté, une possibilité d'autonomie dans la capacité à faire des choix, une place laissée à l'initiative humaine .

Processus :

Suite ordonnée d'opérations aboutissant à un résultat. Ensemble d'activités c'est-à-dire de ressources et de compétences spécifiques qui traversent les structures verticales formelles et qui permettent la réalisation d'un produit ou d'un service ayant de la valeur pour un client (externe ou interne).

1. INTRODUCTION

Le vieil adage selon lequel «la santé n'a pas de prix » n'est aujourd'hui plus de mise.

L'augmentation importante des dépenses de santé de ces dernières années impose de définir et de rationaliser le «coût » de la santé.

Les établissements de soins se mettent en **état de projet**. Ils favorisent l'émergence de la gestion de production pour mieux mesurer le coût des activités de soins dont l'évaluation devient un objectif prioritaire.

C'est au cœur de cet environnement en pleine mouvance que s'inscrit aujourd'hui la pratique des soignants et les institutions recherchent de nouveaux modes d'organisation favorisant l'efficience. Ainsi, l'utilisation de types de management plus participatifs tend à exiger des professionnels soignants d'être de véritables **acteurs** dans un **processus de prise en charge** au service d'une **mission collective**.

Les défis à relever par les institutions de soins aujourd'hui nécessitent la participation, la réflexion commune de tous les acteurs, de même qu'un décroisement, une gestion transversale, un raisonnement de processus de production de soins au bénéfice du patient et donc une **modification du lieu de décision**.

Chacun doit pouvoir s'adapter rapidement à une situation inhabituelle et mettre en œuvre à son niveau des actions correctives à des dysfonctionnements.

Environnement complexe et changeant, contraintes économiques, modes de management participatifs au service d'un projet collectif, voilà qui transforme la mission et le rôle des **cadres de santé** dans les organisations de soins. Point d'ancrage des pressions internes y régnant qui correspondent à des logiques d'action différentes, ils sont en recherche d'identité et de sens et assurément les pionniers, de par la position focale qu'ils occupent dans l'organisation, d'un changement fondamental et durable des systèmes en place.

Ils doivent faire évoluer leurs compétences d'analyse, d'anticipation, de veille stratégique, d'argumentation et développer leur rôle pédagogique auprès des équipes afin de favoriser une plus grande **responsabilisation** et une **auto-évaluation** des pratiques.

Les **cadres de proximité**, désignés aujourd'hui comme des acteurs clé dans les organisations hospitalières, doivent posséder de réelles compétences de **manager** pour rendre les membres des équipes acteurs de progrès et de qualité.

Parallèlement, les projets nécessaires au dynamisme et à l'évolution de l'hôpital doivent être gérés dans un contexte de **contraintes** sans cesse augmentées et les cadres sont bien souvent engagés dans d'impossibles conciliations. Ils dénoncent aujourd'hui une dégradation de leurs conditions de travail et décrivent un réel malaise. Ils estiment ne pas disposer des outils nécessaires pour faire face aux multiples défis qu'ils doivent affronter et affichent une réelle démotivation qui pourrait conduire l'hôpital public à une crise majeure à court terme.

Par ailleurs, les établissements doivent faire face aujourd'hui à une **pénurie de cadres** certifiés ou diplômés ce qui les oblige à avoir recours à des **infirmiers¹ faisant fonction de cadres de proximité**. Ces individus doivent répondre à une mission de cadre sans avoir bénéficié de formation préalable.

Les infirmiers positionnés en fonction de cadres de proximité doivent relever de nombreux défis et ce dans un délai très court. Ils doivent acquérir de nouvelles **compétences**, inscrire leurs actions dans une autre dimension, apprendre un **nouveau métier**. Ceci nécessite la mise en œuvre de mécanismes d'engagement personnel tels qu'ils risquent de déstabiliser l'individu qui ne bénéficie pas du recul apporté par la formation.

Alors comment l'infirmier faisant fonction de cadre opère-t-il ce changement de métier ?

Quelles sont les difficultés qu'il rencontre ?

En quoi l'institution l'aide-t-elle à opérer ce changement ?

Quel dispositif d'accompagnement faut-il mettre en place pour aider l'individu dans son cheminement ?

Quel est le rôle de l'infirmier général dans l'élaboration et la mise en place de ce dispositif ?

Répondre à ce questionnement nous amène à poser les **hypothèses** suivantes :

- ❖ Pour changer de métier, l'infirmier faisant fonction de cadre vit la construction d'une nouvelle **identité professionnelle** à la fois :
 - Parce qu'il s'**identifie** à la fonction cadre ;
 - Et parce qu'il bénéficie, dans sa nouvelle fonction, d'une **reconnaissance de l'institution**.

¹ Lire partout infirmier, infirmière.

- ❖ Ce changement de métier modifie son **système d'action** c'est à dire la manière dont il entre en jeu avec les autres acteurs.
- ❖ L'**accompagnement** des infirmiers faisant fonction de cadres doit consister en un processus d'apprentissage individualisé de type «initiation», dont l'objectif est de favoriser la construction d'une nouvelle identité professionnelle et qui prenne en compte les éléments constitutifs de celle-ci.

La **grille de lecture du réel** dont nous nous servons pour mieux percevoir les mécanismes que l'individu doit mettre en jeu dans cette situation utilise les concepts de la **construction identitaire** et de l'identité professionnelle ainsi que notre propre vision des **compétences** requises pour être cadre de santé et du changement que vivent les infirmiers faisant fonction de cadre de proximité.

Nous avons privilégié une approche de type **qualitative** qui se traduit en terme méthodologique par une exploration du réel à visée de **compréhension** et de **connaissance** des phénomènes à travers :

- Des **entretiens exploratoires** ayant pour but de mieux cerner le questionnement autour de la mise en faisant fonction et des défis à relever pour les individus que cela concerne ;
- Un questionnement de responsables en la personne de nos collègues infirmiers généraux en formation ayant pour but de vérifier la tendance actuelle à faire appel à des infirmiers faisant fonction de cadres de proximité ;
- Des **entretiens** auprès de plusieurs infirmiers faisant fonction de cadre dans un établissement de santé avec des durées d'occupation de ce poste très variables ayant pour but de mettre en évidence les mécanismes que l'individu met en jeu et en quoi intervient l'institution dans l'adaptation à cette nouvelle fonction.
- Des entretiens auprès de supérieurs hiérarchiques ayant pour but :
 - De mieux comprendre le rôle de la reconnaissance institutionnelle dans la transformation identitaire ;
 - De mieux cerner les objectifs et les conditions de mise en place d'un processus d'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadre de proximité.

Après avoir précisé le **contexte** dans lequel se situe ce questionnement de recherche, précisé la **démarche méthodologique** et resitué les **différentes étapes** qui constituent notre démarche d'investigation, nous progresserons dans notre **analyse** en **deux étapes** successives aboutissant à des **perspectives de réflexion** pour d'autres sujets de recherche.

La **première étape** précisera les **mécanismes de transformation** de l'individu dans la construction de son nouveau système de référence professionnel.

La **deuxième étape** définira comment concevoir un **dispositif d'accompagnement** des individus qui vivent ce changement, en quoi il doit tenir compte des phénomènes explicités dans la première étape et comment l'infirmière générale s'inscrit dans la conception et la mise en place de ce dispositif.

2. LE CADRE DE SANTE DE PROXIMITE : UNE MISSION QUI EVOLUE DANS LE SENS DE L'EVOLUTION DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Analyser un **positionnement d'acteur** dans une organisation nécessite au préalable que soient définis les éléments structurels qui en composent l'environnement.

Nous allons donc ici préciser les éléments qui, à notre sens, déterminent le contexte dans lequel se situe notre questionnement de recherche :

- La **mission actuelle des cadres de proximité** dans les établissements de santé et le sens de son évolution ;
- Le **malaise** régnant aujourd'hui parmi cette catégorie professionnelle ;
- La **pénurie** de cadres et les moyens mis en œuvre par les établissements pour y pallier ;
- Les défis à relever pour les **infirmiers faisant fonction de cadre** de proximité.

2.1 L'EVOLUTION DES ORGANISATIONS HOSPITALIERES : VERS UNE GESTION TRANSVERSALE, CENTREE SUR LE PATIENT- CLIENT, GRACE A UN PROCESSUS DE SOINS ANIME PAR DES SOIGNANTS AUTONOMES ET RESPONSABLES

La place de l'hôpital public dans le système de santé dépend de sa capacité d'adaptation aux évolutions de son environnement et l'institution hospitalière s'inscrit dans une **dynamique de changement structurel et organisationnel**.

On observe aujourd'hui une nouvelle configuration de l'entreprise sanitaire, plus ouverte sur l'extérieur, plus soucieuse de qualité et de rigueur, d'avantage centrée sur l'essentiel et sollicitant autrement ses personnels.

Comme nous le dit Marc Uhalde² en parlant des entreprises de service public en contact avec les usagers : *«ce n'est plus l'évitement des face-à-face ni les cloisonnements entre strates hiérarchiques qui définissent la dynamique de ces organisations, mais un double mouvement de professionnalisation du travail et de justification du sens de la mission publique...au cœur de ces échanges, la notion de service public occupe une place essentielle : elle constitue à la fois un repère pratique permettant aux agents de justifier leurs décisions face aux usagers et un repère symbolique permettant de soutenir une identité professionnelle de service public. »*

L'institution publique doit passer d'une culture **bureaucratique** à une culture d'**autonomie** et d'**initiative**.

L'hôpital est une **entreprise de service**. Les usagers sont ses clients et ils savent aujourd'hui s'organiser pour exprimer leurs attentes et faire valoir leurs droits.

Les **démarches continues d'amélioration de la qualité** s'appuient sur une connaissance et une prise en compte des attentes du «patient – client » qui nécessitent d'aller au devant de celui-ci.

Or, cette analyse ne peut se faire que sur les lieux de production des soins par les opérateurs. Dans une logique de service, on ne peut plus renvoyer à la hiérarchie ce que l'on peut traiter soi-même.

Les problèmes d'adéquation, d'évolution et de pertinence du service à rendre aux usagers exigent souplesse, initiative et adaptation rapide. Le niveau de décision se modifie.

Ainsi, l'organisation des établissements de santé tend à se modifier et à se centrer sur le patient dans une dimension transversale de **processus**. Dans ce cadre, on fait appel aujourd'hui à une **compétence collective** qui réclame une grande **autonomie** et une **responsabilisation** des acteurs.

On agit sur les conditions de travail, sur l'implication, la participation, sur les compétences par la formation en s'appuyant sur un **encadrement** dont l'évolution est au cœur du processus de changement.

² HUHALDE M. Identités professionnelles et mondes sociaux de l'entreprise. *Cultures en mouvement* n° 38, p 29 à 31.

2.2 EVOLUTION DU ROLE DU CADRE : D'UN AGENT DE MAITRISE A UN FACILITEUR DE CHANGEMENT A LA FRONTIERE DE L'OPERATIONNEL ET DU STRATEGIQUE

2.2.1 Le cadre de proximité : une évolution dans le cadre d'un processus de professionnalisation

Georgette Perrin³ nous remémore que *«30 ans d'histoire infirmière et de volonté de positionnement professionnel séparent la surveillante du service de soins hospitalier, promue souvent parce que bonne infirmière, du cadre de santé, responsable, pour son champ de compétences, de la qualité des prestations offertes. »*

Dans le passé, la nomination au rang de cadre venait plutôt entériner une reconnaissance tournée vers le passé qu'obéir à un véritable investissement pour l'avenir

Dans les années 1970, les services se spécialisent et l'infirmière est une **technicienne** recherchée.

La surveillante est alors une **«super technicienne »** en soins infirmiers, référent pour le personnel dans le domaine des soins.

Dans les années 1980, avec le développement du management participatif, les directions s'appuient sur le **rôle stratégique** du personnel d'encadrement qui, s'occupant d'équipes pluridisciplinaires en nombre croissant, devient facteur de régulation et de gestion incontournable.

Dans les années 1990 et suivant une logique de complémentarité générée par la *loi n° 91-748 du 31 juillet 1991* portant réforme hospitalière et les *ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996*, le cadre devient **partenaire** du chef de service dans l'organisation des services et l'animation des conseils de service et participe à la définition des projets de restructuration pour lesquels il doit entretenir la motivation des personnels.

³ PERRIN G. Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui. *Soins cadres*, 2^{ième} trimestre 2000, n° 34, p 11 à 14.

La création de la **Direction des Soins Infirmiers** et de la **Commission du Service de Soins Infirmiers** légitime la position des cadres dans la gestion des soins.

Les **modifications structurelles** entraînent les cadres dans une dynamique nouvelle : **restructurations** internes et externes, coopération avec l'environnement, partage des savoirs et des informations, extériorisation et continuité des soins.

L'**évaluation** et l'**accréditation** engagent toutes les équipes dans une réflexion sur les pratiques : le cadre et le chef de service sont partenaires dans cette dynamique.

Ainsi, si l'évolution de la **mission des cadres de proximité** est liée à l'histoire de la professionnalisation, celle-ci a suivi la mutation organisationnelle et structurelle de l'institution hospitalière.

La gestion par **processus** et par **projets** fait éclater les identités professionnelles dans la mesure où elle met en lien des **réseaux de compétences** plus que des groupes professionnels.

La surveillante «répressive », chef d'équipe, qui contrôlait la bonne marche du service et des personnels, assurait l'intendance de son secteur en «bonne maîtresse de maison » et distribuait le travail, est devenue cadre de santé qui encadre, anime, aide, soutient, guide, évalue, construit un environnement favorable au développement de l'autonomie et de la responsabilité.

2.2.2 Le cadre facilitateur de changement, créateur de potentiel pour l'organisation, à la frontière de l'opérationnel et du stratégique.

Comme nous l'avons précisé ci-avant, on observe aujourd'hui une nouvelle configuration de l'entreprise sanitaire, plus ouverte sur l'extérieur, plus soucieuse de qualité et de rigueur, d'avantage centrée sur l'essentiel et sollicitant autrement ses personnels.

Dans une logique **d'analyse des processus de production de soins**, les leaders sont des observateurs qui créent des opportunités pour changer, **accompagnent le changement** et recherchent les conditions pour apprendre. Le cadre, de par sa bonne connaissance du

système, des modes d'organisation et des relations entre les individus, est donc un **faciliteur du changement**, un **observateur de processus**. Il doit maximiser et dynamiser le potentiel humain de l'hôpital.

L'encadrement de proximité, en contact direct avec la production de soins et les patients, se situe au **carrefour** des besoins identifiés des patients, des besoins exprimés des personnels, des objectifs médicaux et des impératifs de gestion administrative.

Son **champ d'action** est donc à la frontière de la **gestion opérationnelle** et de la **veille stratégique** et il est ainsi un acteur clé de l'évolution de l'établissement vers une meilleure réponse aux attentes des clients en tenant compte des exigences de l'environnement.

La **gestion opérationnelle** permet d'exploiter de la manière la plus efficiente possible le potentiel existant dans l'institution et consiste à appliquer à court et à moyen terme les décisions stratégiques en organisant les moyens nécessaires.

La **veille stratégique** met l'organisation en situation de réaliser sa mission et permet la création ou la restauration de potentiel pour assurer sa pérennité en faisant des choix.

Elle concerne aussi bien les relations que l'organisation établit avec son environnement que les changements de structure permettant un développement.

Le cadre de proximité est donc un **acteur charnière** qui doit rendre opératoires les orientations et la mission de l'établissement.

Il analyse l'activité de production de soins dans le sens d'un **processus transversal** et tente d'organiser le travail en fonction du **résultat** à atteindre dans le sens d'une **valeur ajoutée pour le client**.

Il doit être :

Gestionnaire :

Il gère les ressources humaines, les moyens matériels, les locaux.

Responsable :

Il est un acteur dynamique dans la conduite de changement et se situe comme partenaire dans un système avec une logique d'objectifs partagés.

Expert :

Dans son domaine de compétences : il prévoit, organise l'activité, analyse, évalue, initie et conduit des travaux, améliore la qualité et la triple satisfaction usagers – personnels - institution.

Il est promoteur de **savoir-être soignant** et de **savoir-faire** en aidant le groupe soignant à définir puis à faire vivre, au niveau de la microculture d'un service hospitalier et de la macroculture d'un établissement, les valeurs qui donnent sens à toute l'organisation.

Manager :

Il est un chef d'orchestre capable de repérer les potentiels, de mobiliser les équipes autour de projets, d'évaluer... Dans ce cadre, il consulte, négocie, responsabilise, délègue des missions dans le but de **développer les compétences** de ses collaborateurs.

Le cadre de proximité, parce que l'organisation est imparfaite et incomplète, que l'environnement est changeant, que la dynamique interne de l'organisation est sujette à imperfection et à imprévisibilité, a pour mission de maintenir l'organisation en fonctionnement et de contribuer à son progrès.

Mais aujourd'hui, les cadres de proximité décrivent un réel malaise.

2.3 CADRE DE PROXIMITE : UNE FONCTION MAL DEFINIE, DES ACTEURS QUI RECHERCHENT UN VERITABLE POSITIONNEMENT DANS L'INSTITUTION ET UNE INSUFFISANCE DE POSTULANTS A LA FONCTION.

Si les publications sont nombreuses qui précisent en quoi les cadres de proximité représentent une «**valeur ajoutée**» dans les organisations hospitalières, un malaise grandissant gagne aujourd'hui cette catégorie de professionnels.

Ce malaise est lié à des difficultés de positionnement et de conciliation des logiques et enjeux des acteurs avec lesquels ils sont en interaction et les exigences de l'institution.

Les cadres décrivent une inversion entre l'accès à la formation de cadre de santé, une promotion dans la carrière et l'activité réelle qui semble s'apparenter par bien des aspects à une régression.

Ils se disent «gestionnaire de la pénurie», corvéables, dénoncent les glissements de fonction vers le bas, une trop grande polyvalence de leurs tâches et une colonisation de leur vie privée par le travail. Ils sont par ailleurs les interlocuteurs directs de la souffrance des personnels qu'ils n'ont pas les moyens d'apaiser.

Par ailleurs, la position des cadres de proximité est bousculée par les nouvelles organisations du travail :

- Les rôles de chacun sont plus complexes, plus interdépendants ;
- Le partage de l'information ne se fait plus sur le même mode du fait des nouveaux systèmes d'information ;
- Le modèle de l'autorité basée sur le pouvoir disciplinaire a laissé la place à la légitimité liée à l'exercice d'une expertise ;
- Le commandement a laissé la place à l'animation et à la négociation et les coopérations sont plus intensives...

S'il est de «**proximité**», le cadre est aussi «**intermédiaire**» et souvent tiraillé par des logiques dont la complémentarité devrait aboutir à une production de soins de qualité au bénéfice du patient. Néanmoins, celles-ci répondent encore parfois à des finalités plus individualistes de maîtrise de pouvoir dans l'organisation.

Le cadre est donc, de par la position **focale** qu'il occupe, très exposé aux pressions de toutes sortes. Son origine soignante l'incite bien souvent à privilégier la **logique soignante** au dépend des logiques médicales et administratives. Il a parfois des difficultés à comprendre qu'il n'a plus à «subir» les divergences des autres acteurs mais à organiser leur synthèse et leur complémentarité.

Le cadre de santé de proximité qui, bien souvent, ne définit son travail que par rapport aux autres fonctions qui l'entourent, exerce un rôle qui pourrait n'exister que par ses liens avec les autres catégories professionnelles et compte tenu des représentations des uns et des autres. Cela génère une difficulté à construire de nouveaux repères professionnels et une fragilité des individus concernés.

Si d'une part les cadres de proximité n'ont pas toujours les moyens d'investir le **nouveau registre de compétences** attendu par leurs partenaires, d'autre part «*cette fonction est confrontée à une difficulté traditionnelle à se définir*»⁴, probablement liée à un manque de clarté dans la définition de son rôle et sa mission allant jusqu'à ce que certains qualifient de «défaillance des cadres soignants»⁵.

⁴ LETONDAL A-M. *L'encadrement de proximité, quel rôle dans les changements d'organisation*. ANACT, Collection outils et méthodes. 1997.

⁵ HART J, MUCHIELLI A. *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*. Paris : Editions Lamarre, 1994.

2.3.1 Un cadre législatif insuffisant

Si les infirmières voient leur **profession** définie, leurs missions et activités précisées dans la *loi n° 78-715 du 31 mai 1978, un décret relatif aux règles professionnelles (n° 93-221 du 16 février 1993) et un décret relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier (n° 93-345 du 15 mars 1993)*, la **fonction** de cadre de santé et son rôle dans le fonctionnement institutionnel des établissements de santé ne fait pas l'objet d'une réglementation spécifique.

Seule une *circulaire (DH/8A/PK/CT/ n° 00130 du 20 février 1990- annexe 1)*⁶ précise la **mission et les fonctions principales des «surveillants hospitaliers»**. Elle a été élaborée dans le contexte de la **nomenclature des emplois types** à l'hôpital.

Ainsi, le *décret de référence est celui n° 88-1077 du 30 novembre 1988*. Il s'agit d'un décret relatif au **statut des personnels infirmiers** de la fonction publique hospitalière, le grade de surveillant des services médicaux relevant du corps des infirmiers. La section 2 du titre 2 de ce décret stipule de façon très globale que *«les agents au grade de surveillant des services médicaux exercent des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification ; Ils les remplissent soit dans les services de soins, soit dans les centres ou écoles relevant d'établissements d'hospitalisation publics qui préparent aux différentes branches de la profession d'infirmier»*.

L'article L 714-23 du Code de la Santé Publique mentionne le rôle du **cadre paramédical** en le situant par rapport au chef de service. *«Ce dernier est assisté, selon les activités du service, par une sage-femme, un cadre paramédical ou un cadre médico-technique pour l'organisation, la gestion et l'évaluation des activités qui relèvent de leurs compétences»*.

En 1991, le terme de **cadre infirmier de proximité** apparaît.

Par ailleurs, le *décret n° 95-926 du 18 août 1995* porte création d'un **diplôme de cadre de santé** remplaçant le certificat cadre infirmier.

Les **missions et fonctions principales** des surveillants, précisées dans la nomenclature des emplois types, positionnent le cadre comme un *«collaborateur de l'équipe médicale avec laquelle il définit les objectifs et le projet de l'unité»* et comme le *«responsable de la gestion de l'unité et de l'organisation de la prise en charge globale de la personne soignée. A ce*

⁶ Annexe 1 : circulaire DH/8A/PK/CT/ n° 00130 du 20 février 1990.

titre, il encadre et anime les personnels de l'unité, est une référence pour le soin spécifique et a un rôle de formation, de coordination et de recherche. Il est responsable du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction, de l'organisation de l'application de la prescription médicale, de la gestion administrative de l'unité ».

Ses activités sont décrites selon 4 axes :

Technicité : Soins, Gestion, formation des stagiaires ;

Information ; Relation/communication ; Contribution économique.

La définition de ces activités servira d'ossature aux **profils de poste** actuellement en usage dans les établissements de santé.

Dans le cadre de l'application du *protocole d'accord du 14 mars 2000* et plus spécifiquement de l'évolution des emplois et métiers de la fonction publique hospitalière, le ministère de l'emploi et de la solidarité et plus particulièrement la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins a lancé, dans le premier semestre 2000, une **étude** portant sur **l'encadrement**, hors équipe de direction, dans les établissements publics de santé.

Cette étude devrait permettre de préciser le rôle et les missions des cadres au sein des établissements de santé et donner la possibilité à cette catégorie professionnelle de mieux définir son champ d'action, sa zone d'influence au sein des établissements de soins et de construire une **identité de profession**.

Outre le malaise des cadres de santé qui risque de provoquer un désengagement de cette catégorie professionnelle, les établissements de santé ont aujourd'hui à faire face à une **pénurie** concernant les possibilités de recrutement.

2.4 LA PENURIE DE CADRES ET LES MOYENS MIS EN OEUVRE PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE POUR Y PALLIER

Les organisations hospitalières font donc aujourd'hui face à un réel **paradoxe** : la nécessité de s'engager dans une **dynamique de changement** en s'appuyant sur un encadrement de proximité motivé, volontaire et ayant intégré l'importance de son positionnement dans l'institution et **l'insuffisance de possibilités de recrutement** de cette catégorie

professionnelle associée à la lassitude voire le désengagement de ceux qui sont actuellement en poste.

Les résultats de **l'étude quantitative sur l'encadrement** dans les établissements publics de santé initiée par la Direction des Hôpitaux et de l'Organisation des Soins dans le premier semestre 2000, font apparaître un **vieillissement caractérisé** et alarmant **des cadres**.

Dans les quinze prochaines années, près de 49% des cadres soignants actuellement en fonction (toutes catégories confondues) partiront à la retraite et plus de 3% dans les prochaines années. Il y a actuellement plus de départs que d'entrées dans la fonction et 6% des postes sont aujourd'hui vacants.

Cette situation, que l'on peut qualifier de **crise**, est liée sans doute à la conjugaison de plusieurs facteurs :

- Une **démographie paramédicale** globalement en **baisse** ;
- Un **défaut d'attractivité** pour la **fonction** lié à l'instabilité du positionnement, à la difficulté d'identification à un métier et à un défaut de reconnaissance sociale.
- Des **contraintes budgétaires** qui empêchent les établissements de développer une politique de **promotion professionnelle** à la hauteur de leurs besoins, les ressources existantes étant bien souvent réservées à la promotion des infirmières spécialisées ;
- Un **concours d'entrée** dans les écoles de cadres de santé bien souvent porteur d'une image d'inaccessibilité.

Face à cela, les établissements de santé imaginent de **nouveaux modes d'organisation**.

Ici, la **promotion** au grade de surveillant n'est plus obligatoirement subordonnée à la détention du diplôme de cadre de santé mais s'effectue par inscription sur tableau d'avancement et il est mise en place une formation **d'adaptation à l'emploi** postérieure à la nomination. Cette dernière est parfois qualifiée de concurrente à la formation en Institut de Formation des Cadres de Santé⁷.

Là un **diplôme universitaire** obtenu dans le cadre de la formation continue permet l'accès à ce grade.

Presque partout, on a recours à des **infirmiers faisant fonction de cadres** pour occuper les postes vacants.

⁷ IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé.

Un **questionnaire** distribué à nos collègues infirmiers généraux en formation (annexe2)⁸ et qui représentent 36 établissements de santé dont 50% de Centres Hospitaliers, 30% de Centres Hospitaliers Universitaires, 16% de Centres Hospitaliers Spécialisés et 2% d'Hôpitaux Locaux fait apparaître les éléments figurant dans le tableau ci-après :

	Postes de cadres non pourvus	Présence d'infirmier faisant fonction de cadre	Existence d'un dispositif d'accompagnement
C.H.U	60%	70%	57%
C.H	63%	78%	37%
C.H.S	50%	33%	0%

% = nombre d'établissements par rapport au nombre total représenté par catégorie.

Les hôpitaux locaux ne figurent pas sur le tableau car ils ne possèdent, ni poste de cadre non pourvu, ni infirmier faisant fonction de cadre.

Ainsi, si les Centres Hospitaliers Spécialisés représentés ont peu recours à des infirmiers faisant fonction de cadre pour occuper les postes vacants, ce n'est pas le cas des Centres Hospitaliers et Centres Hospitaliers Universitaires dont la grande majorité d'entre eux optent pour cette organisation alors qu'en moyenne moins de la moitié d'entre eux ont formalisé un dispositif d'accompagnement pour les personnes concernées.

Une enquête plus exhaustive mériterait d'être engagée mais on peut d'ores et déjà constater que le phénomène n'est pas anecdotique et que l'objet de notre recherche est inscrit dans une **réalité contemporaine des établissements de santé**.

Faire occuper des postes de cadres par les infirmiers est donc une solution d'aménagement unanimement considérée par les établissements comme palliative. Mais quelles exigences ont les institutions vis à vis de ces individus ?

⁸ Annexe 2 : Questionnaire destiné aux infirmiers généraux en formation.

2.5 FAIRE FONCTION DE CADRE DE SANTE : DE NOMBREUX DEFIS A RELEVER

Les infirmiers positionnés en fonction de cadres de proximité doivent relever de **nombreux défis** et ce dans un délai très court car les exigences vis à vis de leur mission seront très rapidement les mêmes que pour leurs collègues certifiés et/ou diplômés.

Ils doivent ainsi :

- Etre **légitime** sans réelle position statutaire ;
- Se faire **reconnaître** par les différents **partenaires** que sont : les membres des équipes, les médecins, les cadres formés ou nommés à l'ancienneté, les supérieurs hiérarchiques, les représentants de l'administration, les usagers... ;
- Se **positionner** comme **responsable** d'une équipe, de l'organisation et de la qualité des soins ;
- Assurer l'**efficacité** et l'efficience des **soins** dans l'unité où ils sont responsables ;
- S'**engager** et faire s'engager les équipes dans les **projets institutionnels** ;
- Définir leur **mission** sur un champ **collectif** ;
- Développer des **compétences de manager**.

Les **mécanismes** que l'individu doit mettre en œuvre pour relever ces défis représentent un niveau d'engagement personnel tel qu'ils peuvent engendrer une fragilité et présenter un risque de déstabilisation pour l'individu qui ne bénéficie pas du recul apporté par la formation. Ceci pourrait l'empêcher ensuite de remplir sa mission et ébranlerait la connaissance qu'il a de lui-même et la confiance en ses propres capacités.

Par ailleurs, honorer cette **mission** nécessite l'acquisition de nouvelles compétences et plus spécifiquement de «**savoirs sociaux** » c'est à dire de comportements professionnels.

Enfin, passer d'une **position de soignant** à une **position de cadre** correspond à passer d'une **fonction d'opérateur** dans le cadre d'une relation interindividuelle de soin au patient à une **fonction d'acteur stratégique** qui doit faire s'inscrire les actions des autres dans une dimension **collective** et leur donner du **sens**.

Il s'agit là d'un **changement de métier qui nécessite la construction d'une nouvelle identité professionnelle**.

La **formation cadre** aide les futurs cadres de santé à se **construire une représentation** de leur futur métier, à se projeter dans leur carrière et donc à se construire une nouvelle identité professionnelle.

Les infirmiers faisant fonction de cadres, même s'ils vivent une situation provisoire, doivent, par définition, occuper une nouvelle fonction, répondre à des attentes et à une mission différente, sans bénéficier d'une formation préalable à leur prise de fonction.

Ils doivent donc amorcer un **changement de métier** en restant en **contact direct** avec la réalité et le quotidien et sans bénéficier de l'aide d'une formation durant laquelle ils auraient la possibilité de se forger un **nouveau système de référence** et de se construire une nouvelle identité.

La démarche de recherche dont nous allons maintenant vous présenter les différentes étapes a donc pour but **d'explorer et de comprendre les mécanismes mis en jeu pour que les infirmiers faisant fonction de cadres parviennent au mieux à opérer ce changement de métier.**

3. METHODOLOGIE – CONDUITE DE LA RECHERCHE

3.1 QUESTIONNEMENT INITIAL

Dans le cadre du stage de formation d'adaptation à l'emploi à l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour les infirmiers généraux, le mémoire occupe une place de choix, tant par le temps nécessaire à sa réalisation que par son intérêt didactique dans l'exercice du futur métier.

Ainsi, le champ d'investigation qu'il concerne est celui des activités de l'infirmier général.

Au sein des institutions hospitalières, **les cadres de proximité** occupent une place importante. Or, leur **affectation**, leur **encadrement**, leur **évaluation** relèvent à part entière de la compétence de **l'infirmier général** qui, par ce biais, assure la **cohérence** et la **légitimité** du **service de soins infirmiers**. L'infirmier général est donc responsable de la définition d'une **politique d'affectation et de formation des cadres** et c'est dans ce domaine que s'inscrit le questionnement initial de cette recherche.

Les principales étapes de celui-ci furent les suivantes :

Si les institutions ont de plus en plus fréquemment recours à des infirmiers faisant fonction de cadres alors même que le cadre est unanimement reconnu comme un pivot du système, n'y a-t-il pas là un réel paradoxe ?

Les institutions hospitalières se sont-elles préparées à gérer ce paradoxe et comment ?

Est-ce que le fait d'avoir recours à des « faisant fonction » est légitime ?

Nous nous sommes ensuite rendus à l'évidence que même si les institutions hospitalières avaient fait preuve d'un défaut d'anticipation, le constat était tel qu'il serait plus intéressant de se questionner sur les conséquences d'une telle organisation afin de gérer « **l'après** » plutôt que de comprendre « **l'avant** ».

Ainsi, le questionnement à l'origine de notre démarche de recherche fut le suivant :

Comment repérer les potentialités et quelles potentialités des individus destinés à la fonction cadre ?

Comment les accompagner et jusqu'où pour parvenir à un positionnement qui corresponde aux attentes de l'institution ?

Comment faire en sorte que le fait de positionner des infirmiers en fonction de cadre ne soit pas néfaste pour l'individu et pour l'institution (l'institution représentant les équipes de soins, les patients et leurs familles, les médecins, les supérieurs hiérarchiques, les partenaires internes et externes) ?

Il s'agit donc d'un questionnement autour des **compétences requises** pour occuper un **poste de cadre de proximité** et de **l'accompagnement à mettre en œuvre** pour **préparer** les infirmiers faisant fonction à l'acquisition de ces compétences.

3.2 PHASE EXPLORATOIRE

La phase exploratoire a eu, dans le cadre de cette démarche de recherche, le but essentiel d'orienter le questionnement de départ vers une problématique. Il s'agissait de se fixer sur une orientation définitive de recherche.

Ses **objectifs** étaient donc :

- De mieux cerner le questionnement autour de la mise en fonction et les défis à relever pour les individus que cela concerne ;
- De préciser les stratégies d'adaptation que l'individu doit mettre en jeu lorsqu'il fait fonction de cadre ;
- De repérer les risques et les enjeux pour l'institution de positionner des infirmiers en faisant fonction de cadres ;
- De déterminer les besoins d'accompagnement.

Au cours de cette phase exploratoire, nous avons réalisé huit **entretiens** :

- Quatre auprès d'infirmiers faisant fonction de cadres de proximité et ayant dans cette fonction une ancienneté allant de 2 mois à 11 ans ;
- Trois auprès de cadres de santé supérieurs ;
- Un auprès d'une infirmière générale.

Les huit personnes interrogées exerçaient leur activité professionnelle dans le même établissement.

Par ailleurs, une **étude** de divers **documents** et articles sur les cadres et les institutions hospitalières complétèrent cette enquête.

L'**analyse** de ces entretiens mit en évidence les éléments suivants :

En ce qui concerne les infirmiers faisant fonction de cadres :

- Le fait d'occuper un poste de faisant fonction correspond à une volonté de prendre des **responsabilités** au niveau d'une équipe et de participer à l'**organisation** d'une unité. Par ailleurs, le positionnement serait facilité lorsque les équipes ont intégré la notion d'exercice provisoire de la fonction.
- Les principales **difficultés** évoquées concernent l'exercice de l'**autorité** et le manque d'**outils** dans la gestion quotidienne. Toutefois, les individus semblent avoir moins de difficultés à se positionner dans les secteurs plus techniques comme le bloc opératoire ou le service de stérilisation centrale.
En outre, les infirmiers faisant fonction de cadre se plaignent d'un sentiment de **frustration** par rapport aux tâches réalisées dont ils ont l'impression qu'elles ne sont pas suffisamment construites : *« quand on est infirmier, on sait ce que l'on a à faire et ce qu'on fait... quand on est cadre, on a le sentiment de ne rien avoir fait de construit... »*. Enfin, le manque de clarté dans la **politique institutionnelle** concernant les faisant fonction génère de l'inquiétude et empêche la construction d'un réel projet professionnel.
- Le **besoin d'accompagnement** consiste essentiellement en une demande d'**analyse des pratiques** de la part d'un cadre ou d'un cadre supérieur, en un besoin de **retour** de la part des équipes et de la présence d'une personne ressource disponible à tout moment pour une **relecture des situations** dans une visée d'apprentissage.

D'une façon générale, les quatre personnes interrogées se disent **bien dans leur fonction** malgré les difficultés et avoir vraiment conscience **d'exercer un autre métier**.

« Quand on s'engage dans une fonction d'encadrement, on sait qu'on laisse tomber notre métier d'infirmier. Il faut en être conscient ». « Je n'ai jamais eu de souci particulier parce que je n'étais pas cadre, je me suis toujours beaucoup investi, j'aime ce que je fais et j'ai fais mes preuves... ». « Je suis techniquement légitime et suis une référence pour les chirurgiens... ». « Je suis considérée comme la directrice de la maison de retraite, cela me

plaît et je me sens capable d'assumer cette responsabilité... ». «J'aime l'organisation, la gestion du personnel, être responsable... ». «Je veux être animateur, dynamiser les gens, les faire avancer... ».

En outre, malgré le manque de clarté de la politique institutionnelle et même si les personnes qui font fonction depuis peu de temps se considèrent comme étant à «l'essai » et disent avoir «droit à l'erreur », aucune des personnes interrogées ne désirerait «revenir en arrière » et reprendre un poste d'infirmier.

Enfin, pour les deux d'entre elles qui sont déterminées à passer le concours d'entrée à l'IFCS (les deux autres estimant être suffisamment légitimés dans leur fonction pour être nommés à l'ancienneté), le fait de faire fonction permet sans doute d'assurer une meilleure connexion de la **formation** avec la **réalité** et de mieux comprendre et analyser les **problématiques** étudiées.

En ce qui concerne les représentants de l'institution :

Ils pensent que si l'on n'a aujourd'hui que le choix de cette solution pour pallier le déficit de cadres, le fait de faire fonction est une **opportunité** pour les individus dans la mesure où cela leur permet :

- De faire valoir aux équipes, aux médecins et aux supérieurs hiérarchiques leurs potentialités ;
- De préciser leur **projet professionnel** : *«après s'être confronté réellement à la fonction, ils verront s'ils sont vraiment faits pour ça... »* ;
- De mesurer leurs **ressources**, leurs potentialités, leurs difficultés et d'élaborer leur **projet de formation**.

Si **faire fonction de cadre** est reconnu unanimement par les cadres infirmiers supérieurs et l'infirmier général comme un **métier à part entière**, la formation en Institut de Formation des Cadres de Santé est considérée comme indispensable pour se construire une représentation du métier de «**manager d'équipe** ».

Enfin, il est important de ne pas mettre les infirmiers faisant fonction de cadres en difficulté et pour ce faire, un contrat de départ qui précise que leur mission n'est pas de «changer le monde » mais de «maintenir une organisation et d'assurer le quotidien » doit être défini.

Si la **reconnaissance institutionnelle** concerne ici une fonction de **pré-formation** pour des individus qui n'auront pas les mêmes missions que les cadres formés, les individus concernés sont déjà réellement positionnés dans une **nouvelle fonction**, un **nouveau**

métier sur lequel ils sont capables de **tenir un discours**, dont ils peuvent préciser les composantes et auquel ils sont attachés.

Notre questionnaire de départ s'orientera alors sur le «**comment**» **s'effectue cette transformation ?**

Comment les individus concernés, alors même que la politique institutionnelle n'est pas clairement définie, qu'une reconnaissance de la «valeur de l'engagement» n'est pas assurée et que des difficultés sont importantes, **parviennent-ils à se positionner dans leur fonction et àcheminer vers l'exercice d'un nouveau métier ?**

3.3 LA PROBLEMATIQUE

Ayant, au cours du cheminement de la phase exploratoire, évolué dans notre questionnaire, nous avons abouti àune **problématique** dont voici l'énoncé :

Passer d'une **position de soignant** àune **position de cadre** correspond àun **changement de métier**, àla construction d'une **nouvelle identité professionnelle**.

La **formation cadre** aide les futurs cadres de santé àse construire une représentation de leur futur métier, àse projeter dans leur carrière et donc àconstruire cette identité.

Les **infirmiers faisant fonction de cadres de proximité**, même s'ils vivent une situation provisoire doivent, par définition, occuper une **nouvelle fonction**, répondre àdes attentes et àune mission différentes, acquérir de **nouvelles compétences**, inscrire leur action dans une **autre dimension**, apprendre un nouveau métier en restant en contact direct avec la réalité et le quotidien et sans bénéficier d'une formation préalable àleur prise de fonction, **c'est à dire sans avoir la possibilité de se construire un nouveau cadre de référence professionnel** et donc une **nouvelle identité**.

Alors comment l'infirmier faisant fonction de cadre opère-t-il ce changement de métier ?

Quelles sont les difficultés qu'il rencontre ?

En quoi l'institution l'aide-t-elle à opérer ce changement ?

Quel dispositif d'accompagnement faut-il mettre en place pour aider l'individu dans son cheminement ?

Quel est le rôle de l'infirmier général dans l'élaboration et la mise en place de ce dispositif ?

Le problème que nous soulevons est donc centré sur une **compréhension des mécanismes** que l'individu et l'institution mettent en jeu dans cette situation, comment ils **s'articulent entre eux** et en quoi l'analyse de ces mécanismes peut aider à la formalisation d'un **dispositif d'accompagnement** réellement efficient et qui puisse aider l'individu dans son cheminement.

3.4 CONSTRUCTION DU MODELE D'ANALYSE.

A partir de la phase exploratoire, nous avons cherché à cerner divers aspects de notre problématique, puis nous les avons organisés en un certain nombre de **concepts** qui pouvaient fournir un éclairage intéressant et nous aider à formuler les **hypothèses** de notre recherche.

3.4.1 Le cadre conceptuel

Les différents aspects de notre problématique qui peuvent être conceptualisés concernent donc :

- Le **changement de métier** et la construction d'une **nouvelle identité professionnelle** ;

- Les **missions et compétences** du **cadre** et en quoi elles diffèrent de celles de l'infirmier ;
- La position de **faisant fonction**.

Notre cadre conceptuel s'organise donc selon une logique de «rétrécissement » partant du concept d'**identité** pour cheminer vers celui d'**identité professionnelle** avant de préciser comment il peut se décliner aux **métiers** d'infirmier et de cadre pour terminer par une forme d'illustration d'un espace où peuvent se confronter ces deux modèles identitaires c'est à dire le fait de **faire fonction de cadre**.

3.4.1.1 La construction des identités sociales et professionnelles selon Claude Dubar

Le **modèle théorique** utilisé pour la définition de ce concept est celui développé par Claude Dubar⁹ dont voici une présentation :

3.4.1.1.1 L'identité, produit de socialisations et construction résultant d'une double transaction

Selon Claude Dubar, l'identité résulte de la **socialisation** c'est à dire de l'**intérieurisation** des **valeurs, normes, codes symboliques** et **règles de conduite** d'un **groupe de référence** et du fait d'assumer son appartenance à celui-ci, c'est à dire prendre personnellement en charge ses attitudes au point qu'elles guideront largement sa conduite sans même qu'on s'en rende compte.

Le signe décisif d'**appartenance** à un groupe est l'acquisition de son **savoir intuitif**. Ce savoir implique la prise en charge au moins partielle du passé, du présent, et du projet du groupe tels qu'ils s'expriment dans le code symbolique commun qui fonde la relation entre ses membres.

L'identité est donc une **construction**, un processus.

⁹ Dubar C. *Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin Editeur, 1998.

La socialisation consiste en outre en *"l'acquisition d'un savoir légitime qui permette à la fois l'élaboration de stratégies pratiques et l'affirmation d'une identité reconnue"*. Ces *"représentations actives"* structurent les **discours** des individus sur leurs pratiques sociales spécialisées dont les dimensions les plus significatives sont :

- Le **rapport au système**, aux **institutions** et aux **détenteurs des pouvoirs** directement impliqués dans la vie quotidienne ;
- Le **rapport à l'avenir**, celui du système comme le sien propre qui engage les orientations stratégiques ;
- Le **rapport au langage** c'est-à-dire aux catégories utilisées pour décrire une situation vécue.

L'identité est donc le *«résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel des divers processus de socialisation .»*

La **configuration identitaire** est le résultat d'une **double transaction** :

Interne à l'individu et **externe** entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction, donc entre le sujet confronté à un changement et son passé d'une part, et entre le sujet et son lieu de travail d'autre part.

C'est en effet par et dans l'activité avec d'autres, impliquant un sens, un objectif et/ou une justification, un besoin, qu'un individu est identifié et qu'il est conduit à endosser ou à refuser les identifications qu'il reçoit des autres et des institutions.

Il s'agit d'un **processus biographique** (identité pour soi) d'incorporation de l'identité par les individus eux-mêmes en fonction de ce qu'ils racontent sur ce qu'ils sont, et **relationnel** (identité pour autrui) d'attribution de l'identité par les institutions et les agents directement en relation avec les individus.

Les identités sont ainsi produites par l'articulation d'une **identité attribuée pour autrui** et d'une **identité pour soi** construite à travers la trajectoire antérieure.

Ces 2 processus ne coïncidant pas nécessairement, l'individu met en place des **«stratégies identitaires »** :

- Transactions externes, objectives, entre l'individu et les autres dans le but d'**accommoder** l'identité pour soi à l'identité pour autrui.
- Transactions internes, subjectives, internes à l'individu dans le but d'**assimiler** l'identité pour autrui à l'identité pour soi.

L'**articulation** entre les deux transactions est la clé du processus de construction des identités sociales.

Les partenaires de la **transaction objective** sont : le groupe des pairs, les supérieurs hiérarchiques, le formateur, le conjoint...

«La transaction objective entre les individus et les institutions est d'abord celle qui s'organise autour de la reconnaissance ou de la non reconnaissance des compétences, des savoirs et des images de soi qui constituent les noyaux durs des identités revendiquées».

Ces 2 processus sont hétérogènes mais utilisent un mécanisme commun : le recours à des schémas de **typification** impliquant l'existence de **types identitaires** (modèles socialement significatifs).

«Le processus biographique correspond à une construction dans le temps par les individus d'identités sociales et professionnelles à partir des catégories offertes par les institutions successives et considérées comme accessibles et valorisantes ».

«Le processus relationnel constitue une reconnaissance, à un moment donné, et au sein d'un espace déterminé jugé structurant et légitime, des identités associées aux savoirs, compétences et images de soi proposés et exprimés par les individus ».

Le concept d'identité recouvre donc ce champ des rapports humains où le sujet s'efforce d'opérer une synthèse entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres.

3.4.1.1.2 De la socialisation professionnelle à l'identité professionnelle

La **socialisation professionnelle** consiste en une initiation à la **culture professionnelle** et en une **conversion** à une nouvelle identité et comprend plusieurs étapes successives :

Une identification progressive au rôle visé avec conjointement un renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels ; Le choix d'un rôle entre le «modèle idéal » et le «modèle pratique » (réalité quotidienne) ; La constitution d'un groupe de référence.

L'identité se forge par **identification à un groupe de référence** auquel on souhaiterait appartenir et utilise une stratégie mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs.

Le concept **d'identité professionnelle** comprend l'ensemble des **valeurs, règles** et **appartenances multiples** qui constituent les **références de base** d'une **profession** et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs.

La définition que nous donne Renaud Sainsaulieu de l'identité professionnelle est la suivante¹⁰ :

«Façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes, construisant des acteurs du système social d'entreprise... »

Analyser un processus de construction d'identité professionnelle consiste donc à comprendre, dans chaque situation de travail concrète, comment chaque acteur ou chaque groupe d'acteur conçoit son travail, son métier, son rôle, sa mission, et saisir en même temps quelle image lui renvoient ses partenaires de travail et comment ce renvoi participe à la construction de l'identité. En quoi y a-t-il concordance, décalage, opposition entre les deux pôles de l'identité ?

3.4.1.2 Infirmier et cadre infirmier : deux métiers, deux constructions identitaires pour une mission spécifique

Nous allons tenter de montrer ici en quoi les **métiers, rôles** et **missions** des infirmiers et des cadres sont spécifiques et constituent des systèmes de référence particuliers utilisables dans la construction identitaire professionnelle.

3.4.1.2.1. Les infirmiers : l'identité professionnelle, le métier

3.4.1.2.1.1. Les infirmiers en quête d'autonomie pour une identité de métier

Dans les institutions hospitalières, les soignants cherchent à se faire reconnaître par **différentiation** avec les autres catégories professionnelles et plus spécifiquement les médecins qui ont, eux, une identité professionnelle forte.

¹⁰ SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris : PFE Editions, 1988

Le groupe d'appartenance des infirmiers est le groupe infirmier mais le **groupe de référence** est toujours celui des **médecins**.

De plus, le **processus d'identification** à un groupe de référence qui se produit durant les formations est ensuite confronté à la réalité de terrain qui empêche parfois sa mise en application. Il y a donc désaccord entre ce qu'un acteur veut témoigner de son rôle professionnel et le rôle que les partenaires et l'institution lui demandent de jouer, ce qui correspond à un conflit entre les 2 pôles de l'identité.

En ce qui concerne les **infirmiers**, leur identité professionnelle s'appuie sur la **compétence** et la **maîtrise d'un métier**. Mais l'**héritage** du passé religieux et médical affecte la possibilité de forger une identité par rapport à la prestation, cette catégorie professionnelle n'ayant pas hérité de réelles bases d'un métier mais de règles de conduites de don de soi et de disponibilité.

Le **savoir-faire** infirmier est encore intériorisé comme **subordonné** à l'activité médicale et le rôle propre souvent délégué.

L'**identité infirmière** se réfère donc à un champ de production (celui des soins de santé) et à un système de pouvoir. Elle est définie par des rapports de position ou d'opposition entre deux groupes : la profession médicale et son autorité, la profession infirmière et sa recherche d'identité.

Ainsi, comme le précisent Ali Aï t Abdelmalek et Jean-Louis Gérard,¹¹ l'identité professionnelle infirmière est le siège d'une tension liée à la tentative d'inclure deux processus dans la culture infirmière :

- Un processus d'**identification** au modèle médical
- Un processus d'**identisation** aux modèles paramédicaux.

«Le processus d'identification permet aux membres d'une culture donnée de se reconnaître comme appartenant à cette culture, du fait d'un consensus sur les valeurs, les images guides » ;

«Le processus d'identisation explique, quant à lui, les différences au sein d'une même culture ».

L'**identification** au modèle médical consiste en une soumission aux préceptes médicaux et concerne la **technicité du métier** et le rôle prescrit. Elle génère une **dépendance** dans le cadre de l'exécution des prescriptions médicales.

¹¹ ABDELMALEK A.A, GERARD J-L. *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : InterEditions, 1995.

L'**identification** aux modèles paramédicaux représente une référence aux **modèles humanistes** et se traduit par l'adhésion aux principes de la démarche de soins et du rôle propre et aux valeurs de l'homme en tant qu'être bio-psycho-social. Elle représente l'**autonomie** et se traduit par la **reconnaissance** du rôle propre dans le cadre du décret de compétences.

Néanmoins, le **processus de professionnalisation** est aujourd'hui facilité par une réglementation qui permet de distinguer le métier d'infirmière des autres, de lui attribuer un **champ de compétences spécifique** et une **mission propre**, et une édification du service infirmier qui permet l'adhésion à des valeurs collectives.

Aujourd'hui, la profession infirmière, en quête «d'autonomisation identitaire », remet au goût du jour les soins coutumiers, le «prendre soin » dans une configuration humaniste modernisée. Les infirmiers aspirent à être décideurs dans l'équipe de soins avec un rôle propre.

3.4.1.2.1.2. Les infirmiers : techniciens de production, pivots de l'interdisciplinarité pour un processus de soin centré sur le patient.

Le **métier d'infirmier** peut être caractérisé par :

- Un **champ d'application des tâches** qui correspond à un **colloque singulier** avec le patient, inscrit dans une **continuité de prise en charge** nécessitant une transmission d'informations au sein d'une **équipe pluridisciplinaire** et une organisation des interventions visant à la restauration d'un état de santé optimal.
- Un **champ d'analyse** centré sur la **situation du patient** et la prise en charge des éléments environnementaux influant la santé de celui -ci.
- Une **logique d'action humanitaire** et de **contractualisation** avec un patient acteur dans la prise en charge de sa santé.
- Un **champ de compétences** comprenant une **maîtrise des actes** de soins spécialisés, un sens de l'écoute et une maîtrise de soi, des capacités d'évaluation dans le cadre d'une démarche de résolution de problème, une volonté d'inscrire son action dans un travail d'équipe et dans une logique de complémentarité et de continuité.

L'infirmier est un technicien de production, pivot d'une équipe pluridisciplinaire, responsable, dans son champ d'action, de la mise en œuvre d'un processus de soin centré sur le patient.

3.4.1.2.2. Les cadres : l'identité professionnelle, la fonction

3.4.1.2.2.1. Les cadres de santé : une identité professionnelle floue et une recherche de professionnalisation

Le passage à la fonction de cadre infirmier fait **quitter une identité professionnelle connue**, reconnue et choisie de **soignant** pour une autre fonction non parfaitement définie dans ses contours et en constante **recherche de professionnalisation**.

Les cadres de santé ne semblent pas avoir une vision claire de ce que pourrait signifier **l'identité cadre**. Celle-ci trouve son origine dans l'histoire de la fonction qui est celle d'une relation «fusionnelle » avec l'organisation et le développement du **service infirmier** d'une part et doit aujourd'hui coïncider avec les **attentes de l'institution** hospitalière et ses exigences de développement d'autre part.

Une typologie identitaire des cadres de santé peut être constituée en fonction de l'adhésion à des **valeurs** qui sous-tendent l'action, des **stratégies d'alliance** développées, du **positionnement** adopté et de la **reconnaissance** affichée par les partenaires institutionnels.

3.4.1.2.2.2. Les cadres de santé : ingénieurs de production d'un projet de prise en charge collectif et transversal au service de l'utilisateur

La fonction de cadre peut être caractérisée par :

- Un **champ d'intervention** qui suit une **logique systémique** de vision globale et de coordination de **l'organisation des soins** au sein de son unité et dans le cadre de relations de partenariat avec les autres services de l'hôpital et hors les murs de celui-ci ;

- Un **champ de responsabilités** qui concerne la **qualité** de la prestation à l'utilisateur, la **mise à disposition de moyens** humains et matériels qui permettent aux équipes de mettre en œuvre cette prestation, l'inscription des équipes dans une dynamique de **projet** ;
- Une **finalité** de **responsabilisation** des acteurs et d'**évaluation** des pratiques ;
- Une **logique d'action collective**, prospective et anticipatrice ;
- Un **champ de compétences** de gestion, d'organisation, de communication, d'animation, d'encadrement.

Le cadre de santé, ingénieur de production de soins, fait en sorte d'assurer la coordination de l'ensemble des acteurs de soins pour que la prestation soit de qualité et s'inscrive dans un objectif général de progrès et de synergie avec l'orientation générale de l'établissement. La finalité globale de son action est de mesurer la contribution apportée en terme de valeur ajoutée pour l'utilisateur.

3.4.1.3. La mission du cadre de santé : quelles compétences requises ?

Les **compétences** sont un ensemble de **capacités** à résoudre un problème, dans un contexte donné, de manière efficiente et en mobilisant un ensemble de savoirs ou de comportements adaptés.

Elles se composent de savoirs de nature différente qui se construisent et s'articulent entre eux.

Il s'agit de savoirs :

- Théoriques : capacités à mobiliser des connaissances ;
- Procéduraux : capacités à enchaîner des opérations logiques ;
- Faire : capacités à mettre en œuvre ;
- Pratiques : capacités à mobiliser son expérience dans les situations déjà rencontrées ;
- Sociaux : capacités à développer des comportements professionnels adaptés.

Les compétences du cadre de proximité s'inscrivent dans **trois domaines** :

La **relation individuelle**, **l'équipe**, **l'institution**.

Le cadre n'est pas celui qui fait, il n'est pas non plus celui qui se contente de faire faire, il est celui qui organise les conditions pour que puisse se faire.

Le **cadre manager** a deux missions interdépendantes : **garantir la qualité** de la prestation fournie au client et **développer les compétences** des professionnels.

Une part de l'activité du cadre est investie dans les projets institutionnels, il s'agit de **l'approche stratégique** qui nécessite de la conception, de la négociation, de l'anticipation, de la prévision, le développement d'une politique de qualité, la mise en œuvre de projets, la mise en place d'une démarche d'évaluation et de promotion des compétences.

Une autre part des activités appartient à la **gestion propre du secteur**, il s'agit de **l'approche opérationnelle**. Elle consiste en une évaluation des besoins quotidiens : gestion du personnel, gestion des moyens techniques et logistiques, gestion du budget du service.

Les **compétences du cadre** concernent alors :

- **l'organisation du travail :**

Il doit assurer la concordance entre les objectifs du service et les ressources disponibles et doit pour cela maîtriser l'utilisation d'outils, de plannings, de tableaux de bord, d'organigrammes, savoir répartir les tâches et évaluer les besoins.

- **La gestion des ressources humaines :**

Le cadre de santé doit pour cela développer des capacités de communication, assurer les conditions nécessaires au développement de la motivation, définir une politique de qualification et de promotion, favoriser la responsabilisation et l'autonomie.

- **La gestion des projets et du changement :**

Le cadre de santé doit concilier les projets institutionnels et les projets de service. Il doit pour cela développer ses capacités à l'analyse stratégique et à la négociation, apprendre à reconnaître les logiques d'acteurs dans leurs formulations et leurs exigences, posséder une parfaite connaissance de son propre mode de fonctionnement et utiliser des méthodologies de démarches d'amélioration.

- **La promotion de savoir- être :**

Le cadre de santé est le pourvoyeur d'une nouvelle culture de santé. Il doit pour cela créer des références communes et donc animer, fédérer, stimuler la réflexion collective sur les pratiques.

Les grands **domaines de compétences** du cadre et les **capacités** s'y rapportant sont donc les suivants :

- **Le management par projet et la gestion du changement :**

Capacités à faire adhérer à des valeurs communes, à définir les normes de qualité des prestations, à développer le travail en commun, à comprendre et à faire partager le sens de l'action, à distribuer les rôles en fonction des compétences et des moyens, à expliciter les

règles et à exiger leur respect, à mettre en place des indicateurs de résultats, à définir des modalités de fonctionnement participatives...

- **La communication :**

Capacités à établir de bons rapports avec des personnes aux logiques différentes, à conduire des débats, à favoriser la tolérance réciproque chez ses subordonnés, à engendrer la confiance par ses actions, à exprimer et expliquer ses exigences en terme de qualité de service et de valeur ajoutée pour le patient et pour l'institution.

- **La maîtrise de l'environnement :**

Le cadre doit assurer la gestion du matériel et des locaux, s'informer et gérer les situations d'interface avec les autres services et les partenaires extra-hospitaliers.

Il doit pour cela développer des capacités d'analyse des évolutions de l'environnement économique, matériel, juridique et sociologique.

En résumé, le cadre de santé doit posséder des **compétences de manager** dans la gestion et le contrôle, des **compétences d'encadrement** pour convaincre et favoriser la motivation, des capacités à **s'organiser** et à prendre des **décisions**, des capacités à **anticiper**, prendre des **risques**, **innover**, **entreprendre**, **transmettre** son savoir. Il doit posséder une bonne maîtrise du **temps** et des priorités, une **aisance relationnelle**, d'**écoute** et de **dialogue**.

Si bon nombre de ces compétences sont nécessaires pour exercer le métier d'infirmière, elles ne se déclinent pas dans le même champ d'action et s'exercent dans le cadre d'une finalité d'action plus immédiate.

Diriger requiert des compétences humaines particulières qui supervisent les compétences techniques de base dont les cadres n'ont besoin que pour diriger la qualité de production des soins.

Les cadres doivent donc posséder des compétences spécifiques, techniques, propres au cœur du métier, et des compétences managériales c'est à dire maîtriser des techniques de management (formation, conduite de projet, démarche d'amélioration de la qualité, contrôle de gestion...) et des comportements managériaux (anticipation, communication, négociation, animation...).

Les compétences des cadres sont décrites dans un triple registre : le savoir-faire professionnel, le rôle au sein de l'organisation, la contribution à la performance de l'entreprise.

Alors si les métiers d'infirmier et de cadre constituent des cadres de référence spécifiques comment un infirmier faisant fonction de cadre peut-il concevoir son métier, son rôle, sa mission ?

3.4.1.4 Les infirmiers faisant fonction de cadres de santé : l'expérimentation d'un changement de métier ?

P Watzlawick¹² nous enseigne qu'il existe deux sortes de changements : l'un qui prend place à l'intérieur d'un système donné, qui, lui, reste inchangé, et l'autre qui modifie le système en lui-même.

Le système dont il pourrait être question ici est le **système de référence professionnel** soient les valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite.

Le système de référence professionnel entre le métier d'infirmier et le métier de cadre est-il à ce point différent qu'il engendre un changement dans le **système d'action** de la personne qui vit ce changement c'est à dire une modification de la manière dont la personne entre en jeu avec les autres acteurs de l'institution et organise son **système de relations** ?

Nous pouvons considérer en effet que passer de la fonction d'infirmier à la fonction de cadre constitue un changement qui touche les **savoirs**, les **méthodes** et **outils de gestion**, les **rôles** et les **valeurs**. Nous avons précisé auparavant en quoi l'identité professionnelle, les rôles et missions et les caractéristiques du métier de même que les compétences étaient spécifiques pour les infirmiers et pour les cadres.

L'infirmier faisant fonction de cadre se trouve **directement confronté à la réalité** des tâches à réaliser qu'il doit, par lui-même tenter de maîtriser. Ses actes ont des conséquences pratiques importantes qui mettent en jeu les rapports humains au sein de l'équipe qu'il dirige. Il devient **responsable des actions des autres** et non plus seulement des siennes et apprend à s'inscrire dans une autre dimension.

L'infirmier qui fait fonction de cadre vit le **changement de rôle**, de mission, l'apprentissage des savoirs sociaux et les attentes de ses partenaires que sont les clients, les subordonnés,

¹² WATZLAWICK P. WEAKLAND J. FISCH R. *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris : Editions du Seuil, Point Essais, 1975.

les médecins, les supérieurs hiérarchiques et l'institution dans son ensemble sur le «terrain », dans une **confrontation directe** avec la **réalité quotidienne**.

Pourtant, le processus d'identification au groupe de référence, l'intégration de nouvelles valeurs et normes qui constituent la base de la construction identitaire s'effectuent habituellement lors d'un cursus de formation.

Selon Renaud Sainsaulieu¹³, *«pour que le transfert d'un apprentissage de capacité stratégique à un autre puisse de faire au point de faciliter la reconstitution d'un ensemble de normes dans une situation nouvelle, il faut que les individus y disposent de ressources et d'occasions de rencontres leur permettant de reconstituer des alliances menant à des coalitions victorieuses, car, dans le cas inverse, on tiendra surtout à perpétuer les alliances antérieures »*. *« C'est la découverte de nouvelles façons de se définir dans les rapports de travail qui provoque l'intérêt et parfois même l'enthousiasme »*. *« Un changement de structure d'organisation s'opérera sans grandes résistances ni anomie si les acteurs sociaux retrouvent, dans leur position nouvelle, autant de contrôle de sources de pouvoir, autant de possibilités d'action collective, autant de partenaires d'alliance qu'ils avaient dans leur position antérieure »*.

Le but de notre recherche sera donc de mieux comprendre les mécanismes mis en jeu à la fois par l'individu et par l'institution pour faire évoluer ainsi le cadre de référence professionnel et qu'il aboutisse à un changement de métier afin que les infirmiers faisant fonction de cadre puissent répondre à la mission qui leur est confiée.

Nous retiendrons de l'ensemble des concepts développés ici les éléments suivants :
La construction identitaire résulte de l' intérieurisation des valeurs, normes, codes symboliques et règles de conduite d'un groupe de référence.
Les représentations actives, signes de l'affirmation d'une identité reconnue, structurent les discours des individus sur leurs pratiques sociales spécialisées et notamment au travers du rapport au système , du rapport à l'avenir et du rapport au langage .

¹³ SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988. 477 p.

L'**identité** est le résultat d'une **double transaction** : interne à l'individu (processus **biographique**) et entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction (processus **relationnel**).

Le concept d'identité recouvre donc ce champ des rapports humains où le sujet s'efforce d'opérer une synthèse entre **ce qu'il est pour lui** et **ce qu'il est pour les autres**.

L'**identité professionnelle** comprend l'ensemble des **valeurs, règles** et **appartenances** multiples qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs.

Analyser un processus de construction d'identité professionnelle consiste à comprendre, dans chaque situation de travail concrète, comment chaque acteur ou groupe d'acteurs conçoit son **travail**, son **rôle**, sa **mission**, saisir en même temps quelle **image** lui renvoient ses partenaires de travail et comment ce renvoi participe à la construction de l'identité. En quoi y a-t-il concordance, décalage, opposition entre les deux pôles de l'identité ?

Les **métiers, rôles** et **missions** des **infirmiers et cadres** sont spécifiques et ne s'inscrivent pas dans la même dimension.

L'identité professionnelle infirmière est une **identité de métier** basée sur la reconnaissance d'un savoir spécifique en ce qui concerne la production de soins dans le cadre d'un **processus** mis en œuvre par une équipe pluridisciplinaire. L'infirmier, pivot de cette équipe, est responsable de la **continuité des soins**.

L'identité professionnelle cadre est mal définie car l'exercice de la fonction est lié à la reconnaissance du service infirmier et aux exigences de développement de l'institution hospitalière.

Le cadre de santé a une finalité d'action de «**porteur de sens** » et doit faire en sorte que les actions des acteurs de soin convergent vers un but commun d'amélioration de la qualité des prestations. Il est **gestionnaire de projets**.

Les compétences des cadres sont ainsi inscrites dans un triple registre : le savoir-faire professionnel, le rôle au sein de l'organisation, la contribution à la performance de l'institution.

Les **infirmiers faisant fonction de cadre** vivent un **changement de système de référence professionnel** c'est-à-dire de valeurs, normes, règles de conduite dans une confrontation directe avec la réalité quotidienne. Ceci peut modifier leur **système d'action** c'est à dire la manière dont ils entrent en jeu avec les autres acteurs.

3.4.2 Les hypothèses

En mettant en relation notre problématique avec le modèle théorique d'analyse que nous avons construit, nous pouvons suggérer comme explication du problème posé un certain nombre de **réponses susceptibles d'être vérifiées** :

- ❖ Pour changer de métier, l'infirmier faisant fonction de cadre vit la construction d'une **nouvelle identité professionnelle** à la fois :
 - Parce qu'il **s'identifie à la fonction cadre**
 - Et parce qu'il bénéficie, dans sa nouvelle fonction, d'une **reconnaissance de l'institution**.
- ❖ Ce changement de métier modifie son **système d'action** c'est à dire la manière dont il entre en jeu avec les autres acteurs.
- ❖ L'**accompagnement** des infirmiers faisant fonction de cadres doit consister en un processus d'apprentissage individualisé de type «initiation», dont l'objectif est de favoriser la construction d'une nouvelle identité professionnelle et qui prenne en compte les éléments constitutifs de celle-ci.

3.5 CHOIX DE LA DEMARCHE DE RECHERCHE

L'objet de notre recherche est l'explication possible de mécanismes mis en jeu à la fois par l'individu faisant fonction de cadre et par l'institution pour faire en sorte que celui-là parvienne à changer de métier afin de répondre à la mission qui lui est confiée.

Nous nous situons à un niveau **d'explication compréhensive**. La démarche consiste alors à recueillir des **données qualitatives** dans une visée de connaissance et de compréhension c'est à dire de tenter de répondre au **quoi ?** : quels sont les mécanismes observés, et au **comment ?** : comment se mettent-ils en jeu, comment s'organisent-ils ? Cela nous permettra ensuite de concevoir un dispositif opérationnel qui tienne compte des éléments précédemment décrits.

Nous ne souhaitons pas évaluer les pratiques décrites par les individus mais les **comprendre** en considérant que tous les phénomènes observés ont un sens et correspondent à une rationalité à partir du moment où ils existent.

Les concepts composant le modèle d'analyse ainsi que les hypothèses serviront de **grille de lecture** de la réalité observée.

3.5.1 Rendre compte du réel : Matériel et méthode

Dans la mesure où notre démarche consiste à recueillir des données **qualitatives**, nous privilégierons l'utilisation d'**entretiens** semi-directifs dans le cadre d'études de cas particuliers d'individus faisant fonction de cadres de santé.

3.5.1.1 Le champ de l'observation

L'essentiel de notre enquête se déroulera au mois de mai 2001, dans un Centre Hospitalier Régional et Universitaire comprenant plus de 3000 lits et places d'hospitalisation. Cet établissement met alors en place un **dispositif institutionnel d'accompagnement** des infirmiers faisant fonction de cadres dans le sens d'une politique de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences.

Il nous apparaîtra intéressant, si l'on considère la mise en place de ce dispositif comme une forme de reconnaissance institutionnelle, de rencontrer des individus bénéficiant de ce dispositif et d'autres n'en ayant pas bénéficié alors même qu'ils sont dans la même situation de « faisant fonction de cadre », pour réaliser une sorte d'étude comparative et de **mesurer l'impact de la reconnaissance institutionnelle** sur la construction identitaire de l'individu.

Par ailleurs, il nous sera en même temps possible de mesurer les **enjeux et limites** d'un **accompagnement** et d'en déterminer les meilleures modalités possibles.

Dans le même ordre d'idées, nous interrogerons des individus dont **l'ancienneté dans la fonction** est variable afin de mieux mesurer la progression dans le cheminement des individus.

Nous réaliserons donc **quinze entretiens** :

- Un auprès d'un Directeur du Service de Soins Infirmiers ;
- Un auprès d'une infirmière générale ;
- Trois auprès de cadres de santé supérieurs, «tuteurs » d'infirmiers faisant fonction de cadres ;
- Dix auprès d'infirmiers faisant fonction de cadres dont un dans un établissement différent :
 - Cinq de ces personnes occupent leur poste depuis moins de 4 mois et bénéficient du dispositif d'accompagnement venant de se mettre en place dans l'établissement (avril 2001) ;
 - Quatre occupent leur poste depuis plus de six mois voire un an et n'ont pas bénéficié d'un dispositif d'accompagnement formalisé.

Toutes ces personnes se préparent à passer le concours d'entrée en Institut de Formation des Cadres de santé.

- Une occupe son poste depuis deux ans dans un autre établissement de beaucoup plus petite taille et est en attente d'une prochaine nomination par inscription sur le tableau d'avancement. Elle a par ailleurs pu bénéficier d'une formation universitaire au management.

3.5.1.2 Les outils

Il s'agit de préciser ici les outils qui nous ont permis de **recueillir l'information**.

Dans la mesure où nous désirons recueillir des informations sur la manière dont les individus vivent leur situation professionnelle, nous avons choisi une méthode **vivante**, donnant un certain degré de liberté aux interviewés soit **l'entretien semi-directif** pour lequel nous élaborerons une **grille** considérée plus comme un **guide d'entretien** que comme un questionnaire.

Les personnes interrogées ont donc la possibilité de s'exprimer librement même si l'ordre des réponses ne correspond pas toujours à la dynamique des questions posées.

Dans un souci de rigueur, nous enregistrerons les entretiens et les retranscrirons ensuite dans leur intégralité.

Les objectifs de construction de la **grille d'entretien des infirmiers faisant fonction de cadres** (annexe 4) ¹⁴seront les suivants :

Repérer, dans le vécu et le discours des individus :

- Les éléments du **processus biographique**, c'est à dire repérer s'il y a, chez ces individus, une notion de **trajectoire** qui pourrait expliquer qu'ils aient eu envie d'accéder à la fonction cadre ;
- Le processus **d'identification à la fonction cadre** et la manière dont il s'est constitué au cours de la carrière infirmière et depuis la prise de fonction ;
- La manière dont les personnes interrogées tiennent un discours sur leur fonction et en quoi cela constitue un **nouveau système de référence** (valeurs, normes, règles de conduite, conception de métier, du rôle, de la mission...) ;
- Le **système d'action** des individus concernés (relations, alliances, pouvoir, autorité...) ;
- Les éléments de la **reconnaissance institutionnelle** ;
- Les difficultés et les besoins **d'accompagnement**.

Les objectifs de construction de la **grille d'entretien des supérieurs hiérarchiques** (annexe 5) ¹⁵ seront les suivants :

Repérer, dans le discours des personnes interrogées :

- Les éléments de **reconnaissance institutionnelle** de la fonction d'encadrement en général ;
- Le rôle de la reconnaissance institutionnelle dans la construction identitaire : quel discours tiennent les personnes interrogées sur les infirmiers faisant fonction de cadres ;
- La conception de l'**accompagnement** pour les supérieurs hiérarchiques.

¹⁴ Annexe 4 : grille d'entretien infirmier faisant fonction de cadre.

¹⁵ Annexe 5 : grille d'entretien supérieur hiérarchique

3.6 ANALYSE

Il s'agit ici de préciser la méthode utilisée pour **analyser l'information** recueillie et la confronter avec les hypothèses de recherche.

Le résultat de l'analyse figurera dans la partie suivante.

Nous élaborerons tout d'abord une **grille d'analyse** en déterminant les **dimensions**, les **indicateurs** qui nous aideront à repérer, dans le discours des individus, les éléments permettant de **tester nos hypothèses**.

Ces indicateurs seront construits à partir des éléments du cadre conceptuel, des hypothèses de recherche et des notes de lecture de documents et d'ouvrages réalisées tout au long de ce travail.

L'**analyse** se déroulera en **deux étapes** qui constituent les **deux phases** de la recherche :

La première ayant pour but de mettre en évidence les **mécanismes de transformation** que vit l'infirmier qui fait fonction de cadre, la deuxième ayant pour finalité de **concevoir un dispositif d'accompagnement** qui tienne compte de ces mécanismes.

La **grille d'analyse** utilisée pour la **première phase** de recherche sera donc construite à partir des hypothèses. Cette grille figure en annexe 6.¹⁶

Dans la mesure où nous cherchons à mettre en évidence des **mécanismes de construction identitaire**, nous retenons comme critères d'analyse 3 catégories :

- **L'identification à la fonction cadre**
- **La reconnaissance institutionnelle**
- **La modification du système d'action de l'individu.**

Dans chaque catégorie, nous tenterons de repérer les signes qui permettent d'expliquer **en quoi** l'individu s'inscrit ou non dans cette dynamique c'est à dire les éléments du discours qui permettent de répondre au **comment** : l'individu s'est identifié à la fonction cadre, est reconnu par l'institution, modifie son système d'action pour ensuite croiser les données entre elles et mesurer leur interaction.

¹⁶ Annexe 6 : Grille d'analyse des entretiens – Mécanismes de changement de métier.

Chaque critère sera ensuite divisé en **sous critères**, eux-mêmes divisés en **indicateurs** qui nous semblent les plus pertinents au regard de notre modèle d'analyse. Les indicateurs constituent les éléments dont nous allons repérer la **traduction** dans le discours des individus.

Les **sous critères** concernant l'**identification à la fonction cadre** sont :

- L'intégration des valeurs
- Les normes et règles de conduite
- La conception du rôle
- La conception du métier
- La conception de la mission
- Le rapport à l'avenir
- Le rapport au langage

Les **sous critères** concernant la **reconnaissance de l'institution** sont :

- Les signes extérieurs de légitimation
- Les signes profonds de reconnaissance

Les **sous critères** concernant la **modification du système d'action** de l'individu sont :

- La modification des relations
- La modification du positionnement
- La mise en jeu des règles de pouvoir

La **grille d'analyse** utilisée pour identifier les **besoins d'accompagnement** est, elle, divisée en **quatre rubriques** :

- L'identification des potentialités des candidats à la fonction
- Les besoins de formation exprimés
- Le type de tutorat requis
- Les modalités d'application du dispositif.

Cette grille figure en annexe 7¹⁷.

¹⁷ Annexe 7 : Grille d'analyse des entretiens – Besoins d'accompagnement.

3.7 LES LIMITES DE LA RECHERCHE

Il est bien évident que, du fait du nombre d'entretiens réalisés et qu'ils l'aient été dans le **même établissement**, cette démarche de recherche ne peut prétendre à autre chose qu'à une valeur d'**exemplarité**.

Il eut en effet été intéressant de faire une enquête plus exhaustive et réellement comparative dans des établissements de taille et de missions différentes et donc aux attentes vis à vis des cadres différentes.

Nous aurions pu ainsi interviewer à la fois des infirmiers faisant fonction de cadres mais aussi l'ensemble des partenaires avec lesquels ils sont interaction à savoir : les médecins, les équipes, les supérieurs hiérarchiques, les patients, les dirigeants de l'institution.... La démarche aurait alors consisté en de réelles **études de cas** au sens sociologique du terme qui nous auraient permis de mettre en lien les jeux d'acteurs et leurs incidences sur la construction identitaire et le positionnement des infirmiers faisant fonction de cadres.

Par ailleurs, nous aurions pu également interroger des individus ayant bénéficié d'un réel accompagnement dans leur prise de fonction et d'autre n'en ayant pas du tout bénéficié.

Ainsi, nous aurions pu mieux vérifier l'impact du **processus relationnel** dans la construction identitaire professionnelle et l'importance de la modification du système d'action de l'infirmier faisant fonction de cadre en fonction de l'**environnement** dans lequel il évolue.

Néanmoins, le temps imparti pour réaliser ce travail et les exigences du processus de formation ne nous permettaient pas une telle étude qui, par ailleurs, nous permit d'**approfondir** nos connaissances sur la **méthodologie de recherche**, de mieux maîtriser les **techniques d'entretien**, de mieux connaître les **mécanismes de certains groupes d'acteurs** dans les institutions hospitalières et de concevoir un dispositif opérationnel d'accompagnement.

Cela, sans aucun doute, pourra être transférable dans l'exercice de nos futures fonctions.

4. LE PASSAGE D'UNE POSITION DE SOIGNANT A UNE POSITION DE CADRE : LA CONSTRUCTION D'UNE NOUVELLE IDENTITE PROFESSIONNELLE

Dans cette **première phase d'analyse** nous cherchons donc à mettre en évidence les **mécanismes** que l'individu positionné en faisant fonction de cadre met en œuvre pour parvenir à **changer de métier** et à **répondre à la mission** qui lui est confiée.

Partant de l'hypothèse que pour changer de métier, l'infirmier faisant fonction de cadre vit la **construction d'une nouvelle identité professionnelle** et que cela renvoie à des notions **d'identification personnelle à la fonction de cadre** et de **reconnaissance institutionnelle** (la construction identitaire étant le résultat d'une double transaction interne et externe), que dans le même temps il modifie son système d'action et que tout cela contribue à ce **changement de métier**, nous allons maintenant vérifier si les éléments du discours des individus interrogés nous permettent de confirmer cette logique de changement et comment il s'opère dans la réalité.

Nous reprendrons pour cette **analyse** les trois éléments apparaissant dans les hypothèses, à savoir :

- L'identification à la fonction cadre ou le changement de système de référence
- La reconnaissance institutionnelle
- La modification du système d'action de l'individu

L'identification à la fonction cadre représente la part **individuelle** de la **construction identitaire** à savoir le **processus biographique** grâce auquel l'individu s'identifie à un rôle, intègre des valeurs, des normes et règles de conduite, une mission, un rôle.

La **reconnaissance institutionnelle** constitue **l'image renvoyée** à l'individu par ses partenaires c'est à dire ce qu'est l'individu pour les autres et donc la manière dont s'organise le **processus relationnel** dans la construction identitaire professionnelle.

La **modification du système d'action** est une forme de **traduction** de ce changement de système de référence.

Nous terminerons cette première partie d'analyse en confrontant les éléments retenus avec les hypothèses de recherche initiales.

L'analyse étant de type **qualitatif** et non quantitatif, nous ne chercherons pas à déterminer la fréquence de présence d'indicateurs dans les discours qui servirait de preuve de la pertinence de ceux-ci, mais plus à désigner les éléments qui nous semblent être les plus significatifs et les plus «transposables » et «utilisables » dans la formalisation d'un processus d'accompagnement.

4.1 L'IDENTIFICATION A LA FONCTION CADRE ET LE CHANGEMENT DE SYSTEME DE REFERENCE OU COMMENT L'INDIVIDU CONÇOIT SON TRAVAIL, SON ROLE, SA MISSION

Si l'on interroge la **motivation** des individus à occuper une fonction de cadre, il apparaît que celle-ci trouve son origine, soit dans une **trajectoire personnelle** liée à la «personnalité » et qui se traduit par un engagement extra-professionnel associatif ou à un environnement familial favorisant, soit dans une volonté de **ressembler** ou de **contrarier** une **image de cadre connue** durant l'exercice professionnel infirmier.

«J'ai déjà cette nature à entraîner les gens... » ; «J'aime prendre des responsabilités... » ; «J'ai toujours été entourée de gens qui avaient l'habitude de diriger... j'ai toujours aimé superviser... ».

«J'avais des cadres très dynamiques, très près des équipes, près du patient, l'exemple parfait... » ; «J'ai eu la chance de rencontrer deux cadres qui m'ont donné envie d'être surveillante... » ; «Quand j'étais infirmière, j'avais l'impression que les cadres n'étaient pas suffisamment disponibles pour les équipes et je me disais que j'essayerai de faire autrement... ».

Très souvent, si la personne a une vague **envie de changement**, la sensation de «sentir au fond de soi quelque chose », une volonté «d'aller plus loin », de «s'investir dans une autre

dimension », de «dépasser le niveau d'exécution », de «faire avancer les choses », c'est le fait d'être **repérée** comme une **personne ressource** par le cadre du service qui permet de nommer le projet personnel et de s'orienter vers une fonction d'encadrement. Les cadres sont ainsi les «**catalyseurs** » des projets personnels.

Le **projet professionnel** se précise également lors d'expériences comme des enseignements en IFSI¹⁸, des formations, l'animation de projets spécifiques. Bien souvent en effet, les individus interrogés se sont engagés volontairement dans l'animation de groupes de travail au sein de leur service ou ont été désignés comme référents dans des domaines particuliers tels que l'hygiène ou l'hémovigilance.

Ainsi, que le **processus biographique** des individus s'inscrive dans une logique de **trajectoire**, de «continuité », de «suite bgique », ou de rupture de dynamique de métier qui ne répond plus aux aspirations, il est dans tous les cas de nature très **individualiste** et correspond à une **volonté de «grandir** » pour soi, de satisfaire à un besoin de changement, de réalisation personnelle dans une relation plus élargie, de positionnement dans un niveau de collaboration, voire de direction plutôt que d'exécution.

Une seule personne exprimera une volonté de faire évoluer le «système » et le management dans sa motivation première, d'essayer de «faire autrement » pour les équipes et les patients, de «faire adhérer » les gens aux projets, aux évolutions... Cette personne a par ailleurs une trajectoire personnelle très spécifique dans la mesure où elle est depuis longtemps engagée dans un mouvement syndical.

En ce qui concerne l'expression des **valeurs** qui constitueront le **fondement de l'action** des personnes interrogées, il est important de noter que quelle que soit l'ancienneté dans la fonction, les personnes ont des difficultés à les énoncer clairement.

Certains ne connaissent même pas la signification du terme «valeur ». Cela pourrait s'expliquer par le fait que la notion de «valeur » est plutôt théorique et bien souvent le résultat d'une réflexion approfondie et d'une introspection sur ce qui nous pousse à agir. Or, cette démarche s'effectue durant une formation ou une occasion de prise de recul et d'analyse de la pratique.

Néanmoins, d'une façon générale, chacun exprime un **éloignement du rapport physique au soin**, plus ou moins vécu comme une frustration, et cet éloignement fait que les **valeurs inhérentes au soin au patient** sont **transférées sur l'équipe**. Il se produit donc un transfert

¹⁸ Institut de Formation en Soins Infirmiers.

de valeur sur un autre champ d'action et on peut observer une **disparition du patient au profit de l'équipe**.

Quelle que soit l'ancienneté dans la fonction, les personnes expriment un **changement de dimension dans l'action**, un **transfert de préoccupation du patient vers l'équipe**.

Seule une personne replacera le patient au centre de toutes ses préoccupations et de tout son discours.

Les **valeurs de management** exprimées sont : *«l'honnêteté», «l'esprit d'équipe», «l'amour du travail bien fait», «le fait d'aller jusqu'au bout des choses», «le respect de l'autre», «l'importance de la place de chacun», «l'écoute»* et concernent donc la dimension **«relation humaine»** de la fonction, désignée comme étant l'objet de toutes les préoccupations.

Enfin, si la **satisfaction du patient** est recherchée, elle l'est par l'intermédiaire du «bien-être» de l'équipe selon le principe que *«si les gens sont bien, ils font du travail de qualité»*.

Le **changement de système de référence** se traduit également dans le changement de **niveau de responsabilité**. *«En tant qu'infirmière, j'étais responsable de mes patients, aujourd'hui, ma responsabilité est globale, je suis responsable de toute l'équipe»*.

D'une manière générale, les personnes interrogées utilisent la conscience qu'elles avaient de leur responsabilité en tant qu'infirmière pour en transposer les principes à la responsabilité du travail des autres.

Néanmoins, elles ont conscience, et ceci dès la prise de fonction, que celle-ci est étendue à d'autres domaines que celui du soin et notamment celui de la maîtrise des dépenses et elles cernent d'autant mieux cette notion qu'elles bénéficiaient, en tant qu'infirmière, d'une délégation de tâches concernant les commandes de pharmacie ou de matériel divers.

Par ailleurs, il apparaît de façon significative que ces personnes ont tout à fait conscience de leur mission de **«relais»** dans le cadre du **respect des règles institutionnelles** et cela se traduit par une adhésion très rapide aux tâches administratives confiées (gestion des commandes et des plannings horaires) même si celles-ci génèrent de la frustration, et une conscience très nette de leur rôle dans le respect de l'application des règles par les équipes. Ceci peut s'expliquer comme la résultante d'une réelle conscience d'avoir **«basculé de l'autre côté»**, notion très présente dans l'ensemble des discours.

C'est un peu comme si le fait de prendre conscience d'occuper une autre fonction entraînait automatiquement le respect des normes et règles liées à cette fonction.

Nous étudierons plus en détail cette question dans le chapitre consacré à la modification du système d'action des individus concernés.

Si l'expression sur les valeurs qui sous-tendent l'action est difficile, il n'en est pas de même pour le **rôle au sein du service et de l'institution** de ces personnes qui font fonction de cadres.

En effet, même après quelques semaines de prise de fonction, elles sont capables de **tenir un discours** très précis sur cet aspect de leur métier. Peut-être est-ce parce que comme le dit très justement l'une d'elles : *«il faut s'y mettre tout de suite, très vite, parce qu'on dit qu'on fait fonction mais pour le personnel, on doit être capable tout de suite»*. Il faut donc très rapidement cerner le rôle attendu par les partenaires et le faire coïncider avec ses aspirations afin d'assurer la **cohérence des actions** et de délimiter le champ dans lequel elles doivent s'inscrire.

La confrontation avec les exigences du fonctionnement de l'institution, les demandes des partenaires et la position **«d'apprenant»** avec ce que cela suppose comme questionnements fait que les infirmiers faisant fonction de cadres interrogés définissent tous leur rôle dans une position d'**intermédiaire** : *«interface entre le service et la direction»*, *«un rôle de relais que je n'avais pas quand j'étais infirmière»*, *«médiateur entre l'équipe, le patient et sa famille»*, *«celle à qui on réfère»*, *«relais entre l'équipe, ses préoccupations, ses objectifs, ses souhaits et ses besoins et l'institution et transmettre aux équipes les projets d'établissement et les y faire adhérer»*, *«trait d'union entre les différents acteurs du service»*.

Ainsi, ces personnes inscrivent très vite leur rôle sur deux niveaux : **le service et l'institution** et celle ayant le plus d'ancienneté dans la fonction le décrit sur quatre niveaux : **le patient, le service et l'équipe, l'établissement, l'extérieur**.

Il apparaît néanmoins que la **qualité du tutorat** dont bénéficient ces personnes interfère dans la facilité qu'elles ont d'analyser, de qualifier et d'intégrer ce **rôle**. Plus les tuteurs sont capables d'exprimer clairement ce qu'ils attendent d'un cadre et ont déterminé un «programme» d'intégration précis en utilisant volontiers la **relecture des situations**, plus les «élèves» sont capables de qualifier leur rôle sur chaque niveau d'intervention. Le tutorat et l'encadrement semblent avoir plus d'effet à ce niveau que l'ancienneté dans la fonction ou le modèle du «cadre idéal» qui, lui, est d'avantage un modèle comportemental vis-à-vis des équipes.

Mais là encore, des liens peuvent être établis avec le processus biographique et ce qui motive les personnes à occuper la fonction.

Car le rôle qu'elles s'assignent est, dans chaque situation observée, parfaitement compatible avec le projet professionnel. Celles qui décrivent une motivation liée à la personnalité déclarent avoir un rôle de « meneur », « d'animateur », « de chef », de « décideur » ; Celles dont le chemin était tracé dès le départ sont « référantes », « expertes », « indispensables » ; Celles qui plaçaient l'évolution du système dans leur motivation première se disent « acteur de changement » et veulent faire « adhérer les gens aux projets, à l'évolution de l'établissement et au système de santé ».

Si la conscience du rôle semble bien claire, il n'en est pas de même pour la **conception du métier** selon les indicateurs qui nous semblaient pertinents à savoir : la gestion de projet, l'ingénierie de production et la responsabilité de qualité.

Un grand nombre de personnes interrogées disent avoir conscience de ne plus du tout exercer un métier d'infirmière mais ne savent pas réellement définir le nouveau métier exercé ou du moins pas dans le sens de la **gestion stratégique**.

Cela est sans aucun doute lié au fait que la préoccupation première de ces personnes est la **gestion des équipes** et leur propre positionnement au sein de celles -ci, ce qui ne leur permet pas de définir un métier dans le sens d'une contribution à l'organisation des soins. Rappelons ici que très peu des personnes interrogées situent le fondement de leur action par rapport au patient.

Dans le même ordre d'idées, très peu de personnes sont capables de définir une **mission** dans le sens d'une **contribution à une valeur ajoutée pour le patient**. Néanmoins, le simple fait d'évoquer dans l'entretien le mot « mission » fait que plusieurs expriment des intentions de projet dans le sens d'une amélioration de la qualité de prise en charge des patients. « *Ma finalité, c'est le meilleur soin possible dans les meilleures conditions* » ; « *Ma mission, c'est clair, c'est garantir une qualité de prise en charge des patients* » ; « *J'essaye d'aller dans le sens du patient, dans le sens de l'amélioration des soins au patient* ».

Ceci reste néanmoins au niveau du discours, des intentions, mais très peu ont l'occasion de concrétiser des actions dans le sens de cette mission et là encore probablement pour les mêmes raisons que celles avancées précédemment. Il est toutefois intéressant de remarquer que, même si la dynamique d'action n'est pas engagée, ce qui peut se comprendre dans ces situations de découverte d'une fonction, les missions sont connues des individus et intégrées comme des **finalités d'action**.

Si l'**anticipation** devrait aller de pair avec le métier de gestionnaire de projet, il est évident que les infirmiers faisant fonction de cadres interrogés n'ont pas la possibilité de recul suffisant pour se projeter dans l'avenir en dehors de ce qui concerne leur projet professionnel. Il faudrait pour cela qu'ils soient plus aguerris dans la manipulation des outils de gestion quotidienne afin de pouvoir dépasser le niveau de **réactivité** aux événements dont ils font preuve.

Néanmoins, il semble que pour les personnes qui vivent une réelle **rupture** par rapport à leur **milieu professionnel d'origine**, le recul, l'analyse et la prospection soient facilités.

Ainsi, un positionnement «**d'observateur actif** » les conduira à faire des propositions pour anticiper les dysfonctionnements. *«Le fait de tout recommencer à zéro nous rend plus actif dans l'observation et nous permet de percevoir plus de choses... ».*

Enfin, il n'en est pas de même pour la personne occupant la fonction depuis plus de deux ans et qui inscrit, elle, son action pour une grande partie dans la gestion stratégique de l'établissement.

Si le **langage** est le signe d'appartenance à un **système de référence**, on peut ici affirmer que dans leur grande majorité, les personnes interrogées ont adopté le **langage des cadres** et ce quelle que soit leur ancienneté dans la fonction. On entend ainsi les expressions suivantes : « *pilote de changement* », « *missions* », « *transmission du savoir* », « *pilote de travaux* », « *relais* », « *mobiliser les équipes* », « *consensus lors des conflits* », « *animation* », « *gestion* », « *management participatif* », « *stratégie* », « *mission transversale* », « *déléguer* », « *management positif* », « *négociation* », « *gestion du flux des patients* », « *garantir une qualité de prise en charge* », et même si les personnes utilisent ces expressions sans réellement être capables d'en définir la traduction au niveau des actions, le simple fait de les utiliser signe **leur volonté d'adhésion à un système de référence managérial**.

A ce stade de l'analyse, nous retiendrons les éléments suivants :

Le processus biographique inhérent à la construction d'une nouvelle identité professionnelle est **individuel** et dépend de l'**histoire** de chacun.

Certains éléments significatifs de l'**identification à la fonction de cadre** ou de l'adhésion à un **nouveau système de référence** paraissent néanmoins transposables à d'autres situations particulières. Ce sont les suivants :

La construction du projet professionnel est bien souvent lente et floue sauf dans le cas d'une **trajectoire** ancienne très marquée par des **déterminismes** personnels. Le «**modèle de cadre**» construit pendant l'exercice professionnel infirmier est déterminant dans la construction de ce projet.

L'élément déclenchant de la mise en œuvre de ce projet est bien souvent l'intervention du cadre, «**catalyseur**» du projet, qui met en place des éléments de mobilisation tels que la délégation de tâches, de missions, le positionnement de la personne comme référente sur certains domaines et c'est lors de ces **expériences** que l'individu inscrit son projet dans le **champ des possibles**.

L'identification à la fonction cadre est donc bien antérieure à la réalisation du projet et contribue à sa construction.

La **motivation** à exercer la fonction trouve son origine dans des aspirations très individualistes de **besoin de grandir**, de **dépasser** le rôle d'exécution.

Les infirmiers faisant fonction de cadres ont des difficultés à déterminer ce qui constitue le **fondement de leurs actions**, n'ayant pas la possibilité d'un recul suffisant et d'une analyse de leurs pratiques.

Les **valeurs du soin** qui concernaient le patient sont aujourd'hui transférées sur la gestion de l'équipe et l'on constate une préoccupation constante sur la dimension «**relation humaine**» de la fonction, l'objet de celle-ci étant l'équipe et non plus le patient. Les relations avec l'équipe sont la source des principales difficultés.

Le transfert du **niveau de responsabilité** à celle du «travail des autres» utilise les principes de la responsabilité du travail infirmier dont l'importance est décrite comme trop souvent méconnue.

La conscience d'avoir «**basculé de l'autre côté**» génère une intégration très rapide par les individus interrogés des **règles institutionnelles**.

La conscience du **rôle** est très liée à la motivation à exercer la fonction, allant du chef à l'acteur de changement en passant par l'expert et le référent.

Néanmoins, la position «d'apprenant» et les questionnements que cela suppose de même que la qualité de l'encadrement dont bénéficie l'infirmier faisant fonction de cadre lui fait prendre conscience rapidement des exigences de fonctionnement de l'institution et des attentes des partenaires et définir son rôle comme celui **d'intermédiaire** et de **relais**.

Le «**nouveau métier**» a des difficultés à se définir du fait des préoccupations constantes de positionnement au sein de l'équipe qui empêchent une centration sur la mission de qualité

de prise en charge du patient. Néanmoins, cette mission est connue et définie comme une finalité d'action et d'autant mieux suivie d'actions que la personne est en rupture par rapport à son milieu d'origine. Sa position **d'observateur actif** est ainsi facilitée.

Enfin, l'utilisation d'un **langage** de cadre quasi universelle signe une volonté d'adhésion à un système de référence managérial.

On retiendra de façon générale que **l'identification à la fonction cadre** n'a apparemment pas de lien avec l'ancienneté dans la fonction, que ce processus se construit en même temps que le **projet professionnel** et en constitue l'essence même. Plus le processus biographique et l'identification à un modèle de cadre sont faibles, plus la difficulté à tenir un discours sur le rôle du cadre est importante.

Par ailleurs, cette identification ne concerne pas la totalité du champ d'intervention du métier de cadre dans la mesure où elle ne semble concerner que le rôle de gestion des moyens matériels et humains au sein d'un service de soins au moins pour la majorité des personnes interrogées.

La mission de contribution à une valeur ajoutée pour le patient apparaît très rarement.

La reconnaissance institutionnelle peut-elle aider à élargir ce champ ?

4.2 LA RECONNAISSANCE INSTITUTIONNELLE OU QUELLE IMAGE DE SON RÔLE EST-ELLE RENVOYÉE À L'INDIVIDU

Nous allons maintenant nous intéresser à ce qui constitue le **processus relationnel** dans l'adaptation des infirmiers faisant fonction de cadres à leur nouveau métier.

Pour cela, nous tenterons de voir **comment** les éléments de reconnaissance institutionnelle qui signent **ce que représente l'individu pour les autres** aident celui-ci à **construire sa nouvelle identité professionnelle** et à **s'adapter à son nouveau métier**.

Nous considérerons tout d'abord les **signes extérieurs de reconnaissance** qui, selon, nous, entraînent une légitimation à occuper la fonction que sont :

L'attribution d'un bureau, les horaires, la participation aux réunions de cadres, les informations transmises, le mode de présentation aux équipes lors de la prise de fonction.

Ensuite, nous regrouperons les éléments du **discours des supérieurs hiérarchiques** qui représentent, selon nous, un axe déterminant de la reconnaissance institutionnelle. Il s'agit là de ce que disent les autres sur ce que sont les infirmiers faisant fonction de cadres.

Enfin, nous analyserons les **signes profonds de reconnaissance** qui signent une réelle **légitimité** de la personne à exercer une fonction d'encadrement que sont : les responsabilités et missions confiées, la participation aux décisions, l'image renvoyée par les partenaires et la qualité du tutorat ou de l'encadrement.

Toutes les personnes interrogées bénéficient d'un **bureau**, effectuent les mêmes **horaires** que les autres cadres du service, assurent des **gardes** de surveillantes seules après un minimum de six mois de fonction et participent aux **réunions de cadres**.

Cela est unanimement désigné comme une forme de reconnaissance de l'institution de leur rôle d'encadrement. *« On occupe le bureau, donc on est responsable », « les familles s'adressent directement à moi puisque je suis dans le bureau ».*

Paradoxalement, la désignation de la fonction sur les **tenues professionnelles** n'est pas prévue par l'institution qui est pourtant très attachée à ce signe distinctif dans la mesure où les cadres portent des broches étoilées sur leur tenue. *« Sur mon badge, il est marqué infirmière parce que je suis toujours infirmière... ».*

La manière dont les personnes sont **présentées aux équipes** constitue là encore un élément fort de reconnaissance institutionnelle et favorise la conscience d'avoir **« basculé de l'autre côté »**.

Par ailleurs, elle représente une volonté des représentants de l'institution de favoriser la légitimation de la personne dans l'exercice de la fonction. Que ce soit comme une personne « faisant fonction de cadre », « la surveillante qui va arriver », « la personne qui va assurer l'encadrement du service » ou le « cadre du service », dans tous les cas, cette présentation est assurée par un cadre ou un cadre supérieur et constitue une forme « d'intronisation ». La présentation aux médecins est le plus souvent effectuée de façon beaucoup plus officielle lors d'un entretien individuel ou d'une réunion d'instance (bureau de service) et a clairement pour but de faciliter la légitimation de la personne aux yeux des médecins.

Une **expertise** particulière de la personne est toujours mise en avant comme un élément supplémentaire ayant contribué au choix de celle-ci et favorisant la reconnaissance.

L'intégration est d'autant plus réussie que la personne a l'occasion de fonctionner en « binôme » avec un autre cadre du service durant une période déterminée car cela donne l'image d'une équipe de cadres aux objectifs et modes de fonctionnement communs.

Enfin, le fait d'être destinataire, au même titre que les autres cadres, de façon nominative, par courrier, téléphone ou sur une messagerie électronique accessible par mot de passe, des **informations**, est ressenti par les individus comme un réel signe de reconnaissance. « *Il n'y a pas de différence au niveau des informations, on a vraiment l'impression qu'on est cadre...* », « *je suis destinataire des informations parce que je suis considérée comme responsable d'unité* ».

Il semble donc que ces **signes extérieurs de reconnaissance institutionnels** contribuent de façon significative à la conscience des individus d'occuper une **autre place** dans l'institution et un **autre rôle** dans les services.

L'analyse des **discours des supérieurs hiérarchiques** met en évidence les éléments suivants :

- Si la personne «faisant fonction » n'est pas considérée par le cadre supérieur comme occupant réellement un poste de cadre (période d'évaluation trop courte, pas de choix dans la personne et donc méfiance par rapport aux capacités, volonté de protéger cette personne considérée comme «fragile » de par sa méconnaissance de la fonction), elle est présentée et considérée comme étant en **formation**. On lui confie des missions spécifiques sur certains domaines. Ces missions sont par ailleurs présentées aux équipes, et le cadre supérieur garde des prérogatives sur les autres domaines de la fonction telle la gestion du personnel. De ce fait, l'infirmière faisant fonction de cadre ne bénéficie pas d'une réelle reconnaissance de responsable et n'exerce qu'une partie de la fonction.
- Si la personne faisant fonction de cadre est **reconnue** d'emblée par le cadre supérieur comme ayant de réelles capacités dans la mesure où c'est une infirmière capable de s'engager dans un projet professionnel, l'accompagnement se veut moins interventionniste, la personne bénéficie de plus **d'autonomie** et est d'emblée **légitimée**. Cela est d'autant plus vérifié lorsque les équipes médicale et paramédicale expriment des attentes précises par rapport au cadre.

Enfin, il apparaît de façon significative dans l'analyse des discours, que **l'environnement** dans lequel évolue la personne influe largement sur la manière dont elle sera légitimée dans sa fonction.

Plus l'établissement est de **petite taille** et donc la communication facilitée entre les acteurs, plus la personne a l'occasion de faire valoir ses capacités et sera donc légitimée dans l'exercice de sa fonction.

Plus les **attentes** des équipes et des médecins seront importantes par rapport au cadre, plus la collaboration sera facilitée et donc la possibilité **d'investir un autre champ d'action** et de se faire reconnaître comme acteur responsable.

Plus le service est réputé **difficile** et plus le cadre supérieur «tuteur » aura tendance à protéger la personne qui, ne bénéficiant que de peu d'autonomie et exerçant «sous tutelle », aura des difficultés à se faire reconnaître comme responsable.

Si les **signes extérieurs** de légitimation de même que l'attitude des **supérieurs hiérarchiques** ont de l'importance dans la prise de conscience par l'individu de son changement de métier, il semble que c'est bien dans le **regard** et les **relations** entretenues avec les «collègues », les patients, les familles et les équipes que les individus ont la «révélation ». C'est alors qu'ils intègrent réellement le fait d'exercer un autre métier et en quoi il consiste.

Le regard des **médecins**, souvent décrit comme peu bienveillant, ne semble pas préoccuper outre mesure les individus qui en font l'objet dans la mesure où leur attention est centrée sur les équipes. Néanmoins, lorsque les médecins cherchent à réellement **collaborer** avec la personne faisant fonction de cadre, celle-ci définit son action dans un **champ plus large** de réorganisation du service et d'amélioration de la prise en charge des patients.

De tous les regards, c'est celui des **patients** et des **familles** qui semble être le plus révélateur : *« Le patient ne me regarde pas du même œil. La surveillante est un point de référence » ; «Ce sont les patients et les familles qui renvoient l'image de responsable, ce sont eux qui mettent de la distance ».*

Le regard des «**collègues** » a, lui aussi, une très grande importance : *« les cadres du service n'ont pas le même regard sur moi, c'est plus un regard de future collègue » ; «On ne me demande pas les choses de la même façon que quand j'étais infirmière et que je suppléais la surveillante » ; «Je suis considérée comme collègue à part entière ».*

Enfin, le regard des **équipes**, met définitivement un trait sur le fait d'être collègue et renvoie à la personne faisant fonction de cadre son statut de responsable : *« c'est l'équipe qui met*

de la distance » ; « Les personnes ont recours à moi dès qu'il y a un problème, une difficulté » ; « L'équipe me demande une validation de ce qu'elle propose ».

A l'inverse, et contrairement à ce que nous aurions pu penser, l'existence d'un **dispositif institutionnel d'accompagnement** n'accentue pas la reconnaissance de la personne par les équipes. Au contraire, celles qui en bénéficient sont d'avantage considérées comme étant en formation et donc moins légitimes à intervenir dans certaines situations : *« les équipes ne sont pas d'accord avec le fait que ce soit des faisant fonction qui interviennent ».*

Nous retiendrons donc comme éléments significatifs de la reconnaissance institutionnelle qui aident l'individu à construire sa nouvelle identité professionnelle :

Les **signes extérieurs** de légitimation, reconnaissance que l'individu est mandaté par l'institution pour occuper une fonction d'encadrement, qui donnent conscience à celui-ci d'avoir **«basculé de l'autre côté »** et **d'exercer un autre rôle**. Parmi ces signes extérieurs, le plus significatif est la transmission nominative des **informations**.

Plus les supérieurs hiérarchiques laisseront d'**autonomie** à la personne, plus celle-ci sera légitimée dans son rôle

L'**environnement** tient une importance significative sur la manière dont la personne prend conscience et exerce son rôle. La collaboration avec les équipes paramédicales et médicales et l'investissement dans un autre champ d'action plus valorisant seront facilités lorsque les attentes vis à vis du cadre sont importantes.

C'est grâce au **regard** et à l'**image de «responsable »** que les patients, les autres cadres, les équipes et les médecins renvoient à la personne que celle-ci intègre à part entière et très fortement le fait qu'elle exerce un autre métier.

Un **dispositif institutionnel** concernant les infirmiers faisant fonction de cadre n'est pas en soi une source de légitimation supplémentaire.

Nous avons donc tenté de déterminer comment les personnes interrogées dans le cadre de ce travail conçoivent leur **travail**, leur **rôle**, leur **mission** c'est à dire vérifié en quoi ils **s'identifient à la fonction de cadre** et comment l'image que leur renvoient les partenaires avec lesquels ils sont en interaction les aide dans leur **changement de métier**.

A ce stade de l'analyse, il apparaît que si **l'identification à la fonction cadre** est indispensable pour **s'engager** dans la mise en œuvre de son **projet professionnel** et adopter une ligne de conduite qui permette de mieux faire coïncider **l'image construite** de la fonction à la réalité tout en répondant au mieux à ses aspirations, le **processus relationnel** constitue un élément **révélateur** et **déterminant** dans la construction du nouveau métier.

C'est en effet au travers du regard que portent sur lui les personnes avec qui il entre en interaction au quotidien que l'individu prend réellement conscience de ce que représente le changement de métier qu'il est en train de vivre.

Nous allons maintenant étudier les **conséquences** de ce double processus sur le **système d'action** de ces individus, c'est-à-dire comment se traduisent ces transformations dans leur pratique professionnelle.

4.3 LA MODIFICATION DU SYSTEME D'ACTION DES INFIRMIERS FAISANT FONCTION DE CADRES OU COMMENT SE TRADUIT LE CHANGEMENT DE METIER DANS LA PRATIQUE PROFESSIONNELLE QUOTIDIENNE

Les trois **indicateurs** qui nous semblent pertinents pour mieux mesurer les transformations de ce système d'action sont : la modification des **relations** avec les différents partenaires (équipes, médecins, supérieurs hiérarchiques, patients, dirigeants) ; Le **positionnement** dans le service et la mise en jeu des règles de pouvoir.

L'utilisation d'un **mode relationnel** dépend bien évidemment à la fois de l'individu mais aussi de l'environnement dans lequel il évolue.

Les réponses données aux questions concernant les **relations avec les partenaires** sont donc relativement hétérogènes. Il apparaît néanmoins des éléments récurrents qu'il nous semble important de faire apparaître ici dans la mesure où ils sont significatifs.

En règle générale, et comme cela était apparu précédemment, ce sont **les partenaires** qui **génèrent la transformation du mode de relation**.

Même si les personnes ne provoquent pas cette transformation parce qu'elles ne la désirent pas réellement, la fonction qu'elles représentent fait que ces relations sont modifiées.

Il en est ainsi de la relation avec les **équipes paramédicales** pour laquelle le changement est brutal. Le «copinage» disparaît, la «**barrière de la hiérarchie**» s'installe automatiquement et les équipes mettent systématiquement une **distance** entre l'infirmière faisant fonction de cadre et elles-mêmes.

Que cela soit bien ou mal vécu en fonction de l'image qu'a la personne de la fonction, cela est de toute façon unanimement ressenti.

Ce «passage» semble plus difficile pour les personnes issues d'un lieu de travail où l'esprit d'équipe était fort (réanimation, soins intensifs...), il est considéré comme favorisant pour les personnes qui pensent que le respect de la hiérarchie est indispensable pour occuper sa fonction. *«Ce ne sont plus des collègues» ; «Ce sont elles qui mettent de la distance» ; «Le cadre n'est plus la confidente» ; «On est passé de l'autre côté de la barrière» ; «C'est Madame, vous...» ; «On ne fait plus partie de l'équipe» ; «L'équipe nous fait sentir qu'on est passé de l'autre côté» ; «Le respect de la hiérarchie est indispensable pour avancer» ; «Elles éprouvent du respect pour moi, pour la personne que je représente».*

Les relations avec les **médecins** sont, avec les équipes, celles qui connaissent la modification la plus sensible.

Que les personnes aient la sensation de ne plus exister pour les médecins, ou qu'elles aient l'occasion de vivre une collaboration constructive, il y a dans tous les cas une profonde transformation du mode relationnel avec cette catégorie de partenaires.

Cela semble très lié, non à la personne elle-même mais aux **attentes qu'ont les médecins du cadre** dans le service, allant de l'intendance à l'élaboration de projets.

«Les médecins ne m'adressent pas la parole» ; «Les relations avec les médecins ne sortent pas du cadre professionnel» ; «J'ai de bons contacts avec les médecins parce qu'ils ont la volonté de travailler sur un mode participatif» ; «Le chef de service s'appuie sur nous quand il a quelque chose à faire passer et nous aussi on peut s'appuyer sur lui».

En ce qui concerne les relations avec les **patients et les familles**, la caractéristique essentielle est que, là encore, ce sont les patients qui mettent la distance avec les personnes dans la mesure où elles représentent une fonction de responsable. *«J'y suis allée en me présentant, et bien, il a accepté...» ; «On ne me demande pas la même chose» ; «Quand on se présente comme faisant fonction de cadre, pour les familles et les patients, ça a une valeur».*

Par ailleurs, les relations avec les patients occupent bien évidemment une place beaucoup moins importante qu'auparavant et les motifs d'entrée en relation sont tout à fait différents : il s'agit quasi exclusivement de régler des problèmes.

Même si les personnes interrogées disent avoir un profond respect pour la hiérarchie, elles sont unanimes à désigner les relations avec les **supérieurs hiérarchiques** comme étant plus **proches** et s'orientant plus dans le sens d'une collaboration.

La «barrière » a changé de niveau, s'est déplacée, dans le système de référence de ces individus.

Les «**collègues » cadres**, bien souvent considérés comme des pairs, sont ceux avec lesquels les relations sont les plus **constructives** dans la mesure où elles représentent le recours principal en cas de difficulté.

De façon anecdotique, la personne qui exerce son activité professionnelle dans un petit établissement décrit le plus grand changement dans la relation qu'elle peut avoir avec le directeur d'établissement, relation qui contribue à sa légitimité, qu'elle qualifie de formatrice et qui constitue une très forte forme de reconnaissance de la contribution qu'elle peut apporter au fonctionnement de l'institution.

Enfin, une seule des personnes interrogées dont l'histoire est très particulière dans la mesure où elle n'avait pas un réel projet cadre et que par la même son processus biographique n'était pas réellement engagé, décrit un mode relationnel qui ne semble pas avoir subi de modifications. Il est à noter ici que cette personne situe clairement son mode d'action dans une attitude de constante provocation par rapport au système institutionnel.

En ce qui concerne le **positionnement dans l'unité**, une idée principale se dégage de l'ensemble des discours : la dynamique d'action des individus rencontrés est centrée sur la volonté de «**faire ses preuves** ».

Cela se traduit bien évidemment différemment selon les individus, leur personnalité et l'image qu'ils ont construite de la fonction de cadre.

Et «faire ses preuves » signifie savoir **répondre aux questions** de l'équipe et des médecins et, de façon plus rarement évoquée, mettre en œuvre des **projets de prise en charge** des patients en mettant ceux-ci au centre des préoccupations.

Ce deuxième niveau de positionnement n'existe que chez les personnes qui maîtrisent mieux la négociation, soit par leur expérience professionnelle antérieure, soit par une expérience personnelle.

«J'ai le droit de ne pas savoir, mais je n'ai pas le droit de ne pas chercher à savoir. » ; « Je suis la référente parce que je sais, et si je ne sais pas, je vais me renseigner ».

Plus la personne est capable **d'anticiper les questions**, plus elle désigne qu'elle a compris **ce que l'équipe attendait d'elle** et plus elle se sent **reconnue** dans sa fonction.

D'une manière générale, les personnes interrogées sont **volontaires** pour aller **au devant** des situations à résoudre et des problèmes afin de mettre en avant leurs compétences. *«Je pense qu'il faut savoir montrer qu'on est capable de résoudre un problème, de mener une action à son terme, de se positionner par rapport à certaines choses et ne pas partir tant que tout n'est pas résolu ».*

Pour cela et afin d'être performantes dans leur positionnement et la réponse aux questions, les personnes utilisent la **situation d'apprentissage** dont elles bénéficient pour beaucoup observer et questionner.

Dans le même ordre d'idées, l'investissement dans les projets de réorganisation est perçu comme une opportunité.

Très vite, les individus faisant fonction de cadre ont conscience d'être **réfèrent** dans la **réponse aux problèmes**. Soit ils le désirent car cela correspond à l'image qu'ils ont de la fonction et ils mettent alors en place un système d'action dans ce sens en assurant une présence soutenue qui génère le recours, soit ils le découvrent et en font leur objectif d'apprentissage.

«Je suis la personne qui est là pour régler les problèmes ».

Dans tous les cas, ils cherchent, dès la prise de fonction, à **résoudre les problèmes seuls** et ne demandent de l'aide qu'à posteriori si les choses se passent mal.

L'occasion la plus **propice** pour faire valoir aux partenaires sa **compétence** est l'absence des autres cadres à l'occasion de formation ou de congés. *«J'étais seule en tant que cadre, elles sont venues me voir directement et se sont aperçues que je pouvais être utile ».*

La **situation d'apprentissage** est également utilisée pour ne pas brusquer les gens et leur laisser les prérogatives dont ils bénéficiaient auparavant. Cela laisse le temps d'analyser les modes de fonctionnement et d'organisation des équipes et correspond sans doute au fait que les infirmiers faisant fonction de cadres ne se sentent pas totalement légitimes pour remettre en cause ceux-ci.

Il peut s'agir également d'une certaine conception **d'un management participatif** qui est bien souvent évoquée. *«Je ne vais pas aller reprendre des choses qu'elles font très bien » ; «Je les ai laissé exprimer le besoin, je ne me suis pas imposée ».*

Enfin, les occasions de faire valoir des **expertises particulières** techniques ou de management sont toujours exploitées.

Quant à la mise en jeu des **éléments de pouvoir**, elle concerne essentiellement la **circulation de l'information**.

Cela permet à l'individu à la fois **d'intégrer son changement de rôle** et de le **mettre en œuvre**.

«Avant, je disais, pourquoi on fait ça ? Maintenant je dis, il faut faire ça parce que... ».

Une grande majorité des personnes interrogées a mis en place un système de circulation d'information, soit par le biais d'affichage, soit par le biais de réunions en fonction de l'importance de l'information à transmettre. Parfois même, l'exploitation des questionnaires de sortie est retransmise à l'équipe.

Là encore, la possession de l'information est perçue comme un bon moyen de **pouvoir répondre aux questions** et donc d'être **légitimé** dans son rôle.

De façon plus anecdotique sont ensuite retrouvés :

- La maîtrise des zones d'incertitude découverte à l'occasion d'interventions plus autoritaires ;
- Le rôle pédagogique développé par la personne ayant le plus d'ancienneté dans la fonction et qui, n'ayant plus à «faire ses preuves », cherche à «faire grandir l'équipe » et à la rendre plus autonome en lui retransmettant la manière dont les solutions ont été trouvées aux problèmes posés.

Enfin, **l'évaluation des agents**, effectuée seul uniquement à l'issue d'un minimum d'un an de fonction, est considérée comme une forme d'apprentissage en assurant une meilleure connaissance des personnes.

Les infirmiers faisant fonction de cadre ne perçoivent pas la forme de pouvoir que cela peut représenter.

Nous retiendrons donc comme éléments significatifs de la modification du système d'action des individus faisant fonction de cadres les éléments suivants :

Les **partenaires** avec lesquels l'infirmier faisant fonction de cadre est en interaction : équipes paramédicales, médecins, supérieurs hiérarchiques, patients et familles, sont bien souvent à l'origine d'une importante modification dans le **mode relationnel**.

La **barrière hiérarchique** se déplace et s'installe entre l'infirmier faisant fonction de cadre et l'équipe.

Une profonde modification de la relation avec les **médecins** est décrite, dont le mode correspond à l'attente qu'ont ceux-ci de la fonction cadre.

Les **patients et les familles** installent la distance qui est de mise avec celle que l'on doit respecter vis à vis d'un responsable.

Les relations avec les **supérieurs hiérarchiques** vont d'avantage dans le sens d'une collaboration.

Les «**collègues**» cadres constituent une nouvelle équipe, à laquelle les infirmiers faisant fonction de cadre ont la sensation d'appartenir.

La **dynamique d'action** de l'ensemble des individus rencontrés est centrée sur la volonté de **faire ses preuves**. Cela signifie savoir répondre aux questions, résoudre les problèmes, anticiper les questions, mettre en œuvre des projets.

La **stratégie** mise en œuvre est l'utilisation de la situation d'apprentissage, son observation, ses questionnements, la ferme volonté d'aller au devant des situations difficiles et de les résoudre seul, l'opportunité d'investissement dans les projets.

Par ailleurs, les individus ne cherchent en aucune manière à imposer leur propre mode de fonctionnement.

La mise en œuvre de **sources de pouvoir** concerne essentiellement la circulation et la retransmission de l'**information**. Celle-ci permet à l'individu, à la fois d'intégrer son changement de rôle et de le mettre en œuvre, tout comme elle favorise la réponse aux questions et donc la légitimité.

4.4 VERIFICATION DES HYPOTHESES : COMMENT S'EFFECTUE LE CHANGEMENT DE METIER

L'analyse du **processus d'identification à la fonction cadre** a donc montré que celle-ci se produisait lors de la **construction du projet professionnel** et donc bien antérieurement à la prise de fonction.

Elle **utilise** un **déterminisme personnel** lié à la personnalité ou une **volonté de changement** qu'un **modèle de cadre** aide à identifier comme le projet d'accéder à une fonction d'encadrement.

Elle **se révèle** lors d'**expériences** qui sortent du champ habituel d'exercice.

Elle **permet** la mise en œuvre du projet car l'individu accepte alors de «faire fonction » et lors de la confrontation avec la réalité, elle aide celui-ci à adopter un **modèle comportemental** vis à vis de ses partenaires qui soit le plus possible en cohérence avec le modèle ayant servi à l'identification.

Elle **se traduit** par une adhésion très rapide aux règles institutionnelles et une conscience nette d'un rôle d'**intermédiaire** entre les équipes et le reste de l'institution, un transfert des valeurs du soin au patient à la gestion de l'équipe et l'adoption d'un langage de cadre.

La **reconnaissance** institutionnelle, représentée par la place attribuée à l'individu par l'institution, permet à celui-ci de **prendre conscience** d'avoir opéré un **changement de métier**.

Elle **utilise** :

- Des **signes extérieurs** de légitimation officiellement considérés comme des attributs de la fonction (bureau, horaires, gardes, informations) ;
- Un **dispositif d'accompagnement** ou de tutorat qui, selon la manière dont il est mis en œuvre, sera plus ou moins aidant dans la construction identitaire ;
- Des marqueurs plus profonds de reconnaissance parmi lesquels les **attentes des partenaires** occupent une place de choix.

C'est en effet au travers du **regard** que les équipes, les patients et les familles, les médecins, les supérieurs hiérarchiques et les dirigeants porteront sur l'individu et la fonction qu'il représente que celui-ci découvrira et intégrera ce que constitue réellement son **nouveau métier**.

Il adoptera ensuite un **système d'action** dont la finalité principale est de **répondre à ces attentes** et à ce regard en faisant la preuve qu'il en est capable.

Il s'agit là d'une sorte de **synthèse** entre ce que l'individu avait prévu qu'il serait et veut être, afin d'être en **adéquation** avec ce que l'on attend de lui.

Ce deuxième pôle semble plus déterminant que le premier. Ce sont dans les modalités d'action et le comportement que la personne tentera de ne pas trop dévier de son déterminisme initial.

L'hypothèse d'un **changement de métier** lié à une **construction identitaire** et donc à **deux processus** : l'**identification à la fonction cadre** et la **reconnaissance institutionnelle** et s'illustrant par une **modification du système d'action** pour les infirmiers faisant fonction de cadre est donc vérifiée pour les personnes interrogées dans le cadre de cette recherche.

Néanmoins, il semblerait que si l'identification à la fonction est nécessaire pour la mise en œuvre du projet, **c'est grâce à la reconnaissance institutionnelle et plus spécifiquement par l'intermédiaire du regard que portent les partenaires sur l'individu et ce que représente sa fonction que celui-ci opère réellement son changement de métier.**

Et même s'il restera par la suite à **«conceptualiser»** ce changement, à faire en sorte qu'il aide l'individu à définir sa **mission et son métier** dans le sens de la **contribution à une valeur ajoutée** pour la prise en charge du patient et le fonctionnement de l'institution, lors d'une **formation ultérieure**, il semble bien que la **«bascule»** décisive s'opère ainsi.

Alors, si la reconnaissance institutionnelle a une telle importance dans la construction du nouveau métier de cadre pour les infirmiers faisant fonction, la **conception et la mise en œuvre d'un dispositif d'accompagnement** doit être un des objectifs de l'**infirmier général** dans le cadre de sa mission de gestion du service infirmier.

Nous allons donc envisager, dans une **deuxième étape d'analyse**, comment accompagner ces infirmiers faisant fonction de manager.

5. LE DISPOSITIF D'ACCOMPAGNEMENT DES INFIRMIERS FAISANT FONCTION DE CADRES : VERS UN PROJET DE VALORISATION DES COMPETENCES ET DE PROMOTION DE LA FONCTION CADRE

Les **cadres de santé** sont aujourd'hui désignés comme des acteurs charnières dont la mission est de rendre opératoires les orientations et la mission de l'établissement.

Face à la pénurie de cadres, les établissements de santé ont recours à des **infirmiers faisant fonction de cadres**.

D'une manière générale, les personnes interrogées dans le cadre de ce travail de recherche, quelle que soit leur fonction : infirmier général, cadre de santé supérieur ou infirmier faisant fonction de cadre considèrent toutes le fait de «faire fonction» comme une **opportunité**.

Opportunité pour l'institution de pallier un déficit de cadres de proximité et de rendre plus attractive la fonction, opportunité pour les individus :

- De «faire le point avant de faire le pas» : *«La fonction cadre, on en dit beaucoup de choses, tant qu'on n'y est pas, on ne sait pas...» ; «Cela permet de savoir si on est fait pour ça...»*
- D'avoir droit à l'erreur dans son orientation professionnelle dans la mesure où un retour en arrière est possible : *«Faire fonction permet de se rétracter car on se fait parfois une image de la fonction qui n'a rien à voir avec la réalité» ;*
- De construire son projet de formation en l'orientant en priorité en fonction des principales difficultés rencontrées dans la confrontation avec la réalité ;
- D'être mieux préparé au concours d'entrée à l'IFCS : *« Faire fonction permet de savoir de quoi on parle dans les concours... » ;*
- De se positionner plus rapidement dans sa prise de fonction après l'obtention du certificat de cadre de santé ;
- De bénéficier d'une période d'apprentissage, d'expérimentation permettant à la fois sa propre progression mais aussi celle de l'équipe. *« Faire fonction est une expérimentation ; On n'est plus dans le faire, on est dans l'expérience, dans l'observation, dans la recherche ».*

Par ailleurs, comme nous l'avons évoqué dans la première partie de cette analyse, faire fonction de cadre est une période **d'acquisition d'un savoir-faire** essentiellement dans le domaine des **relations humaines**, au moins pour ce qui est de la priorité désignée par les personnes interrogées.

En faisant fonction de cadre, l'individu se trouve directement confronté à la réalité des tâches à réaliser et qu'il devra, par lui-même, tenter de maîtriser. Cette période est donc une période d'**apprentissage, d'expérimentation**.

Et pour que l'apprentissage soit réel, il est nécessaire de **disjoindre les pratiques** des personnes qui les incarnent pour en faire des notions générales et abstraites que l'on peut ensuite appliquer à d'autres situations.

Néanmoins, faire fonction de cadre n'est pas non plus sans **risque**, à la fois pour l'individu et pour l'institution.

Actuellement, les établissements de santé privilégient l'obtention du certificat cadre pour être nommé dans la fonction.

Que faire alors lorsqu'un individu qui a fait fonction de cadre pendant une période déterminée échoue au concours d'entrée à l'IFCS et qu'il a pourtant opéré un changement de métier tel qu'il a été décrit dans la première partie de cette analyse ? Sera-t-il capable et à quel prix de reprendre son activité professionnelle d'infirmier ?

En d'autres termes **comment concevoir un dispositif d'accompagnement qui, à la fois, favorise le changement de métier de l'infirmier faisant fonction de cadre en l'accompagnant dans sa construction identitaire et à la fois minimise autant que faire se peut le risque d'échec dans le projet professionnel ?**

Comment intégrer le fait de « faire fonction » dans une **politique de valorisation et de développement des compétences et de promotion de la fonction cadre** ?

L'infirmier général, responsable du service infirmier, doit contribuer, en collaboration avec le directeur général et le directeur des ressources humaines de l'établissement, à la **définition de cette politique** et notamment des **modalités d'accès à la fonction** de cadre de proximité et en quoi le dispositif d'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadres s'inscrit dans un processus global de formation et d'accès à la fonction.

Elaborer et mettre en œuvre un dispositif d'accompagnement constitue un **projet** d'application de cette politique dont **l'infirmier général** doit être le **pilote**.

L'affectation, l'encadrement, l'évaluation des cadres relève en effet à part entière de sa compétence et par ce biais, il contribue à la **cohérence du service infirmier** et au progrès de l'institution.

Nous présenterons donc ce chapitre consacré au **dispositif d'accompagnement** sous forme de **fiche projet** comportant :

- Les finalités du projet
- Le cadre de référence
- Les différentes phases du projet, chacune d'elles comportant :
 - ✓ La problématique
 - ✓ Les objectifs
 - ✓ Les actions à mettre en place
 - ✓ Les personnes ressources
 - ✓ Les modalités d'évaluation.

Il est bien entendu que l'élaboration et la mise en place de ce dispositif étant très liées à la spécificité de l'environnement que constituent : un établissement hospitalier et son fonctionnement, la politique de gestion des ressources humaines et surtout la personnalité des acteurs, nous évoquerons essentiellement des **principes**, des **généralités**, qui, selon nous, seraient transférables et adaptables à la spécificité des situations.

Il s'agit donc d'avantage d'un **avant-projet**, construit sur les bases de l'analyse effectuée dans le cadre de cette recherche (éléments du discours des personnes interrogées et résultats de la première phase d'analyse), constituant, dans le cadre de ce travail, une **deuxième phase d'analyse** qui nécessite une **adaptation au contexte** d'exercice professionnel dans lequel il s'inscrit.

5.1. LES FINALITES DU PROJET

Elles sont orientées à la fois sur les **besoins de l'institution** d'assurer son **évolution** et sur sa **responsabilité** sociale concernant **l'évolution des acteurs** qui en font partie :

- Assurer la **promotion de la fonction cadre** et inscrire la période de « faisant fonction » dans un **processus de formation**, de **valorisation et de développement des compétences** ;
- Faire en sorte que les infirmiers faisant fonction de cadres bénéficient d'un réel **apprentissage**, s'intégrant à part entière dans une formation à la fonction d'encadrement et qui permette ensuite de disposer d'un encadrement qualifié et compétent ;
- Assurer l'accompagnement des individus dans leur **projet professionnel** et favoriser l'aboutissement de celui-ci.

5.2 LE CADRE DE REFERENCE DU PROJET

Les éléments relevés ici sont issus de la **confrontation** entre les **éléments de discours** des personnes interrogées et les **résultats** de la première phase d'**analyse** qui concerne les mécanismes de changement de métier de l'infirmier faisant fonction de cadre.

5.2.1 Une contractualisation : reflet d'une cohérence institutionnelle en matière d'encadrement et de management

Le **dispositif d'accompagnement** doit refléter la **cohérence de la politique institutionnelle** si l'on désire que les individus progressent dans leur représentation de la fonction de cadre. On s'identifie en effet d'autant mieux à la fonction que l'institution en donne une **image positive**.

Il doit donc y avoir **cohérence** entre les objectifs affichés et les modalités de mise en œuvre, et **adhésion** de l'ensemble des partenaires des cadres de proximité aux objectifs du projet.

Le dispositif doit ainsi prévoir les **modalités et conditions d'accès** à un poste de faisant fonction, les modalités d'accès à un poste de cadre, les **conditions de prise en charge** des formations nécessaires, les possibilités pour l'individu de quitter le dispositif et leurs conditions, la durée du dispositif, les résultats attendus en terme d'engagement professionnel et leurs modalités d'évaluation, les conditions de réintégration d'un poste d'infirmier si les résultats ne sont pas à la hauteur des objectifs fixés.

Ce dispositif doit donc s'intégrer dans un contexte de **contractualisation**, reflet des engagements mutuels de l'individu et de l'institution.

Il constituera ainsi l'expression d'une **reconnaissance institutionnelle** de l'engagement de l'individu dans un **projet cadre**.

5.2.2 Un accompagnement individualisé centré sur la construction identitaire professionnelle des individus

Le dispositif doit tenir compte à la fois de la manière dont l'individu **s'identifie à la fonction** cadre et de la manière dont il intègre les **attentes de ses partenaires**. En l'aidant ainsi dans son cheminement identitaire, le dispositif favorise le **positionnement** de l'individu.

Il doit donc débiter bien **avant la prise de fonction** et s'appuyer sur une **définition clarifiée** et unanimement approuvée du **rôle du cadre de proximité** dans l'établissement.

Il n'a pas pour but de forger un modèle de cadre unique mais bien d'aider les individus dans leur **cheminement individuel**.

Il doit adopter les principes du «compagnonnage» en aidant l'individu à effectuer la **synthèse** la plus harmonieuse entre **ce qu'il veut être pour lui**, ses propres capacités et **ce qu'il doit être pour les autres**.

Il doit laisser le temps de cette construction et être suffisamment souple pour permettre une adaptation au cheminement individuel.

5.2.3 Un processus d'apprentissage dont l'objectif est de permettre à l'individu de définir son métier

La confrontation avec la réalité comme autant de «**situations problèmes** » à résoudre est réellement **formatrice** si l'individu a une possibilité de recul et **d'analyse des situations** afin de développer des **compétences transférables** à d'autres situations.

Ce processus doit donc respecter des **étapes progressives**, assurer à l'individu les meilleures **conditions d'apprentissage** c'est-à-dire favoriser l'**autonomie**, mettre à disposition une **personne ressource** assurant la **relecture** et l'analyse des situations et éviter la confrontation directe avec des difficultés insurmontables.

L'objectif de ce compagnonnage est d'aider l'individu à **faire le deuil** de sa fonction de soignant direct et d'éviter les transferts «pathologiques» des attitudes soignantes vers les équipes, de lui permettre d'**identifier** les modifications de son système d'action et leur origine afin qu'il puisse s'orienter vers un champ d'action conforme au métier de cadre dans toutes ses dimensions.

5.3 LES PHASES DU PROJET

Fiche projet n°1

Dispositif d'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadres.

Préalables / la suppléance cadre

Problématique/Situation

Ce dispositif s'intègre dans une **politique de valorisation et de développement des compétences** et de **promotion de la fonction cadre**.

Si les attentes des partenaires du «faisant fonction » sont très hétérogènes, les infirmiers auront des difficultés à s'identifier à une fonction et à un métier.

La fonction de cadre n'étant plus attractive, il faut s'attacher à lui redonner une image positive.

Devant la pénurie de cadres de proximité, il est indispensable de développer une politique de promotion interne.

Objectifs

N°1 : Redéfinir la mission du cadre de proximité dans l'établissement

N°2 : Identifier les potentialités et ressources de certains infirmiers à exercer la fonction cadre et les aider dans la construction de leur projet professionnel en les aidant à s'identifier à la fonction de cadre.

Personnes responsables :

Directeur des ressources humaines ou son représentant
Infirmier général

Dispositif d'évaluation

Intégré au contrat annuel de progrès

Fiche projet n°1 Objectifs	Actions à mettre en œuvre
N°1 : Redéfinir la mission du cadre de proximité dans l'établissement	- Réaliser un audit sur les attentes des partenaires. - Travailler sur le métier de cadre de proximité (rôle et missions) avec l'ensemble des partenaires y compris les formateurs de l'IFSI et l'IFCS (groupes de travail pluridisciplinaires). - Elaborer un référentiel «métier». - Présenter et faire valider le référentiel par les instances consultatives et délibératives. - Diffuser le référentiel à l'ensemble des services et à l'IFCS.
N°2 : Identifier les potentialités et ressources des futurs candidats à la fonction. Les aider dans la construction de leur projet professionnel en les aidant à s'identifier à la fonction de cadre.	- Elaborer un référentiel de compétences correspondant au référentiel métier et y intégrer les éléments révélateurs de la construction d'un processus biographique d'identification à la fonction cadre. - Intégrer les critères de ce référentiel dans le support d'entretien annuel de progrès. - Mettre en place une fonction «d'infirmier suppléant» auprès de cadres ou cadres supérieurs volontaires ayant des capacités au «tutorat». Ce «suppléant» se verrait déléguer certaines des tâches inhérentes à la fonction cadre. - Faire bénéficier l'infirmier suppléant de modules de formation sur l'organisation et le fonctionnement de l'institution. - Mettre en place une formation au «tutorat» ou à l'accompagnement pour les cadres volontaires qui reprenne les principes de la construction identitaire professionnelle. - Faire formaliser par écrit à l'infirmier

	suppléant son projet professionnel avec : image de la fonction, motivations à l'exercer, potentialités et ressources personnelles, valeurs professionnelles. - Argumentation du projet auprès des supérieurs hiérarchiques. - Validation du projet par les supérieurs hiérarchiques et l'infirmier général et inscription dans la phase suivante du projet (liste des postulants cadres).
--	---

Fiche Projet n°2 :

Dispositif d'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadres

Processus d'apprentissage de la fonction / les postulants cadres

Problématique / Situation

Les infirmiers faisant fonction de cadres sont confrontés à un **changement de métier** sans bénéficier du recul apporté par la formation et quittent donc progressivement leur métier de soignant direct.

Ils vivent la construction d'une **nouvelle identité professionnelle** par l'intermédiaire de l'**image** que les partenaires leur renvoient sur ce que représente leur fonction.

Ils tentent de répondre au mieux à ces attentes en « faisant leurs preuves » et cela constitue le **déterminisme principal** qui modifie leur **système d'action**.

Ils envisagent difficilement l'échec dans leur projet professionnel.

Objectifs

N°1 : Faire en sorte que cette expérience constitue un réel **apprentissage** du métier de cadre et permette un meilleur positionnement dans la fonction définitive.

N° 2 : Favoriser la réussite du projet professionnel.

Responsables du projet

Directeur des ressources humaines ou son représentant

Infirmier général

Dispositif d'évaluation

Intégré dans le contrat d'apprentissage.

Entretiens semi-annuels des besoins de formation.

Evaluation finale de l'atteinte des objectifs du contrat avec l'infirmier général et le cadre «compagnon ».

Evaluation des capacités à accéder au concours d'entrée à l'IFCS.

Fiche Projet n°2	Objectifs	Actions à mettre en œuvre
N°1 : Faire en sorte que l'expérience de «faisant fonction » de cadre constitue un réel apprentissage du métier de cadre et permette un meilleur positionnement dans la fonction définitive.		- Installer les «faisant fonction » de cadres sur des postes vacants et si possible dans des spécialités éloignées de leur milieu d'origine. - Fixer la durée de l'expérimentation à un minimum de 18 mois. - Attribuer à la personne les mêmes signes extérieurs de légitimation que les autres cadres (tenues, horaires, bureau, informations, participation aux réunions, prime d'encadrement). - Mettre en place une période probatoire d'installation, préalable à la prise de fonction, durant laquelle la personne prend connaissance du fonctionnement du service. - Laisser à la personne l'autonomie nécessaire à sa transformation identitaire. - Désigner un cadre «compagnon » ayant bénéficié préalablement de la formation à l'accompagnement et qui utilise les relectures de situations pour en permettre l'analyse. - Elaborer un «contrat d'apprentissage » entre le postulant et le cadre «compagnon » avec des objectifs d'apprentissage correspondant aux différents champs d'action du métier, des

	actions à mettre en œuvre et leurs échéances, des modalités d'évaluation d'atteinte des objectifs. - Valider le contrat par le cadre supérieur et l'Infirmier général dans le cadre d'un entretien avec le postulant. - Elaborer un projet «métier» écrit à l'issue de la durée du contrat avec l'aide du «cadre compagnon». - Transmettre ce projet au cadre supérieur et à l'infirmier général.
N°2 : Favoriser la réussite du projet professionnel.	- Elaborer les besoins de formation lors d'entretiens semi-annuels et sur la base du contrat d'apprentissage. - Mettre en place des actions de formations complémentaires en fonction des besoins. - Evaluer les capacités du candidat à accéder au concours d'entrée à l'IFCS et à poursuivre son projet cadre à l'issue de la durée du contrat et par l'intermédiaire d'un projet professionnel écrit. - En cas de non atteinte des objectifs du contrat pour des motifs qui ont trait à des comportements fondamentaux, arrêt du dispositif et réintégration dans une fonction d'infirmier de façon prioritaire sur la liste des postes disponibles. - Possibilité d'élaborer un deuxième contrat pour les personnes ayant échoué au concours d'entrée à l'IFCS après analyse de l'échec avec l'infirmier général et le cadre compagnon. - Donner la possibilité au candidat, en cas de double échec au concours d'entrée à l'IFCS et s'il a été désigné comme ayant

	opéré son changement de métier par le «cadre compagnon» et les supérieurs hiérarchiques», de bénéficier d'une formation d'adaptation à l'emploi validée par une épreuve de «mise en situation professionnelle» (gestion d'un projet) suivie d'une nomination à la fonction cadre.
--	---

Ce dispositif peut paraître lourd à mettre en place mais l'enjeu est d'importance.

Il est bien évident que toutes ces modalités ne constituent que des **pistes** sur lesquelles il convient de se pencher dans le cadre d'une **réflexion institutionnelle** sur les possibilités qu'à l'établissement de mettre en œuvre un tel dispositif.

Néanmoins, dans la mesure où il s'inscrit dans une réelle **politique de valorisation et de développement des compétences**, il ne peut que contribuer à l'évolution de l'établissement.

Son double avantage est qu'il utilise un **mode d'évaluation positif des compétences** favorisant l'engagement des individus dans un réel projet et donc leur motivation, source de progrès pour l'institution.

Par ailleurs, il permet de **redéfinir le métier de cadre** et de **recentrer les cadres en fonction sur leurs missions** par le biais de la réflexion sur le métier et de la formation à l'accompagnement.

Si ce dispositif ne peut être mis en œuvre dans son intégralité, il conviendrait néanmoins d'en conserver les grands principes que sont :

- La prise en compte des processus individuels de **construction identitaire** ;
- L'utilisation de la confrontation avec la réalité comme situation **d'apprentissage d'un nouveau métier** ;
- L'opportunité de la mise en place d'un tel dispositif pour **redéfinir le métier de cadre** dans l'institution.

CONCLUSION : CE QU'IL FAUT RETENIR DE NOTRE ANALYSE

Les institutions hospitalières vivent aujourd'hui une **mutation organisationnelle et structurelle** liée aux exigences de l'environnement dans lequel elles se situent.

Dans le cadre de cette évolution, **les métiers de l'hôpital** se redéfinissent comme celui du **cadre de proximité** qui devient un acteur stratégique, accompagnateur du changement.

Pourtant, ce métier n'attire plus et les établissements de santé se voient contraints d'avoir recours à des **infirmiers faisant fonction de cadres** pour pourvoir les nombreux postes vacants. Ainsi, des infirmiers quittent brutalement une fonction de soignant direct pour tenir un rôle de cadre, de manager ce qui correspond à un **changement de métier** et nécessite donc la **construction d'une nouvelle identité professionnelle**.

Nous avons tenté, dans le cadre de ce travail, de mieux comprendre les **mécanismes** que l'individu met en œuvre dans cette situation pour s'adapter à sa nouvelle fonction alors même qu'il ne bénéficie pas du recul et de la projection apportés par la formation.

Partis d'une interrogation sur la prévention des effets néfastes potentiels de cette situation à la fois pour les individus et l'institution, nous avons réalisé une **enquête exploratoire** qui a mis en évidence le fait que les individus vivant cette situation étaient très vite positionnés, opéraient réellement un changement de métier auquel ils étaient attachés.

Nous avons alors orienté notre questionnement à la fois sur les mécanismes qui aboutissaient à cette transformation et sur les moyens de les accompagner, et construit un **modèle d'analyse** sur la base des **concepts** de changement de métier et de construction d'une nouvelle identité professionnelle, de missions et compétences du cadre et de la position de « faisant fonction ».

Partant des **hypothèses** que l'individu faisant fonction de cadre opérait un changement de métier en vivant la construction d'une nouvelle identité professionnelle parce qu'il s'identifiait à la fonction cadre et bénéficiait, dans sa nouvelle fonction, d'une reconnaissance de l'institution, que cela modifiait son système d'action et qu'il était nécessaire d'élaborer un dispositif d'accompagnement respectant les principes de ce cheminement, nous avons réalisé notre **analyse en deux phases**.

La première avait pour but d'**identifier les mécanismes** de cheminement de l'individu dans l'adaptation à sa nouvelle fonction c'est-à-dire de préciser comment l'individu s'identifiait à la

fonction cadre, comment était-il reconnu par l'institution et en quoi tout ceci l'aidait à construire son identité professionnelle.

La deuxième avait pour but d'imaginer les composantes d'un **dispositif d'accompagnement** qui aide l'individu dans son cheminement et favorise la réussite du projet professionnel.

En ce qui concerne les **mécanismes** aboutissant à un **changement de métier**, nous avons montré qu'il s'agissait bien de la construction d'une nouvelle identité professionnelle qui utilisait le **double processus** d'identification à la fonction et de reconnaissance institutionnelle.

L'identification à la fonction cadre aide à construire le projet professionnel et utilise un modèle professionnel rencontré, une trajectoire personnelle et des expériences fondatrices. Elle se situe donc antérieurement à la réalisation du projet.

La reconnaissance institutionnelle intervient, elle, au moment de la réalisation du projet, de la prise de fonction, et constitue un élément déterminant dans la conscience qu'à l'individu de changer de métier. Celui-ci orientera alors son système d'action vers l'objectif de «faire ses preuves », de répondre aux attentes de ses partenaires, d'opérer une synthèse entre l'image qu'il s'est construite et ce qu'il veut être pour les autres.

Alors, si nous admettons que confronter les individus avec la réalité de la fonction les aide à réellement opérer un changement de métier et que cela s'effectue selon les modalités précédemment décrites, nous pensons qu'il est indispensable de concevoir un **dispositif d'accompagnement** qui permette que ce cheminement aboutisse à un **positionnement durable** dans ce nouveau métier de cadre.

Ce dispositif doit alors respecter les étapes de la construction identitaire et consister en un **processus d'apprentissage** individualisé et contractualisé.

Une fois notre problématique établie, nous avons construit des procédés opératoires qui nous ont paru adaptés au type de regard que nous souhaitons apporter.

Et si l'ensemble des outils que nous avons utilisés nous a permis de répondre à nos objectifs, nous n'étions investis que d'un rôle **«d'apprentis chercheurs »**. La corrélation établie entre les données particulières et une forme de généralisation peut paraître effrontée. Nous nous sommes pourtant retrouvés dans les histoires personnelles dont nous faisons part tout au long de ce travail et gageons qu'il pourrait en être de même pour d'autres.

Mais s'il peut être utile de poursuivre cette analyse dans d'autres établissements afin de mesurer l'impact de l'environnement sur les mécanismes d'adaptation de l'individu à sa

nouvelle fonction, il nous semble que ce qui est important est d'utiliser les **principes** de cette démarche dans **l'analyse des jeux d'acteurs** au sein de l'institution dans laquelle nous exercerons nos futures fonctions.

L'objectif de ce travail n'est pas de montrer que l'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadres permet de se dispenser de la **formation en IFCS** ou génère un meilleur positionnement des individus que celle-ci.

Rien ne remplacera en effet les connaissances, les outils, les possibilités d'analyse et de projection apportés par la formation. Celle-ci permet de conceptualiser, aide à faire les liens et à ce que l'expérience soit transposable.

Mais si aujourd'hui les établissements de santé sont contraints d'avoir recours à des infirmiers faisant fonction de cadres, il nous semble que cette contrainte peut être considérée comme une opportunité de rendre plus attractive la fonction, de mettre en œuvre une politique sociale de valorisation et de développement des compétences et de disposer d'un encadrement motivé et engagé.

Par ailleurs, le nombre d'échecs au concours d'entrée en IFCS peut contribuer au défaut d'attractivité pour la fonction et l'on pourrait imaginer de **repenser de façon globale tout le processus de formation des cadres** en y intégrant une période de **mise en situation** professionnelle correspondant à cette mise en « faisant fonction » et en utilisant le principe de l'alternance.

Gageons alors que ces nouvelles perspectives de carrière pourraient entraîner un regain d'intérêt pour la profession d'infirmier, aujourd'hui malade de son image.

Bibliographie

Ouvrages

ABDELMALEZK A.A, GERARD J-L. *Sciences humaines et soins. Manuel à l'usage des professions de santé*. Paris : Interéditions, 1995.

BOLTANSKI L. *Les cadres. La formation d'un groupe social*. Paris : Les Editions de Minuit, 1982. 523 p.

BROUSILLON A. *Surveillantes à cour ouvert, à cris perdus. Un franc parler pour un autre regard sur une profession*. Paris : Editions Seli Arslan, 1996. 190 p.

DE COSTER M, PICHAULT F. *Traité de sociologie du travail. Ouvertures sociologiques*. Paris : De Boeck Université, 1998. 579 p.

DUBAR C. *La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : Armand Colin, 1991. 276 p.

DUBOYS FRESNEY C, PERRIN G. *Le métier d'infirmière en France*. Paris : P.U.F Que sais-je, 1996. 127 p.

GONNET F. *L'hôpital en questions*. Paris : Editions Lamarre, 1992. 359 p.

GUERAUD M-A, RAZER J. *La maîtrise de la fonction cadre de santé à l'hôpital*. Paris : Doin éditeurs, Editions Lamarre, guides de l'AP-HP, 1998. 105 p.

HART J, MUCCHIELLI A. *Soigner l'hôpital, diagnostics de crise et traitements de choc*. Paris : Editions Lamarre, 1994. 189 p.

LAFAYE C. *La sociologie des organisations*. Paris : Editions Nathan université, sociologie 128, 1996. 119 p.

LE GOFF J-P. *Les illusions du management. Pour le retour du bon sens*. Paris : La Découverte, cahiers libres essais, 1996. 137 p.

MEIGNANT A. *Ressources humaines, déployer la stratégie*. Paris : Editions liaison, 2000. 471 p.

MINTZBERG H. *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre*. Paris : Les Editions d'Organisation, 1994. 220 p.

NIZARD G. *L'hôpital en turbulence. Les réponses managériales à la crise de établissements de santé*. Toulouse : Privat, 1994. 181 p.

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

RUANO-BORBALAN J-C. *L'identité, l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : Sciences Humaines Editions, 1998. 338 p.

ROPERT G, HASPET R. *Construire des organisations qualifiantes ou comment concilier compétitivité et solidarité*. Paris : les Editions d'Organisation, 1996. 267 p.

SAINSAULIEU R. *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques, 1988. 477 p.

WATZLAWICK P, WEAKLAND J, FISCH R. *Changements, paradoxes et psychothérapie*. Paris : Editions du Seuil, Points Essais, 1975. 184 p.

Ouvrages professionnels

GUIDE DU SERVICE INFIRMIER. *Série Organisation et gestion du service infirmier*. N°3. *Documents relatifs au fonctionnement du Service Infirmier. Outils méthodologiques*.

LETONDAL A.M. *L'encadrement de proximité. Quels rôles dans les changements d'organisation*. Paris : ANACT, Collection Outils et Méthodes, 1997. 215 p.

Articles

ACKE F. Etre et rester infirmière. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 36 à39.

BACHELOT H, ROUGIS S. La fonction de cadre infirmier à l'hôpital. Emergence d'une nouvelle activité : la recherche infirmière, et d'une nouvelle fonction : celle de surveillante chef. *Revue de l'infirmière*, 1981, N° 13, p20 à25.

BENEVISE N. A la recherche d'une identité perdue. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 70 à71.

CADET D. Comment peut-on être cadre en l'an 2000 ? *Soins Cadres*, 3^{ème} trimestre 2000, N° 35, p 41 à42.

CAGNIOLI S. Crise et remaniements identitaires des cadres hospitaliers, *Soins Cadres*, 3^{ème} trimestre 2000, N° 35.

CALEMS G, ABBAD J. Pour l'émergence du concept de cadre hospitalier. Création d'un institut de formation de cadres de santé expérimental en Poitou Charentes. *Gestions hospitalières*, août – septembre 1995, p 546 à557.

CHARLES E. Cadres infirmiers, quel avenir à l'hôpital. *Revue de l'infirmière*, février 2001, supplément au N° 68, p 5 à7.

COLLIERE M.F. Identité infirmière... mythe... rêve ou réalité. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 40 à44.

DEPORCQ B, JOUFFRE B, BRETIN M.M, MOLLIER S. Les cadres soignants, du modèle à la pratique. *Gestions Hospitalières*, avril 1996, N° 355.

DURAND J.P. Histoire de famille ou à la recherche du temps soignant. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 50 à52.

GARDIES M.G. L'autonomie des cadres de proximité, *Soins*, 1^{er} trimestre 1997, N° 21.

GERARD J.L. L'identité professionnelle ne se décrète pas. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 72 à 73.

GILIOLI C. De la difficulté d'être infirmière à la complexité d'être infirmier. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 62 à63.

GIRAULT-MICHEAU C. Des représentations du métier à la construction des identités professionnelles. *Recherche en Soins Infirmiers, ARSI*, juin 1996, N° 45.

GIRAULT-MICHEAU C. Représentation infirmière de la fonction d'encadrement, quel engagement professionnel infirmier ? *Recherche en Soins Infirmiers, ARSI*, juin 1996, N° 45.

HART J. Le sens de l'encadrement. *Soins Cadres*, 3^{ième} trimestre 2000, N° 35, p 29 à33.

HART J. Positionnez-vous ! *Gestions hospitalières*, février 2000, N° 393.

HEES M. Le management, science, art, magie. *Soins Cadres*, 3^{ième} trimestre 2000, N° 35, p 14 à16.

HESBEEN W. Identité professionnelle et pratique soignante, *Soins*, mai 2000, N° 645, p 74 à 76.

Infirmier surveillant ou cadre de santé. Dossier. *Soins psychiatrie*, janvier-février 2001, N° 212.

Le malaise des cadres soignants ou le défi de la complexité. *Gestions Hospitalières*, novembre 1999, N° 390.

LOUBAT J.R. L'émergence de la fonction cadre. *Gestions hospitalières*, avril 1996, N° 355.

MOSSE P. La confiance dans une relation salariale en mutation. Le cas des cadres infirmiers. *Soins Cadres*, 2^{ième} trimestre 2000, N° 34, p 24 à29.

PERRIN G. Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui. *Soins Cadres*, 2^{ième} trimestre 2000, N° 34, p 11 à14.

PERRIN G. infirmière et cadre infirmier. Evolution des fonctions. *Cahiers de l'ANIG*¹⁹, janvier 2001, N° 2.

¹⁹ ANIG : Association Nationale des Infirmiers Généraux.

POISSON M. Urgent, rôle propre cherche pensée, même impure. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 56 à61.

POLETTI R. Se faire reconnaître. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 45 à46.

QUEHE N. Les cadres et le changement dans la fonction publique à partir de l'expérience des cadres intermédiaires. *Gestions hospitalières*, février 2000, N° 393, p 17 à20.

SIBIRIL Y. 20 ans de rôle propre. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 53 à55.

TRANIONI A.V, RENARD M.H. Quel rôle pour le cadre de santé au regard des nouveaux enjeux du soin, *Soins Cadres*, 3^{ième} trimestre 2000, N° 35.

VEGA A. Comment devient-on infirmière ? *Soins*, mai 2000, N° 645, p 47 à49.

ZAOUI E. La pratique quotidienne, source du changement. *Soins*, mai 2000, N° 645, p 67 à 69.

Documents

Enquête de psychodynamique du travail auprès des cadres infirmiers et cadres infirmiers supérieurs de l'AP – HP²⁰. Laboratoire de psychologie du travail du CNAM. Février 1998.

Enquête relative à l'encadrement, hors équipe de direction, dans les établissements publics de santé. Ministère de l'emploi et de la solidarité. *Direction des hôpitaux. Sous direction des personnels de la fonction publique hospitalière*. Avril 2000.

Congrès du SNCH²¹ de Nantes. Mai 2000. *Les cadres et le management de l'hôpital du XXième siècle*. Groupe de travail Roland Gonin.

²⁰ AP – HP : Assistance Publique des Hôpitaux de Paris.

²¹ SNCH : Syndicat National des Cadres hospitaliers.

Mémoire

DUSAUSOY E. *Jeux et enjeux autour de la formation en management des services de santé. L'inscription des nouveaux cadres de santé dans les organisations de soins*. Mémoire de maîtrise en Management des services de Santé. IUP Santé, Université Lyon 3. Mars 1996.

Textes législatifs

Loi n° 78 – 715 du 31 mai 1978 modifiant les articles L. 473, L. 475 et L. 476 du code de la santé publique relatifs à la profession d'infirmier ou d'infirmière et l'article L. 372 de ce code, relatif à l'exercice illégal de la profession de médecin.

Décret n° 88 – 1077 du 30 novembre 1988 relatif au statut des personnels infirmiers de la fonction publique hospitalière.

Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00130 du 20 février 1990 relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers.

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

Décret n° 93 -221 du 16 février 1993 relatif aux règles professionnelles des infirmiers et infirmières.

Décret n° 93 - 345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession infirmier.

Décret n° 95 – 926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

Ordonnances n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

Liste des annexes

Textes législatifs

Annexe 1 :

Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00130 du 20 février 1990 relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers.

Outils d'enquête

Annexe 2 :

Questionnaire aux infirmiers généraux en formation.

Annexe 3 :

Grille d'entretien exploratoire pour les infirmiers faisant fonction de cadres.

Annexe 4 :

Grille d'entretien pour les infirmiers faisant fonction de cadres.

Annexe 5 :

Grille d'entretien pour les supérieurs hiérarchiques

Outils d'analyse

Annexe 6 : non fournie

Grille d'analyse des entretiens : les mécanismes de changement de métier.

Annexe 7 : non fournie

Grille d'analyse des entretiens : les besoins d'accompagnement.

**Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00130 du 20 février 1990
relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers.**

Sous famille.....Toute sous famille à l'exception des écoles

Emploi typeSurveillant

MISSION ET FONCTION PRINCIPALES

Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs de l'unité.

Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

Il est une référence pour le soin spécifique.

Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche.

Il est responsable :

- du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction,
- de l'organisation de l'application de la prescription médicale,
- de la gestion administrative de l'unité.

N.B. : Il est obligatoirement titulaire de la qualification professionnelle de base spécifique de l'unité ou du service dont il est responsable.

DESCRIPTION DES ACTIVITES

Selon 4 axes :- technicité

- information
- relation communication
- contribution économique

1 : TECHNICITE

Le soin

- Il élabore en équipe un projet de soins et définit des objectifs de service cohérents avec les orientations médicales, définies dans le cadre du projet d'établissement.
- Il définit la démarche de soins et les outils de travail correspondants (dossier de soins, protocoles de soins...)
- Il aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins des malades, à les analyser, à rechercher les moyens et les réponses adaptées, à évaluer les actions déterminées ou réalisées, à prévoir les réajustements éventuels. Il propose une organisation évolutive des soins.
- Il participe à travers la formation permanente à l'évolution de l'unité et des techniques.
- Il s'assure de la bonne compréhension et de l'application de la prescription médicale.
- Il s'assure d'une répartition judicieuse des tâches, en fonction des compétences et de la charge de travail de chacun.
- Il est responsable de la qualité du soin, de l'hygiène générale de l'unité et du confort des malades en s'assurant notamment de la qualité des prestations hôtelières.
- Il facilite la collaboration et la coordination entre l'équipe soignante pluridisciplinaire et l'équipe médicale en prévoyant avec cette dernière l'organisation rationnelle du temps de travail en commun (visites, réunions, staff...)
- Il participe à l'évaluation des soins, conçoit des améliorations et prévoit les moyens nécessaires à leur réalisation.

La gestion

Il est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité.

Il apprécie quotidiennement et à court terme l'activité du service et prévoit en conséquence les besoins en personnel notamment de remplacement. A plus long terme il définit les catégories de personnel nécessaires au fonctionnement de l'unité et planifie les mouvements.

Il participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels.

Il met en œuvre des moyens permettant aux personnels de progresser en leur faisant prendre conscience de leurs manques, en facilitant l'expression et en favorisant la participation à des actions de formation. Il collabore étroitement avec le service de formation et détermine avec lui le type d'aide que celui-ci peut apporter à l'équipe tant au plan individuel que collectif.

Il évalue l'organisation du travail et introduit des procédures adaptées aux changements.

Il met en place et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe au sein du service.

Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité.

Il prévoit et commande les matériels et produits nécessaires à court et moyen ou long terme.

Il participe au choix de nouveaux matériels et produits.

Il organise la maintenance habituelle du matériel et des locaux.

Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail du personnel.

La formation des stagiaires

Outre son rôle de formation lié à la gestion de l'équipe, il travaille en collaboration avec les écoles et participe à la sélection et à la formation des élèves.

Dans l'unité il accueille les stagiaires, les soutient dans la réalisation de leurs objectifs, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.

Il participe à des formations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

La recherche

Le surveillant repère les axes de recherche nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées et coordonne leur réalisation. Par ailleurs, il peut participer aux actions de recherche impulsées par l'équipe médicale.

2 : INFORMATION

Il élabore, reçoit et transmet des informations destinées à la Direction, au Corps médical, à la médecine préventive, à tous les services de l'établissement, aux écoles et à d'autres établissements.

Il facilite et suscite des rencontres entre la personne soignée et les personnes susceptibles de lui apporter une aide (service social, bureau des entrées, ministre du culte, vaguemestre).

Il met en place des moyens d'information de l'équipe.

3 : RELATION / COMMUNICATION

Il établit des relations de travail avec les chefs de service, les membres de l'équipe et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec les personnes ou groupes de personnes suivants :

- l'équipe de direction et notamment l'infirmière générale
- les responsables des autres services de soins

- les responsables des services administratifs, médico-techniques et généraux
- le médecin de médecine préventive
- le responsable de formation.

Il participe ou suscite des réunions de travail, rencontres ou échanges susceptibles d'apporter des améliorations à différents niveaux (qualité des soins, de la formation, des prestations hôtelières, administratives).

Il entretient une relation suivie avec les malades et leur famille tout au long de leur séjour dans l'unité.

4 : CONTRIBUTION ECONOMIQUE

Il est garant de la qualité du soin et de son organisation.

Il est responsable de l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité et de la gestion des produits et des matériels.

Tableaux de bord : des indicateurs doivent être dégagés au niveau de chaque unité par exemple rupture et excès de stocks, nombre de demandes de remplacements, questionnaires de sortie, durée moyenne d'hospitalisation, nombre de pannes...

Enquête sur les infirmiers faisant fonction de cadres de proximité

Questionnaire élaboré dans le cadre du mémoire d'infirmier général en formation à l'ENSP

Objectif:

Illustration du contexte dans lequel s'inscrit mon travail de recherche et dont le thème est :
l'accompagnement des infirmiers faisant fonction de cadres.

Modalités:

Merci de bien vouloir renseigner ce questionnaire et me le remettre durant la semaine du 9
au 13 avril 2001.

Je vous remercie par avance pour votre précieuse collaboration.

L'établissement dans lequel vous exercez vos fonctions au 1/12/2000

Type d'établissement : *

CHU

CH

CHS

HL

Nbre de lits (approximatif) :

La Direction des Soins Infirmiers

Nombre d'IG:

Nombre de cadres supérieurs infirmiers:

Nombre de cadres infirmiers :

Y a-t-il des postes de cadres infirmiers non pourvus ? *

Oui

Non

Si oui, combien?

Ya-t-il des infirmiers(ières) faisant fonction de cadres ? *

Oui

Non

Si oui

combien ?

Bénéficient-ils d'un dispositif d'accompagnement ? *

Oui

Non

Si oui, merci d'en indiquer succinctement les composantes au dos de cette feuille

* entourer les réponses adéquates

Annexe 3

Grille d'entretien exploratoire : infirmier faisant fonction de cadre de proximité

- Depuis combien de temps exercez-vous la fonction ?
- Quelle est votre motivation à exercer une fonction de cadre ?
- Quelle était votre vision du cadre lorsque vous étiez infirmier ?
- A-t-elle changé aujourd'hui ?
- Comment avez-vous été recruté ?
- Vous sentez-vous bien dans votre fonction ?
- Quelles sont vos difficultés ?
- Quelles sont vos ressources ?
- De quelle aide auriez-vous besoin ?
- Comment envisagez-vous l'avenir ?
- A votre avis, est-ce bien pour une institution de recruter des faisant fonction de cadres ?
Pourquoi ?

Grille d'entretien infirmier faisant fonction de cadre

Finalité de la recherche :

Comment les infirmiers faisant fonction de cadre font-ils pour changer de métier ?

Quelles sont leurs difficultés ?

Comment l'institution peut-elle les aider ?

Comment doit-on les accompagner ?

Éléments du Processus biographique

Objectif : repérer une notion de trajectoire culturelle ou professionnelle

Depuis quand faites-vous fonction de cadre ?

Quelle a été votre expérience professionnelle préalable ?

Quelles ont été vos motivations à choisir cette fonction ?

Processus d'identification à la fonction de cadre

Objectif : repérer comment s'effectue cette identification ?

Représentation de la fonction

Lorsque vous étiez infirmière, quelle image aviez-vous du cadre ?

La fonction que vous exercez aujourd'hui correspond-elle à cette image ? Pourquoi ?

La fonction que vous exercez aujourd'hui correspond-elle à ce que vous imaginiez de la fonction cadre en général ?

Pouvez-vous essayer d'expliquer en quoi consiste votre fonction aujourd'hui ?

Qu'est-ce qui est très différent de votre fonction d'infirmier ?

Pourquoi est-ce différent ?

Si je vous demandais de définir votre mission au sein de l'institution, que me diriez-vous ?

Comment qualifieriez-vous le passage de la fonction infirmière à la fonction de cadre ?

Description de la fonction

Quelles sont vos responsabilités aujourd'hui ?

Quelles sont les tâches qui vous prennent le plus de temps ?

Avec qui avez-vous aujourd'hui le plus de relations dans votre pratique quotidienne ?

Etait-ce la même chose lorsque vous étiez infirmière ?

Quelles sont les valeurs qui sous tendent votre action ?

Etaient-elles les mêmes auparavant ?

Quelles sont les situations professionnelles qui vous posent le plus de difficultés ?

Pourquoi ?

Lorsque vous avez une difficulté, vers qui vous retournez-vous pour demander de l'aide ?

Relations professionnelles

Vos relations avec les malades et les familles ont-elles changé ? En quoi ?

Même question pour les médecins

Même question pour les membres de l'équipe soignante

Même questions pour les supérieurs hiérarchiques ?

Avec qui ces relations ont-elles le plus changé dans leur mode ? Selon vous, pourquoi ?

Légitimité à exercer la fonction

Quels sont selon vous vos atouts pour occuper ce poste ?

Comment faites vous pour les utiliser ?

Avez vous l'impression d'être reconnu dans votre fonction ?

Comment cela se traduit-il ?

Reconnaissance institutionnelle

Objectif : repérer en quoi la reconnaissance institutionnelle aide l'individu à s'identifier à la fonction

Comment avez-vous été nommé dans vos fonctions ?

Avez-vous passé un contrat avec l'institution ?

Participez-vous aux réunions de cadres ?

A quel titre ?

A qui devez vous rendre des comptes ?

Sous quelle forme ?

Etes- vous chargé de l'évaluation des agents ?

De que type d'informations disposez-vous ?

Comment vous parviennent - elles ?

Comment les utilisez-vous ?

Bénéficiez-vous d'un bureau ?

Quels sont vos horaires de travail ?

Difficultés

Objectif : repérer si les difficultés sont d'ordre technique ou identitaire

Quelles sont les principales difficultés que vous rencontrez aujourd'hui ?

A quoi les attribuez-vous ?

Comment voudriez-vous qu'on vous aide à les résoudre ?

Accompagnement ?

Etes-vous satisfait de l'accompagnement dont vous bénéficiez aujourd'hui ?

Quels en sont les points forts ? Les points faibles ? Les points à améliorer ? Quels sont vos inquiétudes par rapport à l'avenir ?

Si vous échouez au concours d'entrée à l'école de cadres, saurez-vous facilement reprendre une fonction d'infirmière ? Pourquoi ?

Qu'avez-vous envie de me rajouter sur ce que vous vivez aujourd'hui ?

Etes-vous satisfait de votre fonction ?

Grille d'entretien supérieur hiérarchique

Finalité de la recherche :

Comment les infirmiers faisant fonction de cadre font-ils pour changer de métier ?

Quelles sont leurs difficultés ?

Comment l'institution peut-elle les aider ?

Comment doit-on les accompagner ?

Reconnaissance de la fonction d'encadrement dans l'institution ?

Selon vous, quels sont le rôle et la mission du cadre de proximité dans l'établissement.

Quels sont selon vous, les compétences indispensables que doit développer un cadre de proximité ?

Savoirs

Savoir-faire

Savoir-être

Savoirs sociaux

Existe-t-il beaucoup de postes de cadre non pourvus dans l'établissement.

Quelle est la politique de recrutement des cadres dans l'établissement ?

Y a-t-il beaucoup de faisant fonction de cadres ?

Identité cadre – identité infirmière

Quelle sont selon vous les principales différences de métier entre le métier d'infirmière et le métier de cadre ?

Comment qualifieriez-vous le passage entre ces deux métiers ?

Reconnaissance institutionnelle :

Objectif : repérer les éléments de reconnaissance institutionnelle. Faire apparaître l'identité pour autrui : le discours des autres sur ce que sont les individus qui font fonction

Pensez-vous que le fait de faire fonction de cadre soit une opportunité pour un individu ?

Pourquoi ?

Pour l'institution ?

Pourquoi ?

Y a-t-il une valeur ajoutée de ce mode d'encadrement pour l'institution ? Laquelle ?

Faire fonction est-il un passage obligé avant de faire l'école de cadres ?

Pourquoi ?

La fonction

Comment considérez-vous les infirmiers faisant fonction de cadres ?

Ont-ils les mêmes responsabilités que les autres cadres ?

Pourquoi ?

Quelles sont vos attentes par rapport à eux ?

Qu'attendez-vous comme résultats de leur action ?

Quelles types d'informations leur transmettez-vous ?

Comment ?

Ont-ils une responsabilité d'évaluation ?

Laquelle ?

La légitimité

Comment les avez-vous présenté à l'équipe ?

Comment ont-ils été choisis pour occuper cette fonction ?

Quelles est leur **légitimité** ?

Participent-ils aux réunions de cadre ?

Comment les associez-vous aux décisions à prendre ?

Les difficultés

Quelles sont leurs principales **difficultés** ?

Selon vous, quels sont les moyens à leur disposition pour les surmonter ?

De quelles **alliances** disposent-ils dans l'établissement ?

Leurs **relations** avec vous ont-elles changé ?

En quoi ?

Accompagnement

Quel dispositif d'accompagnement est-il mis en place ?

Selon vous, quel est son objectif principal ?

Quel est votre rôle dans ce dispositif ?

Que pensez-vous de ce dispositif ?

Point forts

Points faibles

Points à améliorer

Selon vous, jusqu'où doit aller cet accompagnement ?

A quel moment doit-il s'arrêter ?

Que faire en cas d'échec au concours d'entrée à l'école de cadres ?

Si vous deviez le résumer en une expression, comment le qualifieriez-vous ?

Qu'auriez vous envie de me dire encore sur les infirmiers faisant fonction de cadre ?