

Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

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

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**D'INFIRMIERE A CADRE DE SANTE  
L'HISTOIRE D'UNE « TRANS-FORMATION »**

Caroline DE ARAUJO

Directeur de Mémoire : Eric DESEVEDAVY

Date de la soutenance : 23 juin 2016

Année 2015-2016



Institut de Formation des Cadres de Santé  
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

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

**Master ITEF Parcours cadres de santé**

**D'INFIRMIERE A CADRE DE SANTE  
L'HISTOIRE D'UNE « TRANS-FORMATION »**

Caroline DE ARAUJO

Directeur de Mémoire : Eric DESEVEDAVY

Date de la soutenance : 23 juin 2016

Année 2015-2016

## **Mes remerciements s'adressent...**

A Monsieur Desevedavy Eric, mon directeur de mémoire, pour l'ouverture d'esprit dont il a fait preuve, notamment dans mon choix de démarche clinique. J'ai particulièrement apprécié sa disponibilité et sa bienveillance. Je le remercie pour l'accompagnement qu'il m'a apporté tout au long de ce travail.

Aux deux managers et aux trois cadres de santé qui ont accepté de consacrer du temps pour me rencontrer malgré des emplois du temps très chargés.

A mes collègues de promotion de l'IFCS : parce qu'à plusieurs c'est plus facile d'affronter les épreuves, les embûches de la formation... Et plus particulièrement à Laëtitia et Karina, « la team covoiturage ».

A ma famille et mes amis pour leurs encouragements, leur compréhension et leur affection.

Une pensée toute particulière à Éric, Jean, Marinette, et Martine, mes lecteurs de la « dernière heure ».

A ma maman, Martine, qui a non seulement été présente pour moi, mais qui a aussi passé de nombreuses heures à lire, annoter et corriger mon travail.

Et enfin, à Anthony, qui a été un conjoint extraordinaire, m'apportant un grand soutien moral mais aussi logistique en étant un père hors norme durant toute ma formation cadre de santé. Merci aussi à Lénais, pour m'avoir offert, sans s'en rendre compte des « bulles d'oxygène » si précieuses...

*« Sois le changement que tu attends du monde »*

*Gandhi*

# Sommaire

Introduction .....	1
Partie 1 : Le cheminement vers la question de départ .....	3
La situation de départ.....	3
1. Des représentations, des valeurs .....	5
1.1 L'introspection .....	7
1.2 Un contexte particulier .....	9
2. Le changement.....	10
2.1 Les étapes du changement.....	11
Partie 2 : Le cadre théorique.....	15
1. La reconnaissance.....	15
2. Cadre de santé.....	15
2.1 Cadre de santé : métier, fonction, profession ? .....	15
2.2 L'évolution de la profession cadre de santé. . . . .	18
2.3 Définition, rôle et missions .....	22
2.4 La compétence.....	25
2.5 Ma conception .....	26
3. Le management.....	28
4. Les entretiens exploratoires .....	29
4.1 Le but des entretiens.....	29
4.2 Analyse des entretiens .....	30
5. L'identité .....	34
5.1 L'identité professionnelle.....	36
Partie 3 : Le terrain .....	38
1. Le recueil de données .....	38
1.1 Le choix du terrain .....	38
1.2 Choix des personnes enquêtées .....	39
1.3 Choix du matériel .....	40
1.4 Le guide d'entretien.....	41
1.5 Les conditions de réalisation des entretiens .....	41
2. L'analyse et l'interprétation des résultats .....	42
2.1 Les mouvements transférentiels et contre-transférentiels .....	43
2.2 Lexicométrie.....	44
2.3 Entretien 1 .....	47
2.4 Entretien 2 .....	54

2.5	Entretien 3 .....	62
3.	Discussion.....	68
3.1	Des discours résolument féminins, voire féministes ? .....	68
3.2	Devenir cadre de santé .....	69
4.	Définitions pour des finitions... ..	76
5.	Ce qui pourrait être amélioré .....	77
5.1	Mes difficultés .....	77
5.2	Mes ressources .....	78
6.	Et demain ? Ma projection professionnelle .....	78
	Conclusion .....	80
	Glossaire (par ordre alphabétique).....	83
	Liste des références.....	84
	Table des matières .....	89

## Introduction

Une année de formation au sein de l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) de Rennes va forcément de paire avec la rédaction d'un travail d'initiation à la recherche. L'élaboration de ce travail « *constitue (...) un processus de professionnalisation, en ce qu'elle vise à apprendre à se poser les bonnes questions* »<sup>1</sup>. Certes, il fallait « *se poser les bonnes questions* », mais il était important de déterminer comment et pourquoi je voulais me les poser. Ainsi, deux options s'offraient à moi : la démarche « *hypothético-déductive* », ou la « *démarche clinique* ».

Cette deuxième démarche, lors de sa présentation, m'a beaucoup attirée car elle permet de placer le chercheur au cœur de sa réflexion. Elle participe à l'interrogation de ses pratiques. Il me paraissait alors tout à fait intéressant d'allier l'utile à « l'agréable ». En effet, au vu de mon parcours professionnel, je suis arrivée en formation avec énormément de questions, de doutes. Je trouvais donc qu'il était nécessaire de faire un travail sur moi-même afin de mieux appréhender ma future profession. Donc, pourquoi ne pas utiliser ce mémoire pour faire une partie du chemin ? C'est ainsi que j'ai opté pour le choix de la démarche clinique.

J'aurais pu me questionner sur un grand nombre de sujets, de missions qui nourrissent le quotidien d'un cadre de santé. Mais, et ce n'est pas tout à fait anodin, j'ai décidé de traiter de la construction du cadre de santé.

Que signifie devenir cadre de santé ? Comment vivre ce changement de statut ? Comment passer d'un statut d'infirmière à celui de cadre de santé ? En quoi mon parcours infirmier peut m'aider ou, peut-être, au contraire me desservir ? Comment saurai-je que je suis devenue cadre de santé ? Autant de questions qui étaient présentes en moi, et auxquelles je souhaitais avoir des réponses, ou du moins, des pistes de réflexion.

A force d'écritures, de lectures, de rencontres j'ai pu poser des mots sur ces réflexions et comprendre que, plus spécifiquement, c'était la construction de l'identité professionnelle de cadre de santé que je questionnais.

C'est donc dans cette logique de réflexion que je vais présenter mon travail. Je rejoins parfaitement mon directeur de mémoire, qui m'avait dit, dès notre première rencontre, que « *le plus dur dans la démarche clinique, c'est de structurer sa pensée* ». Il y a donc plusieurs allers-retours tout au long de mon travail, entre cadre théorique et

---

<sup>1</sup> Guide mémoire IFCS Rennes, Promotion 2015-2016, p. 9.



réflexions personnelles. Cependant, et parce qu'il est important d'être relativement proche des consignes données par l'IFCS, j'ai essayé de construire mon travail en trois étapes.

D'abord, « *le cheminement vers la question de départ* ». Il s'agit vraiment d'un cheminement puisque à partir d'une situation m'ayant interpellée, il y a eu une évolution dans ma réflexion pour aboutir à la question « débutant » mon travail de recherche.

Ensuite, je me suis appuyée sur des théories, des raisonnements, des écrits de professionnels. J'ai pu me rendre compte que la plupart des grands auteurs qui ont alimenté ma réflexion, étaient des sociologues. Cependant, je ne me suis pas limitée à une science humaine pour effectuer ce travail de recherche.

J'ai appelé cette partie, le « *cadre théorique* ». Théorique parce que je n'y développerai pas que des concepts, donc je ne pouvais pas le nommer cadre conceptuel. Cette partie me permettra de définir ma question de recherche : En quoi la reconnaissance d'une spécificité du métier de cadre de santé peut permettre de construire l'identité professionnelle ?

Puis, la dernière partie de mon mémoire s'intitule « *le terrain* » puisque c'est à ce moment que j'irai confronter mes idées, mes réflexions avec des professionnels que je rencontrerai en entretien. Ce sera aussi l'occasion pour moi de me projeter « concrètement » dans mon avenir professionnel en mettant en lumière ce que ce travail m'a apporté pour « demain ».

Enfin, avec la conclusion, j'apporterai un point final à mon travail. Ce sera l'occasion de proposer des pistes de prolongement de ma réflexion, que je pourrai mener, ou d'autres personnes qui voudraient poursuivre mon travail et aller explorer de « nouveaux horizons ».

## Partie 1 : Le cheminement vers la question de départ

### La situation de départ

Le mémoire est un « *processus de professionnalisation* ». Il doit être opérationnalisable pour mon exercice futur. Je dois donc débiter ma réflexion autour d'une situation de travail m'ayant interpellée, questionnée.

La particularité de mon parcours professionnel, contrairement à la plupart de mes camarades de promotion, est le fait que je n'ai pas d'expérience en tant que cadre de santé : je n'ai jamais occupé un poste de « faisant fonction ». Cependant, j'ai remplacé à plusieurs reprises (et dans différents services) les cadres de santé avec qui je travaillais pendant leurs vacances. C'est dans ces expériences que j'ai puisé ma situation de départ puisque pendant ces courtes périodes, j'ai pu vivre des situations ayant suscité mon questionnement.

Pour poser le contexte général, j'étais au moment de l'évènement, infirmière de suivi au sein d'un Service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) prenant en charge 90 patients. J'avais pris ces fonctions en janvier, pour un remplacement congé maternité, et nous étions à ce moment là en juin. D'ordinaire, il y avait dans le service, une responsable, que j'appellerai *C*, et deux infirmières de suivi : *A et moi*. *A* travaillait depuis près de huit ans dans le service.

La situation que je vais décrire s'est passée pendant les transmissions, entre la responsable de service et moi, avant son départ en congés. Elle me donnait les dernières recommandations. J'avais déjà eu l'occasion de la remplacer une fois auparavant, mais là, il s'agissait des vacances d'été, donc, plus longues. De plus, il y avait une différence notable par rapport à mon premier remplacement, puisque, sur une période de deux semaines, je devais être seule : *A* serait elle aussi en vacances. Je ne pouvais donc pas m'appuyer sur une personne ayant la « maîtrise » ou du moins une très bonne connaissance du service. De ce fait, *C* devait me faire part de plus de « détails » dans les prises en charge, dans les conduites à tenir, les habitudes de services par rapport à des situations auxquelles je n'avais peut-être pas été confrontée depuis ma prise de poste. C'est ainsi qu'elle aborda le protocole du service dans le cas du décès d'un patient. Il y avait déjà eu plusieurs décès, malheureusement, depuis mon arrivée, mais jamais en son absence. Je n'avais pas particulièrement prêté attention à toutes les démarches.

Elle m'expliqua que, d'ordinaire, elle et au moins une infirmière de suivi, se rendent à la chambre funéraire où repose le défunt. Cette visite permet de présenter les condoléances à

la famille, aux proches et de déposer une carte de visite - avec un mot de « sympathie » - au nom de l'équipe soignante. Ma responsable conclut que pendant son remplacement, en cas de décès, je devrais en faire de même. Jusque-là, rien de surprenant. Mais alors que je pensais qu'elle passait à un autre point, elle ajouta « *Il va de soit que, si Madame unetelle décède, on ne fait rien. On ne se déplace pas ni quoi que ce soit* ». D'abord abasourdie par ses propos je me ressaisis et lui exprimai mon étonnement et même ma désapprobation. Elle se justifia en disant « *Je suis sûre que les filles sont d'accord avec moi. C'est tellement compliqué dans cette maison. Toi tu n'es pas là depuis longtemps mais on en a bavé. Cela m'étonnerait que quelqu'un veuille aller présenter ses condoléances à sa petite fille* ». Je lui ai donc répondu que lorsqu'elle allait faire ces visites, c'était aussi et surtout au nom de l'équipe et qu'elle devait, à mon sens, faire la même chose pour tous les patients, avoir la même ligne de conduite. Dans ces circonstances, peu importe les rancœurs ou je ne sais quel sentiment, il faut être impartial et traiter tous les patients de la même manière. Elle ajouta alors « *Et puis de toutes façons, quand on le fait cela doit être sincère, donc je sais que je ne le serai pas si je me déplace donc c'est pour cela que je ne le ferai pas* ». J'étais d'accord avec elle sur ce dernier point mais je ne partageais pas du tout le même point de vue pour le reste... D'autant plus que pour moi, cette visite permet de rendre un dernier hommage, de dire au revoir au patient. Parfois, le service est intervenu auprès de lui, l'a accompagné pendant plusieurs années...

En guise de conclusion à cet échange elle ajouta « *Tu fais comme tu veux si cela arrive pendant mes vacances mais sache que si elle décède quand je suis là, c'est sûr je n'irai pas* ».

Je ne savais plus quoi penser... J'étais complètement stupéfaite de cette réaction, je ne comprenais pas. Tantôt elle me dit que c'est limite protocolaire et tantôt elle me dit que c'est au cas par cas. Si on n'apprécie pas la famille, le patient ou je ne sais qui ou quoi, on ne se déplace pas...

A son retour de vacances, j'ai essayé d'avoir un échange avec C, afin qu'elle exprime son point de vue pour m'aider à comprendre. Mais, je me suis heurtée à un « mur ». Elle ne voulait aucune discussion autour de cette position, c'était son choix et elle n'avait pas à se justifier. Pourtant, quand elle se rend au chevet d'un défunt, elle ne s'y rend pas en tant que C, la personne, mais en tant que C la responsable du service du SSIAD... Elle avait un rôle à ce moment là de représentante de l'ensemble de l'équipe.

Pourquoi cette situation m'a-t-elle tellement questionnée ? Pourquoi j'ai pu ressasser pendant plusieurs semaines cette discussion au point d'aller à la confrontation lors

de son retour (je me doutais que cela finirait ainsi) ? Pourquoi après plusieurs mois, cette situation m'interpelle encore ?

C'est ce que je vais essayer de comprendre.

## **1. Des représentations, des valeurs**

Je pense, que je viens de mettre en lumière un des premiers éléments de réponse : le décalage entre mes représentations d'un cadre de santé et son positionnement. Elle était la responsable du service, elle avait ce statut. De ce fait, il y a selon moi des attentes bien particulières et j'avais l'impression qu'elle n'y répondait pas.

Au fur et à mesure de mon expérience professionnelle, je me suis forgée une image, une représentation de ce que devait être un cadre de santé, mais pour moi, elle n'incarnait pas du tout ces valeurs. En effet, il est selon moi essentiel, lorsque l'on occupe une telle fonction, d'être impartial, équitable avec l'ensemble de l'équipe de soin mais aussi avec les patients qui sont pris en charge au sein du service. Elle était donc pour moi, aux « antipodes » de cela. Était-ce lié uniquement à moi ? Je ne pense pas. En effet, il y avait une forte tension dans le service. Les relations entre C et son équipe étaient très tendues. A quoi je le voyais ? Pas seulement sur mon ressenti ou mes observations. Nombre d'aides-soignantes se sont confiées à moi, et notamment lors de son absence, ce qui n'est pas anodin d'ailleurs. L'équipe lui reprochait principalement de ne pas prendre de décisions - de faire preuve comme qui dirait de procrastination – et si toutefois, elle le faisait, se positionnait, elle ne le faisait pas de façon équitable envers chacune d'elles. Bien évidemment il est utopique de croire que toute personne peut toujours, et ce dans toutes les situations, être impartiale, équitable, juste... moi la première... Mais selon moi, le cadre de santé doit tout de même tendre au maximum vers ces qualités au quotidien.

Avant d'aller plus loin dans ma réflexion, je pense qu'il est important que je pose les choses, que je définisse certains termes. Je me rends compte que je fais un amalgame entre plusieurs qualités : équité, impartialité, objectivité voire même neutralité. La langue française est une langue très riche, et je pense que s'il existe plusieurs termes, cela n'est pas anodin et ils doivent tous avoir un sens.

D'abord l'équité. Avant toute recherche, pour moi l'équité est une qualité humaine qui permet de traiter les personnes avec la même distinction, d'être neutre : tout le monde a les mêmes droits, reçoit les mêmes choses. Elle s'oppose au favoritisme. L'équité demande un travail sur soi pour ne pas prendre en compte ses ressentis, ses sentiments.

Si je recherche la définition dans un dictionnaire je peux lire « *Qualité consistant à attribuer à chacun ce qui lui est dû par référence aux principes de la justice naturelle ; impartialité* » ou « *Caractère de ce qui est fait avec justice et impartialité* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>2</sup> ou encore « *Principe impliquant l'appréciation juste, le respect absolu de ce qui est dû à chacun* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>3</sup>.

Maintenant l'impartialité. Pour moi, ces deux termes sont similaires ; impartialité est d'ailleurs utilisée dans la définition de l'équité que j'ai trouvée dans les dictionnaires. Toutefois, si je m'attarde sur leurs significations, je peux lire « *Qualité, caractère de quelqu'un qui n'a aucun parti pris, ou de ce qui est juste, équitable* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>4</sup> ou « *Caractère de celui qui est impartial – synonyme : objectivité* » ; impartial : « *qui est sans parti-pris* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>5</sup>.

Enfin, l'objectivité. D'après moi, c'est la capacité à être le plus proche possible de la réalité. Si je dois décrire une scène de façon objective, je vais la décrire telle que je la vois, sans en rajouter, sans la modifier. Il s'agit dans ce cas d'être factuel : les faits rien que les faits. Par exemple, l'objectif d'un appareil photo me donne une image à un instant T, sans aucune modification.

Dans son ouvrage Durand (2007, p. 55) définit ces notions ainsi :

*L'équité est définie comme le fait « d'attribuer à chacun ce à quoi il a le droit. L'équité s'oppose à l'application uniforme d'une norme aveugle sans tenir compte des différences et des diversités ». L'objectivité, inversement, « consiste à éviter les marques d'appréciation personnelles ».*

*« L'objectivité favorise une analyse impartiale de la situation. L'équité permet une réponse pertinente » (Ibid, p. 59).*

Au vu de ces définitions et de ces points de vue, je peux donc dire qu'équité, impartialité et objectivité sont liées. Elles font partie d'une même entité lexicale. Il faut être objectif pour analyser une situation de la façon la plus impartiale possible et l'équité permet de répondre à cette situation. C'est d'ailleurs en ce sens que cette même auteure écrit « *son application (l'équité) peut supporter des variations d'application inhérentes aux situations individuelles* » (Ibid, p. 56). C'est pour cela qu'elle pense que « *L'équité permet une*

---

<sup>2</sup> Site internet consulté le 22 décembre 2015, à l'adresse :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/%C3%A9quit%C3%A9/30712>.

<sup>3</sup> Site internet consulté le 22 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/équité>.

<sup>4</sup> Site consulté le 22 décembre 2015 à l'adresse :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/impartialité/41804>.

<sup>5</sup> Site internet consulté le 22 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/impartialité>.

*réponse pertinente* » puisqu'elle prend en compte les personnes et le contexte. Ce n'est pas « action – réaction » mais il y a bien une étape de réflexion avant la réaction. Cette réaction doit être la même pour tous. C'est là que se situe la difficulté.

Est-ce pour autant aussi simple ? Puis-je être objective ? Est-ce que finalement être objectif ce n'est pas être le moins subjectif possible ?

Comme le défendait Weber (1990), dans son entretien avec Noiriél, pour atteindre son objectivité, il faut prendre conscience de ses subjectivités. La subjectivité étant « *Qualité (inconsciente ou intérieure) de ce qui appartient seulement au sujet pensant* » ou « *Qualité de ce qui ne donne pas une représentation fidèle de la chose observée* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>6</sup>. Or, je pense qu'il est pratiquement impossible de se détacher totalement de nos représentations. Seulement, en avoir conscience pour pouvoir les appréhender est déjà un grand travail. Il faut donc essayer de limiter au maximum la subjectivité pour tendre le plus possible vers l'objectivité qui peut permettre l'équité.

Ce n'était pas la première fois que j'étais en désaccord avec cette responsable. Mais à chaque fois, me semble-t-il, c'est parce que j'ai été heurtée dans mon système de valeurs. J'avais l'impression qu'on ne partageait pas les mêmes visions ou opinions sur plusieurs points. Pourquoi les qualités que je viens de définir semblent si ancrées en moi ?

Comme je l'ai déjà mentionné, pour réaliser ce travail de fin d'études, j'ai choisi d'opter pour la démarche clinique. Ainsi, je place le chercheur, donc moi, au centre de mes réflexions. Pour comprendre ce qui se jouait en moi, à ce moment là, il est important que je fasse un travail sur moi. Le mémoire n'est pas un travail de psychanalyse, mais, il est important de comprendre pourquoi l'équité et l'impartialité sont si présentes en moi. Il fallait donc que j'interroge mon passé.

## **1.1 L'introspection**

L'écriture permet de mettre des « mots sur des maux » et il serait sans doute plus facile de prendre conscience de choses au travers l'écriture. C'est pourquoi j'ai beaucoup « utilisé ma plume » pour ce travail d'introspection.

### **1.1.1 De ma vie professionnelle**

Etant donné qu'il s'agit d'une situation rencontrée dans le cadre professionnel, il était normal que je fasse un retour en arrière sur mon parcours.

---

<sup>6</sup> Site internet consulté le 22 janvier 2016, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/subjectivité>.

De cette analyse, je ressors plusieurs faits. Le premier, est qu'après réflexions, je n'avais jamais été autant en désaccord avec une supérieure hiérarchique. Je ne dis pas que j'ai tout le temps été d'accord mais j'ai toujours pu m'exprimer, comprendre les points de vue des uns et des autres, à travers le dialogue. Seulement, le dialogue était plus que difficile avec C.

Le deuxième, est peut-être une autre piste de réponse au fait que j'ai particulièrement été déstabilisée par la situation décrite plus tôt. En effet, je me rends compte aujourd'hui que ce qui m'a énormément questionnée c'est aussi mon propre positionnement : je n'étais pas d'accord avec C, sur plusieurs points (organisationnels notamment) mais pendant son absence, je devais tout de même respecter sa ligne de conduite pour le bien être de l'équipe. Je ne pouvais décentement pas tout changer en un mois... Du coup, j'ai eu cette impression d'injonctions paradoxales. Mais, il est important de pouvoir y réfléchir puisque dans ma pratique de cadre de santé, une telle situation pourra se reproduire notamment avec des décisions de la direction.

Cependant, j'ai rapidement compris qu'à lui seul, mon parcours professionnel ne pouvait pas tout expliquer, et qu'il fallait que j'aille plus loin. Comme l'a souligné Monsieur Trégouët<sup>7</sup>, mon blocage devait être un « *bloc-âge* » et je me devais d'aller chercher du côté de ma vie personnelle. Indéniablement, je me suis forgée au gré de ma propre histoire. Mes valeurs, mes représentations je les ai construites au fur et à mesure de ma vie, si courte soit elle.

### **1.1.2 De ma vie personnelle**

Je reste convaincue que ce que j'appelle le « cursus de vie » peut expliquer beaucoup de choses. Je suis la personne que je suis aujourd'hui avec mes qualités mais aussi mes défauts parce que j'ai vécu des choses qui m'ont poussée à me forger ce caractère, cette personnalité.

Je vous passerai tous les détails de ma réflexion mais j'ai finalement réussi à comprendre pourquoi ces notions sont si importantes pour moi.

Elles font partie de mon histoire, de ma personne et je sais que ce sont des valeurs qui me guideront dans ma pratique quotidienne de cadre de santé. Je sais et j'ai pu le mettre en évidence plus tôt, cela ne sera pas chose facile. Mais à moi d'être vigilante. Cela ne tient qu'à moi. Je sais que, par exemple, mes ressentis sur une personne, mes *a priori* pourraient

---

<sup>7</sup> Stéphane Trégouët, lors d'une intervention au sein de l'IFCS de Rennes.

m'empêcher d'être équitable. Comme j'en ai conscience, je peux me corriger et mettre des choses en place pour justement éviter cela. Par exemple, dans un des cours que j'ai suivis cette année, un psychologue nous confiait que d'écrire nos ressentis, pouvait permettre de mieux les appréhender car permettait une mise en perspective. C'est une des solutions qui s'offre à moi.

J'ai donc pu mettre en exergue pourquoi l'équité et l'impartialité font tant écho en moi. Cependant, cela ne semble pas suffire à expliquer cette sensation de « conflit » qui existait entre nous. Hormis, les éléments déjà analysés, qu'est ce qui a pu exister de différent, lors de cette expérience ? Quel est l'élément que je n'avais jamais vécu avant ? En effet, un dernier élément pourrait expliquer cela : le contexte.

## **1.2 Un contexte particulier**

Effectivement, je ne peux pas nier le fait que le contexte de ce dernier travail était totalement différent de ce que j'avais connu jusqu'alors. C'était un poste que je savais temporaire puisque j'avais été engagée, du moins à la base, pour un remplacement de congé maternité. De plus, quelques semaines après avoir commencé au sein de ce service, j'ai passé le concours d'entrée à l'IFCS de Rennes. Une évolution professionnelle, un changement dans mon travail ne se fait pas sans une réflexion. Il fallait prendre le temps de réfléchir car c'était un projet personnel certes mais qui, s'il se réalisait, influencerait sur tout mon équilibre familial.

Je préparais donc mon concours en parallèle de ce travail, et pour l'épreuve orale, il est demandé de rédiger un projet professionnel. Evidemment, cette rédaction a abouti à nombres de questions : Pourquoi vouloir devenir cadre de santé ? Pourquoi maintenant ? Est-ce possible ? En ai-je les capacités, les qualités ? Qu'est-ce que c'est, finalement être cadre de santé ?,... Ces interrogations sont devenues de plus en plus présentes dès que j'ai su que j'étais admissible à l'IFCS.

De ce fait, en écrivant autour de cette situation, j'ai compris que ce n'était pas le comportement de ma responsable que je questionnais mais bien le mien. Cette réflexion autour de ce désaccord m'a donc permis de comprendre que ce que j'interrogeais, beaucoup plus profondément, était ce changement de posture qu'implique la formation, et bien évidemment, l'appréhension auquel il renvoie.

Au fond, n'est-ce pas « normal » ? Je trouve cela somme toute assez logique finalement. La réflexion amorcée lors de la rédaction de mon projet professionnel, continue de grandir en moi. Je suis en quête de réponses. Je n'ai fait qu'amorcer des questionnements, mais il



faut aujourd'hui que j'apporte des réponses pour avancer. N'ayant eu que des expériences de courte durée, je ne suis jamais sans doute allée jusqu'au bout de ma réflexion.

En intégrant l'école, je choisis de vivre un changement, et pas des moindres, un changement de métier, un changement de posture. Cette année de formation doit me permettre de changer de « peau », de « muer ». J'étais infirmière et je vais devenir une cadre de santé. Actuellement, je suis dans « l'entre deux » et ce monde peut faire peur. Cet état « d'errance » peut déranger, bouleverser, ou tout du moins questionner. Je ne suis plus tout à fait une infirmière, mais pas encore une cadre de santé. Cette année doit me permettre de le devenir, si nous considérons, toutefois qu'une formation suffit à changer de posture... Quelques mois suffisent-ils à répondre à toutes ces questions ? A apaiser les craintes ? En tout cas, on me donne des outils, des pistes de réflexion pour tendre vers ce changement, pour m'aider à me positionner dans une nouvelle profession, à me forger une nouvelle identité professionnelle. En effet, un changement va s'opérer en moi (et sur moi ?). A la fin de l'année, je ne serai plus la même personne, au moins d'un point de vue professionnel.

Mais alors qu'est-ce que le changement ?

## 2. Le changement

Le changement peut avoir plusieurs significations. Mais dans le contexte qui m'intéresse, cela concerne principalement mon statut professionnel. C'est un processus qui s'opère par le biais de la formation pour me permettre de devenir cadre de santé.

Ce terme peut se définir comme « *Fait de rendre plus ou moins différent, de transformer, de modifier* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>8</sup> ou « *Action, fait de changer, de modifier quelque chose, passage d'un état à un autre* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>9</sup>.

Carton (2006), dans la première partie de son ouvrage, en donne une définition, les origines et les étapes. D'après lui, le changement est personnel puisque là où moi je vais voir et vivre un changement, mon voisin ne le reconnaîtra ou ne le vivra pas comme tel, c'est propre à chacun. Au niveau individuel, le changement est l'altération de notre réalité virtuelle ou immédiate. Pour qu'un changement, soit viable, il doit répondre à ce que cet auteur définit comme « *le triple filtre éthique du changement* ». A savoir, qu'il doit être

---

<sup>8</sup> Site internet consulté le 18 janvier 2016, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/changement>.

<sup>9</sup> Site internet consulté le 18 janvier 2016, à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/changement/14612?q=changement#14483>.

nécessaire, utile, et avoir un intérêt : « *un changement qui ne répondrait pas à ces critères (nécessité, utilité, intérêt) est voué à l'échec dans le temps* » (Ibid, p. 27).

Dans l'idée de changement, il y a une notion de rupture : il y a un avant et un après (« *une des lois fondamentales du changement suppose toujours la perte de quelque chose qui était lié à l'état antérieur* » (Ibid, p. 38)) et le changement est irréversible. Il n'y a donc pas de retour en arrière possible.

Au-delà de sa viabilité, les origines du changement peuvent expliquer son intégration plus ou moins rapide. Elles peuvent être exogènes (c'est-à-dire qui viennent de l'extérieur), endogènes (par opposition, viennent de l'intérieur d'un groupe par exemple) ou mixtes. Selon ses origines, le changement ne sera pas vécu de la même façon par un individu. En effet, Carton dit que « *l'origine du changement a un impact fort sur son déroulement* » (Ibid, p. 27). Ainsi, un changement d'origine endogène sera vécu plus facilement et plus rapidement.

Le changement nécessite donc bien un processus. D'après ce psychologue, il s'agit d'un processus psychologique quasiment mécanique qui permet de s'adapter ou d'ajuster le changement à notre réalité. Je suppose donc que pour mieux vivre le changement de posture que je questionne, il faut accepter cette rupture. Il faut en avoir conscience et l'accepter.

## **2.1 Les étapes du changement**

Comme tout processus, le changement s'opère selon des étapes définies par ce psychologue clinicien.

- Le refus de comprendre : « *Tout changement génère de la souffrance. Le refus de comprendre dans un premier temps, est un réflexe pour l'éviter* » (Ibid, p. 57). C'est une phase généralement brève.
- La résistance : elle est naturelle, innée, et selon lui, même utile car permet de se poser des questions. En effet, en questionnant le changement, cela permet de l'améliorer, parfois d'en démontrer les limites. Cela sert aussi de garde-fou contre l'abusif et l'arbitraire. Il existe quatre formes de résistance : l'inertie, l'argumentation, la négociation ou le sabotage. La résistance permet de « *filtrer le changement et de le rendre objectif* » (Ibid, p. 56)
- La décompensation : c'est l'abandon de la résistance sous toutes ses formes. Cette phase peut durer de quelques minutes à plusieurs années.
- La résignation : c'est la phase d'acceptation du changement proposé. C'est souvent la phase la plus longue car bien que le changement soit accepté, il n'est pas encore ancré

totalemment dans notre réalité : « *Nous nous résignons au changement, mais son prix nous obsède encore* » (*Ibid*, p. 56).

- L'intégration : c'est l'acceptation totale. Cette étape se décompose en deux temps : l'intégration conceptuelle (ou de raison) et l'intégration comportementale (les routines comportementales sont remplacées par d'autres manières d'agir).

Toutefois, les types de changement peuvent aussi expliquer son acceptation et son intégration. Selon cet auteur, il en existe deux types : les changements en adéquation avec nos aspirations et ceux en contradiction avec nos aspirations. De ce point de vue, et en m'appuyant sur la thèse de ce psychologue, je peux donc dire que le processus mécanique s'opère quand le changement « *auquel nous sommes confrontés ne correspond pas à nos aspirations* » (*Ibid*, p. 55). Or, ce changement, cette évolution de carrière je les ai choisis. Il s'agit donc d'un changement en adéquation avec mes aspirations. De ce fait, le mécanisme d'acceptation n'est pas le même. En effet, « *Tout changement qui nous affecte et qui correspond à nos aspirations – nos souhaits, attentes, besoins, rêves et ambition – fut-ce en apparence, est intégré quasi immédiatement* » (*Ibid*, p. 38).

Il semblerait que je sois dans le dernier stade de ce processus décrit par ce psychologue : l'intégration. Dans ce cas, pourquoi cela me pose tout de même tant de questions ?

D'autre part, en ayant ces apports, je ne peux m'empêcher de faire un lien avec le processus de deuil. En effet, les étapes du changement ressemblent étrangement aux étapes du deuil. Le Docteur Kübler-Ross (1969) définit le deuil comme un processus qui s'opère en cinq étapes. Elle les décrit ainsi :

- Le déni
- La colère
- Le marchandage
- La dépression
- L'acceptation

Dans le processus d'acceptation du changement, il y a donc une logique négative puisqu'il suit le même processus que la logique du deuil. Je trouve très étonnant, d'ailleurs, que l'on associe ces deux processus. Cela voudrait-il dire qu'il y a une connotation négative dans le changement ? Il faut de ce fait avoir un certain recul et admettre que dans son processus le changement est lié au processus de deuil, mais ce n'est que, parce que dans le

changement, comme je l'ai dit avant, il y a une notion de rupture. Il faut donc accepter de faire le deuil de ce que l'on avait avant (dans mon cas, de ce que j'étais avant).

C'est sans doute pour cela que je lis et entends souvent « il faut faire le deuil de son ancien métier ». En devenant cadre de santé, je dois donc accepter qu'il y ait un avant et un après. Je dois donc adopter cette condition : un cadre de santé n'est pas, dans mon cas, une infirmière. Assurément, après tout ce que je viens d'expliquer, je ne peux faire que cette conclusion. Le changement de posture que je suis en train de vivre implique donc, que le métier que je vais pratiquer soit un métier à part entière et que mon métier d'infirmière soit derrière moi. C'est sans doute cette notion qui me donne l'impression de ne pas avoir totalement intégré ce changement. Comme je l'ai mentionné plus tôt, il y a différentes manières de vivre un changement, les phases peuvent être plus ou moins longues mais à l'origine, ce qui conditionne le temps d'acceptation, c'est le type et les origines du changement. Là je suis dans un changement d'origine endogène - personne ne m'a poussée à devenir cadre de santé - et de ce fait en adéquation avec mes aspirations. Comme je l'ai dit plus tôt, je devrais donc sans difficultés intégrer et accepter ce changement et pourtant il me questionne. C'est comme si, au lieu d'être dans la dernière étape du processus décrit par Carton, j'étais dans l'étape qu'il nomme « *résistance* ». Pourquoi cette interrogation, pourquoi est-ce que je n'intègre pas ce changement ?

Je n'ai pas fini ma formation, de ce fait le processus d'apprentissage n'est pas terminé, ce qui explique peut-être le fait que je ne peux pas totalement intégrer ce changement de fonction puisque je suis encore dans une période d'apprentissage, de questionnement. Néanmoins, je ne pense pas que cela soit la seule explication possible.

En effet, je m'interroge sur cette notion de rupture. Je ne suis pas tout à fait d'accord avec le fait que devenir cadre de santé, changer de métier implique de faire le deuil de ce que j'étais avant, professionnellement parlant en tout cas. Je m'explique.

Mes valeurs personnelles trouvent leurs explications dans mon histoire et dans mon éducation, comme j'ai déjà pu le mettre en évidence. Mes valeurs professionnelles, je l'ai ai construites au fur et à mesure de mon expérience. Tout comme mes valeurs personnelles, mes valeurs professionnelles font ce que je suis, forment la personne qui demain encadrera des équipes, guident mes pratiques. Je ne peux pas m'en défaire. C'est aussi ce qui fera « ma force ». D'ailleurs, Durand (2007, p. 30) exprime aussi cette idée : « *Pour ne pas se perdre dans les méandres et les nébuleuses institutionnelles, le cadre a comme unique alternative de s'appuyer sur un solide, sincère et pragmatique système de valeurs* ». Il me semble que je ne peux pas faire fi de mon passé d'infirmière. Je ne peux pas faire le deuil

de mon métier de soignant puisque c'est entre autre ce qui me caractérise. Dans mes lectures, j'ai pu relever plusieurs citations allant dans ce sens, je n'en retiendrai pour l'heure qu'une seule, qui me semble relativement synthétique : « *l'expérience soignante constitue le fondement d'un management performant d'une équipe de soins. [...] la connaissance précise, voire la maîtrise de la fonction initiale, sont indispensables dans les fonctions d'encadrement* » (François, 2007, p. 60). La formation initiale soignante, est d'ailleurs selon moi la caractéristique, la spécificité des cadres de santé. C'est ce qui fait sa plus grande différence avec les cadres des autres secteurs d'activité. Je pense sincèrement que pour encadrer au mieux des équipes soignantes, il faut avoir été et, sans doute, être soignant.

Bien loin de mes premières interrogations sur l'équité (même s'il y a une suite logique dans tout cela), je viens de mettre en évidence qu'au-delà de l'acceptation du changement de posture que je suis en train de vivre, c'est la notion de rupture qu'implique ce changement que je questionne. Pour moi, être cadre de santé nécessite d'avoir été soignante. Je ne peux pas faire le deuil de mon passé, faire fi de celui-ci parce que c'est mon métier de soignante qui me distingue des autres cadres. Dans l'appellation « cadre de santé », il y a le mot cadre mais il y a aussi et surtout, en tout cas à mes yeux, le mot santé. Selon moi, ce n'est pas la même chose. Par abus de langage ou par habitude, on a tendance à ne dire que le mot cadre mais, si on prend la dénomination de ce métier dans sa globalité, cela prend un tout autre sens. « *Au-delà d'un seul positionnement corporatiste, l'ajout « de santé » doit participer à la légitimité des acteurs* » (Bourgeon, 2010, p. 208).

De ce fait, c'est comme si avant toute chose, j'interrogeais la reconnaissance de cette spécificité. D'où ma question de départ, que je formulerai ainsi :

**En quoi la reconnaissance d'une spécificité du métier de cadre de santé peut me permettre d'intégrer ce changement de posture ?**

Pour la suite de mon travail, je me référerai à un domaine d'activité du cadre de santé : le monde hospitalier.

## Partie 2 : Le cadre théorique

Maintenant que j'ai expliqué mon cheminement jusqu'à ma question de départ, il me semble important de m'arrêter un moment dans ma réflexion afin de préciser, de définir certains termes. Il est nécessaire de partager un langage commun pour se comprendre, d'où l'importance de cette partie.

### 1. La reconnaissance

J'ai choisi le mot « *reconnaissance* » dans le sens « *reconnaître* ». J'ai l'impression que je pourrais mieux vivre, ou en tout cas plus facilement intégrer le changement de posture que je suis en train de vivre, s'il y a prise de conscience et si l'on admet cette particularité de la profession vers laquelle je me destine. A savoir cadre, oui mais cadre de santé. Je questionne donc cette reconnaissance.

Cela rejoint de ce fait la définition du concept de la reconnaissance en philosophie. En effet, dans cette science humaine, la reconnaissance se traduit par « *L'action de reconnaître. Reconnaître : Adhérer à une proposition après l'avoir mis en doute* » ; synonyme : *admettre* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>10</sup>.

D'après Bourcier & Palobart, « *la reconnaissance est la réaction constructive et personnalisée, exprimée à court terme par un individu à la suite d'une action ou d'une attitude, particulière ou globale, qui constitue un effort méritant d'être relevé à ses yeux* » (Bourcier & Palobart, cités par Sohier, 2009, p. 32).

### 2. Cadre de santé

Il ne s'agit pas réellement d'un concept ni d'une notion mais je pense qu'il y a un certain nombre de précisions à apporter. Avant toute chose, est-ce un métier ? Une fonction ? Une profession ? A chaque fois que je l'emploie, je ne sais quel titre lui donner. Je vais donc m'attarder à répondre à ces interrogations.

#### 2.1 Cadre de santé : métier, fonction, profession ?

Dans un premier temps, je me contenterai de donner des définitions, puis je discuterai de celles-ci avant de donner mon point de vue. D'ordinaire, si j'ai bien compris les apports de méthodologie, nous ne devons pas donner notre point de vue lors d'une

---

<sup>10</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/reconnaissance>.

élaboration de cadre théorique, mais comme il s'agit d'une interrogation que j'ai, et qu'il est important d'y répondre pour la continuité de mon travail, je me permettrai de le faire.

### 2.1.1 Métier

« *Activité sociale définie par son objet, ses techniques, etc.* ». « *Profession caractérisée par une spécificité exigeant un apprentissage, de l'expérience, etc., et entrant dans un cadre légal* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>11</sup>. « *Activité manuelle ou mécanique nécessitant l'acquisition d'un savoir-faire, d'une pratique* » ; « *occupation, profession utile à la société, donnant des moyens d'existence à celui qui l'exerce* ». Synonymes : *activité, fonction, gagne-pain* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>12</sup>.

Cela suppose donc d'avoir une formation, des compétences sont nécessaires. C'est ce que je suis en train de vivre.

### 2.1.2 Fonction

Dans le contexte professionnel, elle peut être définie comme « *Activité, attribution déterminée, afférente à un emploi, à une charge* » ; synonymes : *mission, rôle et tâche* ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>13</sup>. Ou encore « *Profession, exercice d'une charge ou d'un emploi* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>14</sup>.

La fonction apparaît au sein d'un organigramme.

### 2.1.3 Profession

« *Activité rémunérée et régulière exercée pour gagner sa vie* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>15</sup>. « *Activité, état, fonction habituelle d'une personne qui constitue généralement la source de ses moyens d'existence* » ([www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr))<sup>16</sup>.

*Le terme « profession » du latin professio signifie occupation ou métier fondée sur une compétence et une autonomie avérées, qui bénéficie à ce titre d'un réel prestige social ou intellectuel, et implique l'existence, fut-elle sommaire, d'un plan de carrière le plus souvent négocié (Lefèvre, 2012, p. 111).*

---

<sup>11</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/métier/50997>.

<sup>12</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/métier>.

<sup>13</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/fonction>.

<sup>14</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/fonction/34452?q=fonction#34399>.

<sup>15</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/profession/64156>.

<sup>16</sup> Site internet consulté le 28 décembre 2015, à l'adresse : <http://www.cnrtl.fr/definition/profession>.

La profession contient l'idée :

*de caractère plus ou moins libre qui implique une formation, le maniement d'un art, une spécialisation légitimée par une instance supérieure, l'insertion codifiée au sein d'une communauté de pairs dotés de mêmes compétences, portés par un même idéal de service et obéissant à des règles de fonctionnement communes* (Dictionnaire de sociologie, Le Robert).

Selon Dubar et Tripier (1998), la profession a quatre sens. Elle permet la déclaration d'une identité professionnelle, un emploi (classification professionnelle), un métier (sous-entendu une spécialisation) et une fonction (position professionnelle). Toujours selon ces mêmes auteurs, les professions ont un triple enjeu<sup>17</sup> :

- elles représentent des formes historiques d'organisation sociale et constituent des enjeux politiques (chaque groupe professionnel est issu d'une histoire et se regroupe pour avoir de l'influence) ;
- ce sont des cadres d'identification subjective et d'expression de valeurs d'ordre éthique ayant des significations culturelles ;
- ce sont des formes historiques de coalition d'acteurs qui défendent leurs intérêts en essayant d'assurer et de maintenir une fermeture de leur marché du travail, un monopole pour leurs activités, un emploi stable, une reconnaissance de leur expertise, et donc il y a un enjeu économique.

Bien qu'il n'y ait pas d'ordre qui régisse la profession des cadres de santé, en me basant sur les définitions et les apports des théories des deux sociologues précédemment cités, je dirais que cadre de santé est une profession. D'autant plus que dans le dictionnaire, je retrouve comme synonyme, le plus proche, le mot « *métier* ». Cela me permet de faire le lien entre les compétences qu'il faut acquérir pour devenir cadre de santé mais aussi, l'importance de l'histoire de cette profession.

*La notion de « profession » est d'origine religieuse car elle fait référence à la profession de foi. (...) l'on admet aujourd'hui que la notion de profession regroupe trois critères : la spécialisation ou la spécialité d'un savoir, la détermination de règles avec éventuellement un code de déontologie, une presse spécialisée et une formation initiale supérieure, l'ensemble formant le processus de professionnalisation* (Malhomme, 2004, p. 268).

---

<sup>17</sup> Selon le cours de Monsieur Brémaud, Rennes 2.



*De ce fait, disons-le tout net, cadre de santé n'est clairement pas un métier. Plutôt une profession, c'est-à-dire un « construit culturel » dans lequel se mêle, comme dans toutes les professions (enseignant, architecte, avocat, notaire, médecin, ...), sentiment d'appartenance, représentation (ordinaire, par exemple), formation de base et finalités communes (Barthes, 2010, p. 21).*

Ces citations me permettent de me conforter un peu plus dans mon choix : cadre de santé est une profession.

Le monde hospitalier est en constante évolution. De ce fait, les professions existant au sein de ces organisations, ont été directement impactées par ces évolutions et ont donc dû elles aussi évoluer. La profession cadre de santé n'a donc pas échappé à cette dynamique, et a dû elle aussi évoluer.

## **2.2 L'évolution de la profession cadre de santé...**

Comme je l'ai démontré, l'étude de l'histoire d'une profession peut permettre de mieux la comprendre. J'ai donc étudié cet historique mais, je ne pense pas qu'il soit important de revenir dessus dans ce travail. Par contre, j'ai pu mettre en évidence que l'évolution de la profession peut se retrouver dans divers domaines. C'est ce que je vais partager.

### **2.2.1 ... dans la lexicologie**

En 1958, le ministère de la Santé Publique crée le Certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier moniteur chargé d'enseignement dans les écoles (CAFIM) et le Certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier surveillant (CAFIS). Dès lors, se développent dans les services de soins hospitaliers des nouveaux postes : les surveillants. Le terme relève bien l'attente « principale » de ces personnes issues de filières infirmières : surveiller. Cela dénote une activité de contrôle, d'une vérification. « *La fonction de surveillante est tenue par du personnel congréganiste qui a pour principales missions la gestion du personnel et des stocks, le contrôle et la discipline* » (Malhomme, 2004, p. 266). Toutefois, ce verbe se compose d'un suffixe « sur » : en jouant sur les mots, je peux donc le lire différemment : veiller sur. Il y a donc une notion de vigilance. L'objet de préoccupation n'est donc plus le patient mais son équipe de soins.

En 1975, un nouveau programme de formation voit le jour<sup>18</sup>. Dès lors, le terme « cadre » infirmier apparaît pour la première fois.

En 1995, suite à une réforme, la formation s'ouvre alors, « *au management des ressources humaines, à l'approche de la complexité organisationnelle, et l'encadrement infirmier se rapproche des entreprises pour s'intéresser de plus en plus aux sciences de gestion* » (Jacques, 2007, p. 24). Dès lors, le diplôme est ouvert à 14 filières soignantes : infirmier (et spécialités : Infirmier de bloc opératoire diplômé d'état (IBODE), Infirmier anesthésiste diplômé d'état (IADE) et puéricultrice), ergothérapeute, kinésithérapeute, podologue, technicien de laboratoire, préparateur en pharmacie, manipulateur en électroradiologie, diététicien, psychomotricien, opticien-lunetier, orthophoniste, orthoptiste et audio-prothésiste. Ainsi, la dénomination de la profession évolue pour devenir « cadre de santé ». Cadre de santé est une dénomination beaucoup plus généraliste, qui reflète cette ouverture aux autres professions paramédicales (autres que infirmiers). Notons que certains parlent aussi de « cadre de proximité ». Comme si, de ce fait, il existait des cadres « de l'éloignement »... Si on considère cette appellation, cela voudrait-il dire que les cadres de santé n'étant pas à proximité des équipes de soins (ou unités de soins) seraient donc des « cadres de l'éloignement » ? Les cadres formateurs seraient donc dans cette « catégorie » ?... De plus, la proximité (géographique, physique) des équipes suffit-elle pour dire que le cadre est proche de celles-ci ? C'est en ce sens que pour moi cette lexicologie ne convient pas tout à fait.

Je viens donc de mettre en évidence l'utilisation de lexicologies différentes pour définir la profession. En effet, nous sommes passés de « surveillant », à « cadre infirmier » pour enfin aboutir à « cadre de santé ». Il en est de même pour le lieu de formation : on passe d'« écoles des cadres » à « institut de formation ». Pour le diplôme : avant on parlait de « certificat » quand à l'heure actuelle on parle de « diplôme ».

### **2.2.2 ... dans la formation**

Avant, le poste de « surveillant » s'acquerrait avec l'ancienneté, ou parce que, par exemple, le chef de service voyait en la personne, quelqu'un de fédérateur. Aujourd'hui, pour être cadre de santé, reconnu comme tel, il faut avoir suivi la formation au sein d'un IFCS et avoir obtenu le diplôme. Il existe des postes de « faisant fonction », mais il

---

<sup>18</sup> Le nouveau programme de formation d'encadrement aboutit à l'obtention d'un Certificat cadre infirmier (CCI)

semblerait que, au fur et à mesure des années, ces postes tendent à disparaître. Le diplôme permet donc aujourd'hui la reconnaissance pour occuper de telles fonctions. D'après Schabanel (2007, p. 74), la réforme des programmes d'enseignement et le regroupement des 14 filières paramédicales sous un même diplôme montre une nouvelle conception du rôle du cadre. « *Cette conception du cadre adaptable à tout type d'exercice d'encadrement démontre une volonté de décloisonnement des métiers et un souhait de considérer l'efficacité du cadre sur des compétences transversales et non sur une seule expertise* ».

Cela me permet de faire le lien avec une autre évolution que j'ai pu repérer en étudiant l'histoire de la profession : l'évolution des postes occupés.

### **2.2.3 ... au travers celle des postes occupés**

Je souhaite partager un constat que j'ai pu faire depuis le début de ma formation. Je ne m'en étais pas rendue compte avant, et je pense que cela alimente mes interrogations sur ce changement de posture.

Au détour de mes lectures et en échangeant avec des personnes de ma promotion, j'ai pu me rendre compte que la tendance actuelle au sein des hôpitaux, des cliniques, des établissements de santé en général était le décloisonnement des corporatismes. Sous-entendu, les cadres de santé doivent être polyvalents. Certes nous sommes issus d'une des 14 professions paramédicales qui permettent l'accès à cette formation, mais nous devenons cadre de santé (et non cadre infirmier, cadre ergothérapeute, etc.). Suite à l'obtention du diplôme, nous serions donc en capacité d'intégrer n'importe quel service. J'utiliserai comme exemple, le choix d'une direction des soins d'un Centre hospitalier universitaire (CHU) d'affecter à un poste de cadre de santé de bloc opératoire, une personne issue de la filière rééducation (ergothérapeute). Je ne dis pas que je suis contre cela, mais cela m'interroge. Cela m'interroge parce que je crains une certaine dérive. En effet, à force de vouloir décloisonner, n'allons-nous pas aboutir au recrutement de personnes extérieures au monde de la santé pour des postes de cadres de santé ?... Eh bien, oui, c'est d'ailleurs ce qui se vérifie dans certains établissements.

Pour moi, les mots ont un sens. Ainsi, « cadre de santé » ne signifie pas la même chose si on occulte le mot « santé ». La seule façon d'obtenir cette qualification, comme je l'ai souligné plus tôt, est l'obtention du diplôme. Cette obtention n'existe qu'après la réussite d'une année au sein d'un IFCS. Il faut donc pour cela être issu d'une filière soignante, rééducation ou médicotechnique (déjà évoqué). De ce fait, pourquoi

est-ce que certains établissements de soins ont décidé d'affecter à ces postes des personnes issues de l'industrie (grande distribution, agro-alimentaire, etc.) ? Plusieurs raisons pourraient expliquer ce choix selon moi.

La première, pourrait être la pénurie des paramédicaux. En effet, n'ayant pas le personnel requis, les établissements se tournent vers l'extérieur pour recruter et, peuvent donc faire fi de certaines compétences au regard d'autres. Je m'appuierai sur les propos de Hamel (2007, p. 151) pour illustrer mes propos : *« la pénurie de paramédicaux et notamment d'infirmières, liée au défaut d'attractivité, retentit sur le recrutement de l'encadrement en nombre et peut être en qualité... la tentation peut être grande d'ouvrir ces postes à d'autres »*.

La seconde, pourrait résider dans l'attente que l'on a d'un cadre de santé. En effet, il me semble que selon les missions, le rôle qu'on lui donne ou tout simplement la définition que l'on a de la profession cadre de santé, le choix de recrutement diffère. Dans ce cas, pour ôter toute ambiguïté, il me semble important que je partage ma conception du métier. Pour pouvoir vivre ce changement de posture, il semblerait que je sois en quête d'un sens à cette profession.

#### **2.2.4 ... au travers celle du monde hospitalier**

La société dans laquelle nous vivons change, évolue. Le monde hospitalier n'est donc pas épargné. Il a dû en effet, par exemple, s'adapter *« à l'apparition de nouvelles technologies, de nouvelles pathologies (sida) et nécessité d'une rigueur budgétaire conduisant à plus de rationalisation »* (Malhomme, 2004, p. 266). *« L'hôpital doit à présent intégrer une logique économique alors qu'il a de tout temps rempli une mission sociale »* (Ibid, p. 265). C'est ainsi que je peux dire que depuis plusieurs années, le fonctionnement des établissements de santé se rapproche de celui des entreprises pour s'intéresser de plus en plus aux sciences de gestion. C'est pour cela que désormais, dans la formation cadre de santé, apparaît une orientation résolument gestionnaire.

Si je prends l'exemple de Rennes, je participe à deux premières années de master en parallèle de la formation de cadre de santé. Le premier s'intitule *« Ingénieries et technologies en éducation, encadrement et formation (ITEF) »*. Il est plutôt basé sur les sciences humaines, la conduite de projet, la méthodologie de recherche. L'autre s'appelle *« Master Management Ressources Humaines »* et porte sur de la gestion financière et budgétaire, le management, la Gestion des ressources humaines (GRH), les RH, etc.

Il est clairement affiché cette notion de sciences de gestion... qui n'existait pas il y a quelques années.

Toutefois,

*Si l'hôpital peut se comparer à une entreprise pour beaucoup de ses aspects, son sujet « le malade » et son objet « le soin » toujours uniques, individuels et spécifiques, en font cependant une entreprise un peu particulière. C'est cette particularité qui est au cœur du métier de cadre de santé, et qui constitue la plus-value du manager soignant » (Vasseur, 2007, p. 214).*

### **2.3 Définition, rôle et missions**

#### **2.3.1 Qu'est-ce qu'un cadre de santé ?**

*Le cadre de santé est à la fois une personne, un rôle et un statut (...) Avant tout, le cadre est une personne qui porte son propre référentiel et qui investira sa fonction et ses missions avec des références qui le construisent et organisent entre autres, son rapport au monde professionnel. Ces références sont à la fois un système de valeurs personnelles et professionnelles, des éléments de son expérience, des données culturelles et enfin, des théories et des modèles explicatifs » (Roussel, 2010, p. 32).*

Le cadre de santé est donc d'abord et avant tout une personne. Il a un rôle au sein d'un établissement de santé et en fonction de ce rôle occupe un statut. Son positionnement en tant que professionnel lui est propre dans le sens où il investira sa fonction au regard de son référentiel (basé sur des valeurs personnelles, des valeurs professionnelles, son expérience, sa culture, des théories et des modèles). C'est en ce sens que je ne peux pas « stigmatiser ». Il n'y a pas un cadre de santé mais des cadres de santé. Ce sont les valeurs de chacun qui animent et permettent la prise de décision. C'est en ce sens, qu'il est important de réfléchir à ce que sont mes valeurs personnelles pour ne pas me perdre.

#### **2.3.2 Le rôle et les missions du cadre de santé**

Dubar (2002), en croisant son approche avec d'autres auteurs, met en évidence plusieurs éléments concernant la définition du rôle professionnel. Pour lui c'est :

- « Une compétence techniquement et scientifiquement fondée
- l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique
- une formation professionnelle longue dans des établissements spécialisés

- *un contrôle technique et éthique des activités exercées par l'ensemble des collègues considérés comme seuls compétents*
- *un contrôle reconnu légalement et organisé en accord avec les autorités légales*
- *une communauté réelle des membres partageant des identités et des intérêts spécifiques. Communauté, éthique et savoir scientifique peuvent participer à la définition des professions* ». (Dubar, cité par Lefèvre, 2012, p. 111-112).

Pour déterminer le rôle et les missions d'un cadre de santé exerçant en unités de soins, il me « suffirait » de me référer aux textes législatifs, par exemple, le décret n°95-9526 du 18 août 1995, et l'Arrêté du même jour relatif au diplôme. Cependant, il me semble intéressant d'aller un peu plus loin, en me basant sur quelques ouvrages.

Pour Jacques (2007, p. 28), le rôle de cadre de santé recouvre trois missions : une mission d'encadrement d'équipe (organiser le travail et animer) ; une mission transversale (conseiller, organiser, coordonner des actions) ; et une mission de formation ou de recherche.

*Le cadre est donc un manager d'équipe, un gestionnaire de l'activité de soins, des ressources humaines, des matériels et des locaux, et des flux de patients. C'est un organisateur des actions, du travail de ses collaborateurs. C'est également un informateur, un évaluateur des actions, de l'activité du personnel. C'est aussi un contrôleur et un superviseur. C'est enfin est un pilote et initiateur de projets, et parfois un chercheur même si ce rôle est peu développé* ».

De part sa position stratégique dans l'institution, le cadre a un rôle essentiel. En effet, il est l'interface de toutes les populations qui coexistent dans un hôpital. Il est à la fois le référent des équipes de soins, l'interlocuteur direct de la direction. Il fait le lien avec les équipes médicales et les partenaires (exemple : cadre de santé d'une structure de soins à domicile) et accueille les patients et les familles. « *le cadre de santé est à l'interface d'une quadruple contrainte : l'administration, le corps médical, l'équipe soignante et la personne soignée* » (Malhomme, 2004, p. 265). Il se doit donc de faire le lien entre toutes ces personnes, mais il doit en plus créer la synergie entre tous ces acteurs afin que le patient puisse bénéficier de soins de qualité et en toute sécurité. « *Le cadre de santé est chargé d'organiser la qualité, la sécurité et la continuité des soins et/ou prestations* » (Roussel, 2010, p. 32). Il est nécessaire de créer un lien entre les acteurs car, souvent ils ne sont pas animés par la même logique. Pourtant il faut trouver un consensus pour continuer d'avancer ensemble vers un objectif commun : le patient. « *Autrement dit, le rôle du cadre de santé est de mettre*

*en concordance les soignants et de remettre le malade au cœur de leurs actions » (Ripoche, 2007, p. 39). Il faut donc « engager chaque soignant dans un processus de professionnalisation et redonner du sens au prendre soin » (Ibid, p. 44).*

Le cadre est au carrefour de toutes les demandes qui ne répondent pas toujours à la même logique :

*L'utilisateur souhaite la qualité de la prise en charge pour les soins, mais aussi de l'information et de la prestation hôtelière. La logique médicale est d'avoir des collaborateurs compétents et efficaces pour les aider dans la contribution à l'élaboration du diagnostic, dans la réalisation des traitements et dans l'accompagnement des personnes en fin de vie. La logique des pôles est de développer des complémentarités entre services pour la prise en charge du patient, avec une dimension budgétaire de solidarité et d'entraide au sein du pôle, mais aussi de rentabilité. La logique de la direction est de maintenir l'équilibre budgétaire, éviter la balkanisation, favoriser la collaboration inter-pôles et inter-établissements dans les communautés hospitalières de territoire (CHT), mais aussi satisfaire à l'épreuve de la certification. La logique des professionnels de santé vise à concilier vie privée et vie professionnelle » (Lepesqueux, 2010, p. 31).*

Pour terminer, je souhaite partager une dernière citation, qui a mon sens met en évidence l'évolution de la profession cadre de santé.

*le cadre de santé a successivement été un expert, puis un gestionnaire, un manager et maintenant un évaluateur (...) Le cadre, de plus en plus formé à l'école des cadres, devient alors un « comptable » qui doit gérer un budget, du matériel et plus tard des ressources humaines. Les années 80 sont l'ère du management des hommes. Motiver, dynamiser, construire, des projets d'équipe sont les maîtres mots d'un cadre qui cumule les « casquettes ». Enfin, les années 90 et les conséquences de l'affaire du sang contaminé, ce sont la gestion des risques et l'assurance qualité qui font irruption à l'hôpital. Le cadre de santé doit désormais s'assurer de la qualité des prestations et la sécurité des usagers (...) Aujourd'hui, les décideurs souhaitent que le cadre de santé soit un évaluateur qui développe sa fonction contrôle » (Rechamps, Roussel & Signorini, 2004, p. 20).*

Des nouveaux termes ont fait irruption dans le monde hospitalier comme management, performance ou efficience. Cela a donc engendré le développement de nouvelles compétences.

Tout ce travail autour de la profession me permet d'affirmer qu'au-delà de qualités requises pour exercer la profession de cadre de santé, des compétences sont nécessaires. Qu'est-ce que la compétence ?

## 2.4 La compétence

Il ne s'agit pas d'un terme de ma question de départ. Cependant, au vu de l'omniprésence de ce terme dans mes commentaires ou dans les citations, je pense qu'il est important d'au moins, définir « la compétence ». Ainsi, je me suis appuyée sur les travaux d'un auteur, qui me semble incontournable, sur ce sujet : Le Boterf (1994). Pour lui la compétence est la résultante de trois facteurs : le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir. « *C'est un savoir en action. La compétence est désignée au travers de quatre orientations : individuelle, professionnelle, organisationnelle, et sociale* » (Le Boterf, cité par Sohier, 2009, p. 32). C'est donc une combinaison de savoir dans une situation donnée et dans un contexte donné. Autrement dit, la compétence est une combinaison de savoirs, savoir-faire, aptitudes et expériences (Le Boterf, 1997). De plus, « *la compétence n'a de valeur et de réalité que par le regard qu'autrui porte sur elle. Pour se sentir compétent, il faut être reconnu* » (Le Boterf, cité par Sohier, 2009, p. 32).

Selon Zarifian (1991), la compétence se construit par confrontation avec des situations nouvelles. Elle implique une prise d'initiative et de responsabilité, et nécessite une implication personnelle. Elle ne peut s'imposer (Zarifian, cité par Guernion, 2009, p. 36).

Dans le monde médical, on peut parler de compétence collective puisque la production de soins n'est pas l'œuvre d'un seul professionnel mais bien celle d'une équipe toute entière.

Aux regards de ces deux auteurs, mais aussi en croisant toutes les recherches que j'ai pu faire autour de la compétence, je peux dire que la compétence nécessite une base solide de connaissances. Or, qui dit connaissances, dit forcément processus d'intégration pour les appréhender. L'expérience, la formation peuvent permettre l'acquisition de compétences. Toutefois, la pratique soignante, l'expérience soignante sont des véritables atouts. En effet, bien plus que des valeurs soignantes, ce que nous apprenons dans l'exercice de professions paramédicales est la culture soignante. Les soignants sont complètement acculturés des valeurs nécessaires dans la prise en soins de l'autre, dans la relation à l'autre. L'hôpital est un lieu singulier où, même si son organisation se rapproche de plus en plus du monde entrepreneurial, nul ne peut oublier qu'avant tout, « l'objet de production » n'est



pas une marchandise, un produit mais bien une personne humaine, et c'est là que la différence est majeure.

*Mais le manager hospitalier ne peut ignorer l'univers singulier dans lequel il évolue, et l'hôpital fut-il une entreprise, ne peut bien fonctionner sans intégrer a minima les sciences dites humaines : il se doit de prendre en compte la dimension bio-psycho-sociale des malades, mais aussi du personnel soignant ; il en est de même pour les instituts de formation » (Sebbane, 2007, p. 107).*

De ce fait, même si les organisations s'orientent de plus en plus vers des « concepts » tels que la performance ou l'efficacité, il ne faut pas perdre pour autant la primauté des relations humaines.

## **2.5 Ma conception**

Dans ce « chapitre », je vais plutôt m'attarder à décrire ce qu'être cadre de santé représente pour moi.

Le cadre doit faire preuve de nombreux de qualités et de compétences pour mener à bien toutes les missions qui lui sont attribuées.

*C'est ainsi qu'aujourd'hui on attend de ce « chef d'orchestre manager » des compétences polymorphes : de la gestion des ressources humaines (« GRH ») à la gestion prospective des emplois et des compétences (« GPEC »), de la négociation à la diplomatie, du pilotage de PME (prospective, budget) à la conduite de projet, de la question de la qualité à l'évaluation des pratiques, de la gestion de l'information en passant par la coordination des informations et des acteurs, en intra – mais aussi en extra hospitalier... (Vasseur, 2007, p. 201).*

Je l'ai déjà mentionné à plusieurs reprises, s'il est un manager, le cadre de santé a une spécificité qui est majeure. En effet, il évolue, dans un lieu singulier qu'est l'hôpital et il encadre des équipes qui œuvrent pour le bien être d'une personne singulière : le patient. Le patient (ou résident), est au cœur des prises en charge. Le prendre soin est donc le cœur de métier du cadre de santé.

Hesbeen (2011) décrit trois grandes orientations que peuvent prendre la fonction de cadre : une orientation gestionnaire, une technique ou une autre soignante. Ces trois orientations conduisent à trois types de cadres différents : le cadre gestionnaire, le cadre technique et le cadre soignant. De ce fait, pour moi, être cadre de santé signifie être un cadre soignant, pour reprendre ses termes.

Il le décrit ainsi :

*Le cadre soignant, quant à lui est celui qui accompagne les professionnels donnant des soins. Il les accompagne non pour donner des soins mais de manière proximale dans la relation singulière du soin. Sa fonction se situe ainsi au cœur du soin. Un tel cadre est professionnel de la santé car c'est de la santé des hommes et des femmes malades dont il s'agit, mais son métier d'origine importe peu car ce qui signe la compétence de cadre c'est sa capacité soignante, sa capacité d'organiser la pratique de manière pertinente, créative et ajustée à la réalité du quotidien ainsi que celle d'accompagner des professionnels dans leurs rencontres permanentes d'humain à humain, les uns requérant des soins et les autres ayant pour métier d'en donner. Sa capacité, également, de rencontrer les patients, les résidents et les proches pour témoigner de la présence d'une fonction d'autorité, fonction qui permet de rassurer mais également de dialoguer avec un professionnel qui se situe légèrement à distance de la pratique quotidienne des soins, ce qui donne la possibilité, bien souvent, d'exercer un rôle d'explication, de médiation. Capacité, encore, d'exercer une fonction d'interface entre les différents professionnels ainsi qu'avec les différents services de la structure, chacun ayant besoin, quelle que soit la fonction exercée, de pouvoir s'adresser à un interlocuteur informé et crédible qui pourra apporter une réponse pertinente ou donner la suite appropriée à ce qui est demandé (Ibid, p. 94).*

Il faut donc avoir été soignant pour être un cadre soignant. De plus, pour Hesbeen, l'expérience soignante permet d'être un interlocuteur crédible et, d'apporter une réponse pertinente. Ainsi, l'expérience soignante permet d'acquérir de la crédibilité face aux équipes mais aussi face aux patients, leurs familles et les divers interlocuteurs possible dans une structure de soins. Cependant, je retrouve dans son discours une phrase allant dans le même sens que le décloisonnement des corporatismes que j'évoquais plus tôt dans ce travail.

Si au début de ma réflexion, je paraissais dubitative, voire même complètement « réfractaire » à ce décloisonnement, j'admets aujourd'hui qu'être cadre de santé ne signifie pas forcément encadrer des équipes issues de notre filière soignante. En effet, le cadre de santé doit organiser et accompagner les équipes dans la relation de soins, permettre une réflexion sur le prendre soin pour toujours être en accord avec un principe fondamental : prendre soin d'une personne dans toute sa singularité. C'est ce que Hesbeen nomme

« *l'intelligence du singulier* ». D'ailleurs, il donne une définition du métier de cadre de proximité<sup>19</sup> qui montre la priorité pour lui de la profession : aider les professionnels du quotidien à mettre plus de soin dans les soins (« *Le cadre de santé de proximité a pour fonction d'organiser et d'accompagner la relation singulière de soin au sein même des pratiques du quotidien* » (Ibid, p. 95)).

Comme je l'ai dit, le cadre doit faire preuve de qualités managériales. Qu'est-ce que le management ?

### 3. Le management

Il n'y a aucune sciences humaines qui ne se soit « emparée » de ce terme et qui en ait donné une définition définitive. C'est en ce sens, que l'on peut dire que le management est une notion et non un concept.

Ce terme issu de l'anglais, est apparu en France surtout à partir de la fin du XVIIIème siècle, pour désigner « *un ensemble de personnes chargées de l'administration, de la gestion ou la direction d'une institution, d'un organisme ou d'une entreprise* »<sup>20</sup>. Si je remonte à son étymologie originelle, je m'aperçois qu'il s'agit en fait, d'un nom italien *maneggiare* qui signifie « *tenir en main les rênes d'un cheval* » (et du latin *manus* qui signifie la main). Par extension ensuite, le terme *mesnager* a désigné en français le fait de tenir les rênes d'une organisation et non seulement d'un cheval. Aujourd'hui, le management désigne l'« *Ensemble des techniques de direction, d'organisation et de gestion de l'entreprise* » ([www.larousse.fr](http://www.larousse.fr))<sup>21</sup>.

*Issu de l'anglais to manage, « diriger », le management est un ensemble d'activités coordonnées en fonction de principes et de méthodes rationnelles ayant pour but de conduire une entreprise, une administration, un service de la façon la plus appropriée à ses objectifs. Ainsi, manager c'est se positionner sur le secteur d'activité à maîtriser, c'est s'interroger sur les moyens à mettre en œuvre pour que les personnes développent les compétences requises au sein du secteur ; c'est identifier un certain nombre de critères qui seront tous à la fois supports de décision et d'évaluation* (Malhomme, 2004, p. 269).

---

<sup>19</sup> Proximité en référence à l'endroit selon lui où doit se situer le cadre : en proximité et non à distance.

<sup>20</sup> Empr., prob. d'apr. l'usage amér., à l'angl. *management* « action de conduire, de diriger, d'entraîner » dér. de *to manage* (v. *manager*<sup>2</sup>) att. dep. la fin du XVI<sup>e</sup>s. et en partic. dep. la fin du XVIII<sup>e</sup>s. comme terme désignant un ensemble de personnes chargées de l'administration, la gestion ou la direction d'une institution, d'un organisme ou d'une entreprise (<http://www.cnrtl.fr/lexicographie/management>).

<sup>21</sup> Site consulté le 6 février 2016, à l'adresse :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/management/49022?q=management#4893>.

Je comprends donc alors, avec ces différentes définitions, qu'il n'existe non pas un manager mais des managers. De plus, si on ne prend en compte que le sens « *diriger* », sous-entendu : donner une direction, on ne prend pas réellement en compte le sens premier du terme qui était le « *ménagement* » (qui a d'ailleurs donné lieu à l'expression « *ménager sa monture* »). De ce fait, si le management vient de « *ménagement* » je pense qu'il faut dans sa pratique quotidienne, tenir compte de cette particularité. Ainsi, le manager pourrait traiter avec mesure et égal ce dont il a « usage ». C'est-à-dire, qu'il pourrait ménager les équipes dont il a la responsabilité dans le but d'aller plus loin ensemble. Hesbeen (2011, p. 116) évoque d'ailleurs cette possibilité : « *Dès lors que le management relève de ce souci du ménagement, la fonction du manager peut être définie comme suit : Œuvrer à être bien ensemble pour ensemble aller loin* ».

« *Il s'agit de favoriser la singularité afin que celle-ci alimente le pluriel et le fasse évoluer* » (Barthès & Coudray, 2006, p. 22).

Maintenant que j'ai explicité ma question de départ par le biais de définitions de certaines notions et concepts, je vais m'attarder d'avantage sur mes entretiens exploratoires.

## **4. Les entretiens exploratoires**

Pour ouvrir ma réflexion et ne pas me contenter de la théorie, je suis allée à la rencontre de deux managers.

### **4.1 Le but des entretiens**

Ces entretiens exploratoires m'ont permis d'atteindre plusieurs objectifs. Le premier, était de tester mon comportement face à un interlocuteur. Dans la démarche clinique, il est important de laisser une place majeure à l'autre, d'être dans l'écoute pour lui permettre de s'exprimer. Comme tout être humain, j'ai tendance à avoir « peur » du silence ; j'ai envie de le remplir... Or, il est important de ne rien dire à certains moments pour permettre au vis-à-vis de cheminer dans sa réflexion. Il était essentiel que je teste mes réactions car mon comportement peut perturber, modifier la pensée d'un interlocuteur. En effet, mon orientation peut engendrer des réactions, des changements d'attitudes de la personne interrogée, ou peut influencer des réponses.

Le deuxième, était de mettre en œuvre des techniques d'entretien comme la reformulation, la relance ou l'écoute active. Etant plus que novice dans le domaine, j'en ai profité pour acquérir une once d'expérience.

Enfin, j'étais désireuse de pouvoir confronter mon point de vue avec des personnes non issues de filières soignantes. Je souhaitais connaître leurs opinions, leurs positionnements et je souhaitais questionner leurs représentations de la profession de cadre de santé. C'est pourquoi, j'ai choisi de rencontrer deux personnes du monde industriel, appelé aussi monde marchand. L'une est issue du milieu de la grande distribution, et l'autre travaille dans le milieu automobile<sup>22</sup>. J'ai mené pour cela, des entretiens semi-directifs. Il s'agit de deux managers masculins.

## 4.2 Analyse des entretiens

D'abord, j'ai questionné leur définition et donc leur représentation du management. Pour ces deux personnes, le management est ce qui permet à une équipe d'être guidée, encadrée pour atteindre un objectif commun. Cela rejoint cette notion de direction évoquée lors de la définition du management. De plus, ils insistent tous les deux sur le fait que le terme « management » définit l'encadrement de personnes : « *ce sont des humains et non des machines, là on ne parlerait plus de management* ». Il y a donc des qualités à avoir car la gestion d'individus ne se réalise pas de la même façon que de la gestion de machines, de matériel, etc. C'est ce que l'on pourrait appeler de l'intelligence émotionnelle. En effet, il est important d'avoir en tête que nous agissons différemment parce que justement nous sommes confrontés à des humains et non des objets. Il faut tenir compte de la singularité de chacun. Cela rejoint l'idée de « *l'intelligence du singulier* » développée par Hesbeen. La personne travaillant dans le monde automobile m'a confié : « *J'adore mon métier, et heureusement. Heureusement car parfois, je préférerais avoir 5 machines de plus que 5 bonshommes de plus à encadrer. Parce que c'est chiant... C'est chiant le personnel ce n'est pas ce qui est le plus évident à gérer. Mais en même temps c'est ce qui fait avancer, et ce qui t'ouvre à tout* ».

Le manager doit avoir un certains nombres de qualités pour pouvoir être reconnu en tant que tel. Selon eux, il doit faire preuve d'écoute, d'empathie, avoir des capacités d'animateur de communication et doit pouvoir fédérer une équipe. L'un d'entre eux souligne aussi l'importance de l'équité dont doit faire preuve un manager. Pour lui, il faut de l'équité entre les collaborateurs qu'ils dirigent, que ce soit envers et entre les hommes mais aussi envers les femmes. Quand on fait partie d'une équipe, le genre ne compte plus, on est un collaborateur ; tout le monde « *doit être logé à la même enseigne* ». De plus, ces deux

---

<sup>22</sup> Manager dans une usine fabricant des pièces automobiles.

managers, sont d'accord pour dire que l'expérience joue un rôle majeur dans le positionnement du cadre. Ils semblent convaincus que celle-ci permet de mieux comprendre, et de ce fait mieux appréhender les réactions des uns et des autres. Il faut donc connaître à minima son équipe pour mieux l'accompagner. Ils ont un autre point commun : ils ont gravi les échelons de leur entreprise. Ainsi, ils ont tous les deux commencé « *en bas de l'échelle* ». L'un d'entre eux pense que cela lui donne d'ailleurs une légitimité auprès de ses équipes mais aussi de la direction car il sait de quoi il parle. L'autre y trouve son intérêt car il sait ce qu'il peut demander ou non, ce qu'il est en mesure d'attendre ou pas de la part de ses collaborateurs. Pour la personne travaillant dans le milieu automobile, cette ascension au sein de la société lui a également permis de s' « *imprégner de la culture de l'entreprise* » ce qui semblait important pour lui. De plus, « *d'avoir gravi les échelons prouve aux autres que tout le monde peut y arriver, qu'il suffit de se donner les moyens. Cela pousse certains à progresser. Cela peut augmenter la performance de l'entreprise comme ça* ».

Enfin, il est clair que pour ces deux personnes, le management ne s'apprend pas. En tout cas, pas dans les livres, pas avec de la théorie. Il faut être sur le terrain : « *Je ne comprends pas comment aujourd'hui, des écoles forment des managers. Tu ne peux pas arriver dans une entreprise et imposer ta façon de voir, tes théories que l'on t'a rabâchées en cours. Il faut avoir été sur le terrain, il faut avoir du vécu* ». Pour le manager de la grande distribution, le management serait même inné : « *on n'apprend pas à être un manager, on est un manager* ».

Dans un deuxième temps, j'ai voulu connaître quelle serait leur réaction si « *demain* », on leur proposait un poste de cadre de santé. Je n'ai pas employé, précisément, cette appellation, car souvent les personnes extérieures au milieu de la santé ne la connaissent pas ; j'ai donc dit « *responsable d'une unité de soins* ». Cela permettait selon moi de mieux appréhender la question. Les deux managers m'ont dit sans trop d'hésitation, qu'ils accepteraient le poste. Tous les deux ont fait référence à des compétences qu'ils avaient acquises et qui leur permettraient de manager une équipe de soins, parce qu'après tout « *du management cela reste du management* ». C'était aussi un moyen de progresser, de découvrir autre chose. L'un d'entre eux me confiait qu'il faudrait tout de même un temps d'adaptation pour pouvoir comprendre le fonctionnement, et repérer les personnes ressources, parce que « *ce sont les gens d'en bas qui te permettent d'avancer* ». Un manager ne doit donc pas être dans sa tour d'ivoire, ou sur un piédestal. Il se doit de s'appuyer sur des personnes ressources qu'il doit repérer assez rapidement.

J'avais donc l'impression qu'il y avait un certain paradoxe. En effet, pour ces deux hommes, ce qui aujourd'hui les aide dans leur quotidien de manager c'est entre autre l'expérience et d'avoir eu la chance de gravir les échelons au sein de la même entreprise. Cela leur permettait d'être crédible, « *légitime face aux équipes mais aussi face à la direction parce que tu sais de quoi tu parles* ». Or, d'arriver dans un milieu dont ils ne connaissent pas la culture, le fonctionnement, les pratiques, ne leur pose pas de soucis puisque « *du management c'est du management* » et ce qu'importe l'endroit où on travaille... Tantôt ce qui assoit leur crédibilité, légitimité est le fait de connaître parfaitement l'entreprise, les rouages,... et tantôt même sans ces acquis, tout est possible. Pour moi, cette idée reflète bien la pensée d'une grande majorité de la population : « cadre de santé » rime avec réalisation de tâches administratives (élaboration de plannings, gestion du matériel, etc.). Ces mêmes personnes oublient très (ou trop) souvent que cette profession ce n'est pas que ça.

*Il est très facile pour un cadre d'occuper l'entière partie de son travail à des tâches qui ne requièrent aucune compétence clinique infirmière (et encore cela mériterait d'être discuté). Je pense à la réalisation des plannings (dans son aspect comptable), la commande de matériel, la participation multipliée à des groupes de travail institutionnels. Si le cadre occupe son temps à cela, j'admets qu'il puisse venir d'une autre filière que celle du soin (Ripoche, 2007, p. 43).*

Les interlocuteurs font référence à la légitimité et la crédibilité que leur donnent leur expérience. Sans expérience ne peut-on pas être crédible et légitime ? Ou en tout cas, est-ce que l'expérience permet d'acquérir de la crédibilité ? Peut-on être légitime dans un service de soins si on ne connaît rien au monde de la santé ?

*Tous les cadres connaissent le difficile parcours d'accès à la légitimité accordée par l'équipe soignante. Comment alors concevoir que cette légitimité puisse être octroyée à quelqu'un qui ne maîtriserait aucunement la démarche de soins, qui ne serait pas en mesure de donner des repères éthiques lors d'une analyse clinique autour d'un dossier patient ? Quelle légitimité pour un cadre qui ne serait pas en mesure d'interroger les soignants sur leur pratique afin d'optimiser avec eux la cohérence de la démarche clinique, d'assurer une continuité des soins optimale ? » (Malinge-Dubré, 2007, p. 54).*

De ce fait, quand j'interroge cette paradoxalité lors de mes entretiens, les deux cadres me disent qu'il sera de ce fait nécessaire de s'appuyer sur des personnes ressources, qui pourront les aider parce qu'elles seront meilleures qu'eux dans certains domaines.

Eux, seront là pour apporter leur expérience et leur « *touche personnelle* ». Cela pourra, sans doute, permettre une meilleure performance. Mon « problème » ne se situe-t-il pas là ? Est-ce que dans les milieux hospitaliers, c'est la performance que l'on recherche ? Performance au sens « industriel » du terme c'est-à-dire « *amélioration du chiffre d'affaire* ». Bien évidemment, selon moi, le but de chaque établissement de santé est de proposer des services toujours plus performants et sophistiqués, mais le but premier n'est pas de faire des profits. Est-ce que finalement en faisant le choix d'ouvrir les postes de cadres de santé à des personnes non issues de filières paramédicales les directions des établissements ne choisissent pas le côté entrepreneurial d'un hôpital (et ce, peut-être au dépend de la qualité des soins) ? En effet, quelqu'un n'ayant pas la culture des soins, du « prendre soin », de l'éthique, de la démarche de soins,... serait-il plus facilement dans cette quête de l'efficacité (c'est-à-dire, « produire » à moindres coûts) ? Se poserait-il moins de questions ? Il me semble que je retourne une nouvelle fois à cette question : que signifie être cadre de santé ?

Il fallait que je fasse des recherches sur la profession, pour mieux la comprendre afin d'intégrer ce changement de posture. Alors qu'il y a quelques mois, j'étais étonnée par ce décloisonnement qui existait au niveau des postes d'encadrement dans certaines structures de soins, aujourd'hui je le comprends. En effet, d'avoir réfléchi sur l'historique de la profession, sur la formation, etc. cela m'a permis de comprendre le caractère « généraliste » de la formation au sein d'un IFCS. Un cadre de santé n'est pas un expert. Il se doit d'être au fait des techniques présentes dans le service qu'il « dirige » mais on ne lui demande pas de faire. Il doit veiller à l'organisation des soins, dans le souci de la sécurité, de la qualité et la continuité des soins. C'est en ce sens, que je comprends le décloisonnement des corporatismes. Je ne me dis pas en faveur, ni contre mais je comprends cette démarche. J'ai donc parcouru une partie du chemin qui se trouvait devant moi.

Finalement le changement de posture est-il vraiment mon unique préoccupation ? Ces recherches et cette réflexion m'ont permis de me rendre compte qu'au-delà du changement de posture que je questionne, c'est une interrogation autour de l'identité professionnelle que j'ai. En effet, accepter de porter ce nouveau « costume » revient à accepter d'arborer une nouvelle identité professionnelle. De ce fait, ma question de recherche deviendrait alors :

**En quoi la reconnaissance d'une spécificité du métier de cadre de santé peut permettre de construire l'identité professionnelle ?**



Devenir cadre nécessite l'acquisition d'un nouveau positionnement, d'un nouveau statut, en clair d'une nouvelle identité professionnelle. Je me demande alors : peut-on avoir plusieurs identités professionnelles ? En effet, pour occuper un poste de cadre de santé, il faut avoir été soignant. Cette fonction nous permet d'ailleurs de nous construire en tant que cadre de santé. Mais alors, devenir cadre de santé implique-t-il de se forger une nouvelle identité professionnelle ou de continuer à s'appuyer sur ce socle existant ? Est-ce que l'identité professionnelle est à totalement construire (ou reconstruire) ou puis-je m'appuyer sur mon identité d'infirmière ? Est-ce que je peux être infirmière et être cadre de santé ou faut-il « choisir » ? Pour répondre à ces questions, il est nécessaire que je me documente sur ce qu'est l'identité et plus précisément, qu'est-ce que l'identité professionnelle.

## 5. L'identité

L'identité est « *la connaissance et la reconnaissance de ce que l'on est* »<sup>23</sup>. L'identité permet donc à un individu de se construire.

*Le champ sémantique du terme « identité » offre deux significations contradictoires : d'une part le caractère de ce qui est identique et dans ce cas l'identité est le fait d'être semblable aux autres ; d'autre part, le caractère de ce qui est unique et donc ce qui permet de se distinguer des autres (Malhomme, 2004, p. 266).*

Il existe une pléthore de publications, d'illustrations, et de définitions du concept puisque comme l'indique Mucchielli (2013, p. 6) « *la définition et donc le sens d'un phénomène dépendent du contexte théorique de référence pris pour l'explicitier* ». En sciences humaines, Erickson a été le premier à introduire ce concept et l'identité définit l'identité d'un acteur social. La définition « sciences humaines » de l'identité est rédigée ainsi : « *L'identité est un ensemble de significations (variables selon les acteurs d'une situation) apposées par des acteurs sur une réalité physique et subjective, plus ou moins floue, de leurs mondes vécus, ensemble construit par un autre acteur* » (Ibid, p. 10). Il y a donc dans la construction d'une identité, une part de subjectivité, l'intervention de soi, mais aussi des autres. Cela va dans le même sens que ce que développe Dubar (1998, p. 136) « *les identités sont d'abord des attributions par autrui* ».

---

<sup>23</sup> Site internet consulté le 30 avril 2016, à l'adresse : <http://www.psychologies.com/Dico-Psycho/Identite>.

« Chacun sait que tout individu construit son identité en référence à des images parentales et à des modèles de culture » (Gérard, 2000, p. 72). L'individu construit donc son identité en se basant sur ce qu'il vit à un moment T, mais en cohérence avec son passé. C'est ce que défendent d'ailleurs Piotet & Sainsaulieu (1994) dans leur définition de l'identité :

*par identité il faut entendre un système de représentations mentales permettant aux individus de trouver une cohérence, une continuité avec leurs expériences présentes et celles du passé. C'est l'identité de soi (...). L'identité c'est aussi un système de repère conduisant à la découverte que l'on est proche de certains et différents des autres. C'est l'identité pour autrui (Piotet & Sainsaulieu, cités par Barré, 2013, p. 32).*

Donc, au vu de ces définitions, je peux dire qu'il existe un caractère paradoxal dans la construction d'une identité : l'identité d'un individu s'élabore dans la confrontation de la similitude et de la différence. Cette idée est reprise dans plusieurs ouvrages que j'ai lus : « Dès lors, la construction d'une identité repose tout à la fois sur un processus d'identification (imitation d'un modèle) et sur un phénomène d'« identisation » (affirmation de la différence) » (Malhomme, 2004, p. 266).

*L'accès à l'identité suppose ainsi cette deuxième voie, simultanée de la première, (s'affirmer en s'opposant, quête d'autonomie) amenant à un conflit entre processus d'identification (rester comme) et processus d'identisation (s'insurger contre), dans un mouvement dialectique qui fait s'opposer les deux (Gérard, 2000, p. 73).*

De plus, il est important de noter que la construction identitaire n'est pas figée. Comme elle dépend d'un processus, elle est constamment en mouvement : « les formes identitaires se construisent (mais peuvent aussi être détruites) et se reconstruisent tout au long de la vie » (Dubar, 1998, p. 139). « L'identité n'est plus considérée par les chercheurs comme une substance, un attribut immuable de l'individu ou des collectivités (...) elle se construit et s'actualise » (Ruano-Borbalan, 1998, p. 3). Ou, « l'identité personnelle est un processus qui se déroule pendant toute la vie » (Ibid, p. 17).

Enfin, « dans les sociétés modernes, chaque personne adulte a plusieurs identités » (Dubar, 1998, p. 135). Nous appartenons tous à plusieurs communautés, et aucune de ces appartenances ne peut nous définir de façon exclusive comme nous ne sommes pas un « bloc homogène ». Il existerait donc en chaque personne plusieurs identités (réelles ou potentielles), avec parfois des tensions, des conflits, des choix stratégiques, des compromis, des transactions entre ces personnalités multiples (Dortier, 1998, p. 53).

« Deux dimensions complémentaires permettent à l'individu de se construire : une liée à son identité personnelle, l'autre à l'identité communautaire » (Bailly, 2009, p. 20). Cela rejoint l'idée de Ruano-Borbalan (1998, p. 6) : « le groupe fonctionne comme le catalyseur privilégié de l'identification personnelle ».

## 5.1 L'identité professionnelle

Elle peut être définie comme « la façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes ; l'identité au travail est fondée sur les représentations collectives distinctes des acteurs du système social d'entreprise » (Sainsaulieu, 1985, p. IX). Ainsi, pour rebondir sur ce que j'ai pu développer plus tôt : au sein d'un groupe, l'identité est attachée à des signes visuels, de manière à ce qu'elle soit à la fois affirmation d'une ressemblance entre les membres du groupe et d'une différence avec les autres. Cela permet de développer le sentiment d'appartenance à un groupe. En effet, « l'identité individuelle ne suffit pas au développement d'un sentiment d'appartenance » (Bailly, 2009, p. 20).

« Le cadre théorique proposé par Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir »<sup>24</sup>.

Selon Dubar (2002), « l'identité professionnelle correspond à un résultat stable et provisoire, individuel et collectif, biographique et structurel » (Dubar, cité par Bailly, 2009, p. 20). Avec le terme provisoire, je peux là aussi dire que Dubar met en avant le caractère non définitif de l'identité professionnelle. Elle est rattachée à l'histoire du collectif, le partage d'une mémoire commune. Dubar généralise l'analyse de Sainsaulieu en parlant d'identité sociale<sup>25</sup>. Ainsi, l'identité professionnelle serait une partie de l'identité sociale. Pour ce sociologue, « l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, noyaux durs des identités par les institutions »<sup>26</sup>. De ce fait, chaque construction identitaire serait le résultat d'une double transaction : entre d'une part les individus en recherche d'identification et de reconnaissance et, d'autre part, les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissance. « Les partenaires de cette transaction peuvent être multiples : les collègues de travail, la

---

<sup>24</sup> Site internet : <http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm> consulté le 29 avril.

<sup>25</sup> Identité sociale : articulation entre une transaction interne de l'individu et une transaction externe, entre l'individu et les institutions avec lesquelles il est interaction (Dubar, 2002).

<sup>26</sup> Site internet : <http://www.inrp.fr/Tecne/Rencontre/Drot/sld004.htm> consulté le 29 avril.

*hiérarchie de l'institution, les représentants syndicaux, l'univers de la formation, l'univers de la famille, etc* »<sup>27</sup>. Cette transaction peut parfois être conflictuelle.

L'identité professionnelle serait une manière de se situer dans le champ professionnel, mais au-delà, dans la vie sociale.

Pour Berger & Luckmann (1966), la construction d'une identité professionnelle est basée sur ce qu'ils appellent « la socialisation secondaire ». C'est-à-dire l'incorporation des savoirs professionnels.

*Ce sont des machineries conceptuelles comprenant un vocabulaire, des recettes (ou des formules, propositions, procédures), un programme et un véritable « univers symbolique » véhiculant une conception du monde mais qui, contrairement au savoir de base de la socialisation primaire, sont définis et construits en référence à un champ spécialisé d'activités*<sup>28</sup>.

Si je me réfère à tous ces apports théoriques, je note plusieurs éléments importants. D'abord, l'identité professionnelle permet de développer un sentiment d'appartenance, est propre à un groupe, dans un champ d'activités spécifique. Donc, dans mon cas, le groupe des cadres de santé. Une question s'impose alors : est-il possible de partager la même identité professionnelle quand nous venons de douze filières soignantes différentes ?

Ensuite, la construction de l'identité professionnelle repose sur une double transaction entre les individus, constituant le groupe (mais même entre chaque individu) et l'institution. Il est donc nécessaire que le groupe, partage des valeurs, un langage communs. D'où la formation commune et la délivrance d'un diplôme unique pour l'ensemble des professions paramédicales citées plus tôt. Une autre question m'apparaît alors : Est-ce que l'hétérogénéité de cultures soignantes (malgré la préoccupation centrale de tous : le patient ; il me semble que la culture soignante pourrait être différente entre la filière soin, rééducation ou médicotechnique) peut aboutir à la construction d'une seule identité des cadres de santé ?

Enfin, l'identité professionnelle n'est pas figée, elle est mouvement permanent. Au-delà de permettre à chacun de se positionner dans une institution donnée, elle permet de se positionner dans la société.

---

<sup>27</sup> Même source.

<sup>28</sup> Même source.

## Partie 3 : Le terrain

Cette partie traitera essentiellement des entretiens, dits de recherche que j'ai mené. Ils ont pour but de confronter la théorie, autrement dit ce que j'ai pu lire dans les différents ouvrages, avec mes ressentis, mes observations et le terrain.

### 1. Le recueil de données

Avant de pouvoir présenter l'analyse et l'interprétation de mes résultats suite aux entretiens, je dois dans un premier temps expliquer toute la méthodologie que j'ai suivie.

#### 1.1 Le choix du terrain

Ce travail d'initiation à la recherche a un objectif bien défini (outre celui de me permettre « d'intégrer la méthodologie de la recherche »<sup>29</sup>) : celui de « créer du savoir »<sup>30</sup>. Or, ce savoir, pour que je puisse l'exploiter au mieux, doit pouvoir me permettre une projection professionnelle d'où l'importance de le situer dans mon champ d'exercice professionnel futur : la profession de cadre de santé.

J'avais déjà évoqué le fait que je souhaitais centrer ma réflexion autour des cadres de santé exerçant en unités de soins, donc le milieu sanitaire.

Néanmoins, je questionne la construction de cadre de santé, et plus particulièrement la construction de l'identité professionnelle de cadre de santé. Cette identité étant celle d'un groupe professionnel, j'aimerais de ce fait connaître la place que peut occuper le collectif, le groupe dans cette construction. Peut-on se sentir cadre quand on est peu de cadre voire le seul cadre dans une institution ? Il m'a semblé donc tout à fait pertinent de pouvoir rencontrer un cadre de santé exerçant dans le secteur privé. En effet, dans ce secteur, il y a peu de cadres de santé. Les personnes ont un poste de cadre mais n'ont pas forcément le diplôme ni, forcément la formation de cadres de santé.

De plus, tout au long de ce travail, comme en filigrane, j'avais cette interrogation face au choix de certaines institutions d'affecter à des postes de cadres de santé des personnes non issues de filières paramédicales. Pour moi, une des explications probables, et qui apparaissait dans mes entretiens exploratoires, était le côté économique. De ce fait, même si tous les établissements de santé publics comme privés, se doivent de réduire les dépenses liées à la santé (un adage s'est développé ces dernières années : « *La santé n'a pas de prix* »

---

<sup>29</sup> Guide mémoire IFCS Rennes, Promotion 2015-2016, p. 10

<sup>30</sup> *Ibid*

*mais elle a un coût »*), j'avais l'impression, peut-être non fondée, que dans le secteur privé, ces décisions seraient plus facilement comprises voire acceptées. En effet, dans mes représentations (et encore une fois, cela n'engage que moi), j'ai l'impression que ces deux secteurs n'ont pas les mêmes objectifs. Outre prodiguer des soins de qualité aux patients et dépenser le moins possible pour les mettre en œuvre, il me semble que le secteur privé a une obligation de résultats tandis que le public a une obligation de moyens. En d'autres termes, pour moi, dans les hôpitaux publics il n'y a pas de dividendes à reverser aux actionnaires, de participation aux bénéficiaires à reverser ni de prime d'intéressement. Dans le privé, il y a, je pense, ce côté performance que le public n'a pas, ou tout du moins pas encore.

Ayant choisi de travailler sur le modèle de la méthode clinique, il avait été convenu avec mon directeur de mémoire de réaliser deux entretiens. Au vu des arguments cités ci-dessus, nous nous étions mis d'accord sur le fait que je réalise un entretien auprès d'un cadre de santé exerçant dans le public et un dans le privé. Par convenance personnelle, j'avais délimité la zone de recherche géographique autour de mon lieu de vie.

## **1.2 Choix des personnes enquêtées**

Lors de la réalisation du mémoire, il y a un facteur non négligeable à prendre en compte : le facteur temps. Il y a une date d'échéance pour la restitution de ce travail, je me devais de la respecter tout comme le rétro-planning élaboré avec mon directeur de mémoire. Or, les démarches imposées par certains établissements de santé avant d'espérer rencontrer un cadre de santé sont très chronophages. Pour les contourner et ainsi gagner du temps, je devais user de mon réseau. Seulement voilà, je n'en ai pas vraiment. Je n'ai travaillé que très peu de temps en métropole avant de « m'exiler » dans les Antilles.

De ce fait, pour la personne travaillant en secteur public, j'ai profité de mon stage dans un CHU pour prendre des contacts. C'est ainsi que j'ai pu solliciter une professionnelle via son mail et que j'ai eu une réponse et un accord rapidement. Nous nous sommes rencontrées le 2 mars 2016.

Pour le privé, cela a été plus compliqué pour obtenir un contact. La seule façon de contourner les rouages de l'administration, était de m'appuyer sur le réseau de mes camarades de promotion. En effet, si moi je n'en avais que très peu, certains auraient pu être des personnes ressources. Sur 34 étudiants, seules deux travaillent dans le privé. Toutes deux ont refusé de me donner les adresses de « collègues » et encore moins de la Direction des soins. J'ai été très surprise de leurs réactions. Quelles pouvaient être les

conséquences ? (« *Je n'ai pas le droit de faire ça* »...). Les adresses mails sont-elles secrètes ? C'était dans le cadre de mon mémoire et non pour autre chose... J'ai donc décidé de faire appel à d'autres personnes de la promotion, qui par contact interposé, pouvaient me donner des noms et adresses de cadres de santé. Cela impliquait donc de sortir du secteur géographique que je m'étais fixé au départ, mais il fallait être pragmatique : je devais réaliser cet entretien.

J'ai pu acquérir, par une de mes camarades l'adresse d'une professionnelle. Une fois que je me suis mise en relation avec elle, le rendez-vous a très vite été fixé au 3 mars 2016.

Cependant, à la suite de cet entretien, j'ai eu un doute. Dans un travail de recherche, je pense qu'il était nécessaire de ne pas le nier. Lors du dernier échange de mails avec cette cadre de santé (celui pour fixer le lieu de rendez-vous), j'ai compris qu'elle n'exerçait plus en unité de soins mais travaillait à l'Institut de formation d'aides-soignants (IFAS). Du coup, je ne respectais pas tout à fait les critères fixés au départ. De plus, lors de l'entretien, j'ai compris qu'elle avait fait la plupart de sa carrière dans le secteur public (en tant que infirmière d'une part mais aussi en tant que cadre de santé). Au vu de ces nombreuses différences avec les références que j'avais établies, j'avais l'impression qu'il pourrait y avoir des biais dans ma méthode de recherche. J'ai donc voulu réaliser un troisième entretien. J'avais trop de doutes et d'interrogations pour ne pas le faire. (Est-ce que la construction identitaire professionnelle de cadre de santé diffère selon si je suis formateur ou dans l'encadrement d'équipe ? Est-ce que l'appartenance à un secteur d'activités dépend du temps qu'on y travaille ?)

J'ai donc une fois de plus sollicité mes camarades. Je ne me fixais plus aucune limite géographique, pourvu que je puisse obtenir un contact. C'est ainsi que j'ai pu « rencontrer » une cadre de santé exerçant dans une unité de soins, en rééducation (donc secteur Médecine-chirurgie-obstétrique (MCO)) le 15 mars 2016.

J'ai donc rencontré trois cadres de santé, trois femmes, l'une exerçant dans un CHU, dans un service de chirurgie d'hospitalisation complète; l'une travaillant au sein d'une structure privée actuellement à un poste de cadre formateur en IFAS, et, une autre exerçant dans un service de rééducation au sein d'un établissement privé

### **1.3 Choix du matériau**

Je voulais réaliser des entretiens pour aller au contact de ces personnes, pour les rencontrer et être avec elles. Il était important pour moi de ne pas diriger les échanges, de permettre à ces cadres de santé de s'exprimer avec leurs mots, leurs émotions, leurs

représentations, pour respecter la démarche clinique. De ce fait, l'entretien semi-directif était une évidence :

*Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises (...) Autant que possible, il (le chercheur) « laissera venir » l'interviewé afin que celui-ci puisse parler ouvertement, dans les mots qu'il souhaite (...). Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même, au moment le plus approprié et de manière aussi naturelle que possible » (Quivy & Campenhoudt, 1995, p. 195).*

#### **1.4 Le guide d'entretien**

J'ai co-construit avec mon directeur de mémoire le guide d'entretien<sup>31</sup>. Voici les questions que j'ai posées :

Quel est votre parcours professionnel ?  
Comment a évolué votre fonction de cadre de santé ?  
Quelle place occupe selon vous, la fonction initiale dans la construction du cadre de santé ?  
Avez-vous quelque chose à ajouter ?

J'ai utilisé ce même guide pour tous les entretiens même si tous ne se sont pas déroulés exactement de la même façon puisque j'ai dû reformuler, demander des précisions, etc. en fonction des réponses de chacune des interlocutrices.

#### **1.5 Les conditions de réalisation des entretiens**

Lors de la prise de rendez-vous, j'ai fait le choix de laisser les interlocutrices fixer le jour et l'heure. De plus, je trouvais plus pertinent de leur laisser choisir les créneaux dans le sens où elles savent le moment de la journée et le jour de la semaine où il est plus facile d'être disponibles. Elles ont toutes préféré que ce soit en fin de journée.

Pour les deux premiers, je me suis rendue sur le lieu de travail des interviewées : dans le service de chirurgie pour la première, à l'IFAS pour la seconde. Toutefois, pour le troisième entretien, je n'ai pas « vraiment » rencontré la personne, du moins pas physiquement. En effet, comme je l'ai expliqué, j'ai dû faire un choix : j'ai souhaité respecter au mieux les

---

<sup>31</sup> Disponible dans le dossier « Annexes ». Annexe 3 « Guide d'entretien – Entretiens de recherche », p.VII.



critères que j'avais fixés : recueillir les propos d'un cadre de santé exerçant en unité de soins, dans le privé. Pour cela, j'ai aussi dû élargir mon secteur de recherches. Etant donné la distance, il ne m'était pas aisé de me déplacer. De ce fait, d'un commun accord avec mon interlocutrice, nous avons opté pour une visio-conférence via le logiciel Skype. Je n'ai donc rencontré cette personne que virtuellement<sup>32</sup>. Les seules choses qui diffèrent des deux premiers entretiens est l'interface et le lieu puisque nous étions toutes les deux chez nous.

J'ai toujours commencé par me présenter succinctement, expliquer ma démarche et les remercier de me recevoir. J'ai aussi, au préalable toujours prévenu du caractère anonyme de l'entretien, que je m'engageais à respecter.

J'ai enregistré les entretiens pour faciliter leur retranscription, mais je l'ai toujours fait avec leur accord. A ce propos, comme le dit si bien l'adage « *on apprend de ses erreurs* ». De ce fait, pour pouvoir recueillir tout l'entretien, même les off (ou du moins ce que mes interlocutrices pensaient être en off) j'ai utilisé deux appareils pour enregistrer : mon téléphone (via l'application dictaphone) et un dictaphone. Lors des entretiens exploratoires, je m'étais aperçue que lorsque le dictaphone était coupé, les gens se sentaient comme « libérés » et me confiaient des choses qu'ils n'osaient peut-être pas dire lors de l'enregistrement. Soucieuse de pouvoir recueillir les entretiens dans leur intégralité, j'ai utilisé cette méthode. Je ne pense pas avoir trompé mes interlocutrices puisque je mettais en évidence les deux appareils sur la table, et je n'enregistrais qu'avec leur accord.

## **2. L'analyse et l'interprétation des résultats**

Avant de faire l'analyse, je souhaite préciser que j'avais la consigne de porter une attention particulière aux gestes et aux réactions des cadres de santé avec lesquelles je m'entretenais. En effet, la communication est verbale, mais ce dont j'ai pu prendre pleinement conscience, c'est qu'elle est aussi, et surtout, non verbale. La communication non verbale, regroupe non seulement les gestes, la posture mais aussi, l'intonation, le rythme de la voix. Le non verbal, comporte « *l'expression du visage et les postures du corps que l'on adopte : c'est le langage du corps* »<sup>33</sup>.

En m'appuyant sur les travaux de Watzlawick (1981), je peux en donner une définition. Il l'appelle lui, la communication analogique.

---

<sup>32</sup> D'où les guillemets à « rencontrer » dans le paragraphe *Choix des personnes enquêtées*.

<sup>33</sup> Site internet consulté le 1<sup>er</sup> mars 2016 à l'adresse : <http://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf>.

*Il faut y englober : posture, gestuelle, mimique, inflexions de la voix, succession, rythme et intonation des mots, et toute autre manifestation non-verbale dont est susceptible l'organisme, ainsi que les indices ayant valeur de communication qui ne manquent jamais dans tout contexte qui est le théâtre d'une interaction* <sup>34</sup>

Dans le même ordre d'idées, il y a ce que les gens disent mais il y a aussi ce qu'ils ne disent pas. Je vais donc articuler l'analyse autour de ces deux faits.

Enfin, dans la démarche clinique, il est important de prendre conscience de tout ce qui peut influencer les acteurs en présence. Ainsi, je peux moi-même induire des réponses, des réactions chez l'autre, tout comme cette personne peut en faire de même avec moi. C'est ce que l'on appelle, en psychanalyse le transfert et le contre-transfert.

## **2.1 Les mouvements transférentiels et contre-transférentiels**

De façon générale, le transfert peut être défini comme « *le déplacement d'une habitude, ou d'un sentiment d'un objet sur un autre* »<sup>35</sup>. En psychanalyse, le transfert est « *une projection émotionnelle de l'analysé sur la personne du thérapeute* »<sup>36</sup> et le contre transfert est « *la réaction inconsciente que ce dernier (le thérapeute) aura vis-à-vis de son patient et en réponse à ce transfert* »<sup>37</sup>.

De ce fait, dans le cadre des entretiens, le transfert se fera de moi vers mon interlocuteur, et le contre-transfert sera ma réponse face à cette personne et ce qu'elle dit ou fait. Tout cela se déroule de manière inconsciente. Cependant, c'est en ce sens qu'il est important de porter une attention particulière au non verbal puisque le corps, les expressions que l'on a peuvent trahir ce que l'on pense.

Ce sont des appropriations de comportements ou de sens données au travers de mon propre prisme.

En outre, j'aimerais apporter une remarque que je me suis faite durant le troisième entretien. Comme je l'ai expliqué, pour des raisons organisationnelles, il a été convenu avec l'interlocutrice de réaliser l'entretien via Skype. Au-delà du fait qu'il est différent de mener un entretien de visu ou au travers un écran, cette expérience m'a permis de prendre conscience justement de certains points qui pouvaient induire une réponse, un comportement chez elle. Sur ce logiciel, il y a un retour caméra : je me voyais donc dans

---

<sup>34</sup> Même source.

<sup>35</sup> Définition obtenue sur Internet à l'adresse : <http://psychiatriinfirmiere.free.fr/infirmiere/temoignage/119.htm>, consultée le 31 mars 2016.

<sup>36</sup> Même source

<sup>37</sup> Même source.

l'écran que j'avais en face de moi. De ce fait, j'ai mesuré l'impact que pouvaient avoir mes gestes ou mes postures sur cette personne. Par exemple, si je hochais la tête à ses propos, cela l'encourageait, elle parlait plus facilement. Au contraire, si j'écrivais, si je ne la regardais pas, elle était beaucoup plus hésitante, et se rapprochait plus de l'écran, comme pour capter mon attention.

De ce fait, cette expérience a été plutôt bénéfique ; c'est dommage quelque part qu'elle ne se soit produite que lors du dernier entretien, puisque j'aurais alors pu me corriger... Je me suis rendue compte que j'étais très expressive avec mes gestes... Mais je ne peux pas non plus savoir si je suis exactement comme cela lorsque je suis en face de quelqu'un, ou si l'interface informatique a exagéré, augmenté, exacerbé cette attitude chez moi.

Pour conclure, l'analyse des entretiens, puis la discussion autour de ceux-ci, ne prendra pas en compte que ce qui est dit, mais aussi le non verbal, les non-dits. J'essaierai aussi de mettre en lumière ce qui a pu influencer la pensée de mes interlocuteurs au travers de ma propre orientation (aussi bien dans mes mots que dans mes gestes).

Avant de faire une analyse plus fine de chacun des entretiens, je vais d'abord commencer par faire une « *statistique lexicale* » : une lexicométrie<sup>38</sup>.

## 2.2 Lexicométrie

Après plusieurs écoutes et lectures des trois entretiens, dans le but de me les approprier, je me suis rendue compte que certains termes revenaient souvent, ou qu'au contraire, certains n'étaient jamais prononcés. Il m'a donc semblé tout à fait opportun de commencer l'analyse par une analyse lexicale via un logiciel<sup>39</sup>. J'ai donc passé « à la moulinette » les entretiens.

### 2.2.1 Les occurrences des termes en lien avec ma problématique

Tout mon travail s'articule auprès d'un acteur : le **cadre de santé**. J'ai donc trouvé intéressant d'étudier sa fréquence d'apparition dans les trois entretiens.

Pour la première, elle prononcera seize fois ces mots, huit fois pour la seconde et dix-huit fois pour la troisième. Cependant, le terme « *cadre(s)* » remporte beaucoup plus de succès : prononcé 46 fois dans le premier entretien (ce qui lui permettra d'ailleurs de faire partie du top dix des mots les plus prononcés), 42 fois dans le deuxième et 70 fois dans le dernier.

---

<sup>38</sup> Définition obtenue sur internet à l'adresse : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/statistique/74516/locution>, consultée le 16 avril.

<sup>39</sup> <http://textalyser.net/index.php?lang=fr>

Ceci peut s'expliquer par plusieurs phénomènes : un « abus de langage », un raccourci (les gens vont au plus court et donne le mot cadre qui est plus rapide), l'identification à un statut plutôt qu'à sa profession. En effet, la deuxième professionnelle avec qui je me suis entretenue, m'a dit à plusieurs reprises qu'elle avait été longtemps la seule cadre de santé dans l'établissement où elle travaille en ce moment. C'est sans doute pour cela qu'elle utilise plus facilement le terme « *cadre* » que « *cadre de santé* ».

De plus, à plusieurs reprises dans ces entretiens, mes interlocutrices utilisent le terme « *cadre(s)* » pour désigner « *des cadres hors secteur paramédical* », « *commercial* », ou autre. Donc il faut apporter une certaine réserve sur ce mot : il n'a pas tout le temps été prononcé pour parler des cadres de santé.

Je questionne la construction de **l'identité de cadre de santé**. De ce fait, j'ai voulu savoir combien de fois apparaissait le terme « *identité* » dans les entretiens.

Dans le premier, il est relevé 23 fois et l'expression « *identité de cadre* » 10 fois. Par contre, dans les deux autres entretiens, il n'est jamais cité. Cela m'a surprise de prime abord, et puis je me suis souvenue qu'il ne fallait pas attendre quelque chose de précis de chaque entretien et que justement ce sont ces « manques », ces « non-dits » qui peuvent être intéressants. Est-ce qu'il faut forcément prononcer le terme identité pour parler de ce concept ? Est-ce qu'il n'y a pas des éléments dans leurs discours qui se rapportent à l'identité et surtout à la construction d'une identité ? En fin de compte, je me suis aperçue qu'il y avait effectivement des choses qui peuvent être rattachées à cette construction, c'est ce que j'évoquerai dans la partie « discussion » à la fin de mon analyse.

### **2.2.2 Le choix des pronoms**

Pour moi, l'important était de recueillir les points de vue, les ressentis, les expériences, les avis, les réflexions de ces professionnelles. Il fallait pour cela qu'elles s'impliquent dans le discours, qu'elles parlent d'elles. La meilleure façon de m'assurer de cela, c'est d'observer les pronoms personnels qui sont utilisés.

En effet, si elles parlent principalement à la première personne du singulier « *je* », ou « *j'ai* » c'est qu'il y a une implication, elles parlent en leurs noms. Par contre, si elles utilisent préférentiellement le « *nous* », je pourrais dire qu'elles généralisent leurs propos, qu'elles s'impliquent dans un groupe, qu'elles préfèrent parler au nom d'un tout (duquel elles font partie) plutôt que de s'engager plus personnellement. En effet, dans la langue française, le « *nous* » est un pronom personnel pluriel. C'est-à-dire qu'il désigne un groupe

d'au moins deux personnes. C'est en ce sens qu'il est assez vague puisque lorsqu'il est employé, il est difficile de savoir à qui il renvoie exactement.

C'est encore plus vrai pour le pronom personnel indéfini « *on* ». Par définition, il est indéfini, il n'y a pas plus généraliste que cela. Il peut être utilisé pour parler de tout le monde et de personne à la fois. Ces deux pronoms permettent de ce fait de moins s'impliquer dans le discours. Il est souvent plus difficile pour quelqu'un de parler de soi plutôt que de parler d'un groupe auquel il s'identifie.

Pour le premier entretien, il s'avère que le pronom « *je* » a été prononcé 125 fois, contre 6 pour le « *nous* » et 112 pour le « *on* ». Dans la mesure où plusieurs phrases ont été commencées mais non terminées (surtout en utilisant le « *je* »), je pense pouvoir dire que son discours a plutôt été généraliste, elle ne s'est pas beaucoup impliquée. Je l'ai d'ailleurs remarqué lors de la retranscription : les moments où elle va préférentiellement utiliser le « *je* » c'est au début de l'entretien où elle me donne son parcours professionnel, ou lorsqu'elle illustre ses propos avec des exemples qu'elle a vécus. Ou encore, à la fin de l'entretien, quand elle pense qu'il n'y a plus d'enregistrement en cours. Il semblerait qu'elle utilise le « *on* » ou le « *nous* » quand elle se sent déstabilisée ou comme si elle voulait donner plus de crédit à ses propos en généralisant pour tous les cadres de santé.

Pour le deuxième entretien, la cadre de santé prononce 196 fois le terme « *je* », à 17 reprises le « *nous* » et à 59 le « *on* ». Je peux donc dire que comparativement à la première personne, elle personnalise plus son discours autour d'elle, il semblerait qu'elle donne plus son point de vue, et non celui d'un groupe. C'est donc plutôt intéressant dans l'optique de la démarche clinique. Le pronom indéfini apparaît dans son discours, surtout quand elle parle d'elle et de son équipe de soins.

Pour le dernier entretien, la professionnelle utilise principalement le pronom « *je* » : 299 fois. Le pronom « *nous* » est dit 23 fois et, prononce « *on* » à 97 reprises. Toutefois, j'ai pu remarquer pendant l'entretien, et surtout à sa retranscription, qu'elle avait une forte tendance à ne pas finir ses phrases. De ce fait, je pense qu'il faut être vigilant et critique face au nombre de pronoms prononcés. Néanmoins, au vu des écarts entre chacun d'entre eux, il m'est possible de dire que son discours est plutôt personnel ce qui est toujours très intéressant.

Je profite de ce « chapitre » pour apporter une remarque que je me suis faite suite à un suivi de mémoire avec mon directeur.

Lorsque j'ai rédigé le guide d'entretien, et lorsque je reformulais au cours des conversations, je m'efforçais de toujours impliquer les interlocutrices. En effet, j'utilisais des formules telles que : « *selon vous* », « *pour vous* », « *d'après vous* ». En fait, je m'aperçois que j'ai été confrontée à la subtilité de la langue française. Là où je voyais un moyen de recentrer le discours sur elles, comme je les vouvoyais, elles pouvaient comprendre tout à fait autre chose. Plongées dans leurs pensées, elles pouvaient entendre : vous, en tant que personne ou vous, en tant que groupe... Le tutoiement aurait pu éviter cela mais je ne me suis pas permise de le faire, étant donné que je ne les connaissais pas. Je me suis mis une barrière.

Je vais désormais présenter une analyse plus fine des contenus des entretiens, en utilisant comme cadre de référence les objectifs que j'avais posés. Pour cela, je vais d'abord analyser séparément chaque entretien, puis je consacrerai une partie aux convergences, divergences toujours en gardant bien en tête ma question de recherche. D'autre part, j'ai souhaité incorporer à chaque analyse d'entretien une « *analyse réflexive de ma conduite d'entretien* » afin justement de mesurer les mouvements transférentiels et contre-transférentiels que j'évoquais plus tôt.

## **2.3 Entretien 1**

### **2.3.1 Représentations de la profession de cadre de santé**

Etre cadre de santé c'est pour cette personne être diplômé en tant que tel. Elle est devenue « *réellement* » (l. 26) cadre de santé selon ses dires, en étant diplômée. Son expérience de faisant fonction, elle préfère la « *mettre entre parenthèses* ». Elle argumente son choix en disant que ce statut est un « *statut un peu protégé* » (l. 33) puisque les équipes (et la direction ?) n'ont pas les mêmes attentes : « *les équipes savent (...) qu'on n'a pas forcément toutes les clés en main pour vraiment être... être... être cadre dans l'unité* » (l. 33-35). Pour elle, être faisant fonction, c'est faire « *instinctivement* » (l. 31) alors que l'école des cadres donne des « *bagages de connaissances* » (l. 161), des apports théoriques et des connaissances.

« *Réellement* », est ce que cela veut dire qu'il y a des faux et des vrais cadres (poste de faisant-fonction) ?

De plus, elle dit que les missions des faisant fonction sont « *des missions ponctuelles* » (l. 36). Est-ce que cela sous-entend que ce n'est pas le même investissement ? Est-ce qu'elle ne suggère pas avec ce terme, que son investissement a été différent entre son poste de

faisant fonction et sa prise de poste cadre de santé ? Puisque là, il ne s'agissait plus d'une mission ponctuelle mais au long terme.

En obtenant le diplôme elle devient « *réellement* » cadre de santé. Est-ce que pour elle, le diplôme légitime en quelque sorte la profession ?

Il semblerait que oui. Elle exprime très clairement cette idée : « *Le fait d'avoir le diplôme (...) on obtient la légitimité* » (l. 161-162). Au cours de son discours, elle la soutiendra d'ailleurs plusieurs fois. Cette légitimité s'opère non seulement auprès des équipes mais aussi, selon elle, auprès des patients, de la direction et des médecins (équipe médicale en général).

En outre, cette acquisition de statut engendre pour elle une « *exigence plus importante de la part des équipes* » (l. 169). Cela va dans le même sens que ce qu'elle défend comme point de vue. Comme pour elle, être faisant fonction cadre de santé n'implique pas les mêmes attendus de la part des équipes notamment, lorsque la personne est diplômée, elle est censée avoir toutes les clés en mains pour réussir. Peut-être que le droit à l'erreur est moins accepté et acceptable quand on est diplômé ? Est-ce que le diplôme suffit ? Il semblerait que non puisque cette personne insiste à plusieurs reprises (8 fois) sur le terme « *expérience* ». Toutefois, cette « notion » n'est arrivée dans son discours qu'au moment où elle me parlait de l'évolution de sa fonction. Je reviendrai donc plus tard sur cela.

D'autre part, au cours de notre discussion, elle a donné plusieurs caractéristiques de la profession cadre de santé. Pour elle, le rôle d'un cadre est d'« *organiser, de permettre la qualité des soins* » (l. 112-113) ; d'évaluer la qualité des soins, la réalisation des soins et les agents. Pour cela, il faut selon elle, comprendre les attentes et les besoins d'une équipe. Cependant, avant de pouvoir évaluer, il est « *indispensable de savoir ce que c'est que le soin* » (l. 114). Cela rejoint la pensée de Dejours (2003) : « *juger de la valeur d'un travail suppose de le connaître* » (Dejours, cité par Sebbane, 2007, p. 107).

Le patient a aussi une place importante dans le quotidien du cadre puisque « *On est tous là pour les patients* » (l. 285), il faut donc aussi comprendre les besoins des patients. Cette particularité de la profession, elle peut y répondre et y prétendre parce qu'elle est issue du soin. Je reviendrai plus loin dans l'analyse sur cette idée.

Enfin, être cadre de santé c'est pour elle plus largement être cadre de santé paramédical : « *on est cadre de santé paramédical, donc on est logiquement, en capacité d'aller travailler dans tous les services de l'établissement* » (l. 149-151). Cette profession

suppose donc selon elle une adaptation. Cela rejoint le décroisement des corporatismes dont je parlais plus tôt dans ce travail.

De plus, en fin de conversation (peut-être aussi après la réflexion que mes questions ont apportées) elle dit : « *On nous apprend à devenir cadre de santé paramédical. On nous donne plus des clés, pour devenir manager, c'est ça en fait* » (l. 423-424). Dans la profession de cadre de santé il y a donc une part de management, qu'elle avait très peu évoquée avant.

J'ajouterais juste quelques mots dans cette partie concernant ses représentations quant au métier de cadre hors secteur de soins. Pour elle, l'image de ces cadres repose principalement sur des données économiques puisqu'elle dit : « *on a une image du cadre, alors hors secteur de soins, dans l'industrie, dans la banque, etc. avec des obligations de résultats : productivité, efficacité très importantes* » (l. 382-384).

### **2.3.2 Identification de l'évolution de la fonction**

Quand j'aborde le sujet de l'évolution de sa fonction, sa réponse n'est pas spontanée. Elle semble même désarçonnée pas la question. Qu'est ce qui me fait dire cela ? D'une part ses gestes et sa posture ont montré à ce moment-là une gêne : elle a rougi, se touchait les cheveux. Les silences et les phrases inachevées qui ont suivi, allaient aussi dans ce sens. De plus, suite à ma question, elle utilisera préférentiellement le « *on* », plutôt que le « *je* », contrairement au début de l'entretien.

Grâce à l'analyse, je pense avoir compris, mis en lumière plusieurs explications à ce « malaise ».

D'abord, pour elle, la définition du terme « *évolution* » n'est pas claire. Tout au long de l'entretien, j'ai pu repérer plusieurs phrases où elle juxtapose évolution et changement. Parfois, il semblerait même qu'elle utilise l'un à la place de l'autre et vice versa. C'est la définition qu'elle en a fait qui me fait dire cela. Très rapidement des lignes 81 à 89, elle les définit. Ainsi, pour elle, le changement c'est radical, très prononcé. Il y a une notion de rupture. Alors que l'évolution se base sur le passé, se fait selon « *un long processus* » (l. 92) : « *il faut du temps* » (l. 88-89), il y a une « *notion d'adaptation* » (l. 92). A noter tout de même, que c'est moi qui prononce la première le terme de rupture. Elle acquiesce à ce que je dis mais, ce choix de mot n'est pas d'elle à la base. Il y a donc souvent, au cours de l'entretien, un amalgame entre évolution et changement. Par exemple, lorsqu'elle aborde son année de formation, elle dit qu'au cours de celle-ci, il y a des changements qui s'opèrent. Pourtant plus tôt elle disait « *on ne change jamais vraiment, on évolue* » (l. 82).



Puis, elle redit deux fois : « *on évolue* ». S'agit-il d'une évolution ou d'un changement ? Cela semble flou.

Ma deuxième « hypothèse » qui pourrait expliquer son hésitation est le fait que « *cela ne fait que trois ans et demi* » qu'elle est diplômée : « *c'est assez récent* » (l. 38). Elle pense ne pas avoir beaucoup de recul : « *c'est vrai que sur trois ans et demi, j'ai envie de dire que c'est un peu imperceptible pour le moment comme... comme évolution* » (l. 43-44). Or, elle dit que l'expérience facilite (après que je lui ait « soufflé ») l'évolution, « *l'acquisition de méthodes* » (l. 72). « *L'expérience nous aide à vivre l'évolution en fait* » (l. 95). Seulement au début de l'entretien, elle me confie que c'est son premier poste de cadre de santé. Autrement dit, c'est sa première expérience... De ce fait, est-ce que pour elle, « qualité » va de pair avec « quantité » ? Comme l'expérience aide à vivre l'évolution, estime-t-elle avoir assez d'expérience ? Est-ce que c'est pour cela qu'il est difficile pour elle de répondre à cette question ?

Il semblerait que pour elle parler de l'évolution de sa fonction c'est parler de sa construction en tant que cadre de santé.

C'est en ce sens qu'elle donne des étapes. D'abord (puisqu'elle met de côté son expérience de faisant fonction), elle cite l'école des cadres de santé où elle acquiert des « *bagages de connaissances* » : connaissances théoriques mais aussi connaissances humaines qui lui ont permis de se créer un réseau. « *Le passage à l'école des cadres nous permet une analyse plus fine des choses* », avant elle agissait « *instinctivement* ». Ensuite, elle parle de l'obtention du diplôme qui lui donne une légitimité. Puis, elle cite la prise de fonction, quand elle devient « *réellement* » cadre de santé. Elle pense que c'est en début de carrière que le changement de posture, l'évolution (là encore pas très clair) est plus importante puisqu'il y a un changement de métier (pour le coup, là utilise ce terme car radical) et une découverte (« *Au départ on est vraiment dans la découverte du métier, de la spécialité dans laquelle on évolue* » (l. 64-65)). Elle pense néanmoins que l'évolution est constante jusqu'à la fin de sa carrière.

L'évolution de la profession de cadre de santé plus généralement, repose d'après ses dires sur plusieurs éléments.

D'emblée elle me dit qu'effectivement comme « *l'hôpital bouge* » (l. 42), les « *professions évoluent tout le temps* » (l. 40). Cette évolution peut donc être induite comme elle l'exprime par l'environnement.

L'institution elle-même peut influencer cette évolution. Elle donne comme exemple la gestion des lits. Au sein de l'établissement dans lequel elle travaille, ce sont plus aux cadres de santé qu'incombe cette tâche mais à des infirmières référentes : « *ce sont des infirmières référentes qui prennent le relais* » (l. 48). C'est en ce sens qu'elle pense que cela modifie les tâches des cadres de santé.

La terminologie du poste : « *ce n'étaient pas des cadres, les surveillantes* » (l. 393) montre une évolution tout comme l'accès à cette fonction « *C'était l'infirmière qui avait le plus d'expérience* » ; « *les surveillantes c'était les supers infirmières* » montre une évolution d'après elle dans la profession proprement dite. De plus, les surveillantes continuaient à faire des soins. Je retrouve cette idée dans au moins une de mes lectures : « *si au début du XIX<sup>e</sup> siècle, les « surveillantes » consacraient encore beaucoup de leur activité aux soins directs, il n'est plus de même aujourd'hui* » (Bourgeon, 2010, p. 187)

Cela crée de ce fait des attendus nouveaux qui engendrent donc à leur manière une évolution. En effet, elle dit que l'on parle de plus en plus d'efficience, « *que tout le monde a ce mot à la bouche* », une attention particulière est désormais portée à la Durée moyenne de séjour (DMS), au taux d'occupation des lits. Il y a des souhaits de résultats. Elle envisage deux hypothèses pour l'avenir : tendre vers une obligation de résultats voire une productivité dans le monde hospitalier ; un nouveau référentiel de la formation de cadres de santé ouvert vers plus de gestion.

### **2.3.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé**

Dès que j'utilise l'expression « *fonction initiale* » elle prend le temps de réfléchir, répète le début de la question, comme pour se l'approprier. Puis, elle construit son argumentation autour de sa fonction d'infirmière. Cela rejoint d'ailleurs sa démarche lorsqu'elle me présente son parcours professionnel. Elle parle en premier lieu de cette fonction. Cela peut donc me laisser entendre que cela représente une étape importante dans sa vie professionnelle.

Elle a du mal à identifier clairement la place de cette fonction mais « *forcément elle interfère dans ce qu'on met dans notre fonction de cadre* » (l. 211-212). Elle utilise plusieurs adjectifs pour qualifier la place de sa fonction initiale : *important* (vis-à-vis de l'équipe, des patients), *rassurant* (à deux reprises), *facilitant*.

L'exercice infirmier lui a permis d'acquérir un regard clinique, la connaissance du métier et des problématiques que vivent les professionnels, la connaissance du cœur métier qui lui

permet d'avoir un regard plus aiguisé sur les pratiques. Cette expérience l'a amenée à connaître le matériel, la réalité de terrain et lui a permis de savoir ce que doivent « *faire les gens exactement* ». D'avoir « *baigné* » depuis toujours dans cet environnement, cela l'a aidée à acquérir un vocabulaire commun (« *même langage* », vocabulaire professionnel) avec les autres professionnels et à partager des valeurs fortes qui perdureront dans l'exercice du métier de cadre de santé. Ces valeurs ne sont malgré tout pas toutes identiques selon les formations initiales mais c'est ce qui fait « *la richesse du métier* ». De plus, cette diversité permet la construction du cadre de santé (l. 223-227) : l'échange qu'elle a avec ses collègues participe à la construction du cadre de santé. Ces discussions, selon elle, ont un impact dans ses façons de faire (que j'ai appelé savoir-faire) puisque permettent une adaptation. Par contre, cela ne modifie pas ses façons d'être (que j'ai dénommé savoir-être). Elle argumente cette idée en disant que son savoir-être est basé sur son système de valeurs, qui est « *profondément ancré en elle* ». Ainsi, pour elle, même s'il n'y a pas exactement les mêmes valeurs (du fait de la différence de la fonction initiale), chaque profession partage des valeurs communes (l. 208).

De plus, « *l'expérience en tant que infirmière mais d'autre part aussi, (...) l'expérience en tant que cadre fait que l'on se positionne mieux dans sa fonction* » (l. 74-76). Ainsi, elle a acquis « *des compétences au fil du temps* » (l. 108), ce qui lui a donné des connaissances (défend l'idée qu'il faut avoir été dans le soin pour avoir des connaissances) et ainsi cela lui permet de repérer les difficultés des équipes, voire des patients.

S'il n'y a pas cette formation initiale, si le cadre de santé est issu du milieu de l'industrie et non du milieu paramédical, cela l'interroge (selon ses dires) surtout pour ce qui est de l'évaluation. Pour l' « *évaluation des pratiques, l'évaluation des organisations, et surtout l'évaluation des agents* » (l. 266-267). Même si le cadre n'est pas expert, il doit tout de même savoir ce qui doit se passer au sein du service qu'il encadre.

Pour ce qui est de l'identité de cadre, cela a été difficile de pouvoir en parler bien que ce soit à ses yeux « *quelque chose d'assez fort* » (l. 186). Quand je lui demande de définir l'identité de cadre, elle me répond que « *c'est une bonne question* » (l. 190) mais n'y répond pas vraiment. Quant à savoir si la fonction initiale influence la construction de l'identité du cadre de santé, « *c'est une très bonne question* » (l. 200) mais reste tout aussi vague.

La première fois qu'elle dit le mot « *identité* » (l. 175), c'est pour se demander si l'obtention de son diplôme lui donne son identité de cadre. Puis, elle finit par conclure « *Je ne pense*

*pas que ce soit vraiment le diplôme qui donne l'identité de cadre de santé »* puisqu'elle n'est pas devenue cadre de santé le jour où elle l'a obtenu (pourtant je rappelle, que comme évoqué plus tôt dans cette analyse, elle devenait réellement cadre en obtenant le diplôme...). L'identité semble être à ses yeux le fruit d'une construction dynamique (dans le sens où rien ne semble figé). En effet, au début elle dit que l'identité se construit tout au long de l'année de formation, puis elle va plus loin en déclarant que *« l'identité cadre se construit tout au long de la carrière et évolue cont... continuellement »* (l. 328-329). Si je me réfère à la définition qu'elle donnait de l'évolution, l'identité est donc quelque chose qui se construit, qui n'est pas figée puisque évolue et *« se base sur le passé »*. C'est d'ailleurs cette idée qu'elle développe lorsqu'elle dit que l'identité se base sur *« les valeurs que l'on avait en tant que soignant, qu'on garde en tant que cadre »* (l. 193-194). Cela va dans le même sens que ce que défend Lipiansky (1998, p. 27) : *« Sa construction identitaire apparaît comme un processus dynamique, marqué par des ruptures et des crises, inachevé et toujours repris »*. *« L'identité se modifie tout au long de l'existence »* (Ibid, p. 26). Il n'y a pas nécessairement des additions mais des remaniements d'après cet auteur.

Ensuite, elle développe l'idée que l'identité professionnelle sous-entend un collectif, dans le sens où, *« elle est propre à chacun mais au sein d'un groupe (...) au sein d'un groupe cadre ; d'un groupe de soignants »* (l. 182-183). Cela va dans le même sens qu'une de mes lectures : *« l'identité professionnelle ne se réduit pas à une identité personnelle, c'est une identité collective qui s'ancre dans des représentations et des pratiques qui dépendent elles même du milieu dans lequel on exerce »* (Malhomme, 2004, p. 270)

Enfin, à la fin de l'entretien, lorsqu'elle résume sa pensée autour de ce concept, elle finit par dire que *« l'identité cadre est une évolution de l'identité infirmière »* (l. 331-332).

Même si elle a du mal à la définir, on peut dire que selon cette cadre de santé, l'identité est quelque chose de *« fort »*. L'identité du cadre de santé regroupe tous les professionnels cadres de santé et ce quelle que soit leur filière d'origine du moment qu'elle soit soignante.

#### **2.3.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien**

Je me suis rendue compte lors de l'analyse de l'entretien que tout au long de celui-ci j'ai eu des paroles qui ont pu provoquer des réactions chez l'interlocutrice. C'est ce qu'on appelle le transfert. Il semblerait qu'à plusieurs moments ce soient mes orientations qui s'expriment à travers elle. Je l'ai beaucoup orientée dans ses réponses. Je donnerai plusieurs exemples pour illustrer ces propos.

Dès le début, j'ai utilisé un terme qui a pu donner la « coloration » de la conversation. Dans l'introduction de l'entretien, je déclare « *vous répondiez parfaitement à tous les critères de la cadre de santé que je souhaitais rencontrer* » (l. 5-6). De ce fait, est ce que je ne lui mets pas une certaine pression ? Ne va-t-elle pas vouloir répondre à mes attentes plutôt que de s'exprimer librement ? C'est peut-être ce qui peut expliquer le discours généraliste, peu porté sur elle qu'elle a tenu. En effet, en parlant au nom du « nous » ou du « on », elle s'est peut-être moins impliquée personnellement. Elle a pu, par ce moyen, faire passer des idées au nom d'un collectif, ce qui peut avoir plus de poids.

Lorsque je souhaite pousser un petit peu plus sa réflexion, au sujet de la place qu'occupe sa fonction initiale, après avoir donné des exemples de services, j'ajoute : « *Ou ce sont des services plus spécifiques avec des spécialités paramédicales que vous ne connaissez peut-être pas ?* » (l. 132-133). Je pense que j'incite cette scission dans sa réflexion. Je crée sans doute d'emblée un découpage, une opposition entre ces services. Est-ce pour cela qu'ensuite elle emploie le mot « *compliqué* » ?

Enfin, à la moitié de l'entretien environ, je pense reformuler une idée qu'elle a exprimée plus tôt mais en fait, ce n'est pas du tout ce qu'elle a dit. En effet, je dis : « *Vous m'avez dit que parfois, la fonction initiale vous permettait d'avoir une certaine légitimité face aux équipes, aux patients* » (l. 252-253). Alors qu'en fait, lorsqu'elle aborde la notion de légitimité, c'est en rapport à l'obtention du diplôme, et non, par rapport à sa fonction initiale. Et pourtant, elle répond « *Oui tout à fait* » (l. 254). Cela peut paraître surprenant. Est-ce une interprétation de ma part ? Est-ce dû à mes représentations, mes attentes ? Finalement, elle exprime son accord. Est-ce pour ne pas me contredire ou est-ce que dans un sens cela concorde avec ses pensées ?

## **2.4 Entretien 2**

### **2.4.1 Représentations de la profession de cadre de santé**

Etre cadre de santé c'est forcément, pour elle, être diplômé et avoir suivi la formation au sein d'un IFCS. Dans son établissement, ce sont des infirmières qui « *ont des fonctions de responsables* » des RUS (Responsables d'unités de soins). D'ailleurs, elle fait souvent un amalgame entre responsable et cadre de santé. Au début de l'entretien, elle qualifie sa fonction en tant que responsable : « *J'ai été (...) comme responsable de la chirurgie ambulatoire* » (l. 27-28). Plus loin, elle dit « *je ne me disais pas cadre, je me disais responsable (lorsqu'elle évoque son expérience en crèche)* » (l. 318-319). La distinction ne semble donc pas claire. Toutefois, elle fait cette distinction après avoir cité

et expliqué l'acronyme « *RUS* » qu'elle trouve « *moche comme tout* » (l. 82). Peut-être qu'elle veut bien différencier les infirmières et les cadres de santé, car les infirmières n'ont pas suivi une formation et ne sont pas non plus diplômées cadre de santé.

Si je me réfère aux occurrences, il semblerait que l'une des missions principales et importantes d'un cadre de santé est selon elle l'accompagnement des équipes. Elle utilise trois fois ce terme et six fois le verbe « *accompagner* » pour parler du quotidien du cadre de santé. Pour elle, accompagner c'est le soin qu'elle porte aux équipes (l. 229-230).

L'accompagnement des équipes doit passer par une adaptation à un contexte donné. Elle donne pour exemple, l'accompagnement d'une équipe pour mieux accepter l'imprévu : « *permettre aux équipes d'accepter qu'il y ait des imprévus presque tous les jours* » (l. 187-188). Cela est dû au contexte de travail : c'est parce qu'elle exerçait dans un service où l'imprévu était omniprésent qu'elle a dû mener ce travail en équipe. C'est pour cela qu'elle dit que l'accompagnement dépend aussi du contexte.

A ses yeux, un cadre de santé doit prendre des décisions, gérer le regard de l'équipe, aider à trouver des solutions et se positionner. Mais que signifie pour elle le positionnement du cadre ?

Quand je lui pose la question, elle définit le positionnement selon des qualités humaines que doit avoir un cadre, sous-entendu, qu'elle a.

C'est en ce sens, qu'elle dit que le cadre est une « *personne qui est claire dans ses propos* » (l. 127), qui est transparente avec les équipes, qui n'a pas de sous-entendus. Pour cela, il faut que le cadre de santé « *soit clair par rapport à ses valeurs, son système de valeurs* » (l. 130-131), qu'elle l'annonce et qu'elle le respecte. Il ne faut pas être « *laxiste* » ni « *psychorigide* » (l. 129) mais être *carré*. Cependant, pour être comprise par les équipes, elle pense qu'il faut expliquer pourquoi et donner du sens à leurs attentes.

Enfin, le cadre de santé est garant de la loi, c'est donc une personne « *exigeante par rapport à la loi* » (l. 134), qui doit garantir la qualité et la continuité des soins.

Pour finir l'analyse de sa représentation de cadre de santé, je parlerai de ce qu'elle évoque comme une « *déception* ». En effet, devenir cadre c'est aussi « *faire le deuil* » (l. 231), « *c'est perdre le côté soin* » (l. 221) dans le sens soins au contact direct du patient. Puisque « *le cadre n'est plus dans le soin* » (l. 225). Elle déclare que cela lui a demandé du temps « *Cela m'a demandé un petit peu de temps mais maintenant ça y est : j'ai fait le deuil du soin* » (l. 224-225). Donc, maintenant (soit au bout de dix ans), elle dit avoir réussi à faire le deuil du soin direct au patient. Cependant, quelques phrases plus tard, elle dit avoir

retrouvé les soins au poste de formatrice qu'elle occupe actuellement parce qu'elle accompagne les élèves aides-soignants et fait les soins avec eux. N'y aurait-il pas une contradiction ? A-t-elle vraiment « *fait le deuil du soin* » comme elle le dit ? Lors de notre conversation elle trahit une certaine émotion lorsqu'elle parle de cet « abandon » : soupire, ralentit son flux de paroles. C'est en ce sens que je pense que cela l'affecte encore aujourd'hui, d'où cette interrogation de ma part.

De plus, elle oppose très clairement les paramédicaux, le personnel soignant aux « *administratifs* ». Pour elle, la spécificité de ces métiers, et donc a fortiori, des cadres de santé c'est prendre soin de l'autre (l. 290), donc on y revient... ; regarder l'autre comme un être humain (l. 290-291) et avoir envie de prendre soin de lui (l. 291). Contrairement aux personnes non issues du soin, qui « *regarde d'abord si cela rapporte* ». Ils parlent « *gros sous* » (l. 275) alors que les professionnels de la santé parlent « *de prendre soin* » (l. 275). Elle s'appuie sur un exemple pour imaginer ses propos : la différence qu'elle a pu vivre lorsqu'elle a été confrontée à un directeur d'établissement, issu du milieu paramédical, et un issu « *du côté économique* » (l. 244). Je sens comme un sarcasme dans sa voix et son attitude quand elle les compare (l. 254-260). D'ailleurs, quand elle parle de la personne issue de la filière paramédicale (infirmier de formation) elle dit « *le directeur* » alors que quand elle parle de la personne « *purement administrative* » elle emploie les termes « *la personne* ». Il lui apparaît que, les personnes dites administratives sont plus dans le côté économique.

#### **2.4.2 Identification de l'évolution de la fonction**

Quand je prononce les mots « *évolution de votre fonction* », elle parle directement de son expérience dans l'établissement dans lequel elle travaille actuellement (alors que n'en n'a pas parlé spontanément quand elle m'a présenté son parcours professionnel, j'ai dû la relancer pour qu'elle l'évoque (l. 26)). Il est important pour elle de contextualiser pour parler de son évolution (« *il faut remettre dans le contexte* » plusieurs fois dans l'entretien). Elle évoquera ainsi l'évolution dans ses postes, vis-à-vis des équipes, de ses supérieurs, puis de l'évolution dans sa vie professionnelle acquise grâce à la fonction de cadre de santé. Elle a d'abord travaillé comme formatrice en Institut de formation en soins infirmiers (IFSI), dans un premier temps en tant que faisant-fonction puis cadre de santé (diplômée). Au total, elle a travaillé dix ans en IFSI. Puis, elle a obtenu un poste de cadre de santé en unités de soins, en allant dans le privé. Cela a été un choix personnel de passer du public au privé, car c'était selon elle une opportunité, une découverte du milieu avec un intérêt

pour le service où elle était affectée car il s'agissait d'un service, d'un secteur « *qui se développait* » (l. 96). La transition d'un IFSI à une unité de soins marquait aussi une évolution au niveau du public qu'elle accompagnait. Lorsqu'elle était en IFSI, elle dit « *on est face à des apprenants (...) ils viennent tout chercher eux* » (l. 154-155) alors qu'en service de soins, le « *regard n'est pas le même* » (l. 157) et c'est différent dans le sens où il faut comprendre et entrer dans le fonctionnement d'une équipe. Cela a de ce fait eu un impact au niveau de son positionnement, car elle devait le faire évoluer pour s'adapter au public qu'elle avait en face d'elle.

Au moment de l'entretien, elle occupe un poste de formatrice au sein de l'IFAS de l'établissement. Cette affectation lui a été imposée : « *J'y serais encore (en parlant de son poste en chirurgie ambulatoire) s'il n'y avait pas eu un départ ici à l'IFAS* » (l. 59-60) ; « *ce n'était pas mon choix* » (l. 60-61) et répétera plus loin dans notre échange, cette idée. Cette donnée me permet de comprendre, pourquoi, peut-être elle ne m'en a pas parlé directement lorsqu'elle m'a présenté son parcours. En off, elle m'avait dit qu'elle avait remarqué que le fait qu'elle occupait au moment de notre entretien un poste à l'IFAS, m'avait interpellée. Elle ne souhaitait donc pas l'évoquer pour ne pas me mettre en difficulté pour mon travail. Je l'avais rassurée, et je lui avais dit qu'il n'y avait aucun problème, qu'elle pouvait m'en parler. Je savais avant de venir ce « détail » (même si je ne l'ai su que très tard) et j'avais tout de même maintenu le rendez-vous, donc pour moi, il n'y avait pas de problème. Peut-être que finalement, cela l'aurait arrangée de ne pas me parler de ce poste. Elle a très clairement subi le changement et au vu de l'expression de son paraverbal lorsqu'elle évoque cette affectation, je constate qu'il s'agit d'un « sujet sensible » et qui crée en elle des sentiments (colère ?, déception ?). Elle n'évoquera d'ailleurs pas cette prise de poste lorsqu'elle évoque l'évolution dans les postes qu'elle a eu.

Cela va à l'encontre de ce qu'elle dit : « *je n'ai rien à cacher* » (l. 3) mais pourtant ne veut pas parler de son expérience en IFAS.

De plus, je me rends compte que finalement, ce « détail » a tout de même eu de l'importance dans mon travail puisque c'est en partie pour cela que j'ai fait le choix de mener un troisième entretien. Du coup, je suis en mesure de me demander si finalement, ce n'est pas moi qui l'ai « poussé » à faire abstraction de cette expérience. Je pensais l'avoir rassurée en début d'entretien mais finalement, peut-être que ce ne fut pas le cas...

Parler de l'évolution de sa fonction l'amène à évoquer l'évolution par rapport à ses collègues. Comme je l'ai déjà dit, à sa prise de poste dans cette structure, elle était la seule



cadre. Il a donc fallu qu'elle se fasse une place selon son expression (l. 86), et se fasse accepter. En plus d'être la seule cadre, elle venait du secteur public, cela pouvait à ses yeux, avoir aussi une importance dans son acceptation par le reste de l'équipe. Elle dit qu'elle a plutôt été un support car elle avait des connaissances, acquises lors de la formation, alors que ses collègues « tâtonnaient ».

Quant à l'évolution qu'elle a pu noter par rapport à ses supérieurs, elle ne fait que l'évoquer mais n'en parle pas, en tout cas pas suffisamment pour que je puisse l'analyser.

D'autre part, elle évoque ce poste de cadre de santé comme la seule évolution possible au niveau professionnel. Elle évoque pour imaginer ses propos, la finalisation des projets notamment institutionnels. Lorsqu'elle était infirmière, elle participait à des projets mais ne pouvait jamais les finaliser puisque c'était au cadre que revenait cette partie de la mission. Cela a provoqué des frustrations qui l'ont poussée à devenir cadre de santé. Ainsi, elle a l'impression de pouvoir aller au bout des choses.

J'ai pu relever dans un des ouvrages que j'ai lu, la même idée, à savoir que devenir cadre de santé semble être la seule évolution possible pour les infirmières afin d'être reconnue :

*L'exercice infirmier permet d'accéder à une reconnaissance de conformité, mais à un moment donné, il apparaît que cette reconnaissance ne suffit plus. Les infirmiers aspirent davantage à une reconnaissance de distinction, et c'est dans cette perspective que la fonction cadre de santé est envisagée* (Bourgeon, 2010, p. 188).

Enfin, il est pour moi important de noter, que cette personne n'évoque pas, l'impact de son expérience dans son évolution, dans son positionnement. Je lui pose donc la question (l. 109), mais on peut dire, très clairement, que j'ai induit ce raisonnement. Cela se voit d'ailleurs puisqu'elle semble déstabilisée par ma question : c'est la première fois qu'elle hésite avant de répondre et qu'elle coupe le contact visuel. Il y a plusieurs raisons qui peuvent expliquer cela mais une semble la plus plausible : elle n'avait sans doute jamais fait le lien entre l'expérience et l'évolution de ses pratiques. Cela peut s'expliquer par le fait qu'elle considère que lors de sa prise de poste dans une unité de soins, elle était « *une jeune cadre, une débutante* » (l. 113-114) car n'avait pas d'expérience dans l'accompagnement d'équipes. De ce fait, malgré six ans de fonction à un poste de cadre de santé formateur, et parce qu'elle n'a eu cette expérience professionnelle, quand elle a changé d'établissement et de lieu d'exercice, elle s'est sentie comme une « *débutante* ». De

ce fait, pour elle, dans la notion de l'expérience, il n'y a peut-être pas uniquement le facteur temps.

### **2.4.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé**

Quand j'aborde le sujet de la fonction initiale, elle ne comprend pas tout de suite ce que j'entends avec cette expression. Cela ne semble pas instinctif de parler de sa fonction d'infirmière. Cela me permet de faire un parallèle avec la présentation qu'elle fait de son parcours professionnel. Lorsqu'elle l'expose, elle dit « *Je suis diplômée d'Etat (DE) depuis 1982* » (l. 12) mais ne dit pas de quel diplôme. Elle continue son discours en me parlant de l'IFCS, puis revient sur son DE sans transition, sans le nommer, comme si cela devait être une évidence. Elle ne prononcera le mot « *infirmière* », pour la première fois, qu'à la ligne 21. Et, pourtant, lorsqu'elle « conclut » que fonction initiale signifie fonction infirmière, elle dit qu'elle occupe « *une grande place* » (l. 211) dans sa construction de cadre de santé, qu'elle a « *énormément influencé son désir de devenir cadre* » (l. 211-212). Il y a comme un paradoxe : cette fonction serait selon ses dires à la base de sa construction, de son désir d'évolution vers la profession de cadre de santé, et pourtant, n'y pense pas d'emblée...

Une fois la reformulation de ma question faite (en prenant en compte ses paroles pour ne pas inférer dans sa réflexion), elle donnera plusieurs exemples, plusieurs faits qui démontrent pour elle l'importance d'avoir été infirmière pour devenir cadre de santé.

L'exercice infirmier lui a permis de connaître le soin, ce que vivent les équipes, et lui a donné « *une vision réelle de la réalité de terrain* » (l. 250). Sa fonction occupe une grande place dans sa construction de cadre dans le sens où elle dit qu'elle s'est servie de ses acquis d'infirmière pour fonder son management des équipes (l. 306-307). « *J'ai construit mon rôle, ma fonction autour de cela* » (l. 307-308). D'ailleurs elle n'est pas devenue infirmière par hasard (l. 303) et c'est ce qui fait la spécificité de son métier selon elle. Il est bon de noter qu'elle utilise le même terme que moi : spécificité. Cette expérience lui permet d'aider les équipes pour la prise en soin des patients, les aider à passer le cap lors de difficultés.

Elle évoque seule, sans que je ne lui pose de question, la possibilité d'avoir aux postes de cadre de santé des personnes non issues de fonction paramédicale, des personnes issues de l'industrie. Il est clair que pour elle, il est difficile de ne pas avoir la connaissance du métier pour accompagner une équipe soignante (l. 238). D'une part pour ce que j'ai

expliqué plus tôt : ils seraient plus du côté économique quand les professionnels de santé sont plus dans le prendre soin. D'autre part, elle évoque un partage de la culture soin (l. 270), une vision commune dans les professions paramédicales (*les mêmes visions que l'on soit selon elle infirmière, kiné ou ergo*). La seule chose qui différencie les professionnels de santé, ce sont les soins techniques. Mais « *tous les professionnels de santé on a cette culture en nous* ». En utilisant le pronom personnel « nous », elle s'implique, s'intègre dans cette « vérité ». De plus, elle utilise le présent, comme pour « montrer » que pour elle, elle a toujours cette culture en elle, même si n'est plus au contact direct des patients.

Le seul point commun qu'elle évoque au cours de son discours entre les professionnels de santé et les personnes issues de l'industrie est la démarche qualité. Elle pense que la démarche qualité qui est au cœur du travail de l'industrie, se retrouve dans la démarche de qualité de soins des établissements de santé.

Il semble assez manifeste dans ses propos que devenir cadre est quelque chose qui demande du temps : elle n'est pas devenue cadre du jour au lendemain. Elle a été dans une posture de cadre bien avant d'obtenir son diplôme, avant même son entrée à l'école des cadres. Il s'agit d'une construction (elle prononce au total quatre fois ce mot ou un terme de la même famille) ce qui rejoint cette idée de temporalité. Elle dit : « *Il a fallu que cela mûrisse* » (l. 330) ce qui suppose un certain temps. Elle utilise une personnification pour parler de son projet. En utilisant le verbe « mûrir » elle lui donne un côté vivant.

Enfin, en ce qui concerne la construction de l'identité de cadre, elle ne prononce jamais au cours de notre entrevue le terme « *identité* ». Pour autant, elle évoque des éléments, qui pour ma part vont en ce sens. Je le développerai plus loin.

#### **2.4.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien**

Pour commencer, j'ai envie d'évoquer le sentiment que j'ai eu lors de cette rencontre. Je ne me suis pas sentie à l'aise face à cette cadre de santé. J'avais l'impression de la déranger. Elle avait accepté de me rencontrer sans aucune difficulté, c'est elle qui avait choisi le lieu et l'horaire (elle l'avait changé d'ailleurs la veille à cause d'un impératif) et pourtant elle ne semblait pas dans le partage authentique, dans sa propre histoire. Outre mon ressenti, plusieurs faits me font dire cela.

J'ai eu l'impression qu'à plusieurs reprises, elle cherchait à me faire plaisir, à me satisfaire, elle avait envie de répondre ce qu'il faut. J'ai pu relever plusieurs citations qui vont dans ce sens : « *Est-ce que j'ai répondu à votre question ?* » (l. 191-192), « *ce n'est pas ça ?* »

(l. 206) ou encore « *J'espère avoir répondu à toutes vos questions en tout cas dans le cadre de vos hypothèses* » (l. 367). Dès le début, en aparté j'ai eu cette crainte. En effet, en me confiant son intention d'autocensure quant à une partie de son expérience professionnelle, elle m'a déstabilisée. Cela partait d'un bon sentiment à la base : ne pas me mettre en difficulté mais, en fin de compte, je recherchais un entretien authentique, et du coup j'avais peur qu'il ne le soit pas si elle ne me disait pas « tout ». Je l'ai donc rassurée mais, j'ai vite compris que cela n'avait sans doute pas suffi.

Est-ce que j'ai induit cela lors de l'introduction de l'entretien ? Quand je lui explique (l. 4-7) pourquoi j'ai fait le choix de la rencontrer, j'utilise peut être des expressions, des tournures de phrases qui lui laisse entendre que j'attends des choses de sa part (« *vous allez pouvoir m'aider* », « *vous pourrez certainement m'apporter des pistes de réflexion* »). D'ailleurs sa réponse est sans équivoque et reflète bien ce que je développe : « *Je l'espère* » (l. 8).

D'autre part, c'est elle qui met fin à l'entretien : « *cela ne vous dérange pas si on en reste là* » (l. 454). Elle me laisse seule, ranger mes affaires. Lors de la prise de rendez-vous, je lui avais demandé de me « réserver » une heure (c'était plus long que ce dont on pouvait avoir besoin pour échanger mais cela me laissait une « roue de secours » si jamais nous avions eu besoin de plus de temps). Quand j'ai passé les portes de l'IFAS, cela faisait 50 minutes que j'étais arrivée, il était 17h15. Elle m'avait dit qu'elle avait un impératif, et qu'elle devait partir à 18h. Je me demande, donc, pourquoi elle a mis fin d'elle-même à cette entrevue.

Mon malaise ne devait pas uniquement s'expliquer par son attitude. Il est vrai, que sans doute malgré moi, je l'ai laissé s'installer. En fin de compte, peut-être qu'elle non plus ne se sentait pas à l'aise et cela pourrait expliquer certaines choses...

D'autre part, j'ai pu prendre conscience à plusieurs instants que ses réponses étaient fortement « réorientées » après des interventions de ma part. En somme des transferts possibles entre moi et l'interlocutrice. Pour le management situationnel par exemple, c'est moi qui utilise ce terme, pas elle. Elle parlait directement de management participatif (même si elle le prononce après une courte réflexion et dit « *assez* », donc pas complètement...), et je la dirige vers autre chose, vers mes attentes peut être. Elle répond « *Tout à fait* » (l. 179) mais il est facile de répondre cela après coup. Sans mon intervention, peut-être qu'elle n'aurait pas dit la même chose. Il en est de même lorsque je lui demande : « *Quelles ont été les étapes de votre construction ? Si étapes il y a eu ?* » (l. 309). Ce qui laisse supposer que j'attends effectivement qu'elle m'expose un processus,

un cheminement. Elle avait commencé tout de même son discours autour d'une « *construction* » mais il se peut que cette intervention de ma part ait induit une réponse. De plus, j'ai pu noter plusieurs passages qui peuvent être assimilés à des réponses à des postures, que j'ai pu avoir, des gestes que j'ai pu faire. Par exemple, ligne 81, le « *Oui, oui* » paraît m'être directement adressé. C'est après avoir révélé la dénomination que l'on donne au responsable de service au sein de son établissement : les RUS. Je dois dire que cet acronyme m'a tellement surpris (phonétiquement parlant) que je pense que cela s'est vu sur mon visage et que c'est pour cela qu'elle m'adresse ces mots. Ou encore, à plusieurs reprises, elle questionne : « *pourquoi ?* », comme si quelque chose lui laissait entendre que je m'interrogeais.

## **2.5 Entretien 3**

### **2.5.1 Représentations de la profession de cadre de santé**

Ce qui semble assez marqué dans son discours c'est qu'un diplôme ne suffit pas à dire qu'une personne est cadre de santé. En effet, « *le diplôme ne donne pas tout* » (l. 423), « *Le diplôme en poche, je n'étais pour autant pas dans un rôle de cadre, en tout cas à mes yeux* » (l. 442-443).

Pour elle, être cadre de santé c'est être un cadre de proximité : une personne présente (physiquement), au contact des équipes et des patients. Il faut pouvoir être au plus près, sinon, ce n'est pas un rôle de cadre de santé mais un rôle plus administratif de cadre supérieure de santé par exemple selon elle.

Le cadre de proximité a une mission de *coordination*, d'*organisation* (notamment pour les entrées et sorties des patients, les synthèses avec les familles) et de *management d'équipe*. Mais ce n'est pas « *que cela* » (elle exprime dans son discours qu'être cadre ce n'est pas que faire de la coordination et du management). Le cadre doit pouvoir repérer une équipe ou un agent en souffrance, en difficulté pour *l'accompagner*, pour cela, il faut être à l'écoute des équipes. De plus, elle est « *persuadée* » (l. 245) qu'il faut comprendre les problématiques d'équipe car il faut « *défendre le bien être de l'équipe* ».

Il a aussi des missions transversales puisqu'il fait partie de groupes de travail institutionnels, ce qui dans son établissement fait la différence entre les cadres et les infirmières référentes de service.

Le cadre de santé ne fait pas les soins, il n'est plus dans les soins. Il doit être garant que les soins se passent bien, qu'ils « *se fassent correctement* » (l. 152). C'est en partie dans cette optique qu'elle justifie le fait que dans son établissement, le cadre de santé doit

faire la visite avec le médecin. Comme elle organise la sortie au domicile, fait le lien avec les services extrahospitaliers, elle doit connaître le patient pour s'assurer de la « bonne » continuité des soins.

Enfin, elle définit des missions du cadre plus d'ordre économique. En effet, pour elle, le cadre est « *tenu de remplir les lits* » (l. 230) et « *d'avoir une activité efficace* » (l. 231).

Selon elle, « *le cadre idéal* » est une personne motivée par son poste, qui sait pourquoi elle est là (en l'occurrence, pour le patient : « *moi ma priorité c'est le patient* » (l. 276)) et à l'écoute des équipes.

Au final, pour elle, être cadre de santé signifie « *avoir une globalité* », avoir une vision globale de l'équipe. C'est-à-dire avoir une fonction de management mais aussi de gestion notamment par exemple, des plannings. Le poste qu'elle occupe à l'heure actuelle, est selon elle un poste de cadre de proximité, donc de cadre de santé « *Donc là, aujourd'hui je suis dans une fonction de cadre de proximité* » (l. 77-78). Or, comme elle me l'a expliqué, elle ne gère pas du tout les plannings « *je n'ai pas du tout la partie planning* » (l. 79), « *il y a une personne qui s'occupe des plannings aides-soignants, et une autre qui s'occupe des plannings infirmiers* » (l. 82-83). Comme elle le souligne, cela a un côté très agréable mais aussi quelques fois très déroutant puisqu'elle a la sensation de ne pas gérer complètement l'équipe (l. 98), ce qui est frustrant pour elle (répété deux fois). De plus, cela va à l'encontre de la « définition » qu'elle me donnait du cadre de santé.

Les représentations, les attentes qu'une personne a d'une profession peuvent d'après cette professionnelle, définir la façon dont elle occupe le poste, la motivation qu'elle a à l'occuper. Elle évoque à plusieurs reprises cette idée dans la conversation.

En parallèle, elle évoque le fait que la façon dont une personne va occuper un poste dépend aussi en grande partie de l'établissement dans lequel elle travaille puisque c'est l'organisation de l'institution, la politique de l'établissement qui définit les missions du cadre de santé.

De ce fait, le cadre de santé idéal, défini plus tôt, pourrait tout à fait d'après elle, être par exemple, un cadre commercial. Elle est passée par plusieurs stades au cours de l'entretien avant de dire cela mais, c'est ce qui semble refléter sa pensée à la fin de notre conversation. En effet, lorsqu'elle évoque pour la première fois la possibilité pour des cadres qui ne sont pas « *du tout dans le corps de métier* » (l. 236) - sous-entendu, des cadres n'appartenant pas au « *corps soignant* » (l. 248) - occupant des postes de cadre de santé, elle dit « *je crains*

*le pire* » (l. 226). Puis, en réfléchissant, elle est moins catégorique « *cela me semblerait difficile* » (l. 236) ; enfin, elle pense que cela pourrait être possible : « *peut-être que cela peut marcher* » (l. 244), « *Mais... pourquoi pas du coup. Pourquoi pas un commercial ne pourrait pas emmener l'équipe demain, où je suis, vers le même point que moi ?* » (l. 281-282).

Il semblerait donc pour cette interlocutrice, que deux entités peuvent influencer une personne dans sa façon d'occuper un poste de cadre de santé. Une liée à la personne directement : ses représentations de la profession et ses motivations à occuper une telle fonction. Une liée à l'établissement dans lequel elle travaille puisque « c'est lui », au travers de sa politique qui va définir ses missions ; il y a une part institutionnelle dans le rôle de cadre de santé. C'est donc personne dépendante : « *Tout dépend (...) de la vision que l'on a, comment on voit notre métier* » (l. 292-293), mais aussi établissement dépendant.

### **2.5.2 Identification de l'évolution de sa fonction**

Quand j'évoque l'évolution de sa fonction elle retrace son parcours professionnel en tant que cadre de santé. Elle évoque via ce parcours les missions qu'elle a effectuées. C'est pour elle ce qui reflète l'évolution de sa fonction.

Elle relate donc en premier son expérience au sein d'un Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), un « *établissement immense* » qui ne pouvait, à son sens être géré par une seule personne. Elle ne finit pas ses phrases mais globalement, elle dit que ce poste était plus un poste administratif, qu'elle n'avait pas le temps de beaucoup voir les équipes ou de connaître les patients. Une phrase reflète bien cette idée : « *J'avais des missions tellement vastes (...). C'était limite gérer une petite entreprise* » (l. 344-345). Elle l'assimile d'ailleurs à un poste de cadre supérieur...

Cela n'était pas du tout en accord avec les représentations qu'elle a de la profession évoquées lors de la première partie de cette analyse. C'est en ce sens qu'elle dit qu'aujourd'hui elle a un poste de cadre de santé (« *Aujourd'hui je suis redevenue une cadre de proximité* » (l. 346)) et elle va même plus loin en précisant qu'au poste qu'elle occupait auparavant, elle ne se sentait pas cadre « *Est-ce que je me sentais cadre d'ailleurs là-bas ? Et en fait, non* » (l. 440-441).

Enfin, elle a pu prendre conscience, visiblement assez tôt dans sa prise de fonction, que le « *nouveau rôle* » qu'elle a, celui de cadre de santé, implique une certaine mise à l'écart de la part de l'équipe : « *on fait partie de l'équipe mais on n'est pas complètement*

à l'intérieur de l'équipe » (l. 392-393) (...) au début, ça peut faire mal » (l. 400-401). Il n'est pas toujours évident de faire la part des choses, de ne pas se laisser manipuler. Elle pense que l'expérience aide à prendre du recul et à être vigilante face à cela.

De plus, au fil du temps, puisqu'elle est diplômée depuis 2010, elle a appris de ses erreurs mais aussi des bonnes choses. En effet, elle dit qu'elle a pu réajuster ses pratiques en fonction de ses erreurs mais aussi des actions qu'elle avait bien menées. Dans le même registre, elle a pu se rendre compte qu'il était important de rester soi-même et de ne pas vouloir imiter les autres (l. 379).

### **2.5.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé**

Dès que je lui pose la question, elle répond « *mon métier d'infirmière bah, il est initial, quelque part je le garde dans un coin de ma tête* » (l. 148-149). Il semblerait donc que sa fonction initiale soit bien présente pour elle. D'ailleurs si, « je compare » avec l'évocation de son parcours professionnel, elle prononce le terme « *infirmière* » dès ses premiers mots (en considérant que l'entretien débute réellement avec la question : « *quel est votre parcours professionnel ?* »), elle fait directement allusion à sa formation infirmière lorsqu'elle me donne son parcours professionnel. Je peux relever une phrase qui va dans ce sens « *je ne vous cache pas qu'il y a des fois, euh... notre côté infirmier peut ressortir* » (l. 153-154). En utilisant le pronom « *notre* » elle inclut avec elle d'autres personnes, comme si pour elle, d'autres cadres de santé étaient en accord avec ce fait.

Sa fonction d'infirmière est « *utile* » (l. 157) car, elle « *organise des soins infirmiers* » (l. 158), « *un service de soins* » (l. 158). Pour être garante des soins (une des missions qu'elle attribue au cadre comme vu précédemment), selon elle, les connaissances de son métier de base sont donc utiles (l. 160), elles sont mêmes indispensables (l. 163). Cependant, en se basant sur son exemple personnel, elle apporte plus loin dans la conversation un bémol à ses propos, une certaine réserve. En effet, elle ne connaissait « *pas du tout* » (l. 169) le secteur de la rééducation lors de sa prise de poste, et pourtant, elle a su « *gérer quand même* » (l. 170-171) l'équipe. Cette adaptation ne s'est pas faite sans investissement de sa part. Cela lui a demandé du temps pour comprendre, « *réapprendre* » (l. 175). Elle dit que « *c'est déroutant au début* » (l. 195) mais que c'est possible. Malgré l'absence de connaissances, elle pense y être parvenue. Bien qu'elle ne connaisse pas le secteur de la rééducation, elle connaissait le métier de base, le métier des personnes qu'elle encadrerait : des infirmières et des aides-soignants. C'est ce qui lui permet de pouvoir gérer



cette équipe. La phrase « *Pour moi c'est difficile de concevoir gérer une équipe sans en connaître le métier de base* » (l. 204-205) reflète bien cette idée. C'est « *difficile* » même « *très difficile* » (l. 190) de pouvoir s'imaginer occuper un poste au plateau technique parce qu'elle n'a pas « *l'expertise rééducation* » (l. 191).

Si je me fie à ses propos, bien plus que la connaissance, il faudrait donc l'expertise. Mais, même lorsqu'elle n'avait pas les connaissances elle a mené à bien ses missions... De plus, le cadre de santé n'est plus dans les soins, comme elle l'a dit. Alors pourquoi expertise ? Il y a un paradoxe dans ses propos.

Son expérience et sa formation d'infirmière la différencie, lui donne un plus (« *notre formation nous différencie, nous donne un plus* » (l. 255), quand elle se compare aux cadres non hospitalier). Cela lui « *donne un avantage auprès des équipes, et oui une légitimité* » (l. 257-258). Elle répétera d'ailleurs quatre fois ce terme (ou de la même famille) en huit lignes de retranscription, ce qui peut laisser penser qu'elle souhaite appuyer son discours sur ce terme. D'autre part, cette expérience l'aide à accompagner les équipes et lui permet de comprendre les problématiques d'équipes et d'infirmières (l. 245-246).

En tant qu'infirmière elle a développé des compétences qui l'ont beaucoup aidée. Elle évoque le regard, l'observation, l'analyse qu'elle a développés lors de sa pratique infirmière qui lui ont permis d'observer et de décrypter les équipes, les personnes afin de mieux les connaître surtout à sa prise de poste.

En ce qui concerne sa construction de cadre de santé, elle aborde plusieurs points qui me semblent important de relater.

Le premier, et j'en ai déjà dit quelques mots plus tôt, c'est le fait que l'organisation générale de l'établissement conditionne en quelque sorte d'après elle la façon dont elle va occuper un poste. En effet, comme elle évoque le fait qu'au vu des missions qu'elle avait à l'EHPAD, elle n'était pas cadre de santé mais qu'aujourd'hui au sein de son nouvel établissement, elle soit « *redevendue* » cadre montre bien l'influence que peut avoir une institution, sur la construction du cadre de santé.

Le deuxième, c'est que pour elle, il ne peut y avoir de construction sans collectif. Tout au long de l'entretien elle met en avant l'importance du groupe cadres pour se construire. Le groupe permet de débriefer, d'aider à se positionner, d'aider à trouver sa place. J'ai relevé plusieurs phrases dans la conversation qui vont dans ce sens. « *c'est important d'avoir d'autres collègues cadres* » (l. 388-389) ; « *je ne crois pas que je me construisse seule, je crois que c'est aussi grâce à mes collègues aussi que je me construis* »

(l. 423-424) ; « *Le collectif cadre est très important* » (l. 425) ; « *Donc oui, le collectif, le groupe cadre m'a beaucoup aidée* » (l. 438) ; « *je fais partie du groupe des cadres. Et c'est plus facile pour se construire* » (l. 455-456). Elle évoque la possibilité de partage, d'échange, le fait de ne pas se sentir seule avec la présence de collègues cadres de santé (mais aussi d'infirmières référentes qui vivent aussi la même chose qu'elle).

Elle a souhaité ajouter quelque chose à la fin de l'entretien, qui a, à mon sens, de l'importance. Elle pense qu'en plus du collectif, ce qui l'a beaucoup aidée dans sa construction de cadre, est le fait d'arriver dans un établissement où elle ne connaissait personne, et où elle n'était connue de personne. Cela a facilité pour elle, sa prise de poste. Elle argumente cela par le fait qu'avant d'être cadre de santé à l'EHPAD, elle y avait travaillé en tant qu'infirmière et que de ce fait, tout le monde la connaissait : « *ses défauts et ses points faibles* ». Elle pense que certains ont pu jouer de cela, la manipuler. Là, elle était annoncée comme cadre de santé, donc c'était plus facile de trouver sa place car était attendue en tant que telle et non comme « *l'ancienne infirmière devenue cadre de santé* » (l. 492).

Le terme « *construction* » est au départ un mot que j'emploie, qui n'aurait peut-être pas été le sien, mais il s'avère qu'elle semble « l'adopter » puisque le prononce (ou des mots de la même famille) 20 fois au cours de notre entrevue.

Il transparait dans son discours cette notion de temporalité que suscite le mot construction. Cela demande du temps, des réajustements : « *on se construit tous les jours* » (l. 346). C'est une remise en question quotidienne car « *la difficulté c'est de pouvoir s'ajuster entre le soi personnalité* » (l. 370-371), elle en tant qu'ancienne infirmière avec son vécu, et, elle en tant que cadre de santé qui est là pour faire tourner le service, encourager, recadrer un membre de son équipe.

Comme je l'ai déjà évoqué, elle n'est pas devenue cadre le jour où elle a été diplômée (l. 420). Son entrée à l'IFCS est un projet *mûrement* réfléchi (quand elle évoque le concours d'entrée à l'IFCS, elle dit « *on* » (l. 65) ; comme si elle incluait quelqu'un d'autre... Un conjoint ?). Mais ce n'était pas la première étape de sa construction, car elle avait « *un pied à l'étrier* » avant, lors du remplacement de l'infirmière coordinatrice. Elle s'était déjà projetée avec cette expérience dans un rôle de gestion, de coordination d'équipe.

Donc, rien n'est figé, c'est toujours en mouvement, en re-questionnement, en réajustement.

#### 2.5.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien

La grande particularité de cet entretien est le fait que je l'ai mené via Skype. Comme je l'ai déjà dit, j'avais donc un retour vidéo sur moi-même. J'ai donc pu être vigilante aux gestes que je faisais et les corriger. Cependant, plusieurs interventions de mon interlocutrice montrent que j'ai pu, à un moment, induire des choses en elle.

Dans une de mes reformulations, je m'inclus dans le discours et la pensée de mon interlocutrice : « *Vous me dites, si j'ai bien compris, que c'est peut-être notre formation de base ?* (l. 253-254). Avec le pronom « *notre* » je m'introduis dans son discours. Ce qui peut avoir un impact chez elle.

Le terme « *construction* » est un mot que j'emploie et qui d'emblée laisse penser à un processus puisque la construction évoque étapes, assemblage, etc. Elle le dit très clairement « *c'est une très belle formule* » (l. 364). Ce n'est peut-être pas la formulation qu'elle aurait employé d'elle-même. De ce fait, je peux dire que j'induis très certainement une réponse puisque il y a une connotation forte dans ce terme, celui de processus.

Je me suis trouvée en difficulté pendant l'interview car elle a, à de nombreuses reprises, changé d'avis, d'opinion. J'ai eu la sensation que mes interrogations ont suscitées en elle des questionnements mais, du coup cela m'a déstabilisée car je ne m'attendais pas à cela. Je souhaitais questionner, mais je ne pensais pas créer chez l'autre ce genre de réactions : « *très sérieusement, je réfléchis en même temps que je vous parle* » (l. 295-296). De plus, elle ne finissait pas toujours ses phrases. Je me suis donc souvent demandé pendant l'entretien, mais aussi pendant l'analyse, si je n'interprétais pas certaines de ses paroles...

### 3. Discussion

Dans cette partie, je vais mettre en exergue les éléments des entretiens qui m'ont le plus surprise. Ainsi, je vais essayer d'aller plus loin dans l'analyse de contenu en m'appuyant notamment sur la théorie développée plus tôt dans mon travail.

#### 3.1 Des discours résolument féminins, voire féministes ?

Dès lors que les professionnelles de santé que j'ai rencontrées font allusion aux équipes qu'elles encadrent (ou encadraient), elles utilisent des sujets de genre féminin. Pour exemples : « *infirmières* », « *aides-soignantes* », « *elles* », « *les filles* »,... Cela peut tout simplement s'expliquer par le fait que ces professions soient majoritairement féminines.

Cependant, j'ai trouvé intéressant de le noter car il est en lien avec un constat que j'ai fait lors de la prise de rendez-vous avec les professionnelles : je ne me suis entretenue qu'avec des femmes. Rien n'arrive par hasard. Ceci dit, j'ai aussi été tributaire du réseau de mes collègues puisque, encore à ce jour, je n'ai aucune nouvelle des établissements de santé que j'avais sollicités malgré plusieurs relances.

De ce fait, bien que ce ne soit pas ma prétention ou mon objectif, je ne peux pas « généraliser » l'analyse de ces entretiens puisqu'il est important de noter que je n'ai aucun point de vue masculin, et je pense que cela aurait pu être tout à fait pertinent.

### **3.2 Devenir cadre de santé**

Dans un premier temps, je souhaiterais revenir sur un élément qui m'a beaucoup questionnée, lors du premier entretien. La cadre de santé avait un discours très généraliste et très bien « rôdé » mais qui laisse transparaître une certaine « gêne ». C'est ce qui me fait dire qu'elle était moins affirmée que les deux autres. Au moment de me parler de l'évolution de sa fonction, elle préfère se réfugier derrière un manque de recul du fait d'une obtention de diplôme récente. Après presque quatre ans d'exercice, elle trouve sa prise de fonction « récente ». Or, il faut au minimum quatre ans d'exercice d'un des 14 métiers paramédicaux pour prétendre accéder à un IFCS. De ce fait, quatre ans peuvent suffire pour trouver sa place, prendre du recul sur ses pratiques, en somme avoir une posture réflexive. Bien évidemment, les missions d'une infirmière et d'une cadre de santé ne sont pas les mêmes, ne demandent pas les mêmes investissements, pour autant, je trouve cet argument étonnant.

De plus, elle dit que « *on est cadre de santé paramédical, donc on est logiquement en capacité d'aller travailler dans tous les services de l'établissement* » (l. 149-151). Son expérience en tant qu'infirmière en chirurgie a facilité sa prise de poste parce qu'elle connaissait le « *cœur métier de l'infirmière* ». Le cœur métier d'un infirmier est-il vraiment la chirurgie ? Pour aller plus loin dans son raisonnement, elle pense qu'au bloc « *c'est plus compliqué* ». Le bloc opératoire n'est-il pas un service de chirurgie ? Un service spécialisé, certes, mais tout de même... Il y a donc une certaine contradiction dans ses propos.

Je suis allée à la rencontre de trois cadres de santé, de ce fait trois personnalités, trois façons d'incarner la profession de cadre de santé. Chaque être est différent, il faut tenir compte de cette singularité. Elles ont des parcours professionnels très différents, elles exercent dans des services mais aussi dans des établissements de santé différents. Ce qui participe à des positionnements différents. Il y a cependant, une grande part de subjectivité

dans notre façon d'incarner un poste puisque, j'ai pu prendre conscience que cela dépendait aussi des représentations que les personnes peuvent en avoir. C'est très « personne-dépendant » (« *il me manquerait quelque chose en tout cas* » (E1), « *tout est une question de personne* » (E2)). De ce fait, je pense qu'il a été pertinent de ma part de travailler sur mes représentations de la profession de cadre de santé. Je pense que, comme l'expriment sans doute à juste titre mes interlocutrices, cela, peut influencer un comportement. D'avoir cette connaissance peut, sans doute, permettre de comprendre des prises de décisions, des réactions.

Néanmoins, il y a eu plusieurs points de convergence dans leurs discours, et c'est ce que je vais mettre en lumière.

Toutes les interlocutrices sont d'accord pour dire qu'elles ne sont pas devenues cadres de santé le jour où elles ont été diplômées. En effet, pour elles, elles étaient déjà dans cette dynamique. L'une d'entre elles a occupé un poste de « faisant-fonction ». L'autre s'est investie dans des projets institutionnels. La dernière a eu un poste d'infirmière coordinatrice.

Cependant, toutes les trois mettent en avant l'importance de la formation dans leur construction de cadre de santé. Puisqu'il s'agit en effet, à leurs yeux d'une construction : cela suit des étapes, un processus, la formation en constituant une étape primordiale. Primordiale, puisqu'elle permet l'obtention du diplôme des cadres. Même s'il est « insuffisant », il est l'un des sésames pour aboutir à la légitimité. En ce sens, la formation diplômante qu'elles ont suivie au sein d'un IFCS, leur a permis de franchir une étape vers le chemin de la construction de cadre de santé. « *La formation est pensée pour former une grande famille* » (Cabin, 1998, p. 197). Cette citation permet de faire le lien avec un autre élément que les trois cadres de santé ont mis en avant : l'importance du collectif cadre.

Le collectif cadre permet l'échange, le partage, des réajustements. Les pairs aident en quelque sorte à vivre cette évolution. Dans le cas où une des cadres de santé enquêtées a été seule, cela a été « *déstabilisant* ».

Je l'ai dit au début de l'analyse, deux des interlocutrices ne prononcent pas le terme « *identité* ». Doit-on forcément prononcer un mot pour y faire référence ? Il me semblerait que non. En effet, selon moi, au vu de toutes les recherches que j'ai faites sur l'identité et l'identité professionnelle, de ce que j'ai pu mettre en avant lors de la rédaction de ce concept, plus tôt dans ce travail, je pense, que sans prononcer le mot « *identité* », les trois interviewées y font allusion.

Déjà, parce qu'elles disent toutes : « *je suis cadre de santé* ». Elles se définissent comme faisant partie de cette profession. Or, la citation sur laquelle je me suis appuyée dans le chapitre « 2.1.3 Profession » de Barthès, met en avant qu'une profession implique un sentiment d'appartenance, des représentations, une formation de base et des finalités communes.

Il m'apparaît très clairement que globalement pour les trois personnes avec qui je me suis entretenue, il y a les mêmes représentations du cadre de santé.

L'accompagnement des équipes est au cœur des préoccupations. L'accompagnement dans le sens du partage, d'être ensemble, d'« être avec, aux côtés ». Cela rejoint d'ailleurs à mon sens l'étymologie de ce terme : « *marcher avec un compagnon* » ; « *compagnon : cum panis qui signifie « partager le pain avec l'autre »* »<sup>40</sup>. « *La symbolique du « partage du pain » montre que l'accompagnement est d'abord synonyme de lien avec l'autre, dans l'échange et la générosité* » (Bourkia, 2012, p. 34).

Dans chaque entretien, je retrouve des missions de management, de logistique, de pédagogie, et de gestion. A ce sujet, je dirais que les deux cadres de santé exerçant dans le privé, ont un discours beaucoup plus financier que celle travaillant dans le public. Ainsi, je peux relever plusieurs termes (« *les ressources* » pour parler des professionnels, « *financier* », parle de rendement lors de l'évocation de l'occupation des lits, « *prestation de services* » ...) qui laissent transparaître un discours beaucoup plus porté sur le versant économique. Il y a plus d'allusions et de rapports à l'argent, au budget, au rendement, un vocabulaire « purement » économique dans les deux derniers entretiens. Cela va dans le même sens que ce que j'exprimais quand je justifiais mon choix de terrain. De plus, il est vrai, comme le souligne la première cadre de santé, que les formations de cadre de santé, mais de l'encadrement en général, sont de plus en plus portées vers la gestion. Cela rejoint ce que j'ai pu évoquer dans le chapitre « Cadre de santé ». Aujourd'hui, le service hospitalier est « *une formulation dynamique qui intègre la notion de missions, de prestations et de client-usager* » (Lefèvre, 2012, p. 193).

Pour aller plus loin dans cette réflexion, je peux même dire que les deux personnes du privé m'ont parlé d'elle mêmes, de cette possibilité de proposer des postes de cadre de santé à des personnes non issues de filières du soin. Elles savent que cela se pratique dans certains Centres hospitaliers (CH), « *que l'on va vers cela* », et l'une d'elle cautionne même ce

---

<sup>40</sup> D'après définitions obtenues sur internet, consultées le 20 avril 2016, à l'adresse : [http://pedagopsy.eu/accompagnement\\_boniceletymologie.html](http://pedagopsy.eu/accompagnement_boniceletymologie.html).

choix.... Là encore je ne peux me permettre d'extrapoler, mais cela va dans le même sens que ce que j'avais évoqué auparavant.

Un élément est sans équivoque pour elles : le cadre de santé est là pour organiser les soins mais pas pour les faire. Il y a, normalement, plus de soins directs auprès des patients. « *En devenant cadre, les soignants s'éloignent donc de la pratique du soin et du contact direct avec les patients* » (Deroche, 2010, p. 187). Toutefois, j'ai pu mesurer le fait que parfois entre la théorie et la réalité, il y a un écart. Toutes les trois, à un moment de leurs discours, laissent entendre que « *le deuil* » du soin n'est peut-être pas tout à fait achevé.

Les finalités communes sont bien évidemment, la qualité des soins prodigués, puisque le patient est, et doit être au centre des préoccupations, mais aussi le bien être de l'équipe. En devenant cadre de santé elles prennent désormais soin des équipes, quand avant elles prenaient soin des patients. « *Le professionnel pense pour son malade, le cadre pense pour son équipe* » (Hédreul-Vittet, 2007, p. 128). Pourquoi ? Parce qu'elles ont cette culture du soin en elles. C'est d'ailleurs ce qui les différencie des cadres des autres secteurs, selon leurs dires. Il semblerait que l'ensemble des professionnels de santé partagent cette culture.

*L'organisation de l'hôpital en tant que macrosystème se caractérise par une dentelle de relations humaines, un réseau de valeurs fondamentales. Elle induit une culture du soin qui pourrait se définir comme la somme et l'organisation des savoirs, des savoir-faire et des savoir-être des différents professionnels de santé (Malhomme, 2004, p.265).*

Cela rejoint d'ailleurs l'idée de Barthès, qui assimile une profession à un « *construit-culturel* ».

De plus, se définir comme cadre de santé, prouve le sentiment d'appartenance à cette profession.

*Si « l'appartenance » renvoie à la notion de famille et de communauté, elle a en tout premier lieu pour objet la création d'un sentiment d'intégration, de sécurité, de confiance, et d'insertion d'un individu au sein d'un groupe (Bailly, 2009, p. 21).*

C'est à la lumière de tous ces arguments, que je pense pouvoir dire que les trois interlocutrices ont construit, et construisent chaque jour leur identité de cadre de santé. Comme je l'ai déjà mis en avant, l'identité n'est jamais figée.

L'identité professionnelle est propre à un groupe professionnel, là en l'occurrence, les cadres de santé. Pour Sainsaulieu (1985), l'identité professionnelle se définit par un *langage, des normes, des valeurs, une histoire, un processus de socialisation et une culture*

*du travail* (Sainsaulieu, cité par Stanislas, 2012, p. 26). Cela va dans le même sens que ce que ces professionnelles développent avec le partage de valeurs communes, de langage commun pour les professionnels de santé. « *Intériorisées et reliées à des principes moraux et sociaux, les valeurs permettent aux individus de donner, une signification à leurs comportements, de se considérer en accord avec ceux-ci et de se forger une identité professionnelle* » (Bailly, 2009, p. 21). Les valeurs communes permettent donc de se forger une identité professionnelle.

Peut-on être cadre de santé, sans pour autant s'identifier cadre de santé ? Sans avoir l'impression de développer en soi l'identité cadre de santé ?

Il semblerait que oui. Cela marque un grand étonnement de ma part. En effet, au début de mon travail, et même il n'y a encore pas très longtemps, pour moi, quand je devenais cadre de santé (sous-entendu, quand j'étais diplômée), je développais « d'emblée » cette identité en moi. J'embrassais une nouvelle profession, et de ce fait, j'appartenais à un nouveau groupe. En m'appuyant sur la définition de Sainsaulieu (dans le chapitre « *L'identité professionnelle* »), au travers du regard des autres, je pensais développer cette identité. « *Le fait de changer de statut induit une modification de son identité, néanmoins, on garde ce qui est acquis, tout ne s'efface pas, tout n'est pas à reconstruire* » (Barré, 2013, p. 33).

Une des interlocutrices met en avant qu'il y a plusieurs éléments qui font que nous pouvons ne pas nous identifier cadre de santé malgré l'obtention du diplôme. D'abord, la taille de l'établissement dans lequel on exerce et les missions qui de ce fait en découlent. Puis, elle pointe du doigt l'importance de la présence d'un collectif (d'où le fait que l'identité se construit surtout au travers le regard d'autrui). Cela rejoint en ce sens l'idée de Ruano-Borbalan (1998, p. 4) « *l'identité se construit par stades successifs dans la confrontation entre les individus au sein des groupes* ». C'est en ce sens que je peux dire que « *l'identité n'est jamais acquise, tout comme elle ne se décrète pas. C'est une invitation pour passer du discours aux actes* » (Gérard, 2000, p. 73). Le positionnement et la construction de cadre de santé peuvent donc être influencés par l'établissement mais aussi l'environnement (économique). « *La construction de l'identité résulte de la culture individuelle, personnelle et professionnelle de chaque individu, mais également de l'organisation du service dans lequel il exerce ainsi que la conjoncture socio-économique* » (Bailly, 2009, p. 20-21).

De ce fait, je peux dire qu'une personne peut avoir un statut professionnel au sein d'une organisation, un rôle professionnel, sans pour autant être identifié comme tel ou se



sentir comme tel. Il n'y a pas partage de l'identité groupale. Comment expliquer ce « phénomène » ? Il doit exister une « étape » dans le processus de construction identitaire qui permet de passer d'un état à un autre. C'est maintenant que je comprends le concept dans sa globalité. Je peux donc dire que cette étape est : l'identification. « *L'étape de la construction identitaire du cadre, passe par l'identification et pourra avoir des conséquences tout au long de la future carrière du cadre de santé* » (Malhomme, 2004, p. 268).

La formation pourrait-elle être la première étape dans l'identification ? En effet, j'ai compris combien la formation est primordiale dans la construction des cadres de santé. Au-delà de l'acquisition de connaissances, c'est aussi l'occasion de vivre une année avec des pairs : des soignants qui sont eux aussi en cours de « transformation ». Le fait de l'interdisciplinarité, créé par une formation telle que celle de l'IFCS permet aussi de créer cette identité professionnelle partagée par plusieurs professionnels. Cela rejoint cette idée que j'exprimais dès le début de ce travail : la formation permet de vivre le changement, c'est une étape dans ma transformation. Bourkia (2012, p. 26) évoque aussi cette idée avec la phrase : « *l'IFCS est un générateur d'une nouvelle identité professionnelle* ». Cette année « entre parenthèses », m'a permis de prendre du recul par rapport aux soins, à mes pratiques, et m'a obligée à me poser des questions... Il me semble que cela s'inscrit dans l'idée qu'expose Bourdieu (1982) : tout changement de statut impose un rite de passage. Le rite de passage accompagne de ce fait une mutation identitaire. Bourgeon (2010), en s'appuyant sur cet auteur et sur les travaux de l'anthropologue Van Gennep<sup>41</sup>, éclaire les cursus de formation d'un jour nouveau. En extrapolant à la formation au sein de l'IFCS, il détermine plusieurs étapes :

- le concours d'entrée comme phase de séparation,
- les dix mois de formation comme période liminaire ou de marge comprenant une série d'épreuves (les examens),
- la phase post-liminaire avec l'obtention d'un diplôme (souvent accompagné d'une fête de fin d'année) et la réintégration dans le monde du travail.

*La période de marge est primordiale du point de vue identitaire puisque « l'identité cadre » s'établit au sein du groupe, au fil des échanges entre les membres de la*

---

<sup>41</sup> D'après l'adaptation des travaux de Van Gennep (1909), basés sur les rites de passage du monde de l'enfance à celui de l'adulte en Afrique (*Les rites de passage, Etude systématique des rites*, 1909, Paris, Edition A.J. Picard, 1981).

*promotion et de l'alternance stage / cours (...) Ainsi, le rite de passage accompagne le changement de statut et la mutation identitaire mais, de surcroît et c'est primordial, il induit le futur positionnement du cadre* (Bourgeon, 2010, p. 204).

De plus, Bourdieu fait lui aussi un lien entre rites de passage et légitimité : « *tout rite tend à consacrer ou à légitimer, c'est-à-dire à faire méconnaître en tant qu'arbitraire et reconnaître en tant que légitime, naturelle, une limite arbitraire* » (Bourdieu, 1982, p. 58). Il appelle d'ailleurs rites de passage : « *rites de consécration, ou rites de légitimation ou, tout simplement, rites d'institution* » (Ibid, 1982, p. 58).

Admettre que la formation pourrait être la première étape, reviendrait à se poser la question : l'identification peut-elle être interrompue ?

Je n'ai aucune réponse à cette question, pas plus que de savoir si la formation est, ou non, la première étape de l'identification.

Un autre élément que développent ces professionnelles, et dont je n'avais pas pris conscience, est le lien qu'elles établissent entre positionnement, expérience et légitimité. Le diplôme légitime une personne pour occuper le poste de cadre de santé. L'expérience leur permet aussi de se réajuster, de vivre leur construction de cadre. A partir de quand peut-on parler d'expérience ? Quand devient-on expert ? Il semble très difficile de répondre à ces questions, au vu des entretiens. Je ne pense pas non plus qu'il y ait une réponse unique. Je pense que c'est personne et contexte dépendant. De même, je ne pense pas que l'on puisse faire un lien entre quantité et qualité : selon moi le nombre d'années où j'exerce une profession ne suffira pas à lui seul à me sentir expérimentée. La preuve, c'est que malgré plusieurs années d'expérience cadre de santé formateur, la deuxième enquêtée a eu le sentiment d'être une « *débutante* » en arrivant dans un service de soins.

Enfin, pour conclure sur cette partie « *Discussion* », je dirais que je me suis rendue compte que plusieurs fois dans les différents entretiens, il y avait de la part des cadres de santé, mais aussi sans doute de ma part, des confusions dans certains termes. Ainsi, la différence entre « *rôle ; statut ; fonction* » ne semble pas claire, tout comme « *tâches et missions* ».

J'avais déjà évoqué dans mon cadre théorique, très brièvement le concept de rôle. De toute évidence, cela n'est pas suffisant puisque je n'avais pas noté l'amalgame qu'il pouvait y avoir entre ces termes. Je vais de ce fait, utiliser les travaux de Rocheblave-Spenlé pour aller plus loin dans ma réflexion autour de ces termes.

#### 4. Définitions pour des finitions...

En premier lieu, il apparaît que le rôle est le *rôle social* : c'est le rôle que l'on a dans une organisation, c'est notre « *position dans le système social* » (Rocheblave-Spenlé, 1969<sup>42</sup>, p. 114). En somme, c'est ce que l'individu voit de nous. De ce fait, « *le rôle semble étroitement relié au groupe lui-même et se définit par rapport à celui-ci* » (*Ibid*, p. 112). C'est en ce sens que je peux dire que « *le rôle ne désigne pas une simple conduite individuelle situationnellement appropriée, mais apparaît comme organisant celle-ci en fonction de facteurs sociaux et interindividuels* » (Rocheblave, 1963, p. 303). Le rôle peut être considéré comme un « *modèle culturel* » ou « *un modèle de comportement* ». Le modèle est « *extérieur à l'individu et se propose à lui comme une image placée devant lui sur laquelle il doit calquer sa conduite* ». (*Ibid*, p. 303).

De plus, le rôle est souvent rattaché au statut<sup>43</sup>.

Enfin, « *une « fonction », ancrée dans les besoins du groupe, deviendra pour l'individu une « tâche » prescrite à accomplir* » (Rocheblave-Spenlé, 1969, p. 112).

De ce fait, je comprends tout à fait la confusion qui s'opère entre ces termes puisqu'ils sont tous liés. Afin de donner un dernier point de vue sur ce lien, je citerai Lefèvre (2012, p. 185) :

*Le rôle peut être défini comme : la manière de se situer dans sa fonction, d'exister et de mettre en scène ou en valeur des caractéristiques personnelles et des compétences ou attributs. Il est le développement direct du statut et de la fonction occupée. Il est lié à l'autorité et à la légitimité, et représente la part singulière de l'acteur en situation pris dans le jeu de l'institution, des relations internes et de la dynamique de service. Le rôle est à la fois la conséquence de la personnalité, susceptible d'évoluer par la formation et l'apprentissage des situations et par un travail suffisant relatif à la connaissance de soi.*

Un rôle n'est donc pas figé. Il peut évoluer au gré des expériences, de la formation, mais aussi par un travail sur soi. En effet, faire preuve de critique ou de réflexivité sur ces pratiques permet de modifier le rôle que l'on a, ou que l'on a eu.

---

<sup>42</sup> Deuxième édition. Première édition : 1962.

<sup>43</sup> Terme emprunté au latin *statutum* (dérivé du verbe *statuere* : placer, établir), signifie communément une règle établie pour la conduite d'une association quelconque, et également : « loi, règlement ou ordonnance » (Rocheblave-Spenlé, 1963, p. 117). En anglais : *status* qui était largement utilisé dans un contexte socio-économique (position économique ou de classe ; « position sociale » ou « prestige »). Dans son sens de position sociale, il a été rattaché au concept de rôle par Linton.

## 5. Ce qui pourrait être amélioré

Bien évidemment, tout est toujours perfectible, mais je note tout de même plusieurs éléments sur lesquels il serait bon que je travaille si jamais je revenais à faire un travail de recherche. Je souhaite mettre en avant mes difficultés, mais aussi mes ressources.

### 5.1 Mes difficultés

#### Dans la conduite d'entretien

J'ai fait le choix, après chaque analyse d'entretien d'apporter une « *analyse réflexive de ma conduite d'entretien* ». Cela donne d'emblée un aperçu de ce qui pourrait être corrigé. Cependant, j'ai pu noter d'autres faits, plus généraux.

D'abord, je me suis rendue compte que la plupart de mes reformulations, de mes questions étaient fermées, ce qui ne laissait pas beaucoup de latitude aux personnes que j'interviewais.

Ensuite, malgré un travail sur moi-même et un entraînement lors des entretiens exploratoires, j'avais du mal à laisser des silences. Lors de la retranscription, à plusieurs reprises je me suis posée la question : en laissant plus de temps aux interlocutrices, auraient-elles ajouté des choses ? Je dois dire que les paroles de Goethe font écho en moi « *Parler est un besoin, écouter est un art* ». Je sais maintenant que, encore plus qu'écouter, savoir se taire est un art...

Enfin, j'ai souhaité être attentive aux éléments du langage, aux silences, au rythme, ... des interlocutrices. J'ai ainsi voulu faire des liens entre forme et contenu. Je pense que pour un premier travail de recherche, c'était peut-être trop ambitieux. Est-ce qu'à certains moments je n'ai pas « manqué » des choses ? J'aurais peut-être pu être plus attentive pour mieux reformuler, rebondir. N'ai-je pas été trop attentive à la forme au détriment du fond ? Puisqu'au final, c'était le fond que je devais décoder (pas nécessairement les modalités).

#### Dans l'analyse

Je pense que dans chaque analyse il y a une grande part de subjectivité de la part du chercheur. Bien que le but premier soit de rester factuel, de ne pas interpréter, cette envie de « trouver » des réponses aux questions est présente. Je crois que l'analyse du contenu est dépendante du chercheur. Plusieurs fois je me suis demandé si je n'interprétais pas. Par exemple, la ponctuation. Elle pourrait être considérée comme une interprétation. La signification d'une phrase peut être différente selon la ponctuation. Par exemple, je ne peux pas savoir si lorsque je mets un point, c'est vraiment la fin d'une phrase pour l'interlocuteur. Donc, il existe au moins une « pseudo-interprétation ». Autre exemple : la description des

gestes des interlocutrices. Je souhaitais rester la plus factuelle possible en ne décrivant que les gestes, mais là aussi, cela pourrait être vu comme le reflet de mon interprétation. L'observation se fait à travers mon propre prisme, il y a donc selon moi une part de subjectivité. Kaufmann (2014, p. 71) partage ce point de vue : « *Les observations posent surtout le problème de leur validité (...) la position de l'informateur influait fortement sur la perception qu'il pouvait avoir de son environnement* ».

Avec ces deux exemples, je démontre qu'il faut donc apporter une certaine réserve aux analyses, dans le sens où, elles sont aussi élaborées avec une certaine subjectivité de ma part.

## **5.2 Mes ressources**

L'entraînement de la conduite d'entretien réalisé dans la phase exploratoire, m'a permis de mieux appréhender les entrevues (même s'il reste encore des améliorations à apporter). Le retour vidéo sur le logiciel Skype, m'a permis de me rendre compte visuellement des gestes que je faisais, des moments où je pouvais induire des réactions de par ma posture ou mes activités. Cela m'a permis de me corriger lors de ce rendez-vous.

## **6. Et demain ? Ma projection professionnelle**

Concrètement, comment vais-je me servir demain de ce travail de recherche ? Comment me servir de cette réflexion pour mieux appréhender ma prise de poste, l'exercice quotidien de ma profession ? C'est ce que je vais déterminer dans ce chapitre, même si à mon sens, cette projection peut « se lire », tout au long de mon mémoire.

Par un cheminement logique, parce que très personnel, je suis partie d'un questionnement autour de représentations de la profession de cadre de santé pour aboutir à une interrogation concernant la construction identitaire du cadre de santé.

Aujourd'hui, je sais que la formation que j'ai suivie au sein de l'IFCS contribue pour beaucoup à la construction du cadre de santé que je suis en train de devenir. Si la formation se solde par l'obtention d'un diplôme (du moins je l'espère), elle aura marqué le début d'une autre construction : celle de l'identité de cadre de santé. Cette construction nécessitera forcément l'implication dans un collectif, car c'est le groupe qui permet l'identification, étape inéluctable. Le collectif cadre est donc primordial. De plus, cette construction identitaire nécessite aussi, comme j'ai pu le comprendre, une reconnaissance. La reconnaissance des pairs, mais aussi de l'équipe soignante et des supérieurs hiérarchiques. Ces constructions demandent donc une capacité réflexive ; ne se décrètent

pas ; ne s'obtiennent pas dès l'obtention du diplôme de cadre même s'il est une étape essentielle et demandent du temps, des réajustements, de l'expérience. Comment faire alors, si je suis la seule cadre de santé dans l'établissement ? D'où cette nouvelle interrogation : faut-il être au contact direct de pairs pour faire partie d'un groupe ? Si je me réfère aux associations, par exemple, je peux dire que le contact direct n'est pas obligatoire. En effet, le but premier des associations est de construire l'identité groupale. De ce fait, l'identification peut se faire par le biais de cadres de santé, d'un autre établissement. C'est en cela que la formation est « forte » puisque toutes les personnes que j'ai rencontrées cette année (en plus de m'avoir aidée à vivre ce changement de statut), pourront me permettre de construire mon identité professionnelle. J'irais même plus loin en disant, qu'il s'agira d'une co-construction. Ce n'est qu'avec les autres que je pourrai développer ce sentiment d'appartenance, essentiel à la construction identitaire mais, « l'autre » pourra aussi s'appuyer sur ma présence pour de son côté développer son identité professionnelle.

Enfin, j'ai pu lire à plusieurs reprises que l'expérience passée facilite la transformation identitaire. Dans le sens où, cette expérience peut me permettre de construire une représentation mentale de la fonction envisagée (c'est d'ailleurs par cela que j'ai « commencé » mon travail d'écriture) et de mettre à disposition des modèles connus me servant de « balises ». C'est ce que j'ai pu mettre en évidence quand je parlais de modèles de cadre de santé sur lesquels je m'appuyais... De ce fait, mon expérience d'infirmière n'est pas à mettre de côté, bien au contraire. Elle me servira dans mon quotidien de cadre de santé, puisque j'y ai développé cette culture du soin qui caractérise la profession. Je change de posture, de paradigme mais je garde en moi des valeurs soignantes.

*La posture cadre devient différente, même si un dénominateur reste commun : celui des valeurs professionnelles transmises avec, en toile de fond, la dimension soignante toujours présente, le goût de la volonté de « prendre soin » même à distance de la personne soignée (Sebbane, 2007, p. 99).*

Mon management dépendra de la personne que je suis, mais aussi de l'infirmière que j'étais. « Ainsi la construction de notre identité professionnelle de « manager » ou de « formateur » est intimement liée à l'idée que l'on se fait de la notion d'encadrement » (Stanislas, 2012, p. 29). De plus, la formation au sein de l'IFCS m'a permis d'acquérir des compétences, des apports théoriques, qui me permettront chaque jour de me positionner au sein d'une équipe. C'est en cela qu'elle est « un rite de passage » (Bourdieu).

## Conclusion

Lorsque j'ai commencé à écrire ce mémoire, j'étais une jeune femme qui débutait une formation, avec beaucoup de doutes, de questionnements. Je n'arrêtais pas d'entendre (de la part de formateurs ou d'intervenants) ou de lire (dans certains ouvrages) « l'école des cadres est là pour vous faire changer de costume. Vous allez muer au cours de cette année pour passer d'un état à un autre ». Sous-entendu : quitter mon habit d'infirmière pour endosser le costume de cadre de santé. Il m'est apparu dès le début, qu'il me semblait difficile, même impossible d'oublier mon exercice infirmier, de faire le deuil : « *faire le deuil : « le pourra-t-il (le cadre) d'ailleurs puisqu'il va en général tenter de se légitimer à partir de sa compétence acquise sur le terrain ? »* (Lefèvre, 2012, p. 190).

Aujourd'hui, je comprends que ces questionnements étaient dus à ce changement de paradigme dont j'ai parlé, et à tout ce que cela entraîne. Il était d'ailleurs normal de se poser toutes ces questions pour réfléchir, prendre du recul et pouvoir intégrer ce changement. Tout comme la formation, le mémoire est « un « rite de passage » »<sup>44</sup> me faisant passer du métier d'origine à celui de cadre de santé dans le sens où il m'a poussée à m'interroger, à devenir une professionnelle réflexive.

Après cette mise à distance, notamment du soin, que permet l'année de formation, je comprends et admet cela. Etre cadre de santé, ce n'est pas être infirmière. C'est dans ce sens là que je dois faire le deuil de mon métier initial. Les missions ne sont plus les mêmes. L'organisation des soins ne dépend pas d'une expertise des soins. Il s'agit d'un nouveau positionnement au sein d'une équipe soignante :

*Mais devenir cadre implique un changement de paradigme et une modification des comportements professionnels. Le soin ne se vit plus de la relation mais s'exprime au travers de concepts. Il se matérialise par la pensée sous la forme de projets, de système d'organisation, d'évaluations ou de démarches de recherche. Il ne s'agit plus de savoir faire le soin mais de savoir l'expliquer pour mieux le défendre et l'organiser à l'échelle d'un service et/ou d'une équipe* (Pegourdie, 2008, p. 21).

J'ai réfléchi sur les représentations, les missions, le rôle d'un cadre de santé et confronté mes idées avec des professionnelles de terrain. Je sais désormais avec certitude le cadre de santé que je souhaite être : un cadre soignant (dans le sens défini par Hesbeen) pour les équipes, les patients, au service d'un établissement de santé. Les patients sont au

---

<sup>44</sup> Guide mémoire IFCS Rennes, Promotion 2015-2016, p. 8.

cœur de mes préoccupations, mais plus largement, comme le développe (Hesbeen, 2011), c'est l'humain qui me préoccupe. J'ai pu définir mes motivations et les valeurs personnelles sur lesquelles je m'appuierai au quotidien. Si le respect, la tolérance me semblent « aller de soi », l'équité est une valeur qui est profondément ancrée en moi. Seulement, avec ce travail d'écriture, j'ai compris que l'équité ce n'était pas forcément faire la même chose pour chacun, mais plutôt réfléchir, s'adapter et prendre surtout en compte la singularité de chaque personne avec qui j'évolue.

Cette initiation à la recherche, m'a emmenée vers une toute autre réflexion que celle que j'avais imaginée au départ : la construction identitaire du cadre de santé. En travaillant sur le concept de l'identité, et plus particulièrement de l'identité professionnelle puisque c'est de cela dont il s'agit, j'ai pu faire des liens avec mes interrogations. Le changement de statut que je questionnais au départ, pouvait être vécu comme une sanction et non comme un progrès (malgré le fait que ce soit un choix personnel) puisqu'il me déstabilise et menace mon identité professionnelle. Je connaissais (je ne pense pas que l'on puisse parler de maîtrise après quatre ans d'exercice), la fonction d'infirmière, j'étais identifiée au sein d'un groupe comme telle, mais aussi au sein de la société. Commencer une année d'étude pour changer de métier impliquait donc une reconstruction et une reconnaissance de ce nouveau statut. Ainsi, pour reprendre l'idée que développe Dubar (2002), mon identité pouvait être bloquée entre deux transactions constitutives de la construction identitaire.

La construction du cadre de santé et sa construction identitaire implique l'obtention d'anciennes et de nouvelles compétences. En effet, l'identité professionnelle se construit au fur et à mesure que les compétences s'affirment, s'approuvent et s'éprouvent sous le regard d'autrui. Il y aurait donc une part de transfert de compétences entre ce qui est acquis au cours de l'exercice initial et la profession de cadre de santé. Pourrait-on alors, définir cette profession comme une profession hybride ? Hybride dans le sens où elle serait « un croisement » entre des professions paramédicales qui permettent d'acquérir le « prendre soin », la culture soignante et un positionnement de manager d'équipes qui demande des compétences managériales.

Quelques interrogations restent tout de même en suspend au terme de ma réflexion. La construction identitaire du cadre de santé repose sur des valeurs personnelles, et soignantes acquises lors de l'exercice de son métier d'origine. Cette identité se fonde et se développe au sein d'un collectif cadre. Cependant, est ce que d'un individu à l'autre les



valeurs sont identiques ? Est-ce que d'une profession paramédicale à une autre les valeurs professionnelles sont partagées ? (est ce que le technicien de laboratoire a les mêmes valeurs professionnelles que le kinésithérapeute ou que le manipulateur d'imagerie médicale ?). Donc, doit-on parler d'une identité cadre de santé (qui pourrait dans certains de ses aspects être différentes d'une fonction initiale à une autre, voire même d'un individu à un autre) ou de l'identité cadre de santé ? Cela rejoindrait le processus d'identisation dont je faisais référence lors de la définition de l'identité. En effet, la construction d'une identité repose sur deux phénomènes : l'identification et l'identisation.

Enfin, au terme de ce mémoire, je peux dire sans retenue que l'appartenance à la communauté soignante est sans aucun doute la spécificité du cadre de santé. Même s'il s'agit d'un nouveau positionnement, le socle de référence du cadre de santé est tout de même sa culture soignante. Ainsi, à la métaphore de la mue de peau, ou du changement de costume, je préfère la transformation de la chenille en chrysalide puis en papillon

*L'état larvaire (la chenille) permet d'emmagasiner les nutriments et l'énergie nécessaire à la transformation en papillon ; la chrysalide est le stade de nymphose qui permet à la chenille de se transformer en papillon. Ce stade peut durer plusieurs mois<sup>45</sup>.*

Par conséquent, « l'état larvaire » serait la fonction initiale, où j'« emmagasine » des compétences qui me permettront de devenir cadre de santé ; la chrysalide serait la formation au sein de l'IFCS et le papillon serait le cadre, qui doit voler de ses propres ailes.

---

<sup>45</sup> (<http://www.papillonsdamarante.com/cycle.php>).

## **Glossaire (par ordre alphabétique)**

CAFIM : certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier moniteur chargé d'enseignement dans les écoles

CAFIS : certificat d'aptitude à la fonction d'infirmier surveillant

CCI : certificat de cadre infirmier

CH : centre hospitalier

CHT : communauté hospitalière de territoire

CHU : centre hospitalier universitaire

CNRTL : centre national de ressources textuelles et lexicales

DE : diplôme d'état.

DMS : durée moyenne de séjour

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

GPEC : gestion prospectrice des emplois et des compétences

GRH : gestion des ressources humaines

IADE : Infirmier anesthésiste diplômé d'état

IBODE : infirmier de bloc opératoire diplômé d'état

IFAS : institut de formation d'aides-soignants

IFCS : institut de formation des cadres de santé

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

ITEF : ingénieries et technologies en éducation, encadrement et formation

MCO : médecine-chirurgie-obstétrique

RH : ressources humaines

RUS : responsable d'unités de soins

SSIAD : service de soins infirmiers à domicile

## Liste des références

- Bailly, I. (2009). Les pôles d'activités au service de la reconstruction identitaire infirmière. *Soins cadres* (71), 20-22.
- Barré, A (2013). D'infirmière à cadre de santé, une nouvelle construction identitaire. *Objectif soins & Management* (219), 32-33.
- Barthès, P. & Coudray, M-A. (2006). Le management hospitalier à la croisée des chemins. *Gestions hospitalières* (452), 18-23.
- Barthès, P. (2010). Dessine-moi le cadre de demain... *Soins cadres* (75), 20-23.
- Berger, P. & Luckmann, T.\* (1966). *La construction sociale de la réalité* Traduit en français en 1986. Paris : Méridiens Klincksieck.
- Bourdieu, P. (1982) Les rites comme actes d'institution. In : *Actes de la recherche en sciences sociales*. Vol. 43, juin 1982. Rites et fétiches, 58-63. DOI : 10.3406/arss.1982.2159.
- Bourgeon, D. (2010). *Du soin à l'encadrement : trajectoires de vie et motivations professionnelles*. Reuil-Malmaison : Editions Lamarre.
- Bourkia, D (2012). L'accompagnement au cœur du métier de cadre. *Objectif soins* (206), 34-38.
- Cabin, P. (1998). Les tribus professionnelles. In Ruano - Borbalan (dir), *L'identité. L'individu, le groupe, la société* (p. 193-198). France : Editions Sciences Humaines.
- Carton, GD. (2006). *Éloge du changement: méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris : Pearson Education France ; Village Mondial.
- Centre national de ressources textuelles et lexicales (CNRTL) en ligne : <http://www.cnrtl.fr/definition/> pour les définitions de : équité, impartialité, subjectivité, changement, reconnaissance (reconnaître), métier, fonction, profession, management.
- *Circulaire DH/8A/PK/CT n°00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers*. Disponible à l'adresse :

<http://www.cadredesante.com/spip/profession/legislation/Circulaire-DH-8A-PK-CT-no-00030-du>.

▪ Décret n° 95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=&categorieLien=id>.

▪ Dejours, C (2003). *L'évaluation du travail à l'épreuve du réel. Critique des fondements de l'évaluation*. Paris : Institut national de la recherche agronomique.

▪ Deroche, C. (2010). Du soin à l'encadrement : entre histoire de vie et trajectoires professionnelles. In Bourgeon (dir), *Du soin à l'encadrement : trajectoires de vie et motivations professionnelles* (p. 135-188). Reuil-Malmaison : Editions Lamarre.

▪ Dortier, J-F. (1998). L'individu dispersé et ses identités multiples. In Ruano – Borbalan (dir), *L'identité. L'individu, le groupe, la société* (p. 51-56). France : Editions Sciences Humaines.

▪ Dubar, C. (1998). Socialisation et construction identitaire. In Ruano - Borbalan (dir), *L'identité. L'individu, le groupe, la société* (p. 135-141). France : Editions Sciences Humaines.

▪ Dubar, C. (2002). *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles* (3<sup>ème</sup> édition). Paris : Armand Colin.

▪ Dubar, C., Tripier, P.\* (2005). *Sociologie des professions*. Paris: Armand Colin.

▪ Durand, J. (2007). *Le cadre de santé : acteur incontournable dans le système hospitalier*. Reuil-Malmaison : Lamarre.

▪ François, M-C. (2007). Le cadre de santé, un professionnel expérimenté et certifié. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 60-72). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.

▪ Gérard, J-L. (2000). L'identité professionnelle ne se décrète pas. *Soins* (645), 72-73.

▪ Guernion, S. (2009). Le cadre d'imagerie face au développement et au maintien des compétences des manipulateurs. *Soins cadres* (71), 34-36.

▪ *Guide mémoire IFCS de Rennes, Promotion 2015-2016*.

- Hamel, F. (2007). *Managers et dirigeants hospitaliers : atouts d'une expérience soignante enrichie d'une pratique réflexive*. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 139-157). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Hédreul-Vittet, M. (2007). *Notre passé anime notre présent*. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 122-137). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- 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.
- Jacques, J. (2007) *Histoire, formation et fonction des cadres de santé*. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 10-30). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Kaufmann, J-C., & Singly, F. (2014). *L'entretien compréhensif* (3<sup>ème</sup> édition ; première édition : 2011). Paris : Colin.
- Kübler-Ross, E. (ND). *Le deuil, un temps à traverser*. Disponible sur : <http://ekr.france.free.fr/deuil.htm>.
- Kübler-Ross, E.\* (1969). *On Death and Dying. Traduit en français : Les derniers instants de la vie*. Paris.
- Larousse dictionnaire en ligne : <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/> pour les définitions de : équité, impartialité, changement, métier, fonction, profession, management, lexicométrie.
- Le Boterf, G.\* (1994). *De la compétence : essai sur un attracteur étrange*. Paris : Les éditions d'organisation.
- Le Boterf, G (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Les éditions d'organisation.
- Lefèvre, P. (2012). *Guide du métier de cadre en action sociale et médico-sociale*. Paris: Dunod.
- Lespesqueux, M. (2010). *Dix ans d'évolution des compétences du cadre de santé*. *Soins cadres* (71), 29-31.
- Lipiansky, E-D (1998). *L'identité personnelle*. In Ruano - Borbalan (dir), *L'identité. L'individu, le groupe, la société* (p. 21-27). France : Editions Sciences Humaines.

- Malhomme, M-L. (2004). Une nouvelle identité professionnelle pour le cadre de santé hospitalier. *Gestions hospitalières* (435), 265-270.
- Malinge-Dubré, MC. (2007). L'exercice infirmier, préalable indispensable à une pratique managériale hospitalière. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 47-59). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Mucchielli, A. (2013). *L'identité* (9<sup>e</sup> édition ; première édition : 1986). Paris : Presses Universitaires de France. Collection Que sais-je ? Numéro 2288.
- Noiriel, G. (1990). *Journal de terrain, journal de recherche et auto-analyse. Entretien avec Florence Weber*. In : Genèses, 2, 1990. A la découverte du fait social, p. 138-147. DOI : 103406/genes.1990.1035.
- Pegourdie, A-M (2008). De la fonction d'infirmière à celle de cadre de santé ou l'identité d'une construction identitaire et éthique. *Soins cadre de santé* (sup n°66), 20-22.
- Piotet, F & Sainsaulieu, R.\* (1994). *Méthodes pour une sociologie de l'entreprise*. Paris.
- Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales* (Seconde édition ; Première édition : 1988). Paris : Dunod.
- Rechamps, C., Roussel, E. & Signorini, F (2004). Cadre de santé « un métier en recherche de sens ». *Objectif soins* (131), 17-20.
- Ripoché, C. (2007) L'identité infirmière au service de la fonction cadre de santé. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 31-46). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Rocheblave, A-M (1963). La notion de rôle : quelques problèmes conceptuels. *Revue française de sociologie*, 4-3, 300-306. Disponible sur : [http://www.persee.fr/doc/rfsoc\\_0035-2969\\_1963\\_num\\_4\\_3\\_6173](http://www.persee.fr/doc/rfsoc_0035-2969_1963_num_4_3_6173).
- Rocheblave-Spenlé, A-M. (1969). *La notion de rôle en psychologie sociale*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Roussel, E. (2010). Cadre de santé, quelles évolutions de la fonction et des compétences ? *Soins cadres* (75), 32-33.

- Ruano - Borbalan, J-C. (1998). *L'identité. L'individu, le groupe, la société*. France : Editions Sciences Humaines.
- Sainsaulieu, R. (1985). *L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation* (Seconde édition, revue et augmentée). Paris : Presse de la fondation nationale des sciences politiques.
- Schabanel, H. (2007). Mobilité de l'infirmière, enrichissement de la fonction cadre de santé. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 74-83). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Sebanne, D. (2007). Le « Prendre soin », une culture et une fonction pour le manager hospitalier. In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 97-107). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Sliwka, C. (2007). *Les cadres de santé, des cadres de métier*. Rueil-Malmaison: Éditions Lamarre.
- Sohier, A. (2009). Compétence infirmière et mobilité. *Soins cadres* (71), 31-33.
- Stanislas, J-L. (2012). Cadre de santé : l'identité professionnelle en question. *Objectif soins* (206), 26-29.
- Vasseur, R. (2007). Le travail de cadre de santé est-il hors cadre ? In Sliwka (dir), *Les cadres de santé, des cadres de métier* (p. 200-213). Rueil-Malmaison : Éditions Lamarre.
- Watzlawick, P (1981). Pour la définition de la *communication analogique*. Disponible sur : <http://www.univ-montp3.fr/infocom/wp-content/REC-La-communication-non-verbale2.pdf>.
- Zarifian, P.\* (1991) *Objectif compétence, pour une nouvelle logique*. Reuil Malmaison : Editions Liaisons.

## Table des matières

Introduction .....	1
Partie 1 : Le cheminement vers la question de départ .....	3
La situation de départ.....	3
1. Des représentations, des valeurs .....	5
1.1 L' introspection .....	7
1.1.1 De ma vie professionnelle .....	7
1.1.2 De ma vie personnelle .....	8
1.2 Un contexte particulier .....	9
2. Le changement.....	10
2.1 Les étapes du changement.....	11
Partie 2 : Le cadre théorique.....	15
1. La reconnaissance.....	15
2. Cadre de santé.....	15
2.1 Cadre de santé : métier, fonction, profession ? .....	15
2.1.1 Métier.....	16
2.1.2 Fonction .....	16
2.1.3 Profession .....	16
2.2 L'évolution de la profession cadre de santé... ..	18
2.2.1 ... dans la lexicologie .....	18
2.2.2 ... dans la formation .....	19
2.2.3 ... au travers celle des postes occupés.....	20
2.2.4 ... au travers celle du monde hospitalier .....	21
2.3 Définition, rôle et missions .....	22
2.3.1 Qu'est-ce qu'un cadre de santé ?.....	22
2.3.2 Le rôle et les missions du cadre de santé.....	22
2.4 La compétence.....	25
2.5 Ma conception.....	26
3. Le management.....	28
4. Les entretiens exploratoires .....	29
4.1 Le but des entretiens.....	29
4.2 Analyse des entretiens .....	30
5. L'identité .....	34
5.1 L'identité professionnelle.....	36



Partie 3 : Le terrain .....	38
1. Le recueil de données .....	38
1.1 Le choix du terrain .....	38
1.2 Choix des personnes enquêtées .....	39
1.3 Choix du matériel .....	40
1.4 Le guide d'entretien.....	41
1.5 Les conditions de réalisation des entretiens .....	41
2. L'analyse et l'interprétation des résultats .....	42
2.1 Les mouvements transférentiels et contre-transférentiels .....	43
2.2 Lexicométrie.....	44
2.2.1 Les occurrences des termes en lien avec ma problématique .....	44
2.2.2 Le choix des pronoms.....	45
2.3 Entretien 1 .....	47
2.3.1 Représentations de la profession de cadre de santé .....	47
2.3.2 Identification de l'évolution de la fonction .....	49
2.3.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé .....	51
2.3.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien .....	53
2.4 Entretien 2 .....	54
2.4.1 Représentations de la profession de cadre de santé .....	54
2.4.2 Identification de l'évolution de la fonction .....	56
2.4.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé .....	59
2.4.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien .....	60
2.5 Entretien 3 .....	62
2.5.1 Représentations de la profession de cadre de santé .....	62
2.5.2 Identification de l'évolution de sa fonction.....	64
2.5.3 La place de la fonction initiale dans la construction de l'identité cadre de santé .....	65
2.5.4 Analyse réflexive de ma conduite d'entretien .....	68
3. Discussion.....	68
3.1 Des discours résolument féminins, voire féministes ? .....	68
3.2 Devenir cadre de santé .....	69
4. Définitions pour des finitions... ..	76
5. Ce qui pourrait être amélioré .....	77
5.1 Mes difficultés.....	77

5.2 Mes ressources .....	78
6. Et demain ? Ma projection professionnelle .....	78
Conclusion .....	80
Glossaire (par ordre alphabétique).....	83
Liste des références.....	84
Table des matières .....	89



## Résumé

Passer d'infirmière à cadre de santé nécessite de changer de paradigme et de comportements professionnels. Il faut faire le deuil de sa fonction initiale. Pourtant, quelle est, *la* condition pour prétendre « s'inscrire » à une formation au sein d'un IFCS ? L'exercice d'au minimum quatre ans d'une des 14 professions paramédicales... C'est devant ce paradoxe que je me suis demandé : est-il nécessaire de faire fi de mon passé d'infirmière pour me construire en tant que cadre de santé ? Cette interrogation marque le début de ma réflexion. Il m'est apparu, au cours de ce travail, que la spécificité du cadre de santé est effectivement cette appartenance à la communauté soignante qui permet une connaissance globale de la culture du soin.

Se construire en tant que nouveau professionnel, être diplômé en tant que tel ne suffit pas pour se sentir et s'identifier cadre de santé. Seules l'identification et l'identisation permettent cela. Ainsi, la reconnaissance et la présence des pairs permettent la construction d'une nouvelle identité professionnelle.

« La transformation d'un état à un autre », d'infirmière à cadre de santé, est marquée par plusieurs rites de passage. L'écriture du travail d'initiation à la recherche, mais surtout la formation en sont des exemples...

### Mots clés

Cadre de santé – Changement – Formation

Identité professionnelle – Construction identitaire