

**Institut de Formation des Cadre de Santé
du CHU de Rennes**

&

**Université Bretagne - Loire
Université de Rennes 2**

Centre de Recherche sur l'Education, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Le Care
comme philosophie managériale du cadre de santé

Maryline DAVENNE

Directeur de mémoire : Madame CHAREYRE Marie-Christine

Date de la soutenance : le 22 septembre 2017

Année 2016-2017

Remerciements

En préambule de ce mémoire, je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont accompagnée tout au long de ce travail de recherche :

Madame Chareyre, ma directrice de mémoire pour son accompagnement et ses conseils qui m'ont permis de cheminer dans l'écriture de ce sujet.

Madame Renon Christine et Madame Nicolle Marylène pour leurs soutiens et encouragements tout au long de cette formation.

L'ensemble des collègues de la promotion IFCS 2016 pour avoir été une source d'inspiration et de motivation.

Monsieur Bertrand Gougeon pour sa présence, son soutien et son amitié.

Enfin, je souhaite adresser des remerciements particuliers à :

Monsieur David Ablancourt, mon conjoint, pour son soutien de tous les jours pendant cette année de formation, pour sa patience et sa disponibilité, son écoute dans mes moments de doute.

Mademoiselle Clémentine Mennelet, ma fille, pour ses sourires, ses câlins et son amour, inconditionnel et réciproque.

A ma fille,

A mon conjoint,

A mon « amilègue »

« Que la force me soit donnée de supporter ce qui ne peut être changé, le courage de changer ce qui peut l'être et la sagesse de distinguer l'un de l'autre. »

Marc Aurèle

Sommaire

<i>Remerciements</i>	3
<i>Sommaire</i>	5
<i>Problématique</i>	6
1.1. Introduction.....	6
1.2. Formulation de la question de recherche.....	14
1.3. Annonce du plan de recherche vers le modèle d'analyse	15
<i>Cadre conceptuel et notionnel</i>	17
2.1. L'intuition.....	17
2.2. Traduction et sémantique de <i>care</i>	19
2.3. Approche praxéologique du « prendre soin »	21
2.4. L'éthique du <i>Care</i> ou sa finalité : la responsabilité.....	25
2.5. Le cadre de santé	29
2.6. Le management.....	31
2.7. La motivation comme levier de management	35
<i>Méthodologie de recherche empruntée</i>	40
3.1. L'entretien non-directif :.....	40
3.2. La consigne	41
3.3. Choix des informateurs	42
<i>Analyse et interprétations des entretiens</i>	46
4.1. Méthodologie empruntée.....	46
4.2. <i>L'attention</i> dans le discours des cadres de santé	47
4.3. <i>L'accompagnement</i> dans le discours des cadres de santé	56
4.4. Critique méthodologique et apports de la démarche de recherche	63
<i>Conclusion</i>	64
<i>Glossaire</i>	69
<i>Liste des références bibliographiques</i>	70
<i>Table des matières</i>	74
<i>Résumé</i>	77

Problématique

1.1. Introduction

De manière spontanée, suite à dix années d'expériences en tant qu'infirmière et trois ans de faisant-fonction cadre de santé, j'ai tenté le concours d'entrée à l'école des cadres de Rennes en 2015, pour lequel j'ai été reçue. Mon entrée en formation a été reportée à 2016, pour des raisons de financements appartenant à l'hôpital, d'une part, et pour mener à termes les projets du pôle ainsi que l'écriture de mon mémoire de master en « Ethique, sciences, santé et société ».

Intitulé, « La collégialité à l'épreuve de la pratique : point de vue d'une « voix » infirmière », le sujet de ma recherche en éthique portait sur le rôle des paramédicaux dans le processus décisionnel qui concerne le projet de soin des patients en fin de vie. J'ai abordé mon questionnement par **la philosophie du Care** et ses concepts pour démontrer que l'implication de l'équipe paramédicale dans les discussions de projets de soin était source de motivation au travail ainsi que de sérénité durant l'accompagnement du patient et de son entourage dans les moments difficiles. Il me semble important de faire part de ce sujet de réflexion, de prime abord, car ces questions de responsabilité, d'attention et de soin qui y sont au cœur, reviendront dans ce présent mémoire, à partir d'un autre point de vue, celui de la fonction du cadre de santé pour son équipe.

Les questionnements qui se poursuivent aujourd'hui, dans ce mémoire et pour ma « nouvelle » fonction sont étroitement liés à mes expériences. L'éthique, le langage et le sens de ma pratique traversent mon exercice soignant. La formation à l'IFCS et la démarche de recherche que j'entreprends ici permettront de définir ce en quoi j'aspire à être cadre de santé et d'affirmer une posture, un langage, pour cette fonction, pour les futures équipes que je serai amenée à accompagner.

L'introduction de ce travail se déroule en trois parties : une rétrospective sur mon exercice professionnel avant l'entrée à l'institut de formation des cadres de santé de Rennes, suivie de l'explicitation du contexte qui a fait émerger ma question de départ pendant cette année de formation, enfin l'état de l'art des liens que j'ai pu faire entre ces deux premiers chapitres et qui m'ont conduit à la formulation de la problématique de ce travail de recherche. La transition de cette première partie introductive annonce ensuite le cadre conceptuel et

notionnel étudié pour formuler d'éventuelles hypothèses, la méthodologie des entretiens menés, leurs analyses et interprétations pour aboutir à la conclusion de ce mémoire.

Si donc on recherche une définition de l'éthique, je la chercherais plutôt dans ses effets, c'est à dire lorsqu'une situation provoque chez le soignant une sorte de choc, le tire hors de lui-même ou au contraire le contraint à descendre en lui plus profondément jusqu'à le confronter dans son essence même à ses propres interrogations. C'est à ce moment que l'on reconnaît l'interrogation éthique vraie. (David, 1997, p9)

Cette citation est pour moi et ma posture professionnelle, un fil conducteur. Je la comprends comme telle : ce qui vient interroger ma pensée me pousse à chercher, questionner pour comprendre et grandir, grandir au sens de sagesse, dans et pour ma pratique. Il s'agira dans ce mémoire d'étudier ce qui peut susciter un questionnement et ce qu'un cadre de santé peut mettre en œuvre dans sa pratique pour tenter d'y répondre et mener à bien sa fonction.

1.1.1. De mon parcours professionnel de soignante...

Sortant diplômée d'état de l'institut de formation en soins infirmiers de Laval en novembre 2002, j'ai débuté ma carrière professionnelle en psychiatrie adulte, dans le service d'admission du court séjour Laval ouest. Une opportunité que j'ai saisie sans hésiter car je portais un intérêt pour le soin en psychiatrie en amont, sensibilisée par mon environnement familial travaillant dans cette discipline. J'ai ainsi exercé pendant 5 années mes fonctions dans ce service d'admission et gestion de crise aiguë, dans une équipe pluridisciplinaire expérimentée qui m'a transmis ses savoirs professionnels. J'ai progressivement accru mes connaissances en psychiatrie et psychopathologie, enrichi mes compétences socio-relationnelles et acquis le sens des responsabilités. Je me suis investie dans le service, partie prenante des prises en soins, mettant à cœur d'être disponible, à l'écoute, aidante, soignante pour les patients. Aussi, j'ai développé mon sens de l'observation, mes capacités d'adaptation et d'anticipation, la gestion des risques et du stress, l'écoute pour répondre à l'angoisse des patients et de leurs familles.

Au cours de l'année 2007, j'ai souhaité changer de poste avec pour motivation le désir de découvrir d'autres dimensions de ma profession et d'acquérir de nouvelles compétences. J'ai alors accepté un poste d'infirmière en réanimation polyvalente. Après avoir passé le cap de la

formation nécessaire à ce service très pointu en matière de technicité des soins, j'ai eu à cœur de travailler et de transmettre l'importance du soin relationnel et psychique pour les patients et les familles. En réanimation, une fois la crainte des responsabilités, le stress de l'acquisition des compétences et connaissances, ainsi que la maîtrise des techniques passés, j'ai pu plus aisément prendre du recul et réfléchir à la teneur de mes actes et la dimension psychologique du soin. Je suis arrivée dans un service en manque d'encadrement de proximité, une équipe non fédérée autour d'un projet de soins centré sur le patient, ce que j'avais connu en psychiatrie. Mon exercice au sein de ce service, avec l'expérience que j'avais de la psychiatrie, ont été les déclencheurs d'une réflexion personnelle sur la pratique des soins que j'y observais et que je souhaitais partager. Les questions que je me posais alors au regard de toutes ces techniques et d'un patient trop souvent ignoré dans les pratiques étaient : quel sens donnons-nous à nos actions ? Comment considérons-nous le patient ? Notre réanimation est-elle déshumanisée ?

Mes expériences professionnelles de cinq ans respectivement, en psychiatrie adulte et réanimation polyvalente, m'ont progressivement amenée dans une démarche de réflexion sur les pratiques de soins, ou comment améliorer les conditions d'hospitalisation et de travail en équipe. Afin d'étayer ma réflexion, mais aussi pour acquérir de nouvelles compétences et des connaissances en matière de droit et d'éthique dans le domaine de la santé, j'ai entrepris, en Janvier 2012, sur mon temps personnel un diplôme inter universitaire en « Ethique et décisions en Santé Publique » enseigné à l'Université de Rennes 1.

Suite à l'obtention de ce diplôme en juin 2012 et toujours dans ma quête de sens du « prendre soin », j'ai souhaité poursuivre ma formation professionnelle vers un Master en « Ethique, sciences, santé et société » enseigné à l'Espace Ethique de l'hôpital Saint Louis à Paris. Cette fois-ci accompagnée par mon établissement, et ma candidature ayant été retenue pour la rentrée d'octobre 2012, la direction des soins m'a proposée un poste aménagé d'infirmière faisant fonction cadre de nuit aux urgences à mi-temps. Pendant l'année et demie sur ce poste, mon rôle était d'assurer la gestion des lits d'hospitalisation sur l'ensemble de l'établissement, coordonner les transferts vers les services ou des structures extérieures, manager l'équipe pluridisciplinaire des urgences, être en lien avec les médecins sur place et ceux de garde, gérer des problématiques ponctuelles de l'ensemble des services du centre hospitalier pouvant survenir la nuit, avec le concours si nécessaire de l'administrateur de garde. Je n'avais pas la gestion des plannings des effectifs de nuit, ce rôle était confié à une autre cadre de santé.

Aussi, cette année et demie m'a, de fait, menée dans une quête de sens identitaire : comment passer d'une logique de soins à une logique de gestion et d'encadrement ? Régulièrement dans des situations d'hôpital en tension, j'ai revêtu ma blouse d'infirmière pour aider l'équipe à faire face à l'afflux massif des patients aux urgences sur certaines périodes de l'année. Dans mes débuts, je ne pouvais pas ne rien faire c'est-à-dire reprendre mon rôle d'infirmière. En même temps, j'ai vite pris la mesure de la complexité de l'organisation hospitalière, mais aussi celle du rôle et de la fonction du cadre dans cette organisation. Je ne pouvais pas être partout. Je courais partout et beaucoup de questions me traversaient. Quel est mon rôle et comment vais-je parvenir à mener à bien ma mission de gestion et d'encadrement ? Comment désengorger les urgences sachant le manque de lits en aval ? Comment négocier des placements provisoires en termes d'hospitalisations dans un service qui ne correspondait pas à la discipline de la pathologie prise en charge ? Comment faire avec des équipes réduites, fatiguées souvent en manque de motivation ? Je me suis construite petit à petit dans ce rôle d'intermédiaire, d'interface où la communication, le langage et la posture étaient des leviers pour œuvrer ensemble dans cet environnement complexe qu'est la nuit dans un hôpital en tension. J'ai eu à cœur d'être disponible, d'être à l'écoute et attentive aux remarques et aux difficultés des équipes, à ce qu'elles avaient à dire. Il m'aura fallu beaucoup dialoguer avec les acteurs de terrain et négocier avec les médecins pour faire comprendre les nécessités et les contraintes. Je tentais dans le dialogue de comprendre les enjeux, les manques sous-jacents, de redonner le sens de nos actions, évitant d'entrer dans des considérations conflictuelles. Être présente pour accompagner les équipes dans les moments difficiles en termes de charges de travail et partager autour de ces difficultés, ont permis de soulager, de poser les choses même si les problèmes n'étaient pas forcément résolus sur le moment. Ainsi, ce poste m'a permis de développer mes capacités d'adaptation et de coordination, mais aussi de maîtrise et d'affirmation de soi, étant le premier interlocuteur des services de soins et « personne-ressource » pour les soignants. A mesure que je prenais de la distance avec l'acte de soin en lui-même auprès des patients, je prenais conscience de mon utilité et de ce pourquoi je devais œuvrer : un autre soin où mes compétences relationnelles et d'écoute allaient être au service des équipes, pour les patients et leurs familles in fine.

L'acte de *care* d'un cadre de santé ne fait-il pas sa professionnalité ?

Cette implication professionnelle a renforcé mon sens de la communication, des responsabilités et de l'accompagnement des équipes : un rôle dans lequel je m'épanouissais réellement et qui a fait naître mon projet de devenir cadre de santé.

Suite à une restructuration de l'encadrement au sein des urgences, l'établissement m'a proposé de poursuivre mon exercice sur un poste d'infirmière faisant fonction cadre en psychiatrie adulte. Je venais de valider, en juin 2013, la partie théorique du Master en Ethique, remettant l'écriture de mon mémoire à plus tard par besoin de temps et de mise à distance pour mûrir ma réflexion. J'ai donc, saisi cette opportunité de retourner vers une spécialité que je connaissais, car j'en avais une certaine expertise et j'allais pouvoir me concentrer pleinement sur la fonction d'encadrement de jour. En décembre 2013, j'ai ainsi pris mes fonctions d'encadrement à mi-temps sur le centre médico-psychologique (CMP), et mi-temps sur l'hôpital de jour (HDJ) du secteur Ouest Lavallois.

L'arrivée dans ces services, avec un regard neuf et critique, m'a permis de mettre en œuvre des projets remettant en question certaines pratiques ou fonctionnements, en lien avec des problématiques institutionnelles ou polaires. Impulser une démarche réflexive en équipe quant au sens de nos orientations et pratiques pour les patients que nous prenions en charge, me semblait être moteur pour la compréhension, la motivation et la coopération interdisciplinaire.

Ces questionnements émergeaient dans un contexte urgent de déménagement des hôpitaux de jour, Ouest et Est, contraint par l'ARS. Partant d'un constat de vétusté des locaux, d'inadéquation aux normes d'accessibilité aux personnes à mobilité réduite, j'ai coanimé un groupe de réflexion pluri professionnel (médecins, psychologues, assistantes sociales, infirmiers, cadres) ayant pour objectif l'élaboration d'un projet architectural en lien avec les missions des services des hôpitaux de jour, les médiations thérapeutiques et les contraintes économiques. Il aura fallu réfléchir et construire vite l'ensemble du projet en termes de réorganisation et d'optimisation des pratiques d'accueil et de prise en charge. La finalité de ce projet, favorisé par la participation, les échanges et la verbalisation des inquiétudes et tensions lors des réunions de réflexion, a conduit aux déménagements des hôpitaux de jour dans une certaine sérénité. Ce projet m'a permis de mettre en œuvre et développer cet acte de care, initié aux urgences, dans ma fonction managériale de cadre de santé. Etre disponible, assurer une présence, être à l'écoute, apporter des éléments de compréhension, rassurer, aura permis de fédérer l'équipe pluri professionnelle autour d'un projet commun, ce malgré une logique

économique contrainte suscitant stress et doutes, frein par moment. De plus cette période était pour moi une grande source de motivation. La communication par langage optimiste sur l'avenir, l'implication des professionnels et même des patients, dans les réflexions ont été moteur pour mener à bien ce projet dans les temps, avec comme objectif principal le moins de perte de repères dans les soins et de décompensations pour nos patients vulnérables.

Parallèlement, les mêmes interrogations, en termes de posture et de conduite de projet, émergeaient également au sein du Centre médico-psychologique Ouest, au regard d'une demande de l'ARS et de la Direction des soins à repenser la prise en charge des adolescents de plus de 15 ans et trois mois atteints de troubles psychiatriques sur le pôle. Le secteur pédopsychiatrique était en difficulté pour répondre aux demandes de soins car en pénurie médicale. Ces prises en charges devaient alors s'effectuer sur le secteur adulte sans allocation de ressources humaines supplémentaire. Ces futures prises en soins des adolescents ont nécessité beaucoup de temps, de réflexions en équipes et de rencontres entre les professionnels de la pédopsychiatrie et ceux du CMP pour penser les relais. Ce projet occupait une large place dans nos réunions pluri professionnelles hebdomadaires au CMP. J'ai eu à cœur de prendre ces temps, de ne pas forcer ni imposer les choses, ceci dans l'objectif de dédramatiser les craintes et d'accompagner l'équipe à se fédérer dans une démarche réflexive recentrée autour des patients adolescents. Laisser s'exprimer les tensions, partager ne pouvait qu'apporter l'apaisement, pour mieux travailler ensemble par la suite.

Là encore je mettais en œuvre ce que j'appelle l'acte de *care* du cadre de santé. C'était mon intuition que cette manière de faire pouvait être moteur, source de motivation réciproque, et de création.

Dans cet accompagnement et management, les équipes des deux secteurs ont pu travailler ensemble à la création d'une « unité passerelle », expérimentale, avec les ressources disponibles pour faciliter les relais de prises en charges complexes.

1.1.2. ...vers la problématisation du sujet de mémoire de fin d'étude à l'IFCS

L'entrée à l'IFCS de Rennes, en septembre 2016, et les premiers enseignements sur les politiques hospitalières allaient répondre à mes attentes et besoins, en termes d'acquisition de connaissances, exprimés dans mon projet professionnel et présentés lors du concours

d'admission. Ces éléments théoriques abordés par les différentes réformes qui se sont succédées depuis une trentaine d'années en France, ainsi que les cours des unités d'enseignements 1 et 2 concernant les sciences de gestion à l'IGR (Institut de gestion de Rennes) allaient, en même temps beaucoup me questionner. Le vocabulaire comptable et gestionnaire transmis, interrogeait ma conception du cadre de santé que je m'étais forgée jusqu'alors. Ayant principalement exercé en psychiatrie, je n'étais pas réellement sensibilisée, dans ma pratique, à l'approche économique hospitalière en termes de maîtrise de l'activité et des dépenses d'un service, bien que soucieuse du gaspillage. Ces interrogations, autour du vocabulaire et d'un éventuel langage à adopter dans ma future fonction, ont été les points de départ de ma réflexion dans ce mémoire. Il me fallait comprendre ce que ces enseignements viennent questionner dans ma pensée. Dans mon cheminement, j'ai ressenti un besoin d'analyser les résonances que ce nouveau vocabulaire générerait en moi.

L'étude de l'évolution du système de santé français depuis la fin du XX^e siècle, restituée dans son contexte socio-économique et politique, a été une première étape pour identifier les enjeux en présence et tendre vers une réponse. De manière synthétique, les réformes successives du système de santé français s'expliquent d'une part, par la montée du consumérisme médical, l'exigence des patients en termes de qualité et sécurité des soins, et d'autre part, un déficit de l'assurance maladie considérable. Le contexte de crise économique, au regard du consumérisme grandissant, de l'augmentation des dépenses de santé, a contraint le législateur à freiner et encadrer les dépenses de santé, principalement hospitalières, ceci dans l'objectif futur de garantir la qualité et la sécurité des soins. Le fonctionnement et l'organisation du système de santé en France, vues les problématiques anciennes et à venir, ont posé la question de l'autonomie de l'hôpital ou le contrôle étatique sur sa direction.

La logique économique se veut éthique par les principes qu'elle pose en les termes précités. Aussi, les réformes successives qui ont traversé l'organisation et le fonctionnement du service public hospitalier, ces vingt dernières années, sont venues arbitrer ce système, désormais balisé par une gestion économique inquiète des dépenses et de la dette, dans un souci, toutefois, d'économie, de modernisation, de qualité, de sécurité, et de lutte contre les inégalités d'accès aux soins. La gestion publique, appelée aussi nouveau management public, apporte des outils de mesures et d'objectivation de l'activité de l'hôpital. Les ressources étant rares à l'hôpital, leur juste répartition est donc devenue un enjeu majeur, faisant entrer des logiques de rationalisation, d'optimisation, de rentabilité et de performance dans le quotidien des activités

du soin. La nouvelle gouvernance instaure un élargissement du mode de décision de ces allocations de ressources : les médecins et les cadres de santé, de par la mise en place des pôles, y sont directement impliqués. Ces logiques ont suscité de grands bouleversements dans le fonctionnement de l'hôpital public ainsi que dans la façon de travailler des soignants. Mais les faits d'actualité en termes de surcharge de travail, manque d'effectif, perte de sens, burn out ou suicides soignants, ainsi que les réactions du terrain, m'amènent à me questionner au regard de ce vocabulaire comptable et gestionnaire avec lequel je vais travailler inévitablement.

1.1.3. Une question de départ liée au rôle du cadre de santé

Le choix de mon thème de recherche n'a pas été d'une évidence immédiate. Cette question de nouveau vocabulaire venait interroger ma posture et ma philosophie managériale. Dois-je adopter un nouveau langage ? Une nouvelle logique d'action ?

Dans mon expérience de faisant-fonction, ne bénéficiant d'aucun savoir organisationnel, j'ai pratiqué *un management intuitif*, centré sur le soin au patient, sur les pratiques soignantes et une posture réflexive sur nos fonctionnements. Un cadre de santé part d'une expérience qui lui est singulière et donc de connaissances qu'il s'est forgées au fil du temps. Mes formations en éthique et mes réflexions sur la philosophie du *Care* ont été le ciment de ma pratique. En tant que cadre de santé et comme le conçoit la professeure en sciences infirmière Jean Watson dans sa définition du *Caring*, je suis, en tant que cadre de santé, un acteur du « prendre soin ». Pour Walter Hesbeen, infirmier et docteur en santé publique, être « soignant » ou acteur du « prendre soin » désigne une intention, une manière d'être, un langage plus qu'un statut professionnel. Cette notion d'intentionnalité se retrouve dans la définition même du *Caring* : « *aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement.* » (Watson, 1998, p 10).

Ma question de départ se formule donc ainsi :

De quelle manière, le cadre de santé saura-t-il conserver toute son attention au sens du soin dans un souci macro-éthique sociétal, dans un contexte socio-économique contraint ? C'est-à-dire, un sens à faire vivre au quotidien son service, en assurant la qualité de vie au travail des professionnels qu'il encadre et donc la qualité des prises en soins des patients. N'est-ce pas là ce que questionne Hesbeen par rapport à la raison d'être des compétences gestionnaires ? « *Celle-ci relève-t-elle d'une perspective gestionnaire ou*

témoigne-t-elle d'une perspective soignante reflétant une gestion appropriée à une activité particulière, celle de la santé de la population et du soin qu'elle nécessite. » (1997, p 83)

La formation des cadres de santé a pour objectif de professionnaliser les futurs cadres de santé sur les pratiques, démarches, dispositifs d'accompagnement et de conseil dans les situations de formation et de travail. Il s'agit pour nous d'acquérir ou d'approfondir des compétences nécessaires pour la future profession attendue, d'affirmer une posture de management. L'arrêté du 18 Août 1995, relatif au diplôme de cadre de santé, ouvre celui-ci à l'ensemble des professions paramédicales. Le contenu du nouveau programme de formation, dont les enseignements sont liés, entre autres, à l'économie de la santé et à la gestion, a pour objectif de dépasser les logiques de métier propres à chaque paramédicaux, pour intégrer les exigences de la gestion d'un service. Une initiation donc à une nouvelle fonction, de par l'acquisition de nouvelles compétences, loin de celle de l'infirmier expert dans sa discipline, ou anciennement, celui que l'on nommait « Surveillant ».

Au fil du temps, des discussions et des lectures, j'ai compris qu'il ne s'agissait pas tant, pour moi, d'appréhender *un nouveau langage* que de véritablement me questionner sur mon rôle en tant que cadre de santé dans, et pour ce contexte économique en évolution. Qu'allait être mon rôle, ma responsabilité ? Pour quoi, pour qui, allais-je œuvrer ? Et de quelle manière ? L'objectif étant « *de faire vivre les valeurs du soin au quotidien et de permettre à chacun d'accomplir le meilleur de soi. En cela, la responsabilité du cadre soignant est de nature éthique* ». (Svandra, 2005, p 222).

1.2. Formulation de la question de recherche

Penser sa pratique est essentiel pour une prise de recul. En donnant du sens aux pratiques, elle interroge la question du savoir, du pour quoi ou qui, et de quelle manière nous agissons. A mon sens, la réflexion sur nos pratiques a aussi une fonction de modérateur du dispositif existant car l'éclaircissement par la mise sur table des divergences d'opinions ou de représentations permet de libérer la parole sur les problématiques posées.

Bernard Honoré, auteur et philosophe contemporain, aborde, dans son livre « Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques », paru en 2003,

l'élaboration d'un travail philosophique nécessaire à la compréhension. Faire l'expérience du sens, dans une démarche analytique et réflexive de « *penser l'action en ses pratiques* » ainsi que les enseignements d'une formation, dans leurs mises en perspective, permet de trouver des chemins d'intercompréhension. Le sens d'une pratique peut se définir alors comme une mise en perspective de notre pensée, de ce dont nous pensons qu'il est question. Le sens est porté par l'orientation prise par notre projection dans l'avenir. Il est toujours en élaboration. Il s'agit bien dans ce travail de recherche, de trouver des clés de compréhension pour mon projet professionnel et personnel également.

La compréhension est à la fois une attitude et une démarche d'ouverture du sens. L'attitude compréhensive est celle de la personne qui, à l'égard de quelque chose, de quelqu'un, d'une situation, est disposée, dans sa prise en considération, à ne pas se référer seulement à sa signification habituelle mais à poser la question de son sens. (Honoré, 2003, p 47)

Ce travail de recherche me donne l'opportunité d'explorer ma question de recherche ainsi formulée :

Dans le contexte socio-économique actuel, en quoi la philosophie du *Care* est-elle un levier de motivation dans la fonction managériale du cadre de santé ?

1.3. Annonce du plan de recherche vers le modèle d'analyse

Mon travail de recherche s'inscrit dans une démarche inductive. La problématique que je formule sous-entend que la philosophie du *Care* est un ressort essentiel à l'action du cadre de santé, pour favoriser la motivation et le bien-être au travail, dans un contexte socio-économique contraint.

Afin de progresser dans ma démarche de recherche, une première partie présente le cadre conceptuel et notionnel qui servira mon analyse. Il s'agit ici de définir les bases théoriques et les courants de pensées sur lesquels repose le paradigme que je propose. Un premier chapitre est réservé à la définition de la notion d'intuition qui a guidé ma pratique jusqu'à présent. Le deuxième chapitre est consacré à la définition du *Care* et de ses attributs ou qu'est-ce que le

langage du *Care* et sa grammaire. Le troisième chapitre aborde la définition contemporaine du cadre de santé pour tendre vers le concept de *management*. Le dernier chapitre apporte une définition de la motivation et les liens théoriques avec les concepts précédemment étudiés.

La seconde partie présente la méthodologie empruntée pour le recueil des données de terrain. Cette partie se veut réflexive quant aux critères de choix retenus pour mon enquête empirique.

Le traitement des données recueillies sur le terrain, triangulé avec la partie introductive de ce mémoire et le modèle théorique, fait l'objet de la troisième partie « analyse et interprétation ».

Avant de conclure ce travail par une projection personnelle et professionnelle au regard de ma question de recherche, je fais état de ma critique méthodologique générale quant à l'élaboration de ce mémoire.

Cadre conceptuel et notionnel

2.1. L'intuition

La notion d'intuition revient plusieurs fois dans l'introduction de ce mémoire de recherche. Comme je l'ai décrit, mon action managériale auprès des équipes que j'avais sous ma responsabilité a été intuitivement guidé par ce que je nomme « *l'acte de care* ». Aller rechercher ce que les auteurs ont pu définir de cette notion paraît être une première étape. Sa définition pourrait permettre de faire des liens pour la suite de ce propos.

Etymologiquement, le terme « intuition » vient du latin « *intuitio* » signifiant « la vue », « le regard ». Il définit un mouvement : « *in* » (du dedans) « *tui* » (jaillit) « *tio* » (vers l'extérieur) Il est dérivé de « *intueri* » décrivant l'action de « regarder attentivement, avoir la pensée fixée sur ». (CNRTL) Le terme d'intuition relève du langage de « la vision », il se rapporte à l'acte et à l'attention du regard. (Encyclopaedia Universalis)

Les sociologues, psychologues et les philosophes ont beaucoup traité la question de l'intuition. Daniel Kahneman, psychologue américano-israélien, prix Nobel d'économie en 2002, a mené des études pionnières sur le thème de la prise de décision et les systèmes de la pensée. Dans son livre, *Système 1/ système 2 : les deux vitesses de la pensée* (2012), il aborde la question de l'intuition. Pour l'auteur, notre système de réflexion est composé de deux systèmes. **Le système 1**, inconscient, intuitif, naturel ou la pensée rapide. « *Ce système simplifie les évènements et utilise un système d'association d'idées pour produire un rapide croquis d'une situation donnée.* » **Le système 2**, utilisant la réflexion et le raisonnement, est la pensée lente. Il spécifie que ce système est plus difficile à faire fonctionner car il suppose beaucoup plus d'éléments à analyser. Il précise que notre pensée est dominée par le système 1, l'intuition, et qu'elle régit nos décisions. Elle est parfois responsable d'erreurs, puisque tout n'a pu être analysé (système 2), mais bien souvent source de succès. Dans son livre, il fait référence à Herbert Simon, économiste et sociologue américain, qui décrit le fonctionnement de l'intuition ainsi : « *la situation fournit un indice ; cet indice donne à l'expert un accès à une information stockée dans sa mémoire, et cette information, à son tour, lui donne la réponse. L'intuition n'est rien moins que de la reconnaissance.* » (Kahneman, 2012, p284) Cette définition permet de faire un lien avec les connaissances et expériences vécues rangées dans notre mémoire.

En philosophie, l'intuition se définit comme « *la connaissance directe et immédiate d'une vérité qui se présente à la pensée avec la clarté d'une évidence, qui servira de principe et de fondement au raisonnement discursif.* » (CNRTL)

Pour Henri Bergson, l'intuition représente l'attention que l'esprit se prête à lui-même. « *L'intuition, c'est la conscience dans ce qu'elle a de plus lumineux* » et « *la conscience est un trait d'union entre ce qui a été et ce qui sera, un pont jeté entre le passé et l'avenir.* » (Citations d'Henri Bergson, *l'évolution créatrice*) Dans la pensée Bergsonienne, l'intuition est une vision directe de l'esprit par l'esprit. Bergson décrit l'intuition comme une lumière presque éteinte qui se ravive lorsque ce qui relève de la vie est en jeu. Elle est une continuité substantielle, mise en conscience, de nos connaissances et expériences.

Dans son livre « *Spinoza avait raison* », Antonio Damasio, professeur de neurosciences, neurologie et psychologie, fait référence à la philosophie, et comme le titre l'indique celle de Spinoza, pour affirmer une définition de l'intuition. Il fait état de la conception de Spinoza selon laquelle deux voies différentes mènent au salut. La première serait de mener une vie vertueuse et tendre vers la sagesse, la seconde, dans cette première posture serait d'avoir *l'accès intuitif à la compréhension fondée sur une vaste connaissance et une réflexion permanente.* Le philosophe considère l'intuition « *comme le mode de connaissance le plus sophistiqué – c'est chez lui la connaissance du troisième genre. Mais l'intuition ne survient que lorsque nous avons accumulé des connaissances et utilisé notre raison pour les analyser.* » (Damasio, 2003, p280)

Kant, dans la préface 1 de « *Critique de la raison pure* », explique que notre connaissance naît dans notre pensée de deux sources fondamentales : l'intuition et le concept. Au regard de ma démarche de recherche autour de la question de la philosophie du *Care* au service de l'action managériale d'un cadre de santé, il apparaît nécessaire de rendre ses attributs, ses concepts, sensibles, c'est-à-dire d'y ajouter de l'objet afin de rendre intelligible cette intuition.

Qu'est-ce que « la philosophie du Care » ou ce qui constitue une grammaire éthique de l'acte de « Care » ?

Afin d'éclairer l'objet de ma recherche, j'ai choisi, dans un second temps, d'approfondir la définition de « care » puis le concept de « prendre soin » sous un angle éthique, c'est-à-dire

au sens des valeurs et des finalités que cette action implique dans la relation humaine. Je me suis attachée plus particulièrement à définir « la philosophie du *Care* ou son éthique », qui servirait la logique d'action du cadre de santé en explicitant la question du lien qui se joue dans la relation. L'éthique du *Care*, dans une approche psychosociologique et philosophique, aborde les notions de soin, sollicitude, d'attention, d'accompagnement et de responsabilité à la vulnérabilité de l'autre. Cette première étape théorique permettra d'éclairer la question de « **Qu'est-ce que l'acte de *Care* ou de prendre soin au sens de cette responsabilité et pour quelle finalité agissons-nous en tant que cadre de santé** » ?

2.2. Traduction et sémantique de *care*

Venu des Etats-Unis, ce courant de pensée est difficilement traduisible en français. Ce terme comporte certaines nuances selon qu'il soit traduit par le soin ou par la sollicitude dans notre langage. En anglais, « to care » signifie « avoir soin de... ». Lorsque nous recherchons la signification du terme « care » en anglais, nous nous apercevons qu'il revêt plusieurs nuances dans notre langage. En grammaire anglaise, il peut être un nom commun ou un verbe.

Employé comme nom commun « care » signifie « *the provision of what is necessary for health, welfare, maintenance, and protection of someone or something* », traduit littéralement par « **la fourniture de ce qui est nécessaire pour la santé, le bien-être, la maintenance et la protection de quelqu'un ou de quelque chose** ». Ou aussi, « *serious attention or consideration applied to doing something correctly or to avoid damage or risk. An object of concern or attention. A feeling of or occasion for anxiety.* » traduit par « **une attention sérieuse ou une considération appliquée à faire quelque chose ou à éviter les dégâts ou les risques. Un objet de préoccupation ou d'attention. Un sentiment de ou une occasion d'inquiétude, de souci** ».

Utilisé comme verbe, « to care » indique des manières d'être, des façons d'agir. Il est souvent utilisé avec des prépositions ou des adverbes pour nuancer le sens dans ses utilisations. « To care » est globalement défini par « *feel concern or interest, attach importance to something. Feel affection or liking. Look after and provide for the needs of* », signifiant « **se sentir concerné ou intéressé, attacher de l'importance à quelque chose. Ressentir de l'affection ou du goût. S'occuper des besoins de** ». (Oxford dictionaries)

Etymologiquement, le mot « *care* » trouve son origine dans le vieil anglais *caru* signifiant tristesse, anxiété ou douleur. En anglais, la signification du mot *care* a historiquement évolué de « *pleurer à la douleur* » vers un sens relevant plus de « *la surveillance et la protection* » au début du XV^{ème} siècle puis vers le « *prendre soin* » vers 1580.

L'idée d'attention à l'autre est intimement liée à la notion de « *care* ». En anglais, il peut être utilisé dans une formulation négative, « *I don't care* » qui signifie « *ce n'est pas important pour moi* » ou plus familièrement « *je m'en fiche* ».

Cette étude sémantique du terme « *care* » nous fournit des indications sur ce qui structure cette philosophie, ce qui constitue la grammaire de ce langage ou l'acte de « *Care* ». Nous entendons la grammaire, dans ce propos, comme « *l'ensemble des principes et des règles qui président à l'exercice d'un art* » (CNRTL). C'est-à-dire : « **Le soin** », « **le souci** », « **l'attention** » ou « ne pas être indifférent à ». L'action de « **Prendre soin** », « répondre à des besoin », « accompagner », ainsi que la notion de « **responsabilité** » **en filigrane de cet agir**.

Dans notre langage, le Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) définit le soin comme « *un souci, une préoccupation, relatif à un objet, une situation* » ; « *un intérêt, une attention, une inquiétude* » porté à une personne. Il peut s'agir aussi « *d'un effort, mal qu'on se donne pour aboutir* » à un projet.

Le CNRTL définit également le soin comme « *l'occupation, la responsabilité qu'une personne doit assumer* ». Le « prendre soin » y est caractérisé comme des « *actes de sollicitude, de prévenance envers quelqu'un, actions par lesquelles on s'occupe de la santé, du bien-être physique, matériel et moral d'une personne* ».

Le soin se détermine comme un agir compassionnel, reposant sur la notion de respect de l'autre, et dans lequel l'autre est considéré comme un être humain unique. Pour l'auteur et philosophe contemporain, Frédéric Worms, le soin est une forme de relation fondamentale à autrui. Il considère comme soin « *toute pratique tendant à soulager un être vivant de ses besoins matériels ou de ses souffrances vitales, et cela par égard de cet être même* » (2006, p143).

Marie-Françoise Collière (1982), infirmière française reconnue pour son implication professionnelle, parle du soin comme un acte de vie au sens que « *soigner représente une*

variété infinie d'activité qui visent à maintenir la vie... ». Les soins, de manière générale, font référence à un ensemble de techniques, à des tâches que nous devons mettre en œuvre pour prendre soin, justement, de soi ou d'un autre.

Afin de pouvoir approcher la notion de « prendre soin » de manière praxéologique, il me faut tout d'abord la conceptualiser au regard de plusieurs définitions. Je définirai dans un premier temps mon axe de recherche qu'est la praxéologie puis « le prendre soin » pour arriver à « l'Éthique du *Care* », cœur de ma problématique. Mon sujet tourne autour des logiques d'action du cadre de santé, l'intentionnalité derrière sa posture dans la fonction managériale d'une équipe. Comment l'Éthique du *Care* peut-elle guider le cadre de santé dans le « prendre soin » de son équipe ?

2.3. Approche praxéologique du « prendre soin »

2.3.1. La praxéologie

Le centre national de ressources textuelles et lexicales définit la praxéologie comme la « science ou théorie de l'action ; connaissance des lois de l'action humaine conduisant à des conclusions opératoires ». Le terme « praxéologie » vient du latin « praxis » signifiant « action » ou « agir ». Usuellement, la praxis est « une action en vue d'un résultat pratique ». Évoquer une action c'est donc évoquer une intentionnalité, des raisons d'agir, des agents et des responsabilités, au sens que ces mêmes agents devront répondre de leur action.

L'approche praxéologique classique consiste à s'interroger sur l'efficacité d'une action dans le but d'améliorer les résultats escomptés en termes de rendement et productivité. En d'autres mots, l'objectif final de l'étude de notre action est de tendre vers une plus-value, un mieux. Pour Ludwig Von Mises, économiste autrichien et auteur de *l'Action humaine* parue en 1949 :

La praxéologie traite de l'action humaine en tant que telle, d'une façon universelle et générale. Elle ne traite ni des conditions particulières de l'environnement dans lequel l'homme agit ni du contenu concret des évaluations qui dirigent ses actions. Pour la praxéologie, les données sont les caractéristiques psychologiques et physiques des hommes agissants, leurs désirs et leurs jugements de valeur, et les théories, doctrines, et idéologies qu'ils développent

pour s'adapter de façon intentionnelle aux conditions de leur environnement et atteindre ainsi les fins qu'ils visent. (Von Mises, 2004, p 32)

La praxéologie ou l'étude de l'action humaine nous amène à travailler la dimension éthique de cette action. Elle constitue une boussole pour les professionnels qui permet de comprendre le réel et le vécu difficile. Cette démarche n'a pas pour but une modélisation des pratiques mais son enjeu majeur est marqué par l'évolution des comportements individuels vers un intérêt général. C'est un dispositif où la parole se doit d'être centrale et pour garantir une pratique éthique incarnée du « prendre soin ».

2.3.2. Le prendre soin à travers les théoriciens du *Care*

Que nous enseignent les théoriciens de la philosophie de care sur cet agir cœur du questionnement de cette recherche pour la fonction d'un cadre de santé ?

Walter Hesbeen, infirmier et docteur en Santé Publique contemporain, parle du soin comme une attention. « *Il désigne le fait d'être attentif à quelqu'un pour s'occuper de son bien-être ou de son état* ». Il précise que l'action de prendre soin exprime « *cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à un autre...* » (1997, p 7). Il définit le « prendre soin » comme « *porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé* ». (Hesbeen, 1999, p 8)

Le philosophe Milton Mayeroff, (On caring, 1971), définit le caring comme : « *l'activité d'aider une autre personne à croître et à s'actualiser, un processus, une manière d'entrer en relation avec l'autre qui favorise son développement.* » (Hesbeen, 1999, p 2). « Prendre soin » traduit davantage une perspective relationnelle, un lien d'interdépendance dans la relation.

C'est l'être en tant que tel, en tant que corps-sujet, celui qui a besoin de sens, qui demande de l'attention. C'est là qu'intervient la distinction que l'on peut établir entre « faire des soins à quelqu'un » et « prendre soin » de quelqu'un. C'est cette différence qui permet d'inscrire son action, (...), dans une perspective soignante, porteuse de sens. (Hesbeen, 1999, p 2)

En 1979, Jean Watson, infirmière américaine et professeur en sciences infirmière, élabore la théorie du « caring », concept de soins infirmiers que nous traduisons par « prendre soin » dans une approche humaniste. Cette conception vise à prendre en compte la personne dans sa globalité, dans le respect de ses valeurs, de ses besoins et de sa singularité. Sa théorie décline deux types de nature de soins : le « Care » et le « Cure ». Le premier renvoie aux notions de « prendre soin de » ou « avoir soin de », tandis que le deuxième renvoie à la notion de « traiter » dans le sens d'ôter un mal, de guérir.

Dans les années 1980, Carol Gilligan, philosophe et psychologue américaine, connue par son ouvrage « *In a different voice* » fait du *Care* une modalité de relation à l'autre, que l'on pourrait traduire par *la sollicitude*, le souci de l'autre, le « prendre soin » d'une personne vulnérable. C'est la reconnaissance de cette vulnérabilité et de sa réciprocité qui seront au fondement du *Care*. Il représente à la fois une disposition, une disponibilité même, une responsabilité qui engage et une pratique thérapeutique. Cette "voix différente" dont parle Carol Gilligan, c'est celle des femmes. « *Son but a toujours été de remettre en cause des certitudes bien établies sur la morale pour faire surgir des pratiques enracinées dans le souci des autres et sous-estimées car largement exercées par des femmes.* » (*Op.cit.*, p 16)

Joan Tronto et Berenice Fisher, dans les années 90, apportent une nouvelle définition pour comprendre comment pourrait se développer la perspective du *Care* dans un idéal de changement politique :

Une activité caractéristique de l'espèce humaine qui inclut tout ce que nous faisons en vue de maintenir, de continuer ou de réparer notre « monde » de telle sorte que nous puissions y vivre aussi bien que possible. Ce monde inclut nos corps, nos individualités et notre environnement, que nous cherchons à tisser ensemble dans un maillage complexe qui soutient la vie. (Tronto, Fisher, 2009, p143)

Qu'est ce qui nous fait devenir cadre de santé ? Qu'est-ce qui fait valeur alors dans le « prendre soin » ? De quoi parle-t-on lorsqu'on évoque les valeurs dans les professions de soins ? S'agit-il de quelques notions à acquérir, obligatoires pour l'exercice : un « Savoir », un « Savoir-faire ». Le code de déontologie impute certaines valeurs admises par la profession. Ces valeurs commandent-elles parce que nous les aurons acceptées « *comme une donnée*

transcendante nécessaire » à l'exercice professionnel (Durand, p 3). S'agit-il là de valeurs personnelles propres à l'individu ? La valeur » est une notion abstraite, subjective. Il est difficile de s'en faire une représentation. Comment s'incarne-t-elle ? Qu'est-ce qui nous permet de la reconnaître, de l'apprécier ? « *La valeur n'est ni un objet, ni un concept, elle ne peut être connue que si elle est vécue* » (*op.cit.*, p 2).

Philippe Svandra dans son introduction à « *Eloge du soin, une éthique au cœur de la vie* », pose aussi la question de savoir en quoi le soin est-il un « *agir compassionnel* ». Pour lui le soin est une forme « *essentielle d'éthique* ». L'égard qu'une personne porte à un Autre constitue la démarche fondamentale du soin dans le lien relationnel qui s'instaure. Il l'oppose de fait à la notion de négligence qui renvoie à « *l'idée de ne pas lier* » et donc à ne pas reconnaître l'Autre dans sa singularité et sa vulnérabilité. (Svandra, 2009, p 21) Il souligne que le *Care* repose sur la mise en œuvre d'un savoir particulier, « *actualisé dans des « savoir-faire » discrets* » qui requiert un apprentissage.

Trois auteures françaises contemporaines, Pascale Molinier, psychologue, Sandra Laugier, philosophe et Patricia Paperman, sociologue, ont travaillé la question de la définition du *Care*. Dans leur co-écriture de « *Qu'est-ce que le Care ?* », elles abordent cette notion de mise en œuvre, de travail d'apprentissage. Elles expliquent que la perspective du *Care* est orientée vers l'action, vers un processus.

« On ne naît pas *caring*, on le devient. Et on le devient par le travail [...] C'est sous la contrainte de devoir s'occuper des autres que la disposition au *Care* a quelque chance (pas toujours mais souvent) de se développer. La disposition ne précède pas le travail de *Care*, elle y trouve l'occasion de s'exercer. » (2009, p. 15).

Le *Care*, en tant que processus indique une posture. Il entend ainsi un rapport à l'autre ou à soi-même, mettant en exergue l'importance de l'existence humaine. L'acte de *care*, dans une dimension morale, projette une conception de ce qui « *fait commun* ». Il est de l'ordre de l'intentionnalité, de l'engagement. La valeur existe donc dans l'agir, l'intervention sur un Autre, dans sa matérialisation au travers d'un acte. Les valeurs qui nous sont propres, particulières, se reflètent dans ce que nous donnons à voir de nos actions plus dans notre discours. Autrement dit c'est la posture qu'adopterait un professionnel, et dans ce propos un cadre de santé, qui nous

renseigne sur ses valeurs, dans sa manière d'être, son attitude volontaire ou pas, qui caractérise la représentation qu'il donne à voir dans un contexte, à un instant donné.

Tout soin possède une dimension morale définie par des critères afin de ne pas perdre de vue le respect et la dignité de l'autre. On parle d'éthique de soin.

La puissance d'activité du « prendre soin de » tient dans une attention à la vulnérabilité et aux chaînes de la vulnérabilité (la sienne propre, celles des autres dont on a la responsabilité, etc.). Elle est une manière de faire en fonction des dépendances et des interdépendances, de les considérer pour agir de la manière la plus appropriée. (Brugère, 2011, p 37-38)

2.4. L'éthique du *Care* ou sa finalité : la responsabilité

2.4.1. Définition de l'éthique

En philosophie, l'éthique est la théorie de l'action que l'homme doit mener pour bien conduire sa vie et parvenir au bonheur. Elle pose la question de savoir ce qui est bon de faire, contrairement à la morale qui nous prescrit ce que nous devons faire. Pour la philosophe Jacqueline Russ, dans *La pensée éthique contemporaine*, « *par sa dimension plus théorique, par sa volonté de remonter à la source, l'éthique se distingue de la morale et détient une primauté par rapport à cette dernière.* » (Russ, 1995, p. 5.)

L'éthique normative étudie les théories éthiques dans le but de répondre à la question : quels sont les meilleurs guides pour l'action moralement et éthiquement bonne ? Elle se préoccupe d'apporter des solutions adéquates à un problème donné. Autrement dit, l'objectif premier de l'éthique est de légitimer une action.

Dans *Éthique à Nicomaque*, Aristote évoque la dualité qui existe entre la connaissance, qui fait appel à la sagesse, et à la vie politique et sociale, toujours en mouvement en ce qu'elle change parce que la société évolue. Cette dernière doit s'adapter et faire appel à la raison. Aristote explique que dans une quête de vertu de ses actions, l'homme a pour guide, d'une part, la *phronesis*, la prudence. Il en parle comme une capacité à trouver un équilibre ou à déterminer la juste mesure aussi instable et singulière qu'elle puisse être, dans chaque situation. D'autre part, le temps revêt une importance dans la détermination de cette première étape, l'homme,

dans son action future, doit envisager le bon moment, le *kairos* pour intervenir. La réflexion éthique s'attache autant à la recherche des moyens les meilleurs possibles qu'à la finalité la plus parfaite possible.

« *Initialement donc, l'éthique renvoie non pas à des principes, à des règles, mais plutôt au caractère qu'un individu acquiert, qu'une personne se forge, bref, une éthique issue d'habitudes apprises et répétées.* » (Piatkowski, 1993, p. 17)

En médecine, il s'agit de « *poser la question du sens du soin, pour le sujet autonome comme pour la société dans son ensemble. En d'autres termes, il s'agit d'interroger le pouvoir par le devoir.* » (Commission Ethique et professions de santé, Rapport au Ministre de la Santé, de la Famille et des Personnes Handicapées. Alain Cordier, 2003.)

Le sujet de cette recherche s'inscrit au cœur de l'économie. On pourrait entrevoir comme une forme de paradoxe à parler d'éthique du care et d'économie. L'économie, une fois débarrassée de ses définitions théoriques, trouve sa réalité dans le financier, les marges de bénéfices, la rentabilité, la contrainte. Alors que l'éthique dessine les contours d'un « bien agir », du sens du soin, la générosité. Le cadre de santé n'a-t-il pas une responsabilité essentielle d'un point de vue économique au sein de l'institution hospitalière ? N'a-t-il pas une obligation morale d'économie, en tant que dépositaire et comptable des ressources publiques. « *Le questionnement éthique accompagne la mise en œuvre de toute politique de santé responsable* », mentionnait Roselyne Bachelot-Narquin, Ministre de la santé et des sports, lors de l'ouverture du colloque « *L'Espace éthique / AP-HP pour la bioéthique* », le 29 mars 2010.

Selon Edmond Malinvaud, économiste français, l'économie est la science qui étudie comment les ressources rares sont employées pour la satisfaction des besoins des hommes vivant en société. Elle s'intéresse d'une part aux opérations essentielles que sont la production, la distribution et la consommation des biens, et d'autre part, aux institutions et aux activités ayant pour objet de faciliter ces opérations. (Cours du 23 mars 2012, Monsieur Philippe Tessier, éthique et décisions économiques en santé, DIU éthique et décisions en santé publique)

Cette définition induit de fait la question de savoir quelle priorité donner aux utilisations des ressources disponibles et limitées voire rares au regard des besoins virtuellement illimités. L'économie s'inscrit donc dans une démarche éthique. Elle adhère même à une éthique

conséquentialiste centrée sur la promotion de l'efficacité, c'est-à-dire le fait de maximiser les résultats obtenus compte tenu des ressources disponibles. Quel sens le cadre de santé donnera à son action sur le terrain ? Quelles priorités à l'utilisation des ressources humaines ? Pour quels objectifs, quels projets ? Sur quelles ressources pourra-t-il lui-même s'appuyer ?

Le questionnement éthique intervient lorsque le « bien » n'est pas un absolu, c'est-à-dire lorsqu'il n'est pas défini dans les codes. Nous ne sommes pas forcément à côté de la morale mais nous nous interrogeons sur l'impact de l'action sur les personnes. Lorsque l'on cherche à faire bien, quel acte posons-nous dans une situation d'incertitude ? Comment répondre à cette exigence éthique en tant que cadre de santé dans un contexte socio-économique contraint ?

L'éthique du Care surgit comme la découverte d'une nouvelle morale dont il faut faire reconnaître la voix dans un monde qui ne dispose pas du langage adéquat pour exprimer et faire reconnaître tout ce qui relève du travail du « prendre soin » et du sentiment de responsabilité à l'égard du bien-être des autres. (Brugère, 2011, p 7)

Cette citation de Fabienne Brugère permet de transiter vers le concept de responsabilité ou la finalité de l'acte de care.

2.4.2. La responsabilité

De quoi sommes-nous, cadres de santé, acteurs du soin, responsables ? De quelle responsabilité parle le *Care* ? Il ne s'agit pas seulement, comme le pense Jean Mondot, de la responsabilité au sens de la philosophie des Lumières.

Les Lumières, c'est pour l'homme sortir d'une minorité qui n'est imputable qu'à lui. La minorité, c'est l'incapacité de se servir de son entendement sans la tutelle d'un autre. C'est à lui seul qu'est imputable cette minorité, dès lors qu'elle ne procède pas du manque d'entendement, mais du manque de résolution et de courage nécessaires pour se servir de son entendement sous la tutelle d'autrui. Sapere Aude ! Aie le courage de te servir de ton propre entendement : telle est donc la devise des Lumières (Mondot, 2007, p 73)

Ici la responsabilité se définit comme l'imputabilité de ses actes à un sujet supposé en être l'auteur, justiciable de ce qu'il a fait, répondre de soi-même.

La responsabilité dont parle le *Care* s'entend comme un engagement moral vers autrui, au sens de ce qu'un sujet répond d'un autre. La destinée de cet autre lui importe parce que ce sujet responsable entend une requête émise par la vulnérabilité d'un autre, et il répond en prenant soin de lui. Que se passe-t-il quand nous répondons de quelqu'un ?

Roland Schaer, philosophe du vivant, répond à cette interrogation en expliquant que dans cette action relationnelle, la responsabilité émerge dans un lien dissymétrique entre deux êtres, dont l'un peut s'en remettre à l'autre, en parlant de son devenir, et dont l'autre se porte garant pour autant qu'il le puisse. (Cours Master 1 ESSS)

La responsabilité, principe central de la pensée d'Hans Jonas s'exprime ainsi sous forme d'un impératif catégorique. Il pense que la responsabilité est le fondement même d'une certaine éthique. Il se demande comment intégrer la notion de responsabilité envers « un futur » distancié des paramètres d'une décision à prendre pour un autre. Hans Jonas parle de la Responsabilité comme une obligation de répondre d'une autre personne au moment et dans les lieux où elle nous sollicite ou lorsqu'elle en a besoin mais qu'elle ne peut l'exprimer. Ainsi, pour le philosophe, la responsabilité est « un acte éthique » de reconnaissance et d'accompagnement, une action pour répondre présent devant l'avenir de cette même personne au sens de la sollicitude, du souci pour celle-ci. Cette reconnaissance de l'autre implique de soi une interrelation entre soi et les autres, et dans ce propos, entre un cadre de santé et les personnes de l'équipe qu'il a sous sa responsabilité. Connaître la personne qui s'en remet à nous, oblige une implication affective nécessaire de la part d'un cadre de santé, afin d'entrer dans les domaines du ressenti, du vécu, des craintes des membres de son équipe. Cette démarche relationnelle crée ainsi un lien intime basé sur la confiance.

Ainsi pensé, le principe de Responsabilité nous fait entrer dans l'ordre de la parole en deux sens. Tout d'abord la reconnaissance réciproque de deux subjectivités qui semblent se faire signe. Lorsque je réponds d'un autre, il y a un échange de significations qui se produit. La vulnérabilité est sans doute ce qui fait qu'un être, comme être vivant vulnérable, ouvre un espace de significations dans l'intentionnalité d'un appel à l'aide, d'un appel à l'autre, d'un appel qui appelle réponse. Répondre en latin « *respondere* », veut dire promettre. Répondre

prend donc le sens de promettre en retour, autrement dit s'engager en réponse à quelque chose, promettre comme donner sa parole.

Ce qui se produit dans la responsabilité, est qu'un sujet donne sa parole, s'engage et inspire confiance parce il s'engage sur l'avenir, le futur qui dissipe partiellement, ou complètement, pour celui qui est vulnérable, l'appréhension, le doute, la peur. Ici la notion de Responsabilité, dès sa définition, postule une éthique du futur.

En définitive, la philosophie du care ou **l'éthique du Care s'entendent comme le travail concrètement accompli en prenant en compte l'importance de la vie, du bien-être, le souci pour l'avenir et la responsabilité** comme principes. Qu'est-ce que cela implique dans le métier de cadre de santé ?

Les chapitres suivants sont réservés à la définition du métier de *cadre de santé*, du concept de management et de la *fonction managériale*, ou les notions de *compétences* et de *posture* y seront abordées. Ces apports théoriques emmèneront cette étape de la recherche vers le concept de « *motivation* » cœur de la problématique.

2.5. Le cadre de santé

La fonction d'encadrement a suivi l'évolution des besoins des établissements de santé. Autrefois infirmière responsable, monitrice ou surveillante, puis cadre infirmier et depuis 2001 cadre de santé, **le cadre de santé actuel manifeste des compétences spécifiques en management et ou en pédagogie selon le lieu d'exercice**. Le cadre exerce ses fonctions à partir des orientations du projet d'établissement, du projet de soins et en regard de ses propres conceptions. Responsable de la qualité des soins paramédicaux de son unité ou secteur, il travaille avec les équipes sur leurs pratiques, leurs valeurs personnelles, les valeurs professionnelles communes indispensables pour optimiser les prestations auprès des patients. Leader, manager, stratège, il a ainsi des fonctions de gestion, d'animation, de conduite de projet et d'évaluation tout ceci dans le cadre du soin, de la santé.

Trois textes juridiques encadrent la profession du cadre de santé.

- L'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme cadre de santé fixant le fonctionnement et les modalités d'évaluation et de certification.

- Le décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme cadre de santé
- Le référentiel d'activités et de compétences de la DGOS (2012).

2.5.1. La fiche métier du cadre de santé (cf. annexe)

Le site en ligne, nouvellement renommé « Ministère des Solidarités et de la Santé » depuis les dernières élections présidentielles, met à disposition un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. On y retrouve la fiche métier du cadre responsable d'une unité de soin, mise à jour le 25 mars 2016.

Sous l'intitulé « encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales », en la sous-famille « management des organisations de soins », la fiche métier décline les missions et activités principales du cadre de santé. Nous y retrouvons les notions « **d'encadrement de proximité d'équipe** », de « **mise en œuvre de projet** » et de « **management** ». Cette fiche détaille les activités que doit mettre en œuvre un cadre de santé :

- La conception et la coordination des organisations de soins et des prestations associées
- La gestion de l'information, des moyens et des ressources financières
- Le management, l'encadrement et l'animation des équipes pluriprofessionnelles
- La gestion et le développement des compétences
- L'animation de la démarche qualité et gestion des risques
- La mise en place et l'animation des projets
- La veille professionnelle, des études et travaux de recherche et d'innovation

2.5.2. Définition du projet pédagogique 2016-2017 de l'IFCS de Rennes (p6)

Dans un environnement marqué par la mouvance et l'accélération des changements, le rôle du cadre de santé évolue en permanence. Ses missions essentielles sont centrées autour de la gestion des ressources humaines et l'utilisation efficiente des moyens, l'organisation des soins et la démarche qualité. **Il fédère les acteurs de santé** dans l'optimisation des prises en charge de patient. **Il est promoteur dans la conduite de projet**, innovant et constructif dans la résolution de problèmes. Il doit pouvoir s'appuyer sur des capacités réflexives, sur des compétences en communication de haut niveau et des

méthodes de travail efficaces. Le cadre de santé s'inscrit dans une logique de formation professionnelle tout au long de sa carrière (intégration de compétences numériques, de nouveaux modes managériaux).

Le cadre de santé trouve ses missions au cœur d'une politique, de santé publique, institutionnelle et de service. Il se trouve à l'interface entre l'équipe administrative, l'équipe médicale et l'équipe soignante. Ces missions font du cadre de santé un *dirigeant* avec pour principale activité la gestion dont le management des ressources humaines, le management des hommes et des femmes qui composent l'équipe pluri professionnelle qu'il a sous sa responsabilité.

2.6. Le management

2.6.1. Origine et définition

L'origine du mot « management » reste à ce jour à déterminer. On retrouve des racines italiennes, du mot *maneggiare* signifiant « manier », lui-même issu du latin *manus* désignant « la main ». Envisagé sous cet angle, le management peut être interprété comme une entreprise de manipulation, dans le but de faire travailler. On retrouve également une racine française au cours du XVe siècle avec le mot « ménagement », ou le verbe « ménager ». Le terme « management » prend alors une toute autre dimension. Le ménagement correspond à une « *attitude, manière d'agir avec beaucoup d'égard, de réserve envers quelqu'un* » (CNRTL). Le verbe « ménager », quant à lui, s'utilise pour parler de « prendre soin », dans le sens d'éviter de fatiguer, d'où le proverbe « qui veut voyager loin, ménage sa monture ».

2.6.2. Le concept de management

Olivier Meier, professeur en stratégie et management, donne la définition suivante :

Le management, c'est l'art de conduire, diriger, motiver et contrôler les membres d'une organisation en établissant des liens entre les différents acteurs du système dans un souci de cohérence et d'efficacité. Le style de management peut varier selon le profil des dirigeants, la nature de l'environnement et la taille des entreprises. (*Dico du manager*, 2009)

Selon Serge Alecian et Dominique Foucher, le management est le métier qui consiste à conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance. (2002, p18)

Peter Drucker, professeur en management d'entreprise définit le management comme « une activité visant à obtenir des hommes un résultat collectif en leur donnant un but commun, des valeurs communes, une organisation convenable et la formation nécessaire pour qu'ils soient performants et puissent s'adapter au changement. »

Mintzberg, auteur phare de la théorie des organisations, à largement traité les notions de manager et management, dans son livre « le management, voyage au centre des organisations », paru en 1989. Il part d'un double constat sur les organisations qu'il remet en cause dans son propos. Les organisations sont, d'une part, au carrefour de multiples disciplines sans pour autant faire l'objet d'études spécifiques. D'autre part, elles sont largement inspirées du modèle du Taylorisme et du courant économique classique, pensés comme la meilleure manière de les gérer. Or, Mintzberg pense que le style de management et le choix structurel d'une organisation dépendent de nombreux facteurs, et donc que cette vision inspirée par Taylor et les économistes classiques ne s'adresse pas à toutes formes d'organisation. L'approche généraliste de la pratique professionnelle des cadres selon Mintzberg me paraît donc pertinente à mettre en lien avec celle des cadres de santé.

2.6.3. Le rôle du manager ou cadre selon Mintzberg

En psycho-sociologie, un rôle se définit comme un modèle organisé de conduite, relatif à une certaine position dans la société ou dans un groupe et corrélatif à l'attente des autres ou du groupe. (CNRTL)

Dans son livre « Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre », Mintzberg cherche à décrire la Nature du travail du cadre. Selon lui, il est indispensable pour comprendre la complexité du quotidien des cadres managers qu'eux-mêmes connaissent et comprennent leur travail. Il tente de faire ressortir l'invisibilité du travail. Les observations empiriques de Mintzberg l'ont conduit à identifier dix rôles tenus par les cadres. Il propose de les classer en trois sous-catégories : des rôles interpersonnels, des rôles liés à l'information et des rôles décisionnels. Il décrit le rôle du cadre comme :

Un ensemble organisé de comportements appartenant à un poste de travail ou à une position identifiable. La personnalité individuelle peut avoir une influence sur la façon dont le rôle est tenu, mais ne peut empêcher que le rôle soit tenu. Ainsi les acteurs, les cadres, et d'autres personnes, sont les interprètes de rôles prédéterminés, mais individuellement ils les incarnent de diverses façons. (Mintzberg, 2006, p 64)

Mintzberg insiste particulièrement sur la symbolique inhérente à la fonction cadre, impulsant la logique de développement de tous les autres rôles. Elle se matérialise dans sa position de « *leader* ». Le cadre « *leader* » joue un rôle essentiel qui détermine l'ambiance dans laquelle les relations s'établissent. Il dirige ses subordonnés, leur donne la voie à suivre Il a la responsabilité de la motivation et de l'activation des subordonnés, de la formation, des affectations, etc.

D'un point de vue psychosociologique, un leader se définit comme une personne qui jouit d'une grande autorité, notamment au sein d'un groupe restreint, parce qu'elle y est populaire et exerce un ascendant réel. (CNRTL)

2.6.4. La fonction managériale du cadre de santé

Walter Hesbeen, en introduisant la notion humaine dans le management, précise que la fonction du manager dépend du domaine l'art et consiste à œuvrer au bien-être commun pour avancer ensemble.

Le cadre de santé de proximité dans sa fonction managériale va ainsi, de la place qui est la sienne et en tâtonnant, veiller mais également œuvrer à ce que les personnes de son service soient bien ensemble pour aller plus loin. C'est un art de vivre ensemble dont il est question, et qui concerne tant les lieux que les personnes ainsi que les relations qu'elles entretiennent. (2011, p 116)

Jean Marie Revillot, cadre de santé et docteur en sciences de l'éducation, décrit deux fonctions du cadre de santé (2010, p 6) :

La fonction managériale : il organise, prend des décisions, dirige, guide. A chaque fois qu'il gère il est dans le management ;

La fonction d'encadrement : cette posture allie valeurs, santé, accompagnement, soins au service du patient. Le cadre est ainsi dans la réflexivité et l'accompagnement. Il peut proposer des étayages selon ses ressources, ses compétences.

Il précise que relier ces deux fonctions, dans une finalité clinique, amène le cadre de santé à adopter une posture éthique.

La clinique étant ici entendue, d'un point de vue des sciences de l'éducation, comme « *la science qui s'occupe du fonctionnement psychique, de la relation entre sujets et des relations dans un groupe en attachant de l'importance à la parole de tous les sujets* ». (Martine Lani-Bayle, anciennement psychologue puis professeure en sciences de l'éducation)

« *La clinique n'est pas un bagage supplémentaire d'outils de recherche. C'est une éthique de la recherche, une éthique de construction du savoir et de sa transmission* ». (Mireille Cifali)

La posture est définie communément comme la construction d'une image publique, une attitude que l'on donne à voir. Ce concept fait appel à plusieurs notions :

- Une notion relationnelle : une posture s'envisage vis-à-vis d'un autre, d'une autre posture, et dans un environnement. « *La posture, c'est la manière dont le positionnement est agi dans l'interaction avec d'autres* ». (Claire Jouffray, 2015)
- Des notions de subjectivité et de singularité : « *C'est nécessairement un choix personnel relevant de l'éthique.* » (Claire Jouffray, 2015). Jérôme Meizoz, spécialiste de la sociologie en littérature, définit la posture comme « *la manière singulière d'occuper une "position" dans le champ littéraire* » (Meizoz, 2007), ou encore « *une posture d'auteur implique relationnellement des faits discursifs et des conduites de vie dans le champ littéraire* » (Meizoz, 2011, p. 81-82)

Geneviève Lameul, enseignante chercheuse en sciences de l'éducation, décrit la posture comme « *la manifestation (physique ou symbolique) d'un état mental. Façonnée par nos croyances et orientée par nos intentions, elle exerce une influence directrice et dynamique sur nos actions, leur donnant sens et justification.* » (2008)

Au final, la dimension humaine revêt une importance essentielle dans le management. Pour Elton Mayo, psychosociologue, un ouvrier satisfait est un ouvrier productif, il faut donc humaniser le management. L'attention portée à l'humain dans le management, dans le souci de favoriser son bien-être a pour finalité de susciter de **la motivation**.

Le Care apparaît intimement lié au management. Le management au sein d'une unité de soins concerne le Cadre de santé. Aussi, le souci de la posture éthique du cadre de santé l'amène donc à se questionner sur les relations qu'il entretient avec les personnes qu'il a sous sa responsabilité, sur son accompagnement. Autrement dit, comment met-il en œuvre son *Care* pour lui-même et dans son management dans une finalité de motivation commune.

2.7. La motivation comme levier de management

2.7.1. Origine étymologique du terme « *motivation* »

Dérivé du verbe « *motiver* », le terme « *Motivation* » trouve son origine dans le mot « motif », en latin « *motum* » qui veut dire « *mobile* » ou encore « *inspiration* », « **finalité** ». Le verbe « *motiver* » lui vient de « *movere* » qui veut dire « *mouvoir* », « *se déplacer* » ou qui indique « *ce qui met en mouvement* » ou « **ce qui pousse à agir** ».

Étymologiquement la motivation peut désigner ce qui est « **moteur** ». Un moteur qui impulse un « agir » vers une direction et qui assure l'atteinte de la destination. Autrement dit, la motivation assurerait la persévérance ou aiderait à puiser dans ses capacités et forces pour atteindre l'objectif souhaité. Qu'est-ce qui alimente ce moteur ou qu'est-ce qui le ferait baisser en régime voire s'arrêter ? Quelles en sont les sources ?

La proxémie étymologique latine avec « *Emovere* » qui signifie « *émouvoir* », « *qui agit sur la sensibilité* », indiquerait-elle un axe de réponse vers le rôle qu'ont à jouer **les émotions**, « *emotum* », à la source de la motivation ?

2.7.2. Le concept de motivation

La « motivation » a longtemps été défini en terme juridique : « *relativement à l'affaire dont il est saisi, la motivation est l'ensemble des raisons de fait et de droit sur le fondement desquelles tout magistrat doit justifier de la légalité de la décision (ordonnance, jugement,*

arrêt) qu'il prononce. » (Dictionnaire juridique en ligne) Ce n'est qu'au cours des années 30, que le concept apparaît dans les travaux de Tolman et Lewin, dont l'objet des recherches était « *la motivation de l'Homme au travail* ».

La motivation au travail est un concept largement étudié dans des disciplines différentes telles que la philosophie, la psychologie, l'éducation ou l'économie. L'axe choisi dans ce cadre théorique permettra de clarifier ses multiples dimensions pour la question de recherche en travail.

Historiquement et parallèlement à l'évolution de la société, les théoriciens se sont penchés sur différentes acceptions de ce qui motive l'Homme à travailler. Au début du XXème siècle, les approches dites « classiques » des organisations ont vu le jour. Frédéric W. Taylor (1911) avec « l'Organisation scientifique du travail (OST) » ; Henri Fayol avec « les principes administratifs » ; et Max Weber avec « l'organisation bureaucratifiée » ont postulés que l'Homme est fondamentalement motivé à travailler par des préoccupations d'ordre économiques afin de satisfaire ses besoins vitaux et primaires. Autrement dit, les salaires et les avantages matériels étaient sources de motivation pour les travailleurs, et ainsi sources de productivité et de rendement pour leurs dirigeants. L'essor économique de la première moitié du XXème siècle a montré l'efficacité de ces théories. Leurs limites sont apparues avec les récessions économiques.

Passant d'une dimension économique à une dimension sociale, les approches de la motivation se sont tournées vers les considérations des facteurs humains en faisant appel aux psychologues.

En psychologie, la motivation est « *l'ensemble des facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent.* » (CNRTL) d'un point de vue psychologique, la motivation serait la composante ou le processus qui règle l'engagement d'un individu dans une activité précise.

Dans les travaux d'Elton Mayo, pionnier de la théorie dite « des relations humaines », suivi de ses héritiers, Maslow, McGregor et Herzberg, ..., l'accent a été mis sur la prise en compte des facteurs humains dans les organisations. Les conclusions de Mayo étaient que les

conditions matérielles jouaient un rôle secondaire par rapport aux besoins sociaux que l'individu recherche à satisfaire pour s'épanouir. La notion de dynamique de groupe apparaît alors comme nouveau facteur de motivation au travail.

Robert Vallerand et Edgar Thill, professeurs et experts en psychologie sociale présentent la motivation comme l'ensemble des forces intrinsèques et extrinsèques qui déclenche une action, l'oriente et suscite une persistance plus ou moins grande du comportement qui lui permet de se pérenniser. « *Le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et, ou, externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité et la persistance du comportement.* » (Vallerand et Thill, 1993, p18)

Par force intrinsèque il faut comprendre ce qui vient de l'individu lui-même : les buts fixés, les motifs qui l'anime. Il y a une recherche de satisfaction et de plaisir dans l'activité. Les forces extrinsèques viennent de l'environnement dans lequel se déroule l'activité : par exemple l'ambiance, le climat, les gratifications, la reconnaissance. Ainsi la motivation serait un ensemble de forces ou de besoins qui inciteraient un individu à s'engager dans un comportement.

Dans le concept de motivation, la notion de besoin semble essentielle : l'Homme cherche avant tout à satisfaire ses besoins. Le caractère hypothétique de la motivation rend complexe sa définition par le fait même que chaque individu définira ses propres besoins, ses propres facteurs de motivation qui induiront autant de comportements singuliers que d'individus pour une même activité.

Aussi d'un point de vue des sciences de l'éducation, Philippe Perrenoud, sociologue contemporain, aborde le concept de motivation dans une approche moins normative, plus constructiviste et interdisciplinaire. Il suggère un nouveau langage pour mettre le concept en travail. Il parle alors non plus de « *motivation* » mais du « *sens du travail* ». Pour Perrenoud, la motivation est :

un concept qui s'enracine avant tout en psychologie. Or les besoins, les désirs, les envies, les intérêts relèvent tout autant d'une approche anthropologique et sociologique, en termes d'appartenance à une communauté,

à une culture, à une classe sociale, à une organisation, en termes aussi de stratégies d'acteurs, de rapports de pouvoir, de conformisme. (Perrenoud, 1996)

Dans une perspective constructiviste, il esquisse trois thèses : « *le sens se construit ; il n'est pas donné d'avance* », « *il se construit à partir d'une culture, d'un ensemble de valeurs et de représentations* » et « *il se construit en situation, dans une interaction et une relation* ». En partant du point de vue de l'élève et de son engagement dans un travail d'apprentissage, Perrenoud rajoute que « *le sens tient à sa vision de la réalité, à sa définition de ce qui est cohérent, utile, amusant, juste, ennuyeux, supportable, nécessaire, arbitraire...* ».

Le sens du travail apparaît non pas comme une donnée intangible du poste mais un construit social collectif qui comprend de nombreux éléments, toujours à redéfinir. (Autissier, 2008, p.62)

2.7.3. Lien avec le management et la posture du cadre de santé

Le cadre de santé représente un facteur social très important dans la motivation des membres de l'équipe qu'il manage. L'acception de Perrenoud, dans laquelle il est question du rôle du pédagogue, de la gestion d'une classe et des motivations des élèves, s'arrêterait-elle au milieu scolaire finalement ? Une classe est une forme d'organisation où le pédagogue manage « *le sens du travail et le travail du sens* ». Tout comme un service de soin en est une autre, où le cadre de santé a lui aussi une responsabilité sur le sens des activités de soins ainsi que sur le travail, la mise en œuvre de ce sens. C'est à lui qu'appartient de construire avec son équipe le sens des activités de son service.

La base du management est de donner du sens, d'apporter une vision, d'éclairer l'avenir, afin de mettre en perspective l'action des collaborateurs au quotidien. C'est tout l'objet de la détermination des enjeux, des objectifs et de la stratégie d'une organisation. (Georges et Samson, 2012)

Toute l'œuvre du cadre de santé se situe dans une perspective constructiviste : « **faire équipe** », fédérer et favoriser la coopération de toutes les individualités qui y travaillent, avec pour fondement « **le sens** », la cohésion. Dans un contexte de conduite de changement, il s'agira, au regard des responsabilités du cadre de santé, de maintenir un certain équilibre, un

état motivationnel sain et juste, et ce dans la finalité d'assurer la qualité et la continuité des soins. Les attributs de la philosophie du *Care*, que sont l'attention, la reconnaissance, l'accompagnement, la responsabilité, ferait de cette éthique, de cette posture qu'adopterait un cadre de santé, une source renouvelable de motivation.

Au regard des questionnements soulevés dans la première partie de ce travail de recherche et de la définition du cadre de santé détaillée dans cette partie théorique, l'interrogation concernant la mise de côté d'une pratique antérieure se dissipe. Il n'est pas question de faire fi du passé. Mobiliser les savoirs antérieurs dans cet apprentissage de nouveaux savoirs que proposent la formation des cadres de santé permet de faire des liens pour une pratique future. Cette formation professionnelle est, justement, l'occasion de mettre au travail sa pratique, sachant que l'acquisition de nouveaux savoirs entraîne des remaniements de ses propres rapports aux savoirs et de sa posture.

Ainsi s'achève la construction du modèle d'analyse, basée sur les définitions conceptuelles et notionnelles que pose ma question de recherche, à savoir la philosophie du « *Care* », « l'éthique », « la fonction managériale du cadre de santé » et « la motivation comme levier de management ».

La troisième partie de ce mémoire concerne la méthodologie empruntée pour l'enquête de terrain. Ma question de recherche, pour mémoire, se pose ainsi :

Dans le contexte socio-économique actuel, en quoi la philosophie du *Care* est-elle un levier de motivation dans la fonction managériale du cadre de santé ?

Méthodologie de recherche empruntée

3.1. L'entretien non-directif :

Afin d'interroger l'hypothèse induite par ma question de recherche, j'ai choisi de mener des entretiens. L'entretien est, par définition, un outil pour recueillir la parole des acteurs, permettant au chercheur de recueillir des données qualitatives. En construisant un discours avec l'interviewé, cette démarche permet d'obtenir des réponses directes et réelles sur la thématique traitée. Plus précisément, pour Blanchet & Gotman, (1992), la caractéristique principale de l'entretien est qu'il constitue un fait de parole.

Parmi les différents types d'entretiens, j'ai opté pour l'entretien non-directif, autrement appelée « entrevue non-directive » en psychopédagogie. Pour cette démarche, je me suis principalement appuyée de mon expérience professionnelle acquise lors de mon exercice en psychiatrie et des formations à l'entretiens d'aide, ou compréhensifs, et de l'écoute active, selon Carl Rogers, psychologue américain, ainsi que des apports théoriques sur le thème de la non-directivité des auteurs Dickson & Roethlisberger (1942), psycho-sociologues américains.

Par définition, la non-directivité s'interdit de suggérer à un interviewé des orientations ou des conclusions. La non-directivité, toute relative qu'elle puisse être, accorde une place de choix à la liberté d'expression des sujets, ce qui favorise la production d'informations. La caractéristique de cette méthode consiste à amener la personne interrogée, à explorer, elle-même, différents champs d'interrogations au regard d'un thème. Pour cela, et contrairement à une méthode semi-directive, où l'interviewé est guidé par une série de questions, le chercheur ne pose qu'une question générale et ouverte, ou « une consigne », à la personne qu'il interroge.

Cette méthode permet également au chercheur de rebondir sur certains propos de ses interlocuteurs afin de les motiver à aller plus loin dans le discours et de préciser leurs pensées quant aux informations souhaitées. Aussi, l'intérêt de cette méthode est qu'elle favorise un déplacement du questionnement, tourné vers les intérêts, en termes de savoirs et de questionnements propres aux acteurs sociaux interrogés.

L'entretien non-directif, comme technique d'exploration, correspond à mon intention de comprendre avec empathie, et souhait de découvrir ce que pourrait m'apporter d'autres personnes du terrain. J'ai donc pris cette responsabilité de ne pas diriger mes interviews à l'aide

d'une série de questions précises et soumises à mes interlocuteurs, mais plutôt de leur proposer un thème, à savoir le rôle du cadre auprès de son équipe, sur lequel ils pourraient s'exprimer librement et de manière personnelle.

J'ai expliqué à mes interlocuteurs, dans ma présentation, que je n'allais pas beaucoup intervenir car je souhaitais laisser la place à leur parole et ne pas biaiser leur pensée. Dans ma méthodologie, ce qui pourrait m'intéresser se trouverait dans la verbalisation. Certes les personnes interrogées n'ont pas toujours raison, et qui suis-je pour le dire, mais chacune à ses raisons, ses propres logiques, tout comme moi, qu'il s'agit de découvrir et de comprendre sans jugement. Je me suis donc contenue à intervenir principalement en termes de reformulation, afin d'encourager l'interviewé à approfondir ses propos. Ce choix de rester principalement dans la reformulation, ou de rebondir sur un propos, explique ma volonté de rester la plus neutre possible dans mes interventions pour ne pas induire quoi que ce soit. Pour mon étude, l'enjeu de ces entretiens était de mettre en lumière la conception singulière que chaque interviewé a de sa fonction, d'entrer dans leur représentation à travers leur discours.

Mon rôle d'interviewer s'est principalement joué au tout début des entretiens, dans l'entrée en matière. Je devais dans ma présentation, mettre en confiance mes interlocuteurs et souligner le fait que je leur laissais toute la liberté d'aller où ils voulaient et comme ils voulaient dans leurs réponses. Une fois la consigne énoncée, je me suis mise à l'écoute de leur histoire avec attention ce qui, avec du recul a favorisé un climat de confiance, une authenticité perceptible dans les discours, propice à la confiance.

3.2. La consigne

Le tableau qui figure ci-dessous présente la consigne posée dans son contexte. Il énonce et justifie le contexte de la recherche sans préciser les concepts sur lesquels je me suis appuyée, le but étant d'avoir des réponses singulières et donc de ne pas orienter les propos des personnes interviewées.

La formulation de la consigne a, elle aussi, été pensée de manière large, pour laisser l'acteur interrogé exprimer sa propre conception de son rôle. Il s'agit, là encore, d'obtenir des réponses singulières ceci dans le but de mettre en débat ma vision, somme toute singulière, à d'autres.

Tableau 1 : Justification de la consigne

Contexte de la recherche présenté par l'étudiante
Dans le cadre des études pour devenir cadre de santé, il nous est demandé d'effectuer un travail de recherche amenant à la production d'un mémoire pour l'obtention du diplôme. Pour ma recherche, j'ai choisi d'interroger <i>le paradigme du cadre de santé</i> en partant des conceptions et représentations singulières de ces acteurs de terrain, aujourd'hui.
Justification de l'énoncé du contexte
Le souci des mots, ici, est d'éviter d'induire l'interviewé dans l'approche de ses réponses. Interroger le paradigme, autrement dit, une conception large, et non une fonction ou une logique particulière.
La consigne
Comment concevez-vous votre rôle auprès de votre équipe, aujourd'hui ?

3.3. Choix des informateurs

La sociologie est une science empirique et, à ce titre, elle doit étudier des phénomènes sociaux réels. Elle ne peut, cependant, saisir la totalité des situations sociales, des comportements de l'ensemble des individus, elle construit ses analyses sur des observations, des mesures ou des questionnements auprès d'un « morceau », une « parcelle » de la réalité. Cette « parcelle » constitue l'échantillon étudié ou pour ma recherche le groupe d'informateurs choisi.

Il s'agit, pour la présente recherche, d'étudier une situation sociale qu'est le métier et une fonction professionnelle, singulières, celles des cadres de santé. Mes informateurs s'imposent donc d'eux-mêmes. Les 6 personnes interviewées sont diplômées « cadre de santé » exerçant en établissement public : 2 cadres de santé, en première prise de poste, disposant d'une expérience de moins de 15 mois ; 2 cadres de santé, en 2ème affectation, disposant donc d'une première expérience de management d'équipe ; 2 cadres de santé en fin de carrière et disposant donc d'une expérience professionnelle certaine. Voici, dans un premier temps, les questions que je me suis posées pour affiner mes critères de sélection ainsi que l'argumentation en réponse qui ont fixé mes choix pour le recueil de données sur le terrain.

3.3.1. La question de l'expérience professionnelle

Le choix d'interroger des cadres de santé à des niveaux d'expériences différents a été retenu dans un souci d'équité des points de vue. Cela me permettrait-il d'obtenir des points de vue différents ? Oui ou non, je ne souhaitais pas avoir le regret de ne pas avoir pris en compte cette question de l'expérience. Peut-être allait-elle m'apporter des éléments essentiels, à mettre en perspective dans mon analyse.

3.3.2. La question du genre

Je me suis aussi interrogée sur la question du genre des personnes interviewées : que des hommes, ou que des femmes ? ou les deux ? j'ai choisi de m'arrêter à un homme et une femme pour chaque niveau d'expérience professionnelle. Même si la profession est majoritairement féminine, je considère que la valeur soin existe aussi bien chez l'homme que la femme. Je ne souhaitais pas non plus biaiser ma recherche en me cantonnant à la vision féminine, ceci encore une fois dans un souci d'équité. J'ai pensé que leurs conceptions pourraient s'exprimer différemment, mais pas forcément, et que dans la finalité de l'expression, l'intention pourrait être semblable. Cela me semblait pertinent d'aller vérifier. De plus, le choix de la parité pour cette recherche, se justifie dans un souci éthique et dans le fait qu'il ne s'agit pas pour moi d'étudier la valeur soin en fonction du genre de l'acteur qui l'exprime. « Prendre soin » est relatif à chacun et fonction de multiples facteurs de vie qui lui sont propres. Il me semble que la valeur relève plus de l'intention et plus précisément ici de l'attention que du genre.

3.3.3. La question de l'âge

Pour chaque niveau d'expérience, l'âge des personnes interviewées importe peu. L'entrée à l'IFCS se fait à tout âge et donc l'âge des personnes interviewées au regard de leurs expériences respectives est aléatoire. Aussi, il ne s'agit pas ici pour moi d'étudier, comme le dit l'adage, si la valeur atteint le nombre d'année.

3.3.4. La question de l'origine des acteurs interviewés

Un choix tourné vers des établissements différents complexifierait l'analyse pour ce travail d'initiation à la recherche. Ajouter cette notion « multisite » impliquerait une étude

comparative en termes de « politique » ou « culture » d'établissement peut être différentes. Pour ma recherche, j'ai pris le parti d'interroger les acteurs exerçant au sein d'un même établissement de santé, exerçant dans des services de disciplines et orientations différentes : médecine, chirurgie, plateau technique, ambulatoire. Afin de garantir l'anonymat de ces personnes, j'ai prévu de retirer à la retranscription tous les indicateurs quant à leur service d'appartenance formulés dans les interviews. J'ai souhaité, toutefois, conserver la discipline pensant que celle-ci pouvait peut-être influencer le discours au regard de ma problématique.

Tableau 2 : détail des interviews

Les cadres de santé interviewés répondent aux critères prédéfinis. L'établissement de recherche ayant accordé les interviews est le Centre Hospitalier Universitaire de Rennes.

	Date de l'entretien	Interviewés	Service	Expériences	Durée de l'entretien
N°1	16/03/17	Madame A	Ambulatoire	Fin d'exercice	1h10
N°2	16/03/17	Madame B	Chirurgie	1 ^{ère} affectation	50 min
N°3	24/03/17	Monsieur C	Chirurgie	2 ^{ème} affectation	1h05
N°4	07/04/17	Madame D	Médecine	2 ^{ème} affectation	50 min
N°5	10/04/17	Monsieur E	Plateau technique	1 ^{ère} affectation	1h
N°6	11/04/17	Monsieur F	Médecine	Fin d'exercice	1h15

3.3.5. Contexte de réalisation des entretiens

Avant d'entamer l'analyse de l'ensemble des entretiens, il m'a semblé important de présenter le contexte dans lequel ils ont été effectués. La thématique dans laquelle s'inscrit ce mémoire de recherche a été présentée lors de la demande de rendez-vous par mail et rappelée en début d'entretien.

Mail envoyé le : 15 mars 2017

Bonjour,

Dans le cadre de ma démarche de recherche pour le mémoire de fin d'étude à l'IFCS, je souhaiterais interroger des cadres de santé.

Votre nom m'a été transmis par l'équipe de formatrices de l'IFCS au regard de mes choix méthodologiques. L'entretien sera non directif, il s'agira d'une question large, ouverte, portant sur **votre propre conception du métier et de votre rôle au sein de l'équipe soignante.**

Accepteriez-vous de me rencontrer prochainement selon vos disponibilités ?

Dans l'attente de votre réponse, je vous transmets mes sincères salutations.

Maryline Davenne

Le principe d'anonymat et de confidentialité a été annoncé en introduction d'entretien de façon à instaurer une relation de confiance. Après accord des personnes interviewées, tous les entretiens ont pu être enregistrés afin de faciliter leur exploitation et analyse. La durée des entretiens varie entre 50 minutes et 1h15 minutes. Ils ont été réalisés, sur une période de un mois de mi-mars à mi-avril 2017, sur le temps de travail des cadres de proximité volontaires. Ils ont eu lieu dans leur bureau respectif. Tous les cadres interrogés avaient prévenu leurs équipes de l'entretien et coupé leur téléphone afin de se rendre disponibles et de s'y consacrer pleinement. Ainsi, l'ensemble des entretiens s'est déroulé dans des conditions matérielles optimales tant au niveau du confort que de la disponibilité des interviewés.

Les entretiens ont tous commencé de la même manière. Tout d'abord, une présentation de ma part, ma situation actuelle d'étudiante cadre de santé à l'IFCS de Rennes, ainsi qu'un bref état de mon parcours professionnel. Ensuite, une invitation à ce que la personne interviewée se présente. Enfin, la présentation de mon objet de recherche, sans dévoiler ma question de recherche, et la formulation de la consigne. (Cf. livret « annexes »)

Analyse et interprétations des entretiens

4.1. Méthodologie empruntée

4.1.1. L'analyse thématique

L'étude qualitative a été réalisée par des entretiens non-directifs menés auprès de cadres de santé de proximité de différents services de soins au sein d'un même établissement public. Quatre entretiens sur six ont été retranscrits pour faciliter l'étude, mais aussi pour permettre aux lecteurs, s'ils le souhaitent, de s'en imprégner. (Cf. livret annexe au mémoire).

Afin d'analyser ces entretiens, j'ai fait appel aux outils méthodologiques adoptés dans « l'analyse de contenu » (Bardin, 2007). Pour ma recherche, j'ai choisi une démarche d'analyse par contenus thématiques. L'analyse thématique comme méthode d'analyse de contenus a pour but de repérer les unités sémantiques constituant un discours. Elle permet d'aborder les témoignages recueillis dans leur dimension discursive afin d'éclairer les thématiques et le sens qui se dégage de la communication. Le thème est généralement utilisé pour des études où il est question d'opinions, de représentations ou de valeurs sur une ou plusieurs questions ouvertes posées lors d'un entretien. Cette démarche correspond à l'orientation de ma recherche et à la méthodologie d'entretien empruntée.

Ainsi, l'analyse thématique que j'ai menée est une démarche discursive, autrement dit relative aux discours tels qu'ils ont été amenés, et par laquelle j'ai tenté d'apporter des éclairages à ma recherche.

Dans le contexte socio-économique actuel, en quoi la philosophie du *Care* est-elle un levier de motivation dans la fonction managériale du cadre de santé ?

4.1.2. L'élaboration de la grille d'analyse

Pour la construction de la grille d'analyse, plusieurs étapes ont été nécessaires. Après la retranscription, plusieurs lectures et écoutes des entretiens m'ont permis d'identifier les notions importantes dans le discours des personnes interviewées. A l'aide d'un code couleur, j'ai apposé aux verbatim mis en exergue, un champ sémantique correspondant. Cette méthode a facilité la construction de la grille et la corrélation des extraits dégagés dans chaque entretien. Ainsi, à

partir des significations ou « noyaux de sens », les thématiques à traiter sont apparues plus clairement.

A l'égard de ma problématique, « *dans le contexte socio-économique actuel, en quoi la philosophie du Care est-elle un levier de motivation dans la fonction managériale du cadre de santé ?* », **il s'agit ici pour ma recherche de relever dans le discours des cadres de santé rencontrés, l'expression du Care « comme source motivationnelle » pour leur management.** Au regard de l'évolution sociétale actuelle et à venir, dans laquelle s'inscrivent le changement de l'offre hospitalière pour répondre aux besoins de la population ainsi que le fonctionnement de l'hôpital lui-même par rapport aux contraintes économiques qui le traversent, comment les cadres de santé conçoivent-ils leurs rôles et pour quelle finalité ? Comment parlent-ils de leur posture et comment la définissent-ils ? Comme défini dans le cadre conceptuel, le Care a pour finalité la responsabilité, un engagement éthique qui se traduit par l'attention, la reconnaissance, l'accompagnement et la disponibilité envers un autre. Au regard, de l'éthique, en ce qu'elle guide l'action humaine, comment les cadres de santé interrogés abordent-ils leur management ? Quel sens donnent-ils à leur mission ? Qu'est-ce qui fait « moteur » au sein d'un service, comment se mobilise l'engagement d'une équipe de soin ?

Voici donc en ce qui va suivre, les axes d'analyses étudiés et interprétés.

4.2. *L'attention* dans le discours des cadres de santé

Cette première étape d'analyse concerne un des attributs du Care, préalablement défini, « **l'attention** » ou comment l'action de « prendre soin », de se préoccuper se reflète dans les propos tenus par les cadres de santé interrogés. Walter Hesbeen (1997, p2) explique que le « prendre soin » **revêt davantage l'aspect relationnel, le lien d'interdépendance.** « *C'est l'être en tant que tel, en tant que corps-sujet, celui qui a besoin de sens, qui demande de l'attention.* » Il précise que l'action de prendre soin exprime « *cette attention particulière que l'on va porter à soi-même ou à l'autre* » pour s'occuper de son bien-être. Ce que rapporte également Fabienne Brugère lorsqu'elle parle de **l'attention aux chaînes de vulnérabilité qu'il faut considérer pour tendre vers la meilleure façon d'agir possible** et dans lesquelles tiennent « *la puissance d'activité du prendre soin.* » (2011, p 38) Dans le fil de l'analyse et de l'interprétation, les notions de « *responsabilité* », « *d'écoute* » et de « *disponibilité* », autres attributs du Care, s'y retrouveront étroitement corrélés.

4.2.1. D'une attention pour l'équipe dont il a la responsabilité...

4.2.1.1. La préoccupation du bien-être et des conditions de travail

Les cadres de santé interrogés manifestent une attention particulière dans l'importance de se soucier du bien-être, de la qualité de vie du service pour l'ensemble des membres de l'équipe, ceci dans l'intérêt des patients et de leurs familles. Veiller sur son équipe et s'assurer des bonnes conditions de travail relève de la responsabilité du cadre selon Madame A. « *Dans la fonction de cadre j'aime bien l'idée de veiller, je n'ai pas dit surveiller hein, j'ai dit veiller. Veiller aux patients, veiller aux familles, veiller à l'individu, veiller au groupe, veiller au médecin qui est à côté de moi.* » (135-138). « *La qualité de la vie qui qui passe ou du temps qui passe : j'y suis pour quelque chose tout ne m'est pas imposé. Oui j'ai des leviers. Donc à moi de les prendre.* » (336-338). Le langage du *Care* est ici incarné dans un rôle de « veilleur ». Son souci premier rejoint la question de la motivation ou comment faire pour que les soignants restent mobilisés, engagés dans leurs fonctions face à la charge de travail et à toutes les difficultés que peut rencontrer un service. « *C'est régulièrement leur demander « comment ils vont », « comment ils sont ce matin » et « comment ils ont envie de travailler », parce que s'ils n'ont pas envie de venir travailler, il faut qu'on travaille la question. Donc, il y avait à la fois du soutien collectif et du soutien individuel* » (36-39). Il s'agit ici pour elle de se soucier et de reconnaître l'état motivationnel de chacun des membres de son équipe. « *Comment faire pour que les gens puissent durer dans leur fonction ?* » (22-24). « *Pour que l'équipe fonctionne de mon point de vue, j'ai toujours veillé à ce que chacun puisse avoir un développement quotidien qui lui permette d'être bien* » (27-30)

A travers cette idée de veille sur le développement quotidien pour favoriser le bien-être, le cadre de santé traduit ici la nécessité de nourrir « *les potentialités* », reconnaître les capacités d'actions, de réalisations de ses agents. Madame A l'exprime en termes de valorisation, de réactualisation du présent. Elle apporte une vision positive sur la contribution de son équipe dans un contexte de travail parfois difficile. Dans l'entretien, elle évoque la possibilité pour les soignants de se sentir frustrés dans leur travail et plus précisément dans leurs conceptions de prendre soin des patients mise à mal par la charge de travail. Une manière bien à elle de prendre soin de son équipe est donc de valoriser au quotidien le travail justement effectué. « *La culture de la caresse positive. C'est-à-dire que plutôt que de regarder tout le temps ce qui ne va pas bien valorisons ce qui s'est bien passé* » (lignes 262-263). Ces propos soulignent l'importance du rôle du cadre de santé en ce qu'il se veut vecteur d'encouragement et de reconnaissance de

l'équipe. De plus, les mots « *caresse positive* » connote ici un don, un sentiment d'Amour, au sens d'Agapè, « *Amour de l'humain* », ou un baume en vue de régénérer une confiance dans l'agir qui s'effrite. Comment passer d'un état présent moyennement « motivant », qui ne correspondrait pas aux valeurs, aux attentes, aux besoins de satisfaction dans le travail effectué, à un état motivant et désiré ? **Il s'agit, pour elle, de mettre en lumière un contexte positif dans le discours intérieur des agents pour « booster » un état motivationnel. Cette disposition à penser et partager avec son équipe est une manière de « mettre du cœur (du Care) à l'ouvrage », source de motivation et de satisfaction.** « *Cette pensée permanente de la valorisation et de la culture de la caresse positive c'est-à-dire qu'est-ce qui nous a fait du bien dans la journée et pourquoi ?* » (265-267)

4.2.1.2. *Se mettre à l'écoute ou la disponibilité du cadre de santé*

« *A l'appel de l'autre il ne faudrait pas répondre simplement « Me voici ! » mais « Ici je me tiens* » (Ricoeur, 1990, p 391)

L'aptitude du cadre de santé à se mettre à l'écoute des problématiques de ses agents est présente dans tous les discours. Ils tendent tous à se rendre disponibles pour leur accorder un temps et un espace de verbalisation dans leur emploi du temps. « *Je pense que le cadre il doit être là, ma conception du cadre c'est que je suis là. Là mais sans être là. Je suis disponible, mon bureau est constamment ouvert par exemple.* » (Monsieur F : 336-338)

Madame B rapporte le fait qu'il « *y a beaucoup de gens qui viennent vous voir en fait, et ça fait partie du travail invisible du cadre où vous êtes dérangé, qu'on vient vous voir, pleurer dans votre bureau, souvent en fait* » (406-407) Dans son propos où il est question de mal-être des personnes du service, cette disponibilité à écouter s'entend comme une réponse à un besoin même si elle n'apporte pas de solution en soi. « *Écouter les gens, essayer de leur apporter. Déjà les écouter, je pense qu'ils ont besoin de ça. Mais ça que ce soit du côté patient ou soignant* » explique Monsieur C (513-514)

Cette disponibilité qui se manifeste aussi bien dans la présence que dans les temps d'échanges collectifs, selon Monsieur F, permet l'apaisement. « *Le cadre a un rôle important, de mettre de l'huile dans les rouages, en étant là, en écoutant, en impulsant des réunions quand il sent que les warnings sont allumés. Donc cette présence est fondamentale* » (381-383)

Monsieur C insiste sur le fait que ces espaces de paroles individuels ou collectifs vont dans l'intérêt de tous et signent une reconnaissance empathique dont ils ont besoin. « *Les temps de verbalisation collectifs sont essentiels.* » (Ligne 224) « *C'est notre rôle, c'est comme ça que je le vois... la compassion.* » (540-541) Une compassion sous-entendue également dans la formule qu'emprunte Monsieur F à l'évocation de l'enterrement d'un soignant. « *Comprendre que la présence d'être là un moment donné, ce n'est pas « un plus un égal deux », c'est beaucoup plus* » (469-470)

Madame D rappelle son rôle de veilleur quant au bien-être du service engageant sa disponibilité auprès de l'équipe « *C'est au cadre de faire en sorte que l'équipe soit le mieux possible au sein du service. Il faut qu'on les écoute. Ma porte est toujours ouverte pour accueillir ou pour entendre ce qui se passe.* »

Dans sa conception du prendre soin, Monsieur F attache également une importance à répondre aux besoins extraprofessionnels exprimés par les soignants dans la mesure du possible. Considérer des problématiques familiales ou de santé des professionnels est fondamental pour lui. Une bienveillance à l'égard des professionnels relative à leurs dispositions d'offrir des soins de qualité aux patients qu'ils prennent en charge. Dans sa conception de son rôle et au-delà de la notion « d'assumer un service », c'est aussi reconnaître l'humain derrière une fonction. « *Le côté familial, le côté santé parfois malheureusement, pour moi mon boulot, ma conception, c'est d'organiser au mieux à ce que le planning colle, puisse répondre à certains besoins.* » (128-130)

4.2.1.3. Prendre soin à travers le rôle de régulation

Madame B se soucie également des impacts de la charge de travail sur les soignants. Pour elle, prendre soin d'eux passe par la régulation des activités de soins et le fait de veiller à leur besoin de temps de récupération tout en assurant une continuité des soins. « *Le prendre soin effectivement c'est bien là, c'est dans la régulation, et dans le dire... C'est une sorte de protection j'ai envie de dire, parce que moi je vois le long terme et c'est « être et durer » en fait.* » (378-382) Elle prend l'exemple de la pause du midi pendant laquelle les quatre aides-soignantes du service mangeaient toutes ensemble. Elles étaient constamment interrompues dans leur temps de récupération pour répondre aux sollicitations des patients. Dans un double objectif stratégique d'assurer un moment de répit sans dérangement et de répondre aux besoins

des patients dans une continuité de service, Madame B a mis en place deux temps de pause, deux par deux. (72-74)

4.2.1.4. Le positionnement assertif du cadre de santé

La notion de protection de l'équipe relevée dans les propos de Madame B revient également dans le discours des autres cadres de santé interrogés. Monsieur C conçoit ce rôle de protecteur de l'équipe de deux manières. Premièrement un rôle de protecteur entendu comme « bouclier » ou « récepteur » des agressions et des tensions inhérentes à l'activité. Considérant que les équipes puissent être mal menées dans les tâches qui leur incombent et par une certaine pression induite par le corps médical, lui aussi soucieux du respect et de la mise en œuvre des prescriptions, le cadre de santé s'expose pour leur limiter des tensions supplémentaires. « *C'est le cadre qui doit prendre les retours, quand un chirurgien arrive et il dit des choses sur l'équipe alors que ceux qui sont là ne sont en rien responsable, je préfère qu'il me le dise à moi.* » (196-198). Il estime devoir être l'interface entre l'équipe soignante et l'équipe médicale dans la réception des mécontentements. « *Je pense que le cadre, il est là aussi pour ça, pour recevoir, bon ben voilà ... qu'est ce qui ne va pas ?* » (201-203). Son positionnement lui donne le recul nécessaire pour pouvoir aborder sa deuxième manière de concevoir son rôle de protecteur, un rôle qu'il entend dans sens pédagogique. « *Il protège d'une certaine manière... si l'équipe suit mal certaines consignes, le cadre va être près de l'équipe en disant, attention là, faut qu'on revoie ça, que vous m'expliquez pourquoi cela ne s'est pas bien passé et qu'on remette les choses au propre.* » (43-46)

Ce rôle de protecteur s'exprime également en termes de positionnement et de savoir dire non dans les propos tenus par les cadres de santé. En exemple, l'expérience de Madame A qui s'est retrouvée confrontée à la délégation syndicale suite à une demande de mutation d'un professionnel pour manquements. Cette décision s'appréhende de deux façons en ce qu'elle se veut protectrice d'une part à l'égard des patients pour lesquels la garantie et la qualité des soins n'étaient pas assurées, et d'autre part, pour le soignant lui-même, en ce que cette personne exerçant de nuit depuis un certain nombre d'années avait, selon elle, besoin de se récréer en passant de jour et d'être encadrée différemment. « *Il faut savoir dire non, il faut savoir se positionner, faut pas forcément cautionner. Moi ça ne me dérange pas qu'on ne soit pas content avec la décision que je prends mais la décision, ce que je peux garantir, c'est que quand je prends la décision elle sera réfléchi, j'aurais cherché de l'argumentaire.* » (414-425)

Madame B aussi explique l'importance de savoir dire non lorsque l'activité du service déborde plus que de raison obligeant de nombreuses déprogrammations. Son positionnement, pas toujours en accord avec sa hiérarchie s'entend également dans l'intérêt de protéger les soignants dépassés par la charge de travail tout comme celui des patients en termes de dommages collatéraux car la sécurité des soins ne serait plus garantie. « *Je me dis que je m'opposerai à ce genre de... après je ne peux pas tout décider, si la cadre sup m'impose. Mais c'est mon rôle de dire « non »* » (169-170)

L'assertivité du cadre de santé s'entend alors comme une posture éthique dans la relation avec ses interlocuteurs. Autrement dit, il s'agit d'entendre l'expression d'un positionnement réfléchi sollicitant le *Care* comme disposition éthique de « protection ». Dans cette posture, le cadre de santé, élément de synthèse, emprunte un dialogue compréhensif qui permet de maintenir le lien et la sérénité au sein de son service.

4.2.1.5. Le « savoir-être » relationnel du cadre de santé : une valeur essentielle

Monsieur C. explique que les « *bonnes relations* » sont propices à une qualité de vie au travail où règne la bonne humeur. Il évoque comme un devoir le fait de porter attention aux personnes, une valeur essentielle dans sa fonction. « *On fait attention aux gens.* » (522) « *Le cadre s'il est pas attentif aux autres, il perd la moitié de sa valeur en tant que cadre.* » (529) « *Vous avez le feeling, faut sentir comment vont les gens.* » (532). Il ajoute que le soin relationnel est le propre du métier de cadre de santé. « *L'intérêt c'est, effectivement, que le patient qui rentre à l'hôpital, tout se passe bien pour lui et qu'on essaie de tout organiser le mieux possible. C'est mon rôle. Donc la relation à l'autre, ça effectivement c'est, je crois que c'est pour ça qu'on est là, si on n'a pas un côté relationnel, on a rien à faire là. Donc ce soin relationnel, il existe et il existera tout le temps.* » (502-506) Ces propos indiquent l'importance du « savoir-être en relation » du cadre de santé. Faire du lien, le maintenir, être présent permet une certaine continuité dans l'exercice du soin, autrement dit le management, des cadres de santé.

Les valeurs soignantes sont présentes dans l'expressions de leur conception du métier. Le respect, la confiance, l'attention, l'humilité, l'honnêteté sont régulièrement rapportés. L'identité soignante est conservée et suppose l'exemplarité qu'ils doivent incarner auprès de leurs équipes. Madame A. rappelle son origine infirmière dans sa définition de son statut. « *Je soigne le groupe, je prends soin de tout le monde. Vous m'auriez demandé de me définir, je*

vous aurais dit : je suis infirmière cadre. Moi je n'ai jamais renié ma profession bien évidemment mais je ne l'assure plus de la même façon. » (405-409)

Faire valoir le côté humain a largement été exprimé comme une responsabilité par les cadres de santé. Une valeur essentielle à ne pas perdre de vue dans les services que ce soit du côté des patients et pour le fonctionnement de l'institution ; ou des soignants et le fonctionnement du service. La considération de l'humain est intrinsèque à la conception du métier dans les propos des cadres de santé interrogés. Pour Carol Gilligan, l'éthique est fondée sur la responsabilité et les liens humains. Pour elle, l'éthique d'une situation ne s'évalue pas seulement qu'au regard des circonstances d'une action. Elle implique nécessairement un engagement pratique, autrement dit, une attitude bienveillante de l'acteur.

4.2.2. ... Vers une « méta » attention du cadre de santé dans un souci d'économie et d'équité

4.2.2.1. La considération de l'évolution des besoins sociétaux

Les cadres de santé interrogés ont conscience de l'évolution des besoins de santé qui va de pair avec l'évolution sociétale. Aujourd'hui, à l'hôpital, les patients sont de plus en plus âgés, poly-dépendants et polypathologiques, nous dit Madame B. Au regard des réformes de notre système de santé, l'existence et la légitimité des services de santé est justifiée par l'objectif de satisfaire aux besoins identifiés des personnes d'un territoire. Ces besoins renvoient au concept des sciences économiques en termes d'offres et de demandes. Pour y répondre et de manière économique toujours, des restructurations du système de santé « hôpital » ont été et seront nécessaires. On voit alors des fermetures ou regroupements de certains services ou structures dans le but de minimiser les dépenses et d'optimiser l'offre. Les cadres de santé se sentent concernés dans leurs rôles « d'observateurs actifs », pour comprendre l'environnement et de « diffuseurs » d'informations vers leurs équipes.

« Il y a 10 ans on parlait très peu de l'ambulatoire. Aujourd'hui c'est la mode, donc aujourd'hui pratiquement et c'est vrai, il y a 10 ans, vous preniez une prothèse totale de hanche c'était 10 à 12 jours d'hospitalisation. » (299-302) ; « Donc tout Change, demain on aura peut-être plus des services comme ça, ou beaucoup moins, ou des services qui ne seront pas des services de spécialité mais qui seront peut-être des filières. » (304-306) suppose Monsieur C.

4.2.2.2. Une attention économique dans une visée d'équité

Les cadres de santé interrogés ont le souci de l'économie des dépenses publiques. Leurs propos manifestent une préoccupation éthique à l'égard des coûts générés par l'activité hospitalière. Ils se sentent dépositaires et comptables des ressources publiques en mettent en avant l'argent du contribuable pour lequel ils doivent veiller à ne pas gaspiller. Ils sont attentifs aux coûts des prises en charges des malades, d'autant plus impactés par le temps d'hospitalisation : « *On ne va pas garder des gens dans un service alors qu'ils n'ont plus rien à faire chez nous* » dira Madame D.

L'objectif de réduire les temps d'hospitalisation n'est pas systématiquement mis en lien avec l'objectif de rendement. L'exigence d'une juste distribution des richesses publiques sont mises en lien avec des phénomènes sociaux tels que l'accroissement continu de la demande de soins ou le vieillissement de la population. « *On va vous dire attention, il ne faut pas garder les patients trop longtemps, mais ça ce n'est pas le rapport à l'argent, c'est les patients derrière qui attendent une place* », explique Madame D.

L'attention est aussi portée aux demandes induites par la maladie en termes de convalescence. Faire des demandes au plus juste et adaptées en termes de nécessités pour le malade, s'inscrivent dans cette démarche économique. « *On fait attention aux demandes de SSR. On oriente pour ceux qui en ont réellement besoin ; c'est vrai qu'à un moment donné, on en faisait pour tout le monde.* » (Madame D)

4.2.2.3. Une attention « méta » incarnée dans différents rôles

Les cadres de santé interrogés mettent en avant que les connaissances théoriques en termes de comptabilité et de gestion sont essentielles dans leur management quotidien. « *La vision comptable de l'activité hospitalière peut nous servir* » affirme Monsieur E. Le rôle du cadre de santé comme « répartiteur des ressources » s'inscrit dans une logique comptable nécessaire à la finalité économique des dépenses publiques. Cette logique sert le cadre de santé en ce qu'elle lui permet d'assurer le budget de son service, s'inscrivant lui-même dans le budget global limité de l'hôpital, de manière rationnelle. Ce rôle de « répartiteur » et de « contrôleur » des ressources peut être considéré comme un devoir comme l'exprime Madame D : « *Le cadre est obligé de faire attention aux finances, car plus vous commandez en début d'année moins*

vous en aurez en fin d'année ; donc si les budgets sont épuisés vous ne pourrez pas commander. »

Ils incarnent ce souci éthique au regard de l'économie dans leurs rôles de « répartiteur des ressources » et de « contrôle » tout en veillant à transmettre cette culture au sein de leurs équipes. *« C'est à nous, les cadres, d'expliquer aux soignants, le coût des matériels commander, pour leur montrer que ce n'est pas donné. » - « c'est important de les confronter à la valeur du produit parce que le gaspillage est important. Je suis obligée de leur dire de faire attention. »* (Madame D), *« Amener cet état d'esprit aux soignants, même si ce n'est pas leur culture »* (Monsieur E). Cette volonté de transmettre « une culture économique » au sein de leurs équipes s'entend ici comme une responsabilité « méta », dans le sens institutionnel et sociétal ou comment garantir le fonctionnement du « méta-moteur ».

Cette logique rationnelle fait lien avec l'attention « méta » économique à l'égard des dépenses publiques et des contribuables eux-mêmes. Monsieur E explique *« qu'il y a forcément une logique comptable à avoir dans un établissement de santé parce que c'est public et parce que c'est les impôts des gens donc je me dis bon, c'est de l'argent public, c'est des gens qui paient pour ça »*. En parlant des ressources humaines, il évoque l'intérêt d'établir des tableaux de bord d'activité dans un service afin de rendre compte des nécessités ou des surplus aux fins de meilleures répartitions : *« Par rapport aux tableaux de bord, en regardant les activités de plus près, on remarque que de telle heure à telle heure, certains ne sont pas occupés alors hop là faut que ça change »* ... *« le but c'est pas qu'ils paient des impôts pour mettre des gens à rien faire, donc mieux répartir les gens en fonction de l'activité et être transparent sur son activité. »* ... *« L'activité comptable fait partie du rôle du cadre, il faut l'avoir parce que lorsqu'on rentre en négociation sur des postes, il faut s'être préparé avec des éléments factuels. »*

Cette rationalité s'exprime également dans la vigilance des cadres de santé au regard des coûts engendrés par des pratiques excessives. *« Je fais attention à la pratique des jeunes internes qui sont beaucoup moins dans la clinique, qui demandent beaucoup d'examen complémentaires, de bilans sanguins »* (Madame D)

Le concept d'économie s'entend comme une valeur et une responsabilité dans les propos des cadres de santé interrogés. L'économie des dépenses de santé imposée par le législateur et

sa finalité éthique corrélerent avec le principe de bienfaisance d'un point de vue collectif et sociétal pour les cadres de santé interrogés. Dans l'ensemble des entretiens, la préoccupation économique des dépenses de santé, sont généralement incarnées dans un rôle « d'observateur actif ».

La sémantique du *Care* dans le discours des cadres de santé interrogés s'entend comme un préalable à la fonction managériale. Dans cette première étape d'analyse, la notion d'attention est traduite d'une manière différente selon la personne interviewée. Tantôt exprimée en termes de « prendre soin » ou « veiller sur », tantôt en termes de « régulation » ou « répartition », **l'attention s'inscrit dans une finalité de qualité et de sécurité des soins pour les patients, de qualité de vie au travail et de bien-être pour l'équipe.** Madame A. affirme comme un devoir à assurer, que « *pour avoir des patients bien soignés, il me faut bien traiter les soignants en tant que cadre* ». (12-13) Monsieur C. l'exprime également en ces termes en ajoutant la notion de responsabilité envers l'humain qui implique un engagement rigoureux des soignants dans leurs actes de soins. « *Si on est bien avec les gens, ils prendront bien en soin les patients* » (92-93), « *Mais être bien avec les gens c'est aussi leur rappeler que, ici à l'hôpital, il faut qu'on soit rigoureux, derrière on prend en charge des patients, c'est des êtres humains qu'on a sous notre charge et eux ont le droit d'être le plus en sécurité possible.* » (94-97)

Comment se définissent toutes ces « attentions » dans ce que mettent en place les cadres de santé ? Dans quel processus s'inscrivent-ils ? **Cette préoccupation éthique est incarnée dans une posture invitant à une action commune : l'accompagnement, ou la mise en œuvre du commun sur le terrain, qui fera l'objet de la seconde partie de cette analyse.**

4.3. *L'accompagnement* dans le discours des cadres de santé

4.3.1. L'accompagnement de l'évolution des besoins de santé

Pour les cadres interrogés, le soin relationnel se définit par une présence empathique, de la reconnaissance, du temps et une écoute dans l'accompagnement quotidien des équipes. Le mot accompagnement est généralement cité dans les premières minutes des entretiens, ce qui confère à ce rôle une place majeure dans la conception de leur métier de cadre de santé. Pour Madame B « *c'est le mot accompagnement qui me vient en premier dans le quotidien et puis*

après au-delà sur tous les changements qu'il y a dans un contexte particulier de société » (18-20)

L'accompagnement de ces changements structurels et organisationnels est largement exprimé dans l'ensemble des entretiens. « *Les changements réclame beaucoup d'accompagnement des équipes* » dira Monsieur E. Madame B appuie ce point de vue en s'exprimant ainsi : « *C'est le mot accompagnement qui me vient en premier dans le quotidien et puis après au-delà sur tous les changements qu'il y a dans un contexte particulier de société* » (18-20). Et Madame A précisera « *qu'accompagner l'équipe c'est mon boulot comme accompagner le soignant.* » (325)

Les cadres de santé interrogés parlent de l'accompagnement comme un travail invisible qui ne se mesure pas. Monsieur E parle de l'imperceptibilité de ce travail quotidien du cadre de santé, principal rôle auprès de l'équipe selon lui. « *L'accompagnement est l'un des plus gros boulots, parce que c'est le plus imperceptible, le moins quantifiable, c'est du tous les jours.* » Monsieur C définit l'accompagnement comme une responsabilité à guider l'équipe : « *il est le responsable de l'équipe... c'est lui qui guide aussi.* » (40-41) Monsieur F parle de son rôle dans l'accompagnement de l'équipe comme un devoir de donner du sens aux actions et aux événements qui traversent la vie d'un service : « *le cadre est garant de redonner du sens aux choses* » (292), ou encore comme une présence au quotidien reconnaissant la charge de travail de son équipe. (98-99).

4.3.2. L'accompagnement : un partage des ressources

4.3.2.1. Les ressources informatives

Pour les personnes interrogées, la transmission des informations institutionnelles par le cadre de santé à son équipe est un levier facilitateur dans cet accompagnement. Un levier facilitateur dans le sens où l'ensemble de l'équipe est au même niveau de « savoirs » et peut ainsi se projeter, se préparer au changement, comme le dit Monsieur C. « *Tout ce que j'ai, je considère que je n'ai pas à le garder. Je ne suis pas détenteur d'un savoir qui va être ensuite un pouvoir. Moi l'intérêt, c'est justement : « sachez la même chose, ce qui vous permettra de comprendre l'avenir aussi. Ce qui pourra être demandé ».* Donc redonner tout ce que j'ai comme information. » (360-364). Monsieur F explique l'importance de traduire les informations sur le terrain du service : « *On retraduit l'information, le côté passage de*

l'information. » (297) La responsabilité du cadre de santé ici se situe dans un rôle central de « passeur » d'informations qui permet une lisibilité de l'équipe sur un contexte présent et à venir.

4.3.2.2. *La ressource en la personne du cadre de santé*

Les cadres de santé dans leur conception du rôle d'accompagnement se définissent comme « **personne-ressource** » pour l'équipe qu'ils encadrent. Ils aspirent à ce que l'équipe prenne conscience de cette possibilité dans la fonction du cadre de santé. « *Le cadre, ce qu'il a de plus important, auprès de son équipe, à faire valoir, c'est que l'équipe comprenne que le cadre est une ressource sur de l'accompagnement.* » selon Monsieur E

Ce rôle de personne ressource s'incarne dans une disponibilité et une capacité d'écoute dans les propos qu'ils m'ont tenus.

Cette ressource qu'offre le cadre de santé à son équipe, suppose donc une ressource pour-lui-même également. Dans les entretiens, les notions de « s'entourer », « se protéger », « partager » viennent comme une nécessité pour le cadre de santé d'être lui-même accompagné. Les propos tenus traduisent une invitation à prendre soin de soi pour préserver cette ressource managériale. Il s'agit ici de se réapproprier un *Care*, une attention pour soi-même.

Monsieur C aborde la nécessité, le besoin, d'avoir des espaces de verbalisation pour lui-même dans sa fonction : « *avoir un réseau de collègues pour pouvoir, et leur demander un avis, ... mais aussi pour pouvoir exprimer, voilà je suis en difficulté là, ... Donc là il faut aussi avoir des moments où on peut exprimer nos doutes, nos angoisses, notre frustration et ça, ça peut se faire que si vous avez un réseau d'amis cadre qui subissent les mêmes choses et qui peuvent répondre ...ok, c'est bien... si nous on écoute les autres, à un moment donné on a besoin nous aussi de pouvoir s'exprimer* » (106-113)

Madame A met en avant l'intérêt de méthodes à mettre en œuvre au quotidien pour se préserver et prendre soin d'elle : « *Se protéger, je voudrai revenir sur ça. Des agressions, multiples et variées que vous allez avoir en permanence. Moi j'ai travaillé avec des outils comme la sophrologie. Comme la relaxation, pour moi-même, pour mettre de la distance avec*

l'agression, et des petites techniques au quotidien. Ça sert dans le quotidien des services » (175-178)

L'importance de savoir « se dire *stop* » à un moment donné, revient également comme un « *warning* » dans leurs discours. La nécessité de faire coupure pour se ressourcer et assurer leur fonction s'exprime par les limites qu'ils se fixent pour eux-mêmes. « *J'ai une façon de faire, je ne travaille jamais chez moi pour le boulot. Je n'emmène pas le travail à la maison. Il faut une coupure et c'est important de garder ça, pour moi.* » (Madame D)

4.3.2.3. *L'équipe comme ressource*

Pour les cadres de santé la notion d'équipe ou de « faire équipe » est essentielle. Ils attachent une importance dans leur mission à créer une dynamique d'équipe ou chacun se sentirait concerné et autonome. Un attachement aux valeurs soignantes et une considération nécessaire de l'équipe que Madame A entend comme levier dans sa fonction managériale : « *peut-être que mon levier ça a été l'équipe et pas les malades. Et pour avoir le levier de l'équipe, enfin, pour travailler vraiment ce levier de l'équipe, j'ai pratiqué ma fonction de cadre sur le terrain dans les soins* » (77-79)

Favoriser l'autonomie semble être indispensable dans la pensée soignante des cadres de santé interrogés. « *Ce serait catastrophique pour un cadre de ne pas favoriser l'autonomie, parce que le principe de base du concept de soin c'est l'autonomie du patient Donc ce serait antinomique, cela ne peut pas se faire autrement* » selon Monsieur F. (279-283) « *Mon travail est d'amener l'équipe à un peu plus d'autonomie* » pour Monsieur E.

Madame A avec son expérience, à quelques mois de partir en retraite, explique l'influence de l'adaptabilité dans l'accompagnement, mais également celles de la créativité et des compromis, avec l'équipe. « *Je peux pleurer toute la journée sur le fait qu'on n'est pas assez nombreux, je peux aussi me dire avec le nombre qu'on est et avec le nombre de patients qu'on a comment on s'arrange pour finir une journée à peu près content de ce qu'on a fait* » (93-97). « *De toute façon vous ne ferez pas tout et de toute façon vous serez frustré donc tâchons de ne pas l'être trop quoi.* » (245-246) Madame A met en avant les potentielles ressources que peuvent fournir les membres de son équipe. Il est question de savoir ce que l'autre peut apporter, de reconnaître que l'autre puisse avoir des solutions ou les idées qu'elle n'aurait pas : « *Quelle*

*solution tu as ? Je n'ai pas la science infuse parce que je suis cadre, hein. Ça se saurait. Donc il y a des modes d'adaptation c'est pour ça qu'il y a de la création tout le temps. » (227-228) « Y'a toujours d'autres moyens, toujours d'autres chemins à prendre. Regardons le chemin des possibles, regardons les possibles. Ça, ça me paraît essentiel. » (280-285) « C'est ça notre métier en permanence mais il y a plein d'espaces des possibles tout en étant pas anarchiques et pas hors-la-loi. » (395-396) **La création et l'adaptabilité est la « réalisation d'une œuvre toujours en devenir » selon Revillot.***

4.3.3. La réflexivité : la mise en œuvre d'un sens commun

Les cadres de santé interrogés conçoivent leur rôle dans une obligation de faire vivre et de porter un projet de service et un projet de soins. Ils relient cette obligation à l'accompagnement, d'une part des équipes dont ils ont la responsabilité et d'autre part des patients, en termes d'accueil et de devenir. Comme constaté en amont dans l'analyse, ils composent quotidiennement la régulation des activités en fonction des ressources humaines, en faisant preuve de positionnements et d'improvisations, un rôle où il est question de garantir qualité et sécurité des soins ainsi que celles des conditions de travail. Ils situent leurs rôles dans une attention ou vigilance au quotidien ainsi que dans le prendre soin des équipes dans l'intérêt des patients dont ils sont aussi responsables.

Ils placent leur fonction dans l'articulation des professionnels de l'équipe pluridisciplinaire et de l'institution en ce qu'ils sont le lien entre tous. Monsieur F exprime le rôle central du cadre de santé dans l'hôpital : « *Pour moi le cadre il est au milieu de pas mal de choses, le corps médical, l'institution, les équipes, les patients et les familles.* » (Lignes 5-6) Pour lui la collaboration et la réflexion sont essentielles sur les questions de changements d'organisation induits par l'évolution de la société. « *Cette articulation sur les 4 logiques qui fait que ma conception de mon travail de cadre, c'est comment répondre, en gros c'est ça, comment répondre et avec qui répondre aux nécessités des évolutions de service.* » (Lignes 24-26)

Il est question ici du rôle pédagogique du cadre de santé dans le sens où l'entend Perrenoud. **Le cadre de santé, facteur social central au sein de l'organisation, manage « le sens du travail et le travail du sens ».** **Au sein de l'équipe, les cadres de santé s'envisagent dans un rôle « moteur » à l'impulsion d'une réflexion collective autour du projet de soin**

et des activités du service. Derrière ce rôle est sous-tendue l'idée de compréhension de ce qui motive l'ensemble à agir, la mise en commun des perceptions, des inquiétudes, des interrogations. Cette démarche s'inscrit dans une perspective constructiviste collective de sens.

La place qu'ils accordent à l'équipe dans les projets et l'implication des individus dans le cheminement apparaissent comme générateurs de motivation. Pour Monsieur F, « *tout projet est travaillé ensemble en équipe* » (32) « *ma conception du travail c'est que les autres participent aux réflexions et aux conceptions.* » (40-41) Il rajoute que la condition de reconnaître tout le monde dans un projet représente en enjeu motivationnel pour l'implication de l'équipe et la réussite : « *l'enjeu en termes de motivation il a été énorme... c'est que concevoir le travail quel qu'il soit si on organise pas les conditions suffisantes pour, d'abord ça ne m'intéresse pas, premièrement, et deuxièmement ça ne marche pas. Donc quand je dis les conditions pour, c'est-à-dire que à partir du moment où on avait mis ce postulat de départ et que tout le monde participerait* » (55-61)

Cette nécessité de mise en réflexivité se comprend dans un besoin de réalisation et de considération des individus, un besoin à satisfaire pour favoriser la coopération, l'engagement et le maintien dans l'action. « *Ça leur donne un espace de parole, de dialogue et d'intérêt pour eux, en disant bon ben voilà, moi je suis entendu sur telle ou telle chose.* » (Monsieur C :436-437). C'est aussi aller rechercher ce qui fait valeur, ce qui est important pour avancer ensemble selon Madame A : « *qu'est-ce qui est le plus important pour nous, pour pouvoir fonctionner. Très vite on avait mis en évidence qu'on avait des besoins de temps de réunions, de temps de débriefing, de temps d'analyse de pratiques, de temps pour des groupes de parole.* » (103-105)

La démarche réflexive dans les temps collectifs permet également de mettre en exergue les potentialités, les ressources de l'équipe dans une finalité de soutien et de satisfaction pour l'ensemble de l'équipe. « *Quand on a pu élaborer collectivement qu'ils avaient des organisations différentes, qu'ils avaient des besoins différents... progressivement on a trouvé des solutions. Mais parce qu'on a regardé ensemble et tout le monde était content au bout du compte. Je n'y avais pas pensé au début moi. C'est chemin faisant. C'est pour ça que je dis qu'observer regarder Ça vous amène à trouver des solutions. Les temps de verbalisation collectifs sont essentiels.* » (Madame A : 217-224) Il s'agit là de reconnaître « *la capacité d'inférence des professionnels donc leur capacité de créer* » dont parle Hesbeen (1999, p13)

L'importance du temps accordé au cheminement, à l'observation, est essentiel pour accompagner les équipes au quotidien et dans les changements d'organisation. « *Ce qui est essentiel c'est de se donner du temps pour regarder ce qui se passe.* » pour Madame A (248-250) « *Le plus gros paramètre dont il faut tenir compte, c'est le temps* » selon Monsieur E en parlant de ce cheminement. « *C'est le cheminement avec une équipe et que ce cheminement là il faut du temps.* » (Monsieur F : 89-90)

La réflexivité exige une interaction avec les différents systèmes de valeurs d'une équipe. La reconnaissance des différences en termes de valeurs ou de besoins engendre des sentiments de satisfaction et de puissance à l'engagement. Penser sa pratique, l'examiner, cela signifie en latin « *sortir du faire* », la formuler, la considérer avec attention, avec compréhension : c'est chercher le sens. La démarche praxéologique rejoint ici le propos de la motivation pour l'action commune. Cette recherche de sens comme le définit Perrenoud trouve ainsi une inclination au *Care*. « Penser avec un autre » se distingue de « penser seul » dans la mesure il y a rencontre avec l'altérité. Le lien relationnel se joue dans cette action de penser ensemble. Il peut sembler complexe pour un cadre de santé, de satisfaire, de répondre à l'ensemble des besoins d'une équipe, somme toute subjectifs. Cependant, sa posture d'accompagnement et la manière dont il l'incarne aurait une influence positive sur le bien-être psychologique des personnes qu'il encadre, ainsi que sur leur engagement dans l'organisation du service et la cohésion de l'équipe.

La rencontre et les liens de confiance qui se tissent sont les premiers éléments qui permettent de prendre soin d'une personne dans une perspective de santé. Le deuxième mot est celui de l'accompagnement. Il s'agit bien maintenant, lorsque la rencontre a eu lieu et lorsqu'elle a permis de tisser des liens de confiance, de cheminer ensemble, de faire un bout de chemin en commun... (Hesbeen, 1999, p10)

4.4. Critique méthodologique et apports de la démarche de recherche

Cette recherche qui se veut qualitative est basée sur un petit nombre de personnes, six cadres de santé, choisis en fonction de critères basés sur ma propre subjectivité. Mon raisonnement quant à ces choix était guidé par un souci d'équité et de non jugement. Les critères choisis n'ont rien de probabilistes et ne sauraient peut-être pas constituer un échantillon représentatif en soi.

Ceci dit, l'intérêt pour ce travail de fin d'étude s'est porté sur le partage de conceptions singulières du métier des cadres de santé interrogés et du rôles incarnés par chacun auprès de leur équipe. Les apports, riches d'expériences de terrain, ont constitué un apport conséquent d'informations pour ma recherche.

Le traitement de ces informations pour tenter d'éclairer ma problématique, m'est apparu très difficile en ce qu'elles étaient très nombreuses. De plus, étant novice dans ce genre de travail, l'étape d'analyse a été pour moi complexe et chronophage. L'élaboration de la grille d'analyse a pu me permettre d'extraire ce qui me semblait important de relever dans les discours. La difficulté pour ma recherche a été de faire des choix, et donc des renoncements, car tout me paraissait essentiel.

Avec du recul, le choix de l'entretien non-directif reposant sur une question ouverte unique comme méthode d'investigation, m'apparaît être un choix à reconsidérer pour un travail de fin d'étude de cadre de santé. Un entretien semi-directif aurait permis de préstructurer les données et de gagner du temps. Toutefois, la méthode et la question ont pu favoriser l'expression des données souhaitées. Elles ont également suscité un enthousiasme perceptible de mes interlocuteurs dans le partage de leurs expériences. Ces moments d'échanges ont été pour moi des moments de ressources très agréables

Enfin, cette démarche de recherche aura été, pour moi, pédagogique dans le sens où justement *le sens* dans ses différentes acceptions (comprendre et mettre en sens, cheminer, maintenir un état motivationnel pour moi-même ainsi que dans le souci de mes futurs lecteurs...) est venu mettre en travail la conception du *Care* pour moi-même. Ce travail aura été l'occasion de questionner ma propre conception ainsi que ma posture de cadre de santé.

Conclusion

Les questionnements autour de l'éthique, du langage et du sens de ma pratique, poursuivis dans la démarche de recherche entreprise pendant l'année de formation à l'IFCS sont étroitement liés à mes expériences.

L'année de formation et la construction de ce mémoire dans le cheminement que j'ai mené ont été pour moi un temps de mise à distance et de réflexion sur mon positionnement et ma posture de cadre de santé. L'intégration au sein de l'IFCS m'a permis d'envisager et d'analyser tous les domaines découverts durant ces dernières années dans le domaine de la santé : un éclairage précieux à travers les champs social, historique et économique du soin, de la santé publique et de la fonction « cadre de santé ». La recherche que j'ai entreprise correspond à un besoin de compréhension sur mon propre parcours professionnel et mes pratiques professionnelles d'hier et de demain, dans et pour ma nouvelle fonction en tant que cadre de santé diplômée. Le rapport au savoir est un processus par lequel un sujet, à partir des savoirs acquis, produit de nouveaux savoirs singuliers qui lui permettent de penser.

Les enseignements reçus cette année ainsi que les recherches personnelles associées m'ont permis d'acquérir de nouveaux savoirs, de les mettre en travail avec ceux acquis par l'expérience et de développer une méthodologie pour cheminer et comprendre, donner du sens à ma pratique. Une confrontation « *dans son essence même à ses propres interrogations* » que David reconnaît comme « *interrogation éthique vraie.* » (1997, p 9)

La problématique a émergé au regard du contexte socio-économique contraint dans lequel nous nous mettons en œuvre et de l'évolution du système de santé français, traversé par une succession de réformes repensant l'organisation et le fonctionnement du service public pour encadrer les dépenses de santé hospitalières.

La problématique choisie et la démarche de recherche dans laquelle je me suis engagée ont eu pour objectifs d'interroger ma pratique de faisant-fonction cadre de santé et de mettre en perspective la posture intuitive dans laquelle je me suis inscrite jusqu'à présent.

« Dans le contexte socio-économique actuel, en quoi la philosophie du *Care* est-elle un levier de motivation dans la fonction managériale du cadre de santé ? »

La recherche théorique au regard des concepts sollicités m'a permis de poser les bases et de définir plus solidement le cadre de ce travail. L'approche théorique du *Care*, du *management* et celle de la *motivation*, sont venues cerner en les contours et donner du sens pour ma démarche.

L'expérience partagée des cadres de santé que je suis allée interroger sur leur conception de leur rôle auprès de leur équipe, a permis de mettre en lumière toute la complexité dans laquelle se situe la fonction managériale d'un cadre de santé aujourd'hui. Dans l'analyse, l'étude de leurs discours révèle une grammaire, au sens de ce qui constitue l'ensemble des principes et des règles qui président à l'exercice d'un art, ici la fonction managériale, étroitement corrélée avec le langage du *Care*, ses attributs et sa finalité.

La triangulation du cadre conceptuel et du cadre empirique dans l'analyse que j'ai menée aura aussi permis de mettre en exergue l'importance de créer des conditions de travail propices à la motivation ainsi que celle du « **processus de mise en sens** » relevant de la fonction managériale. L'implication collective passe par la considération et la reconnaissance de chacun ainsi que par la promotion d'un esprit d'équipe, une unicité, une cohésion. Une culture de la coopération et donc de « l'Autre » en tant que sujet et acteur dans l'œuvre commune.

Walter Hesbeen introduit le terme de « saveur soignante », qui consiste à s'imprégner de l'autre et de ne pas oublier l'humanité des soignants. Pour lui, une saveur soignante se dégage des lieux imprégnés de l'authenticité d'une présence portée aux personnes, respectueuse et particulière. « *Cette présence procède d'une posture soignante.* » (2005, p23) Ce terme me rappelle aux propos tenus par Madame A lors de notre rencontre et qui ont marqué mon esprit : « *La culture de la caresse positive. C'est-à-dire que plutôt que de regarder tout le temps ce qui ne va pas bien valorisons ce qui s'est bien passé* ».

Le *Care* n'est pas seulement un principe moral, une disposition ou une conviction, c'est surtout une pratique, un travail. La perspective de la recherche aura permis de travailler le sens et d'indiquer le sens du travail de cadre de santé. La réflexivité mise en œuvre dans l'accompagnement a été largement exprimée dans le discours des cadres de santé. La réflexivité

fait figure du travail de *Care* à travers leurs propos, dans lesquels il est justement question d'attention, de compréhension, de reconnaissance et de construction en équipe pour avancer.

La question du langage qui poursuit mon cheminement s'inscrit dans une démarche de recherche d'un dialogue éthique, une posture communicationnelle, elle aussi réflexive. Il semble que l'attitude assertive soit soucieuse d'un respect mutuel dans la relation et tend à construire un lien qui soit gagnant-gagnant. L'assertivité permet l'ouverture, à soi-même et aux Autres, elle invite à se mettre dans une disposition d'écoute pour trouver les mots justes.

#####

Mise en perspective d'une pratique intuitive pour une projection dans ma posture de cadre de santé

La question de « l'intuition » est restée en suspens tout au long de ce cheminement jusqu'au terme de cette conclusion. L'intuition se sent plus qu'elle ne se pense. Elle est la reconnaissance d'une information stockée dans la mémoire. Ce langage particulier « *le langage de l'âme guidé par le sentier de l'expérience inconsciente dans notre cerveau* ». Empruntant la pensée d'Hesbeen, « prendre soin » ou « **l'acte de Care** », pour mon propos, « *est une conception pluriprofessionnelle de la pratique soignante issue de l'expérience et du questionnement. A ce titre, il relève de la philosophie.* », l'amour de la sagesse.

L'acte de Care interrogé en introduction de ce mémoire m'apparaît alors comme une valeur tournée vers l'action guidée par l'intuition, « l'inconscient adaptatif », elle-même issue de mes expériences, de ce qui fait de moi ce que je suis, de mon essence. Finalement nous agissons tous avec ce qui nous constitue, notre essence, elle-même tirée d'expériences singulières. Il est toujours possible de tirer des leçons de nos propres expériences ou de celles des Autres, d'où l'intérêt de se mettre dans une démarche réflexive qui offre la possibilité des découvertes et de la création.

Pour reprendre une de mes questions de départ : **L'acte de Care d'un cadre de santé ne fait-il pas sa professionnalité ?**

J'appelle professionnalité, et j'attribue cette professionnalité à un individu ou à un groupe, une expertise complexe et composite, encadrée par un système de références, valeurs et normes, de mise en œuvre, ou pour parler plus simplement, un savoir et une déontologie, sinon une science et une conscience. En ce sens, il n'y a pas de profession sans professionnalité. (Alballéa, 1995)

J'aime à croire que la philosophie du *Care* et ses concepts d'*attention*, de *disponibilité*, de *reconnaissance* et de *responsabilité* est un levier dans la fonction managériale d'un cadre de santé. L'éthique, le langage et le sens de cette philosophie révèle une inclination, lieu où elle prend source, aux liens et à la relation. L'accompagnement, la considération et l'implication de l'équipe dans les réflexions de projets de services sont sources de motivation ainsi que de sérénité au travail.

« *Dis-moi de quelles connaissances tu te sers pour donner des soins et comment tu t'en sers, je te dirai quel soin tu donnes* ». (Collière, 1982)

Ma conception de la fonction de cadre de santé

La conception que je propose est l'aboutissement d'une réflexion fondée sur l'autoévaluation et l'analyse de mes pratiques.

Interface entre les professionnels médicaux et paramédicaux ainsi qu'avec les instances administratives ; je souhaite favoriser une dynamique d'équipe pour élaborer des projets de soins en lien avec les besoins des populations, en tenant compte des nécessités et des nouvelles contraintes économiques. J'aspire à être un élément « moteur » au sein de l'institution répondant à l'offre de soin.

En tant que manager d'une équipe pluriprofessionnelle, et personne-ressource, ma responsabilité sera de favoriser la diffusion des informations, de développer un travail pédagogique et de mise en sens pour la compréhension des nouvelles recommandations. Elle sera aussi de fédérer les connaissances et les compétences professionnelles de chacun afin de garantir la qualité et la sécurité des soins dispensés aux personnes. Je veillerai à organiser des conditions de travail favorisant la motivation ainsi qu'une qualité de vie au travail dans le service.

Lien entre tous les acteurs de l'institution (usagers, professionnels médicaux, paramédicaux, administratifs et structures extérieures), je mobiliserai mes qualités d'écoute et de compréhension, tout en ayant un rôle pédagogique et éducatif pour les équipes que j'encadrerai. Je m'appliquerai à développer une démarche réflexive au sein de mes équipes, pour garantir la sécurité, la dignité et la qualité des soins.

Aux termes de cette année de formation, je prends toute la mesure de la fonction du cadre de santé, des enjeux et du rôle de médiateur, coordonnateur, moteur et porteur pour et avec l'équipe dont je serai responsable, pour les usagers, ainsi que pour l'institution. Je souhaite, avec hâte, réintégrer le centre hospitalier en tant que cadre de santé diplômée. La perspective d'intégrer un nouveau service sera pour moi l'occasion de mettre en pratique les savoirs acquis ou remaniés pendant cette année.

J'aurai à cœur de m'inscrire dans un management bienveillant, d'impulser et d'encourager les démarches de réflexions éthiques sur les pratiques de soins. Au-delà des savoirs nécessaires à la fonction du cadre de santé, les valeurs que je souhaite transmettre s'articulent autour de l'attention, du respect de « l'Autre », dans une posture authentique d'accompagnement favorisant le dialogue. **Une implication et un engagement de réciprocité nécessaire dans le fait de porter attention à l'Autre et à soi dans l'accompagnement.**

Glossaire

ARH : Agence régionale de l'hospitalisation

ARS : Agence régionale de santé

ASH : Agent de service hospitalier

CMP : Centre médico-psychologique

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

CPAM : Caisse primaire d'assurance maladie

CREX : Comité de retour d'expérience

DIU : Diplôme interuniversitaire

DGOS : Direction générale de l'offre de soins

DU : Diplôme universitaire

EHESP : Ecole des hautes études en santé publique

EPRD : Etat des prévisions de recettes et de dépenses

HAD : Hospitalisation à domicile

HDJ : hôpital de jour

HPST : Hôpital, patients, santé, territoire

IFAS : Institut de formation d'aides-soignants

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

IFSI : Institut de formation en soins infirmiers

IGR : Institut de gestion de Rennes

PRADO : Programme d'accompagnement au retour à domicile après hospitalisation

REX : Retour d'expérience

SDR : Service de remplacement

SROS : Schéma régional d'organisation sanitaire

SSR : Soins de suite et de réadaptation

T2A : Tarification à l'activité

USC : Unité de soins continus

USIC : Unité de soins intensifs cardiologiques

Liste des références bibliographiques

Livres

- Alecian, S et Foucher, D. (2002). *Le management dans le service public*. Paris : Ed d'organisation.
- Bardin, L. (2007). *L'analyse de contenu*. Paris : Puf
- Bourdieu, P. (1980). *Le Sens pratique*. Paris : Minit, « Sens commun »
- Brugère, F. (2011). *L'éthique du « care »*. Paris : PUF, Que sais-je ?
- Collière, M-F. (1982) *Promouvoir la vie*. Paris : Masson
- Damasio, A. (2003). *Spinoza avait raison*. Paris : Odile Jacob
- David, A. (1997). Préface 2. Dans O. Paycheng et S. Szerman (dir), *À la rencontre de l'éthique* (p. 9). Thoiry : Heures de France.
- Fisher, B, Tronto, J. (2009). *Un monde vulnérable. Pour une éthique du Care*. Paris : La Découverte
- Georges, P.M., Samson, J. (2012). *Gérer un hôpital, un pôle, Les meilleures méthodes de management au service des gestionnaires hospitaliers*. Montpellier : Sauramps Médical.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Harvard : University Press, traduction française (2008) *Une voix différente. Pour une éthique du Care*. Flammarion
- Hesbeen, W. (1997). *Prendre soin à l'hôpital*. Paris : Masson
- Hesbeen, W. (2011). *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin : penser une éthique du quotidien des soins*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson
- Honoré, B. (2003). *Pour une philosophie de la formation et du soin, la mise en perspective des pratiques*. Angers : L'Harmattan
- Kahneman, D. (2012). *Système 1 Système 2 : les deux vitesses de la pensée*. Roubaix : Flammarion
- Le Boterf, G. (1998). *L'ingénierie des compétences*. Paris : Editions d'Organisation
- Martin, O. (1997). « Paradigme », *Les 100 mots de la sociologie*, Paris, Presses universitaires de France, collection « Que Sais-Je ? »
- Massé, R. (2003). *Ethique et santé Publique : Enjeux, valeurs et normativité*. Québec : Les presses de l'université de Laval
- Meier, O. (2009). *Dico du manager : 500 clés pour comprendre et agir*. Paris : Dunod

- Meizoz, J. (2007). *Postures littéraires. Mises en scène modernes de l'auteur*. Genève : Slatkine.
- Mintzberg, H. (2006). *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : Eyrolles
- Molinié, G et Viala, A. (1993). *Approches de la réception, Sémiostylistique et sociopoétique de Le Clézio*. Paris : Puf, « Perspectives littéraires »
- Molinier, P. & Laugier, S. & Paperman, P. (2009). *Qu'est-ce que le Care ? Soucis des autres, sensibilité, responsabilité*. Paris : éditions Payot & Rivages.
- Mondot, J. (2007). *Qu'est-ce que les Lumières ?* Saint-Étienne : Presse universitaire Bordeaux
- Revillot, J.M. (2010). *Pour une visée éthique du cadre de santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- Ricoeur, P. (1990). *Soi-même comme un autre*. Paris : Seuil
- Russ, J. (1995). *La pensée éthique contemporaine*. Paris : Puf, Que sais-je ?
- Svandra, P. (2009). *Eloge du soin, une éthique au cœur de la vie*. Paris : Seli Arslan
- Tricot, J. (2012). *Aristote. Ethique à Nicomaque*. Paris : Librairie philosophique J. Vrin
- Von Mises, L. (2004). *Abrégé de L'Action humaine, traité d'économie*. Paris : Bibliothèque classique de la liberté. Les belles lettres

Revue périodiques

- Alballéa, F. (1995). Citation tirée de l'article de Raymond Bourdoncle et Catherine Mathey-Pierre, « Autour du mot professionnalité », *Recherche et Formation*, n°19 p 147
- Autissier D. (2008). Des salariés en quête de sens. *Les grands dossiers des sciences humaines*, n°12, p.60-63.
- Hesbeen, W. (1999). Le caring est-il prendre soin ? *Revue Perspective soignante*, n°4
- Jouffray, C. et Portal B. (2012). Les postures professionnelles en question. *Les actualités sociales hebdomadaires*, n°2765
- Piatkowski, M. (1993). L'éthique : une réflexion ou une pratique ? *Revue de l'Infirmière*, n° 8
- Worms, F. (2006). Les deux conceptions du soin. Vie, médecine, **relations** morales. *Esprit*, n°321

Supports électroniques

Braudo, S. (1996-2017). Dictionnaire du droit privé. Repéré sur : <https://www.dictionnaire-juridique.com/definition/motivation.php>

Cifali, M. (2002). Une clinique en sciences de l'éducation. Repéré sur : [https://mireillecifali.ch/Articles_\(1997-2002\)_files/Une%20clinique.pdf](https://mireillecifali.ch/Articles_(1997-2002)_files/Une%20clinique.pdf)

Durand, C. (2007). Le rôle des valeurs dans l'activité de soins. Repéré sur : http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/Le_role_des_valeurs_.pdf

Lani-Bayle, M. (2007). « Aux sources de la démarche clinique... ». *Chemin de formation*, n°10 repéré sur http://pedagopsy.eu/clinique_lani_bayle.html

Martin, O. « Paradigme », *Sociologie*, Les 100 mots de la sociologie. Repéré sur : <http://sociologie.revues.org/1997>

Meizoz, J. (2004). « “Postures” d’auteur et poétique », *Vox Poetica*. Repéré sur : <http://www.vox-poetica.org/t/meizoz.html>

Meizoz, J et Martens, D. (2011). La fabrique d'une notion. Entretien avec Jérôme Meizoz au sujet du concept de « posture ». *Interférences littéraires/Littéraire interferences*, n° 6.p 199-212. Repéré sur : <http://www.interferenceslitteraires.be/node/19>

Perrenoud, P. (1996). Sens du travail et travail du sens à l'école. Repéré sur : http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_1996/1996_18.html

Svandra, P. (2009). Le Care, entre disposition morale et pratique sociale. Repéré sur <http://svandra.over-blog.com/article-33681864.html>

Zarifian, P. (2005). *Compétences et stratégies d'entreprise*. Paris : Editions Liaisons. Conférence repérée sur : <http://philippe.zarifian.pagesperso-orange.fr/page118.htm>

Autres sources Internet :

Le centre national de ressources textuelles et linguistiques : <http://www.cnrtl.fr>

Cadre de santé.com : <http://www.cadredesante.com>

Cairn Info : <http://www.cairn.info>

Encyclopaedia Universalis : <http://www.universalis.fr/encyclopedie/intuition/>

Implications Philosophiques : <http://www.implications-philosophiques.org>

Oxford dictionaries: <https://www.oxforddictionaries.com/>

Table des matières

Remerciements	3
Sommaire	5
Problématique	6
1.1. Introduction	6
1.1.1. De mon parcours professionnel de soignante...	7
1.1.2. ...vers la problématisation du sujet de mémoire de fin d'étude à l'IFCS	11
1.1.3. Une question de départ liée au rôle du cadre de santé	13
1.2. Formulation de la question de recherche	14
1.3. Annonce du plan de recherche vers le modèle d'analyse	15
Cadre conceptuel et notionnel	17
2.1. L'intuition	17
2.2. Traduction et sémantique de care	19
2.3. Approche praxéologique du « prendre soin »	21
2.3.1. La praxéologie	21
2.3.2. Le prendre soin à travers les théoriciens du Care	22
2.4. L'éthique du Care ou sa finalité : la responsabilité	25
2.4.1. Définition de l'éthique	25
2.4.2. La responsabilité	27
2.5. Le cadre de santé	29
2.5.1. La fiche métier du cadre de santé (cf. annexe)	30
2.5.2. Définition du projet pédagogique 2016-2017 de l'IFCS de Rennes (p6)	30
2.6. Le management	31
2.6.1. Origine et définition	31
2.6.2. Le concept de management	31
2.6.3. Le rôle du manager ou cadre selon Mintzberg	32
2.6.4. La fonction managériale du cadre de santé	33
2.7. La motivation comme levier de management	35
2.7.1. Origine étymologique du terme « motivation »	35
2.7.2. Le concept de motivation	35
2.7.3. Lien avec le management et la posture du cadre de santé	38
Méthodologie de recherche empruntée	40
3.1. L'entretien non-directif :	40
3.2. La consigne	41
3.3. Choix des informateurs	42
3.3.1. La question de l'expérience professionnelle	43
3.3.2. La question du genre	43
3.3.3. La question de l'âge	43
3.3.4. La question de l'origine des acteurs interviewés	43
3.3.5. Contexte de réalisation des entretiens	44

Analyse et interprétations des entretiens	46
4.1. Méthodologie empruntée	46
4.1.1. L'analyse thématique	46
4.1.2. L'élaboration de la grille d'analyse	46
4.2. L'attention dans le discours des cadres de santé	47
4.2.1. D'une attention pour l'équipe dont il a la responsabilité...	48
4.2.1.1. La préoccupation du bien-être et des conditions de travail	48
4.2.1.2. Se mettre à l'écoute ou la disponibilité du cadre de santé	49
4.2.1.3. Prendre soin à travers le rôle de régulation	50
4.2.1.4. Le positionnement assertif du cadre de santé	51
4.2.1.5. Le « savoir-être » relationnel du cadre de santé : une valeur essentielle	52
4.2.2. ... Vers une « méta » attention du cadre de santé dans un souci d'économie et d'équité	53
4.2.2.1. La considération de l'évolution des besoins sociétaux	53
4.2.2.2. Une attention économique dans une visée d'équité	54
4.2.2.3. Une attention « méta » incarnée dans différents rôles	54
4.3. L'accompagnement dans le discours des cadres de santé	56
4.3.1. L'accompagnement de l'évolution des besoins de santé	56
4.3.2. L'accompagnement : un partage des ressources	57
4.3.2.1. Les ressources informatives	57
4.3.2.2. La ressource en la personne du cadre de santé	58
4.3.2.3. L'équipe comme ressource	59
4.3.3. La réflexivité : la mise en œuvre d'un sens commun	60
4.4. Critique méthodologique et apports de la démarche de recherche	63
Conclusion	64
Glossaire	69
Liste des références bibliographiques	70
Table des matières	74
Résumé	77

Auteur

Maryline DAVENNE

Résumé

Ce travail de recherche tend à mettre en lumière ce en quoi la philosophie du *Care* est, pour un cadre de santé, une éthique managériale source de sérénité et de motivation au sein de son équipe, dans un contexte socio-économique complexe et contraint.

L'étude des attributs du concept de *Care* et de sa finalité permet de mettre en exergue une certaine posture éthique, une disposition à mettre en œuvre un travail d'accompagnement dans une perspective constructiviste de sens. A travers le langage emprunté aux cadres de santé interrogés sur leurs conceptions de leurs rôles auprès de l'équipe, la démarche de recherche questionne la posture et les leviers de motivation dans la fonction managériale d'un cadre de santé, aujourd'hui...

Mots clés

Care, Ethique, Sens, Equipe et Motivation