



**ENSP**  
ÉCOLE NATIONALE DE  
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

---

**Directeur des Soins**  
**Promotion 2006**

---

**« Du projet professionnel à la légitimité de la fonction :  
Quelle politique d'accompagnement  
du « faisant fonction » de cadre de santé ? »**

---

**Edith ZECHSER**

---

# Remerciements

---

Les objectifs et contenu de ce mémoire de fin d'études n'auraient pu être réalisés sans la participation de nombreux professionnels de santé qui ont apporté leur contribution.

Ma gratitude va à tous ceux :

- qui m'ont aidé à préciser les objectifs et les orientations de ce travail
- qui ont participé aux relectures de mes notes d'étape
- qui ont favorisé ma réflexion au fil des mois de formation
- qui ont accepté d'être interviewés pour la réalisation de ce travail

Je remercie particulièrement :

- les intervenants de l'Ecole Nationale de la Santé Publique pour leur aide méthodologique
- mes collègues de promotion pour leur attention tout au long de cette formation.

Et enfin ma famille, mes enfants pour leur soutien et leur compréhension tout au long de cette année 2006.

---

# Sommaire

---

<b>Introduction</b> .....	<b>3</b>
<b>PREMIERE Partie : Apports théoriques et conceptuels</b> .....	<b>7</b>
<b>1 Le cadre théorique</b> .....	<b>7</b>
<b>1.1 Evolution socio-historique de la profession cadre de santé</b> .....	<b>7</b>
1.1.1 La formation des cadres de santé .....	10
1.1.2 Les missions du cadre de santé .....	11
1.1.3 Une pénurie de cadres .....	12
<b>1.2 Cadre de santé : un manager dans un système complexe</b> .....	<b>12</b>
1.2.1 Particularités d'une organisation : l'hôpital. ....	13
1.2.2 Le cadre de santé, manager dans la complexité.....	14
<b>2 Le cadre conceptuel</b> .....	<b>14</b>
<b>2.1 Du « faisant-fonction » au cadre de santé</b> .....	<b>14</b>
2.1.1 La phase de construction identitaire .....	14
2.1.2 La situation d'apprentissage .....	16
2.1.3 De l'apprentissage à la compétence.....	16
<b>2.2 L'élaboration du projet professionnel : un outil de référence au service         du changement de fonction</b> .....	<b>17</b>
2.2.1 Le projet professionnel.....	18
2.2.2 Pourquoi un accompagnement ? .....	20
2.2.3 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.....	22
<b>3 Synthèse</b> .....	<b>23</b>
<b>DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE DE TERRAIN</b> .....	<b>24</b>
<b>4 Méthodologie</b> .....	<b>24</b>
<b>4.1 Choix de la méthode d'enquête</b> .....	<b>24</b>
<b>4.2 Environnement et population ciblée</b> .....	<b>24</b>
<b>4.3 Déroulement des entretiens</b> .....	<b>25</b>
<b>4.4 Les outils de l'enquête</b> .....	<b>26</b>
<b>4.5 Points forts et limites de l'enquête</b> .....	<b>28</b>
<b>5 Résultats d'analyse des entretiens</b> .....	<b>28</b>

<b>5.1</b>	<b>Entretiens menés auprès des directions, encadrement et médecin.....</b>	<b>28</b>
5.1.1	En ce qui concerne la question de la politique de recrutement des cadres au sein de l'établissement :.....	28
5.1.2	En ce qui concerne la question de la reconnaissance institutionnelle de la fonction d'encadrement :.....	31
5.1.3	En ce qui concerne la question de l'accompagnement :.....	32
<b>5.2</b>	<b>Entretiens menés auprès des « faisant-fonction » de cadres de santé.....</b>	<b>36</b>
5.2.1	Présentation de la population enquêtée.....	37
5.2.2	Commentaires du tableau : .....	37
A)	L'âge de la population enquêtée .....	37
B)	Le sexe de la population enquêtée.....	37
C)	Ancienneté dans l'expérience de « faisant fonction » cadre de santé .....	38
D)	Expérience du concours .....	38
5.2.3	Analyse des thèmes retenus dans la grille d'entretien .....	39
A)	Le fondement du projet professionnel .....	39
B)	La représentation de la fonction cadre .....	40
C)	La légitimité de la fonction .....	43
D)	Le tutorat .....	44

**Troisième partie : Une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant-fonction » : mise en place d'un dispositif..... 47**

**6 Réflexions et propositions d'actions..... 47**

<b>6.1</b>	<b>Une politique institutionnelle pour une meilleure prise de fonction.....</b>	<b>49</b>
6.1.1	Une procédure institutionnelle d'accessibilité à un poste de « faisant-fonction » de cadre de santé.....	50
A)	Les modalités et conditions d'accès à un poste de « faisant fonction » de cadre de santé : .....	51
B)	Les modalités d'engagement professionnel :.....	51
C)	Les modalités de durée en poste de « faisant-fonction » : .....	52
D)	Conditions de préparation et prise en charge des frais de formation et concours IFCS :.....	52
E)	Modalités de prise de poste,d'affectation : .....	52
F)	Modalités d'accompagnement et de tutorat : .....	52
G)	Modalités d'évaluation : .....	52
H)	Modalités de repli dans sa fonction d'origine .....	53
I)	Modalités d'accès à un poste de cadre de santé après réussite au concours et formation à l'IFCS : .....	53

6.1.2 Un dispositif institutionnel d'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé.....	53
<b>Conclusion .....</b>	<b>57</b>
<b>Bibliographie.....</b>	<b>59</b>
<b>Liste des annexes.....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>CAFIM</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice
<b>CAFIS</b>	Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante
<b>CCI</b>	Certificat Cadre Infirmier
<b>CEFIEC</b>	Comité d'entente des formations infirmières et cadres
<b>CME</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CS</b>	Cadre de Santé
<b>CSS</b>	Cadre Supérieur de Santé
<b>DHOS</b>	Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins
<b>DRH</b>	Directeur des Ressources Humaines
<b>DS</b>	Directeur des Soins
<b>ENSP</b>	Ecole Nationale de la Santé Publique
<b>FFCS</b>	Faisant-fonction de Cadre de Santé
<b>GPEC</b>	Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
<b>IBODE</b>	Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé d'Etat
<b>IDE</b>	Infirmier(e) Diplômé(e) d'Etat
<b>IFCS</b>	Institut de Formation des Cadres de Santé
<b>IRM</b>	Imagerie par Résonance Magnétique
<b>ISP</b>	Infirmier(e) de Secteur Psychiatrique
<b>M.Radio</b>	Manipulateur en Radiologie
<b>SMUR</b>	Service Médical d'Urgence et de Réanimation
<b>USIC</b>	Unité de Soins Intensifs de Cardiologie

## INTRODUCTION

L'ensemble des organisations de travail, qu'elles soient des entreprises industrielles, de service, ou des administrations fait face à une obligation de changement et d'adaptation. Il en est ainsi pour l'hôpital qui vit actuellement une profonde mutation : accréditation, certification, maîtrises des dépenses, tarification à l'activité, productivité, optimisation des moyens, et bientôt gestion en pôles. Ces facteurs font que l'institution doit mettre en œuvre des stratégies de réponses dont une des composantes s'appuie sur le choix des personnels d'encadrement, et notamment celui des futurs cadres de santé. Pour ce faire, il est nécessaire de faire évoluer les missions des emplois cadres hospitaliers et de développer conjointement les compétences requises. Mais qu'en est-il réellement ?

Dans un contexte démographique décroissant des professions paramédicales et notamment des cadres de santé, une étude nationale diffusée en l'an 2000 montre que 6% des postes de cadres de santé sont inoccupés et que les départs à la retraite de ces mêmes professionnels ne cessent d'augmenter pour atteindre leur paroxysme en 2013<sup>1</sup>. 60% d'entre eux seront donc partis d'ici là à la retraite<sup>2</sup>.

Comme dans de nombreux hôpitaux, l'établissement où j'ai exercé en qualité de cadre supérieur de santé (CSS) faisant fonction de directeur des soins, a recours dans ce contexte et depuis plus de 15 ans maintenant aux « faisant fonction » de cadres de santé (FFCS) afin d'occuper des postes diplômés non pourvus. Avant que je ne quitte cet établissement, ils étaient au nombre de huit, répartis sur différents secteurs.

Certaines directions hospitalières pour faire face à ces difficultés de manque de cadres, réfléchissent et mettent en place des démarches de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) en lien avec les évolutions règlementaires portant sur l'encadrement des services de soins.

---

<sup>1</sup> MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Direction des hôpitaux. Etude sur l'encadrement dans les établissements publics de santé (hors personnel de Direction), octobre 2000.

<sup>2</sup> DONIUS B. La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences. Document pédagogique, Formation des directeurs des soins, ENSP, 2006.

Cette anticipation permet non seulement de planifier les départs à la retraite mais d'assurer les remplacements par un encadrement préparé, encadré et efficace prêt à répondre aux besoins d'un hôpital dont la gestion s'effectue dans un contexte de contraintes et à un management d'équipes reconnu souvent difficile à l'heure des 35 heures.

Faute d'anticipation probable, les établissements ont donc recours aux « faisant fonction » de cadres de santé pour pallier la pénurie de cadres. Mais ceux-ci doivent relever de nombreux défis, acquérir de nouvelles compétences, apprendre un nouveau métier et très souvent répondre à une mission cadre sans avoir préalablement bénéficié de formation.

Ce vaste programme peut déstabiliser une personne qui n'a pu, grâce à la formation, prendre du recul apporté par la formation cadre. Aussi chaque année, des « faisant fonction » sont déçus par cette expérience et remettent en question leur projet « *faute d'encadrement* » disent-ils. D'autres diront « *qu'ils n'ont pas fait le deuil de leur fonction soignante* ».

Afin d'éviter ces situations, le directeur des soins (DS) doit repérer et identifier dans un premier temps les futurs postulants à la fonction cadre et élaborer un travail de fond avec le directeur des ressources humaines (DRH) pour anticiper le recrutement en fonction du nombre de postes à pourvoir.

Dans un second temps, la mise en place d'un accompagnement institutionnel adapté et individualisé afin d'aider ces « faisant fonction » à mener à bien leur projet professionnel doit permettre de préparer de futurs collaborateurs compétents. C'est l'une des missions du directeur des soins. En effet le décret n°2002- 550 du 19 Avril 2002, portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière, dans son article 4 dit que « *le directeur des soins coordonne l'organisation et la mise en œuvre des activités de soins, .....il participe à la gestion des personnels dont il propose l'affectation* »<sup>3</sup>.

Le problème posé est donc celui de l'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé au sein des institutions hospitalières, « faisant fonction » qui sont utilisés pour pallier à la pénurie de cadres qui va s'accroître avec la crise démographique qui se profile à l'horizon. Le secteur hospitalier est en pleine mutation et attend beaucoup de ses professionnels et notamment des cadres de santé.

---

<sup>3</sup> Décret 2002 - 550 du 19/04/02. article 4 portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

Le directeur des soins qui par délégation du chef d'établissement a l'autorité hiérarchique sur les cadres de santé a besoin de s'appuyer sur des cadres compétents et motivés. Il doit s'intéresser au développement de leurs compétences, participer à la construction de leur identité, les aider, les accompagner, les considérer comme des leviers importants dans les structures hospitalières actuelles. Mais devenir cadre, c'est passer d'une logique de soins à une logique de gestion ; c'est un changement de métier et cela ne s'invente pas. Un jeune cadre « faisant fonction » nous confiait durant les entretiens exploratoires la difficulté qu'il avait à ne plus faire de soins, une autre sa difficulté à gérer les conflits de son unité et de nous dire « *j'étais quand même plus tranquille quand j'étais infirmière..* ».

Plusieurs questions sous-tendent cette problématique :

De quels moyens disposent les futurs postulants à la fonction cadre pour se chercher une nouvelle identité ? Comment sont-ils choisis ? Qui les aide dans leurs nouvelles missions ? Comment sont-ils intégrés au sein de l'institution ?

Au regard des constats évoqués, du questionnement posé et du discours des professionnels interrogés nous allons tenter de comprendre ce **en quoi une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé permet au directeur des soins d'aider les professionnels positionnés en fonction de cadre au sein d'un établissement, à bâtir leur projet professionnel.**

Cette problématique sera le fil conducteur de ce travail pour lequel j'ai retenu trois hypothèses :

- ❖ une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé permet d'initier des compétences pour une meilleure prise de fonction cadre.
- ❖ Cette politique d'accompagnement permet des apprentissages, facteurs de réussite au concours d'entrée à l'Institut de Formation des Cadres de santé.
- ❖ Le directeur des soins a un rôle important à jouer dans la mise en place de l'accompagnement de ces professionnels dans la réussite ou dans l'échec de leur projet de devenir cadre de santé.

Dans une première partie des recherches théoriques et conceptuelles permettront de retracer l'évolution de la fonction cadre dans l'histoire de l'hôpital. Les notions de projet, apprentissage, compétences, accompagnement, recherche identitaire et gestion

prévisionnelle des emplois et compétences aideront à situer l'action du directeur des soins au sein d'une réflexion concernant l'élaboration d'une procédure d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé.

Après avoir précisé les modalités de l'enquête de terrain, une deuxième partie s'attardera au recueil et à l'analyse des informations recherchées auprès des professionnels pour tester les hypothèses émises au sein du travail.

La dernière partie s'appuiera sur l'analyse des résultats obtenus par l'enquête pour formuler une proposition d'actions concrètes où le directeur des soins s'implique directement, à savoir : - la participation à l'élaboration d'une politique institutionnelle de choix des « faisant fonction » de cadres de santé.

- la mise en place d'un dispositif d'accompagnement de ces « faisant fonction » de cadres de santé.

## **PREMIERE PARTIE : APPORTS THEORIQUES ET CONCEPTUELS**

Analyser le positionnement du « faisant fonction » de cadre de santé au sein de l'organisation hospitalière nécessite au préalable que soient définis les éléments structurels qui en composent l'environnement ;

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

- ❖ le cadre de santé dans les établissements de santé : l'évolution socio-historique de la fonction, la formation, les missions et sa place dans la complexité hospitalière.
- ❖ Le « faisant fonction » et la recherche identitaire dans l'organisation hospitalière du XX<sup>ème</sup> siècle.
- ❖ Le processus d'apprentissage et l'acquisition des compétences pour devenir cadre de santé.

### **1 Le cadre théorique**

#### **1.1 Evolution socio-historique de la profession cadre de santé**

L'histoire professionnelle du « cadre de santé » est une notion ancienne même si l'appellation telle que citée est récente. Dans la pratique, comme le souligne Y.Knibiehler<sup>4</sup>, les surveillantes ont toujours existé.

La fonction d'encadrement a prioritairement été assurée par des religieuses qui occupaient essentiellement des fonctions d'intendance dans les établissements de santé, alors appelés pour la plupart « Hôtel-Dieu ». Ce n'est qu'à partir du début du XX<sup>ème</sup> siècle à Paris puis en province que les infirmières peuvent prétendre à un poste de surveillante. Elles sont alors peu nombreuses ; des bourses leur sont allouées pour y parvenir « *à des personnes convenables qu'après un stage de quelques mois on nommait surveillantes sans qu'elles eussent été infirmières, en un mot sans qu'elles aient appris leur métier* ». <sup>5</sup>

---

<sup>4</sup> KNIBIEHLER Y, HUGON V. Cornettes et Blouses blanches. Paris Hachette, 1984, pp 297-298

<sup>5</sup> HAMILTON A. Les Gardes-malades. Soins, Août 1978, n° 15 / 16 p 96.

Le diplôme supérieur d'infirmier est créé en 1938<sup>6</sup>. Les personnels sont alors formés en un an et apprennent à exercer des fonctions de maîtrise dans les établissements hospitaliers. Les infirmières doivent totaliser plus de cinq années de diplôme, avoir exercé trois ans minimum en service et avoir atteint au moins l'âge de trente ans.

La seconde moitié du XX<sup>ème</sup> siècle est marquée par une évolution rapide des techniques médicales. Le personnel soignant vit ces avancées technologiques importantes, acquiert des savoirs et savoirs faire et s'organise en différents corps professionnels.

Le niveau de recrutement et de formation évoluant, il devient plus aisé de former des cadres parmi les infirmières laïques. En 1943, un décret officialise la fonction de surveillante<sup>7</sup>.

La première école des cadres créée par la Croix Rouge ouvre ses portes en 1951. l'école catholique des cadres infirmiers et monitrices destinée aux religieuses ouvre la sienne en 1954. L'Assistance Publique de Paris quant à elle crée son école de cadres en 1956.

Georgette Perrin<sup>8</sup> nous rappelle que « *30 ans d'histoire infirmière et de volonté de positionnement professionnel séparent la surveillante du service de soins hospitaliers, promue souvent parce que bonne infirmière, du cadre de santé, responsable pour son champ de compétences, de la qualité des prestations offertes* ».

C'est en 1958 qu'apparaissent le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Surveillante (C.A.F.I.S) et le Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmière Monitrice (C.A.F.I.M). Ces certificats sont déclinés après huit mois de formation dans une école agréée, aux Infirmières diplômées d'État ayant réussi l'examen de fin de formation<sup>9</sup>.

En 1975, le décret 75-928 institue le Certificat Cadre Infirmier (C.C.I). Un arrêté fixe les modalités d'accès à la formation, la durée des études et du programme<sup>10</sup>. La formation

---

<sup>6</sup> Décret du 18 Février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitaliers et d'assistant et assistante du service social de l'état. J.O. «Lois et décrets » 22 Février 1938.

<sup>7</sup> Décret 831 du 17 Avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 Décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

<sup>8</sup> Perrin G. Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui. Soins Cadres, 2<sup>ème</sup> trimestre 2000, N° 34, pp 11-14.

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

est alors accessible aux professionnels de santé dès lors qu'ils justifient de trois années d'exercice dont deux ans au moins dans un établissement d'hospitalisation public ou privé.

L'année suivante en 1976, un arrêté crée le Certificat Cadre Infirmier de secteur psychiatrique dont les objectifs globaux sont identiques au Certificat Cadre Infirmier<sup>11</sup>.

A cette époque là, il est à noter que le C.C.I n'est pas obligatoire pour être nommé cadre infirmier. Les infirmiers de classe supérieure inscrits au tableau d'avancement, après avis de la commission paritaire et sur appréciation professionnelle, peuvent prétendre à être nommés au grade de surveillant des services médicaux.

Par ailleurs, après huit années d'exercice professionnel, les infirmiers peuvent être également nommés après inscription au tableau d'avancement annuel établi après avis de la commission administrative paritaire, après une sélection par voie d'examen professionnel<sup>12</sup>.

En 1995, la formation des cadres infirmiers fait l'objet à nouveau d'une réforme<sup>13</sup>. Tous les professionnels infirmiers, médico-techniques et de rééducation justifiant d'au moins cinq années d'exercice de la profession peuvent accéder au Diplôme Cadre de Santé. Les épreuves de sélection, la durée de la formation sont renseignés dans l'arrêté du 18 Août 1995<sup>14</sup>. Le bénéficiaire se voit attribuer le diplôme de cadre de santé alors que l'intitulé du grade n'est pas modifié ; il reste « surveillant des services médicaux ».

Enfin le décret 2001-1375 vient modifier le statut des cadres<sup>15</sup>. Il crée un statut unique du corps des cadres de santé qui regroupe l'ensemble des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques. Il comprend le grade de cadre de santé et celui de cadre supérieur de santé, classés en catégorie A ;

Il naît de ce décret un passage obligatoire par un Institut de Formation des Cadres de Santé (I.F.C.S) ainsi que l'obtention du diplôme sanctionnant la formation pour prétendre accéder au grade de cadre de santé. Après obtention du diplôme, les candidats se voient dans l'obligation de s'inscrire au concours sur titres interne ou externe pour pouvoir être recrutés et nommés.

Dès la sortie du décret de 2001, l'accès au grade de cadre de santé par voie d'inscription sur tableau d'avancement est définitivement supprimé.

---

<sup>11</sup> Arrêté du 22 Juillet 1976 relatif au certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique.

<sup>12</sup> Décret n°89-583 du 3 Août 1989 et Loi n° 86-33 du 9 Janvier 1986.

<sup>13</sup> Décret n°95-926 du 18 Août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

<sup>14</sup> Arrêté du 18 Août 1995 relatif au diplôme cadre de santé.

<sup>15</sup> Décret n°2001-1375 du 31 Décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière.

### 1.1.1 La formation des cadres de santé

La formation dispensée par les IFCS a pour finalité de « *favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les catégories professionnelles indispensables à la cohérence des prestations* »<sup>16</sup>.

Pour prétendre entrer en IFCS, les candidats sont sélectionnés après une épreuve écrite d'admissibilité visant à évaluer les capacités d'analyse et de synthèse ainsi qu'un oral d'admission basé le plus souvent sur la construction d'un projet professionnel réfléchi.

La formation s'étend sur une période de 42 semaines et s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilité d'encadrement.

Elle s'organise autour de 6 modules d'enseignement :

- ❖ un module d'initiation à la fonction cadre
- ❖ un module de santé publique
- ❖ un module d'analyse des pratiques et d'initiation à la recherche
- ❖ un module fonction d'encadrement
- ❖ un module fonction de formation
- ❖ un module d'approfondissement des fonctions d'encadrement.

L'alternance entre les enseignements théoriques et les stages se fait tout au long de la formation permettant aux étudiants d'y trouver des moyens et des outils conceptuels et pratiques pour répondre à leur future fonction d'encadrement mais aussi aux usagers, familles, équipe, corps médical et à l'Institution.

Chaque IFCS décline le programme en fonction de son projet pédagogique.

La formation permet de valider le niveau de connaissances des cadres de santé, connaissances qui se transformeront en compétences au cours de l'exercice professionnel.

Elle propose l'acquisition de savoirs faire et le développement de méthodes de réflexion devant leur permettre d'analyser les situations complexes et inattendues qu'ils vont rencontrer sur le terrain.

Cependant la formation appréhende timidement les missions du cadre de santé.

---

<sup>16</sup> Arrêté du 18 Août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. J.O. du 20 Août 1995

## 1.1.2 Les missions du cadre de santé

Le cadre de santé peut exercer ses fonctions d'encadrement au sein d'un Institut de Formation dans sa filière d'origine ou des fonctions d'encadrement au sein d'une unité fonctionnelle d'un établissement de santé.

Compte tenu de notre problématique institutionnelle d'établissement de soins, nous nous attacherons uniquement à l'exercice des cadres de santé au sein de services de soins.

Le décret 2001-1375 du 31 Décembre 2001<sup>17</sup> évoque les missions du cadre de santé. L'article 4 prévoit que « *les agents du grade de cadre de santé exercent des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements* ».

La circulaire du 20 Février 1990<sup>18</sup> relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers devenus cadres de santé est quant à elle un peu plus explicite :

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

Seize années se sont écoulées depuis la parution de cette circulaire, qui n'a pas fait l'objet de complément. Elle reste assez floue et peu consistante au regard de l'évolution de la fonction cadre de santé dans un environnement hospitalier mouvant à l'heure de la T2A, gouvernance et de la certification.

Seul le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière de 2004 complète dans la fiche métier « cadre de santé » que ses missions relèvent des activités telles que la gestion de l'information, le contrôle de la qualité et de la sécurité des soins, le suivi et le bilan d'activité en soins de l'unité, la planification des activités de soins ainsi que l'encadrement des nouveaux personnels et des stagiaires.

Notons que ce répertoire n'a aucune valeur réglementaire. Si l'on convient que les missions d'un cadre de santé s'adaptent aux évolutions liées à la complexité hospitalière, on peut dire que le positionnement du cadre dépend de l'organisation des institutions.

---

<sup>17</sup> Décret n°2001-1375 du 31 Décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. JO du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

<sup>18</sup> Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00130 relative aux missions et fonctions principales des surveillants hospitaliers. Nomenclature des emplois types de l'hôpital. Direction des Hôpitaux ,20 Février 1990.

### 1.1.3 Une pénurie de cadres

Les organisations hospitalières font aujourd'hui face à un réel paradoxe : la nécessité d'une part de s'engager dans une dynamique de changement en s'appuyant sur un encadrement de proximité formé, motivé, volontaire et positionné dans l'institution et d'autre part de faire face à l'insuffisance de possibilités de recrutement de cette catégorie professionnelle.

Comme nous l'avons vu en introduction, les résultats démographiques annoncés pour les établissements publics de santé donnés par la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins est alarmante. Il y aura bien plus de départs cadres de santé que d'entrées d'ici 2013.

Nous pouvons qualifier cette situation de véritable crise ; un directeur des ressources humaines me confiait en entretien que *« la fonction cadre attirait beaucoup moins les professionnels qu'il y a encore dix ans, peut-être lié à une difficulté de reconnaissance par les équipes, le passage aux 35 heures n'a non plus rien fait pour arranger les choses, d'autre part les établissements devant les départs massifs à la retraite en l'an 2000 n'ont pu suffisamment répondre aux demandes de promotion professionnelle. Enfin le concours d'entrée en IFCS, réputé difficile fait peur car quand on quitte son poste de soignant, on sait qu'il est difficile d'y revenir psychologiquement si l'on rate le concours... »*.

Face à cette situation, les établissements doivent mettre en œuvre des stratégies de réponse dont une des composantes s'appuie sur le choix des personnels d'encadrement, et notamment celui des futurs cadres de santé. Il est donc devenu courant dans de nombreux hôpitaux de mettre en position d'encadrement des « faisant fonction » de cadres de santé pour occuper les postes vacants.

Or le fait de faire fonction n'est rendu obligatoire par aucun texte de loi et n'est non plus un critère de sélection formel pour entrer en IFCS. Cependant on remarque qu'une grande majorité des admis en formation cadre ont occupé cette position.

La question se pose de savoir si le fait de mettre ces futurs cadres en situation de « faisant fonction » constitue une réponse adaptée aux environnements complexes hospitaliers. Peut-on considérer que cela leur rende service ou non ? Parviennent-ils à y trouver leur place ?

## 1.2 Cadre de santé : un manager dans un système complexe

L'hôpital du XXI<sup>ème</sup> siècle, terrain de lutte de pouvoir et d'évolution technologique doit aujourd'hui plus que jamais répondre à des exigences multiples (médicales, économiques

et sociales) ; hôpital entreprise, il s'inscrit complètement dans la catégorie des organisations complexes.

### 1.2.1 Particularités d'une organisation : l'hôpital.

Selon Philippe Bernoux<sup>19</sup> la structure d'une organisation se définit par différentes caractéristiques :

- ❖ La division des tâches : chacun a connaissance des tâches qui lui sont dévolues.
- ❖ La distribution des rôles : le rôle de chacun consiste à exécuter ses tâches en autonomie.
- ❖ Le système d'autorité : les acteurs sont sous l'autorité des dirigeants.
- ❖ Le système de communication : les différents acteurs contribuent à la bonne marche de l'entreprise et reçoivent en échange leur salaire.
- ❖ Le système de relations : l'ensemble des acteurs de l'entreprise structure ses relations de manière interdépendante.

L'hôpital adhère tout à fait à ces différentes caractéristiques organisationnelles.

Selon Mintzberg<sup>20</sup> une organisation est un « *ensemble de personnes entreprenant une action collective à la poursuite de la réalisation d'une action commune* ».

Cette définition structure l'organisation hospitalière en cinq parties :

- ❖ Le centre opérationnel dont le travail est directement lié à la production (unités de soins)
- ❖ Le sommet hiérarchique (l'équipe de direction)
- ❖ La ligne hiérarchique qui permet la liaison entre l'opérationnel et la stratégie (les cadres)
- ❖ La technostructure qui analyse l'organisation (les directions fonctionnelles)
- ❖ Les fonctions logistiques (cuisine, blanchisserie, équipe de brancardage)

Dans ce type d'organisation en référence à Mintzberg, on reconnaît les bonnes organisations à l'engagement de ses équipes ; le cadre, leader, utilise la force de ses équipes et se positionne comme manager.

---

<sup>19</sup> BERNOUX P ; La Sociologie des Organisations, Edition du Seuil 1985, p118

<sup>20</sup> MINTZBERG H. Nous vivons dans le culte du management. Revue Sciences Humaines, Mars/Avril 1998, Hors Série N° 20, p 22.

## 1.2.2 Le cadre de santé, manager dans la complexité.

Selon Genelot<sup>21</sup>, la complexité est perçue dans ce qui échappe à notre compréhension et à notre maîtrise. Elle se caractérise par les incertitudes provoquant difficultés, stress, imprévisibilité, mais peut être facteur déclenchant de progrès, de questionnement et de prise d'initiatives.

A l'hôpital, la complexité de l'organisation est liée à la présence d'une multitude de groupes sociaux appartenant à des réseaux relationnels et communicationnels différents (administratifs, médecins, paramédicaux). Le cadre de santé doit apprendre à travailler avec des logiques différentes et doit s'adapter en permanence. C'est tout l'art de manager. Comme le précise D.Génélot « *la richesse des situations et la consistance de notre devenir découlent de notre capacité à réunir ces logiques différentes dans des projets cohérents* ». Les différentes logiques hospitalières complexifient le système. Le cadre de santé est au centre de ces différentes logiques institutionnelles : dynamique de changement, conditions de travail, implication des équipes, participation et compétence des acteurs, rigueur des normes, projets institutionnels en sont quelques exemples. Nous voyons ici combien l'univers hospitalier est complexe et combien le cadre a une position centrale dans cette organisation complexe. Les décisions qu'il prend et les actions qu'il mène dépendent de la manière dont il inscrit ses missions dans cette complexité.

C'est pourquoi il est par conséquent indispensable dans ce contexte mouvant et complexe d'aider les futurs cadres de santé à comprendre et à accepter ce changement identitaire du soignant au manager.

## 2 Le cadre conceptuel

### 2.1 Du « faisant-fonction » au cadre de santé

#### 2.1.1 La phase de construction identitaire

La phase de représentation d'une profession précède la phase d'identification à ...

D'après Abric<sup>22</sup> « *il n'existe pas a priori de réalité objective, mais toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu, reconstruite dans son système cognitif,*

---

<sup>21</sup> Genelot D. Manager dans la complexité. Paris INSEP Editions, 1998, p 7.

<sup>22</sup> ABRIC J.C. Pratiques sociales, représentations. Editions PUF, 1994, p 91.

*intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social qui l'entourne ; et c'est cette réalité restructurée qui constitue pour l'individu la réalité même. C'est une vision fonctionnelle du monde qui permet à l'individu de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de référence, donc de s'y adapter, de s'y définir une place .....les représentations répondent à quatre fonctions : fonction de savoir, fonction identitaire, fonction d'orientation et fonction justificatrice ».*

- ❖ La fonction de savoir des représentations correspond à ce que ces dernières permettent de comprendre la réalité. Elles permettent aux acteurs d'acquérir des connaissances et de s'intégrer dans un cadre compréhensible en cohérence avec ses valeurs.
- ❖ La fonction identitaire des représentations correspond à ce qu'elles permettent aux individus de se situer dans un champ social.
- ❖ La fonction d'orientation des représentations correspond à ce qu'elles guident les comportements et les pratiques, elles sont un guide pour l'action.
- ❖ La fonction justificatrice des représentations correspond à ce qu'elles justifient les prises de position et les comportements.

Avant de devenir cadre, le futur postulant est guidé par ces quatre fonctions de la représentation qu'il se fait du métier et de la fonction cadre de santé en observant ses pairs.

Dans le cadre de notre travail, le « faisant fonction » de cadre de santé qui n'a pas encore mis le pied à l'IFCS, et qui se retrouve dans une organisation hospitalière complexe doit lui aussi construire son identité. L'institution lui demande actuellement de répondre à ses besoins pour pallier au manque de cadres diplômés, elle lui permet d'être en situation d'apprentissage, le propulsant dans une identité cadre qu'il n'a pas eu le temps de construire. Ceci l'affecte très souvent d'un profond malaise dès l'abandon de sa fonction soignante.

Un « faisant fonction » cadre de santé nous confiait en phase exploratoire d'entretiens :

*« Hier j'étais encore infirmière au chevet du patient, aujourd'hui je n'ai pas eu le temps de tourner la page, on me demande d'être opérationnelle en tant que cadre. Je découvre tout juste la fonction, je n'ai pas eu le temps de changer de blouse, on m'appelle déjà cadre... ».*

Dans le champ socio-pédagogique, nous pouvons considérer que l'expérience du « faisant-fonction » en tant que situation d'apprentissage doit permettre de passer de l'état de recherche identitaire à un processus de construction de l'identité professionnelle de cadre de santé, par la mise en place d'une pédagogie de projet concertée.

### 2.1.2 La situation d'apprentissage

Selon Meirieu<sup>23</sup>, la situation d'apprentissage est une situation dans laquelle un sujet s'approprié de l'information à partir du projet qu'il conçoit. En l'occurrence notre « faisant fonction » de cadre de santé a le projet de devenir cadre. Il s'appuie pour ce faire sur des capacités et des compétences déjà maîtrisées qui lui permettent d'en acquérir de nouvelles. Faire fonction permet ainsi au futur cadre de mobiliser ses capacités, il les fait entrer en interaction avec ses compétences. Il tire également les expériences et les conseils des autres, se familiarise avec une nouvelle dimension professionnelle, sociale et relationnelle. Il s'auto-forme au côté des autres ; dans certaines situations il recherche le comportement adapté et tire expérience de ses difficultés. C'est l'apprentissage par l'erreur. Mais celui-ci peut être très formateur comme très destructeur. Lors de nos entretiens exploratoires un « faisant fonction » nous disait : *« J'avais un conflit d'équipe à gérer ; je ne savais pas comment m'y prendre ; je n'arrivais pas à me positionner en tant que cadre car je pensais qu'il y a six mois j'étais de l'autre côté et que je ne me serai pas laissé faire ; j'ai tourné autour du pot, et je me suis enlisé....c'était l'été, j'étais seul à l'étage, j'ai hésité à en parler à un autre cadre ; l'équipe est allée voir le chef de service ; j'étais discrédité...j'avoue que j'ai eu envie de tout plaquer, de ne plus me présenter au concours...et puis après une bonne nuit je suis revenu à de meilleurs sentiments. Je n'avais pas cela à régler quand j'étais infirmier, j'étais tranquille ».*

Aussi est-il nécessaire de comprendre nos expériences pour agir efficacement.

Apprendre implique donner du sens à toute expérience, comprendre le pourquoi de nos agissements. Mézirow<sup>24</sup> écrit : *« le processus d'apprentissage revient à utiliser une interprétation nouvelle ou révisée du sens de notre expérience, interprétation qui va orienter nos actes à venir ».* Pour tirer profit de ses expériences et apprentissages le « faisant fonction » doit se confectionner un cadre de références et en tirer des leçons. Ceci lui permet de transformer ses connaissances en compétences.

### 2.1.3 De l'apprentissage à la compétence

---

<sup>23</sup> MEIRIEU PH. Apprendre...oui, mais comment ? Paris, ESF Editeur, 1989, 4<sup>ème</sup> édition.

<sup>24</sup> MEZROW J. Penser son expérience. Lyon : Chronique sociale, 2001, p 30-32.

Nous retiendrons ici deux approches de la compétence permettant de comprendre notre problématique. Pierre Gillet<sup>25</sup> écrit : « *une compétence évoque un ensemble, un système, un réseau de connaissances, de savoirs. Ensuite elle est orientée vers l'action, traversée par une finalité opératoire, et enfin elle est opératoire en situation, c'est-à-dire ordonnée au traitement de situation de problèmes* ».

Guy le Boterf <sup>26</sup>quant à lui dit : « *une personne compétente est une personne qui sait agir avec pertinence dans un contexte particulier* ».

Sa définition repose sur trois caractéristiques :

- ❖ un savoir agir : différent du savoir faire (qui est un geste professionnel), le savoir agir est au cours de l'action.
- ❖ Un savoir agir validé : la compétence n'existe que si elle a fait ses preuves devant autrui.
- ❖ Une finalité : la compétence en action a toujours un but.

Cet auteur écrit également : « *la compétence ne se réduit pas à réaliser une activité professionnelle mais elle est transposable à un ensemble de situations. Elle est une combinaison de plusieurs savoirs faire, savoir agir dans un contexte particulier, guidée par une intentionnalité. La compétence est la résultante du savoir agir, du vouloir agir et du pouvoir agir* »<sup>27</sup>.

Pour le « faisant fonction » de cadre de santé, le savoir agir c'est le fruit de son entraînement à résoudre les situations difficiles ; le vouloir agir c'est le sens qu'il donne à ce qu'il fait, le pouvoir agir est lié à son organisation de travail et aux ressources qu'il trouve auprès des personnes qui l'aident à se transformer. Car notre « faisant fonction » n'est plus tout à fait un infirmier et il n'est pas encore vraiment cadre de santé ; il a besoin d'accompagnement pour mener à bien son projet professionnel.

## **2.2 L'élaboration du projet professionnel : un outil de référence au service du changement de fonction**

---

<sup>25</sup> GILLET P. Pour une écologie du concept compétence , Education permanente, n°135 Février 1998, p 28.

<sup>26</sup> LE BOTERF G. De la compétence : essai sur un attracteur étrange. Editions d'organisation, 1995, 176 p.

<sup>27</sup> LE BOTERF G, L'ingénierie des compétences. Edition d'organisation, 1998, 415 p.

## 2.2.1 Le projet professionnel

La notion de projet professionnel est relativement récente dans les établissements de santé. Elle apparaît en 1982 dans le système éducatif et en 1991 dans le milieu hospitalier.

Le terme « *projet* » désigne selon le dictionnaire Petit Robert <sup>28</sup> « *une image d'une situation ou d'un état que l'on pense atteindre* ».

P.Goguelin<sup>29</sup> écrit que le projet est « *la représentation mentale exprimée et consciente d'une situation globale future* ».

Notre travail s'intéressera au projet professionnel du futur cadre de santé, projet qu'il va élaborer et tenter de réaliser.

Selon Peyre<sup>30</sup>, le projet professionnel est « *un contrat d'objectifs multidimensionnels que le sujet se fixe à lui-même, au regard des autres et des choses. Il n'est donc pas neutre puisqu'il incite et engage* ».

Le postulant à la fonction cadre de santé envisage ainsi son avenir professionnel en facilitant le transfert de la réflexion à l'action ; son désir n'est pas de subir mais d'agir, de persévérer. Il se projette ainsi dans le temps. Pour avancer dans la vie professionnelle on a besoin de se projeter, d'avoir la volonté d'apprendre et de se donner les moyens ; la notion de projet est inhérente à la psychologie de l'individu.

Mais pour se projeter, Marc Bru et Louis Not<sup>31</sup> distinguent cinq fonctions principales à la pédagogie de projet :

- ❖ une fonction de motivation : l'apprenant s'engage dans des activités dont il perçoit le sens, et renouvelle son intérêt pour la formation.
  
- ❖ Une fonction didactique : le traitement des connaissances et des compétences à acquérir est restitué dans l'action du projet.
  
- ❖ Une fonction économique : l'œuvre ou l'action à réaliser nécessiteront des moyens et des aides financières. Il faudra intégrer ces contraintes.
  
- ❖ Une fonction sociale : tout projet passe par une médiation avec des partenaires.

---

<sup>28</sup> PETIT ROBERT. Noms communs Editions Juin 1981.

<sup>29</sup> GOGUELIN P/ KRAU E. Projet Professionnel, projet de vie. Paris ESF Editeur, 1992, 195 p.

<sup>30</sup> PEYRE P. Projet professionnel, formation et alternance. Paris, L'Harmattan, 1995, p 22.

<sup>31</sup> BRU M / NOT L. Où va la pédagogie du projet ?, Editions Universitaires du Sud, 1987 ;

❖ Une fonction politique : dans une perspective de participation active à la vie collective.

Pour les « faisant fonction » de cadres de santé, bâtir un projet professionnel pour devenir cadre voudra dire accepter ou non de s'engager dans la voie d'une transformation de leurs visions et pratiques de travail, de leurs rapports à l'entreprise et de leurs identités professionnelles. Progressivement ils réduiront l'écart entre ce qu'ils désirent être (cadre de santé) et ce qu'ils sont (faisant fonction).

Pour Renaud Sainsaulieu<sup>32</sup>, le projet professionnel doit permettre le changement identitaire en créant un plan d'action en tenant compte des compétences requises et des capacités du concepteur du projet. Le projet est mobilisateur. Il peut très vite s'enrichir comme s'appauvrir. Il nécessite des valeurs professionnelles, un véritable engagement dans la profession.

*« Le projet professionnel est l'engagement dans des valeurs professionnelles, dans une pratique soignante et dans les moyens d'assurer leurs transferts sur le terrain de l'application, c'est-à-dire le milieu du travail »<sup>33</sup>.*

Pour faire vivre son projet professionnel, le « faisant fonction » de cadre de santé devra l'inscrire dans la réalité de notre système de santé, le confronter aux organisations hospitalières complexes que nous avons évoquées précédemment, et solliciter une guidance comme dans toute réalisation de projet.

Nous avons vu que le « faisant-fonction » qui souhaite bâtir un projet professionnel se doit d'être motivé (la motivation étant le moteur de l'action). Cette motivation va l'aider à traiter connaissances et acquisition de compétences. Mais ce projet ne pourra aboutir que s'il souhaite réellement s'investir comme futur encadrant dans la vie hospitalière. La médiation ayant eu lieu avec l'employeur, le futur postulant cadre de santé pourra se voir offrir ainsi par anticipation un poste matérialisé par une nouvelle identité, celle de « faisant fonction » de cadre de santé.

La prise de poste constitue une étape importante du projet professionnel de l'intéressé en ce sens qu'elle est le moment où le professionnel de santé quitte sa situation de soignant pour entrer dans le monde du management. Même quand le projet professionnel est suffisamment fondé, il n'en reste pas moins que cette prise de poste représente la concrétisation de celui-ci.

C'est ainsi que l'employeur s'engageant à aider le futur cadre à se construire une nouvelle identité pourra lui offrir un accompagnement dans son projet professionnel, par

---

<sup>32</sup> SAINSAULIEU R. L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation, Paris Edition Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1998, 477 p.

<sup>33</sup> EYMARD-SIMONIAN C, Projet individuel, projet institutionnel et identité collective. Soins cadres- Août 2001, n° 39, p 22.

la formation en vue de l'entrée à l'IFCS après présentation au concours mais aussi un accompagnement de terrain dès sa nouvelle prise de fonction.

## 2.2.2 Pourquoi un accompagnement ?

Accompagner, « *c'est considérer l'autre comme une personne en devenir, autonome et responsable, auteur et acteur de son projet* »<sup>34</sup>. L'une des fonctions de l'accompagnement est d'aider à repérer, élucider, formuler la demande. L'auteur Alix I signale également que trois processus existent au sein de l'accompagnement : « *accueillir et écouter l'autre, l'aider à discerner et délibérer et cheminer avec sollicitude à ses côtés* ».

Accompagner se fait donc dans le temps ; il n'y a pas d'école de l'accompagnement, ce n'est ni une science, ni une technique, et il ne s'improvise pas. Il est important que l'accompagnateur dans le domaine du travail ait quelques années d'expérience ce qui lui permettra d'envisager pour l'apprenant, réajustement, progression dans la pratique et évaluation.

L'intéressé doit apprendre à prendre de la distance par rapport aux situations de travail rencontrées afin de pouvoir analyser ses propres expériences.

Etre accompagné c'est être aidé, soutenu. Avec accompagnement, on entend souvent tutorat ou compagnonnage. Le tutorat est défini « *comme une relation d'aide entre deux personnes, soit un accompagnement actif* »<sup>35</sup>.

Dans notre travail, le tuteur doit accompagner le « faisant-fonction » afin qu'il trouve ses repères, il doit l'aider à décrypter les situations concrètes et complexes de travail tant dans leurs dimensions techniques, relationnelles, économiques et institutionnelles. Il doit conduire le futur cadre à prendre des décisions, à poser un diagnostic de situation à faire évoluer. Il n'y a pas de relation hiérarchique dans le tutorat.

D'autre part, être tuteur signifie passer un véritable contrat avec l'apprenant car deux erreurs sont à éviter :

- ❖ La dilution : l'accompagnement est confié à tout le monde et à personne. L'apprenant ne sait à qui se confier, le tuteur n'est pas identifié.
- ❖ Le hasard : le tuteur ne doit pas être choisi au hasard car il serait peu impliqué dans l'accompagnement de l'apprenant. Le tuteur doit être une personne motivée, sachant

---

<sup>34</sup> ALIX I, BERNIER M. Projet professionnel et formation. Soins cadres, Août 2001 n° 39, p 21.

<sup>35</sup> LE COCQ P. Vous avez dit tutorat ?, Revue Inter Bloc n°1/ 1997 tome XVI, p 6.

être capable de faire passer son savoir ; cela demande un investissement important, spécifique et mobilise expertise et professionnalisme.

Le tuteur doit être partenaire de la formation de l'apprenant : « *un contrat peut être écrit entre les deux personnes, des bilans d'acquisitions étant conseillés pour le « faisant fonction »* »<sup>36</sup>.

L'accompagnement demande par ailleurs au tuteur d'être prêt à affronter les remises en question que génère le tutorat, les questions naïves pouvant remettre en cause les méthodes de travail. « *Ce n'est pas un métier seul que l'on transmet, c'est toujours beaucoup plus : un état, une condition, un statut où tout l'être est impliqué* »<sup>37</sup>.

Le type d'accompagnement proposé au « faisant fonction » peut être déterminant dans la persistance de la validation de son projet professionnel. Un « faisant-fonction » ayant échoué au concours d'entrée à l'IFCS l'an dernier nous disait lors des entretiens exploratoires : « *Je n'ai pas été aidé, j'étais seul pour un service de trente lits, il y avait des tas de problèmes depuis plusieurs années dans ce service, je sais que j'avais du mal à faire face, que je n'étais pas à la hauteur ; j'étais tellement pris par la résolution de tous ces problèmes, je voulais donner le meilleur de moi-même, et j'ai délaissé complètement ma préparation au concours d'entrée à l'IFCS...* ».

L'accompagnement se doit donc d'être une démarche de professionnalisation, c'est à dire qu'il doit réunir les moyens nécessaires pour les personnes « agissant en professionnel » dans les diverses situations de travail qu'ils devront gérer.

Cet objectif conduit à traiter le parcours de professionnalisation comme un parcours de navigation entre des situations d'apprentissage et des situations de travail organisées pour devenir professionnalisantes : pour le « faisant-fonction », il s'agira ici d'apprentissage managérial.

Dans cette perspective, afin de leur permettre d'acquérir de nouvelles compétences, le rôle essentiel revient au tutorat, mais aussi aux retours d'expérience, à l'appui et au rôle formateur de tout l'encadrement de proximité. Il convient aussi pour les « faisant fonction » d'acquérir non seulement des ressources nouvelles (connaissances, savoir faire, comportements) mais aussi d'apprendre à les combiner et à les mobiliser de façon pertinente pour agir efficacement.

L'accompagnement a besoin d'outils ; la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences en est un.

---

<sup>36</sup> Contrat tutorat « Faisant fonction » cadre de santé CHU d'Amiens, réactualisé 2005.

<sup>37</sup> KNIBIELHER Y. Revue actualité de la formation permanente, n° 119.

### 2.2.3 La Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences

*« La GPEC est un outil d'aide qui a pour fonction de déterminer les mouvements d'effectifs, d'emplois, et de compétences à organiser dans les trois à cinq ans à venir pour répondre aux besoins d'un établissement »<sup>38</sup>.*

Selon R.Barthès, la GPEC se situe dans la sphère politique des ressources humaines ; *« c'est la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'action de ressources humaines »<sup>39</sup>*

Née des années 1990 dans les entreprises en France, elle a du mal à s'implanter à l'hôpital. Aujourd'hui elle est devenue une nécessité impérieuse. La définition la plus fréquemment admise par les responsables hospitaliers, retenue par le Guide de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, piloté par la Direction des Hôpitaux en 1997 est écrite de la manière suivante : *« La GPEC consiste en la conception, la mise en œuvre et le suivi de politiques et plans d'actions cohérents visant à réduire de façon anticipée les écarts entre les besoins et les ressources humaines de l'établissement, tant en terme d'effectifs que de compétences ... et impliquant le salarié dans le cadre d'un projet d'évolution personnelle »<sup>40</sup>.*

La GPEC s'intéresse donc non seulement à la masse salariale mais également aux projets professionnel et personnel des agents. Elle sert aux établissements à faire des projections sur l'avenir pour disposer à temps des métiers et des compétences indispensables pour le futur. Elle s'inscrit donc dans le temps et s'oppose ainsi à une politique basée sur les seules données de l'économie et de la rentabilité à court terme. A la gestion des compétences, s'ajoute la problématique de l'apprentissage qu'il est impossible de situer dans le court terme. L'apprentissage d'un métier, l'acquisition et la maîtrise de la compétence nécessitent du temps, des mois, des années parfois. Il est donc important de recenser tôt les souhaits personnels des professionnels de santé qui souhaitent accéder à un poste d'encadrement. Actuellement peu de prévisions sont effectuées dans les hôpitaux, ce pourquoi les « faisant-fonction » sont aussi nombreux et souvent déracinés du jour au lendemain du monde soignant pour passer dans le monde de l'encadrement.

---

<sup>38</sup> DONIUS B. La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences. Document pédagogique, Formation des directeurs des soins, ENSP, 2006.

<sup>39</sup> BARTHES.R : La GPEC . Document ENSP, 2006.

<sup>40</sup> DIRECTION DES HOPITAUX. Guide de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences, Ministère de la Santé, Mai 1997.

Il est à noter également que les départs massifs de cadres à la retraite entraînent une perte lourde du capital de compétences acquises et forgées au fil des années pour les établissements. La plupart des cadres qui quittent leur service ne connaissent pas leur futur successeur. Il n'y a aucun transfert de compétences, ni d'expériences, ceci entraînant un vivier long à reconstituer. Il y a donc urgence à anticiper efficacement ce problème.

Nous réalisons au fil de nos recherches que la GPEC au sein de l'hôpital peut être assimilée aujourd'hui à la « Gestion des Risques » et qu'elle nécessite un système de vigilance accrue dans ce domaine.

A l'heure où les établissements hospitaliers se préparent à la Certification, la mise en place de la GPEC ne peut que contribuer à la gestion de la qualité du management. La GPEC doit être un outil managérial institutionnel tant pour le directeur des ressources humaines que le directeur des soins.

### **3 Synthèse**

Les recherches théoriques et conceptuelles permettent à ce stade de notre travail de faire un point sur l'avancée de la réflexion effectuée :

Devant la pénurie actuelle de cadres de santé que vivent les hôpitaux, il est devenu pratique courante de mettre en fonction des professionnels de santé ayant comme projet professionnel de devenir cadre de santé.

La seule voie menant au grade de cadre de santé est le passage obligé par l'IFCS. La formation qui y est délivrée garantit au futur cadre un niveau de compétences et d'aptitudes pour assurer les missions qui lui sont confiées lors de sa prise de fonction, l'univers hospitalier témoignant ces quinze dernières années de changements environnementaux et politiques importants et ayant comme exigence le recrutement de cadres compétents.

« Faire fonction » de cadre de santé ne peut donc être qu'une alternative à la fonction car non réglementaire. Cette situation peut cependant être une étape « test » pour le futur cadre qui laisse entrevoir un projet professionnel avancé et réfléchi de ce type. L'apprentissage par l'expérience est considéré comme un apport supplémentaire à l'enrichissement du projet professionnel de l'individu.

Le projet professionnel de futur cadre doit être soutenu par l'institution (dirigeants et encadrants) qui le formalise et le valide quand celui-ci est suffisamment motivé et éclairé, l'une des composantes de la GPEC étant d'en favoriser l'accompagnement .

Nous allons maintenant confronter cette réflexion théorique à nos hypothèses mais aussi sur un plan pratique à l'aide de l'enquête de terrain menée au cours des stages effectués pendant notre formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique.

## **DEUXIEME PARTIE : L'ENQUETE DE TERRAIN**

### **4 Méthodologie**

#### **4.1 Choix de la méthode d'enquête**

Notre partie théorique et nos concepts présentés, l'enquête de terrain a maintenant pour objectif de vérifier nos hypothèses. Dans la mesure où notre démarche consiste à recueillir des données qualitatives et des informations sur la manière dont les individus vivent leur situation professionnelle nous avons fait le choix de recourir à des entretiens semi-directifs, méthode vivante laissant un degré de liberté aux interviewés. Cette méthode nous paraît ici la plus appropriée même si le questionnaire aurait pu traiter certaines informations.

#### **4.2 Environnement et population ciblée**

Il nous a semblé important de nous entretenir avec des infirmier(e)s en situation de « faisant fonction » de cadre de santé, tous exerçant cette fonction depuis six mois à trois ans.

Cet échantillon a été limité à douze personnes réparties sur trois établissements de taille différente (deux centres hospitaliers et un centre hospitalier universitaire).

Nous avons rencontré par ailleurs au sein des établissements des cadres supérieurs de santé, des directeurs des soins, des directeurs des ressources humaines et un président de Commission Médicale d'Etablissement (CME).

Au total nous avons donc mené vingt entretiens.

	<b>Données</b>	<b>Etablissement A</b>	<b>Etablissement B</b>	<b>Etablissement C</b>
<b>Activité</b>	Catégorie			
	Etablissement	C.H	C.H	CHU
	NB de Lits	762	868	1800
<b>Personnels interviewés</b>	FFCS	5	4	3
	CSS	1	1	1
	DS	1		1
	DRH	1	1	
	Président CME		1	

### **4.3 Déroulement des entretiens**

Dans chaque établissement, la demande d'intervention pour effectuer les entretiens s'est faite auprès des directeurs de soins sous couvert des directeurs d'établissement.

Au fur et à mesure des entretiens, personnes interviewées et directeurs ont été vivement remerciés pour leur accord et participation.

Notons qu'aucun refus ne s'est présenté et que tous ont porté un grand intérêt au thème choisi pour ce travail, tant il est d'actualité.

Les entretiens ont été menés de façon individuelle pendant une durée de quarante cinq minutes à une heure environ. Ils ont été réalisés au moyen de deux techniques simultanées, l'enregistrement et la prise de notes synthétiques. Cette méthode a permis de recueillir le maximum d'informations. La reformulation et la relance ont parfois été nécessaires aux recueils des données.

A noter également que nous nous sommes présentée aux différentes personnes avant chaque entretien et avons expliqué le contexte de celui-ci en garantissant le respect de l'anonymat du nom de l'établissement et des personnes interviewées, de même que la

confidentialité vis-à-vis de la hiérarchie. Ils se sont tous déroulés dans un bureau clos, à l'abri des nuisances extérieures (bruit et téléphone).

#### **4.4 Les outils de l'enquête**

Les guides d'entretien ont été réalisés après avoir mené au cours de la première semaine de notre premier stage de formation trois entretiens exploratoires :

- ❖ un auprès d'un cadre supérieur de santé
- ❖ deux auprès de « faisant-fonction » de cadres de santé

Les contenus de ces entretiens n'ont pas été retenus pour l'enquête mais ont servi à affiner les nouveaux guides.

Deux autres guides d'entretiens ont donc été construits pour l'enquête :

- ❖ un destiné au personnel d'encadrement et de direction (annexe II).
- ❖ un destiné aux « faisant-fonction » de cadres de santé (annexe III).

Le président de la CME a bénéficié quant à lui d'un entretien libre sur le sujet.

Les objectifs du guide d'entretien des « faisant-fonction » de cadres de santé ont permis de clarifier quatre grands thèmes de réflexion :

##### 1) Les fondements du projet professionnel

Il s'agissait ici de repérer auprès de « faisant-fonction » les facteurs de motivation à devenir cadre, de connaître la manière qui avait été utilisée pour leur recrutement, s'ils avaient fait l'objet d'une sélection, s'ils connaissaient la politique institutionnelle utilisée pour rechercher leurs aptitudes et aussi s'ils avaient été aidés pour bâtir leur projet professionnel.

##### 2) La représentation de la fonction cadre de santé

Il nous semblait important de recueillir ici ce que le « faisant-fonction » se faisait de la fonction cadre de santé avant sa prise de fonction et la comparer avec celle qu'il se fait maintenant en position d'encadrant.

Il nous paraissait également intéressant de savoir si le « faisant fonction » cherchait à se construire une identité professionnelle autre que celle qu'il possédait avant de faire fonction de cadre.

##### 3) La légitimité de la fonction cadre de santé

Nous cherchions ici à savoir si le « faisant-fonction » avait le sentiment d'avoir une autorité sur l'équipe, s'il était reconnu comme manager d'équipe ou pas par ses pairs et par les différents interlocuteurs et s'il pouvait agir sur les organisations.

#### 4) L'accompagnement

Nous voulions ici apprécier le niveau d'accompagnement des « faisant-fonction » par leurs pairs et par l'institution en général mais aussi sur leur vécu, et éventuellement leurs attentes en la matière.

Certaines informations ont également été recherchées quant à l'existence ou non d'une procédure d'accompagnement, d'outils d'évaluation de ces « faisant-fonction » en vue de nous aider à proposer un plan d'action dans l'exercice de notre futur métier de directeur des soins.

Les objectifs du guide d'entretien destiné aux personnels d'encadrement, de direction et au médecin ont permis essentiellement de repérer :

##### 1) La politique de recrutement des cadres au sein de l'établissement

Nous avons cherché ici à connaître l'existence ou non d'une politique de recrutement des « faisant-fonction » au sein des établissements interrogés et quels sont les profils et aptitudes attendus chez les futurs cadres.

Nous avons prévu de rencontrer des directeurs des soins et des directeurs des ressources humaines afin de repérer s'il existe une politique institutionnelle de recrutement et de validation de projet professionnel.

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

Nous avons voulu ici rechercher ce que les établissements proposent comme attractivité à la fonction cadre, quelle place et légitimité ils reconnaissent aux cadres, quelle reconnaissance ils leur attribuent et comment ils anticipent la gestion des compétences.

##### 3) La conception de l'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé au sein de l'établissement

Nous avons souhaité connaître ici s'il existait une politique d'accompagnement des « faisant-fonction », un tutorat, comment il était mis en place, quelle évaluation de ces « faisant-fonction » et comment.

## **4.5 Points forts et limites de l'enquête**

Initialement, nous avons prévu de mener une étude comparative auprès de « faisant fonction » de cadres de santé et encadrants dans un établissement ayant élaboré une politique formalisée d'accompagnement des « faisant-fonction » et dans l'autre aucune politique d'accompagnement.

En fait l'enquête s'est déroulée au sein de deux établissements n'ayant rien mis en place et d'autre part dans un établissement ayant essayé de formaliser quelques documents de politique « tutorale ». L'enquête nous a plutôt amené à identifier deux types de pratiques.

**Points forts :** Nos terrains de stage ont été facilitateurs pour mener à bien nos enquêtes d'où une richesse des personnes interviewées. Il est à noter qu'un accueil chaleureux nous a été réservé de la part de toutes les personnes qui se sont prêtées aux entretiens.

**Points négatifs :** la taille de l'échantillonnage (deux CH et un CHU) peut paraître restreint mais du fait du temps imparti pour la réalisation de ce travail, il nous est apparu cependant suffisant pour analyser les résultats, les comparer aux données bibliographiques et apporter nos propositions d'actions.

## **5 Résultats d'analyse des entretiens**

Suite à notre réflexion, voici notre proposition d'analyse et d'exploitation des résultats : Nous reprendrons chaque grand thème des guides d'entretiens et ferons l'analyse des sous-questions en les illustrant par les commentaires retenus lors de ceux-ci.

Nous commencerons par la présentation des résultats des entretiens menés auprès des directions, encadrement et médecin. Dans un second temps, nous exploiterons ceux concernant les « faisant fonction ».

### **5.1 Entretiens menés auprès des directions, encadrement et médecin.**

#### **5.1.1 En ce qui concerne la question de la politique de recrutement des cadres au sein de l'établissement :**

Etablissement A :

Il n'y a pour le moment aucune politique de recrutement éclairée. Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins ne travaillent pas ensemble. Le directeur des ressources humaines le dénonce : « *les critères de choix du directeur des soins sont essentiellement affectifs, je ne suis pas d'accord...j'ai envie que ça change* » (DRH). Il souhaite revoir ce problème dès l'année prochaine. Actuellement quand un poste de cadre est vacant, celui-ci n'est pas annoncé par voie d'affichage. Le directeur des soins qui par l'intermédiaire des cadres supérieurs de santé a repéré un ou une infirmier(e) ayant un projet de devenir cadre (suite à l'entretien annuel d'évaluation) le reçoit en rendez-vous et lui propose un poste de « faisant-fonction ». Ce dernier n'a pas d'échéance pour préparer le concours d'entrée à l'IFCS.

#### Etablissement B :

Une politique de recrutement existe. L'annonce d'une sélection d'infirmier(e)s potentiellement intéressés par un projet de devenir cadre se fait courant mai de chaque année par voie d'affichage. Les candidatures sont à faire parvenir au directeur des ressources humaines.

Parallèlement les cadres de santé de l'établissement sont destinataires d'une note interne et personnelle indiquant les postes vacants (ouverture à la mutation interne) et peuvent s'ils le souhaitent postuler. Il n'y a pas de politique de turn-over régulier des cadres dans l'établissement : « *...la vie des cadres est difficile dans les établissements actuellement, on leur en demande beaucoup, et toujours avec moins de moyens, on ne peut leur imposer de changer de service tous les autant de temps, sinon on tourne à la catastrophe, ...c'est vrai que ce serait mieux de faire un roulement, mais ils ont leur projet de service, et ils connaissent leurs équipes, pour l'instant ils ne sont pas prêts...* » (DRH).

Les candidats potentiellement intéressés par un poste de « faisant-fonction » doivent préparer une lettre de motivation accompagnée d'un projet professionnel.

Une grille d'entretien avec des critères de sélection existe et a été élaborée il y a quelques années (projet, expérience, implication institutionnelle). Une sélection a lieu devant un jury de 3 personnes (DRH, DS, Président de CME) au cours du mois de Juin.

Les candidats sélectionnés sont reçus ensuite par le directeur des soins qui en fonction des postes de cadres vacants, leur propose un poste de « faisant-fonction » (en essayant de respecter si possible leur projet professionnel). Les « faisant-fonction » peuvent ainsi se voir attribuer tous types de service en responsabilité (bloc, SMUR, réanimation, service d'accueil des urgences, secteurs médicaux, chirurgicaux, psychiatriques, mère-enfant). « *Nous sommes contraints de mettre des « faisant-fonction » dans n'importe quel service pour que les services fonctionnent, nous manquons de cadres, certains services n'ont même après sélection, ni cadre, ni « faisant-fonction »...* » (DRH). Ces postes sont pourvus

en Novembre à la sortie des nouveaux diplômés d'état car les « faisant-fonction » étant avant tout des IDE, libérant réciproquement leur poste, ils doivent être remplacés dans les équipes.

Le contrat avec les « faisant-fonction » est clairement défini : « *pas de prise de fonction dans son service, on change de service, il faut leur donner la possibilité de prendre du recul par rapport à leur ancienne fonction..* » (CSS). La préparation au concours d'entrée à l'IFCS représente un engagement moral avec l'établissement et souhaitée dès la première année de prise de fonction « *même si cela fait beaucoup de chevaux à mener en même temps* » (DRH). Si le candidat échoue une première fois au concours, l'établissement lui donne le droit de s'y représenter une seconde fois, « *s'il a donné satisfaction en qualité de « faisant-fonction »* » (CSS) ».

Dans le cas où le « faisant-fonction » ne souhaite pas se représenter au concours où si l'établissement ne souhaite pas qu'il réitère cette expérience, il est remplacé en qualité d'infirmier(e) dans une unité autre que celle où il exerçait avant, et où il faisait fonction de cadre. « *Il faut les aider à se réinsérer, c'est souvent très dur psychologiquement, il faut accompagner leur échec...* » (DRH). Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins travaillent ensemble. Il n'y a pas pour le moment de GPEC formalisée mais elle est sous-jacente (étude du vieillissement de la population cadre en cours).

#### Etablissement C :

Le même type de recrutement / sélection existe que pour l'établissement B. Les critères de sélection sont très détaillés : maturité du projet professionnel, expérience professionnelle, implication institutionnelle, ouverture d'esprit, esprit de collaboration, dynamisme, et également loyauté et rigueur. Le choix des postes vacants est plus vaste qu'au sein de l'établissement B et les « faisant fonction » ne sont jamais mis en situation au Bloc, au SMUR, où les postes sont pourvus par des cadres diplômés depuis quelques temps ou nouvellement sortis de l'IFCS.

L'établissement situé dans une grande agglomération a apparemment moins de difficulté de recrutement cadre que les deux autres établissements situés dans des villes moyennes de régions plutôt rurales. Les mêmes règles de passage du concours IFCS sont avancées que pour l'établissement B; on ne peut exercer en qualité de « faisant fonction » plus de deux ans. Une politique GPEC est mise en place depuis plus de trois ans et porte ses fruits. « *Des cadres sont formés à l'IFCS antérieurement aux départs prévus* » (DS) Le directeur des ressources humaines et le directeur des soins travaillent ensemble.

### 5.1.2 En ce qui concerne la question de la reconnaissance institutionnelle de la fonction d'encadrement :

#### Etablissement A :

Les « faisant-fonction » se voient attribuer au même titre que leurs pairs, un bureau équipé d'un poste informatique avec accès à internet, un téléphone, des horaires de jour. Ils sont destinataires de toutes informations les concernant ainsi que leur équipe. Ils perçoivent l'indemnité d'encadrement : « *cela était instauré avant que je n'arrive ici, je dois revoir le problème car ce n'est pas légal..* » (DRH) Il leur est confié les mêmes responsabilités et missions que les cadres en titre : « *cela les responsabilisent et leur fait découvrir leur nouvelle fonction..* » (CSS). Ils participent aux réunions de secteur et réunions institutionnelles. Ils assurent des gardes de week-end. Ils gardent leurs tenues d'infirmier(e) car au regard de l'institution, ils ont toujours le même grade. Leur nom est affiché sur leur porte de bureau ainsi que leur fonction. Avant leur prise de fonction, ils sont présentés par les cadres supérieurs de santé à leur équipe et au médecin chef de service.

Le « faisant-fonction » reçoit de la direction des ressources humaines un avis de nomination en qualité de « faisant-fonction » dans le service X Le directeur des soins nous confiait : « *l'établissement est à taille humaine, tout le monde se connaît, le « faisant-fonction » est vite reconnu par son équipe et par les autres cadres de l'établissement, le « faisant fonction est comme le cadre : le bras droit de l'Institution et le bras gauche du médecin..* »

#### Etablissement B :

Comme pour l'établissement A, le côté matériel du poste : bureau, téléphone, informatique est évoqué. Les « faisant-fonction » font également des horaires de jour mais ne participent pas au tour de gardes administratives. Ils gardent leurs tenues infirmier(e)s pour les mêmes raisons que pour l'établissement A. Ils ne perçoivent pas d'indemnité d'encadrement : « *aucun texte ne nous permet d'allouer cette indemnité à un cadre n'ayant pas le grade de cadre de santé..* » (DRH). Le « faisant fonction » est présenté par le directeur des soins au cadre supérieur de santé du secteur qui le présente à son tour à l'équipe des cadres de secteur, puis à l'équipe dont il aura la charge, enfin au médecin chef de service qui le reçoit en entretien : « *j'aime connaître ses motivations, ce qu'il a dans la tête, s'il se rend bien compte de ce que j'attends de lui, comment il envisage de travailler avec les médecins,... car un cadre est un personnage important dans un service, c'est l'œil de Moscou.., il est important qu'il puisse transmettre toutes les informations relatives au bon fonctionnement du service et faire remonter les difficultés de*

*l'équipe, les discours des patients et familles, c'est le bras droit du médecin.. »*

(Président de CME) .

Les « faisant-fonction » participent aux réunions de cadres de secteur et institutionnelles. Il leur est demandé de participer aux groupes de travail transversaux de l'établissement si ce n'était pas le cas avant leur prise de fonction.

#### Etablissement C :

Tout comme pour les établissements A et B les « faisant-fonction » sont dotés d'un bureau, informatique et téléphone. Ils possèdent une adresse mail qui leur sert de moyen de communication entre les cadres, directions fonctionnelles et les différents services (laboratoire, blanchisserie, magasin...). Les « faisant-fonction » ne participent qu'aux gardes administratives de secteur de semaine et ceci après trois mois de prise de fonction. Ils effectuent des horaires de jour. Ils ne perçoivent pas d'indemnités d'encadrement pour les mêmes raisons que l'établissement B. Ils participent aux réunions de secteur, aux réunions institutionnelles et font obligatoirement partie de groupes « Qualité ». Par ailleurs ils participent à des missions transversales (dossier informatisé, dossier transfusion sanguine, sécurité incendie..). *« Nous essayons de travailler l'esprit d'appartenance à un corps dans l'établissement même si cela est rendu difficile par l'étendue de l'établissement.. »*(css) Les « faisant-fonction » sont présentés aux équipes, à leurs collègues cadres et aux médecins du service par le cadre supérieur de santé (qui assure également une visite du secteur) ou en son absence par le directeur des soins en charge du secteur. Leur tenue professionnelle reste celle qu'ils possédaient en qualité d'infirmier(e) avec un badge « faisant-fonction de cadre ». Sur la porte des bureaux est inscrit : Surveillante.

#### **5.1.3 En ce qui concerne la question de l'accompagnement :**

##### Etablissement A :

Le cadre supérieur de santé responsable des cadres de son secteur passe chaque jour de présence au sein de ses services. Aucune mesure d'accompagnement formalisée n'existe pour l'accompagnement des « faisant-fonction ». Un livret d'informations administratives élaboré il y a quelques années est donné à chaque nouveau « faisant fonction » : celui-ci décrit le fonctionnement de l'hôpital, le rôle de chaque direction fonctionnelle, l'organigramme de la direction, les modalités administratives à respecter pour effectuer une entrée, une sortie, prendre en charge un décès, réaliser une

commande... « *ensuite, s'ils ont un problème ils savent où me trouver, je suis soit dans le bureau, soit au bout de mon bip..* » (CSS), « *Quand je suis absente, ils savent qu'ils peuvent demander conseil à leur collègue de pallier ou ailleurs..* ; » (CSS), « *il faut leur laisser prendre des initiatives, car si on les couvent trop, ils ne se sentent pas responsables, il faut les laisser découvrir la fonction..* ; » (DS).

Seule l'évaluation annuelle des « faisant-fonction » est formalisée, il n'y a pas d'évaluation intermédiaire.

#### Etablissement B :

Le directeur des soins demande aux cadres supérieurs de santé de prendre en charge les « faisant-fonction » de leur secteur, de les guider au quotidien, de répondre à leurs questionnements, de les évaluer. Aucun document d'accompagnement formalisé n'est mis en place, mais un cadre supérieur de santé prenait l'exemple du tutorat des étudiants cadres de santé qu'ils reçoivent en stage de l'IFCS, et me confiait : « *vous me donnez une idée, les étudiants cadres de l'IFCS arrivent avec un livret de tutorat de stage, il faudrait créer la même chose pour nos « faisant-fonction », cela leur permettrait de pointer ce qu'ils ont envie de découvrir, de connaître, de noter leurs difficultés, et pour nous cela pourrait servir de document d'évaluation, de progrès,...il faudrait y réfléchir* » (CSS). Devant le nombre important de « faisant-fonction » de l'établissement, le directeur des soins a demandé aux cadres supérieurs de santé de réfléchir à une « fiche missions des « faisant-fonction » personnalisée aux services qui leur sont confiés. Les cadres de santé sont également très disponibles pour leurs collègues « faisant-fonction » et leur prêtent main forte dès qu'un problème ou besoin se fait sentir. « *il faut qu'il se sentent en confiance, ce n'est pas facile de changer de métier du jour au lendemain, mais je trouve que c'est une chance de pouvoir se tester, de voir si l'on est fait pour ces fonctions d'encadrement, car le plus dur ce sont les conflits à gérer..* ; » (CSS), « *une notion de contrat entre le « faisant-fonction » et l'institution serait une bonne idée, ce serait un facteur de progression de la qualité de l'encadrement, de plus le fait de faire le point sur les compétences des « faisant-fonction » pourrait être le démarrage de la GPEC... et puis cela pourrait être un bon point pour la certification...* » (DRH).

#### Etablissement C :

Il existe une procédure institutionnelle d'accompagnement des « faisant-fonction » validée par le directeur des soins coordonnateur et son équipe. L'outil « procédure d'accompagnement des « faisant-fonction » » est un outil pédagogique et d'évaluation. Cet outil permet de valider à la fois les compétences de bases requises pour devenir cadre, d'autre part il suit le parcours du « faisant fonction », c'est un cahier d'apprentissage et de progression. Des rendez-vous bimensuels les deux premiers mois de prise de fonction, puis mensuels jusqu'à la présentation au concours sont programmés

pour aider les « faisant-fonction » à mieux appréhender les notions de management, et de positionnement dans la nouvelle fonction. Le cahier est rempli conjointement par le « faisant-fonction » et le tuteur, il est validé par le directeur des soins. De plus, de nombreux outils d'aide de prise de fonction dédiés aux nouveaux cadres de l'établissement sont prêtés aux « faisant-fonction », ce qui permet de leur donner quelques bases et conduites de management.

Le directeur des soins de secteur rencontre les tuteurs tous les trois mois et les « faisant fonction » tous les six mois afin de faire le point sur les progrès et l'accompagnement. Le DS reste disponible pour rencontrer les « faisant-fonction » entre deux, si nécessaire. Les tuteurs se sentent très investis dans cet accompagnement et visualise ce tutorat comme une mission d'aide vis-à-vis de leurs collègues. Le tutorat va aussi jusqu'à l'accompagnement de l'échec si toutefois un candidat abandonne son projet pour une raison ou pour une autre : *« s'il s'aperçoit qu'il n'est pas fait pour cela, s'il a échoué au concours, et s'il ne souhaite pas recommencer.. »* (CSS). L'enjeu de cet accompagnement est tout d'abord un facteur de valorisation de la fonction cadre, deuxièmement un projet qualité de management de la direction des soins, enfin un engagement d'établir et de respecter des valeurs professionnelles communes.

### **Commentaires :**

#### Sur la notion de politique de recrutement :

Globalement sur les trois établissements cités un poste sur dix est occupé par un « faisant-fonction » de cadre de santé (en interrogeant nos collègues directeurs des soins de la promotion 2006, nous avons pu nous apercevoir que ce sont à peu près les chiffres que nous retrouvons dans tous les établissements).

En règle générale, les postes de « faisant-fonction » sont attribués à des postulants ayant un projet professionnel de devenir cadre de santé souhaitant suivre la préparation au concours d'entrée en IFCS. La notion de projet professionnel est optimum pour les établissements B et C. D'un établissement à l'autre, les postes de « faisant-fonction » sont positionnés sur tous types de services et la difficulté est d'autant plus grande que l'établissement est petit, la mobilité cadre étant difficile à obtenir. La politique de recrutement sauf pour l'établissement A semble ne pas marquer de divergence majeure, les critères retrouvés étant réfléchis et des règles claires formalisées. (ex : changement de service quand prise de fonction, engagement à préparer l'entrée à l'IFCS).

#### Sur la notion de reconnaissance institutionnelle :

Nous n'avons pas retrouvé de différences majeures en dehors de l'indemnité d'encadrement octroyée jusqu'alors dans l'établissement A. Le côté matériel de la fonction est unanimement retrouvé et est un signe de reconnaissance certain. Même si les missions ne sont pas forcément écrites, nous ressentons profondément une légitimité reconnue aux « faisant-fonction » d'exercer cette fonction d'encadrement, les responsabilités et missions, la participation aux diverses réunions, l'envoi de l'information en sont autant de témoignages. La volonté institutionnelle de reconnaissance de ces « faisant-fonction » vis-à-vis des cadres des équipes et des médecins semble instaurée. Les trois établissements les mandatent réellement aux fonctions d'encadrement. Nous y avons retrouvé également une réelle adhésion à un système de références managériales : bonne collaboration cadres supérieurs de santé, cadres de santé , « faisant-fonction » et un investissement du côté direction des soins. Tout ceci permet de reconnaître institutionnellement les « faisant-fonction ».

#### Sur la notion d'accompagnement :

Nous retrouvons ici une différence de stratégie d'un établissement à l'autre. L'établissement A possède un corps encadrant qui ne souhaite apparemment pas imposer d'accompagnement programmé. L'établissement B adhère plutôt à la stratégie mais n'y a pas fondamentalement réfléchi. L'établissement C a quant à lui mis en place une politique d'accompagnement des « faisant-fonction » et a mis en place un tutorat très encadré. Cette notion de tutorat semble officialiser le changement de fonction en précisant les conditions de mise en situation professionnelle. L'expérience des « faisant fonction » s'inscrit comme un moyen valorisé pour se préparer à exercer une nouvelle fonction. La politique d'accompagnement quand elle existe fait partie intégrante du projet d'établissement vu les enjeux qui y sont liés.

A ce stade de notre travail seul un établissement sur les trois répond complètement à nos hypothèses de départ. Il est donc difficile de penser qu'une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant-fonction » cadres de santé soit à 100% un outil révélateur d'initiation de compétences, d'apprentissage, de valorisation de la fonction cadre et facteur de réalisation dans le projet professionnel.

Nous allons maintenant nous tourner vers l'exploitation des enquêtes menées auprès des « faisant-fonction » afin de connaître leurs sentiments vis-à-vis de la notion de projet professionnel, d'image du cadre, de la légitimité de la fonction, et de la place de l'accompagnement dans la fonction. L'analyse de chaque thème sera illustrée par quelques citations significatives.

**Tableau comparatif, récapitulatif du Nombre de postes de cadres théoriques**  
**Nombre de postes réels**  
**Nombre de postes « faisant fonction » de cadres**  
**Nombre de « faisant fonction » de cadres interviewés**  
**dans les établissements enquêtés :**

Établissement	Établissement A	Établissement B	Établissement C
Postes cadres	A	B	C
Nombre de postes théoriques de cadres	32	36	85
Nombre de postes réels de cadres	24	22	69
Nombre de postes « faisant-fonction » cadres	6	8	10
Nombre de postes de cadres vacants	2	6	6
Nombre de « faisant fonction » cadres interviewés	5	4	3

## **5.2 Entretiens menés auprès des « faisant-fonction » de cadres de santé**

Comme nous l'avons décrit précédemment (dans le tableau p 26), nous avons mené 12 entretiens auprès de « faisant-fonction » de cadres de santé dans 3 établissements différents. Nous avons saisi l'opportunité de nos stages et de nos différents déplacements au cours de cette année d'étude pour rencontrer ces « faisant-fonction ». Nous suivons le même processus d'analyse de ces entretiens que pour ceux réalisés auprès de l'encadrement et des directions. Nous allons tenter de dresser un tableau afin de présenter la population interviewée. Pour faciliter l'identification de ces personnes, nous avons choisi de les répertorier en associant au numéro d'entretien, le code de l'établissement A, B ou C.

## 5.2.1 Présentation de la population enquêtée

Entretien	Diplôme	Age/ Sexe	Années d' Ancienneté profession	Ancienneté Faisant- .Fonction .Cadre	Vient du service	Fait fonction dans service	Projet professionnel	Concours		Si Echec Concours
								échec 2005	Essai 2006	
A1	ISP	40/M	19	20 mois	Psychiatrie	Psychiatrie	Depuis 2004	échec 2005	Essai 2006	Retente
A2	IDE	30/F	9	6 mois	Médecine	Urgences	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
A3	IDE	37/F	16	6 mois	Réanimation	Maison de retraite	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
A4	IDE	34/F	10	2 ans	Urgences	Médecine	Depuis 2004	échec 2005	échec 2006	<b>Retour IDE</b>
A5	IDE	36/F	15	6 mois ½	Médecine	Chirurgie	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
B1	IDE	32/F	8	8 mois	USIC	Gériatrie	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
B2	IDE	53/F	33	3 ans	Consultations	Consultations	<b>Pas de projet</b>			
B3	IBODE	34/F	13	6 mois	Bloc	Bloc	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
B4	IDE	36/F	15	2 ans ½	Cardiologie	Service Nuits	Depuis 2004	échec 2005	2007	Retente
C1	IDE	40/F	19	18 mois	Bloc	Réanimation	Depuis 2004	échec 2005	Essai 2006	Retente
C2	IDE	34/F	12	8 mois	Psychiatrie	Maison de Retraite	Depuis 2005		Essai 2006	Retente
C3	M.Radio	38/M	17	16 mois	Radiologie conventionnelle	IRM	Depuis 2004	échec 2005	Essai 2006	Retente

## 5.2.2 Commentaires du tableau :

### A) L'âge de la population enquêtée

Toutes les personnes s'étant prêtées aux entretiens ont plus de 30 ans ; la fourchette d'âge est comprise entre 30 et 53 ans, soit une moyenne de 36 ans (soit 3 ans de moins que pour la moyenne nationale d'âge des étudiants en formation IFCS, source DRASS des pays de la Loire, population cadre – janvier 2005).

### B) Le sexe de la population enquêtée

A1 et C3 sont de sexe masculin, les dix autres sont de sexe féminin. Ce sont à peu près les proportions retrouvées dans les promotions d'écoles cadres actuellement (source : élèves directeurs des soins enseignant en IFCS, promotion ENSP 2006).

C) Ancienneté dans l'expérience de « faisant fonction » cadre de santé

La fourchette d'ancienneté en qualité de « faisant-fonction » de cadre de santé varie de 6 mois à 3 ans. Pour notre enquête, nous avons choisi des personnes ayant un minimum de 6 mois dans la fonction afin d'obtenir les réponses les plus objectives possibles aux questions posées.

D) Expérience du concours

Sur les 12 personnes interviewées, une d'entre elles (B2) n'a pas le projet de passer le concours d'entrée à l'IFCS. Elle a 53 ans, fait fonction de cadre de santé depuis trois ans. Dans 2 ans, elle sera à la retraite : *« je ne vais pas aller passer le concours à 53 ans on m'a assuré que j'aurais ce poste jusqu'à mon départ à la retraite ; on m'a proposé ce poste quand l'établissement n'avait pas assez de cadres ni de « faisant-fonction » ; j'avais l'habitude de remplacer mon cadre pendant ses absences et on avait du me trouver des qualités de « chef » ; j'aurai du faire cela avant, maintenant c'est trop tard ».*

Les onze autres professionnels ont le projet de passer le concours d'entrée à l'IFCS à court et moyen terme (2006 ou 2007). Cinq personnes sur les onze (A1, A4, B4, C1, C3) ont déjà passé une première fois ce concours (en 2005). Quatre d'entre elles le retentent cette année (2006), la cinquième (B4) souhaite prendre du recul et le repasser l'an prochain (en 2007) : *« J'ai eu beaucoup de mal à accepter cet échec, je n'étais pas prête à le repasser cette année, je le ferai l'an prochain, la direction est d'accord, il faut que je me reprépare sérieusement ».*

Six autres l'ont passé nouvellement cette année (A2, A3, A5, B1, B3, C2). Sur les 10 candidats le passant cette année, 8 d'entre elles ont passé les épreuves écrites au sein de deux à quatre IFCS pour se donner le maximum de chance au concours. (ces chiffres correspondent aux statistiques données par le CEFIEC depuis plusieurs années).

Une (A4) des deux personnes (A4 et B3) qui ne l'ont passé qu'au sein d'un seul IFCS vient d'obtenir des résultats négatifs aux épreuves écrites et ceci pour la seconde année consécutive ; elle ne souhaite plus s'y représenter *« même si la direction m'y encourage, je ne veux plus éponger d'échec ; j'ai demandé à repartir comme infirmière dans un service de médecine... ».* Au moment des entretiens, tous les autres candidats sont en attente des résultats des épreuves écrites.

### 5.2.3 Analyse des thèmes retenus dans la grille d'entretien

L'analyse qui suit reprend les quatre thèmes retenus dans la grille d'entretien destinée aux « faisant-fonction » de cadres de santé, à savoir :

- ❖ le fondement du projet professionnel
- ❖ la représentation de la fonction cadre
- ❖ la légitimité de la fonction
- ❖ le tutorat

Les résultats des entretiens feront l'objet d'une analyse qualitative et quantitative pour certains items, la variété des informations recueillies quant aux ressentis des différents « faisant-fonction » permettant de nourrir notre réflexion sans porter de jugement sur les établissements visités.

#### A) Le fondement du projet professionnel

Nous avons repris sous cette thématique tout ce qui concerne les motivations, l'élaboration du projet professionnel et sa validation.

Comme nous l'avons vu précédemment tous les « faisant-fonction » interviewés (sauf une) ont le projet de préparer le concours d'entrée à l'IFCS quand cela n'a pas déjà été fait l'année précédente pour certains.

Ce projet a souvent mûri doucement, *« c'est à force de faire partie de groupes de travail que cela m'a intéressé.. »*, *« c'est le fait d'être référent en hygiène dans l'unité où je travaillais qui m'a fait découvrir autre chose, le fait d'échanger avec d'autres, ... »*, *« j'ai toujours été partant pour faire partie de projets, je n'hésitais pas à revenir sur mon temps de repos pour faire avancer les choses... »*, *« plusieurs fois en entretien cadre/agent, mon cadre m'a dit que j'étais fait pour ça... »*

Pour cent pour cent des candidats le projet de devenir cadre a été validé par l'équipe d'encadrement et par le directeur des soins.

Cependant ils regrettent pour certains de ne pas avoir eu assez de renseignements sur les critères de choix pour accéder à un poste de « faisant fonction », sur la manière dont ils allaient être pris en charge financièrement s'ils étaient choisis pour suivre une préparation à l'école des cadres, sur ce qui se passerait s'ils ne réussissaient pas le concours ou souhaitaient revoir leur projet professionnel. A1 évoque un manque de transparence *« j'ai l'impression que l'on est choisi à la tête du client, vous plaisez ou non, mon amie elle n'a pas été choisie pour faire fonction, elle n'a pas réussi à savoir pourquoi..., de fait elle ne sait pas si elle peut redemander un poste car il y en aura encore cette année en principe.. »*

Cinq facteurs principaux de motivation reviennent en permanence au cours des entretiens :

Facteurs principaux de motivation	Nombre de fois retrouvé en entretien
Prise de responsabilité, donner des directives	11
Participer à des projets	9
Organisation et gestion	11
Envie de changement, d'un nouveau rôle	8
Evolution de carrière	9

Voici quelques exemples retenus comme illustration :

*« j'aime prendre des responsabilités..., j'aime que l'on me confie des responsabilités..., j'ai toujours eu envie de mener des projets dans les services où j'ai travaillé..., je faisais partie de groupes de travail, de réflexions..., j'aime superviser..., j'ai déjà des responsabilités au sein d'associations..., j'aime trouver des solutions de rangement, de classification..., on m'a toujours dit que j'étais organisée..., j'avais envie d'évoluer, de changer de profession..., j'avais envie d'aller plus loin, de m'investir dans une autre profession..., j'avais envie de ne plus être une exécutante.. ;, de pouvoir faire avancer une équipe..., j'ai eu un cadre à qui je voulais ressembler..., j'aime encadrer les étudiants..., j'aime donner mon avis.... »*

Très souvent, les « faisant-fonction » ont été des professionnels ciblés par leur cadre pour être des éléments dynamiques, participatifs, des personnes ressources dans leurs unités :  
*« je donnais des cours à l'IFSI..., j'étais référent du dossier de soins... , en hygiène... »*

En résumé : les motivations sont à la base du fondement du projet professionnel de devenir cadre celui-ci s'inscrivant dans un processus individuel, biographique qui renvoie l'individu à s'identifier à un rôle, à une image retenue au cours de sa carrière. Nous retrouvons chez les postulants une envie de s'impliquer, de s'investir, de prendre des responsabilités, de diriger, d'évoluer dans leur profession, de s'engager dans des projets mais aussi l'envie de changer, d'impulser le changement.

#### B) La représentation de la fonction cadre

Nous avons regroupé ici les thématiques qui concernent l'identité professionnelle et le positionnement dans la fonction. Nous avons souhaité rechercher quelle représentation

les « faisant fonction » se faisaient des cadres, s'ils avaient pu se positionner facilement dans l'institution dans laquelle ils exercent, et s'ils se sentaient à l'aise dans leur nouvelle fonction.

Un regard sur la fonction cadre qui évolue avec le temps :

Au regard des entretiens effectués, nous avons pu retirer seize items et les classer par ordre de fréquence donnés par les « faisant-fonction », sur les représentations qu'ils se faisaient des missions du cadre avant de « faire fonction » et s'en font maintenant qu'ils « font fonction » de cadre :

<b>Items retenus</b>	<b>Représentation des missions du cadre avant de « faire-fonction »</b>	<b>Représentation du cadre après avoir fait-fonction</b>
<b>Encadrement et animation d'une équipe</b>	<b>1</b>	<b>2</b>
<b>Participer et coordonner des projets</b>	<b>7</b>	<b>13</b>
<b>Conduire des projets</b>	<b>/</b>	<b>16</b>
<b>Elaborer des plannings</b>	<b>2</b>	<b>3</b>
<b>Gérer les personnels</b>	<b>3</b>	<b>1</b>
<b>Coordonner, organiser les soins</b>	<b>/</b>	<b>4</b>
<b>Gérer les conflits</b>	<b>/</b>	<b>5</b>
<b>Relations avec patients et familles</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
<b>Organiser le travail</b>	<b>9</b>	<b>7</b>
<b>Gérer le matériel</b>	<b>8</b>	<b>11</b>
<b>Encadrer les stagiaires</b>	<b>6</b>	<b>9</b>
<b>Négocier</b>	<b>/</b>	<b>15</b>
<b>Evaluer les personnels</b>	<b>/</b>	<b>12</b>
<b>Communiquer</b>	<b>/</b>	<b>8</b>
<b>Référent en soins</b>	<b>4</b>	<b>14</b>
<b>Garant de la qualité</b>	<b>/</b>	<b>10</b>

**Avant de «faire-fonction »** : la majorité des réponses tournent essentiellement autour des tâches administratives et soignantes, les notions d'évaluation, de contrôle, de gestion des conflits, de coordination de projet n'apparaissent pas en première intention.

**Après avoir pris des fonctions de cadre** : nous nous apercevons qu'il y a un changement de références, les tâches administratives ressortent encore en premier lieu pour laisser le soin plus éloigné ; les missions de coordination, d'organisation, d'évaluation venant en second lieu.

#### L'exigence de qualités :

Les « faisant-fonction » évoquent plus les représentations qu'ils se font du cadre sous la forme de qualités exigées, de valeurs, plus que de connaissances requises, celles-ci devant s'acquérir avec la formation disent-ils. Ils parlent de qualités humaines, de savoir être : *« le cadre doit être honnête...,il doit respecter son équipe...,avoir l'esprit d'équipe..., reconnaître le travail de chacun...,savoir être à l'écoute...,il doit pouvoir montrer l'exemple...,il est le relais entre l'institution et l'équipe... »*.

#### Une difficulté à quitter le monde du soin :

Ils reconnaissent aussi la difficulté qu'ils ont de quitter le domaine du soin : *« il faut savoir basculer de l'autre côté..., j'ai l'impression de ne plus voir les patients, je passe plus de cinquante pour cent de mon temps à la gestion des plannings et du personnel..., j'aime quand un membre de l'équipe m'interpelle pour me demander un avis sur un soin, j'ai l'impression de servir à quelque chose... »*.

Il existe un décalage entre la représentation que les « faisant-fonction » avaient avant la prise de fonction et maintenant qu'ils « font-fonction ». A1, A4, et C2 m'ont confié leur difficulté à prendre du recul par rapport aux conflits d'équipe : *« je ne m'attendais pas à cela, c'est dur de régler les conflits des autres,...parfois j'ai l'impression d'être dans une arène entre deux bêtes..., je ne supporte pas qu'ils viennent me chercher pour régler leurs problèmes, ils sont adultes tout de même, ils n'ont qu'à se dire les choses en face....ce serait bien de pouvoir faire un stage de « faisant-fonction » avant de se lancer à « faire-fonction », pendant deux mois par exemple,on aurait le temps de voir si ça nous plait... »*.

A2 et B3 m'ont exprimé leur tâtonnement devant certaines situations décisionnelles : *« il faut s'y mettre tout de suite, on n'a pas le temps de prendre du recul, et puis devant*

*certaines décisions on est toute seule, on ne sait pas si l'on fait bien, si l'on a bien décidé....., c'est difficile d'assumer les responsabilités des autres, on est parfois seule pour trancher... »*

En résumé : même si globalement dans les trois établissements visités, nous retrouvons des « faisant-fonction » ayant réussi à se positionner avec le temps, nous nous rendons compte des difficultés qu'ils rencontrent pour certains de faire face à ce changement de fonction, à prendre du recul et du manque d'encadrement dont certains souffrent pour gérer des situations ou comportements problématiques.

### C) La légitimité de la fonction

Nous n'avons pas trouvé ici de différenciation majeure entre les douze « faisant-fonction ». Tout comme les équipes dirigeantes nous l'avaient confié, les « faisant-fonction » se sentent reconnus par les personnels d'encadrement, par les médecins, leurs équipes en général, par les patients et les familles. Ils ont été présentés à leurs collègues et à leur équipe (11/12), ont rencontré le chef de service avant leur prise de fonction (10/12), participent aux réunions institutionnelles (12/12), se voient confier des missions transversales ((6/12), et les mêmes responsabilités que leurs collègues cadres (12/12). Ils sont également d'accord (10/12) pour dire qu'ils reçoivent l'information nécessaire à transmettre à leur équipe, ou pour faire fonctionner leur service. Ils ont connaissance du projet d'établissement (8/12) mais d'ajouter : *« pour faire la prépa il faut qu'on s'y plonge car on en parle ; alors il faut savoir de quoi l'on parle.. »*. En ce qui concerne la mise en place de projets, ou de nouvelles organisations de travail, six d'entre eux (A2, A5, B3,B4, C1, C3) semblent contents d'avoir pu changer ou faire évoluer une organisation de travail : *« j'ai pu faire repeindre l'office alimentaire avant de négocier un lave-vaisselle,... j'ai travaillé avec l'équipe sur de nouveaux horaires de brancardage,...j'ai pu défendre le dossier d'achat d'un lève malades car ici ils se broient tous le dos...j'ai travaillé avec les IDE un document d'information sur la dispensation et la surveillance des anticoagulants..., mettre en place des projets, changer quelques habitudes, cela nous permet de nous identifier aux « vrais » cadres de l'établissement.. »*

Ces signes extérieurs de légitimation ont beaucoup d'importance pour la prise de conscience par l'individu de son changement de métier.

Malgré ces discours plutôt positifs en matière de reconnaissance de leur fonction, ils faut ajouter quelques touches négatives de la part de certains (A1 et A3) : *« ce n'est pas vous qui allez tout changer, vous n'êtes là que pour un an ...(une AS), encore un projet de*

« faisant-fonction », on sait bien que pour entrer à l'école cadres il faut que vous prouviez que vous êtes capables d'inventer un nouveau truc et puis à peine partie nous on aura plus qu'à continuer même si c'est nul...(une IDE) ». Ils reconnaissent qu'il n'est pas toujours facile de changer les habitudes et qu'il faut du temps.

Par ailleurs, ils déplorent le fait de ne pas avoir de fiche de poste (9/12) précisant leurs missions : « j'ai été parachutée comme ça, j'ai eu tout à découvrir..., j'ai marché pendant deux mois au feeling, ce sont les IDE de l'équipe qui m'expliquaient quand je ne savais pas..., on m'a demandé de prendre des gardes, j'ai été doublé une fois, ensuite débrouille..., je ne sais pas comment j'aurais réagi s'il y avait eu un crash...il n'y a pas de procédures... ». En contre partie les « faisant-fonction » de l'établissement C ont reçu une fiche de poste « faisant-fonction » de cadre de santé.

En résumé : il semblerait que les « faisant-fonction » arrivent sur leur nouveau poste sans véritablement connaître ce que l'on attend d'eux. Si des informations leurs sont données, il leur en manquerait quelques unes pour être vraiment opérationnels. Malgré cela, la reconnaissance de la fonction est plutôt ressentie avec optimisme en règle général et révèle une transformation identitaire en tant que futur cadre.

#### D) Le tutorat

Les réponses concernant le tutorat sont très diversifiées et révèlent les différences d'un établissement à l'autre, différences que nous avons retrouvées dans le discours des équipes dirigeantes. « On me laisse me débrouiller seul, quand je ne sais pas je crie au secours à un collègue, on pourrait par exemple nous expliquer les différents imprimés utilisés dans telle ou telle situation,...(A1), « Accompagner ? Oui et non, je suis plutôt évaluée et surtout quand ça ne va pas !!! J'aimerais que l'on me dise quand ça va, quand par exemple la décision que j'ai prise est bonne..., j'aimerais aussi connaître sur quoi je vais être évaluée avant de passer le concours..(A3), « être accompagné, oui je le suis ; le cadre supérieur passe régulièrement me voir, voir si tout va bien. C'est un accompagnement non formalisé, on fait le point sur les situations difficiles, par exemple les plannings. J'aimerais qu'il y ait des bilans plus formalisés comme on fait avec les étudiants IDE, à mi-parcours par exemple car j'ai toujours peur de mal faire(B1) ».

A2, A4, A5, et B3 souhaiteraient être aidés, tutorés, ont quelques idées du comment « ce serait bien d'avoir un guide pratique avec des procédures de gestion du personnel, des explications de documents administratifs « congés bonifiés, congé parental pour le père, retrait d'une arme chez un patient »,... la liste des personnes ressources en hygiène, une explication sur la gestion des heures de travail, les décrets professionnels.... »..., mais

concernant l'accompagnement de terrain (combien de fois, quand,...?) « *Il faut y réfléchir* » disent-ils.

Chez les professionnels de l'établissement C on retrouve un autre discours : « *De temps en temps j'aime prendre des risques car je sais que si ça ne va pas je serais rattrapée par mes collègues cadres. Je me sens aidée, soutenue, pris en charge, le cadre supérieur de santé fait le point régulièrement sur mes difficultés et sur mes progrès... (C1), « J'ai toujours eu jusqu'à présent une réponse aux questions posées ; chaque semaine au début, nous prenions le temps de faire le point avec le cadre sup ; maintenant que je fais fonction depuis 8 mois, c'est tous les mois. Alors je prends des notes quand elle me donne des conseils ; nous confrontons aussi nos idées, elle me donne les moyens de ne pas être prise au dépourvue..(C2), « Faire le point régulièrement, c'est devenir chaque jour plus autonome, car les situations difficiles rencontrées au début de prise de fonction ne paraissent plus être des obstacles aujourd'hui ; par contre c'est l'écrit du concours qui me paraît être un obstacle...(C3) ».*

Pour cinq candidats sur douze, une politique de tutorat, d'accompagnement serait une plus value dans l'aide à la construction identitaire du futur cadre. Aide à la construction de leur projet professionnel, valorisation de celui-ci, confirmation de réponses aux incertitudes et au questionnement, acquisition d'une véritable autonomie sont autant de termes recensés lors des entretiens. Il semble que les « faisant fonction » souhaitent cet accompagnement durant cette période probatoire. Tous ne valorisent pas celui-ci de la même manière par pudeur peut-être, de peur de dire qu'ils ne se sentent pas toujours très à l'aise.

La règle du tutorat ne semble instaurée véritablement qu'au sein de l'établissement C et c'est dans ce même établissement que l'équipe dirigeante nous avait fait part de sa volonté d'accompagner ces futurs cadres,et même ses nouveaux cadres : « *vous savez il n'y a pas que les « faisant fonction » qui ont besoin de soutien, les cadres débutants aussi ont besoin d'un coach pendant quelques temps et surtout quand ils ne sont pas issus de l'établissement...l'accompagnement c'est bien pour tous les nouveaux arrivants, ça doit être du systématique..» (DS) »*

Aussi il ne faut pas confondre la préparation au concours d'entrée à l'IFCS et l'accompagnement de terrain que C3 semble demandé.

La préparation au concours forge la réflexion, aide à la synthèse et à la rédaction de l'écrit; elle permet également d'aborder des sujets de terrain sur lesquels le candidat peut avoir à discuter.

Le tutorat de terrain doit préparer les « faisant-fonction » à répondre aux missions des futurs cadres, conforter les impressions, analyser et valider les projets. Ce tutorat prépare par contre d'une certaine manière aux épreuves orales du concours car le candidat apprend à argumenter son point de vue, à le défendre.

En résumé : Nous sommes particulièrement surpris de trouver dans les propos des interviewés de grandes disparités en ce qui concerne la notion de tutorat et d'accompagnement. Il semble que pour devenir autonome, les « faisant-fonction » souhaitent qu'un accompagnement se mette en place au sein de leur établissement. Les cadres supérieurs et cadres de santé paraissent être les mieux placés pour répondre efficacement aux besoins des apprenants. Leur permettre de s'exprimer, d'accepter leurs erreurs et les utiliser pour rebondir, de créer, d'innover renforcerait la confiance et la prise de responsabilité. C'est ainsi que tutorer, favorise le développement des compétences, la capacité à se positionner, et balise le parcours de professionnalisation du « faisant fonction » en s'appuyant sur un environnement structuré et des missions clairement définies.

### **Commentaire général :**

A ce stade de notre travail, les « faisant-fonction » des établissements A, B et C semblent avoir un projet professionnel bien défini et validé par les directions des soins. La représentation de la fonction cadre n'est pas toujours bien définie, les notions d'évaluation, de projet, de management, de qualité manquent de véritables définitions. Si les « faisant-fonction » de l'établissement A semblent être parfois livrés à eux-mêmes, ceux des établissements B et C semblent être encadrés mais pas toujours suffisamment selon leurs dires. Ils souhaitent un accompagnement formalisé ; des propos recueillis, émergent bon nombre de difficultés de positionnement, des problèmes d'organisation, de connaissances, de solitude et d'autorité pour certains. La gestion des ressources humaines, les conflits sont également source de stress et d'angoisse.

En ce sens nous estimons que nos hypothèses sont ici confortées.

Si nous sommes persuadés que la position de « faisant-fonction » est une opportunité dans une carrière pour conforter ou non un projet professionnel de devenir cadre, nous sommes également persuadés que la mise en place d'une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant-fonction » ne peut qu'aider le postulant à la fonction cadre à asseoir véritablement ce projet professionnel en vue de légitimer sa fonction

## **TROISIEME PARTIE : UNE POLITIQUE INSTITUTIONNELLE D'ACCOMPAGNEMENT DES « FAISANT-FONCTION » : MISE EN PLACE D'UN DISPOSITIF.**

A l'issue du travail d'analyse des entretiens effectués nous avons pu nous apercevoir que les attentes des uns et des autres n'étaient pas si éloignées que cela. Une partie de l'encadrement rencontré aurait envie de proposer un accompagnement aux « faisant fonction » de cadres de santé, quand cela n'est pas déjà fait (établissement C). Les « faisant-fonction » quant à eux souhaitent une politique transparente pour tous, un accompagnement de terrain pouvant les aider à remplir correctement les missions qui leurs sont confiées et rompre la solitude et le stress qu'engendre cette prise de fonction souvent rapide et sans recul par rapport à leur ancienne fonction.

Le directeur des soins, responsable de la gestion des cadres de l'établissement, a donc toute sa place au sein de l'institution pour impulser, accompagner et mettre en œuvre un partenariat institutionnel nécessaire à la mise en place d'une politique d'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé.

Cette politique semble devoir commencer en amont par le choix des « faisant fonction », être procédurale, portée à la connaissance de tous et où directeur des ressources humaines, médecins, directeur des soins, cadres supérieurs doivent s'associer afin de l'écrire et la mettre en œuvre.

Puis, le choix effectué, le directeur des soins doit préparer au mieux les postulants à la fonction cadre. Il s'agit ici d'un enjeu majeur pour lui, car préparer, construire les cadres de demain, les amener à être capable d'analyser, de comprendre, d'anticiper leurs actions et décisions, c'est améliorer chaque jour la qualité de la prestation offerte aux patients. Pour ceci il devra également travailler en étroite collaboration avec le directeur des ressources humaines, les cadres supérieurs et cadres de santé en poste.

### **6 Réflexions et propositions d'actions**

En tenant compte des résultats et analyse de l'enquête mais aussi de ce que nous avons pu observer au cours de nos stages, et pour répondre à la question de départ qui était : **En quoi une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé permet au Directeur des Soins d'aider les professionnels positionnés en fonction de cadre au sein d'un établissement, à bâtir leur projet professionnel**, nous pouvons d'ores et déjà dire que :

- ❖ Une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé permet une meilleure prise de fonction.
- ❖ Cette politique d'accompagnement permet des apprentissages qui peuvent être facteurs de réussite au concours d'entrée à l'IFCS.
- ❖ Le DS a un rôle important à jouer dans l'élaboration d'un dispositif institutionnel d'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé, accompagnement qui doit les aider à bâtir leur projet professionnel de devenir cadre pour les conduire à une fonction de cadre reconnue.

Les trois établissements visités pour la réalisation de notre étude ont été volontairement choisis pour être de taille, de situation géographique et missions différentes. Ils ont tous trois des postes de cadres vacants et ont recours en suppléance à des « faisant-fonction » de cadres de santé. Cependant, leurs politiques de gestion des ressources humaines diffèrent.

Pourtant l'Agence Nationale d'Accréditation des Etablissements de Santé puis la Haute Autorité de Santé ont préconisé pour tous les établissements les mêmes recommandations en matière de gestion des ressources humaines et management :

- ❖ dans la version 1 du manuel d'accréditation, référence 1, il est écrit que :  
« *L'établissement élabore et met en œuvre un projet social conforme à ses valeurs, à sa mission, à sa stratégie* ».
- ❖ Référence GRH 1 : « *le projet social définit les perspectives d'évolution des ressources humaines par rapport aux besoins de l'établissement, prévoit les modalités d'une gestion personnalisée des professionnels, s'attache à la prise en compte des conditions de travail et des relations sociales. La gestion personnalisée des professionnels permet un positionnement et des compétences adaptés des professionnels, par rapport aux besoins de l'établissement. Les outils de cette gestion sont par exemple les profils de poste, le tutorat, la formation, l'évaluation individuelle* ».

Ces principes sont repris dans le manuel d'accréditation «version 2» dans le chapitre 2 « ressources transversales » - référence 12.

S'il ne s'agit pas ici de mettre chaque établissement dans un même moule, il paraît néanmoins intéressant de mener une réflexion en matière d'accompagnement des « faisant-fonction » pouvant être adaptée à n'importe quel établissement.

## 6.1 Une politique institutionnelle pour une meilleure prise de fonction

Dans le cadre de notre réflexion sur le choix des « faisant fonction » de cadres de santé pour pallier à la pénurie de cadres, afin de ne pas rencontrer comme au sein de l'établissement A, un directeur des ressources humaines et un directeur des soins qui ne travaillent pas ensemble, il paraît nécessaire que soit définie une politique de gestion commune de recrutement, fidélisation, mobilité, affectation, et évaluation des cadres potentiels. Ces deux directions doivent fonctionner avec les mêmes références.

*« Il faut une impulsion institutionnelle unique, de l'élaboration du projet social à l'action quotidienne de l'équipe de direction »<sup>41</sup>*

L'établissement doit développer une politique de formalisation de prise en compte des aspirations individuelles des professionnels intéressés par un projet de devenir cadre. Le travail de coopération représente un enjeu capital pour intégrer cette politique dans le projet d'établissement. Ce sera ici en partie le rôle du projet social.

La GPEC utilise le référentiel compétences des agents, les profils de poste de l'établissement, le plan de formation continue interne et externe, celui de formation professionnelle qui sont autant d'outils permettant aux établissements de préparer l'avenir et les changements qui les attendent.

Dans ce cadre, afin d'éviter des situations regrettables pour l'établissement, le directeur des ressources humaines et le directeur des soins doivent partager une logique de partenariat avec l'ensemble de l'équipe d'encadrement, essence même de reconnaissance de celle-ci, et privilégier la collaboration, la confiance, l'entraide et le décloisonnement.

C'est ainsi que l'équipe de direction, les cadres supérieurs et les cadres de santé pourront travailler et bâtir ensemble des projets en recherchant adhésion et reconnaissance professionnelle affichant un discours et des objectifs communs en se recentrant sur leur rôle de formateur, d'évaluateur et d'accompagnateur des « faisant fonction » de cadres de santé.

La procédure de choix de « faisant-fonction » de cadres de santé, en référence aux différents manuels de la Haute Autorité de Santé, et aux résultats d'analyse des entretiens effectués auprès des équipes d'encadrement, doit être écrite dans la politique institutionnelle de gestion des ressources humaines et connue de tous.

---

<sup>41</sup> DONIUS B. La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences. Document pédagogique, Formation des directeurs des soins, ENSP, 2006.

Elle pourrait comporter :

- premièrement une procédure institutionnelle d'accessibilité à un poste de « faisant fonction » de cadres de santé.
- Deuxièmement un dispositif institutionnel d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé.

### **6.1.1 Une procédure institutionnelle d'accessibilité à un poste de « faisant-fonction » de cadre de santé.**

Sélectionner un postulant intéressé par un poste de « faisant-fonction » de cadre de santé, afin de pallier à un poste vacant et dans l'attente de se préparer au concours d'entrée à l'IFCS, représente un coût et un enjeu important pour un établissement. C'est pourquoi on recherchera un professionnel ayant les potentiels nécessaires pour s'adapter aux fonctions d'encadrement, sachant manager de manière efficiente, maintenir et accroître la qualité des soins dispensée aux patients. Ce serait ici le rôle d'un jury de sélection.

La pénurie actuelle de cadres de santé ne doit pas nuire à un recrutement de qualité. Aussi le directeur des soins nous semble être le mieux placé pour repérer les potentiels d'un postulant à devenir cadre, il en connaît les missions, et en est le responsable hiérarchique.

Mais comme il est difficile d'évaluer les compétences d'un professionnel sur un simple entretien, le directeur des soins doit travailler en étroite collaboration avec l'équipe d'encadrement qui connaît le professionnel sur le terrain. Il est souhaitable que cette équipe établisse une évaluation écrite du professionnel, évaluation classée ensuite dans le dossier professionnel de l'agent.

Le postulant doit pouvoir avoir connaissance des modalités de choix pour accéder à un poste de « faisant-fonction », savoir par ailleurs que les conditions de réussite au concours ne sont pas liées au fait d'avoir fait fonction de cadre et qu'il peut être mis fin à son remplacement de cadre sur sa demande ou à tout moment en cas d'insatisfaction institutionnelle. Il doit connaître également la solution de repli qui peut lui être proposée si toutefois il venait à abandonner son projet professionnel de devenir cadre de santé ou si l'établissement y mettait fin.

Cette procédure institutionnelle d'accessibilité à un poste de « faisant-fonction » de cadres de santé dont l'idée centrale repose sur le « parcours » du candidat pourrait comporter :

A) Les modalités et conditions d'accès à un poste de « faisant fonction » de cadre de santé :

a) *Appel à candidature par voie d'affichage (rôle de la DRH)*

b) *Validation du projet professionnel de l'agent par le DS et les CSS :*

L'agent intéressé par un poste de « faisant fonction » de cadre de santé formaliserait sa demande auprès du directeur des soins lors d'un rendez-vous. Celui-ci s'attarderait à repérer un projet professionnel réfléchi chez un agent ayant un minimum de 4 ans d'exercice dans sa fonction.

Si le projet professionnel de l'agent est validé, celui-ci pourrait envoyer une lettre de motivation et un curriculum vitae au directeur des ressources humaines avant la date butoir indiquée sur la note d'affichage.

Parallèlement, le cadre supérieur de santé recevrait de la direction des soins une fiche d'évaluation du candidat, à remplir avec le cadre de santé et le médecin chef de service pour appréciation en vue de la commission de choix. Cette fiche serait à envoyer à la DRH pour annexe à la constitution du dossier de candidature. Elle serait portée à la connaissance du candidat avant son envoi.

c) *Composition du jury qui recevra et évaluera les aptitudes à devenir cadre*

Le candidat recevrait de la DRH, quinze jours avant la commission de choix :

- son rendez-vous d'entretien avec la composition du jury ( DRH,DS,Médecin,CSS)
- les critères de sélection : - maturité du projet professionnel
  - Motivations
  - Capacités intellectuelles
  - Capacités à communiquer
  - Capacités à prendre des responsabilités
  - Rôle du cadre et positionnement

Suite à la commission de choix, le candidat recevrait par courrier nominatif, la validation ou non de son projet et la possibilité de prendre un poste de « faisant fonction » de cadre de santé. Dans le cas où celui-ci n'aurait pas été choisi, il aurait la possibilité de prendre rendez vous avec le directeur des soins pour d'éventuelles explications.

B) Les modalités d'engagement professionnel :

« Faire fonction » de cadre engage le postulant à suivre la préparation au concours d'entrée à l'IFCS et à passer le concours dès la première année de mise en fonction. Il lui serait possible de se présenter deux fois au concours d'entrée à l'IFCS.

C) Les modalités de durée en poste de « faisant-fonction » :

Il serait de 2 ans maximum

D) Conditions de préparation et prise en charge des frais de formation et concours IFCS :

La prise en charge se ferait au titre de la formation continue

E) Modalités de prise de poste, d'affectation :

- Après choix du postulant par le jury d'examen de candidatures, une proposition d'affectation par le DS du professionnel serait faite à un chef de service (où un poste de cadre est vacant).

- la validation de l'affectation serait faite par le DRH.

- Si possible le candidat pourrait être mis 3 jours en doublure avec le cadre précédent (retraite, mutation) ; rencontrerait le cadre supérieur de santé de secteur et le cadre de santé tuteur au sein de ceux-ci.

- Si impossible (poste vacant) il aurait la possibilité d'être détaché du service initial (suivant possibilité de service) pour permettre de rencontrer le cadre supérieur de santé de secteur et le cadre de santé tuteur avant la prise de fonction.

F) Modalités d'accompagnement et de tutorat :

*Accompagnement :*

- Une aide au suivi du projet professionnel par le directeur des soins et le cadre supérieur du secteur d'affectation lui serait proposée suivant un calendrier pré-établi (les IFCS demandant à 90 % un projet professionnel écrit à argumenter à l'oral du concours).

*Tutorat :*

- Le « faisant-fonction » serait rattaché à un tuteur cadre de santé, volontaire, expressément désigné comme tel pendant toute la durée de la prise de fonction.

G) Modalités d'évaluation :

- Une *évaluation formative continue* serait effectuée par le CS tuteur (à 15 jours, 2 mois, 6 mois, 9 mois et/ou autant de fois que nécessaire, en utilisant un livret de progression) permettant au « faisant-fonction » de cadre de santé de s'inscrire dans un contexte d'auto-évaluation permanent, valorisation des acquis, repérage des erreurs, et réajustement.

- Une *évaluation normative* serait également positionnée par le CSS de secteur et le DS à 6 mois (avec livret de progression) et avant le passage du concours (et plus si nécessité de faire le point en cas de difficulté majeure).

#### H) Modalités de repli dans sa fonction d'origine

Si le « faisant-fonction » éprouvait des difficultés (ex : la fonction exercée ne lui convient pas), s'il ne donnait pas satisfaction, ou s'il échouait au concours (après un ou deux passages), il lui serait proposé :

- un retour dans sa fonction d'origine prioritairement sur un poste vacant.
- un choix si possible de service, mais pas au sein de son ancienne unité d'affectation, ni dans l'unité où il a fait fonction de cadre.

Dans tous les cas un courrier lui serait envoyé notifiant l'argumentation et ceci après avoir été reçu par le directeur des soins.

#### I) Modalités d'accès à un poste de cadre de santé après réussite au concours et formation à l'IFCS :

- en fonction de ses motivations et de son projet professionnel
- en fonction des postes vacants
- après concours sur titre

Ces modalités et conditions d'accès à un poste de « faisant fonction » de cadre de santé pourraient être remises par la DRH sous forme de document écrit ou logigramme à tout candidat à un poste de « faisant-fonction » en faisant la demande. Elles pourraient être diffusées par ailleurs sur un volet intranet et / ou par note de service.

Le projet du professionnel de santé de devenir « faisant-fonction » de cadre étant validé par le jury de sélection, le professionnel recevrait un écrit de confirmation. Le directeur des soins le rencontrerait alors pour lui proposer l'accompagnement prévu dans la politique institutionnelle.

### **6.1.2 Un dispositif institutionnel d'accompagnement des « faisant-fonction » de cadres de santé**

Le pilote du dispositif d'accompagnement des « faisant-fonction » cadres de santé est le directeur des soins. La conception et l'organisation relèvent de sa compétence. Il s'agit là de sa mission « qualité managériale ». Ce dispositif doit permettre aux « faisant

fonction » de s'identifier à la fonction cadre et à mieux se positionner. Pour ce, il revient d'évaluer celui-ci après avoir distribuer les rôles et missions de chacun au sein de la direction des soins. Chaque cadre supérieur et cadre de santé sera un jour le maillon du processus d'accompagnement d'un « faisant-fonction » de cadre de santé. Mais tout comme il ne s'agit pas de mettre un établissement dans un moule, il ne s'agit pas de mettre un « faisant-fonction » dans un moule. L'accompagnement doit lui permettre une progression individuelle et celle-ci se fait dans le temps et différemment pour chaque individu.

L'accompagnement du projet professionnel du « faisant-fonction » pourrait se faire en deux temps :

a) Accompagnement et aide à la réalisation du projet professionnel

Cet accompagnement serait essentiellement porté par le directeur des soins et l'équipe de cadres supérieurs de santé l'établissement. Le directeur des soins recevrait le « faisant-fonction » dès lors qu'il lui aurait été annoncé par écrit qu'il a été retenu au jury de sélection.

Le directeur des soins lui annoncerait le service qu'il prendrait en responsabilité, service qui ne serait pas son service d'origine sauf s'il appartient à une catégorie professionnelle spécifique de type IBODE, IADE, Puéricultrice, Manipulateur en radiologie....

Le cadre supérieur de santé lui serait ensuite présenté, et lors de l'entretien des échanges auraient lieu, permettant au « faisant-fonction » d'exprimer ses attentes mais aussi ses inquiétudes.

Il pourrait lui être redit de ce que l'on attend d'un cadre de santé soit quelqu'un qui possède des capacités à entraîner, à coordonner, à communiquer, informer, évaluer et à fédérer une équipe dans une dynamique ayant pour finalité la qualité des soins à la personne soignée. Ce moment propice de présentation et discussion aiderait à l'instauration d'un climat de confiance de part et d'autre.

Il lui serait ensuite remis sa fiche de poste, le projet d'établissement, le livret de tutorat (livret de progression) qui servirait de contrat d'apprentissage.

Le livret de tutorat pourrait comporter des indicateurs au niveau : activité de soins, de gestion des ressources humaines, de fonctionnement, d'information, de gestion des matériels ou encore de connaissances institutionnelles. Il appartiendrait au « faisant fonction ».

Il lui serait donné le nom de son cadre tuteur, lui serait expliqué que celui-ci serait le même pendant toute la durée de sa prise de fonction et qu'il ne serait en aucun cas son évaluateur.

Le cadre supérieur de santé serait ensuite chargé de le présenter à son cadre tuteur, à l'équipe paramédicale et médicale.

Tout au long de la durée pendant laquelle le professionnel serait en poste de « faisant fonction », cet accompagnement serait le fruit d'une écoute attentive (entretiens programmés ou non), d'une aide à l'analyse des pratiques (aide à prendre du recul par rapport à sa fonction précédente), d'une aide à devenir autonome (lever les incertitudes), d'une aide à comprendre toutes les dimensions de la fonction cadre (encadrement, évaluation, communication...). Il pourrait lui être proposé une formation spécifique en fonction des besoins (logiciels de GRH par exemple) ;

Cette volonté d'accompagnement rechercherait en tous points l'épanouissement professionnel du « faisant fonction » et l'aiderait à faire mûrir et concrétiser ou non son projet. En effet, le directeur des soins et les cadres supérieurs de santé pourraient aussi aider un professionnel à renoncer à son projet si celui-ci se rend compte qu'il s'est trompé ou qu'il ne parvient pas à prendre suffisamment de distance pour devenir cadre. « *Une très bonne infirmière peut devenir parfois un mauvais cadre ; règle d'or : ne jamais forcer...* » (DS)

Cet accompagnement devrait être clairement affiché à la direction des soins et être connu de l'équipe d'encadrement, de l'équipe de direction et de l'équipe médicale. Il ferait l'objet d'un point du projet social. Cet accompagnement ne ferait pas l'objet d'un écrit sauf de manière administrative.

*b) L'accompagnement par tutorat : un accompagnement riche d'apprentissages.*

Le cadre tuteur serait choisi par le directeur des soins avec l'accord du cadre supérieur de santé de secteur. Dans tous les cas le tuteur serait volontaire pour cet accompagnement du « faisant-fonction », serait un cadre qui comptabilise au moins 3 années d'exercice en service de soins, ayant suivi la formation IFCS. Il serait choisi pour ses qualités professionnelles, pédagogiques, et pour son investissement dans la structure. Il s'agirait de préférence d'un cadre en exercice dans le secteur d'affectation du « faisant fonction ». Si cela n'était pas possible, il s'agirait d'un cadre d'un service avoisinant. En effet la proximité tuteur / « faisant fonction » serait aidante tant du point de vue technique (matériel), logistique (commandes, réparations, repas..), organisationnel, méthodologique (réalisation d'une réunion) qu'en matière de communication et d'échanges de point de vue.

Le tuteur favoriserait la curiosité et l'étonnement du « faisant-fonction », ceci pouvant parfois provoquer une remise en question du tuteur.

Le tuteur pourrait en cas d'échec du « faisant-fonction » au concours rester le même pendant les deux années de mise en situation du professionnel sauf si de part et d'autre il se posait un problème relationnel ou fonctionnel.

En dehors des temps d'échanges inopinés, des temps de rencontres appelés « synthèse tuteur / « faisant fonction » » d'une demie heure seraient programmés à 15 jours, 2 mois, 6 mois, et 9 mois de prise de fonction. A 6 mois, un entretien formalisé aurait lieu également avec le directeur des soins et le cadre supérieur de santé de secteur. Ils feraient l'objet de traces écrites au sein du livret de progression et permettraient de mesurer l'atteinte des objectifs d'apprentissages, de proposer des réajustements, de fixer de nouveaux objectifs, et d'évaluer le chemin parcouru depuis la prise de fonction. Si l'établissement possède des grilles de compétences cadres, elles pourraient être utilisées au sein du livret. Si celles-ci n'existent pas, le directeur des soins travaillerait ces outils avec l'encadrement supérieur et la direction des ressources humaines.

Comme nous avons pu le constater lors de nos entretiens, il paraît important de considérer le « faisant-fonction » comme le cadre de l'unité et que celui-ci participe à l'ensemble des réunions institutionnelles. Chaque situation d'apprentissage permettrait au « faisant-fonction » de se situer dans le groupe, de se tester, de pouvoir prendre la parole, de se préparer en quelque sorte aux épreuves orales du concours. Une épreuve « blanche » pourrait être proposée par le directeur des soins et l'équipe d'encadrement, mettant en situation le « faisant fonction ».

Ce tutorat devrait permettre au « faisant fonction » un réel apprentissage du métier de cadre en valorisant ses compétences, et/ou en les faisant émerger, et l'aider à se positionner dans sa fonction d'encadrement en lui donnant une nouvelle identité professionnelle.

Pour les cadres tuteurs, il s'agirait de valoriser leur fonction d'encadrement, de dynamiser leurs missions et de les inscrire dans un projet institutionnel répondant à un objectif qualité en matière de management.

## CONCLUSION

Confrontés à une réalité grandissante de pénurie de personnel d'encadrement, les établissements hospitaliers sont contraints de trouver des solutions pour pallier cette insuffisance en ayant recours à des « faisant fonction » de cadres de santé.

Si nous sommes persuadés que les IFCS sont les instituts les plus appropriés pour préparer les cadres de demain, il faut dans l'alternative, au sein même des établissements, aider ces « faisant fonction » dans le cheminement de leur projet professionnel et les aider à opérer le changement de métier qui les intéresse, car l'expérience de « faisant fonction » reste une opportunité indéniable pour qui veut devenir cadre.

Aussi, accompagner les « faisant fonction » dans leur projet professionnel de devenir cadre, les aider à faire émerger leurs compétences et à légitimer leur fonction sont aujourd'hui des enjeux majeurs au sein des établissements de santé. Autant d'éléments qui expliquent l'importance de ce sujet d'actualité.

Nous avons vu dans ce travail que les métiers tels que IDE, manipulateurs en radiologie et cadres de santé étaient différents et que les professionnels notaient un décalage entre la représentation qu'ils se faisaient du métier de cadre et la réalité d'exercice. Ce changement de métier nécessite en effet la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

Nous avons observé chez les « faisant fonction » de cadres de santé combien le stress, les peurs, les interrogations pouvaient jouer sur le sens donné à leur projet professionnel et comment ils pouvaient influencer sur la poursuite ou l'abandon de celui-ci.

Suite à nos constats, nous nous sommes posés la question de savoir si une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé pouvait être bénéfique pour les postulants.

Nous avons alors orienté notre questionnement sur les mécanismes qui aboutissent à cette transformation identitaire et sur les moyens de les accompagner.

Nos hypothèses se sont tournées vers une politique institutionnelle d'accompagnement des « faisant fonction » de cadres de santé pouvant aider à l'émergence et à la concrétisation de leurs projets professionnels.

Nos lectures ont permis de clarifier les concepts nécessaires à l'élaboration de ce travail, soit sur les notions de projet, d'apprentissage, de compétences, d'accompagnement, de recherche identitaire et GPEC. L'apport socio-historique de la profession cadre de santé et des organisations nous a quant à elle explicité les notions de place et rôle de l'encadrement au sein des établissements.

Notre enquête de terrain nous a ensuite permis de repérer différentes approches de l'accompagnement en matière d'aide à la formalisation du projet professionnel des

« faisant fonction » de cadres de santé et combien ceux qui en ont bénéficié étaient satisfaits. Si les résultats d'enquête auprès des personnels de direction et d'encadrement n'ont pas validé totalement nos hypothèses, ceux auprès des « faisant fonction » de cadres de santé les ont eux confortés.

Aussi nous avons vu que sélectionner en interne des candidats à la fonction cadre de santé représente un coût et un enjeu important pour les établissements, les « faisant-fonction » d'aujourd'hui étant les cadres de demain dans la plupart des cas.

C'est pour ces raisons qu'en tant que directeur des soins, il nous semble important d'une part de cibler les meilleurs candidats à la fonction et d'autre part de faciliter leur prise de poste en les accompagnant et en les évaluant individuellement.

Les futurs cadres méritant toute notre attention, il semble donc important que les établissements aient une volonté de mettre en place une politique institutionnelle de choix et un dispositif d'accompagnement personnalisé des « faisant fonction » de cadres, afin de les aider à bâtir leur projet professionnel de devenir cadre, de les mener à terme, c'est-à-dire au concours d'entrée à l'IFCS afin de légitimer complètement leur fonction.

Une telle politique permettrait au directeur des soins, garant de la qualité et de la formation du personnel, de travailler avec ses collègues directeurs, l'équipe d'encadrement, des médecins chef de service, un projet institutionnel ayant pour finalité le développement des compétences des cadres au service de l'institution, des équipes soignantes et des usagers.

---

# Bibliographie

---

## **Documents ministériels :**

DIRECTION DES HOPITAUX. Guide de Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences . Ministère de la Santé, Mai 1997.

DRASS DES PAYS DE LOIRE. Le métier de Cadre infirmier aujourd'hui...quel avenir ?, Janvier 2005.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Etude sur l'encadrement dans les établissements publics de santé (hors personnel de Direction), Direction des hôpitaux, Octobre 2000.

## **Documents Pédagogiques :**

BARTHES R. La GPEC. Document ENSP, 2006.

Contrat tutorat « Faisant-fonction » cadre de santé CHU d'Amiens,réactualisé 2005.

DONIUS B. La gestion prévisionnelle de l'emploi, des métiers et des compétences. Document pédagogique. Formation des directeurs des soins. ENSP, 2006.

## **Textes législatifs et réglementaires :**

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

Décret du 18 Février 1938 instituant les diplômes simple et supérieur d'infirmier ou infirmière hospitaliers et d'assistant et assistante du service social de l'état. J.O. « Lois et décrets »,22 Février 1938.

Décret 831 du 17 Avril 1943 portant règlement d'administration publique pour l'application de la loi du 21 Décembre 1941 relative aux hôpitaux et hospices publics.

Décret n°58-1104 du 14 Novembre 1958 créant un certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière monitrice et infirmier moniteur et d'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 et arrêté du 9 Octobre 1975 relatif aux écoles de cadres infirmiers et infirmières.

Arrêté du 22 Juillet 1976 relatif au certificat de cadre infirmier de secteur psychiatrique.

Décret n°89-583 du 3 Août 1989 et Loi n° 86-33 du 9 Janvier 1986.

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

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

Arrêté du 18 Août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. J.O. du 20 Août 1995

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

Décret n°2001-1375 du 31 Décembre 2001 portant statut particulier des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. JO du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Décret 2002 - 550 du 19/04/02, article 4, portant statut particulier du corps des directeurs des soins de la fonction publique hospitalière.

### **Ouvrages :**

ABRIC J.C. Pratiques sociales, représentations ; Editions PUF, 1994, p 91.

BERNOUX P. la Sociologie des Organisations ; Edition du Seuil, 1985, 382 p

BRU M / NOT L. Où va la pédagogie du projet ?; Editions Universitaires du Sud,1987.

GENELOT D. Manager dans la complexité ; Paris INSEP Editions, 1998, p 7.

GOGUELIN P/KRAU E. Projet Professionnel, projet de vie ; Paris ESF Editeur,1992,195p

KNIBIEHLER Y, HUGON V. Cornettes et Blouses blanches ; Paris Hachette,1984, pp 297-298.

LE BOTERF G . L'ingénierie des compétences ; Edition d'organisation, 1998, 415 p

LE BOTERF G. De la compétence: essai sur un attracteur étrange ; Editions d'organisation, 1995,176 p.

MEIRIEU PH. Apprendre...oui, mais comment ?, Paris ESF Editeur, 1989, 4<sup>ème</sup> édition.

PEYRE P. Projet professionnel, formation et alternance. Paris L'Harmattan, 1995. p 22

SAINSAULIEU R. L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation. Paris Edition Presse de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1998, 477 p.

### **Revue professionnelle :**

ALIX I,BERNIER M. Projet professionnel et formation.Soins Cadres, Août 2001 n°39, p 21

EYMARD-SIMONIAN C. Projet individuel, projet institutionnel et identité collective. Soins cadres, Août 2001,n° 39, p 22.

HAMILTON A. Les Gardes-malades. Soins, Août 1978, n° 15 / 16, p 96.

LE COCQ P. Vous avez dit tutorat ?, Revue Inter Bloc,n°1/ 1997,tome XVI,p 6.

PERRIN G. Les cadres infirmiers hier et aujourd'hui . Soins Cadres, 2<sup>ème</sup> trimestre 2000, N° 34, pp 11,14.

### **Périodiques :**

GILLET P. Pour une écologie du concept compétence . Education permanente,n°135 Février 1998, p 28.

KNIBIELHER Y. Revue actualité de la formation permanente, n° 119.

MEZIRROW J. Penser son expérience. Lyon : Chronique sociale, 2001, pp30- 32.

MINTZBERG H. Nous vivons dans le culte du management. Revue Sciences Humaines, Mars/Avril 1998, Hors Série N° 20, p 22.

### **Dictionnaire :**

PETIT ROBERT. Noms communs, Editions, Juin 1981.

**Mémoires:**

BRAY.L. L'accompagnement des cadres de santé en difficulté : une mission du directeur des soins, ENSP 2005, 57 p.

CHARON.J. L'accompagnement du « faisant-fonction » de cadre de santé : un bénéfice pour le postulant et l'institution, ENSP 2002, 71 p.

KUHN D. Faire fonction de cadre de santé, pour une identité professionnelle en construction, IFCS Limoges, 2004 / 2005, 55 p.

PICHON C. Impulser, accompagner et donner du sens à la nécessaire évolution du métier de cadre de santé, ENSP 2000, 66 p.

---

## Liste des annexes

---

II Grille d'entretien destinée aux cadres supérieurs de santé, aux directeurs des soins, aux directeurs des ressources humaines.

III Grille d'entretien destinée aux « faisant fonction » cadres de santé

**Grille d'entretien destinée aux cadres supérieurs de santé  
aux directeurs des soins, aux directeurs des ressources humaines**

**Regroupement des questions autour de la politique de recrutement au sein de l'établissement :**

- 1) Existe-t-il beaucoup de postes de Cadres de Santé vacants dans l'établissement ?
- 2) Y a-t-il beaucoup de « faisant-fonction » ?
- 3) Existe-t-il une politique de recrutement des Cadres dans l'établissement ? si oui, quelle est-elle ?
- 4) Pour les CS et CSS : Quelle est votre collaboration avec le DS, le DRH en ce qui concerne les « faisant-fonction » ? la GPEC ?  
Pour le DS : Quelle est votre collaboration avec le DRH en ce qui concerne les « faisant-fonction », la GPEC ?  
Pour le DRH : Quelle est votre collaboration avec le DS, les CSS en ce qui concerne les « faisant-fonction », la GPEC ?

**Regroupement des questions autour de la reconnaissance de la fonction cadre au sein de l'établissement :**

- 5) Comment les considérez-vous ? ont-ils les mêmes responsabilités que les Cadres ?
- 6) Comment sont-ils présentés aux équipes, aux cadres, aux médecins ?

**Regroupement des questions autour de l'accompagnement des « faisant fonction »**

- 7) Comment sont-ils encadrés ?
- 8) A qui ont-ils recourt en cas de difficultés ?
- 9) Existe-t-il une procédure écrite d'accompagnement des « faisant-fonction » dans l'établissement ?
- 10) Si oui, pensez-vous que celle-ci soit utile ?
- 11) Jusqu'où doit aller cet accompagnement ?
- 12) Que leur proposez-vous en cas d'échec au concours d'entrée à l'IFCS ?

**Avez-vous quelque chose à ajouter à cet entretien ?**

**Questionnaire n° .....**

## **Grille d'entretien destinée aux « faisant-fonction » cadres de santé**

### **Thème n° 1 : Fondement du projet professionnel**

- 1) Depuis combien de temps faites vous « faisant – fonction » de cadre de santé ?
- 2) Avez-vous changé d'unité, de service pour exercer cette fonction ?
- 3) Quelles sont vos principales motivations pour exercer la fonction de cadre ?
- 4) Avez-vous élaboré un projet professionnel ? à quand remonte t'il ?
- 5) Comment et qui a validé ce projet ?
- 6) L'expérience qui vous est proposée de faire fonction vous conforte t-elle dans votre projet professionnel ?

### **Thème n° 2 : Représentation de la fonction Cadre**

- 7) Quelle image de la fonction cadre vous faisiez vous lorsque vous étiez soignant ?
- 8) Avez-vous cette même image aujourd'hui ?
- 9) Comment vous sentez-vous dans cette fonction ? Parlez moi de vos relations professionnelles

### **Thème n° 3 : Légitimité de la fonction**

- 10) Lorsque vous avez appris votre affectation, comment avez-vous été présenté à l'équipe ?
- 11) Vous a-t-il été remis une fiche de poste ?
- 12) Participez vous aux réunions d'encadrement ? aux réunions institutionnelles ?  
à l'évaluation des agents ?
- 13) Quelles sont vos responsabilités ?
- 14) Quel est votre engagement dans l'organisation de votre service ?

### **Thème n°4 : L'accompagnement**

- 15) Comment êtes vous évalué au cours de cette prise de fonction ?
- 16) Comment êtes-vous aidé dans vos fonctions et prises de décision ?
- 17) Pensez-vous que le fait de « faire-fonction » représente une plus value :
  - pour l'institution au quotidien ?
  - pour vous aider à préparer le concours d'entrée à L'IFCS ?
- 18) Avez-vous déjà eu envie de mettre fin à cette expérience ? si oui, pourquoi ?
- 19) Comment envisagez vous l'avenir en cas d'échec au concours d'entrée à l'IFCS ?

### **Avez-vous quelque chose à ajouter à cet entretien ?**

**Questionnaire n° .....**