



**EHESP**

---

**Directeur des soins**

Promotion : **2008**

Date du Jury : **septembre 2008**

---

**Un projet professionnel mis à  
l'épreuve : les enjeux d'une politique  
d'accompagnement des faisant  
fonction cadres de santé**

---

**Catherine MARILLONNET**

---

# Remerciements

---

Je tiens à adresser mes remerciements à :

Tous les directeurs de soins, les cadres supérieurs de santé et les faisant fonction cadres de santé qui ont accepté de participer à mon enquête et qui ont répondu de façon ouverte et spontanée à toutes mes questions,

Les intervenants de l'EHESP pour leur aide méthodologique,

Mes collègues de promotion pour leurs conseils tout au long de la formation,

Christine pour son soutien amical et son aide logistique précieuse,

Ma famille, mon conjoint et mes enfants pour leur affection et leur patience.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction .....</b>	<b>1</b>
<b>1 POUR UNE COMPREHENSION DU CONTEXTE DE L'ETUDE .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Qu'est ce qu'un cadre de santé.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 L'évolution socio-historique de la profession et de la formation .....	5
1.1.2 L'évolution des missions du cadre de santé .....	6
1.1.3 Les facteurs d'évolution influençant le métier de cadre de santé .....	7
<b>1.2 Comment se construit le passage de la fonction soignante à la fonction         managériale pour le faisant fonction cadre de santé .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 La situation d'apprentissage .....	9
1.2.2 La phase de construction identitaire .....	10
1.2.3 La mise à l'épreuve du projet professionnel .....	11
<b>2 L'ENQUETE DE TERRAIN.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 La méthodologie .....</b>	<b>13</b>
2.1.1 Les objectifs de la recherche .....	13
2.1.2 Le choix de la méthode utilisée.....	13
2.1.3 Le déroulement de l'enquête .....	14
2.1.4 Les points forts et les limites de l'enquête .....	14
<b>2.2 L'analyse des entretiens .....</b>	<b>15</b>
2.2.1 Les entretiens menés auprès des directeurs de soins et des cadres supérieurs de santé.....	15
2.2.2 Les entretiens menés auprès des faisant fonction cadres de santé .....	16
2.2.3 Commentaire général et confrontation avec nos hypothèses.....	23

<b>3</b>	<b>POUR UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DES FAISANT FONCTION CADRES DE SANTE : LES PRECONISATIONS.....</b>	<b>27</b>
<b>3.1</b>	<b>La politique de sélection.....</b>	<b>27</b>
3.1.1	Le dispositif de choix .....	27
3.1.2	Le dispositif d'accessibilité au poste de faisant fonction cadre de santé.....	29
<b>3.2</b>	<b>La politique d'accompagnement.....</b>	<b>32</b>
3.2.1	Le dispositif d'aide à la réalisation du projet professionnel .....	32
3.2.2	L'évaluation du cheminement du projet professionnel .....	34
	<b>Conclusion.....</b>	<b>35</b>
	<b>Bibliographie.....</b>	<b>37</b>
	<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

CCI :	Certificat Cadre Infirmier
CSS :	Cadre Supérieur de Santé
DESS :	Diplôme d'Etudes Supérieures et Spécialisées
DRH :	Direction/Directeur des Ressources Humaines
DIF :	Droit Individuel à la Formation
DU :	Diplôme Universitaire
DS :	Directeur des Soins
EHESP :	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
GPEC :	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
IFCS :	Institut de Formation des Cadres de Santé
IFSI :	Institut de Formation en Soins Infirmiers
LMD :	Licence/ Master/Doctorat
VAE :	Validation des Acquis et de l'Expérience

## Introduction

L'hôpital comme de nombreuses organisations est en pleine mutation. L'évolution de la demande des usagers, de l'organisation et des pratiques de soins, des organisations internes, du management, des systèmes d'information ainsi que le développement des politiques de qualité et de gestion des risques se fait dans un contexte de maîtrise des dépenses de santé. Les acteurs et en particulier les cadres de proximité doivent s'adapter à un environnement complexe, incertain et changeant. Ils voient leurs missions évoluer et les compétences requises dépendre de ces évolutions. Ainsi le métier de cadre de santé nécessite une double compétence, d'une part en gestion des ressources humaines : animation d'équipe, formation, gestion des conflits ; et d'autre part en organisation d'une unité de soins : gestion et suivi de projets, organisation du travail, gestion des risques et de la qualité des soins. Ainsi, le cadre de santé immergé dans ce contexte mouvant et évolutif est à l'interface d'une quadruple contrainte soit : l'administration, le corps médical, l'équipe soignante et la personne soignée.

Dans un contexte démographique décroissant des professions paramédicales, les départs à la retraite dans la fonction publique hospitalière représentent sur la période 2003-2015, 41% des effectifs de 2002. Les cadres de santé sont particulièrement concernés puisque 85 % des départs sont prévus pour la période 1999-2015<sup>1</sup>. Pour faire face à ces difficultés, certaines directions hospitalières mettent en œuvre des politiques de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), permettant une anticipation par la planification des départs à la retraite. Ainsi elles assurent les remplacements, la formation et l'encadrement des personnes recrutées pour des postes de cadre de santé.

Par ailleurs, dans ce contexte où le nombre de postes vacants de cadres de santé est en forte augmentation<sup>2</sup>, une stratégie de réponse aux départs est mise en place par les établissements. Des personnels paramédicaux non encore formés sont choisis pour assurer en qualité de faisant fonction, c'est-à-dire sans avoir la qualification requise, des missions de cadre de santé de proximité. Il s'agit donc de faire « office de cadre de santé », ou comme le précise le Dictionnaire de l'Académie Française « *d'accomplir par exception une fonction dont on n'est pas titulaire* ». Ces définitions posent donc la question du statut, de la légitimité, de l'identité et de la place des faisant fonction cadres de santé dans les institutions hospitalières. Leur position n'est pas normée et dépend des contextes, des choix institutionnels et des politiques managériales des hôpitaux.

---

<sup>1</sup> Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports, *Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière*, éditions ENSP, 2007, tome 1, page 20

<sup>2</sup> Enquête déclarative, 2007, région Centre, montre 30% de faisant fonction sur l'ensemble des 27 établissements

Comme de nombreux hôpitaux, l'établissement dans lequel nous avons exercé a recours depuis de nombreuses années aux faisant fonction pour occuper des postes non pourvus. Ainsi, avant que nous ne partions, à titre d'exemple, le secteur de chirurgie comprenait quatre faisant fonction sur huit postes.

Cette expérience nous a permis de constater que les personnes en situation de faisant fonction bien que sélectionnées par la direction des soins à partir d'un projet professionnel exprimé rencontrent des difficultés pouvant les amener à mettre fin à leur expérience de faisant fonction. Le sentiment de découvrir un nouveau métier les oblige à renoncer à la fonction soignante sans avoir encore les compétences requises pour le management ni la formation sur laquelle s'appuyer. Ainsi Marie-Laure MALHOMME écrit : « être cadre à l'hôpital nécessite donc l'abandon du premier métier pour devenir manager à part entière. Ce passage reste difficile car la survivance du rôle attendu comme super professionnel de terrain est parfois encore bien prégnante... »<sup>3</sup>.

La gestion d'une équipe soignante et la prise en charge d'une unité de soins demandent aux faisant fonction cadres de santé de prendre des décisions, de proposer des réorganisations en vue d'améliorer la qualité des soins et de prendre des positions claires. Pour ce faire, des outils existent tels que le projet de service et/ou de pôle, les procédures et protocoles d'organisation, les profils de poste.

Par ailleurs, la fonction cadre devrait être facilitée par l'expérience antérieure. En effet, l'infirmier comme tout autre professionnel paramédical a vécu différentes situations qui lui ont demandé de la rigueur, de prendre des décisions, de savoir s'organiser, de s'affirmer, de gérer son stress, de collaborer avec différents professionnels, d'analyser et de résoudre des problèmes.

Cependant, le faisant fonction reste confronté à des demandes institutionnelles en manquant de méthodologie, de temps pour analyser et comprendre la complexité des situations. Il plonge d'emblée dans la mouvance hospitalière et doit faire face aux multiples aspects de la fonction sans y avoir été préparé. Ainsi devenir cadre est un changement de posture important « de membre de l'équipe, la personne devient chef d'équipe »<sup>4</sup>.

Enfin, il est indispensable d'avoir eu une expérience paramédicale pour prétendre devenir cadre. C'est le choix qui a toujours prévalu en France, considérant que « les cadres sont, avant tout des cadres de métier et que leur expérience passée constitue un atout dans la pratique managériale »<sup>5</sup>.

---

<sup>3</sup> MALHOMME Marie-Laure, « Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre hospitalier », Gestions hospitalières, N°435, avril 2004, page 268

<sup>4</sup> SLIWKA Corinne et DECHAMPS Claudine, *les cadres de santé, des cadres de métier*, Editions Lamarre, 2007, page IX

<sup>5</sup> Ibid. page VII

Le directeur des soins (DS), en tant que membre de l'équipe de direction participe à la gestion des personnels des activités de soins et en propose l'affectation. Dans ce contexte où l'organisation du système de santé se modifie et la pénurie en personnel paramédical s'intensifie, il doit élaborer une politique de sélection et d'accompagnement des cadres de santé et par la même des faisant fonction et intégrer les agents concernés dans l'institution en regard de leur projet, leurs compétences, leur parcours professionnel. Dans une vision prospective de GPEC, il détecte des potentiels et favorise l'évolution professionnelle, le développement des compétences en participant à la construction de l'identité professionnelle et en accompagnant les personnels dans leur parcours professionnel. Ainsi le directeur des soins intègre le parcours du faisant fonction cadre de santé dans une politique managériale globale dont il est garant.

Plusieurs questions sous-tendent cette problématique :

Quel est le fondement du projet professionnel des postulants à la fonction cadre de santé et sur quels critères sont-ils sélectionnés ? Comment se construit le passage du métier du soin à celui du management ? Les compétences soignantes sont-elles transposables au métier de cadre de santé ? Sont-elles des atouts ou des freins ? Quelles représentations ont les postulants des missions et des compétences attendues ? Comment sont-ils intégrés et accompagnés dans l'institution ? Qu'apporte une expérience de faisant fonction pour l'individu et l'institution ?

Au regard de la problématique énoncée et du questionnement posé, nous allons tenter de comprendre :

***Pourquoi certains « faisant fonction » cadres de santé rencontrent-ils des difficultés à leur prise de fonction ?***

Cette question sera le fil conducteur de notre réflexion pour laquelle nous avons retenu trois hypothèses :

◆ Les professionnels paramédicaux qui deviennent faisant fonction cadre de santé sont portés par une volonté collective plutôt qu'une réelle motivation personnelle à exercer des fonctions managériales

◆ Les faisant fonction cadres de santé s'engagent dans cette fonction sans avoir renoncé à la fonction soignante

◆ Les faisant fonction cadres de santé rencontrent des difficultés à mobiliser les ressources organisationnelles et humaines aidantes lors de leur immersion dans la fonction



Après nous être interrogée sur ce qu'est un cadre de santé de nos jours afin de mieux comprendre le contexte dans lequel évoluent les faisant fonction cadres de santé, nous exposerons les composantes du passage de la fonction soignante à la fonction managériale pour ces derniers puis nous présenterons l'enquête de terrain. Cette deuxième partie exposera les modalités de recherche, le recueil des données auprès des professionnels et l'analyse réalisée afin de confronter les hypothèses émises. Une troisième et dernière partie s'appuiera sur l'analyse des résultats obtenus pour formuler des préconisations permettant au directeur des soins de mener une politique institutionnelle de sélection et d'accompagnement des faisant fonction cadres de santé.

# 1 POUR UNE COMPREHENSION DU CONTEXTE DE L'ETUDE

L'exposé de nos constats, ainsi que le questionnement qui en a découlé, nous ont amené dans un premier temps à la nécessité de clarifier ce qu'est un cadre de santé dans le contexte actuel et de comprendre comment peut se construire pour les faisant fonction cadres de santé le passage d'une fonction soignante à une fonction managériale.

## 1.1 Qu'est ce qu'un cadre de santé

### 1.1.1 L'évolution socio-historique de la profession et de la formation

L'histoire professionnelle du cadre de santé est une notion ancienne même si l'appellation est récente. La fonction d'encadrement a prioritairement été assurée par des religieuses, « *filles de la charité qui s'occupaient de la surveillance des infirmières, des cuisines, des celliers et des buanderies et lingeries des hôpitaux* »<sup>6</sup>. Ce n'est qu'à partir du début du XXème siècle, soit lors de la période de laïcisation, qu'à Paris puis en province, les infirmières ont pu prétendre à des postes de surveillante.

En 1938, est institué un diplôme supérieur d'infirmières<sup>7</sup> destiné à former en un an les professionnels à exercer des fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers. Toutefois dans le contexte politique de l'époque ce projet ne verra pas le jour. Après la seconde guerre mondiale face aux évolutions des techniques médicales, le personnel soignant vit des avancées technologiques importantes demandant des nouveaux savoirs et savoirs faire nécessitant une organisation en différents corps professionnels (diététicienne, manipulateur en radiologie médicale, techniciens de laboratoires). Le niveau de recrutement et de formation évoluant, il devient plus facile de former du personnel d'encadrement et la fonction de surveillante est officialisée dans le décret du 17 avril 1943<sup>8</sup>. La première école de cadre est créée par la Croix-Rouge en 1951. L'exemple de la Croix-Rouge fut suivi en 1954 par l'école catholique destinée aux religieuses et en 1956 par l'assistance publique de Paris.

C'est en 1958 que le Ministère de la Santé Publique crée le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et monitrice<sup>9</sup>. En 1975, le décret du 9 octobre<sup>10</sup> institue le Certificat Cadre Infirmier (CCI) et les modalités d'accès à la formation, la durée

---

<sup>6</sup> CATANAS Marc, « Evolution socio historique de la fonction cadre de santé », visité le 20 janvier 2008, disponible sur le site : <http://www.cadredesante.com>

<sup>7</sup> Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social de l'Etat.

<sup>8</sup> Décret n°839 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

<sup>9</sup> Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

<sup>10</sup> Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre infirmier et arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières.

des études et le programme sont fixés par arrêté. Toutefois le CCI n'est pas obligatoire pour être nommé cadre infirmier<sup>11</sup>.

En 1995, la formation des cadres infirmiers fait l'objet d'une nouvelle réforme<sup>12</sup>. Tous les professionnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation justifiant d'au moins cinq ans d'exercice professionnel peuvent accéder au Diplôme Cadre de Santé. Il faut attendre le décret du 31 décembre 2001<sup>13</sup> pour voir se modifier le statut des cadres. Ainsi est créé un statut unique du corps de cadre de santé qui regroupe l'ensemble des filières paramédicales. Il comprend le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé classé en catégorie A. La formation en Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) devient obligatoire ainsi que l'obtention du diplôme pour prétendre accéder au grade de cadre de santé.

La création du Diplôme Cadre de Santé a marqué un changement notable puisque la formation s'ouvre au management des ressources humaines, à la contribution économique, à l'approche de la complexité des situations, à la coopération entre professionnels et à la notion de qualité. Toutefois si les objectifs aident au développement de connaissances nécessaires à un cadre de santé, ses missions sont peu appréhendées.

Par ailleurs, la réglementation n'interdit pas à des infirmiers, des professionnels médico-techniques et de rééducation d'être en position de faisant fonction de cadre de santé en service de soins sans limitation de l'expérience dans la durée. Les IFCS constatent depuis dix ans que la majorité des candidats au concours d'entrée a exercé comme faisant fonction avant l'entrée en formation<sup>14</sup>.

### **1.1.2 L'évolution des missions du cadre de santé**

Comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent, l'évolution des missions du cadre de santé s'est fait par le passage de la surveillante dans la période dite traditionnelle (1940-1960) à cadre infirmier en 1975 dans la période de modernisation (1960-1985) et enfin à cadre de santé dans une période dite de gestionnaire (*annexe1*). Nous constatons « *le remplacement de la maîtrise traditionnelle fondée sur la compétence technique et l'ancienneté par un encadrement pluridisciplinaire exerçant des fonctions transversales de nature médico-économique* »<sup>15</sup>. Les missions du cadre de

---

<sup>11</sup> Loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière

<sup>12</sup> Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme cadre de santé et arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé

<sup>13</sup> Décret n°2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

<sup>14</sup> 80% effectifs promotion cadres de santé 2007/2008 a été faisant fonction avant entrée en formation, IFCS région Centre

<sup>15</sup> FERONI I, KOBER-SMITH A, « la professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et Grande-Bretagne », texte intégré au fascicule sociologie hospitalière, « la profession infirmière réflexions et débat », cours du 30 avril 2008 animé par FX SCHWERYER

santé au sein d'un service de soins ont donc évolué. La circulaire du 20 février 1990<sup>16</sup> est l'un des premiers textes à évoquer de façon détaillée les missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier. Responsable d'une unité de soins, il participe à la définition du projet de soins. Il a un rôle d'encadrement, d'animation des personnels de l'unité, de formation, de coordination et de recherche. C'est une référence pour le soin spécifique.

Le décret du 31 décembre 2001<sup>17</sup> évoque les missions du cadre de santé sans apporter d'autres précisions outre l'élargissement des lieux d'exercices : « *les agents du grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations d'établissements* ». Enfin, le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière complète dans la fiche métier « cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales » ses missions qui s'élargissent à la gestion de l'information et de la communication, le contrôle de la qualité et la sécurité des soins, le suivi et le bilan des activités de l'unité, la planification des activités de soins ainsi que l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires. Par ailleurs l'étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière<sup>18</sup> précise la place prépondérante de la dimension administrative et gestionnaire : « *les cadres passent de moins en moins de temps au contact des patients et sont accaparés par la gestion et l'administration* ». La relation aux collaborateurs a changé : « *l'autorité de la surveillante n'est plus, il faut expliquer, motiver, impliquer les agents* ». Le cadre de santé a aussi un rôle de coordination de plus en plus important avec les différents acteurs de santé. Ainsi l'organisation des sorties des patients, la gestion des flux de plus en plus complexe, la gestion des plaintes en augmentation fait partie intégrante de ses missions quotidiennes.

### **1.1.3 Les facteurs d'évolution influençant le métier de cadre de santé**

Les puissantes évolutions du champ sanitaire, social et médico-social modifient en profondeur l'organisation du système de santé. Dans ce contexte d'adaptation et de modernisation des établissements de santé (gouvernance, tarification à l'activité, évaluation des pratiques professionnelles, territorialisation de l'offre de soins), il nous semble important d'identifier les facteurs qui impactent le métier de cadre de santé.

➤ **Les départs à la retraite massif des cadres de santé** (85% d'ici 2015 avec un pic atteint en 2012) mais également des médecins et des équipes paramédicales. Le recrutement pour le renouvellement des cadres de santé dans un contexte d'évolution des

---

<sup>16</sup> Circulaire et annexe DH/8A/PK/CT n°00130 relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers. Nomenclature des emplois types de l'hôpital. Direction des hôpitaux, 20 février 1990

<sup>17</sup> Opcit. décret du 31 décembre 2001

<sup>18</sup> Opcit. Etude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière

compétences plus expertes et du niveau de qualification risque d'être difficile. Le nombre de professionnels faisant fonction est de ce fait relativement important et en progression. Ce phénomène peut entrer dans une stratégie d'établissement pour lequel le fait de mettre en position d'encadrement des faisant fonction cadres de santé pour occuper des postes vacants permettrait la préparation à la fonction et à la formation. Or, comme nous l'avons vu, le fait de faire faisant fonction n'est rendu obligatoire dans aucun texte de loi et n'est pas non plus un critère de sélection formel pour entrer en IFCS même si une grande majorité des admis en formation cadre ont occupé cette fonction. De plus on constate que le métier d'encadrement souffre d'une faible attractivité, le gain de rémunération n'étant pas en rapport avec les responsabilités et la pénibilité du travail. Par ailleurs la majorité des soignants ne désirent pas abandonner le soin qui est le cœur de leur métier.

➤ **L'évolution de la demande de santé, de l'offre de soin, des pratiques de soins et technologies médicales** demande au cadre de santé de développer des compétences en matière de démarche qualité, relations humaines, santé publique, législation, coopérations intra et extra hospitalières mais aussi de participer à la veille et l'organisation de la formation des personnels.

➤ **L'évolution médico-économique, de l'organisation interne, du système d'information et des politiques de qualité et de gestion des risques** nécessite que le cadre de santé participe à la rationalisation et l'optimisation des ressources. La fonction d'encadrement et le nouveau positionnement des cadres de santé requiert de développer des compétences de management d'équipe, de conduite de projet et de changement, ainsi que des connaissances en matière de droit, hygiène, sécurité et évaluation des pratiques professionnelles.

➤ **l'évolution des dispositifs de formation initiale et continue** qui vise à instaurer la formation tout au long de la vie avec la mise en places de nouveaux dispositifs : VAE, LMD, bilan de compétences, DIF peut avoir un impact sur le recrutement et la professionnalisation des cadres qui pourront plus aisément construire un parcours de formation professionnalisant en valorisant leur expérience professionnelle.

## **1.2 Comment se construit le passage de la fonction soignante à la fonction managériale pour le faisant fonction cadre de santé**

Le métier de cadre de santé, dans le système de santé complexe que nous venons de décrire est en pleine évolution. Les cadres de santé de proximité sont issus du métier appris lors de formation d'origine et doivent donc abandonner les soins et la relation quotidienne et directe aux patients qui constitue leur cœur de métier pour embrasser des fonctions centrées sur le management et l'organisation des soins, cœur de l'activité du cadre de santé. De nombreux établissements face au nombre important de postes vacants ont recours aux faisant fonction cadres de santé. Nous nous sommes donc

interrogée sur la construction du passage de la fonction soignante à la fonction managériale et demandée en quoi une expérience de faisant fonction pouvait être ou non facilitant.

### 1.2.1 La situation d'apprentissage

Le faisant fonction cadre de santé va se trouver en situation d'apprentissage, « *la situation d'apprentissage est une situation dans laquelle un sujet s'approprie de l'information à partir du projet qu'il conçoit* »<sup>19</sup>. Ainsi, dans cette situation, il va devoir s'appuyer sur des capacités et des compétences déjà maîtrisées par ses différentes expériences professionnelles et personnelles qui vont lui permettre d'en acquérir de nouvelles. Faire fonction permet donc au futur cadre de santé de mobiliser ses capacités qu'il fait entrer en interaction avec ses compétences. Selon Sylvain BOUSSEMAERE, on peut assimiler la situation du faisant fonction comme un « stage en responsabilité » dont l'objectif est de prendre des initiatives et d'être évalué. Le stage peut donc être considéré comme « *un contact avec la vie professionnelle, la préparation à un métier* ». <sup>20</sup> Ainsi cette expérience sera composée d'hétéro-formation (conseil et expérience des autres), d'éco-formation par sa familiarisation avec un nouveau milieu qui comporte une dimension professionnelle, sociale et relationnelle et d'auto-formation du fait de l'apprentissage et de l'acquisition de capacités à partir de sa propre expérience.

Le faisant fonction cadre de santé va donc apprendre par l'expérience, ce qui va nécessiter qu'il analyse les éléments de la situation en cours, qu'il les compare aux données recueillies lors d'expériences antérieures et aux éléments d'information dont il dispose puis qu'il découvre les concepts et principes généraux lui permettant d'intégrer ses propres données. Pour que cette transformation par l'expérience ait lieu il faut, selon Francine LANDRY, le contact direct et la possibilité d'agir. Ainsi elle précise « *le fait de vivre un ou des évènements doit entraîner des changements de valeurs, de sentiments, de connaissances et d'habiletés* »<sup>21</sup>. Il faut donc un engagement de la personne tant sur les plans cognitifs, affectifs, comportementaux pour que les changements occasionnés par l'expérience se fassent sentir aux niveaux des connaissances, du comportement, de l'image de soi et des attitudes.

Toutefois, nos lectures nous montrent que la tradition didactique repose sur la coupure entre apprentissage et expérience. La formation des connaissances s'élaborerait indépendamment de l'expérience, même si ultérieurement celle-ci permet leur application. Cela justifie d'apprendre son métier sur les bancs d'une classe avant de le pratiquer. Pierre DOMINICE précise : « *lorsque vous interrogez des professionnels quant à leurs*

---

<sup>19</sup> MERIEU Philippe, *apprendre...oui mais comment ?*, Paris, ESF éditeur, 1989, 4<sup>ème</sup> édition

<sup>20</sup> BOUSSEMAERE Sylvain, « le faisant-fonction de cadre de santé », *Objectif soins*, décembre 2002, n°111, page 13

<sup>21</sup> LANDRY Francine, « la formation expérientielle : origine, définitions et tendances », *Education Permanente*, n°100/101, 1989, p 20

*compétences, ils reconnaissent avoir appris la quasi-totalité de leur métier sur le terrain. Et, cependant, ils ne mettent pas en cause les diplômes qui protègent leur profession. Pour la plupart des adultes, ce qu'ils n'ont pas appris à l'école n'a pas la qualité d'un véritable savoir »<sup>22</sup>.*

Dans ce contexte, comment s'élabore la phase de construction identitaire du faisant fonction cadre de santé ?

### **1.2.2 La phase de construction identitaire**

La situation d'apprentissage, comme nous l'avons vu précédemment suppose une transformation qui va permettre l'élaboration et l'intégration de savoir-faire et de connaissances. La transformation entraîne nécessairement des changements qui ne peuvent intervenir qu'à partir de la compréhension que le faisant fonction cadre de santé a de ses buts, valeurs, objectifs et relations aux autres. Cette compréhension constituerait selon Sylvain BOUSSEMAERE « *la base même de tout processus de développement personnel. C'est elle qui confère à la personne cette capacité pour agir. Elle acquiert de nouvelles façons de penser, de se positionner par rapport à sa propre vie et de se réinventer. L'expression finale de cette transformation est la conscientisation qui fournit au sujet cette pulsion pour agir sur son contexte afin de le changer »<sup>23</sup>.*

Par ailleurs pour Vincent De GAUJELAC, cette transformation a un coût psychologique et social : « *l'ascension sociale dans laquelle évolue « le faisant-fonction » est à référer au travail de deuil, de déliaison nécessité par le changement de classe »<sup>24</sup>.* Ainsi il n'est pas rare qu'un infirmier ait une motivation à souhaiter devenir cadre de santé grâce aux conseils de ses supérieurs hiérarchiques. On peut assimiler ces souhaits hiérarchiques à ceux des parents qui forment pour leur enfant un projet parental. Ainsi, pour cet auteur, il s'agit de « *névrose de classe* ». Le message est contradictoire puisqu'il s'agit pour l'enfant, ou l'infirmier qui veut devenir cadre, de devenir « dominant » (en faisant fonction de cadre) tout en conservant les habitudes de sa classe d'origine (garder la culture infirmière). Pour Luc BOLTANSKI, il s'agit plus d'un conflit lié au désir de promotion professionnelle. Ceci entraîne un changement d'habitus qui met le cadre en tension quotidienne du fait que le faisant fonction devra passer d'une identité professionnelle « héritée » (celle d'infirmier) à une nouvelle identité à acquérir (celle de cadre de santé). Nous pouvons dire que le faisant fonction n'est pas encore passé de « l'autre coté de la barrière » puisqu'il n'a pas encore été reconnu par le diplôme capable d'exercer le métier de cadre de santé. Il n'est pas de ce fait encore membre à part entière de la communauté puisqu'il n'a pas le statut officiel. Et enfin, il doit se définir comme

---

<sup>22</sup> DOMINICE Pierre, « expérience et apprentissage : faire de nécessité vertu », Education Permanente, n°100/101, 1999, page 66

<sup>24</sup> DE GAUJELAC Vincent, *la névrose de classe*, Paris, Hommes et Groupes Edition, 1992

adulte responsable par rapport à ces pairs et à l'équipe qu'il dirige tout en sachant que sa situation constitue une mise à l'épreuve. Ainsi pour Renaud SAINSAULIEU, « *l'identité professionnelle se traduit à la fois par un sentiment d'appartenance à un ou des collectifs dans lesquels l'individu est socialement reconnu, la possibilité de se distinguer en construisant la différence, et la capacité de conférer un sens durable à l'expérience vécue* »<sup>25</sup>.

Néanmoins, pour Claude DUBAR<sup>26</sup>, l'identité professionnelle dépend des relations avec les autres et de la perception subjective de sa situation ce qui associe la construction d'une « *identité pour soi* » et des mécanismes structurels d'une « *identité pour autrui* », « *les formes identitaires se situent donc à l'intersection des constructions biographiques voulues et des processus relationnels de reconnaissance pour autrui, plus subis* ». Selon l'auteur, une des formes d'identité professionnelle serait « *basée sur une trajectoire biographique tendue vers la mobilité sociale incluant les risques de la mobilité externe avec une reconnaissance fondée sur la possession d'un titre scolaire et la participation active à des formations diplômantes* ». Par ailleurs, E.C HUGUES<sup>27</sup> introduit la notion du diplôme comme système de protection d'un groupe professionnel envers les profanes. La socialisation professionnelle se ferait selon trois mécanismes successifs. Tout d'abord l'immersion dans la culture professionnelle correspondant le plus souvent à « *la découverte de la réalité désenchantée du monde professionnel* », puis à « *la dualité entre le modèle idéal imaginé et le modèle pratique caractérisé par les tâches quotidiennes* » et enfin par « *l'ajustement de la conception de soi c'est-à-dire la construction de son identité passant par la prise de conscience de ses capacités, de ses goûts et de ses chances de carrières professionnelles* ». Le faisant fonction qui « *accompli par exception une fonction dont il n'est pas titulaire* », se situera donc dans un processus de construction identitaire stratifiée d'étapes où ses relations avec le monde professionnel va lui permettre de passer du modèle idéalisé à un modèle intégré et qui pourra se confronter à la reconnaissance externe fondée sur le diplôme.

### **1.2.3 La mise à l'épreuve du projet professionnel**

Selon Isabelle ALIX et Michèle BERNIER, « *le projet professionnel constitue une recherche de sens, mais il est aussi le moteur de l'identité professionnelle. Il constitue une démarche projective dans une situation future ancrée dans l'histoire de son auteur* »<sup>28</sup>. Jean-Pierre BOUTINET et Bernard DONNADIEU s'entendent pour dire qu'il s'agit de « *jeter en avant* », et de « *la projection de soi dans le monde* ». Ainsi le projet

---

<sup>25</sup> SAINSAULIEU Renaud, *l'identité au travail, les effets culturels des organisations*, Paris, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 1988

<sup>26</sup> DUBAR Claude, 2000, *la socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris

<sup>27</sup> TOURMEN C, « *qu'est-ce que l'identité professionnelle ?* », Université Grenoble II ET Eureval-C3e

<sup>28</sup> ALIX Isabelle, BERNIER Michèle, « *projet professionnel et formation* », Soins Cadres, n°39, Août 2001, page 22



professionnel ne peut être réduit à un simple projet de carrière mais doit être envisagé dans un processus dynamique et évolutif qui prend sa source dans le projet personnel de l'individu. Le projet professionnel incite, engage et demande de faire des choix.

La position de faisant fonction pourrait être conçue comme un outil d'aide à la décision et à la confrontation avec les représentations qui mettrait le projet professionnel à l'épreuve. Ainsi dans cette situation que l'on peut qualifier d'expérientielle, le système de repères du faisant fonction va être désorganisé. Nicole ROELENS écrit : « *il pressent un écart entre ses représentations et celles des autres, entre ce qu'il pensait être et ce qu'il lui est proposé d'être. Il pressent un écart sans pouvoir formuler les paradoxes qui le mettent en difficulté* »<sup>29</sup>. Selon l'auteur, le choc des réalités se confronte au choc des identités. Pour Anita WEBER il s'agit de faire acquérir aux personnes en situation « *un certain nombre de capacités, de compétences et de caractéristiques personnelles, par l'élaboration et la mise en œuvre de leurs projets en grandeur nature* »<sup>30</sup>. L'expérience de faisant fonction ne peut toutefois pas être uniquement considérée comme ayant pour finalité principale l'acquisition de compétences professionnelles mobilisables dans le travail mais également comme un moyen de transformation et de remaniement identitaire. Pour les faisant fonction « *il s'agit d'accepter ou non, de s'engager dans la voie d'une transformation de leurs visions et pratiques de travail, de leur rapport à l'entreprise, de leur identité professionnelle* »<sup>31</sup>. Cette construction nécessite un accompagnement permettant d'interroger la faisabilité du projet, d'aider à la conception (analyse de situation, mise en évidence des motivations, repérage des paramètres à prendre en compte) et de questionner la réalisation afin d'anticiper les réussites et les échecs.

☞ Nous avons vu dans la première partie de notre travail que le métier de cadre de santé se transformait avec les évolutions du système de santé. Devant la pénurie des cadres de santé, il est devenu de pratique courante de mettre en position de faisant fonction des personnes ayant un projet de devenir cadre de santé. Cette expérience va, par la dimension d'apprentissage qu'elle confère, permettre au faisant fonction de questionner et mettre à l'épreuve son projet professionnel. La situation de faisant fonction ne peut être qu'une alternative à la fonction de cadre de santé car elle reste non réglementaire. Toutefois le faisant fonction devra être accompagné par l'institution afin de donner du sens à cette expérience. Nous allons, maintenant confronter cette réflexion à nos hypothèses et nous appuyer sur les données recueillies lors de notre enquête réalisée au cours des stages effectués pendant notre formation.

---

<sup>29</sup> ROELENS Nicole, « la quête, l'épreuve et l'œuvre », Education Permanente, n°100/101, 1989, page 72

<sup>30</sup> WEBER Anita, « à propos de la pédagogie du projet », Education Permanente, n°66, 1982, page 22

<sup>31</sup> OPCIT, ALIX Isabelle, BERNIER Michèle

## **2 L'ENQUETE DE TERRAIN**

### **2.1 La méthodologie**

#### **2.1.1 Les objectifs de la recherche**

Notre enquête a eu pour objectif d'identifier et de comprendre :

- Le parcours professionnel des faisant fonction cadres de santé et son impact sur le projet professionnel ;
- La construction du projet professionnel : éléments ayant influencé le projet, durée de maturation, personnes ayant contribué à la construction, motivations ;
- Le déroulement de la sélection : la candidature, les modalités de sélection, les critères de sélection annoncés et perçus ;
- Les représentations que les acteurs ont des aptitudes et des motivations nécessaires aux fonctions de management ;
- Les représentations des missions et des compétences attendues ainsi que les modèles et contre modèles ayant servi à la construction de ces représentations ;
- Les vécus en regard de la prise de poste : facilités et difficultés rencontrées, besoins et attentes des différents acteurs, évolution dans le temps ;
- Le passage du groupe de référence au nouveau groupe d'appartenance ;
- Les atouts et les freins représentés par les expériences soignantes antérieures ;
- Les ressources organisationnelles et humaines mobilisables et mobilisées.

Nous avons également comme objectif de cerner la politique de recrutement, de reconnaissance institutionnelle et d'accompagnement mise en place dans les établissements enquêtés.

#### **2.1.2 Le choix de la méthode utilisée**

Afin de répondre à notre question de départ et de vérifier nos hypothèses nous avons fait le choix de recourir à des entretiens semi-directifs. Cette méthode nous a semblé pertinente dans la mesure où nous souhaitons recueillir des données qualitatives et des informations sur la manière dont les personnes vivent leur situation professionnelle. Nous avons pu ainsi à partir de guides d'entretiens (*annexe 2 et 3*) élaborés au regard des objectifs que nous nous étions fixés, interviewer les personnes en leur laissant un degré de liberté et d'expression permettant de relever leur vécu et ressenti. L'ensemble de nos entretiens menés auprès des faisant fonction cadres de santé, d'une durée de quarante cinq minutes à une heure a été enregistré et chacun a fait l'objet d'une retranscription intégrale. Les données ont ensuite été classées dans une grille d'aide à l'analyse (*annexe 4*)

construite selon les thèmes abordés. Les entretiens menés auprès de l'encadrement ont fait l'objet, pour leur part, d'une prise de note en simultanée.

### **2.1.3 Le déroulement de l'enquête**

Nous avons, dans un premier temps, réalisé une enquête exploratoire auprès de quatre faisant fonction cadres de santé en poste dans notre établissement d'origine et de deux psychologues du travail qui animent des groupes de parole mis en place avec l'accord du directeur des soins afin de répondre aux difficultés exprimées de façon aigüe par les faisant fonction lors d'entretiens individuels. Ce temps de notre travail nous a permis de cibler notre recherche, étayer nos constats et affiner nos hypothèses. Nous avons également pu tester et réajuster notre guide d'entretien. Nous avons fait le choix de ce fait, de ne pas utiliser ces entretiens pour notre analyse. Dans un deuxième temps, nous avons mené une enquête de terrain (*annexe 5*) en interrogeant le directeur des soins et un cadre supérieur de santé (CSS) dans chacun des deux établissements où nous avons été en stage et douze personnes en situation de faisant fonction. Cet échantillon, réparti selon la taille des établissements (*annexe 6*), se compose de faisant fonction infirmiers (9), diététicienne (1), techniciens de laboratoire (2) exerçant pour deux de nuit et pour deux autres étant diplômés cadre de santé depuis 18 mois. Leur expérience de faisant fonction se situe entre deux mois et trois ans.

### **2.1.4 Les points forts et les limites de l'enquête**

Nous avons initialement prévu de faire une analyse comparative auprès de faisant fonction cadres de santé et de leur encadrement dans un établissement ayant une politique formalisée d'accompagnement et un autre n'ayant aucune politique d'accompagnement. En réalité l'enquête auprès des faisant fonction s'est déroulée auprès de deux établissements n'ayant pas de politique formalisée. Toutefois la différence notable que nous avons pu relever dans les résultats de notre enquête porte plus sur la taille et le contexte de l'établissement que sur la formalisation d'une politique d'accompagnement.

Notre pré-enquête a été pour nous d'une aide précieuse pour cerner notre sujet et dépasser nos premières perceptions et ainsi aborder notre recherche à partir du vécu de quatre faisant fonction et de l'analyse des difficultés rencontrées faite par les deux psychologues.

Enfin, même si la taille de notre échantillon est restreinte et ne permet aucune généralisation, celui-ci se révèle varié et nous a permis d'analyser les résultats et d'apporter nos recommandations.

## 2.2 L'analyse des entretiens

Suite à notre réflexion, nous avons choisi de présenter notre proposition d'analyse en reprenant chaque grand thème et sous thèmes de nos guides d'entretien. Nous commencerons tout d'abord par les entretiens menés auprès de l'encadrement, puis ceux réalisés auprès des faisant fonction cadres de santé. Enfin, nous terminerons par un commentaire général permettant la mise en perspective les résultats avec nos hypothèses de recherche.

### 2.2.1 Les entretiens menés auprès des directeurs de soins et des cadres supérieurs de santé

#### A) La politique de recrutement

L'établissement A compte 11% de postes vacants occupés par des faisant fonction. Le turn-over est inexistant. Le personnel d'encadrement étant en poste depuis de nombreuses années, les départs à la retraite permettent la vacance de postes et ainsi la régulation des flux. La politique de recrutement favorise un recrutement externe afin de promouvoir l'ouverture professionnelle. Les postes sont proposés, sans affichage préalable, en fonction de leur disponibilité, par le directeur des soins aux candidats après évaluation de leur projet professionnel. La préparation au concours est proposée dès la prise de poste.

L'établissement B compte 30% de postes vacants en partie pourvus par des faisant fonction. Le directeur des soins n'a pu mettre en place une politique de recrutement car il doit faire face à la pénurie et au manque de candidats « *mon objectif : assurer la gestion de la pénurie* ». Il reçoit les candidats potentiels et leur propose des postes de faisant fonction, souvent au dernier moment, du fait d'un turn-over très important et non programmé. La politique d'affichage n'est pas systématique et dépend de l'urgence de la conjoncture. La préparation à l'école de cadre se fait soit en amont, soit à la prise de poste.

Dans les deux établissements, les directeurs de soins ont défini des critères de sélection qui sont annoncés aux candidats. Ces critères se sont révélés communs et portent sur la mobilité dans l'exercice professionnel, l'implication institutionnelle, la connaissance des missions du cadre de santé, le souhait de vouloir suivre la formation de cadre de santé et la volonté, le cas échéant, de prendre un poste de faisant fonction dans un service différent du service d'origine. Par ailleurs, le nombre de fois où les postulants sont autorisés à passer le concours est de deux dans chaque structure.

#### B) La reconnaissance institutionnelle de la fonction d'encadrement

Les deux établissements proposent aux faisant fonction cadres de santé les mêmes conditions matériels et d'organisation de travail que leurs pairs. Les fiches de poste

correspondent à la fiche de poste d'un cadre de santé diplômé. Pour l'établissement A la prise de poste du faisant fonction est annoncée par le directeur des soins lors de réunions d'encadrement et par voie d'affichage. Cet établissement fournit à ses agents des blouses indiquant leur statut de cadre de santé faisant fonction. Une prime d'encadrement est attribuée dans sa totalité aux agents faisant fonction. Pour l'établissement B aucune campagne d'information n'est réalisée. Les blouses restent marquées au métier d'origine et aucune prime d'encadrement n'est accordée.

### C) La politique d'accompagnement

Aucune politique d'accompagnement n'est formalisée dans les deux établissements enquêtés. L'accompagnement des faisant fonction se fait par le cadre supérieur et les pairs en fonction des besoins et des demandes exprimées par les faisant fonction. La jonction avec le cadre partant n'est pas systématique. Le cadre de santé se voit confié les mêmes missions qu'un cadre diplômé mais peut demander de l'aide au cadre supérieur de santé si il en ressent le besoin. Toutefois l'établissement B rencontre des difficultés puisque certains cadres supérieurs peuvent avoir sous leur responsabilité la moitié de leur effectif en position de faisant fonction cadre de santé.

Commentaires : Les établissements enquêtés n'ont pas de politique de recrutement anticipée ni de projet formalisé d'accompagnement des faisant fonction cadres de santé. Les directeurs des soins sélectionnent les candidats à partir de leur projet professionnel mais le contexte difficile marqué par un turn-over et une pénurie importante dans le plus gros des deux établissements semble limiter une gestion prospective des cadres de santé. Nous avons constaté une différence notable entre les établissements concernant la notion de reconnaissance institutionnelle. Cette différence s'appuie, selon nous, sur le fait que L'établissement A ne rencontre pas de pénurie ni de difficultés de recrutement. Pour cet établissement une stratégie de reconnaissance des faisant fonction est mise en place. Enfin l'établissement B semble rencontrer des difficultés importantes et gère la situation en fonction des contraintes contextuelles.

## **2.2.2 Les entretiens menés auprès des faisant fonction cadres de santé**

### A) Présentation de la population enquêtée

Nous avons interrogé douze personnes (*annexe 7*) soit onze femmes et un homme, deux ayant le diplôme de cadre de santé depuis dix-huit mois. Nous avons varié notre échantillon en interrogeant neuf infirmiers, une diététicienne et deux techniciens de laboratoire et en intégrant deux faisant fonction ayant un poste de nuit. La moyenne d'âge de la population enquêtée est de 39 ans, le plus jeune ayant 30 ans et le plus âgé, 52 ans. L'expérience professionnelle antérieure est variée puisque la mobilité moyenne est

de trois services distincts dans la carrière dans deux structures différentes (privé/public). Toutefois, cette mobilité est moindre pour la diététicienne et les techniciens de laboratoire ce qui est probablement dû à une possibilité de lieux d'exercice moins variée. La maturation du projet de devenir cadre de santé est en moyenne de six ans et a souvent été amorcée dans la première moitié de carrière même si la mise en œuvre arrive plus tard. Seule une personne n'a pas muri son projet et a accepté un poste sur demande du directeur des soins en raison d'un sentiment de burn-out dans le cadre de missions de coordination de prélèvements d'organes. Toutes les personnes interviewées ont bénéficié d'une préparation au concours. Dix personnes sur douze ont réalisé cette préparation en même temps que leur prise de poste. Seulement une personne sur les cinq ayant déjà passé les épreuves du concours n'a pas vécu d'échec. Enfin quatre personnes ont un diplôme universitaire dont un Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées (DESS) en administration des entreprises et un Master en sciences et gestion du management. Deux personnes ont eu des postes spécifiques et transversaux soit un coordinateur de prélèvements d'organes et un chargé de missions pour l'éducation pour la santé.

*B) La construction du projet professionnel*

Dix personnes interrogées sur douze disent avoir construit leur projet de devenir cadre sur le fait d'avoir été repérées par leur supérieur hiérarchique ou que l'expression du projet ait été confortée lors des entretiens annuels d'évaluation. Seuls deux personnes ont fait acte de candidature à la parution d'un poste sans en parler préalablement à leur supérieur hiérarchique. La maturation du projet est longue, souvent ralentie par des projets de vie privée « *j'ai mis mon projet en attente cinq ans car je voulais élever mes enfants* »(B2) et se construit sur des modèles et contre modèles : « *quand j'ai observé ma cadre, je me suis dit que je pourrai faire mieux* »(B3), « *mon modèle c'était mon cadre de santé, il était très méthodologie* »(B4).

Toutefois d'autres facteurs d'influence sont exprimés tels que l'âge dans le déroulement de la carrière « *il me reste dix ans à travailler avant la retraite, c'est maintenant ou jamais* »(B6), une expérience transversale « *mon profil atypique, d'avoir été chargée de missions* »(B8), mais aussi pour cinq personnes le souhait de ne plus faire de soins en direct « *j'avais la lassitude des soins* »(B10), « *je ne savais pas quoi faire après la coordination des prélèvements, mais ce qui était sûre c'est que je ne voulais pas retourner dans les soins* »(B7).

La construction du projet se fait aussi à partir du regard porté par les médecins, collègues, pairs. L'unanimité des personnes interrogées pense que leur personnalité est un atout mis en valeur dans leur travail et nécessaire pour assumer des fonctions d'encadrement : « *beaucoup disaient que je serai une bonne surveillante car j'étais leader d'équipe* »(B4), « *j'ai une personnalité qui aime entreprendre, réaliser des projets, je suis ouverte, à l'écoute* »(B5). Les motivations exprimées reposent pour certains sur le désir

de prendre des responsabilités, de s'investir dans des projets « *je voulais diriger, faire faire des projets* »(B4), d'autres expriment une évolution de carrière normale « *c'est mon projet de carrière, je veux évoluer et pour moi c'est la seule possibilité* »(B8). Enfin l'opportunité saisie au départ du cadre du service est évoquée par la diététicienne et les techniciens de laboratoires.

Commentaires : la construction du projet de devenir cadre de santé est murie dans le temps et repose en grande partie sur le repérage par un supérieur hiérarchique mais aussi sur le regard porté par les autres collègues et celui porté sur les cadres de santé ayant jalonné le parcours professionnel des personnes interviewées. La personnalité prend une place importante car dans les représentations de la fonction induite par le collectif de travail, les personnes interrogées voient le cadre comme quelqu'un de dynamique, sachant entreprendre, entraîner les autres. Même si les motivations exprimées reposent sur le désir de prendre des responsabilités et de porter des projets, le projet professionnel est construit dans sa grande majorité sur un désir d'évolution de carrière, l'opportunité saisie de remplacer le cadre de santé partant ainsi que sur le souhait de ne plus faire de soins. Nous avons été interpellée par le fait de ne pas voir évoquer dans nos entretiens, la variété et la richesse des parcours professionnels et les compétences développées ayant amené au désir d'assumer les missions dévolues aux cadres de santé. Le projet semble être construit pour certains plus sur un projet de carrière qu'un réel projet professionnel.

### C) Le déroulement et le vécu de la sélection

L'ensemble des personnes interrogées ont rencontré le directeur des soins pour un entretien préliminaire leur permettant d'exposer leur projet professionnel de devenir cadre de santé. Cet entretien s'est fait pour neuf personnes suite à une proposition du cadre supérieur de santé, pour deux personnes sur leur propre initiative et pour une personne sur demande du directeur de soins lors d'un entretien d'embauche pour un poste d'infirmière (A2), « *j'ai dit que je souhaitais devenir cadre, mon expérience dans le privé l'a intéressé et elle m'a proposé un poste de faisant fonction d'emblée* ». Dans chacun des deux établissements, le directeur des soins donne un avis favorable ou non sur la candidature selon des critères annoncés et en informe le postulant. Toutefois pour l'ensemble des personnes interrogées ces critères ne sont pas entendus, ni identifiés « *je ne sais pas comment j'ai été sélectionnée, je pense que c'est parce que je voyais à peu près à quoi correspondait le métier de cadre de santé* »(B6), « *peut-être le fait que j'acceptais de passer à temps plein et pas ma collègue* »(B2), « *je pense qu'elle a pensé que j'avais suffisamment de capacités relationnelles* »(B7).

Les candidats sont amenés à écrire leur projet professionnel qui sera étudié soit par le directeur des soins (établissement A) soit par les cadres supérieurs de santé (établissement B). Dans l'établissement A, les candidats à qui il est proposé un poste de faisant fonction sont informés à l'avance de façon à se préparer et à rencontrer le chef de service et le cadre supérieur de santé responsable. Enfin, pour l'établissement B, la proposition de poste se fait dans des délais très courts, ce qui a été exprimé comme générateur de stress : « *je n'ai pas eu à réfléchir, on m'a dit que comme je faisais la préparation au concours, je n'avais pas le choix* »(B1)(B5), « *dans un premier temps, j'ai dit non, c'était la panique, j'ai été prévenue le mercredi pour le lundi* »(B2), « *j'ai été prévenue trois jour avant, je n'ai pas pu dire au revoir à l'équipe avec qui je travaillais depuis treize ans* »(B5).

Commentaires : nous constatons une démarche commune dans la sélection des postulants désirant mener un projet professionnel de devenir cadre de santé. Toutefois la politique de mise en situation de faisant fonction diffère entre les deux établissements. La structure A prépare les personnes à la prise de poste en leur accordant un délai de réflexion et de rencontre avec leurs futurs interlocuteurs et recrute, sur des candidatures extérieures, des infirmières ayant un projet cadre pour des postes de faisant fonction. Pour l'établissement B, l'absence d'anticipation est générateur de stress pour les personnels mis en situation de faisant fonction cadre de santé. Par ailleurs, nous avons été étonnée de l'écart qui s'est retrouvé dans le fait que les directeurs des soins disent annoncés clairement les critères de sélection alors que les personnes interrogées ne semblent pas les percevoir. Ils associent leur sélection à des impressions floues qu'ils relient à leur parcours antérieur ou à des capacités identifiées par le directeur des soins.

#### D) La conception et le vécu de la fonction cadre de santé

Pour les personnes interrogées la fonction managériale est définie comme une fonction différente de la fonction soignante « *c'est un métier complètement différent, on n'est plus IDE, même si on a la construction, les bases, on n'est plus dans les soins* »(B2) où le cadre de santé doit prendre des décisions, être animateur d'équipe et monter des projets, coordonner, organiser, contrôler. Pour cinq personnes, le cadre de santé est un acteur de l'institution « *je dois faire passer les messages institutionnels, je suis un relais essentiel* »(B2), « *le cadre est une pièce maitresse de l'institution* »(B4). La gestion des ressources humaines est évoquée dans dix entretiens intégrant pour la moitié des personnes interrogées l'importance de l'équité « *je suis équitable, c'est du donnant-donnant* »(A1), « *le plus important, c'est d'être juste, équitable* »(B3), « *il faut gérer la pénurie, et prendre des décisions pour lesquelles on était en désaccord deux mois avant quand on était infirmière* »(B5).



L'expérience antérieure, en tant que soignant, est fondamentale pour tous et donne l'expertise et la crédibilité pour organiser et contrôler les soins « *il faut connaître les pathologies pour donner des objectifs de soins, les évaluer et avancer* »(B4), « *la connaissance de la spécialité me permet de monter des projets et d'organiser* »(B5) « *avoir une expertise clinique c'est fondamental pour être accepté par les équipes* »(B7). Toutefois des écarts entre les représentations et la réalité de la fonction sont évoqués « *je suis tombée des nues, je m'étais fait un idéal* »(B8). Pour l'ensemble des personnes interrogées hormis la diététicienne et les techniciennes de laboratoire, la gestion des ressources humaines est difficile et représente la moitié du temps de travail « *le temps passé à la gestion des ressources humaines est incroyable, on passe son temps à faire et défaire* »(B7), « *le souci des effectifs plombe tout* »(B8). Par ailleurs la gestion des conflits est importante et est évoquée par six personnes sur douze.

Le manque de temps et la multitude des tâches sont évoqués principalement par les personnes travaillant la journée. Cette charge de travail a un impact sur la possibilité de mener des projets et est vécue comme frustrante « *le caractère multitâche, on n'a pas le temps de mener des projets* »(B1), « *la difficulté c'est la diversité des tâches, c'est frustrant* »(A2), « *la gestion du temps est difficile* »(B3). L'écart avec les représentations porte aussi sur l'importance des tâches administratives « *il y a beaucoup d'administratif, je ne pensais pas* »(B2). Toutefois, huit personnes disent avoir été agréablement étonnées par la richesse et la diversité de leur missions « *le fait d'être sollicité pour faire partie de groupes de travail, je ne le voyais pas avant* »(B3).

A la question de savoir si certains regrettaient leur choix face au nombre important de difficultés rencontrées, tous disent ne pas regretter même si trois d'entre eux évoquent le fait d'avoir pensé à arrêter à un moment « *ce qui a été difficile, c'est de découvrir le service, m'adapter, j'ai pensé arrêter, c'était trop d'efforts à fournir* »(B2), « *c'est pas possible d'arrêter après cette expérience, je ne peux pas retourner dans une posture d'infirmière* »(B9). Enfin tous évoquent la nécessité d'avoir fait fonction avant de suivre la formation cadre de santé pour tester la fonction « *comme cela on sait ce qui nous attend, c'est incontournable* »(B5).

Commentaires : les personnes interrogées positionnent le cadre de santé dans une dimension managériale pour laquelle l'expérience soignante antérieure est indispensable pour manager et être reconnu, même si le métier est selon eux totalement différent de celui de soignant. Des écarts entre les représentations et la réalité portent principalement sur l'organisation du travail en lien avec les évolutions du contexte, telles que la gestion des ressources humaines dans le cadre d'une pénurie en personnel, l'évolution des tâches administratives. Le manque de temps est la principale source de frustration car en discordance avec leur souhait de mener des projets. Bien que l'expérience de faisant

fonction soit principalement évoquée en terme de difficultés, tous souhaitent poursuivre leur projet professionnel de devenir cadre de santé et décrivent cette expérience comme indispensable pour tester leur projet.

E) Le vécu de la prise de poste

Toutes les personnes interrogées évoquent des difficultés de positionnement ainsi qu'un sentiment d'absence de légitimité « *j'avais peur d'être jugée par l'équipe, je n'osais pas m'asseoir derrière le bureau du cadre, pour moi c'était pas ma place* »(B2), « *je n'arrivais pas à me positionner, l'équipe me testait et me malmenait* »(A1), « *j'avais peur d'être jugée par l'équipe, je n'osais pas dire non, imposer le planning, je me suis fait avoir au début* »(B1). Tous expriment le sentiment d'être testés par les équipes au début tout en sachant que la fin de cette phase est bien marquée, repérable. La raison évoquée serait liée à l'historique du service, la place de l'ancien cadre et les attentes posées sur eux. Six personnes interviewées expriment aussi des difficultés quant à savoir si elles devaient tutoyer ou vouvoyer les personnels sous leur responsabilité. Par ailleurs, l'absence de diplôme cadre de santé et le sentiment de non reconnaissance institutionnelle freinent la légitimité « *c'est une place difficile, car on n'a pas le diplôme cadre, dans la tête de l'équipe on est à la hauteur d'une infirmière* »(B4), « *l'école donne la légitimité, mais j'aurai aussi besoin que le fait que je sois faisant fonction soit affiché au niveau institutionnel* »(B5). Une des personnes interrogées ayant le diplôme cadre précise « *quand je suis sorti de l'IFCS, je me suis senti plus armé que quand j'étais faisant fonction car j'avais la capacité de prendre des décisions, j'avais une formation et un diplôme qui l'attestaient* »(B6), « *ne pas avoir de blouse, de rémunération ou de prime ce n'est pas facile pour être reconnu et légitime* »(B1).

La seconde difficulté exprimée réside dans le fait que les faisant fonction vivent leur prise de poste comme une mise en situation voire une mise à l'épreuve sans phase d'apprentissage. Cela entraîne un grand stress majoré par l'absence de relais, de repères et d'un réseau formalisé ainsi que l'impression que l'on attend d'eux la même chose qu'un cadre expérimenté. Les difficultés rencontrées sont majorées pour certains par le changement de rythme de travail pour lequel ils n'étaient pas préparés tant dans leur vie professionnelle que personnelle « *je n'arrivais plus à gérer les enfants, la maison, je n'avais plus de temps disponible comme quand je faisais les quarts* » (A2) et le fait de ne plus faire les soins pour lesquels ils avaient une expertise « *j'avais l'impression de ne plus servir à rien, de ne plus savoir rien faire si je ne faisais pas de soins* » (B10). La place dans l'équipe ainsi que le fait de ne plus faire de soins a été difficile principalement pour les infirmiers « *c'est vrai que de passer d'IDE à la place de faisant fonction c'est un grand vide, on passe du soin direct au soin indirect* »(B4), « *j'étais toute seule, je ne faisais plus partie d'une équipe* »(A1), « *au début je ne pouvais pas laisser les soins, je posais des perfusion pour prouver à l'équipe que j'étais avant tout une soignante* »(B7), « *je*

*raisonnais comme une infirmière et je n'avais pas encore le parler cadre, avec le temps ça vient »(B2), « le plus dur c'était de quitter les malades »(B3).*

La prise de poste est aussi plus difficile pour les personnes n'ayant pas eu de jonction avec le cadre précédant (six personnes sur douze), même si le relais porte sur la transmission d'informations organisationnelles pour la majorité *« ce n'est pas rassurant d'être lâchée du jour au lendemain »(B6), « j'ai été lâchée sans aucune méthodologie »(B10)* . Les faisant fonction de nuit ressentent un isolement important et sont en difficulté face au différé des réponses à leurs questions.

Par ailleurs, l'ensemble des personnes interrogées disent avoir les mêmes missions que s'ils étaient diplômés mêmes si cinq personnes pensent que l'on est moins exigeant avec eux *« vous êtes en apprentissage et en même temps vous devez gérer le quotidien »(C8), « on m'a donné le profil de poste et on m'a dit voilà vous avez les mêmes missions qu'un cadre »(B1), « on ne nous laisse pas le temps c'est comme si on avait toujours été cadre de santé »(A2).*

Enfin tous évoquent une absence d'encadrement et disent pour la majorité pouvoir s'appuyer sur le cadre supérieur qui répond à leurs questions et leur donne des conseils de positionnement. Ils expriment un fort sentiment d'isolement relationnel vécu à travers une absence de prise en compte de leur situation par les pairs qui ne sont pas perçus comme une ressource *« je ne me sens pas intégrée à l'équipe cadre, ce n'est pas une ressource »(B2)* alors que les médecins et l'équipe soignante après une phase d'intégration sont identifiés comme des aidants.

Hormis les ressources humaines, peu mobilisent des ressources organisationnelles qu'ils ont du mal à identifier *« je suis arrivée sur un bureau plein de papiers alors je les prends et les trie au fur et à mesure, il y a sûrement des choses intéressantes mais je ne sais pas »(B6), « je sais que les organisations sont écrites mais je n'ai pas encore regardé, je n'ai pas le temps »(B7)*. Toutefois les expériences antérieures peuvent être des ressources *« mon expérience longue et multiple m'a donné des valeurs soignantes sur lesquelles je m'appuie »(B5), « avoir travaillé sur les transmissions ciblées »(B2), « mes missions de coordination m'ont permis de me constituer un réseau »(B6).*

Les attentes et besoins sont multiples et portent sur la période de jonction et la qualité des informations transmises *« être plus longtemps avec le cadre en jonction et avoir des apports en législation du travail par exemple »(B10), « pouvoir poser des questions au moment de la jonction pas uniquement le transfert de l'organisation d'une journée de travail »(B7)*. La nécessité de bénéficier d'un accompagnement et d'avoir un tuteur identifié à été évoqué par dix personnes afin de pouvoir avoir une aide méthodologique, un soutien et pouvoir exprimer ses difficultés dans un climat de confiance *« avoir un tuteur congruent, qui porte de l'intérêt à nos difficultés »(B5), « avoir*

*quelqu'un à qui se référer et qui ne soit pas forcément le cadre supérieur et qui se montre disponible »(B7).*

Enfin, une pression importante est mise sur le concours et sa préparation. L'échec est perçu comme un échec dans la fonction, majoré par le sentiment de décevoir alors qu'ils ont été choisis « *j'avais honte d'avoir échoué, je me suis dit qu'ils avaient eu tort d'avoir eu confiance en moi* »(A1). Toutefois, la préparation à l'entrée à l'école des cadres simultanément à la prise de poste est perçue pour certains comme aidant « *c'est une ressource, on peut échanger, on prend du recul* »(B4), alors que d'autres le vivent comme une difficulté « *difficile de faire la préparation en démarrant car on a trop de chose à apprendre et on priorise le service* »(B6).

Commentaires : les faisant fonction cadres de santé interrogés expriment des difficultés de positionnement et ne se sentent pas toujours légitimes du fait de l'absence de diplôme cadre et de reconnaissance institutionnelle pour certains. La prise de poste est difficile car le passage de la fonction soignante à la fonction managériale demande de devoir renoncer à la fonction initiale en trouvant de nouveaux repères et à avoir une posture différente dans une équipe qui peut être vécue avec un sentiment d'isolement. Le manque de relais, d'accompagnement ainsi que des difficultés à mobiliser les ressources humaines et organisationnelles sont très présentes même si le cadre supérieur est repéré comme aidant ainsi que l'expérience antérieure. Les faisant fonction se voient confiés les mêmes missions que les cadres de santé sans phase d'apprentissage ni d'appropriation des missions confiées. Enfin, les difficultés résident également dans le sentiment de mise à l'épreuve, la peur de l'échec, de décevoir les supérieurs hiérarchiques qui les ont repérés.

### **2.2.3 Commentaire général et confrontation avec nos hypothèses**

Dans un contexte démographique décroissant des professions paramédicales, les hôpitaux que nous avons enquêtés ont recours de plus en plus souvent aux faisant fonction cadres de santé pour pourvoir les postes vacants. Dans la première partie de notre étude nous avons mis en évidence une évolution rapide du métier de cadre de santé qui en moins d'un siècle est passé de la surveillante, au cadre infirmier et enfin au cadre de santé pour l'ensemble des métiers paramédicaux. Le cadre de santé reste un cadre de métier mais ses missions ont évolué en regard des évolutions sociales, économiques et politiques et des mutations organisationnelles que vit le système de santé.

Etre faisant fonction, c'est donc passer du métier d'origine de soignant à celui de manager sans avoir encore, comme l'oblige la réglementation française, suivi la formation de cadre de santé et obtenu le diplôme permettant la reconnaissance administrative. Le

faisant fonction devrait, de ce fait, être mis en situation d'apprentissage afin, en s'appuyant sur ses expériences antérieures et ses compétences, de s'approprier ses nouvelles missions ainsi qu'une posture différente dans une équipe de soins et dans l'institution hospitalière. Cette expérience d'apprentissage serait donc pour lui une période de transformation qui devrait lui permettre de se construire une nouvelle identité professionnelle. C'est également le moyen de mettre à l'épreuve son projet professionnel et ainsi de faire un choix éclairé de poursuivre ou non son parcours professionnel vers le métier de cadre de santé.

Cependant, nous avons constaté, dans notre expérience que de nombreux faisant fonction rencontraient des difficultés à leur prise de fonction. Notre enquête nous a permis de confronter nos hypothèses aux vécus exprimés par les personnes interrogées. Ainsi nous allons mettre en perspective les résultats obtenus avec les hypothèses que nous avons émises.

**Hypothèse 1 : Les professionnels paramédicaux qui deviennent faisant fonction cadre de santé sont portés par une volonté collective plutôt qu'une réelle motivation personnelle à exercer des fonctions managériales.**

Notre enquête nous permet de confirmer notre hypothèse. Les faisant fonction cadres de santé ont été pour la plupart repérés par un supérieur hiérarchique, un médecin ou les membres d'une équipe. Leur personnalité remarquable semble être le point de départ du projet professionnel qui s'exprime le plus souvent en un projet de carrière murie et jalonné de plusieurs étapes (repérage, vie privée, expériences professionnelles multiples). Les fonctions managériales sont idéalisées et reposent, le plus souvent, sur le désir de changer les choses, faire des projets à partir de modèles ou contre modèles sans analyse préalable des motivations et liens directs avec des fonctions managériales. Le sentiment d'avoir été choisis entraîne chez certains une peur de décevoir accompagnée d'une peur de l'échec et des difficultés à identifier les critères sur lesquels s'appuie leur sélection.

**Hypothèse 2 : Les faisant fonction cadres de santé s'engagent dans cette fonction sans avoir renoncé à la fonction soignante**

Même si notre enquête semble confirmer notre hypothèse nous émettons une réserve car les faisant fonction interrogés expriment un sentiment ambivalent. En effet, pour certains le désir d'être cadre de santé passe par le fait de ne plus faire de soins, toutefois lors de leur prise de poste, ils continuent à réaliser des soins. Cette situation est plus importante pour les infirmiers qui craignent de perdre la relation avec les patients. Cette difficulté nous semble plutôt liée à une perte de repères et une absence de connaissances

managériales qu'à une réelle difficulté à renoncer aux soins. En effet, jusqu'à présent ils maîtrisaient totalement leur activité pour laquelle des années d'expérience leur avaient donné expertise et reconnaissance. De plus, ils avaient une place au sein d'une équipe de soins. Le changement de posture est déstabilisant et leur donne un sentiment d'isolement. Le fait de faire des soins leur permet sûrement de maîtriser la situation d'instabilité qu'ils vivent en s'appuyant sur leur domaine d'expertise. Cela leur permet également de faire leurs preuves en tant que soignant pour être reconnus par les équipes dont ils ont la responsabilité.

**Hypothèse 3 : *Les faisant fonction cadres de santé rencontrent des difficultés à mobiliser les ressources organisationnelles et humaines aidantes lors de leur immersion dans la fonction***

Notre enquête nous permet de confirmer notre hypothèse. Les faisant fonction interrogés rencontrent des difficultés à mobiliser les ressources à leur disposition. Pour les ressources humaines la difficulté est variable et dépend en partie de la volonté des interlocuteurs. Il s'agit plus d'une réponse aux difficultés exprimées ponctuellement par le faisant fonction qu'un réel accompagnement. Les ressources organisationnelles sont difficiles à mobiliser car non connues du faisant fonction. En effet, il a dans le meilleur des cas, bénéficié d'une jonction de quelques jours avec le cadre de santé partant dont le relais s'est fait sur des points d'organisation. Les ressources sont rarement présentées et expliquées et ainsi restent peu connues et exploitables par les faisant fonction.

Par ailleurs notre enquête nous a permis d'identifier d'autres sources de difficultés. La mise en situation de faisant fonction se fait dans un contexte de pénurie durant laquelle le postulant assure d'emblée les missions d'un cadre expérimenté. De ce fait la situation est difficilement vécue comme une phase d'apprentissage. Il s'agit plutôt d'une mise à l'épreuve de la personne et de son projet professionnel. L'absence de formation et de diplôme, le changement de fonction entraînent des difficultés de positionnement et un sentiment de non légitimité envers les équipes de soins mais aussi les pairs. Etre faisant fonction est un bouleversement de part le changement de rythme de travail et de repères. L'incertitude de réussir ou non le concours d'entrée en IFCS est source de stress du fait du regard des autres et du risque de devoir retourner dans les fonctions antérieures.

☞ Notre enquête nous a permis d'éclairer nos hypothèses et ainsi de répondre à notre question de départ en comprenant pourquoi certains faisant fonction cadre de santé rencontraient des difficultés lors de leur prise de fonction. Cette compréhension mise en perspective avec le contexte hospitalier en mutation ainsi que la place, le rôle et les

missions du directeur des soins nous a permis de réfléchir à des préconisations qui permettraient d'accompagner les faisant fonctions et ainsi de répondre à leurs difficultés. Nous allons maintenant présenter les résultats de notre réflexion par la proposition d'une politique d'accompagnement portée et coordonnée par le directeur des soins, articulée autour d'un dispositif de sélection et d'aide à la réalisation et au cheminement du projet professionnel.

### **3 POUR UNE POLITIQUE D'ACCOMPAGNEMENT DES FAISANT FONCTION CADRES DE SANTE : LES PRECONISATIONS**

Notre travail d'analyse nous a donc permis d'identifier les difficultés que peuvent rencontrer certains faisant fonction cadres de santé à leur prise de poste. Les établissements enquêtés recrutent des faisant fonction mais n'ont pas de politique d'accompagnement bien définie.

Le directeur des soins est responsable de la gestion des cadres de santé de l'établissement. Il a donc une place prépondérante au sein de l'institution pour impulser, accompagner et mettre en œuvre une politique d'accompagnement en partenariat avec les différents acteurs institutionnels (directeur des ressources humaines (DRH), médecins, équipe d'encadrement paramédical). Cette politique qui doit être partagée par le directeur général et le directeur des ressources humaines, pensée en amont du choix des faisant fonction, sera écrite et portée à la connaissance de tous. Elle doit intégrer les modalités et les critères de sélection, le dispositif d'accompagnement et d'évaluation. Il s'agit d'assurer la mise en situation de faisant fonction comme situation d'apprentissage tout en permettant au postulant d'assumer dans toutes ses dimensions, les missions et responsabilités d'un cadre de santé et de permettre la réussite de son projet. Une politique d'accompagnement définie et connue est donc un enjeu stratégique pour le directeur des soins au bénéfice du postulant comme de l'institution.

#### **3.1 La politique de sélection**

Comme nous l'avons vu dans notre enquête le projet de devenir cadre de santé est souvent impulsé par le supérieur hiérarchique, muri durant plusieurs années sans perception et analyse réelle des missions dévolues au cadre de santé. La pénurie des cadres est importante, rarement anticipée et la fonction peu attractive. Nous proposons une sélection en deux temps comprenant la constitution d'un « vivier » en amont des besoins et d'un dispositif d'accès à un poste de faisant fonction dans un second temps.

##### **3.1.1 Le dispositif de choix**

###### *A) La détection d'un « vivier »*

Le contexte de pénurie des cadres que nous connaissons nous permet d'anticiper l'évolution de ce phénomène et d'y faire face. Développer une démarche de GPEC permet « *aux décideurs de se déterminer dans ses choix stratégiques, d'élaborer des*



*scénarios et de décider en connaissance de cause* »<sup>32</sup>, elle permet également « *au salarié de se déterminer dans ses choix professionnels et de s'y préparer en connaissance de cause en adaptant ses compétences* ». Par ailleurs « *l'apprentissage d'un métier, l'acquisition et la maîtrise de la compétence nécessitent du temps et dès lors de l'anticipation* ». Elle nécessite la définition du métier, la clarification des missions et des compétences attendues.

Une politique de détection de postulants potentiels en amont d'un projet cadre formalisé permettrait de constituer un vivier de personnes pour lesquelles des aptitudes à exercer la fonction auraient été identifiées. Cette démarche nécessiterait l'implication des acteurs (N+1) et leur formation afin qu'ils soient en capacité de réaliser des entretiens annuels d'évaluation permettant le repérage à partir de critères définis puis le signalement à la direction des soins des personnels potentiellement aptes à exercer des fonctions managériales moyennant la réalisation d'un parcours professionnel confirmant les aptitudes repérées. La situation des agents repérés serait discutée avec l'encadrement supérieur et le directeur des soins. Le vivier serait alors constitué en regard des besoins quantifiés avec la DRH et proportionnels aux postes identifiés à trois/ cinq ans. La politique de formation continue d'accès à la formation préparatoire à l'entrée en IFCS et le nombre de promotions professionnelles par an seraient planifiés.

**B) La construction d'un parcours professionnel confirmant les aptitudes**

A partir de la fiche métier formalisant les compétences clés et les aptitudes nécessaires à un cadre de santé, un parcours professionnel serait proposé au postulant qui servirait à vérifier et confirmer par l'institution et par l'agent les aptitudes à la fonction d'encadrement. Ce parcours d'une durée à déterminer avec le candidat et prenant en compte l'expérience antérieure acterait un contenu permettant de développer les aptitudes attendues. Il pourrait s'agir à titre d'exemple de la réalisation de cours en Institut de formation en Soins Infirmiers (IFSI), d'un changement de service, de la participation à des groupes de travail institutionnels, de formations complémentaires (ex : DU), de missions en qualité de référent (hygiène, sécurité transfusionnelle etc.). Enfin l'analyse des situations vécues, les liens faits avec les missions d'un cadre de santé et la connaissance du métier et de l'institution seraient réalisés avec le cadre de santé tous les six mois afin de confronter les aptitudes et les motivations. Un outil de suivi du parcours serait renseigné conjointement par le candidat et le cadre de santé. Les résultats de ces évaluations seraient discutés avec l'encadrement supérieur et le directeur des soins afin d'orienter le parcours si nécessaire et enfin de proposer ou non une mise en situation de faisant fonction.

---

<sup>32</sup> BARBES R, COUDRAY MA, *la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*, avril 2008, Rennes EHESP, DS.

### 3.1.2 Le dispositif d'accessibilité au poste de faisant fonction cadre de santé

L'évaluation faite à l'issue de ce parcours permettra de proposer un poste de faisant fonction cadre de santé aux postulants ayant confirmé leurs aptitudes, leur capacité à s'adapter aux fonctions d'encadrement et leurs motivations. Ce dispositif aura également permis au candidat de comprendre les missions du cadre de santé dans le contexte hospitalier en mutation ainsi que sa position institutionnelle. Choisir ses futurs cadres est un enjeu pour le directeur des soins tant sur les plans économiques, managériaux que humains ce qui nécessite de proposer un dispositif facilitant la réussite. Le postulant doit pouvoir avoir connaissance des modalités de sélection, du dispositif d'accompagnement et d'évaluation qui lui sera proposé. Il doit également savoir que les conditions de réussite au concours ne sont pas liées au fait d'avoir fait fonction et qu'une solution de repli lui sera proposé en cas d'échec ou d'insatisfaction institutionnelle.

#### A) Les modalités d'accès à un poste de faisant fonction

La procédure institutionnelle que nous proposons comporte trois étapes.

##### ☞ *La validation du parcours professionnel confirmant les aptitudes*

Le parcours professionnel de l'agent serait étudié par le cadre de santé responsable, le cadre supérieur du pôle et le directeur des soins. Seront évalués les aptitudes du candidat aux fonctions managériales, ses capacités d'adaptation, son implication professionnelle, sa progression dans la compréhension du métier de cadre de santé dans l'institution. A l'issue de cette évaluation, il serait notifié par écrit et de façon motivée au candidat s'il est retenu ou non pour entrer dans le dispositif d'accès à un poste de faisant fonction. En cas de réponse positive, il lui serait demandé de faire acte de candidature en rédigeant une lettre de motivation, un curriculum vitae et son projet professionnel à partir d'un guide d'aide méthodologique qui lui serait fourni.

##### ☞ *La validation du projet professionnel de l'agent par le DS et le CSS*

L'étude de la candidature et du projet professionnel à partir du dossier écrit et d'un entretien avec le candidat serait réalisée par le directeur des soins et le cadre supérieur de santé. Ceci permettrait de confirmer les aptitudes et les motivations pour exercer des fonctions managériales dans l'institution mais également les aptitudes à suivre la formation de cadre de santé. En cas d'avis positif, il serait demandé au candidat de faire acte de candidature le moment venu pour un poste proposé par voie d'affichage par la DRH. La notification de la décision accompagnée de l'évaluation faite du candidat serait transmise à la DRH et portée à la connaissance de l'agent.

##### ☞ *Un entretien de sélection réalisé par le DS, le DRH, le CSS et le médecin responsable du pôle d'affectation*

La politique de sélection portée institutionnellement demande l'implication des différents acteurs, c'est pourquoi nous proposons un entretien de sélection mené conjointement par le DRH, le directeur des soins, le médecin et le cadre supérieur de pôle.

Le candidat serait convoqué par écrit, quinze jours avant l'entretien. Les critères de sélection lui seraient communiqués : maturité professionnelle, motivations, connaissances du rôle et des missions du cadre, connaissances de l'institution, capacités relationnelles et d'analyse et capacités à se projeter dans la fonction.

La décision motivée lui serait communiquée par écrit. En cas d'avis négatif, Il lui serait proposé de rencontrer le directeur des soins pour analyser la situation et envisager la suite de son parcours : autre poste, prolongation du parcours professionnel, suspension définitive ou provisoire du projet.

#### *B) La contractualisation de l'expérience*

La proposition d'une expérience de faisant fonction devra faire l'objet d'une contractualisation entre l'établissement et le postulant. Il s'agira d'un protocole d'engagement qui sera rédigé et présenté oralement par le directeur des soins afin de permettre les échanges et la clarification de certains points. Il précisera les engagements et obligations réciproques :

##### *☞ L'engagement pour la formation cadre de santé*

Le postulant mis en situation de faisant fonction s'engagerait à suivre la préparation au concours d'entrée en IFCS. Toutefois la position de cette préparation dans le parcours du faisant fonction nous pose question. En effet, il semble que pour certains le fait de suivre ce cursus de formation dès la prise de poste soit aidant alors que pour d'autres il s'agit plus d'une difficulté à gérer. Il nous semble que cette question doit être discutée avec la faisant fonction et mise en perspective avec son parcours professionnel. Néanmoins, la préparation au concours devra être précisée dans le protocole d'engagement et être planifiée soit dès le début de l'expérience où après un délai de un an maximum. L'établissement s'engagerait à financer cette préparation, les frais d'inscription au concours dans deux IFCS (celui de référence et un au choix du candidat) et l'année de formation en cas de réussite. Il serait également proposé au faisant fonction, en cas d'échec et après évaluation des causes, un dispositif de renforcement personnalisé pour aider à la réussite.

##### *☞ La durée de l'expérience*

La durée de l'expérience dépend du parcours professionnel du candidat, du temps nécessaire pour s'approprier les spécificités du poste occupé et des capacités de maturation et transformation professionnelle propre à chacun. Toutefois, il nous semble qu'une durée de deux années maximum soit adaptée et permettrait une évaluation objective de la mise en œuvre du projet professionnel. Par ailleurs, cela donnerait au faisant fonction la possibilité de passer deux fois le concours en cas d'échec. Il nous semble important que ce délai soit précisé et respecté car dans une période de pénurie des cadres de santé il peut être aisé de repousser les échéances particulièrement en

situation d'échecs répétés au concours alors que l'agent donne entière satisfaction dans son travail. Cette situation délicate rendrait difficile le retour sur un poste dans les fonctions d'origine.

#### ☞ *Les modalités de prise de poste*

Lors de nos entretiens, nous avons constaté que les postulants étaient souvent informés tardivement du poste qui leur était attribué sans possibilité de choix, ni de préparation au changement et que la période de jonction avec le cadre partant était, quand elle existait, très courte et peu satisfaisante. Ainsi, nous proposons l'instauration d'une période de préparation à la prise de fonction d'au minimum un mois avant la prise de poste et pilotée par le cadre de supérieur de santé de pôle qui permettrait au postulant de prendre connaissance du service, de rencontrer l'ensemble de l'équipe avec qui il sera amené à travailler et de s'approprier sa fiche de poste. Une période de jonction d'au minimum quinze jours avec le cadre de santé partant permettrait la présentation du service, de son organisation, des personnels, des différents projets et ressources mobilisables pour le faisant fonction. Enfin en regard des difficultés de positionnement exprimées par les personnes que nous avons interrogées, il nous semble important de proposer un poste dans un service, voir un secteur d'activité différent de celui exercé auparavant ce qui permettrait d'avoir un regard critique et « naïf » sur les organisations de soins et les collaborateurs. L'éventualité d'un poste exercé conjointement avec un cadre de santé expérimenté ne nous semble pas adaptée car la transformation et l'appropriation de la fonction se feront par la confrontation avec la réalité et la mise en situation d'apprentissage et de responsabilité.

#### ☞ *L'engagement d'accompagnement*

Il serait précisé la conception que l'établissement a du recours aux faisant fonction cadres de santé pour pourvoir les postes vacants, pour évaluer la pertinence et la cohérence du projet professionnel du postulant et le préparer à suivre la formation de cadre de santé. L'accompagnement s'étendant sur la durée de la mise en situation de faisant fonction serait assuré par le directeur des soins, le cadre supérieur de santé et un cadre de santé assurant les missions de tuteur (que nous exposerons ultérieurement). Les objectifs, le contenu, le déroulement et l'évaluation seraient présentés par le directeur des soins à la personne sélectionnée et un guide d'accompagnement lui serait remis et explicité.

#### ☞ *Les modalités de repli*

Il serait précisé dans le protocole d'engagement les motifs possibles de repli ainsi que leurs modalités. En cas d'échec au concours, d'insatisfaction institutionnelle ou de souhait de la personne de ne pas poursuivre cette expérience, le directeur des soins rencontrerait le faisant fonction pour évaluer la situation et lui proposer le retour dans ses fonctions d'origine. Il serait prioritaire sur les postes mis à la vacance. Le retour sur un poste soignant quelque soit le motif devrait être accompagné car il est souvent en lien avec un

sentiment d'échec et demande un travail de reconstruction tant vis-à-vis de la fonction que du regard institutionnel.

#### ☞ *Les modalités d'accès au poste après retour de l'IFCS*

Les postes vacants non pourvus à la mutation seraient proposés aux agents à leur retour d'IFCS. Toutefois, il nous semble important, de façon à aider à la prise de fonction, de proposer un poste différent de celui occupé en tant que faisant fonction cadre de santé.

#### ☞ *Les modalités de reconnaissance institutionnelle*

Notre enquête nous a permis de constater que les personnes interrogées donnaient de l'importance à la reconnaissance institutionnelle. En effet, la position de cadre de santé est souvent difficile au sein des établissements hospitaliers car ces derniers sont à l'interface des logiques administratives, médicales, soignantes et de la personne soignée. Par ailleurs, des difficultés de positionnement et de légitimité ont été exprimées et risquent d'être majorées si l'institution ne favorise pas la reconnaissance en son sein. L'information serait une étape primordiale et pourrait se faire par voie d'affichage, journal interne et/ou intranet et présentation des faisant fonction en poste lors des réunions d'encadrement. Le faisant fonction serait également présenté par le cadre supérieur aux équipes médicales, paramédicales, administratives et d'entretien du pôle. Les blouses et la signalétique porteraient la mention « cadre de santé faisant fonction ». Enfin, comme nous l'avons vu dans un des deux établissements enquêtés il nous semble important d'attribuer une prime sous forme d'une bonification dans le cadre de la prime annuelle de service dont le montant serait discuté avec la DRH, permettant ainsi de marquer le passage d'une fonction à l'autre.

## **3.2 La politique d'accompagnement**

Le directeur des soins de part sa compétence est porteur de la politique d'accompagnement des faisant fonction cadres de santé exposée dans le projet de soins. Il doit concevoir un dispositif permettant l'émergence des compétences individuelles et collectives et favoriser la réalisation des projets professionnels. Il a pour mission d'en faire un dispositif porté au niveau institutionnel et impliquant l'ensemble de l'encadrement. Pour ce faire, il doit favoriser l'appropriation par une démarche participative à chacune des étapes, une définition claire des champs d'action et de responsabilité de chacun et la formation des acteurs. Le dispositif d'accompagnement fait la suite logique du dispositif de sélection et se construit en deux temps : l'aide à la réalisation du projet professionnel et l'évaluation du cheminement.

### **3.2.1 Le dispositif d'aide à la réalisation du projet professionnel**

Comme nous l'a révélé notre enquête, les faisant fonction rencontrent des difficultés à mobiliser les ressources humaines et organisationnelles. L'accompagnement

n'est pas structuré et répond plus à une logique de réponse à une difficulté ponctuelle qu'à l'analyse des situations vécues ou l'aide à la recherche d'information, de solutions ou d'un positionnement adapté. Nous proposons un dispositif qui comprendra une supervision, un tutorat, des groupes d'analyse réflexive et un guide d'accompagnement.

#### ☞ *La supervision*

Elle revient au cadre de santé supérieur qui de part sa position hiérarchique est à même de fixer les objectifs avec le faisant fonction, d'évaluer, conseiller, contrôler et adapter son aide dans le respect de la politique de l'établissement et du protocole d'engagement. Il est le relais primordial avec le directeur des soins et impulse la politique d'encadrement dont bénéficient les équipes soignantes. Par un soutien quotidien et des entretiens réguliers avec le faisant fonction, il accompagnerait les difficultés, valoriserait les réussites, interrogerait sur l'appropriation et la compréhension des missions. Toutefois, il serait important de veiller à un bon équilibre du nombre de faisant fonction par secteur pour faciliter cet accompagnement. Il devrait aussi veiller à la disponibilité de l'agent pour assumer conjointement le changement de rythme de travail, l'appropriation des nouvelles fonctions et la préparation au concours. Il aurait à mesurer la progression pour adapter ses demandes afin de favoriser l'apprentissage, permettre l'atteinte des objectifs, la réussite et la mobilisation des ressources de l'agent.

#### ☞ *Le tutorat*

Il revient selon nous à un cadre de santé de proximité diplômé et volontaire dont la candidature serait validée par le directeur des soins. Son rôle défini dans une charte du tutorat, consisterait dans l'apport d'une aide méthodologique. Sa connaissance de la fonction et de l'institution serait une aide pour favoriser le développement des connaissances, la mise en œuvre des projets et l'appropriation des procédures internes. Il favoriserait l'aide à la constitution d'un réseau. L'accompagnement se ferait dans un climat de confiance et dans le respect de la confidentialité.

#### ☞ *Les groupes d'analyse réflexive*

Le faisant fonction, comme nous l'avons évoqué dans notre première partie, est en « stage de responsabilité » et donc en situation d'apprentissage. Il doit donner du sens à ses nouvelles activités pour se les approprier et transformer son expérience en de nouvelles compétences. Les difficultés de certains faisant fonction reposent sur cette impossibilité d'analyser leur vécu, de prendre du recul du fait de leur position qui leur impose de devoir répondre aux demandes institutionnelles comme un cadre de santé expérimenté. Un groupe d'analyse réflexive composé de faisant fonction et de cadres de santé nouvellement diplômés, animé par une personne extérieure formée à la médiation tel qu'un cadre formateur en IFCS aiderait à la prise de recul par rapport aux pratiques professionnelles. La réflexivité, selon Guy LE BOTERF, permet d'explicitier la façon dont on s'y est pris pour modéliser et pour faire évoluer ses schèmes opératoires et ainsi

pouvoir les transposer dans de nouvelles situations. Elle prend donc place dans une boucle d'apprentissage expérientielle.

#### ☞ *Le guide d'accompagnement*

Ce guide permettrait au faisant fonction d'avoir une description des ressources institutionnelles à sa disposition, des compétences attendues d'un cadre de santé, des différents domaines (ex : législation, ressources humaines, conduite de projet etc.) à développer tant en terme de savoir, savoir faire et savoir être ainsi que des outils d'aide à l'appropriation. Il lui permettrait de retracer son parcours afin, par le passage à l'écriture, de construire le cheminement de son projet professionnel. Il servirait également d'outil d'aide à l'évaluation et au suivi des compétences.

### **3.2.2 L'évaluation du cheminement du projet professionnel**

L'évaluation du cheminement professionnel est un axe important de l'accompagnement qui commence dès le repérage des aptitudes pour la fonction managériale et se poursuit durant la mise en situation de faisant fonction. Elle s'appuie sur les différentes étapes qui ont jalonné le parcours du postulant et le guide d'accompagnement tenu par le faisant fonction. Elle serait réalisée par le cadre supérieur assurant la supervision à partir des objectifs fixés avec l'agent, des compétences décrites d'un cadre de santé et de la fiche de poste. Elle se ferait à un rythme régulier, défini à l'avance, en présence du tuteur et du faisant fonction. Des bilans d'étapes seraient faits par le cadre supérieur au directeur des soins qui recevrait la personne six mois après sa prise de poste puis à un an pour mesurer le chemin parcouru dans l'appropriation de la fonction et la poursuite du projet professionnel.

☞ La politique d'accompagnement et le dispositif de mise en œuvre que nous proposons s'appuient sur les résultats de notre enquête, notre conception de nos futures missions et enfin notre expérience. Toutefois nous tenons à préciser que toute politique doit s'inscrire dans un contexte donné et ne peut être transposable à tous les établissements. Le choix de favoriser la promotion interne ou d'avoir recourt à des recrutements externes comme nous le montre l'établissement A, nous donne les limites de notre exposé qui devra s'adapter aux problématiques locales. Cependant nous insistons sur le fait que tout dispositif doit passer par une phase de mise œuvre, d'évaluation, de réajustement et de remise en question régulièrement. Par ailleurs, les différents outils que nous proposons (suivi du parcours, charte du tutorat, guide d'accompagnement) devront être élaborés par l'encadrement dans une dynamique participative et de proximité. Enfin, afin de garantir le soutien institutionnel d'un tel projet une démarche de communication envers l'équipe de direction, la communauté médicale et les représentants des personnels doit être réalisée.

## Conclusion

Confrontés à la pénurie croissante des cadres de santé, les établissements ont de plus en plus souvent recours à des faisant fonction. Nous avons vu qu'une politique anticipée de GPEC était parfois difficile à mettre en œuvre et que de ce fait la sélection des futurs cadres n'était pas toujours organisée en amont. Par ailleurs la mise en situation de faisant fonction même si elle correspond à une période d'apprentissage reste dans les faits une phase où l'opérationnalité est demandée rapidement. Nos observations nous ont amené à nous questionner sur les difficultés que pouvaient rencontrer certains faisant fonction à leur prise de poste et à orienter notre recherche dans ce sens. Les résultats de notre enquête ont été pour nous riches d'enseignements. Ils nous ont permis de comprendre les difficultés mais aussi les ambivalences exprimées et de concevoir un dispositif d'aide à la construction du projet professionnel et à l'accompagnement dans la prise de poste.

Une politique d'accompagnement a pour objectif de lever les difficultés en permettant au faisant fonction de se distancier de la fonction soignante tout en s'appuyant sur les compétences acquises pour en développer d'autres. Il s'agit pour le directeur des soins de concevoir un dispositif permettant au faisant fonction, en s'appuyant sur les ressources internes qu'elles soient humaines comme organisationnelles, d'analyser sa pratique pour lui donner du sens et prendre le recul nécessaire pour comprendre les nouvelles situations rencontrées, les transposer et ainsi favoriser la transformation professionnelle. L'appropriation des nouvelles fonctions à laquelle le faisant fonction va être confronté nécessite, selon nous, le positionnement sur un poste vacant permettant l'apprentissage par la mise en responsabilité. Toutefois, cette expérience ne doit pas être un facteur de stress pouvant amener le postulant à renoncer à ce projet, c'est pourquoi nous proposons un repérage des aptitudes en amont, puis une sélection à partir du projet professionnel et enfin un accompagnement porté par l'encadrement et favorisant les phases d'apprentissage et ainsi la réussite.

Nos lectures, les résultats de notre enquête nous amènent à penser que cette expérience de faisant fonction peut être une richesse pour l'agent mais aussi pour l'institution car elle permet de confronter le professionnel à la réalité, de mesurer les capacités et motivations pour s'inscrire dans un projet de cadre de santé. Cependant cette opportunité ne prendra tout son sens que si elle est placée dans un contexte d'apprentissage donnant les moyens au faisant fonction de finaliser son projet. Elle favorise selon nous l'inscription dans une dynamique de formation cadre de santé centrée sur le développement de compétences par l'analyse des situations vécues et la compréhension de la fonction dans sa complexité.



---

# Bibliographie

---

## Textes réglementaires et législatifs

Loi N°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

Décret du 18 février 1938 instituant des diplômes simple et supérieur d'infirmier ou d'infirmière hospitaliers et d'assistant ou d'assistante du service social d'Etat.

Décret N°839 du 17 avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Décret N°58-1104 du 14 novembre 1958 créant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et d'infirmier moniteur et un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillante et d'infirmier surveillant.

Décret N°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au certificat Cadre Infirmier.

Décret N°95-926 du 18 août 1995 portant création du diplôme cadre de santé ;

Décret N°2002-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

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

Arrêté du 9 octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières.

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

Arrêté du 27 mai 1997 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

Arrêté du 16 août 1999 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

Arrêté du 14 août 2002 modifiant l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

Circulaire et annexe DH/8A/PK/CT N°00130 du 20 février 1990 portant aux missions et rôle des surveillants et surveillants chefs hospitaliers.

Circulaire DGS/PS3 N°99-508 du 25 août 1999 relative au diplôme de cadre de santé.

Répertoire des métiers, fiche métier : *cadre de santé d'unité de soins et d'activités paramédicales*, Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.

## **Ouvrages**

- ALTER N, 2006, *sociologie du monde du travail*, Presses universitaires de France, 351 pages
- BOLTANSKI L, 1982, *les cadres, la formation d'un groupe social*, Les éditions de minuit, Paris, 523 pages.
- BOUTINET JP, 1990, *anthropologie du projet*, Presses universitaires de France, 350 pages.
- COUDRAY MA, 2006, *le cadre soignant en éveil*, Editions Seli Arslam, Paris, 220 pages.
- DE GAUGELAC V, 1992, *la névrose de classe*, Hommes et Groupes Edition, Paris, 3<sup>ème</sup> édition, 306 pages.
- DONNADIEU B, GENTHON M, VIAL M, 1998, *les théories de l'apprentissage, quel usage pour les cadres de santé*, InterEditions, Masson, Paris, 122 pages.
- DUBAR C, 2000, *la socialisation, construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, Paris, 239 pages.
- LEBOTERF G, 2008, *construire les compétences individuelles et collectives*, Groupe Eyrolles, Editions d'organisation, Paris, 271 pages.
- MERIEU P, 1989, *apprendre oui mais comment ?*, ESF, Paris, 4<sup>ème</sup> édition, 200 pages
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS, 2007, *étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière*, Editions ENSP, tome 1 : 207 pages, tome 2 : 326 pages.
- PENGAM M, SLIWKA C, 2006, *changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*, Reuil-Malmaison, Editions Lamarre, 163 pages.
- SAINSAULIEU R, 1988, *l'identité au travail*, Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, Paris, 476 pages.
- SLIWKA C, DECHAMPS C, 2007, *les cadres de santé, des cadres de métier*, Reuil-Malmaison, Editions Lamarre, 224 pages.

## **Articles**

- ALIX I, BERNIER M, 2001, « projet professionnel et formation », Soins Cadres, n°39, pages 21 à 24.
- BARKATTOOLAH A, 1989, « l'apprentissage expérientiel : une approche transversale », Education Permanente, n°100/101, pages 47 à 55.
- BOUSSEMAERE S, 2002, « le faisant-fonction de cadre de santé », Objectif Soins, n°111, pages 13 à 17.
- CHOLET-CHAPPARD MO, 2000, « des compétences à la compétence entre transmission et transfert : quels modèles ? », Recherche en soins infirmiers, n°62, pages 4 à 24.

- DOMICE P, 1989, « expérience et apprentissage : faire de nécessité vécu », Education Permanente, n°100/101, pages 57 à 65.
- FINGER M, 1989, « apprentissage expérientiel ou formation par les expériences de la vie », Education Permanente, n°100/101, pages 39 à 45.
- JOSSO C, 1989, « ces expériences au cours desquelles se forment l'identité et la subjectivité », Education Permanente, n°100/101, pages 161 à 169.
- LANDRY A, 1989, « la formation expérientielle : origines, définitions et tendances », Education Permanente, n°100/101, pages 13 à 22.
- LANG V, 2004, « professionnalisation, cadres d'interprétation et enjeux », Soins Cadres, n°50, pages 21 à 24.
- LE BŒUF D, MATILLON Y, 2004, « de l'utilité de l'évaluation des compétences professionnelles en santé », Soins Cadres, n°50, pages 25 à 28.
- MALHOMME ML, 2004, « une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier », Gestions Hospitalières, n°435, pages 265 à 270.
- NEULAT P, 2006, « accompagner le processus de professionnalisation », Objectifs Soins, n°142, pages 18 à 21.
- PETITJEAN-MOIROUD C, 2004, « prise de poste en unité de soins, une expérience d'accompagnement des nouveaux cadres de santé », Gestions Hospitalières, n°435, pages, pages 271 à 274.
- PINEAU G, 1989, « la formation expérientielle en auto-, éco-, et co-formation », Education Permanente, n°100/101, pages 23 à 30.
- ROELENS N, 1989, « la quête, l'épreuve, l'œuvre », Education Permanente, n°100/101, pages 67 à 77.
- SIMONIAN S, 2004, « la compétence une notion de transfert théorique et pratique », Soins Cadres, n°50, pages 46 à 49.
- SOURIS C, 2003, « coaching et management », Soins Cadres, n°46, pages 36 à 39.
- TOURMEN C, « qu'est-ce que l'identité professionnelle ? », Université II et Eureval-c3e
- WEBER A, 1982, « à propos de la pédagogie du projet », Education Permanente, n°66, pages 21 à 26.

### **Mémoires**

- CHARON J, 2002, « *l'accompagnement du faisant fonction de cadre de santé, un bénéfice pour le postulant et l'institution* », mémoire pour la formation directeur des soins, 70 pages.
- CHINOT N, 2004, « *l'accompagnement du postulant à la fonction de cadre de santé, enjeux et stratégie du directeur des soins* », mémoire pour la formation directeur des soins, 63 pages.

NALLET C, 2005, « *socialisation, identité professionnelle, compétences des futurs cadres de santé, accompagnement par le directeur des soins* », mémoire pour la formation directeur des soins, 53 pages.

ZECHSER E, 2006, *du projet professionnel à la légitimité de la fonction, quelle politique d'accompagnement du faisant fonction de cadre de santé*, mémoire pour la formation directeur des soins, 66 pages.

### **Cours, conférences**

BARBES R, COUDRAY MA, *la gestion prévisionnelle des métiers et des compétences*, avril 2008, Rennes EHESP, formation directeur des soins.

SCHWEYER FX, *la profession infirmière réflexions et débats*, le 30 avril 2008, Rennes EHESP, formation des directeurs des soins.

### **Sites internet**

CARRE S, *gestion prévisionnelle des emplois et compétences, application de la GPEC en milieu hospitalier*, visité le 3 mai 2008, disponible sur le site internet : <http://www.cadredesante.com>

CATANAS M, *évolution socio historique de la fonction cadre de santé*, visité le 20 janvier 2008, disponible sur le site internet : <http://www.cadredesante.com>

DICTIONNAIRE DE L'ACADEMIE FRANÇAISE, 8<sup>ème</sup> édition, visité le 15 juillet 2008, disponible sur le site internet :

<http://dictionnaire.médiadico.com/traduction/dictionnaire.asp/définition/fonction/> 2007

HALIER C, *faisant fonction de cadre de santé : avantages et limites d'un rôle mal connu*, visité le 20 janvier 2008, disponible sur le site internet : <http://www.cadredesante.com>

RUFIN F, *une identification de la compétence professionnelle*, visité le 20 janvier 2008, disponible sur le site internet : <http://www.cadredesante.com>

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 :** L'encadrement infirmier en France
- Annexe 2 :** Guide d'entretien pour l'encadrement (DS et CSS)
- Annexe 3 :** Guide d'entretien avec les faisant fonction cadres de santé
- Annexe 4 :** Grilles d'aide à l'analyse
- Annexe 5 :** Tableau récapitulatif des établissements enquêtés
- Annexe 6 :** Tableau comparatif et récapitulatif du nombre de postes de cadres de santé
- Annexe 7 :** La population des faisant fonction cadres de santé enquêtée

## Annexe 1

### L'encadrement infirmier en France

	<b>Période traditionnelle (1940-1960)</b>	<b>Période de modernisation (1960-1985)</b>	<b>Période gestionnaire (1985-2000)</b>
<b>Encadrement de proximité</b>	Surveillante (1943)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrôle de l'activité et des personnels de l'unité</li> <li>▪ Participation aux soins</li> </ul>	Cadre infirmier (1978)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrôle de l'activité d'une unité</li> <li>▪ Animation des personnels</li> </ul>	Cadre de santé (1995)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Contrôle direct de l'activité d'une unité/du personnel soignant</li> <li>▪ Gestion quotidienne des consommables</li> </ul>
<b>Encadrement intermédiaire</b>	Surveillante de pavillon (dans les grands hôpitaux)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contrôle de l'activité de plusieurs unités</li> </ul>	Surveillante chef (grade créé en 1962)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ contrôle de l'activité de plusieurs unités</li> <li>▪ planification du personnel</li> </ul>	Cadre supérieur ↓ Cadre supérieur de santé (après 2001)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ régulation des flux de patients</li> <li>▪ planification du personnel</li> <li>▪ planification budgétaire</li> <li>▪ fonctions transversales (qualité)</li> </ul>
<b>Encadrement supérieur</b>	Surveillante générale (rare, dans les grands hôpitaux)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ gestion des personnels infirmiers</li> </ul>	Infirmière générale (grade créé en 1975)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ planification des besoins en personnels</li> </ul>	Infirmière générale adjointe
<b>Niveau directorial</b>			Directeur du service des soins infirmiers (1991) ↓ Directeur des soins (après 2001)  <b>Fonctions :</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ responsable de tous les personnels soignants (recrutement, formation)</li> <li>▪ planification à long terme de la politique de soins</li> </ul>

FERONI I, KOBER-SMITH A, *la professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne*, texte intégré au fascicule de sociologie hospitalière, « la profession infirmière réflexions et débat », cours réalisé le 30 avril 2008 et animé SCHWEYER FX.

## Annexe 2

### **GUIDE D'ENTRETIEN POUR L'ENCADREMENT** **Directeurs des soins et cadres supérieurs de santé**

#### **Informations relatives à l'établissement :**

Informations recherchées :

- le nombre de lits et places, l'activité, les organigrammes institutionnels
- l'organisation de la direction des soins et la politique d'encadrement
- le nombre de postes de cadres de santé et l'organisation
- le nombre de postes vacants et de postes occupés par des faisant fonction

#### **La politique de recrutement :**

Informations recherchées :

- l'existence ou non d'une démarche de GPEC
- les modalités et les critères
- l'organisation
- la politique en regard de la mise en situation de faisant fonction
- les facilités et difficultés de recrutement

#### **La politique de reconnaissance institutionnelle :**

Informations recherchées portent sur :

- les plans géographiques et matériels
- la rémunération
- la communication

#### **La politique d'accompagnement :**

Informations recherchées :

- l'existence d'une politique formalisée ou non
- les acteurs
- la place du faisant fonction dans l'institution, les missions qui lui sont confiées
- les modalités d'encadrement et les recours possibles pour le faisant fonction en cas de difficultés
- la politique de formation cadre de santé, ainsi que les modalités en cas d'échec

## Annexe 3

### GUIDE ENTRETIEN : FAISANT FONCTION CADRES DE SANTE

#### Informations générales :

Age :                    sexe :                    diplôme professionnel :                    date d'obtention :  
Durée d'exercice en qualité de faisant fonction cadre de santé :                    lieu exercice :

#### Questions :

##### Pouvez-vous m'exposer votre parcours professionnel ?

Informations recherchées :

- la diversité des lieux d'exercice et de fonctions
- la durée du parcours

##### Comment s'est construit votre projet de devenir cadre de santé ?

Informations recherchées :

- les éléments ayant influencé le projet
- la durée de maturation
- les personnes ayant contribué à la construction du projet
- les motivations

##### Comment s'est réalisée votre sélection en qualité de faisant fonction cadre de santé ?

Informations recherchées :

- la candidature
- les modalités de sélection (méthode, annonces, acteurs)
- les critères de sélection annoncés et perçus

##### Comment concevez-vous et vivez-vous la fonction cadre de santé ?

Informations recherchées :

- les écarts entre les représentations de la fonction avant et après la prise de poste
- la conception de la fonction managériale
- les liens faits entre la fonction soignante antérieure et la fonction managériale actuelle
- les difficultés et facilités rencontrées, évolution dans le temps

##### Comment s'est passée votre prise de poste ?

Informations recherchées :

- les facilités et difficultés rencontrées
- les besoins et attentes
- les ressources mobilisables et mobilisées
- en quoi les expériences antérieures ont été des atouts ou des freins

#### Pour les personnes cadre de santé :

Informations recherchées :

- date de la formation en IFCS et du diplôme
- intérêt de la formation en regard de l'expérience de faisant fonction antérieure
- les écarts entre le vécu en tant que faisant fonction et la prise de poste au retour d'IFCS



**Annexe 4**  
**GRILLES D'AIDE A L'ANALYSE : entretiens auprès des faisant fonction cadres de santé**

<b>La construction du projet professionnel</b>													
Thèmes	Sous-thèmes	A1	A2	B1	B2	B3	B4	B5	B6	B7	B8	B9	B10
Eléments d'influence	Age Parcours prof/perso Modèles Contre modèles autre												
Durée de maturation													
Personnes ayant contribué à la construction du projet	Direction des soins Encadrement Médecins Collègues autre												
Qualités repérées	Techniques Relationnelles Personnelles Intellectuelles autre												
motivations	Carrière Opportunité Missions du cadre autre												
<b>La sélection</b>													
La candidature	Proposition/hiérarchie Spontanée affichage												
Méthode de sélection	Entretien Projet écrit Autre												
L'annonce du poste de faisant fonction	Anticipée ou non Choix ou non												
Les acteurs	Directeur des soins Cadre supérieur DRH												

	autre																		
Les critères de sélection	Annoncés perçus																		
<b>Représentations et vécu de la fonction cadre de santé</b>																			
représentations	Construction Ecart Confirmation ou non																		
conception de la fonction	Missions définitions Place institutionnelle																		
Liens entre fonction soignante et fonction managériale	Compétences repérées transposables																		
vécu	Facilités/difficultés RH, organisation, projets, soins, autre																		
Formation cadre de santé	Préparation concours Vécu Attentes et besoins																		
<b>La prise de poste</b>																			
vécu	Positionnement Légitimité Relations Relais/réseau Organisation Place institutionnelle																		
accompagnement	Besoins/Attentes Acteurs communication																		
Ressources	Mobilisables Mobilisées Humaines Organisationnelles personnelles autre																		
Expériences antérieures	Atouts/Freins utilisation																		

## Annexe 5

Tableau récapitulatif des établissements enquêtés

	données	Etablissement (pré-enquête)	Etablissement A	Etablissement B
<b>Activité</b>	Catégorie	CH	CH	CHU
	Nbre de lits	2372	637	1601
<b>Personnels interviewés</b>	FFCS	4	2	10 (dont 2 CS)
	CSS		1	1
	DS		1	1
	psychologues	2		

## Annexe 6

Tableau comparatif et récapitulatif du nombre de poste de cadres de santé

	Etablissement A	Etablissement B
<b>Nombre de postes théoriques de cadres</b>	<b>18</b>	<b>92</b>
<b>Nombre de postes réels de cadres</b>	<b>16</b>	<b>65</b>
<b>Nombre de postes de faisant fonction de cadres</b>	<b>2</b>	<b>15</b>
<b>Nombres de postes vacants</b>	<b>0</b>	<b>12</b>
<b>Nombre de faisant fonctions interviewés</b>	<b>2</b>	<b>10</b>

**LA POPULATION DES FAISANT FONCTION CADRES DE SANTE ENQUETEE (Annexe 7)**

entretien	Diplôme prof	Autres diplômes	Cadre de santé	Age/sex	Année ancienneté dans prof	Ancienneté Faisant fonction cadre de santé	Poste en qualité de faisant fonction	Parcours prof	Durée maturation projet prof	Préparation concours	concours
A1	IDE			30/F	8 ans	14 mois	nuit	4 ans privé 4 ans nuit/A	6 ans	réalisée	1 échec
A2	IDE			30/F	9 ans	3 mois	SSR	9 ans privé, 3 services	4 ans	En cours	
B1	T LABO	Maitrise bio DESS adm entreprises		38/F	19 ans	2 mois	Labo anapath	2ans pool 13 ans labo biochimie	15 ans	En cours	
B2	IDE			39/F	16 ans	18 mois	médecine	3 exp (méd, neuro, réa) 5 ans nuit	8 ans	Réalisée avant FF	1 échec
B3	DIET	DU nutrition		42/F	22 ans	7 mois	diététique	22 ans même service	4 ans	En cours	
B4	IDE			34/F	12 ans	15 mois	HPDD	5 ans privé 7 ans/B , 2 services	10 ans	En cours	
B5	T LABO			38/F	16 ans	2 mois	Labo microbio	16 ans labo virologie	2 ans	En cours	
B6	IDE puéricultrice			52/F	26 ans	2 mois	DATU	12 ans pédiatrie 14 ans pédopsy	6 ans	En cours	
B7	IDE		18 mois	49/M	26 ans	11 mois	orthopédie	7 ans nuit 14 ans jour (3 services) 5 ans coord prélèvements	Non muri Proposé par DS	Pendant prise de poste FF	Aucun échec
B8	IDE	Maitrise S Educ Master managemet		31/F	6 ans	11 mois	Chirurgie viscérale	2ans IDE AP/HP 2ans chargée projet	3 ans	En cours	
B9	IDE		18 mois	38/F	14 ans	3 ans	nuit	3 services 3ans nuit	5 ans	Pendant FF	1 échec
B10	IDE	Licence musique		48/F	28 ans	18 mois	médecine	2ans AP/HP 3 services 8 ans nuit	10 ans	réalisée	1 échec