

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages

et la dialectique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Cadre de santé hors filière:
quand la professionnalisation
ouvre le chemin de la reconnaissance

Sophie GIARD

Directeur de mémoire : Catherine PERRIN

Année 2016-2017

Date de soutenance : le 21 juin 2017

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

Centre de recherche sur l'éducation, les apprentissages

et la dialectique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Cadre de santé hors filière:
quand la professionnalisation
ouvre le chemin de la reconnaissance

Sophie GIARD

Directeur de mémoire : Catherine PERRIN

Année 2016-2017

Date de soutenance : le 21 juin 2017

Mes remerciements s'adressent

A Mme Catherine Perrin, ma directrice de mémoire, qui m'a accompagnée lors de ce cheminement.

Aux 26, pour leur gentillesse et leur soutien et plus particulièrement notre précieux groupe « santé publique ».

A Hervine pour nos « mercredis-bouffée d'air » et nos kms de discussion (j'ai compté, il y en a eu 12 056 !)

A mes parents pour leur soutien logistique.

*A Jérôme et notre petite tribu Raphaël, Julie et Thibault,
nous allons bientôt pouvoir reprendre le cours de notre vie*

« Si tu diffères de moi mon frère, loin de me léser tu m'enrichis »

A. De Saint Exupéry

« Le principe fondamental de l'identification à autrui n'est pas la reconnaissance du bien mais la reconnaissance de soi dans l'autre »

Emmanuel Todd

Sommaire

Glossaire

Introduction.....	1
1 Phase exploratoire.....	2
1.1 Parcours professionnel.....	2
1.2 Questionnements.....	3
1.3 Question de recherche et hypothèses.....	8
2 Cadre conceptuel.....	9
2.1 La professionnalisation.....	9
2.2 L'identité professionnelle.....	15
2.3 La reconnaissance.....	25
2.4 Synthèse.....	37
3 Méthodologie.....	39
3.1 Démarche de recherche.....	39
3.2 Choix des matériaux.....	40
3.3 Choix du terrain.....	41
3.4 Choix de la population.....	41
3.5 Déroulement des entretiens.....	42
3.6 Biais et limites de ma recherche.....	44
4 Analyse et interprétation des données.....	45
4.1 La professionnalisation.....	45
4.2 L'identité professionnelle.....	51
4.3 La reconnaissance.....	58
4.4 Synthèse.....	65
5 Conclusion.....	69
Liste des références bibliographiques.....	72
Table des matières.....	76

Glossaire

AS : Aide-soignante

CHR : Centre hospitalier régional

CHU : Centre hospitalier universitaire

CNRTL : Centre national de ressources textuelles et lexicales

DRH : Direction des ressources humaines

EHPAD : Etablissement d'hébergement des personnes âgées dépendantes

FFCS : Faisant fonction de cadre de santé

IBODE : Infirmière de bloc opératoire diplômée d'état

IDE : Infirmière diplômée d'état

IFCS : Institut de formation des cadres de santé

IGR : Institut de gestion de Rennes

PPH : Préparateur en pharmacie hospitalière

PUI : Pharmacie à usage intérieur

UPC : Unité de préparation des chimiothérapies

Introduction

Ce travail d'initiation à la recherche m'a permis de prendre du recul avant de me lancer dans un nouveau voyage professionnel.

Intégrer la formation de cadre de santé a été un choix affirmé et réfléchi de ma part. J'ai pu mûrir ce projet depuis plusieurs années et je pense que celles-ci étaient nécessaires à la construction de ma nouvelle **identité professionnelle**. C'est donc tout naturellement que j'ai orienté ce travail vers la **professionnalisation** du cadre de santé et sa **reconnaissance**.

L'élaboration de ce mémoire m'a permis de me détacher progressivement de la professionnelle que j'étais en entrant à l'IFCS et de prendre de la hauteur quant au regard que je pouvais avoir sur la posture professionnelle du cadre de santé. C'est en effet un statut particulier que celui du cadre de santé qui se trouve être l'intermédiaire entre les sphères institutionnelles et les professionnels de l'établissement. Je pense qu'adopter le bon **positionnement** ne s'improvise pas et nécessite une **formation**, une **professionnalisation**, qui va permettre au futur cadre de changer **d'identité professionnelle**. Cependant, cette mue devra s'en suivre d'un sentiment de **reconnaissance** afin que le cadre puisse sentir que son nouveau **costume** lui sied et prenne confiance en lui dans son nouveau **rôle** d'encadrant.

Je débiterai ce mémoire en vous exposant ce qui, durant mon parcours professionnel, m'a amenée à me questionner sur la professionnalisation du cadre, son identité professionnelle et la reconnaissance à laquelle il peut prétendre auprès de ses équipes et de sa hiérarchie. Ce cheminement m'a permis d'affiner ma question de départ pour aboutir à ma question de recherche et de poser mes hypothèses. Je développerai ensuite la phase conceptuelle de ce travail en m'appuyant sur les apports que j'ai recensés durant cette appropriation au regard d'ouvrages, d'articles, etc.

Je poursuivrai par la présentation de ma méthodologie de recherche qui sera suivie de l'analyse des entretiens que j'ai menés auprès de différents cadres de santé.

Je conclurai ce travail par une synthèse de cette analyse et une projection professionnelle.

1 Phase exploratoire

1.1 Parcours professionnel

Au regard de mon expérience personnelle et professionnelle, j'ai décidé de porter la réflexion de ce mémoire sur la professionnalisation du cadre de santé, son identité professionnelle et sa reconnaissance par ses pairs, ses supérieurs et les équipes qu'il peut encadrer.

Le métier de cadre de santé est un métier pour lequel j'ai toujours eu une appétence particulière. Mon expérience professionnelle dans le milieu hospitalier a débuté en 2002 après cinq ans d'activité en officine de ville. J'ai commencé par effectuer des remplacements de préparatrices en pharmacie titulaires pendant six mois. Au terme de ces six mois, j'ai passé le concours d'entrée dans la fonction publique hospitalière que j'ai obtenu et qui m'a permis d'intégrer la pharmacie à usage intérieur (PUI) d'un CHU dans le cadre de l'ouverture d'une unité de préparation des chimiothérapies. Cette activité a été pour moi une découverte, tout comme le métier de préparateur en pharmacie hospitalière (PPH) qui est très différent de l'activité officinale. A ce moment, le diplôme de PPH n'existait pas encore et la formation se faisait directement sur le terrain par l'équipe de la PUI (du pharmacien au PPH en passant par le cadre de santé).

Cette unité était située dans une antenne de la PUI, ce qui impliquait l'absence physique de la cadre du service qui avait son bureau dans la PUI du CHU et ne se déplaçait que rarement à l'antenne installée au CHR. Cette absence obligeait l'équipe à se prendre en main et à s'organiser par elle-même.

Très rapidement, j'ai constitué des tableaux permettant l'organisation du service et des tâches de chacun que je transmettais à la cadre du service pour validation. De par cette **prise d'initiative**, la cadre de santé m'a accordé sa **confiance** et petit à petit **délégué des missions** sur le site.

Deux années plus tard, la pharmacienne responsable de l'unité de préparation des chimiothérapies m'a proposé de devenir responsable du centre de formation du CHU pour les préparateurs en pharmacie en formation continue pour le module de reconstitution des anticancéreux. J'ai donc participé à la construction de cette formation avec Mme C.L. Je m'occupais de la préparation des sessions, de l'accueil des stagiaires et de l'évaluation du stage. Je travaillais en lien avec l'Association Nationale des Préparateurs en Pharmacie

Hospitalière qui proposait cette formation. Après quatre ans passés au sein de ce CHU, j'ai demandé ma mutation dans un centre hospitalier plus proche de mon domicile.

Je suis arrivée dans une PUI avec une équipe beaucoup plus restreinte puisqu'elle ne comptait que cinq préparateurs, deux magasiniers, deux secrétaires et trois pharmaciens et demi. Il n'y avait pas de cadre à la PUI mais une PPH **référente**. A son départ en retraite, le pharmacien chef de service, en accord avec la direction des soins, m'a demandé de reprendre ce **rôle**. J'acceptai avec enthousiasme. Cette expérience m'a confirmé mon appétence pour la fonction d'encadrement.

J'aime organiser, gérer, manager et cette première approche du management m'a donné envie d'en apprendre plus.

Quelques années plus tard, la cadre de santé de l'hôpital dans lequel j'ai commencé ma carrière de PPH m'a contactée pour m'informer qu'il y avait un poste dans son établissement et qu'elle souhaitait me recruter. Je mutais donc à l'hôpital où je travaille actuellement.

1.2 Questionnements

Cette cadre est partie à la retraite en septembre 2015. L'établissement subissant dans le même temps un plan de retour à l'équilibre, le poste de cadre de la PUI a été mutualisé avec un autre établissement voisin dont la direction est commune à mon hôpital. La nouvelle cadre est donc sur deux établissements, ce qui a conduit les deux hôpitaux à nommer des référents sur les deux PUI concernées pour pallier à ses absences. Je suis l'une de ces deux référentes.

J'ai été nommée par la cadre de santé et la chef de service de la PUI de mon établissement en accord avec la Coordinatrice des soins et le DRH de l'hôpital. Même si j'étais déjà référente technique de l'équipe, j'ai dû **trouver ma place** au sein de l'équipe des préparateurs en pharmacie hospitalière, intégrer de nouvelles tâches à mon emploi du temps sans avoir pour cela de temps dédié. **M'affirmer** auprès de la hiérarchie de l'établissement, et prouver que l'on avait eu raison de me faire confiance. Bref, **me positionner**.

Ce positionnement n'a pas toujours été facile ; je continuais à faire partie intégrante de l'équipe des PPH et la cadre du service me confiait des missions d'encadrement et de management telles que l'organisation du planning des PPH dont je faisais moi-même partie, la gestion des congés, ... Il a donc fallu que je me légitimise auprès de mes collègues comme

« étant en droit » de le faire, sans qu'elles aient l'impression d'être lésées ou que je m'octroie des avantages. Il en a été de même pour la répartition des congés, des tâches, etc.

Dans son mémoire, N. Lochet¹ (2011) définit la **légitimité** comme un concept qui « *repose sur la capacité d'une personne à faire admettre son **autorité** sur les membres d'un groupe social (...), c'est une **reconnaissance** et un **jugement d'autrui*** » (p23). Cette expérience de référente m'a permis de commencer à entrer dans un **processus** de professionnalisation.

Le CNRTL définit la **professionnalisation** comme un « *état, un caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de devenir professionnel* ». Je pense que le fait de devenir cadre de santé correspond bien à cette définition. En effet, par cette formation, nous devenons des professionnels de l'encadrement, du management.

G. Drevet² (2010) écrit dans la revue Soins cadres que « *professionnaliser le management de proximité à l'hôpital constitue une réelle valeur ajoutée pour la gestion des ressources humaines* » (p50). Selon elle, le cadre doit être en « *capacité de manager une équipe dans une logique transversale institutionnelle* » (p53).

Au cours de cette expérience, j'ai dû apprendre à me **détacher de l'affect** qui me liait à mes collègues PPH tout en restant intégrée à l'équipe et cela n'a pas été chose facile. Pas toujours aisé de faire comprendre à ses collègues que « *oui, j'ai des infos mais je ne peux pas vous les transmettre* », que « *oui je sais que l'on s'est toujours très bien entendues et que des liens se sont créés, mais non je ne peux pas t'avantager par rapport aux autres* », que « *ça n'est pas parce que je suis souvent dans le bureau de la chef de service que je lui fait un rapport de tout ce qui se dit au sein de l'équipe* », etc.

Toutes ces situations ont émaillées cette année et m'interpellent quant à la possibilité de réintégrer la PUI en tant que cadre de santé.

C'est une problématique que nous avons déjà évoquée avec la coordinatrice des soins et le DRH de mon établissement et qui me questionne. En effet, je pense que cela peut me mettre en difficulté par rapport à la gestion de mes émotions. L'équipe de la pharmacie est une équipe restreinte de 10 PPH, 2 secrétaires, 1 aide de pharmacie et 2 magasiniers où les mouvements de personnel sont limités. L'équipe se connaît bien et travaille ensemble depuis plusieurs années ; elle constitue en quelque sorte une famille professionnelle.

¹ Lochet, N. Cadre supérieure de santé

² Drevet, G. Docteur en sciences de gestion, DRH du CH de Givors (69)

Cependant étant issue d'un service médicotechnique, quelles solutions s'offrent à moi à la sortie de ma formation ?

- **Revenir à la PUI et encadrer une équipe de laquelle je suis issue ?**
- **Etre en poste dans un service de soins et prendre en charge des professionnels dont je ne connais pas ou peu le métier et n'ai pas leur expérience ou leur expertise ?**
- **Devenir cadre d'une autre équipe de médicotechniques ?**

Comment instaurer une relation d'autorité ?

Quelles seront leurs réactions lors des premiers conflits ?

Ce questionnement n'est pas unilatéral ; il ne vient pas que des professionnels que j'encadrerai.

Moi, en tant que cadre, comment vais-je réussir à mettre de côté mes émotions et me détacher des relations affectives qui nous liaient ?

Comment trouver le bon positionnement et l'équilibre entre affectif et autorité ?

Si je suis amenée à revenir à la PUI dont je suis issue, comment me détacher des relations qui me liaient à mes collègues pour créer un rapport d'encadrant à encadré ?

J'ai dû pendant cette année de référente commencer à apprendre à me positionner et à prendre en charge une équipe dont je suis issue.

J'étais donc à mon départ pour la formation, susceptible de retrouver cette problématique à l'issue de mon année à l'IFCS, le poste de cadre de santé du service dont je suis issue étant à pourvoir. J'avais donc décidé dans un premier temps d'axer mon travail sur la gestion des émotions et l'intelligence émotionnelle pour pouvoir mieux appréhender ce retour dans une équipe que je connais et qui me connaît très bien. Cela me questionnait déjà sur mon positionnement. Cependant, en début d'année j'ai appris que le poste allait être pourvu par une cadre issue de la filière infirmière avant mon retour, le service le nécessitant. Cette information m'a éclairée quant à mes choix pour mon avenir et m'a amenée vers de nouveaux questionnements. Maintenant que je sais que je ne retournerai pas encadrer des PPH à ma sortie de l'IFCS,

Quelle légitimité aurais-je auprès d'une équipe issue d'une filière différente de la mienne ?

Quel regard porteront sur moi les autres cadres de l'établissement qui sont en grande majorité issues de cette même filière ?

Dans quelle mesure la direction me fera-t-elle confiance pour m'attribuer un service de soins ?

Quelle reconnaissance aurai-je ? De la part des équipes ? De la part de ma hiérarchie ?

Devrais-je prouver que je suis aussi compétente en tant que cadre que si j'étais issue de la filière infirmière ?

Comment pallier à la non expertise des métiers que j'encadrerai ?

Comment affirmerai-je mon identité professionnelle ?

Quelle posture, quel positionnement devrais-je adopter ?

N. Lochet (2012) explique que pour elle, *« cette ouverture modifie les rôles du cadre de santé et de l'expertise soignante et conduit vers un décloisonnement favorable à la collaboration et à la coopération de l'ensemble des professionnels de santé »* (p43).

Cette problématique, la cadre de santé qui va prendre en charge l'équipe de la PUI va elle aussi la rencontrer. Et cela questionne déjà l'équipe. En effet, suite à cette annonce, j'ai pu échanger avec les PPH. Elles m'ont fait part de leur inquiétude : *« tu te rends compte, elle ne connaît pas notre métier, comment va-t-elle faire pour organiser nos plannings alors qu'elle ne sait pas ce que l'on a à faire ni comment on doit le faire ? »*. *« C'est peut-être une bonne chose que ce soit une personne extérieure qui arrive mais ils ne se rendent pas compte de tout ce que l'on fait là-haut (sous-entendu à la Direction). Nous, on a besoin d'elle maintenant et le temps qu'elle comprenne comment on fonctionne, ça va être long ! »*. J'imagine que la cadre de santé qui va reprendre l'encadrement de la PUI doit aussi s'interroger sur sa future équipe et sur les missions qu'elle aura à accomplir.

Les pharmaciens ont eux aussi accueilli la nouvelle avec prudence. L'un d'entre eux m'a confié être inquiet et m'a dit que *« de toute façon, elle vient d'un service très technique, ça va lui manquer, elle ne restera pas longtemps »*.

Je prends aussi pour moi ces questionnements et ces angoisses qui m'ont été partagées. En effet, je me dis que ce sont des inquiétudes que pourront exprimer les équipes de soignants que je serais amenée à manager.

Toutes ces interrogations que j'ai concernant mon avenir sont pour le moment sans réponses mais m'ont conduite à la question de départ de mon travail :

En quoi la professionnalisation du cadre de santé permet-elle la reconnaissance du cadre hors filière ?

Lors de cette année de formation à l'IFCS, j'ai rencontré divers professionnels issus de filières toutes aussi variées. J'ai pu interroger chacun quant à ses représentations de l'encadrement de soignants par des cadres « hors filière ». Les réactions et les réponses sont différentes en fonction de la position hiérarchique des personnes interrogées. Pour ce qui est des étudiants cadres, les représentations évoluent au cours de la formation et des stages. Chacun est amené à reconsidérer ses certitudes et ses représentations au travers des situations rencontrées durant cette année, surtout lors des périodes de stage.

Lorsque j'ai interrogé des professionnels sur le terrain (en particulier lors de mes stages en services de soins), les personnes amenées à être encadrées sont interloquées et expriment une certaine incompréhension de ce système. Cependant, au fil des échanges et des partages, leurs opinions et leurs représentations évoluent. Petit à petit, une richesse émerge des échanges et nos diverses expériences professionnelles se complètent. Cela ne semble leur plus aussi incongru qu'une PPH puisse encadrer des IDE ou des AS...

Du point de vue des personnes hiérarchiquement *au-dessus* du cadre de santé, le discours est à l'opposé : « *bien sûr, une fois que vous êtes cadre, vous pouvez manager n'importe quel professionnel !* ». La coordinatrice des soins de mon établissement appuie ce discours. Elle insiste sur le fait que pour elle, les cadres de santé sont des experts en management et qu'ils doivent laisser l'expertise du soin aux soignants.

Cependant, en règle générale, ce discours est rarement suivi des faits. **Est-ce par frilosité des cadres ou de leur hiérarchie ?**

J'ai rencontré le Directeur des soins d'un centre hospitalier de taille moyenne. Lorsque je lui ai posé la question de l'encadrement d'équipes soignantes par des cadres médicotéchniques, il

m'a répondu que ce n'était pas un souci pour lui. Cependant, à la fin de notre entretien, lorsque j'ai évoqué les postes sur lesquels il serait susceptible de me positionner si je postulais dans son établissement en tant que cadre, il m'a répondu qu'il y aurait des services à éviter. Dans cet hôpital, toutes les équipes soignantes sont encadrées par des personnes issues de la filière infirmière. J'y ai cependant rencontré la cadre supérieure du pôle transversal, issue de la filière infirmière. Les professionnels qu'elle encadre sont donc des personnels de laboratoire, des PPH, des kinésithérapeutes, etc. Lorsque je lui ai demandé si c'était pour elle une difficulté elle m'a répondu ne pas avoir réfléchi à la question auparavant et que cela s'était fait naturellement. J'ai pu en effet remarquer durant cette phase exploratoire que cela semblait ne pas poser question qu'une cadre infirmière manage des personnels médicotecniques mais que la réciproque interpellait. J'ai pu aussi remarquer durant cette année que de nombreux professionnels pensaient qu'il fallait nécessairement être infirmière pour être cadre de santé.

1.3 Question de recherche et hypothèses

Tous ces échanges, ces questionnements et cette phase exploratoire m'ont donc amenée à faire cheminer ma réflexion et évoluer ma question de départ pour aboutir à la question de recherche suivante :

***Qu'est-ce qui conditionne la reconnaissance du cadre de santé hors filière par son équipe ?
Par sa hiérarchie ?***

Pour répondre à cette interrogation, j'ai émis les hypothèses suivantes :

- ❖ **Changer de filière conduit le cadre de santé nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience de son changement de fonction et favorise la prise de recul.**
- ❖ **La reconnaissance de soi suscite la reconnaissance par les autres.**

2 Cadre conceptuel

En lien avec ma question de recherche citée précédemment, je vais donc étudier les concepts suivants : la professionnalisation, l'identité professionnelle et la reconnaissance.

2.1 La professionnalisation

Je vais commencer par aborder le concept de professionnalisation sous différents angles ; après avoir défini ce qu'est la professionnalisation, je reviendrai sur les contours du métier de cadre de santé et sur le processus de professionnalisation.

2.1.1 Qu'est-ce que la professionnalisation ?

Cadre de santé n'est pas un métier auquel on se forme de manière initiale. En effet, on ne peut devenir cadre de santé qu'au travers d'une évolution de carrière, par une professionnalisation. Reinhardt³ (2011) explique que « *cadre n'est pas un métier de base mais constitue une évolution de carrière Les paramédicaux ne peuvent évoluer professionnellement qu'en modifiant leur orientation de départ. C'est donc un tout autre métier que celui d'origine mais consécutif à ce dernier* » (p15). Ce concept a été particulièrement étudié par Wittorski⁴. Selon lui, la professionnalisation est aujourd'hui en plein essor ; elle **permet de finaliser les apprentissages et de mettre en lien savoirs et savoir-faire**. Il estime que la professionnalisation telle que l'on en parle aujourd'hui est apparue au XIXème siècle et la décline sous trois intentions :

- ✓ Le souhait d'un groupe de même profession d'uniformiser ses connaissances et ses pratiques pour les harmoniser, ce que Wittorski appelle la « *professionnalisation-profession* ».
- ✓ Le souhait d'une organisation ou d'une institution de rendre ses professionnels polyvalents, c'est la « *professionnalisation-efficacité du travail* ».

³ Reinhardt, S. Docteur en sociologie

⁴ Wittorski, R. Professeur des universités en formation des adultes, spécialiste des questions relatives aux rapports travail-formation et à la professionnalisation

- ✓ Le souhait de permettre aux professionnels de développer leurs champs de compétences par la formation tout en rendant cette dernière efficiente, c'est la « *professionnalisation-formation* ».

Dans le cas de la professionnalisation des cadres de santé, ces intentions se retrouvent. Particulièrement la « *professionnalisation-formation* ». En sociologie des professions, il existe deux approches de la professionnalisation :

- ✓ L'une anglo-saxonne qui considère que la professionnalisation consiste à passer d'une occupation à une profession comme le décrit Merton⁵,
- ✓ L'autre, française, que Bourdoncle⁶ décompose en cinq formes de professionnalisation : celle de l'activité, du groupe, des savoirs, des personnes et des formations.

Dans leur ouvrage, Pengam⁷ et Sliwka⁸ (2006) qualifient le « *passage du métier d'origine à celui de cadre* » (p4) de santé comme étant l'une des trois possibilités de mobilité pour un cadre de santé : il s'agit là de la mobilité promotionnelle. Selon elles, ce **changement** d'état dû à l'obtention du diplôme suppose d'être prêt au changement et à la prise en charge de nouvelles responsabilités dans un nouveau positionnement. Elles évoquent aussi ce changement comme une prévention contre l'usure professionnelle. En effet, cela peut permettre de répondre à un **besoin de développement personnel**.

Les travaux de Maslow⁹ (1954) hiérarchisent les besoins (annexe 1) que chacun peut avoir pour s'accomplir en tant que personne. Une fois les besoins d'un niveau nourris et réalisés, nous passons au niveau suivant et ainsi de suite. Cela peut être un des moteurs de la professionnalisation et de développement personnel des professionnels. Comme nous l'a évoqué Poulain¹⁰, intervenant à l'institut de gestion de Rennes en matière de développement personnel, pour être un bon manager, il est nécessaire d'avoir une bonne connaissance de soi.

⁵ Merton, R.K. Sociologue américain

⁶ Bourdoncle, R. Professeur de sociologie de l'éducation à l'Université de Lille

⁷ Pengam, M. Cadre supérieure de santé

⁸ Sliwka, C. Cadre supérieure de santé

⁹ Maslow, A. Psychologue

¹⁰ Poulain, O. Maître de conférences associé, IGR de Rennes, coach et médiateur

2.1.2 Qu'est-ce qu'être cadre de santé ?

En quoi consiste la professionnalisation du cadre de santé ? Pour le savoir, il faut revenir quelques années en arrière. En effet, il s'agit dans ce cas et comme le définit Wittorski d'une « *professionnalisation-formation* ». Elle est donc déterminée par une formation qui aboutit à l'obtention d'un diplôme.

Le métier de cadre de santé a été institutionnalisé et légiféré par la création du diplôme de cadre de santé du 18 août 1995. Cottret¹¹ (2010) revient sur cette réforme. Pour lui et d'après cette réforme, « *le cadre n'est pas celui qui fait à la place des autres, ni celui qui fait faire, ... C'est celui qui organise les conditions pour que les autres puissent faire* » (p34). La fonction de cadre de santé vient remplacer les surveillantes initiées pour encadrer les infirmières en 1943. Cependant, ce n'est qu'en 1958 que sont institués les premiers diplômes.

En 1975, est créé le certificat du cadre infirmier. Les formations d'encadrement et de formateurs y sont communes pour les infirmiers. Au début des années 1980, sous l'impulsion des cadres kinésithérapeutes, émergent des réflexions concernant un encadrement pluridisciplinaire mais sans résultat.

Le diplôme de cadre de santé est légiféré par le décret et l'arrêté du 18 août 1995. Selon Cottret (2010), « *la réforme de 1995, c'est le passage du cadre de service au cadre de santé, de l'expertise à la polyvalence et une forte impulsion au décloisonnement favorisant collaboration et coopération* » (p34). C'est en effet l'idée que souhaite établir la création de ce diplôme commun à 14 professions : le décloisonnement de l'encadrement à l'hôpital. Il est d'ailleurs mentionné tel que dans l'arrêté (1995):

la formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en œuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en œuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle.

¹¹ Cottret, Y. Masseur kinésithérapeute, DESS consultant fonction publique hospitalière, délégué général de la MACSF

Le décret du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière établit de manière précise les fonctions exercées par le cadre de santé à l'hôpital et légifère le concours sur titre permettant l'obtention du grade. L'obtention du diplôme est désormais obligatoire pour exercer la fonction. Cela vient donc compléter cette professionnalisation en la finalisant par les conditions d'accès au grade et ainsi une reconnaissance institutionnelle.

Cependant, si l'on s'intéresse aux filières dont sont issus les cadres de santé, on s'aperçoit que ce décloisonnement est encore très théorique. En effet les professionnels de santé représentés de façon majoritaire en IFCS sont issus de la filière infirmière et il est encore rare dans les services de soins de rencontrer des cadres hors filière. Dans son rapport de 2009, Chantal de Singly¹² (2009) fait état que « *les cadres de santé sont constitués à plus de 85% par les cadres infirmiers, sont environ 26400 et représentent près de 60% du total des effectifs des cadres hospitaliers* ».

2.1.3 Peut-on connaître un métier sans en avoir été ?

Dans ce même rapport, C. de Singly (2009) s'interroge : « *Peut-on connaître un métier sans en être ou en avoir été ?* ». Cette question pose le problème de la légitimité pour un cadre issu d'une filière différente de celle des personnes encadrées.

La mission pense qu'il n'est pas impossible de connaître un métier que l'on n'a pas exercé. [...] Dans tous les cas, la tendance générale est à la professionnalisation de l'encadrement par le biais du management. Les missions transversales font ressortir le fait qu'au-delà de leurs spécialisations, les cadres ont de nombreuses préoccupations communes et sont souvent confrontés à des problèmes analogues. Ce partage d'orientations généralistes constitue un socle important, non seulement pour la coopération entre cadres et autres personnels, mais aussi pour la cohésion du groupe cadres (et donc in fine pour la constitution d'une identité professionnelle).

Toutes ces réformes et la création du diplôme ont conduit à la professionnalisation du cadre de santé mais l'ouverture et le décloisonnement des filières restent encore précaires.

¹² de Singly, C. Directrice de l'institut de management de l'EHESP (2009)

2.1.4 Vers la professionnalisation

Cependant, comme nous avons pu le voir précédemment, le métier de cadre a évolué au cours de ces cinquante dernières années et son rôle aussi : d'expert technique, il est devenu manager et ses activités d'aujourd'hui en font un gestionnaire évaluateur.

La professionnalisation du métier de cadre de santé permet à chacun d'acquérir un langage commun et de partager des objectifs. C'est ce que rend possible l'IFCS. Le fait de suivre la formation à l'école des cadres consiste à changer de costume. Elle permet de se professionnaliser, de changer de métier, d'identité professionnelle. C'est une mue. Chaque étudiant conservera sa formation initiale mais sera, en sortant de l'IFCS, cadre de santé. Sa particule changera.

Le CNRTL définit la professionnalisation comme « *un état, un caractère de ce qui est rendu professionnel, le fait de devenir professionnel* ».

Franck Burellier¹³ évoque quant à lui une transition de rôle : pour lui, le cadre effectue une transition entre son métier d'avant et un nouveau rôle professionnel dont les contours sont définis par l'organisation mais pour lequel chacun s'adaptera en fonction de ce qu'il est en tant qu'individu et de l'identité qu'il s'est construite.

Le CNRTL définit la transition comme « *le passage d'un état à un autre* ». C'est en effet le cas lors de l'année d'étude à l'IFCS ; nous entrons en tant qu'infirmière, kinésithérapeute, manipulateur en électroradiologie médicale ou autre et nous sortirons tous avec un même diplôme qui sera celui de cadre de santé.

L'obtention du diplôme symbolise un rite de passage et oblige au changement.

2.1.5 L'enrichissement porté par la complémentarité

Le diplôme n'est cependant pas le seul élément contribuant à notre professionnalisation. Les stages et le contact avec le terrain durant cette année à l'IFCS sont aussi formateurs. Lors des différents stages effectués, certains personnels soignants étaient interpellés par le fait qu'une PPH puisse encadrer des infirmières ou des aides-soignantes. Sans remettre en cause les compétences, ils se sont souvent demandé « *mais comment va-t-elle faire ? Elle ne connaîtra*

¹³ Burellier, F. Maître de conférences à l'IGR de Rennes

pas les métiers des personnes qu'elle encadrera ... ». Cependant, au fur et à mesure du temps et du stage, chacun se rendait compte que les échanges étaient enrichis par le fait de venir d'horizons différents. Cette situation s'est retrouvée quel que soit le terrain de stage, que ce soit en service de soins, dans le milieu médico-social ou en pédagogie. Cependant, il est important de se sentir comme appartenant à un collectif de professionnel et dans le cas présent, un collectif cadre, surtout pour les cadres hors filière afin de ne pas ressentir, ou dans une moindre mesure, la solitude du cadre.

2.1.6 La professionnalisation, un processus

Selon Beckers¹⁴ (2007), « *la priorité des formateurs est l'activité constructive des sujets, leur apprentissage et leur développement, c'est-à-dire en fait leur **transformation identitaire**. Dans le contexte d'une formation professionnalisante, c'est l'identité professionnelle qui est plus particulièrement visée* » (p141). Pour l'auteure, **la formation de base reste la formation initiale**. C'est une **étape très importante de la construction de l'identité professionnelle** de chacun. Elle est constituée de ce que le professionnel est en capacité de faire et des connaissances acquises au cours de ses apprentissages. Cependant, tout cela est complété par les émotions ressenties, l'expression de besoins et les valeurs de chacun.

Pour l'IFCS de Rennes (2016), le mémoire « *constitue un **rite de passage**, faisant passer du métier d'origine à celui de cadre de santé* ». « *L'élaboration du mémoire constitue un processus de professionnalisation en ce qu'elle vise à apprendre à se poser les bonnes questions* » (p8-9). Cette initiation à la recherche qui nous est demandée lors de cette année de transition permet à chacun de se poser pour mener une réflexion sur ses valeurs, ses pratiques, ses représentations et de les remettre en question en changeant de posture.

Pour le sociologue Dubar¹⁵(2000), les salariés « *trahissent leur désir d'être avant tout reconnus par leurs titres, dans l'espace des positions scolaires souvent projeté dans la temporalité de leur formation continue* » (p42). Pour O. Le Rouge¹⁶, un **processus** permet de ressortir avec une **plus-value** du système dans lequel vous êtes entré. Dans le cas des cadres de santé, la formation à l'IFCS représente le système permettant le processus de professionnalisation et la plus-value est le diplôme obtenu à l'issue de la formation.

¹⁴ Beckers, J. Chercheur au Laboratoire de pédagogie expérimentale à l'Université de Liège

¹⁵ Dubar, C. Sociologue, professeur en sociologie à l'Université

¹⁶ Le Rouge, O. Coordonnateur des soins

Cependant, la professionnalisation ne s'arrête pas à l'obtention d'un diplôme. Selon Le Boterf¹⁷ (1997) « *ce que recherchent les salariés, c'est une nouvelle identité professionnelle qui donne un sens aux savoirs et aux compétences qu'ils acquièrent* » (p11). Pour cela ils devront accepter de changer de statut et d'identité, de ne plus être le professionnel expert du service mais un professionnel ayant acquis d'autres compétences et changé de métier.

2.2 L'identité professionnelle

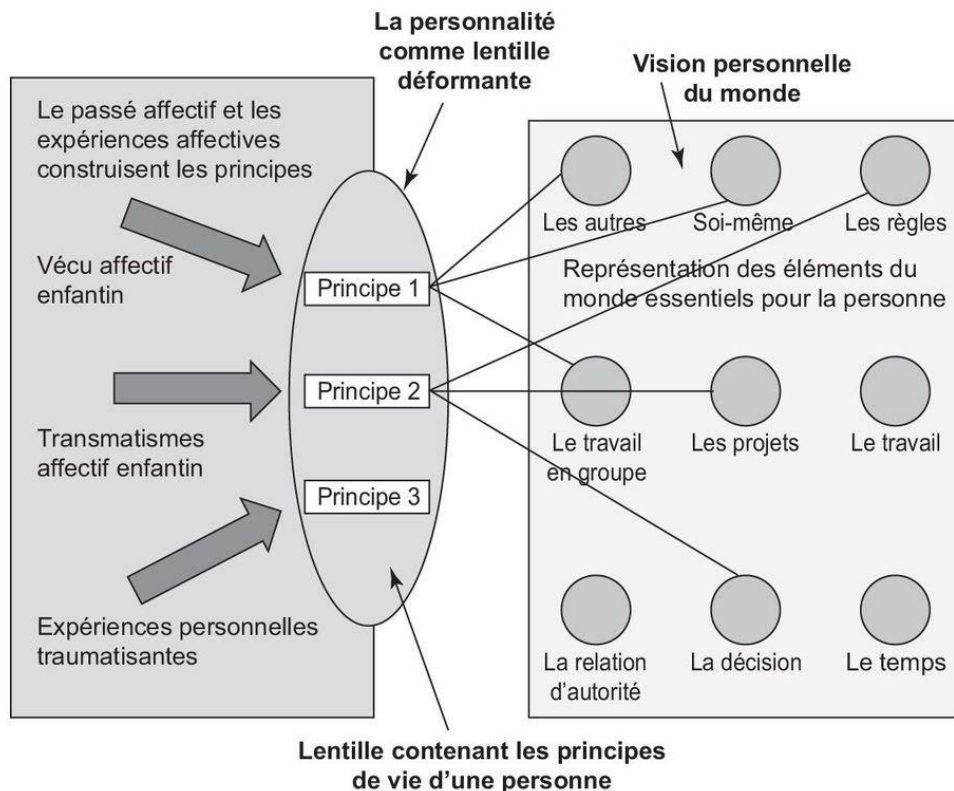
Comme l'affirme Le Boterf, la professionnalisation participe donc à la **construction de l'identité professionnelle** de chacun. Je commencerai par déterminer la personnalité et ce que peut être la construction identitaire. J'aborderai l'identité professionnelle d'un point de vue sociologique et psychologique. Je développerai ensuite le lien entre l'identité professionnelle, l'acquisition de compétences et l'intelligence émotionnelle.

2.2.1 La personnalité

Avant de parler d'identité, il me semble important de commencer par définir la **personnalité**. Pour A. Mucchielli¹⁸ (2012), la personnalité de chacun est le fruit d'une construction. C'est « *le résultat de l'incorporation de très nombreuses expériences et de très nombreux apprentissages* » (p7). D'un point de vue psychologique, « *le vécu affectif et les expériences traumatisantes sont intégrées comme des principes de vie. [...] Ainsi, ces principes colorent toute l'existence de la personne* » (p7). Dans son ouvrage, Mucchielli (2012) propose un schéma permettant de mieux comprendre en quoi tous ces principes de vie ont un impact sur la vision personnelle du monde que chacun peut avoir. C'est ce qu'il appelle le modèle cognitif de la personnalité. Ce schéma nous permet de comprendre par la suite comment les différentes facettes de notre personnalité, constituées de nos identités, sont imbriquées et cohabitent en nous pour faire de nous ce que nous sommes. Il met aussi en évidence le lien avec les autres nécessaire à cette construction.

¹⁷ Le Boterf, G. Docteur en sciences humaines et en sociologie

¹⁸ Mucchielli, A. Professeur d'Université



(p9)

L'être humain est un tout, il a une identité globale qui résulte de l'assemblage de toutes les identités qui peuvent le constituer et est meut par ses émotions. Cependant, comme le montre ce schéma, de nombreux facteurs extérieurs tels que les autres, le travail en groupes, les projets, etc. impactent aussi la construction identitaire.

2.2.2 La construction identitaire

Wittorski appuie ce point de vue et affirme que la professionnalisation doit effectivement se concevoir comme un processus. Elle est **l'aboutissement** d'une construction identitaire individuelle et collective que de nombreux auteurs définissent comme la socialisation des individus.

Loïc Brémaud¹⁹ compare la professionnalisation à une mue qui serait identitaire. Pendant leur mue, les serpents perdent la vue. De la même façon, le professionnel de santé qui se destine à devenir cadre de santé passe par une transition qui peut être symbolisée par l'année à l'IFCS.

¹⁹ Brémaud, L. Maître de conférences en sciences de l'éducation à l'Université de Rennes 2

Pendant cette transition, le professionnel de santé perd la vue. Cela lui permet de prendre du recul pour changer de peau. Quand il y a mue, il y a changement de peau : il faut donc qu'il y ait séparation. Cette mue permet le changement d'identité professionnelle et de se défaire de ses représentations.

Pour Loïc Brémaud, il existe deux types de cadres : les alpinistes et les parachutistes. Les alpinistes ont du mal à se défaire de leur peau ; la mue est difficile. De ce fait, ils ont du mal à acquérir leur légitimité. Leur reconnaissance se fait par la ruse, l'habileté mais surtout par le fait d'être utile à l'équipe en se rendant indispensable à son fonctionnement. Le parachutiste met plus de distance entre lui et ses managés.

Selon Berger²⁰ et Lückmann²¹, il faut distinguer la **socialisation** primaire qui se construit dans l'enfance et qui de ce fait est la construction d'un monde vécu, de la socialisation secondaire qui résulte de **l'appropriation** de savoirs spécifiques, les savoirs professionnels. Cette seconde s'élabore donc tout au long de la carrière professionnelle du socialisé.

Du fait de la mouvance de la vie, ces deux modèles sont en constante évolution et suivent un processus de **construction, déconstruction, reconstruction**. C'est un cercle sans fin de remise en question des apprentissages provoquée par un **renouvellement permanent** des savoirs. Cette idée est proche de celle exprimée par Erickson²² cité par Dubar (2000) pour qui, « *l'identité n'est jamais installée, jamais achevée puisque l'environnement du Moi est mouvant* » (p107).

Le Moi est celui défini par Freud²³ ; il est en permanence en conflit avec le « ça », porteur de nos désirs refoulés et d'émotions fortes ressenties mais non exprimées, et le Surmoi, siège des normes et des interdits sociaux que l'on nous enseigne pendant notre enfance.

D'après Freud, ce sont ces trois principes qui régissent les comportements humains, qu'ils soient conscients ou inconscients. Le Moi est la partie consciente de la personnalité. C'est la partie émergée de l'iceberg à l'instar du ça et du Surmoi qui représentent la partie immergée de notre personnalité.

²⁰ Berger, P. Sociologue et théologien américain

²¹ Lückmann, T. Sociologue, professeur d'Université en sociologie

²² Erikson, E.H. Psychanalyste et psychologue du développement

²³ Freud, S. Neurologue, fondateur de la psychanalyse

2.2.3 Approche sociologique

Ce concept de (re-)construction permanente est aussi exprimé par Dubar (2000) pour qui,

L'identité humaine n'est pas donnée une fois pour toute à la naissance : elle se construit dans l'enfance et, désormais, doit se reconstruire tout au long de la vie. L'individu ne se construit jamais seul : elle dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. L'identité est le produit de socialisations successives. (p15)

La socialisation construit l'identité sociale de chacun. Cependant, cette identité sociale s'acquiert et est à distinguer de la construction de l'identité primaire définie par Berger et Lückmann. Dubar (2000) évoque essentiellement la **construction par la socialisation** professionnelle rendue complexe dans le contexte actuel d'accès à l'emploi. Selon lui,

l'emploi conditionne la construction des identités sociales ; parce qu'il connaît des changements impressionnants, le travail oblige à des transformations identitaires ; parce qu'elle accompagne de plus en plus toutes les modifications du travail et de l'emploi, la formation intervient dans des dynamiques identitaires bien au-delà de la période scolaire (p16).

Durkheim²⁴ (1968) définit l'éducation comme « *la constitution d'un état intérieur et profond qui oriente l'individu dans un sens défini pour toute sa vie* » (p38). Pour certains auteurs, la socialisation est un processus d'inclusion, d'incorporation des êtres humains dans des groupes, systèmes et/ou des classes sociales. Pour Berger et Lückmann cités par Dubar (2000), « *chaque acteur ne se définit pas seulement en fonction des partenaires actuels [...] mais aussi en fonction de sa trajectoire personnelle et sociale* » (p11). Ce point de vue établit de ce fait deux axes d'identification d'une personne :

- L'axe synchronique qui prend en compte le contexte, l'environnement, les événements extérieurs sur lesquels nous n'avons pas de pouvoir.
- L'axe diachronique qui est un axe subjectif basé sur les émotions et lié à l'histoire et au vécu de chacun (la socialisation primaire).

²⁴ Durkheim, E. Sociologue

Pour Kaufmann²⁵ (2004), « *l'identité n'est pas qu'une question personnelle et privée : elle redéfinit l'ensemble de la question sociale* » (p200). Cependant, cette liberté de se construire différent est très liée à l'environnement et aux ressources dont chacun dispose. Cela crée donc des inégalités sociales. Selon l'auteur, « *la faiblesse des ressources limite la quantité et la variété des soi possibles* » (p206). Chacun aura donc à sa disposition un nombre de « soi » plus ou moins important pour construire son identité et jouer avec ses constructions. Selon Dumora²⁶ & al. (2008), cités par Bardou²⁷ & Oubrayrie-Roussel²⁸ (2014)

l'identité est rendue possible par la socialisation mais elle n'est cependant jamais donnée, elle est toujours construite et à (re)construire dans une incertitude plus ou moins longue et plus ou moins durable. Elle est construite par le récit de soi dans des formes identitaires. (p73)

C'est dans le fait de n'être jamais achevée, toujours réévaluée, que la construction identitaire de chacun est aussi un processus.

2.2.4 Approche psychologique

L'identité globale de chacun est donc la résultante de plusieurs identités qui nous constituent. Ses facettes sont multiples. D'après les multiples études réalisées en psychologie, la construction identitaire se réalise dès le plus jeune âge avec une période charnière qu'est l'adolescence où l'on prend pleinement conscience du soi. C'est Erikson qui, dans les années soixante, a été le premier à définir rigoureusement l'identité. Dans sa description, il montre l'existence d'une **cohabitation étroite chez un même individu entre l'identité pour soi et l'identité pour autrui**, entre ce qui touche la personne elle-même et **la considération qu'elle s'accorde et ce que la société lui renvoie**. Selon Bardou et Oubrayrie-Roussel (2014),

l'estime de soi est une dimension capitale de l'identité car elle a des retentissements sur le comportement, intervenant de façon prépondérante dans l'adaptation psychosociale d'un sujet, sur son humeur, sa personnalité, sur sa capacité à faire face au stress et son épanouissement personnel. (p122).

²⁵ Kaufmann, J-C. Sociologue, directeur de recherche au CNRS

²⁶ Dumora, B. Maître de conférences en psychologie

²⁷ Bardou, E. Docteur en psychologie du développement

²⁸ Oubrayrie-Roussel, N. Maître de conférences en psychologie du développement

Le concept d'identité renvoie donc à un rapport à soi-même en fonction de nos perceptions, de nos représentations, de nos croyances, etc. Cela permet de dessiner les contours de ce qui nous caractérise et ainsi de se situer par rapport à ceux qui nous entourent que ce soit dans la sphère familiale, amicale ou professionnelle.

C'est pour Rodriguez-Tomé²⁹ (1980), « *l'ensemble de concepts ou de termes que le sujet utilise et dont il se pose comme référent lorsqu'il se pense lui-même, lorsqu'il cherche à se définir, lorsqu'il est amené, en somme, à répondre à la question « qui suis-je ? »* » (p48). Lorsqu'elle n'est pas menacée par des interrogations, notre identité s'impose à nous comme une évidence. Elle est remise en cause lorsque nos valeurs sont questionnées par des situations qui nous interpellent. Notre modèle est alors remis en cause et nous déstabilise. Selon Marc³⁰ (2005), la construction de l'identité est « *un processus dynamique qui résulte d'un ensemble de processus étroitement intriqués* » (p3). Il dénombre ainsi cinq processus qu'il définit de la manière suivante :

- « *un processus d'individualisation, ou de différenciation* » qui apparaît surtout au cours de l'enfance. Petit à petit, l'enfant prend conscience de son existence et se différencie des autres.
- « *un processus d'identification* » par lequel l'individu trouve des moules et des modèles pour façonner les contours de son identité dans les différentes sphères de sa vie.
- « *un processus de valorisation narcissique* » : l'individu apprend à s'aimer, à apprécier ce qu'il fait et ce qu'il est. C'est la base de la construction de l'amour propre duquel découleront la confiance en soi, l'estime de soi, etc.
- « *un processus de conservation* » qui permet une continuité de son existence et de son appropriation du soi en fonction de son histoire.
- « *un processus de réalisation* » qui permet à chacun d'envisager l'avenir autrement que par un renouvellement des expériences passées mais en poursuivant un idéal, des rêves ou des ambitions. C'est un processus qui évolue par l'accomplissement.

Ces différents **parcours** de **construction** sont **dynamiques** car la stabilité de leur équilibre est très précaire et nous obligent continuellement à travailler pour conserver cet équilibre. Cette idée est également celle défendue par Bardou et Oubrayrie-Roussel (2014) pour qui

²⁹ Rodriguez-Tomé, H. Psychologue

³⁰ Marc, E. Psychologue, professeur en psychologie

l'identité est dynamique en soi car elle suppose la recherche et/ou le maintien d'un équilibre, souvent instable mais qui permet la prise de divers rôles et la diversité des perceptions de soi selon les situations auxquelles la personne doit constamment s'adapter. Malgré les changements vécus, la construction identitaire tend à l'unicité et à la cohérence de soi (p40).

2.2.5 Identité professionnelle et acquisition de compétences

Selon Le Boterf (1997), la **reconnaissance de la qualification** « donne le droit à la personne de mettre en œuvre ses capacités sous forme de compétences » mais « cela ne signifie pas qu'elle soit compétente » (p22). Il considère que l'identité **professionnelle se construit au travers de l'exercice d'un métier**. Selon lui, « celui qui maîtrise un métier possède un ensemble de savoirs et savoir-faire spécifiques, éprouvés par l'expérience. C'est le corps de ces savoirs qui fonde l'identité professionnelle » (p22). Les **compétences** sont donc les **capacités** que nous avons dans le fait de mettre en œuvre nos savoirs en les combinant d'abord entre eux puis avec les autres.

Un individu construit son identité professionnelle et mobilise ses compétences dans un contexte ; il n'est donc pas possible d'ignorer ceux avec qui nous sommes amenés à évoluer tout au long de notre parcours professionnel. Cousinet³¹, cité par Le Boterf (2001), et Osty³² (2003) appuient cette théorie en affirmant réciproquement que « savoir ce n'est pas posséder, c'est utiliser » (p57), et que « l'habilitation confirme chaque agent dans sa fonction et représente une forme de reconnaissance effective des compétences par les pairs » (p 86). Selon Anne Joyeau³³, dans le domaine de la santé, les contours de l'identité au travail sont connus. L'organisation peut permettre de définir ces contours. Cependant, **il faut donner du sens à l'action et fixer des points de repères**. Cela peut se faire au travers de l'exploitation de ce que chacun sais faire, par la mobilisation de ses compétences pour définir les contours de son identité professionnelle.

³¹ Cousinet, R. Pédagogue

³² Osty, F. Professeure affiliée à Sciences Po Paris, Chercheure au LISE (Laboratoire Interdisciplinaire pour la Sociologie Economique) - CNRS/CNAM

³³ Joyeau, A. Maître de conférences à l'IGR de Rennes

2.2.6 Identité professionnelle et intelligence émotionnelle

2.2.6.1 définitions

Chacun ressent des émotions. C'est le propre de l'individu, ce qui le distingue d'un objet ou d'un animal. Les émotions au sens étymologique sont ce qui nous meut, ce qui nous met en mouvement vers l'extérieur. **L'émotion se traduit par la mise en mouvement** de ce que nous ressentons.

L'émotion n'est pas un état purement intérieur mais un mouvement de l'âme et du corps qui fait sortir de soi le sujet qui l'éprouve. Dans le dictionnaire des concepts clés, les émotions sont des « *réactions subjectives à l'égard du milieu, accompagnées de réponses hormonales et neurovégétatives, éprouvées en général comme agréables ou désagréables et tenues pour des réactions adaptatives qui affectent notre façon de penser* ».

Il existe deux approches : **l'approche centrale** défendue par Cannon³⁴ et **l'approche périphérique** de James³⁵. L'approche centrale affirme que les émotions s'articulent sur le continuum inné « douleur vs plaisir » dont les supports physiologiques sont implantés dans les couches profondes du cerveau : nous fuyons parce que nous avons peur. L'approche périphérique affirme que l'émotion serait provoquée par la phase de conscience de certaines réactions corporelles : nous avons peur parce que nous fuyons.

Daniel Goleman³⁶ (1998) a popularisé l'intelligence émotionnelle. Selon lui,

l'intelligence émotionnelle ne consiste pas à donner libre cours à ses sentiments, à se défouler. Elle signifie plutôt qu'on gère ses sentiments de manière à les exprimer de façon appropriée et efficace afin de permettre aux autres de collaborer harmonieusement aux objectifs communs (p16, T2).

Il détermine suite à cela quatre concepts qui servent d'indicateurs au développement de notre intelligence émotionnelle cités par Balducci³⁷ & Penot³⁸ (2015, p31):

³⁴ Cannon, W. Physiologiste américain, professeur à la Harvard Medical School

³⁵ James, W. Psychologue et philosophe américain

³⁶ Goleman, D. Psychologue américain

³⁷ Balducci, R. Consultante et formatrice en management et conduite du changement

³⁸ Penot, J-L. Universitaire

- ❖ *la conscience de soi est la capacité à comprendre ses émotions [...], à les utiliser pour guider ses décisions,*
- ❖ *la maîtrise de soi consiste à maîtriser ses émotions et impulsions et à s'adapter à l'évolution de la situation »,*
- ❖ *la conscience sociale englobe la capacité à détecter et à comprendre les émotions d'autrui et à y réagir,*
- ❖ *la gestion des relations [est] la capacité à inspirer et influencer les autres tout en favorisant leur développement, et à gérer les conflits.*

Les fondateurs du concept que sont Salovey³⁹ et Mayer⁴⁰ en 1990, cités par Kotsou⁴¹ (2016), définissent l'intelligence émotionnelle comme « *une forme d'intelligence qui suppose l'habileté à contrôler ses sentiments et émotions et ceux des autres, à faire la distinction entre eux et à utiliser cette information pour orienter ses pensées et ses actions* » (p21). Contrairement au quotient intellectuel, le quotient émotionnel est en constante évolution et se développe au fur et à mesure que notre expérience de vie nous construit. Selon Goleman, cette évolution perpétuelle de notre quotient émotionnel peut s'apparenter à ce que l'on appelle communément la **maturité**.

L'influence de l'intelligence émotionnelle peut donc être beaucoup plus importante que celle de l'intelligence rationnelle au cours de notre vie.

2.2.6.2 L'impact sur la construction de l'identité professionnelle

Si l'on part de ce principe et qu'on le ramène à la construction de l'identité professionnelle, il apparaît évident que **chacun se construit avec ce qu'il ressent** y compris dans la sphère professionnelle. Nous passons une grande partie de notre existence sur notre lieu de travail et chaque jour porte son lot d'émotions. En 1983, Gardner⁴² s'oppose au fait qu'il n'existerait qu'une intelligence et définit huit catégories principales d'intelligence dont deux sont liées à la personnalité humaine et s'appuient sur la compréhension que chacun a de lui-même et des autres. C'est ce qu'il nomme l'intelligence multiple. Ces intelligences sont évolutives et chacun choisit le chemin qu'il lui fera suivre.

³⁹ Salovey, P. Psychologue social américain

⁴⁰ Mayer, J-D. Psychologue américain

⁴¹ Kotsou, I. Chercheur en psychologie des émotions

⁴² Gardner, H. Psychologue du développement américain

La nature des émotions que nous ressentons impacte nos capacités et nos motivations. En effet, les émotions positives vont nous pousser à aller de l'avant, nous donner l'envie alors qu'une émotion négative aura plutôt tendance à nous ralentir dans notre progression ou dans la manière que nous aurons de mener nos projets. Il est donc nécessaire de mobiliser nos compétences émotionnelles de base que Kotsou (2016) définit selon le modèle suivant :

1. Identifier les émotions chez soi et chez les autres
2. Exprimer ses émotions et faciliter l'expression d'autrui
3. Comprendre son vécu émotionnel et celui d'autrui
4. Réguler les émotions au niveau personnel et relationnel
5. Utiliser positivement les émotions pour soi et dans les relations

« Apprises très tôt dans l'enfance, les compétences émotionnelles deviennent partie prenante du répertoire comportemental de l'individu dans ses relations avec l'environnement » (p147).

C'est en cela que **nos émotions participent à la construction de ce que nous sommes** en tant qu'individu et à élaborer nos identités personnelles et professionnelles.

2.2.6.3 L'impact sur la façon de manager

Les dispositions émotionnelles dans lesquelles nous sommes et dans lesquelles peuvent être les personnes que le cadre de santé manage ont une grande importance sur la façon dont seront remplis les objectifs et sur la motivation de chacun. Plus la pensée et les émotions seront positives, mieux les messages passeront et plus la motivation sera importante. De ce fait, moins il sera difficile d'atteindre l'objectif fixé. Durant de nombreuses années, les émotions ont été considérées comme une preuve de faiblesse ; il fallait donc les dissimuler. Aujourd'hui, elles sont reconnues comme des compétences indispensables pour évoluer dans un environnement qui ne cesse de changer. Différentes recherches en psychologie des émotions et en neurobiologie ont montré que les émotions sont liées à notre capacité à prendre des décisions, gérer des relations et faire preuve de leadership. Pour Kotsou, l'intelligence émotionnelle permet de prendre en compte des dimensions et des compétences nouvelles qui ont été longtemps ignorées ou sous-estimées. Dans son ouvrage *Intelligence émotionnelle et management* (2016), il répertorie les qualités qui lui semblent requises pour mener un **management émotionnel** intelligent. Selon lui, il est nécessaire

- d'être authentique en étant en harmonie avec son vécu et donc avec soi-même,
- d'accepter ses émotions pour en avoir une gestion plus efficace,
- de porter une attention aux expressions positives et d'en favoriser ainsi l'expression,
- de montrer des signes de reconnaissance en relevant plus les réussites que les échecs
- de faire preuve de partage et d'ouverture en étant à l'écoute des membres de l'équipe ce qui permet à chacun de se positionner,
- de savoir gérer les conflits afin d'éviter une dégradation de la situation,
- de prendre des décisions, ce qui sera facilité par la conscience qu'il aura de ce qu'il ressent,
- de résoudre les problèmes en prenant chaque expérience comme un apprentissage.

Pour Kotsou (2016), « *les émotions sont contagieuses ; l'émotion vécue par le manager a un impact sur son équipe, ses collègues, les personnel et donc sur l'ensemble de l'organisation* » (p146). Dans son ouvrage, il décline toutes les compétences qui peuvent être développées et mobilisées par un manager qui serait **à l'écoute de ses émotions** et se servirait de ce qu'elles lui apprennent sur lui et son équipe. Utiliser l'intelligence émotionnelle en management peut permettre par ses conséquences de construire une organisation émotionnellement intelligente par un effet boule de neige auprès de tous les membres de cette organisation. La direction étant décisionnaire, le changement doit venir d'elle. Ce nouveau mode de management permettra alors une plus grande implication de chacun des membres de l'organisation et l'expression de la reconnaissance de chacun. Selon Burgat⁴³ (2016), il est nécessaire à l'heure actuelle de considérer « *les émotions au travail pour ré-enchanter nos organisations, (afin de concilier bien-être et efficacité* » (p217).

2.3 La reconnaissance

La considération de nos émotions permet à chacun d'entre nous de prendre conscience de son existence et de se mouvoir au gré de ses ressentis. Parmi ces derniers, **la reconnaissance est un pilier important de notre construction**. Pour développer ce concept, je commencerai par une approche philosophique du Soi ; je poursuivrai en faisant le lien entre reconnaissance et légitimité et une approche sociologique. Je terminerai en abordant l'estime de soi qui est un corollaire de la reconnaissance.

⁴³ Burgat, P-M. Consultant, coach et psychologue

2.3.1 Approche philosophique : Le Soi dépend d'Autrui

Dans la définition de l'identité, il faut distinguer **l'identité pour soi de l'identité pour autrui**. Celles-ci sont indissociables mais éternellement en conflit. Laing⁴⁴ (1971) définit ce paradoxe de la façon suivante : « *Inséparables puisque l'identité pour soi est corrélative d'Autrui et de sa reconnaissance (je ne sais pas qui je suis sans le regard d'autrui) et problématique car l'expérience de l'autre n'est jamais vécue par soi* » (p29).

Kaddouri, De Villiers, Barbier et Bourgeois (2006) citent Hegel⁴⁵ Dans *la Philosophie d'Iéna*. Il y définit l'identité comme étant le **résultat d'une reconnaissance réciproque** c'est-à-dire la « *connaissance de ce que l'identité du moi n'est possible que grâce à l'identité de l'autre qui me reconnaît, identité elle-même dépendant de ma propre connaissance* » (p32).

Le sentiment d'appartenance à un groupe peut permettre aux nouveaux cadres de se sentir reconnus par leurs pairs et non pas simplement grâce à l'obtention du diplôme. Dans *Le désir de métier, engagement, identité et reconnaissance au travail*, Osty (2003) écrit que « *le système de la planche constitue le point de passage obligé d'un métier à un autre* » (p81). Elle définit le parcours professionnel de chacun comme établi par l'acquisition de compétences. Ces acquisitions représentent des étapes et le passage d'une étape à une autre se fait par le passage d'une planche.

Cette planche constitue « *un moment décisif dans leur **progression professionnelle** dans la mesure où à chaque niveau se rejoue la spirale de la construction de compétences* » (p80).

L'année à l'IFCS et l'obtention du diplôme de cadre constituent une planche vers de nouvelles compétences. Les étudiants cadres étaient experts dans les métiers qu'ils exerçaient jusqu'à présent et pour lequel ils avaient acquis des compétences. Ce passage de planche et le fait d'intégrer de nouvelles compétences et connaissances devront ensuite être reconnus pour qu'ils se sentent légitimes dans leurs nouvelles fonctions.

Le CNRTL définit l'étymologie de la reconnaissance comme l'« *action de se faire reconnaître [aux fins de ralliement], un ralliement* ». Cependant la définition de ce concept en psychologie serait **d'accorder une identité**. Pour le Larousse, c'est « *l'action de reconnaître quelque chose comme légitime* ».

⁴⁴ Laing, R. Psychiatre

⁴⁵ Hegel, G. Philosophe allemand

Durant de nombreuses années, les cadres de santé ont exercé sans diplôme reconnu. Beaucoup d'entre eux étaient arrivés à leur poste « au mérite » ou à l'ancienneté.

De ce fait, chacun à leur façon, ils se battaient voire même se débattaient pour être reconnus par les autres cadres de santé diplômés, qui étaient néanmoins leurs collègues. Ils pouvaient alors être revendicatifs quant à leur statut et mal à l'aise dans leur fonction. Toutes ces revendications peuvent contribuer à leur faire perdre la confiance des équipes. Souvent, le cadre se retrouve aussi exclu du collectif cadre de son établissement. Le fait de toujours se justifier auprès des équipes finit par les faire douter quant aux compétences de manager du cadre.

A l'occasion de l'une de ses interventions à l'IFCS, Isabelle Ganon⁴⁶ nous a expliqué que le fait de justifier de ses actes contribuait à faire preuve d'un manque de confiance en soi. Ce manque de confiance en soi est ressenti par l'interlocuteur qui, de ce fait, hésite lui-même à faire confiance à cette personne. C'est alors un cercle vicieux qui s'installe.

La relation de confiance nécessaire à la reconnaissance qui permet d'acquérir la légitimité de la position de chacun ne s'établit pas.

Loïc Brémaud a évoqué ce concept de reconnaissance. Selon lui, cela consiste à **encourager l'effort et à le valoriser**. Cette conception met bien en avant le fait que la reconnaissance est **bivalente** : elle est accordée en contrepartie d'un travail accompli. Il y a donc instauration d'un **lien** au travers d'un échange. *Fais ce que j'attends de toi du mieux possible, si cela correspond à mes attentes, je te donnerai ma reconnaissance en retour*. C'est aussi ce qu'exprime Dejours⁴⁷ pour qui la reconnaissance est une **forme de rétribution** pour la personne qui s'investit dans son travail. Cette rétribution est attendue par le salarié et lui permet de construire son identité professionnelle.

Dans la revue Sciences humaines, Renault⁴⁸(2006) explique que selon Honneth⁴⁹, « *l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance* » (p36). Selon lui, **nous nous construisons, nous nous approprions notre identité au travers du regard des autres** et de la reconnaissance qu'ils nous accordent. « *C'est la raison pour*

⁴⁶ Ganon, I. Docteur en stratégie et titulaire d'un DESS d'administration des entreprises, coach en énergie relationnelle

⁴⁷ Dejours, C. Psychiatre, psychanalyste et professeur de psychologie français, spécialiste en psychodynamique du travail et en psychosomatique.

⁴⁸ Renault, E. Philosophe, maître de conférences

⁴⁹ Honneth, A. Philosophe sociologue allemand

laquelle nous restons toujours en attente de reconnaissance dans les interactions sociales » (p36). Honneth va même plus loin en affirmant que c'est le propre de l'homme que de ne pouvoir développer sa confiance en lui, d'affirmer son identité propre que s'il perçoit une reconnaissance de la part de ses semblables. Dans l'ouvrage rédigé sous la direction d'Alain Caillé⁵⁰ (2007), Trigano⁵¹ écrit que « *la reconnaissance est toujours normative et normalisatrice. Elle relève d'un jugement de valeur* » (p150). Selon lui,

toute reconnaissance identifie, c'est-à-dire qu'elle assigne le sujet à une identité avec lui-même à laquelle il ne peut échapper. Si toute demande de reconnaissance ne peut concerner qu'une identité, plus généralement toute identité est en rapport avec une collectivité. De quoi l'identité est-elle constituée en effet si ce n'est de représentations collectives ? (p151)

L'individu a besoin d'être reconnu par un collectif et d'avoir un sentiment d'appartenance. Cet aspect est décrit par Renault (2006) : « *Pour préciser le sens de cette thèse, A. Honneth met en rapport trois formes de reconnaissance avec trois formes de rapport positif à soi, eux-mêmes distribués dans trois sphères sociales distinctes* » (p36).

La première d'entre elles est la sphère de l'intimité au sein de laquelle, l'amour et l'amitié permettent de développer **la confiance en soi**. Vient ensuite la sphère portant sur les rapports que nous avons avec la justice. La reconnaissance est alors dépendante des droits qui nous sont accordés. Cette sphère permet de développer le **respect de soi**. La dernière des sphères concerne « *la contribution de nos activités individuelles au bien de la société* » (p36). La reconnaissance acquise dans cette sphère permet de développer **l'estime de soi**. Ces trois **rapports à soi permettent à chacun de se construire et de trouver sa place** dans la société et dans son environnement professionnel. En effet si chacun a confiance, respect et estime de soi alors, les relations entre chacun sont plus aisées. D'après Osty (2003),

la reconnaissance s'effectue à l'intérieur de chaque individu et sert de support à la réassurance. C'est par la prise de conscience que l'expérience est positive pour l'individu que l'on mesure son propre seuil de compétence et sa capacité à gérer sa peur (p81).

⁵⁰ Caillé, A. Sociologue

⁵¹ Trigano, S. Sociologue, philosophe et enseignant universitaire français

Le fait de se sentir reconnu permet à chacun de développer ses compétences en osant prendre des initiatives et en étant force de proposition. Ricœur⁵² hiérarchise la reconnaissance de la manière suivante :

- ✓ l'objectivité, qui concerne la reconnaissance d'un objet,
- ✓ la subjectivité, qu'il identifie comme la reconnaissance de soi-même,
- ✓ et l'intersubjectivité qui est de l'ordre de la reconnaissance mutuelle.

Marc (2005) met en lien la reconnaissance et l'identité que chacun se construit. Pour lui, il existe un lien indéfectible entre la conscience de soi et la reconnaissance d'autrui.

Chacun recherche chez les autres l'approbation et la confirmation de ce qu'il est ou souhaite être ; mais, plus essentiellement, parce que le sujet n'accède à la conscience de son identité que dans un rapport à autrui où il dépend intrinsèquement de l'autre pour sa propre définition (p169).

C'est ce lien que le cadre devra établir avec son équipe afin de pouvoir prendre toute sa place. Il pourra mesurer l'impact de cette reconnaissance en l'accordant lui aussi aux professionnels qu'il sera amené à encadrer.

2.3.2 La légitimité

2.3.2.1 définition

Elle est **rendue possible par la reconnaissance** ; en effet, celle-ci permet une affirmation de soi et un positionnement. Selon Trigano (dir Caillé, 2007),

***La reconnaissance est un facteur de légitimation.** La légitimation inscrit un élément auparavant externe dans un système de valeur. (...) Reconnaître quelqu'un c'est donc inscrire sa singularité dans un ordre global, où il prend sens. C'est ce système cohérent dans lequel tous les éléments constitutifs sont interdépendants et donc interchangeables que l'on désigne dans la notion d'universel (p150).*

Le CNRTL définit la légitimité comme une « *qualité, un état de ce qui est légitime, conforme au droit, à la loi. Conformité de quelque chose, d'un état, d'un acte, avec l'équité, le droit*

⁵² Ricœur, P. Philosophe

naturel, la raison, la morale ». Tout nouveau professionnel est en recherche de légitimité. Le diplôme permet d'obtenir un statut, de légitimer l'acquisition de connaissances mais les compétences s'acquièrent aussi et surtout par l'apprentissage qui s'effectue sur le terrain. Les mises en situation et les réactions face aux problèmes permettent de se légitimer aux yeux des personnes encadrées en fonction de la réponse apportée et de l'apport d'une réponse adaptée. Dans son ouvrage, Capo-Chichi⁵³ (2011) pose la question de la reconnaissance et de la légitimité des encadrants de la manière suivante :

Faut-il exercer le même métier pour se comprendre ? Cela facilite la compréhension ... [...] mais ce n'est pas toujours le cas. Inutile de vous faire passer pour ce que vous n'êtes pas. Votre propre expertise, votre valeur ajoutée, c'est le management, votre aptitude à coordonner le travail de plusieurs personnes ». (p49-50)

Pour Christelle Capo-Chichi (2011, p51),

la légitimité ne vient pas uniquement des compétences techniques mais de la capacité à mettre en musique, faire fonctionner ensemble toutes les professions de l'entreprise avec une certaine synergie d'action. Ne pas pratiquer la même profession ne vous empêche en rien d'exercer les fondamentaux du management.

C'est en cela qu'elle dépendra aussi de la personnalité de chacun et des relations interpersonnelles qui se seront créées.

2.3.2.2 Approche sociologique

C'est aussi ce qu'exprime Weber⁵⁴ dans son ouvrage *Economie et société* publié à titre posthume. Il y explore les concepts d'autorité et de gouvernance. En 1920, il établit le modèle de la bureaucratie pour aider à la réflexion des organisations et rationaliser le travail. Celle-ci suit dix principes qui doivent être appliqués par les employés de l'entreprise (p 290 à 295) pour correspondre à ce modèle. Le petit Robert définit la gouvernance comme étant « *la manière de gouverner, l'exercice du pouvoir pour gérer les affaires nationales, et la méthode de gestion d'une entreprise* ».

⁵³ Capo-Chichi, C. Animatrice de rencontres littéraires et de forums professionnels, auteure de guides professionnels

⁵⁴ Weber, M. Economiste sociologue allemand

Weber (1922) relie la gouvernance à l'autorité et surtout à sa légitimité. Selon lui, il existe 3 types de « *domination légitime* » (p289). La domination charismatique, la domination traditionnelle et la domination rationnelle ou rationnelle-légale. Chaque employé réagira de manière différente aux ordres donnés suivant le leader qui les aura exprimés. Weber (1922) définit ce système de domination comme « *un caractère reposant sur la croyance en la légalité des règlements arrêtés et du droit de donner des directives qu'ont ceux qui sont appelés à exercer la domination par ces moyens* » (p289).

Dans le cas de la domination rationnelle, les employés obéissent non pas à une personne mais à des directives données par une hiérarchie en suivant des règles et des procédures. Selon Weber, ce système rend les organisations plus efficaces. Le cadre de santé a pour mission de transmettre et de faire appliquer aux équipes les directives exprimées par sa hiérarchie. C'est donc, si l'on suit le modèle de Weber, une **domination rationnelle** qui n'empêche cependant pas au cadre de santé d'être charismatique ; en effet, cela pourra être une qualité supplémentaire qui lui permettra de rendre son autorité légitime.

Crozier⁵⁵ a aussi beaucoup étudié la notion de pouvoir dans le développement de la sociologie des organisations. Selon lui, le pouvoir est la conjonction du charisme et de la légitimité. Il définit le charisme comme une capacité à argumenter et à convaincre et parle de **pouvoir informel** comme d'un pouvoir de résistance. C'est un pouvoir qui serait porté par des personnes charismatiques qui n'ont pas de position dans la ligne hiérarchique ou de fonction d'autorité. De ce fait, **l'organisation est un lieu de confrontation des pouvoirs** entre le pouvoir informel et le pouvoir formel.

C'est pourquoi la légitimité et la reconnaissance des personnes ayant autorité et à qui l'on confie le pouvoir sont indispensables afin de **fixer des repères**.

2.3.3 L'estime de soi

L'estime de soi est une valeur très importante de la construction de notre identité. Ce concept est une conséquence du respect. C'est donc une valeur essentielle pour bien vivre avec les autres.

⁵⁵ Crozier, M. Sociologue

2.3.3.1 Approche psychologique

L'estime de soi est une construction, une évolution de chacun, en fonction de ses expériences de vie, de son environnement et des comparaisons sociales. Selon Balducci et Penot (2015), « ***tout est question d'équilibre. Une bonne estime de soi correspond à un épanouissement relationnel et un bien-être personnel*** » (p16).

Au XVIIIème siècle, la notion de dignité de la personne apparaît. Dans son ouvrage *Du contrat social*, Jean-Jacques Rousseau affirme que l'homme a besoin des autres pour exister et que chacun se construit grâce à son environnement et sa vie en société. Il faut donc avoir pris conscience de soi, de ses besoins, de ce qui nous entoure pour pouvoir trouver sa place et affirmer ses positions sans crainte.

Selon Ricœur, notre modèle de société montre que l'individu a besoin de reconnaissance à partir de la prise de conscience du soi. Selon le CNRTL, *estimer* vient du latin *aestimare* et signifie « *juger, déterminer la valeur de quelque chose* ». **L'estime de soi représente donc la valeur qu'un individu attribue à lui-même.** C'est une valeur très importante, en particulier lorsque nous construisons notre identité. La notion d'estime de soi est donc nécessairement consciente. Cooley⁵⁶ a montré au cours de ses travaux que la conscience et l'évaluation de soi apparaissent très tôt par la possession d'objets (c'est mon jouet, c'est à moi, ...) ou de l'autre.

La conscience de soi et l'estime de soi participent de manière active à la construction de l'identité de chacun. Dans leur ouvrage, Bardou et Oubrayrie-Roussel (2014) expliquent la conception de Rodriguez-Tomé de l'estime de soi de la façon suivante:

la représentation de soi est indissociable de la représentation de l'autre, de la façon dont l'autre perçoit l'individu concerné. L'image sociale de soi étant la conscience de soi pour autrui, elle correspond à la façon dont le sujet perçoit que les autres le perçoivent. (p64)

L'estime de soi est donc une mesure, une évaluation, que chacun fait de lui-même. Ce concept s'est développé au XXème siècle avec le constructivisme qui a succédé au béhaviorisme. Le constructivisme est un courant basé sur l'hypothèse que, en réfléchissant sur nos expériences, nous construisons notre propre vision du monde dans lequel nous vivons.

⁵⁶ Cooley, C. Sociologue américain,

C'est donc une dimension essentielle de notre identité. L'identité renvoie à la conscience de soi pour soi mais aussi à la conscience de soi exprimée par le regard et le discours de l'autre sur soi, et cela tout au long de la vie.

Ainsi, **la conscience de soi qui conditionne l'estime de soi** est elle aussi conditionnée par la conscience que les autres peuvent avoir de nous. Or **l'estime de soi est un indicateur** d'harmonie et de satisfaction à l'égard de soi-même qui va donc être corrélé à l'estime que les autres vont nous porter.

Selon L'Ecuyer⁵⁷ (1978), le concept de soi va permettre à l'individu d'acquiescer « *un profond sentiment d'unité, de cohérence, de stabilité, de permanence dans le temps et (...) de se reconnaître d'un moment à l'autre par rapport à lui-même et par rapport aux autres* » (p30). Il faut cependant être vigilant à ne **pas confondre le concept de soi et l'estime de soi**. Dans ce second concept, il existe bien une notion d'auto-évaluation que nous ne retrouvons pas dans le concept de soi. **L'estime de soi est mesurable, quantifiable, évaluative** alors que le concept de soi est descriptif, cognitif. Trois conceptions du soi ont amené à des recherches sur l'estime de soi :

- ✓ celle de James, identifié comme étant le premier à s'être intéressé au soi dans la société. Selon lui, l'estime de soi est une conscience affective du soi, orientée sur les compétences et ouverte aux changements.
- ✓ celle de Baldwin⁵⁸ qui a développé la théorie du « socius » dans lequel le soi est un produit culturel et social avec deux particularités que sont
 - L'ego qui se réfère à ce que je pense de moi
 - L'alter qui se réfère à ce que je pense d'autrui
- ✓ celle de Cooley pour qui l'estime de soi est conditionnée par la façon dont l'individu perçoit ce que les autres (et en particulier les personnes qui lui sont chères) pensent de lui. Bardou & Oubrayrie-Roussel (2014) interprètent cette conception « *comme un sentiment de valeur sur soi, qui naît d'une construction sociale, empreinte des interactions avec Autrui* » (p107). Cooley fait, lui, référence au soi miroir.

Comme on peut le percevoir donc, pour certains auteurs comme Cooley ou Mead⁵⁹ par la suite, **la conscience et l'estime de soi se font par l'Autre.**

⁵⁷ R. L'Ecuyer, R. Directeur du laboratoire de recherches sur le concept de soi de l'Université de Sherbrooke

⁵⁸ Baldwin, J-M. Philosophe et psychologue américain

Ce qui les différencie dans leur approche c'est que, pour Cooley, le fait d'interagir avec les autres provient d'une construction psychologique propre à l'individu alors que pour Mead, cette interaction résulte d'une construction sociale où le Soi n'est pas présent à l'origine mais se développe et croît au fur et à mesure de la vie sociale qu'a le sujet.

Ces conceptions sont à la genèse de nombreuses autres théories sur la conceptualisation de l'estime de soi qui ont mis en évidence **l'importance de l'Autre dans la construction du soi** : l'individu n'existe alors que par la société et réciproquement. Comme l'évoquent Bardou & Oubrayrie-Roussel (2014),

la construction de soi passe par le regard d'autrui, c'est-à-dire que chacun se voit comme il imagine que les « personnes significatives » de son entourage le perçoivent. La valeur que l'on se donne se construit progressivement, en fonction des marques de reconnaissance émanant de la sphère familiale, sociale et scolaire (p135).

Ces propos s'appuient sur ceux de Langlois, cité par les auteures, qui affirme que « *l'être humain a ceci de particulier qu'il construit sa propre valeur à partir de la valeur que l'autre lui accorde* » (p135).

2.3.3.2 Au service du management

L'estime de soi est donc conditionnée par plusieurs paramètres, en particulier ce que nous pensons que nous renvoie l'autre, et nos besoins. Ces derniers sont hiérarchisés par Maslow comme nous l'avons évoqué précédemment. Il a été le premier à intégrer le développement personnel dans l'univers professionnel qui est depuis devenu un outil de management.

Pour Balducci & Penot (2015), « *l'acquisition de l'estime de soi n'est pas un processus linéaire : il est soumis aux aléas de la vie, aux réussites et aux échecs* » (p30). Les auteurs partagent aussi le point de vue de Cooley quant à l'effet miroir ; en effet, selon eux, « *le visage de l'autre, le groupe est miroir pour soi. [...] Face à autrui, au groupe, un effet miroir se produit qui renvoie à sa propre image de soi* » (p83). Cela est de ce fait transposable en management.

⁵⁹ Mead, G.H. Sociologue, socio psychologue et philosophe américain

L'image que le cadre va avoir de lui, la valeur de l'estime qu'il va s'accorder, est dépendant du retour qu'il va percevoir de l'équipe qu'il encadre. Réciproquement, l'équipe va s'accorder une valeur en fonction de celle que lui accordera le cadre.

Selon Balducci & Penot (2015), il existe une relation importante entre l'estime de soi et le leadership personnel. « *Le leadership personnel est avoir autorité sur le « soi ». C'est être en capacité de prendre le recul nécessaire pour observer ce qui se passe en soi et d'y apporter des changements* » (p174). Sachant que ce qui se passe en soi est influencé par ce que nous renvoient les autres, il est important d'avoir les outils d'adaptation suivants :

- ***Avoir conscience de soi.*** (...) *C'est une posture constructive d'observateur*
- ***Se gérer.*** *Quand nous percevons des émotions qui pourraient nous emporter vers des réactions inappropriées (...), nous savons comment faire avec le soi pour ne pas laisser notre zone d'ombre prendre la dominance.*
- ***Développer ses relations.*** (...) *Une personne avec une estime de soi positive ira plus facilement vers les autres car elle envisagera la relation comme favorable. Elle osera communiquer et se positionner.*
- ***Organiser ses relations sociales*** (...). *Savoir maintenir le lien et la coopération facilite le don qui (...) de façon implicite ou indirecte va nous revenir en retour.*

(p174-175)

Pour ces auteurs, avoir conscience de soi et de son estime de soi va permettre au manager de se positionner et de faciliter sa prise de recul et de décision. Cela, sans se laisser submerger ou influencer de manière négative par ses émotions mais en les mettant à profit de manière constructive. Selon Balducci & Penot (2015),

être manager signifie avoir nettoyé ses lunettes pour être en capacité d'accompagner ses collaborateurs dans le développement de leur potentiel. Le collectif est nourri par chacun (...) et chacun est porté par le collectif. C'est un état d'esprit qui dépendra du manager (p245).

L'écoute attentive peut aussi être un élément important pour le cadre dans son positionnement et dans ce qu'il renvoie à son équipe. Elle consiste en deux étapes : la première est de **travailler son niveau d'écoute**, la seconde en la **reformulation de ce que l'on a entendu**. De ce fait, l'équipe aura le reflet de ce que le manager a compris.

Ce reflet, l'équipe l'utilisera pour mesurer son estime de soi de manière individuelle et collective.

Pour Mintzberg⁶⁰, un manager a une mission communicationnelle qui revêt une importance primordiale dans les organisations telles que nous les connaissons aujourd'hui. Le manager n'est plus seulement celui qui décide. Il doit être moteur, favoriser la cohésion, transmettre, faciliter les échanges. Pour satisfaire cela, le manager doit donc développer son leadership personnel, corollaire de l'estime de soi pour que son équipe soit aussi en capacité de la développer.

Pour Balducci & Penot (2015), « *maintenir et développer l'estime de soi devient un enjeu ultime, c'est un levier facteur de stabilité dans la réussite individuelle et collective* ». Selon eux, l'estime de soi, est un véritable « *capital humain* », qui contribue à la réussite personnelle et permet **l'accomplissement de performances individuelles et collectives** en valorisant les individus et en donnant du sens aux actions menées.

Pour Friedmann (2013, dir Bedin),

Une « bonne » comparaison peut donc permettre au commun des mortels d'être content de soi, d'avoir l'impression d'être supérieur à ceux qui l'entourent, soit en tant qu'individu, soit en tant que membre d'un groupe. (...) Le jeu en vaut la chandelle car la comparaison sociale est le seul moyen que nous avons de mesurer notre valeur et de goûter au divin plaisir de se distinguer. (p88)

Cela permettra donc à l'individu d'avoir une meilleure estime de soi et de ce fait, un mieux-être et de meilleures capacités d'action qui seront **profitables au groupe**.

De même, selon André⁶¹ (2013, dir Bedin), le sujet ayant une bonne estime de soi sera « *capable de persister face à la difficulté beaucoup plus longtemps que les sujets doutant d'eux-mêmes, tentés d'abandonner rapidement* » (p89). Selon lui, « *se positionner par rapport aux personnes de son environnement immédiat représente l'un des mécanismes fondamentaux d'ajustement de l'estime de soi* » (p89). Ceci a été mis en évidence lors d'une expérience menée par Dubois⁶², qui a démontré que l'estime de soi se construisait par une confrontation à l'Autre et par l'influence des comparaisons sociales (annexe 2).

⁶⁰ Mintzberg, H. Universitaire en sciences de gestion

⁶¹ André, C. Médecin psychiatre, enseignant à l'université Paris X

⁶² Dubois, N. Professeure de psychologie sociale à l'Université Nancy II

2.4 Synthèse

A l'issue de ce cadre conceptuel, il me semble important de faire une synthèse de ce que l'on peut retenir.

Depuis 2001, il est nécessaire d'avoir le diplôme de cadre de santé pour pouvoir exercer cette profession. La réforme de 1995 a ouvert la formation à 14 professions avec une volonté institutionnelle de **décloisonner** l'encadrement des professions hospitalières. Cela pose la question de la **professionnalisation** de ces nouveaux cadres. La **formation** par les IFCS permet un travail de **repositionnement** nécessaire pour assumer sa place, son rôle et ses missions en tant que cadre de santé.

Selon les différents auteurs évoqués dans le cadre conceptuel, la professionnalisation se caractérise par le suivi d'une **formation diplômante**. Le changement de métier ne s'improvise pas. Il se fait par l'acquisition de nouvelles connaissances théoriques et pratiques. Le diplôme valide l'acquisition de nouvelles compétences qui leur permettront une **évolution professionnelle** par le biais d'une mobilité promotionnelle. Comme l'évoquent Pengam et Sliwka, cette progression va permettre à certaines personnes de lutter contre un certain épuisement ou une lassitude professionnelle en leur offrant la possibilité de se lancer sur un nouveau chemin en restant dans un environnement (l'hôpital par exemple), qui correspond à leurs attentes. Ce sera une manière pour ces professionnels de répondre à leurs besoins comme décrits par Maslow.

Comme l'évoque Dubar, la socialisation permet cette professionnalisation. Celle-ci se caractérise par un **processus de transformation** qui va offrir la possibilité aux professionnels de santé d'endosser un nouveau costume en changeant d'identité professionnelle. Pour Cottret (2010), « *c'est le passage du cadre de service au cadre de santé, de l'expertise à la polyvalence et une forte impulsion au décloisonnement* » (p34).

Cette mue identitaire se caractérise par une construction ; pas à pas, l'infirmière, le masseur kinésithérapeute, le préparateur en pharmacie, etc. vont changer d'identité. Les personnalités de chacun et les diverses formations initiales, constitueront les fondations de cette **construction**. Les contours de leur nouvelle identité seront ensuite dessinés par les expériences de chacun et les liens qu'ils auront tissés avec leur environnement et leur entourage, et plus particulièrement leur entourage professionnel.

Ces paramètres vont faire que chaque professionnel sera différent et aura son **identité** propre tout en appartenant à un **collectif** et en partageant des missions et des valeurs. Pour Le Boterf (2001), il s'agit là de faire preuve de **transférabilité** qu'il définit comme « *la faculté à établir des liens, à tisser des fils, à construire des connexions entre deux situations* » (p119).

Pour élaborer son nouveau costume, le cadre de santé dispose de quelques mois à l'IFCS. Cependant, avant d'endosser ce costume, le futur cadre devra se défaire de celui qu'il porte déjà afin de représenter la rupture, et de rendre tangible la **mue identitaire** qui s'opère. Cela sera permis par la **socialisation** comme la définit Dubar (2000). Selon lui, « *l'identité (...) doit se reconstruire tout au long de la vie ; elle est le produit de socialisations successives* » (p15). Cette socialisation est dépendante du rapport que le professionnel aura avec les autres. Le professionnel devra donc être à l'écoute de ses émotions et des émotions de ses collaborateurs. Pour cela il pourra développer et utiliser son **intelligence émotionnelle** qui, selon Goleman (1998), leur permettra de « *collaborer harmonieusement aux objectifs communs* » (p16,T2). Cette intelligence émotionnelle pourra être utilisée par le cadre de santé pour manager son équipe et faciliter **l'implication** des professionnels.

La considération des émotions du manager et des membres des équipes va permettre à chacun de s'accorder de la **reconnaissance** et d'en prendre conscience. La reconnaissance est un concept indissociable de la construction du Soi. Cette construction est donc dépendante de la perception de cette reconnaissance que chacun aura. Pour Renault (2006), « *l'ensemble de nos rapports à autrui est traversé par des attentes de reconnaissance. En effet, l'image positive que nous pouvons avoir de nous-mêmes dépend du regard, des jugements et des comportements d'autrui à notre égard* » (p36). Elle permet donc à chacun de s'accorder une valeur : c'est **l'estime de soi**. Celle-ci est une donnée fondamentale de la personnalité et une nécessité pour se positionner et trouver sa place dans la société. Réciproquement, ce positionnement va permettre un ajustement de cette évaluation de soi. Selon André (2013, dir Bedin), « *une bonne estime de soi facilite l'engagement dans l'action. Elle est associée à une autoévaluation plus fiable et plus précise, et permet une stabilité émotionnelle plus grande* » (p35).

Elle va permettre aux nouveaux professionnels d'adopter une **posture** qui va correspondre à leur nouvelle identité et de créer des liens avec les équipes encadrées en construisant leur relation sur la **confiance**.

3 Méthodologie

Ce travail de recherche est en lien avec mon parcours professionnel et plus particulièrement avec mon avenir, que j'aurai construit grâce à ce que j'aurai vécu. Cette année à l'IFCS me permet de effectuer ma mue identitaire et d'apprendre à affirmer mon positionnement en tant que cadre par le développement de la confiance en soi. La réalisation de cette recherche participe aussi à cette construction dans le sens où elle me permet de prendre du recul et d'envisager mon avenir de cadre de santé avec sérénité. Ce travail m'a permis d'aller à la rencontre de l'autre et de moi-même. Il m'a permis de me rendre compte que c'était possible.

3.1 Démarche de recherche

Pour ce travail d'initiation à la recherche, j'ai fait le choix de m'orienter vers une démarche hypothético-déductive. Cette démarche me semblait pertinente quant au sujet de ce mémoire et surtout par rapport au chemin que j'avais déjà parcouru dans ma réflexion.

J'ai commencé par formuler ma question de départ et je l'ai ensuite contextualisée. Cela m'a permis de la faire évoluer au travers de lectures, en particulier d'articles, et d'échanger avec mes collègues de promotion pour la faire évoluer vers ma question de recherche. L'élaboration d'une carte conceptuelle m'a permis de visualiser mes idées et de les mettre en ordre. Cet outil permet de relier les concepts entre eux par des liens dynamiques et d'organiser ses idées.

Le chercheur britannique Tony Buzan⁶³ est l'initiateur de cette technique du brainstorming ou remue-méninges qui semble être un terme tout à fait approprié. Cette étape a pour ma part pris un temps certain. En effet, je voyais ce vers quoi je souhaitais aller chercher, creuser, mais je n'arrivais pas à élaborer ma question de recherche et cela bloquait ma réflexion. Les échanges riches que nous avons pu avoir lors d'ateliers de méthodologie m'ont enfin éclairée. Une fois ma question de recherche formulée, tout m'a ensuite semblé beaucoup plus fluide et les hypothèses se sont imposées à moi comme des évidences. Cela m'a ensuite permis de déterminer quels concepts je devais travailler pour élaborer mon cadre conceptuel et comment le rendre vivant.

⁶³ Buzan, T. Psychologue anglais

Vient ensuite la phase de recherche à proprement parler. Le choix des moyens utilisés pour cette recherche est très important car il en va de la qualité de la construction de l'argumentation et de l'analyse qui en sera faite par la suite. La recherche en sciences humaines nécessite de respecter une certaine éthique car elle se base sur l'observation, l'interrogation et les rapports à l'humain. Il est donc nécessaire de respecter certains principes éthiques tels que l'obtention d'un consentement avant d'aller interviewer une personne, faire part de la nature de notre recherche et de notre questionnement, anonymiser les propos des personnes interrogées, etc. La recherche en sciences humaines s'inscrit dans le respect de l'autre.

3.2 Choix des matériaux

J'ai fait le choix d'observer une démarche de recherche qualitative par la conduite d'entretiens de recherche. Au travers des entretiens menés, c'est un travail d'observation qui va me permettre de faire évoluer ma recherche par une analyse de leur contenu.

D'après Labov⁶⁴ et Fanshel⁶⁵, cités par Blanchet⁶⁶ et Gotman⁶⁷ (2006), un entretien est un échange oral durant « *lequel une personne A extrait une information d'une personne B, information qui était contenue dans la biographie de B* » (p19). Le terme de biographie fait référence à une expérience vécue par la personne interrogée. Cette expérience est passée et l'interviewé a eu le temps de l'analyse avant la rencontre. **Cette démarche qualitative permet de comprendre, décrire et expliquer un phénomène.** Cette approche prend aussi en compte l'histoire et le point de vue du chercheur, ce qui me semble important. D'après Blanchet et Gotman (2006),

L'entretien est toujours un rapport social, une situation d'interlocution et un protocole de recherche (...). C'est dans cette superposition que réside la difficulté de l'entretien puisque l'on doit simultanément soutenir une relation sociale dialogique et une interrogation sur le fond (p69).

⁶⁴ Labov, W. Sociolinguiste américain

⁶⁵ Fanshel, D. Sociologue américain

⁶⁶ Blanchet, A. Sociologue, professeur en psychologie

⁶⁷ Gotman, A. Sociologue, directrice de recherche au CNRS, rattachée au Centre de recherche sur les liens sociaux

J'ai fait le choix d'utiliser un outil de recueil qualitatif plus précisément par la réalisation d'**entretiens compréhensifs**. Pour Kaufmann⁶⁸, l'enquêteur doit s'engager activement dans sa conduite d'entretien ; il doit le mener de façon à ce qu'il s'apparente à un dialogue afin de laisser l'enquêté lui faire part de ses représentations. L'entretien se mène donc au fil de ce que l'enquêté partage ; ce type d'entretien sociologique peut s'apparenter à un prolongement de l'entretien semi-directif qui lui est conduit avec une grille d'entretien utilisée pour chaque rencontre.

3.3 Choix du terrain

J'ai choisi de réaliser ces entretiens dans des centres hospitaliers de tailles diverses pour avoir un échantillon plus large de professionnels. J'ai donc interrogé des cadres de centres hospitaliers universitaires et des cadres de centres hospitaliers dans des proportions équivalentes. Ces études en milieu naturel, dites de terrain, m'ont permis d'avoir un contact direct avec des cadres représentant un panel varié de choix institutionnels. En effet, certaines institutions assument leurs choix de mettre des cadres hors filière en poste et le revendiquent même parfois, alors que d'autres établissements peuvent se montrer plus frileux en particulier dans des structures de taille plus modeste. C'est pourquoi il m'a semblé nécessaire d'aller voir dans des structures de tailles variées et ce, dans différentes régions (Normandie, Bretagne et Pays de la Loire).

3.4 Choix de la population

Les cadres que je suis allée interviewer sont tous des cadres qui managent des équipes d'une filière différente de celle dont ils sont issus. J'ai fait ce choix pour me permettre de mieux comprendre de quel type de reconnaissance ils bénéficiaient et pour pouvoir vérifier mes hypothèses en comprenant leur positionnement. Pour des raisons d'organisation, étant donné la temporalité relativement courte pour la réalisation de ce mémoire, et de qualité de travail, j'ai interrogé cinq cadres de santé :

- Deux cadres de santé en poste dans des filières différentes de leur filière initiale, à différentes étapes de leur prise de poste.

⁶⁸ Kaufmann, J-C. Sociologue

- Une faisant fonction de cadre de santé qui doit entrer à l'IFCS en septembre prochain.

Cela pour me permettre de voir si le positionnement et la reconnaissance de ces cadres évoluait.

- Une cadre supérieure de santé, ergothérapeute de formation ayant encadré des équipes de soignants pluridisciplinaires.

Ce choix m'a permis de constater un autre niveau de reconnaissance pour une cadre ayant poursuivi sa carrière professionnelle en devenant cadre supérieure.

- Une étudiante cadre de santé ayant fait fonction et encadré une équipe de soignants pluridisciplinaire.

J'ai fait ce choix afin de comprendre ce qui pouvait manquer aux faisant fonction cadre de santé pour revendiquer leur légitimité ou non pendant l'occupation de leurs postes et le chemin parcouru durant l'année de formation.

Les modalités des entretiens ont été fixées par chacun des cadres qui a accepté de me recevoir, que ce soit le lieu, l'heure ou la date.

3.5 Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés dans les bureaux des différents cadres interrogés, mis à part les étudiants cadres de santé que j'ai rencontrés à l'Institut de formation des cadres et pour une cadre supérieure qui exerce dans un établissement éloigné et dont la disponibilité était limitée. J'ai contacté chaque cadre de santé par mail après avoir eu l'accord des Directions des soins concernées pour leur faire part de ma recherche. Après cette prise de contact, nous avons convenu d'une date avec chacun des cadres pour nous rencontrer afin que je mène ces entretiens. Nous étions installées en face à face sur des tables rondes qui ont permis une certaine décontraction. Je n'ai pas senti de retenue particulière de la part des cadres interrogées. J'utiliserai le féminin tout au long de mon analyse lorsque j'évoquerai les cadres interrogées, étant donné qu'il s'agit d'un panel exclusivement féminin.

Le fait que les entretiens aient été réalisés dans les bureaux des cadres a, selon Blanchet et Gotman (2006), une signification. En effet, ils inscrivent dans leur ouvrage que « *dans son bureau, l'interviewé s'inscrit davantage dans un rôle professionnel qui facilite la production*

d'un discours soutenu et maîtrisé sur des thèmes opératoires (...); l'entretien sera davantage marqué par ce que les lieux traduisent de l'intentionnalité professionnelle de l'interviewé» (p70).

Comme je l'évoquais précédemment, pour des raisons pratiques, je n'ai pas pu rencontrer C3, la cadre supérieure. De ce fait, nous avons réalisé un entretien téléphonique. Ce type d'entretien n'a pour moi pas été satisfaisant. Il m'a manqué le contact visuel, la proximité du face à face. Même si les données n'en restent pas moins exploitables, il m'a manqué quelque chose dans l'échange et le partage que j'avais déjà connus lors de mes précédents entretiens. En effet, la communication non verbale, les attitudes des personnes interviewées ont un impact sur le déroulement de l'entretien et son analyse.

Pour ce qui est des entretiens qui ont été réalisés dans les services de soins des cadres en poste, ils se sont tous déroulés dans leur bureau.

- La faisant fonction cadre de santé de l'entretien 1, m'a reçue dans son service. Elle a fermé la porte de son bureau qui est habituellement toujours ouverte. Dans l'attente de l'appel d'un de ses agents, elle n'avait par contre pas coupé son téléphone et nous avons été interrompues à deux reprises.
- Les cadres des entretiens 2 et 5, étaient disponibles. Les téléphones étaient éteints, les portes de bureau fermées.
- J'ai interviewé l'étudiante cadre à l'IFCS, dans une salle de cours, porte close, en ayant précédemment informé les autres étudiants afin que nous ne soyons pas dérangées. Nous n'avions pas de contraintes de temps. Le fait que je connaissais l'étudiante cadre aurait pu représenter un biais quant à mon objectivité sur ses propos ou, de leur côté, un frein quant au partage de leur expérience mais je ne pense pas que cela ait été le cas. Je n'étais, pour ma part, en aucun cas dans le jugement mais bien dans une démarche de recherche et l'interviewée s'est prêtée au jeu de manière franche et honnête. De plus, nous étions toutes les deux dans la réalisation d'un travail de recherche en sciences humaines et nous connaissions donc les règles éthiques et humaines à respecter.

Le contact avec chacune des cadres a été bon et je n'ai pas senti de retenue particulière de la part des personnes interrogées. A chaque entretien, j'ai voulu donner l'illusion de mettre fin aux entretiens une première fois afin que les interviewés se libèrent et libèrent aussi leur

parole au cas où elles auraient été sur la retenue. Dans plusieurs des entretiens, cela a en effet permis d'aller plus loin dans les ressentis de chacune.

3.6 Biais et limites de ma recherche

Selon Poupart (1997), il peut exister trois types de biais à la recherche qualitative : la démarche d'enquête, la relation interviewer/interviewé, et le contexte de l'enquête.

Concernant la démarche d'enquête, le fait qu'il s'agisse d'un entretien compréhensif a permis une parole plus libre des cadres interrogées. Cependant, par mes relances et mes interventions au fil de nos conversations, j'ai pu réorienter les entretiens sur le sujet lorsque cela était nécessaire sans pour autant le diriger. En effet, chaque entrevue a pris des chemins différents parce qu'ils se sont construits par le discours des cadres interrogées et par leur parcours professionnel.

J'ai donc rencontré ces biais au cours de ma démarche de recherche en particulier le second. En effet, je connaissais certaines des cadres avant de les interroger mais ce ne sont pas des personnes avec lesquelles j'ai des relations particulières. Il s'agit de C2, que j'ai eu l'occasion de croiser au cours de ma carrière de PPH et de C4, qui est actuellement en formation à l'IFCS mais que je ne côtoie pas en dehors des heures de cours ce qui limite nos échanges.

Concernant le contexte de l'enquête, il a été influencé par le contexte de la réalisation de ce travail de recherche qui était concomitant à de nombreux autres travaux attendus par l'IFCS. Cela a restreint le temps que nous pouvions consacrer à l'élaboration de ce mémoire et de ce fait le nombre d'entretiens réalisés.

Le nombre d'enquêtés est donc restreint et les biais existants cependant, les échanges avec les professionnels ont été riches d'enseignements et m'ont permis de mener ce travail de manière satisfaisante et d'apporter des éléments de réponse à ma question de recherche que je développerai au cours de l'analyse des entretiens effectués.

4 Analyse et interprétation des données

Cette phase d'analyse permet, après avoir extrait les données des entrevues, de confronter les hypothèses émises pour répondre à ma question de recherche, aux faits et au terrain. Je l'ai donc réalisée sur le corpus des entretiens retranscrits (annexe 4) en m'appuyant sur un tableau récapitulatif de ces entretiens (annexe 3). Ce tableau récapitule les éléments qui m'ont semblé ceux à retenir afin de répondre à mes hypothèses.

En effet, **la finalité de cette analyse est de produire des résultats** et d'apporter des réponses à ma recherche. Je réaliserai ci-après une **analyse thématique**. C'est une coupe transversale du corpus qui se fait par thème qui représente l'unité de découpage.

Lors de cette analyse, j'aborderai les thèmes de la professionnalisation des cadres de santé et du changement d'identité professionnelle. Je terminerai par la reconnaissance du cadre de santé hors filière.

Pour plus de fluidité, je nommerai les cadres en fonction des entretiens :

Entretien	Cadre	Filière initiale	Filières encadrées	Diplôme cadre
N°1	C1	PPH	IDE, AS, ASH, secrétaires	FFCS
N°2	C2	PPH	Techniciens de laboratoire, magasiniers	2015
N°3	C3	Ergothérapeute	Pluridisciplinaire (cadre supérieure)	2011
N°4	C4	IBODE	Pluridisciplinaire	ECDS
N°5	C5	Ergothérapeute	Personnels de bloc opératoire	2009

Pour faciliter la lecture de l'analyse, le discours des enquêtés a pu être modifié par des corrections de grammaire ou allégé dans les répétitions. Le discours retranscrit dans les entretiens est fidèle au mode d'expression des personnes.

4.1 La professionnalisation

Je commencerai par rappeler brièvement ce qu'est la professionnalisation : c'est un **processus de « fabrication » d'un professionnel par la formation**. J'ai fait le choix de développer ce concept dans la première partie de mon mémoire et dans cette analyse car il est en lien avec ma question de départ, qui a conduit à ma question de recherche, ainsi qu'avec ma première

hypothèse (dans le fait que le cadre soit nouvellement formé). C'est cependant un concept qui, même s'il a été évoqué par quatre cadres sur cinq, l'a été sans être particulièrement approfondi.

Je construirai donc mon travail en l'abordant comme l'ont fait les cadres interrogés, tout d'abord en évoquant une demande d'évolution professionnelle, un apprentissage permanent. Je développerai ensuite la collaboration entre professionnels et la richesse créée par ces échanges et cette diversité.

4.1.1 Une demande d'évolution professionnelle

Comme je l'évoquais ci-dessus, l'ensemble des cadres interrogées, mise à part une, ont évoqué cette professionnalisation. Pour chacune, elle émane d'une demande de leur part dans le **souhait de faire évoluer leur carrière professionnelle** et non d'une demande institutionnelle.

Lors de l'entretien n°1, la cadre m'a dit qu'elle avait « *eu envie d'évoluer* » et que « *en tant que PPH, il n'y a pas 50 000 possibilités* » (I13). Comme je l'ai évoqué dans mon cadre conceptuel, c'est aussi ce que souligne Reinhardt (2011) dans sa thèse. Elle explique que « *cadre n'est pas un métier de base mais constitue une évolution de carrière. Les paramédicaux ne peuvent évoluer professionnellement qu'en modifiant leur orientation de départ. C'est donc un tout autre métier que celui d'origine mais consécutif à ce dernier* » (p15).

C'est aussi ce que m'explique C5 pour qui « *soit on accepte une carrière entière dans cet environnement (sous-entendu celui de sa filière initiale), et ça veut dire qu'on va ronronner* », **soit on accepte de changer de statut en se professionnalisant**. Elle associe même cette idée à un départ risqué pour l'inconnu. Elle précise qu'en s'engageant dans cette voie par la formation, **un cadre hors filière devra plus s'investir** et se donner les moyens de changer de costume, pour devenir cadre de santé. Pour elle, « *dans nos métiers, dans la rééducation comme le laboratoire, la pharmacie, (...) on accepte cette part de risque, ce saut dans le vide et cette part de risque et d'exposition parce que oui, on s'expose davantage et on travaille davantage !* » (E5,1322-326).

Lorsqu'elle m'a fait part de son point de vue, j'ai eu l'impression que ça avait été difficile pour elle durant sa formation et sa carrière d'être une cadre dite hors filière, c'est-à-dire, plus généralement de ne pas être issue de la filière infirmière. J'ai ressenti cela aussi lors de mes autres entretiens même avec l'IBODE. Au regard de leurs dires et leurs expériences, qu'**un professionnel de filière médicotехnique ou de la rééducation devra fournir plus d'efforts dans sa formation et son changement de statut professionnel.**

Certaines des cadres interrogées ont évoqué l'IFCS et la formation de cadre de santé comme une sécurité ; elles se servent de cette formation comme d'une béquille pour mener leur carrière et répondre à ce que l'on attend d'elles dans leurs institutions. Elles le verbalisent de la façon suivante : « *c'est une sécurité pour moi d'avoir des diplômes et cette formation* » (E4, 1381). Ou bien encore « *ça (l'IFCS) donne une assise* » (E5, 1173). Ces doutes sont exprimés par de nombreux professionnels depuis la parution du rapport de Singly.

C'est un questionnement que j'avais avant d'intégrer l'IFCS mais les enseignements reçus au cours de cette année de formation et les stages sur le terrain que nous avons pu effectuer m'ont permis de me comparer aux futurs cadres infirmiers et de prendre la mesure de mes capacités à encadrer des professionnels quel que soit leur filière. Cependant, je pense effectivement qu'il est indispensable de suivre une formation professionnalisante et que **la professionnalisation ne s'arrête pas avec l'obtention du diplôme.**

4.1.2 Un apprentissage permanent

En effet, chaque professionnelle entretenue m'a fait part de la **continuité** de son apprentissage suite à sa prise de poste en insistant sur le fait de toujours **se remettre en question** et d'interroger régulièrement ses connaissances et le maintien de ses compétences. Je ne l'avais pas noté de cette façon lors de l'élaboration de mon cadre conceptuel mais il ressort de mes entretiens de recherche que **la professionnalisation se poursuit tout au long de la carrière du cadre par la remise en question de ses compétences** et en s'appuyant sur ses collègues cadres. Au regard de ces entretiens, je qualifierai donc cet apprentissage permanent de remise en question continue des compétences et des connaissances et je le rapprocherai de la notion de processus comme développé dans ma conceptualisation.

La cadre supérieure (C3), diplômée de l'IFCS depuis 6 ans, utilise encore régulièrement les enseignements reçus lors de sa formation et affirme que « *cette année de formation (lui)*

permet de prendre du recul encore aujourd'hui » (1198). Cette remise en question est aussi évoquée par la cadre de bloc (C5), ergothérapeute, et diplômée depuis 2009. C'est elle qui a le plus partagé autour de cet apprentissage continu. Elle estime que cela l'aide à **rester vigilante** et attentive aux pratiques des personnes qu'elle encadre. « *Je me remets tout le temps en question ; je suis toujours dans une phase d'apprentissage parce qu'il y a toujours des choses nouvelles qui se passent et je ne m'assois pas sur mes acquis* » (E5, 1148-149). Elle renouvelle ses propos plusieurs fois par la suite et me confie que cette pratique lui permet d'« *être vigilante à ne pas laisser certaines choses déraiper* » (1320).

Cette pratique d'apprentissage continu permet à ces cadres le maintien de leurs compétences et de celles de leurs équipes. Cela suit un **processus** décrit par Le Boterf dans ses travaux. En effet, selon lui, **les compétences sont la mobilisation de savoirs dans un contexte particulier**. L'étudiante cadre de l'entretien n°4, définit les apports de l'IFCS comme une construction et pour elle : « *l'IFCS m'a apporté une certaine assurance, amène des connaissances ou des compétences, ou du moins, ça oblige à se poser des questions* » (E4, 1191-193).

Les contextes et les savoirs étant en perpétuelle évolution, il est important, pour rester compétent, de suivre cette évolution, de ne pas se contenter de ses acquis. J'ai pu noter cela dans chacun des entretiens et cela quel que soit le recul des cadres quant à leur prise de poste. En effet, ce sujet a été évoqué aussi bien chez les étudiants cadres ou les cadres récemment diplômés que chez les cadres diplômés depuis plusieurs années.

4.1.3 Une co-construction par la collaboration et l'échange

J'ai pu constater lors de ma recherche que la **collaboration** et le « travailler ensemble » étaient importants pour les cadres de santé. En effet, pour faire face à la solitude du cadre dont nous a parlé M. Vignon⁶⁹ lors de ses enseignements à l'IGR, il est important pour lui de s'entourer de personnes ressources et d'échanger avec ses pairs. C'est très certainement le volet de la professionnalisation du cadre de santé qui a été le plus abordé par les cadres entretenues et celui auquel elles m'ont semblé accorder le plus d'importance. Je n'ai cependant pas abordé le concept de la collaboration lors de ma conceptualisation car le sujet de la professionnalisation étant vaste, il m'a fallu faire des choix.

⁶⁹ Vignon, C. Maître de conférence

Savoyant⁷⁰ parle dans ce cas d'**interdépendance conjonctive** ; chaque membre participe à la réussite du groupe en apportant sa pierre à l'édifice. Les cadres interrogées m'ont essentiellement parlé de soutien et d'échanges : « *on échange beaucoup, on est en soutien les uns pour les autres* » (E1, 191-92), « *je connaissais bien mes limites et ma position mais c'est vrai que j'ai pu apporter des conseils* » (E3, 1167-168), « *je m'appuie sur mes autres collègues de bloc* » (E5, 185).

Ces moments d'échanges permettent aux cadres de se remettre en question comme je l'ai évoqué précédemment, pour continuer à se former et de **prendre du recul** quant à leurs pratiques en les confrontant à celles de leurs confrères ainsi que leurs points de vue. Cette méthode de co-construction appartient au courant pédagogique qu'est le socioconstructivisme, c'est-à-dire l'apprentissage par le partage, par la confrontation à la société pour se construire. C'est un courant pédagogique très utilisé à l'heure actuelle et qui permet à chacun de prendre part et d'être acteur de ses apprentissages par le partage.

Pour C1, « *les personnes ressources, c'est au quotidien ; mon binôme, les autres cadres du pôle, dans le pôle, ...* » (E1, 1189-190). C'est aussi ce que m'a exprimé C5, diplômée depuis 2009, qui m'a fait part de son besoin de collaboration avec les autres cadres du bloc afin de mieux s'approprier les métiers qu'elle encadre et qu'elle ne connaît pas, étant ergothérapeute. C'est la cadre ayant le plus d'expérience à ce poste et elle s'appuie sur cette expérience pour affirmer sa posture et occuper sa place à part entière.

Malgré cette expérience et un parcours très varié dans diverses filières, c'est la cadre qui m'a paru être la plus prudente quant à ce qu'elle a nommé le « *brassage des cadres* ». Certes, elle y voit là une opportunité, une ouverture intéressante, mais elle estime qu'il est nécessaire de **rester vigilant afin de ne pas mettre les professionnels encadrés ou les patients en danger**. Selon elle, « *il faut rester vigilant aux cœurs de métier, aux exigences liées aux postes* » (E5, 1314-315).

Pour cela, elle interpelle régulièrement ses collègues cadres de bloc opératoire qui ne sont pas nécessairement IBODE non plus. Ces échanges leur permettent de maintenir une certaine **veille** quant à leurs compétences à encadrer des professionnels, quel que soit leur filière initiale et les professions encadrées.

⁷⁰ Savoyant, A. Auteur

4.1.4 Une richesse créée par la diversité

Les cadres que j'ai rencontrés m'ont aussi fait part de la **richesse procurée par la diversité de leurs formations complétées par les formations des différentes filières encadrées**. La cadre C4 le définit avec enthousiasme : *« je trouve que c'est une chance d'arriver dans un service dont on n'est pas d'origine (...) je dirais la richesse !!! Moi j'ai appris énormément, j'apprends énormément de choses et j'espère qu'ils apprennent autant avec moi ! »* (E4, 1318-324). *« La richesse de ce qu'on peut apprendre avec d'autres professions ! »* (E4, 1473).

Cette richesse est même de plus en plus valorisée par les cadres supérieurs et les institutions comme me l'a dit la cadre de l'entretien n°2 : *« Le recrutement extérieur, hors filière, elle (la cadre de pôle) y voit un atout pour de vrais projets transversaux (...), des moteurs à l'échelle d'un pôle qui ont une vision globale et du recul »* (1186-190).

Cette diversité est de plus en plus valorisée et exploitée à l'heure où la dimension polaire prévaut sur la dimension service. En effet, les projets sont aujourd'hui menés par pôle, par des cadres venant d'horizons divers et variés, qui, par leur complémentarité, permette que ces projets revêtent une autre dimension. Le point de vue et les méthodes de travail d'un cadre médicoteknique seront différents de ceux d'un cadre infirmier. Mais l'échange permis sera enrichi de ces différences, le patient restant au centre de chacune des prises en charge de tout professionnel des établissements de santé. Chacun à leur manière, ils ont pour objectif le bien-être des patients et la garantie d'une prise en charge qui soit la meilleure possible. C4 le verbalise lors de l'entretien lorsqu'elle dit *« on ouvre un peu plus notre vision du monde en venant de professions autres. C'est ça la richesse, et c'est ça qu'il faut montrer aux équipes ! »* (E2, 1327-329). Le cadre doit se servir de cela pour être moteur au niveau de son équipe, être un élément de motivation.

Ce point de vue a été partagé par toutes les cadres interrogées quel que soit leur degré d'expérience à ce poste ; la PPH, faisant fonction dans un service de consultations ORL/Ophthalmo (C1) m'indique que *« tout va être dans la façon de montrer comment on peut être à l'écoute de l'autre, et comment on peut arriver quand même au dialogue en ayant des corps de métier différents »* (E1, 1251-252). C'est aussi l'expérience que j'en ai eu durant les différents stages que j'ai pu effectuer à l'IFCS. Ça a été une volonté de ma part de profiter de ces opportunités qui m'étaient offertes pour aller dans des univers très variés A chacun de mes stages, les professionnels ont été interpellés par ma présence et certains pensaient même qu'il

fallait nécessairement être infirmier pour être cadre de santé. Cependant, au fur et à mesure du temps et du stage, nous nous rendions compte mutuellement que les échanges étaient enrichis par le fait de venir d'horizons différents. J'ai retrouvé cela dans chacun des stages que j'ai pu effectuer, que ce soit dans le médico-social, en service de soins ou en pédagogie. Cet enrichissement a été exprimé par chacune de mes référentes lors de ces stages et a contribué, je pense à une certaine ouverture d'esprit de la part des professionnels croisés pendant ces stages. La cadre de l'entretien n°5 met cependant un bémol à cela en m'expliquant la réussite de cet échange « *va dépendre des capacités des cadres à s'adapter à la situation, ça va dépendre de leur propension à vouloir le faire ...* » (E5, I302-303). Je partage ce point de vue ; en effet, pour que les échanges soient riches, il est nécessaire que chacun soit en capacité de recevoir ce que l'autre a à lui offrir.

4.2 L'identité professionnelle

Au quotidien, la construction de l'identité professionnelle se réalise par et dans l'élaboration identitaire qui dépend d'une reconnaissance par les autres, des compétences et des savoirs produits par chacun. Le modèle de la construction identitaire de Dubar se présente comme une **dynamique** fondée sur notre manière de nous projeter vers l'avenir et la reconnaissance qui nous sera octroyée par nos collaborateurs. Je commencerai donc cette partie en vous présentant comment le changement d'identité professionnelle du cadre de santé lui permet d'adapter sa posture à sa nouvelle fonction. J'expliquerai ensuite comment au détour de ce travail de recherche, cette posture semble influencée par l'accueil des équipes envers les cadres hors filière avant de poursuivre par la prise de recul qui est permis par ce changement d'identité individuelle.

4.2.1 Le changement d'identité professionnelle permet un changement de posture

4.2.1.1 La posture du cadre de santé, conséquence de sa mue identitaire

L'intégralité des cadres de santé interrogées m'ont fait part de leur changement de posture dû à leur changement de profession. Toutes ont quitté leur filière initiale pour encadrer des professionnels issus de filières différents. Seule l'IBODE est restée dans un environnement

porche du sien puisqu'elle a exercé en stérilisation. Cependant elle a pris en charge une équipe pluridisciplinaire qui comprenait des corps de métier loin de ceux qu'elle connaissait : *« j'ai côtoyé d'autres personnes avec lesquelles j'étais pas habituée à travailler, et puis surtout, dans un autre positionnement, celui de cadre qui est tout à fait différent »* (E4, 149-50). Comme pour quelques-unes des autres cadres entretenues, j'ai pu remarquer une confusion entre le positionnement et la posture du cadre.

En fait, ce qu'elles m'ont exprimé a surtout été le fait de changer de costume et d'adapter celui-ci à leurs nouvelles fonctions, à ce rôle nouveau que l'on attendait d'elles. Cette IBODE actuellement étudiante à l'IFCS *« se questionne beaucoup par rapport à cette identité professionnelle »* (E4, 1105). Elle s'en remet à cette notion de passage, de rite que constitue l'obtention du diplôme et la formation pour changer de costume et d'identité professionnelle. Elle dit *« j'ai le sentiment que si j'ai pas le diplôme, je suis dans cette posture de, de , ... de fausse cadre. Je ne suis pas à ma place »* (E4, 1180-181). J'ai eu le sentiment lors de l'entretien que c'était quelque chose de douloureux pour elle et elle m'a évoqué à plusieurs reprises le fait d'être une *« vraie »* ou une *« fausse »* cadre sous entendue diplômée ou non, avec une nouvelle identité professionnelle ou non.

C'est ce que M. Brémaud, entend par la réalisation de la mue identitaire qu'il illustre avec la mue du serpent. Il y a les cadres qui ont réussi à changer de peau et celles qui n'en sont pas encore à cette étape. Cela influence la posture de l'encadrant comme le souligne C2, pour qui, *« inconsciemment, si tu es légitime, tu as une posture ; tu es moins hésitant »* (E2, 1152-153). Cette même cadre a exprimé clairement ce besoin de changement, de mue identitaire lors de l'entretien lorsqu'elle m'a dit *« j'ai eu besoin qu'il y ait une rupture ; il faut vraiment marquer le changement de fonction, de métier »* (E2, 1632-634), sous-entendu pour réellement se construire son identité de cadre et adopter une posture attendue par les équipes encadrées.

C'est aussi ce qu'exprime C4 qui me dit *« on est cadre. Moi, je visualise bien le fait que je change complètement de métier. Mais en attendant, cette étiquette qu'on a, nos origines, on ne peut pas les renier. Par contre, je vais les utiliser ! »* (E4, 1261-262). Par ses propos, elle signifie que **nous sommes bien dans un processus de transition de rôle** mais que notre formation initiale fait partie de notre identité professionnelle, qu'elle a participé à notre construction pour être les cadres de santé que nous sommes. Tout (ou du moins beaucoup de choses), dépendra de la posture adoptée par le cadre de santé. Lors de cette année de

formation, C. Renon⁷¹, a utilisé une image très parlante pour signifier cela en nous indiquant que c'était à nous, futurs cadres de santé, de montrer que le costume que nous portions était bien à notre taille, ni trop petit, ni trop grand mais adapté à notre morphologie car confectionné par nous, avec nos valeurs, nos convictions et la personne que nous allions décider d'être.

4.2.1.2 De cadre expert à manager

Toutes les cadres interrogées m'ont fait part du fait qu'elles n'étaient pas des cadres expertes. Comme je l'ai indiqué précédemment, elles ont toutes changé de filière lors de leurs prises de poste. Cela les a amenées à se questionner quant à leurs capacités à manager des professionnels d'horizons différents : « *je me disais comment je peux affirmer une autorité sachant que sur le fond, je ne connais ce qu'elles font ?* » (E1, 197). Cependant, toutes m'ont affirmé avoir fait ce choix car cela répond à la conception qu'elles ont du rôle du cadre. Leur souhait est de **décloisonner** les filières comme le préconise le rapport de Singly, et de sortir les cadres de santé du rôle de cadre-expert qui leur a longtemps incombé. En effet comme le souligne la cadre supérieure interrogée : « *je ne suis pas l'experte !* (E3, 1171), *c'est eux qui ont les compétences, par contre, je dois veiller moi à ce qu'ils aient les moyens, à créer des ressources* » (E3, 1165-166). Elle l'exprime de la même façon aux équipes « *je leur dis ben non, moi, j'ai pas l'expertise, c'est vous les experts !* » (E3, 1174).

Ces cadres vont même plus loin en me faisant part du fait qu'adopter cette posture permet de valoriser les professionnels. Selon elles, « *ça sert pas à grand-chose d'avoir un cadre expert, sauf à venir parasiter je trouve, l'épanouissement de certains professionnels* » (E2, 175-176). De fait, les professionnels peuvent se sentir plus investis et sont souvent sollicités par le cadre de santé pour prendre part aux projets ou pour participer de manière active à la vie du service. Les cadres hors filière sollicitent leurs équipes afin de s'appropriier les métiers des professionnels qu'ils encadrent ; lors de leurs arrivées dans les différents services de soins, les cadres que j'ai pu interroger m'ont indiqué avoir suivi leurs équipes pendant quelques temps pour faire connaissance avec ces nouvelles professions et se référer régulièrement à certains membres de leurs équipes. Ces agents se sentent mis en valeur de par cette participation active.

⁷¹ Renon, C. Cadre supérieure de santé, formatrice en IFCS

Comme me l'évoque C5 lors de son entretien, cela demande aussi une **vigilance plus importante du cadre hors filière** pour ne pas passer à côté de manquements ou d'un certain laxisme des équipes. « *Etre vigilant à pas laisser certaines choses dérapier et justement, c'est comment je peux être vigilant à pas laisser les choses dérapier si je les maîtrise pas ?* » (E5, 1319-320). En effet, la frontière est fine avec les professionnels qui pourraient aussi avoir l'attitude inverse et se dire que de toute façon, le cadre ne connaît pas leur métier et qu'il ne se rendra pas compte des déviations.

C'est en cela que le rôle du manager, de gestion des équipes et de posture est très important. « *Je pense que pour des professionnels dans une équipe, on a besoin que le cadre nous montre qu'il est dans une posture cadre* » (E4, 1267-268). D'après ce que j'ai pu analyser des différents entretiens de recherche et de mon expérience durant cette année, il est effectivement imposé, de par leur statut, une veille supplémentaire aux cadres de santé hors filière.

Pour C5,

on n'est pas dans une expertise métier, on n'est pas dans une maîtrise de l'activité, on est vraiment dans un type de relation avec une équipe qui est une relation qui est très particulière puisqu'on est vraiment dans une relation de confiance, d'échange et de réciprocité. (E5, 161-63).

En effet, je pense que **la posture du cadre va être influencée par la relation** qui va être établie avec l'équipe et réciproquement. En cela, l'accueil et les premiers contacts établis lors de la prise de poste du cadre sont primordiaux car ils sont le ciment de cette relation.

4.2.2 Une posture influencée par l'accueil des équipes

La posture qu'adoptera le cadre de santé à sa prise de poste et durant son exercice sera donc influencée par la manière dont l'équipe qu'il aura en charge l'accueillera puisqu'il me semble que cela constituera la base de leur relation comme évoqué par C5.

Toutes les cadres m'ont fait part des attentes exprimées par les équipes. En effet, les équipes concernées étaient dans l'attente de la prise de poste d'un cadre de santé dans leur service et très peu d'entre elles ont verbalisé des craintes concernant le fait que ce soient des cadres hors filière. Ce qui revient souvent dans les entretiens, c'est, comme le dit C3 « *ils m'ont regardée*

avec des grands yeux quand même... » (E3, 157). Cependant, le fait que toutes ces équipes aient été en attente, semble avoir favorisé les prises de poste des cadres.

Pour C5, « *au niveau de l'équipe soignante, je me suis retrouvée face à une équipe (du bloc opératoire), qui était partie prenante, qui a joué le jeu, qui n'a jamais remis en question le fait que je n'étais pas de leur filière » (E5, 150-51). Cette cadre parle même d'adoption de la part de son équipe.*

Nous pouvons observer que, parallèlement à la progression du métier de cadre de santé, les attentes des équipes ont évolué. **Ce que veulent les professionnels aujourd'hui, ce dont ils ont besoin, ce sont de personnes compétentes en management, en gestion d'équipe et de projets ; un manager qui tienne les rênes du service.** C'est étymologiquement le sens premier du mot manager.

C2 l'exprime en me faisant part de ce que son équipe lui a répondu quand elle leur a dit qu'elle était de filière initiale PPH « *ben non, cadre, c'est l'organisation, c'est les plannings, c'est la ressource ! » (E2, 180-81). Cela lui a permis d'affirmer sa posture de cadre avec sérénité et de se consacrer à ses missions d'encadrement. Pour C5, « si pour moi ça marche aujourd'hui, j'ai tout fait je pense pour le faire, mais j'ai une équipe derrière aussi qui a accepté de jouer le jeu » (E5, 1309-310).*

Nous retrouvons ici la **notion de réciprocité** dans la relation qui permet à chacun de mener sa construction identitaire par le partage d'expérience et l'échange. Revêtir le costume de cadre et adopter la posture qui convient est alors facilité ; les cadres que j'ai rencontrés m'ont fait part d'un sentiment de liberté, comme si ces accueils qu'elles avaient reçues leur avaient enlevé un poids et permis de s'affirmer pleinement en tant que cadre sans avoir à justifier leur présence dans une filière qui n'est pas la leur.

Elles m'ont aussi unanimement partagé avoir mis à profit cette différence pour prendre du recul et avoir un regard neuf sur les équipes qu'elles encadrent.

4.2.3 Une prise de recul permise par un changement d'identité professionnelle

4.2.3.1 Un élément facilitateur : le changement de filière

Chacune des cadres interrogées m'a exprimé que **l'obtention du diplôme de cadre (ou sa perspective), participait pleinement à leur changement d'identité professionnelle**. L'une d'entre elle (C4), l'a décrit comme un « *pouvoir invisible* » (E4, 1189). Pour elle, « *c'est vraiment un autre métier et une ouverture* » (E4, 1503). Cette mue identitaire semble avoir été facilitée par leur choix de poste. En effet, chacune d'entre elle s'est positionnée sur des postes d'encadrement dans des filières différentes de leur filière d'origine. C'est ce qu'exprime C1 lors de l'entretien « *je dis pas que c'est facile d'arriver dans un service de soins, mais je pense que c'est plus facile que de rester dans le service (ici la pharmacie), dans lequel on a été* » (E1, 1235-236).

Ces cadres vont jusqu'à me parler de **protection** et de survie. Cela m'a été clairement verbalisé par C2 lorsqu'elle dit « *franchement, sur certains points, ne pas être de la filière, ça me protège. Ça me protège* » (E4, 1662).

Ce qui est prégnant lors des entretiens quant à l'identité professionnelle reste le fait de la prise de recul par rapport aux pratiques et aux activités des services ainsi que l'ouverture d'esprit. C5 m'en a fait part dès le début de l'entretien : « *le fait d'encadrer une autre activité et des professionnels qui ne sont pas de mon métier d'origine, de mon cœur de métier, m'a permis d'avoir un regard sans a priori* » (E5, 134-35). Cela a été un fil conducteur durant l'entretien puisqu'elle reprend ses propos lorsqu'elle me parle de son expérience au bloc opératoire. Pour elle, la réussite de cette prise de poste vient « *d'un ensemble de chose, mais clairement, le fait de ne pas être de la filière me donne cette possibilité-là* » (sous-entendu, d'apporter autre chose, d'avoir de la distance par rapport aux activités du service) (E5, 1212-213).

Je pense qu'effectivement, cela permet au cadre de **prendre de la hauteur et de la distance**. De ce fait et au regard du concept de l'intelligence émotionnelle développé par Goleman et Kotsou, je pense que cette juste distance, ce positionnement vont permettre au cadre d'être à l'écoute des émotions. Que ce soit les siennes et celles de son équipes. Ces espaces seront d'autant plus importants que le cadre se permettra de lâcher prise. Pour C2, « *le fait de ne pas connaître certains domaines, j'ai été obligée de lâcher prise. Et au moins, je peux me concentrer sur ma propre activité et je trouve ça très bien !* » (E2, 1114-115).

Pour elle cela explique que « *les cadres hors filière sont beaucoup plus épanouis que les autres ; c'est un ressenti, peut-être parce que justement, la distance qu'on a avec le métier, elle nous aide à survivre* » (E2, 1379). La mobilisation des compétences émotionnelles de ces cadres semble être simplifiée par l'absence de barrières, certes invisibles que peuvent se

mettre d'autres professionnels. Certains d'entre eux se sentent d'abord jugés en tant qu'IDE avant d'être reconnus comme cadre. Leur posture s'en trouve donc impactée et ce n'est pas sans conséquences sur leur mode de management. C'est une réalité dont C4 a pris la mesure lors de son année de formation à l'IFCS ; lors d'un échange avec l'une de ses collègues IDE, FFCS qui lui exprimait des difficultés quant à la gestion de son équipe et à son incapacité à prendre de la hauteur, elle lui dit « *ouvre-toi, voit ce qui se passe ailleurs ! Ça c'est parce que tu sors (de ton milieu professionnel) que tu t'en rends compte !* » (E4, 1480-481). Cette future cadre de santé, IBODE, n'envisage plus, suite à sa mue identitaire, de réintégrer la stérilisation ; c'est aujourd'hui un souhait de sa part de quitter sa zone de confort et d'aller s'ouvrir à l'extérieur suite à sa « trans-formation » et à l'obtention du diplôme de cadre. Elle aura, en sortant de l'IFCS, **une autre identité professionnelle à affirmer** et comme toutes les cadres interrogées, elle pense pouvoir s'épanouir plus aisément dans un service d'une activité qu'elle méconnaît, où elle devra remettre ses pratiques en question et se remettre en question au quotidien pour rester vigilante. Cela peut en effet être moteur pour ces cadres qui ne souhaitent pas se complaire dans ce qu'ils qualifient comme un certain confort.

4.2.3.2 Une gestion des conflits plus aisée

Ce recul est également régulièrement mis à profit pour gérer les conflits rencontrés au sein des équipes encadrées. **Il permet une distanciation par rapport au conflit, une objectivité, une certaine neutralité de la part du cadre.** C2 le qualifie de « *juste distance, de totale neutralité* » (E2, 1551). Elle a mis cette distance à profit lors de sa prise de poste : « *j'écoutais, mais je ne pouvais pas juger parce que je ne savais pas : j'essayais d'objectiver. Je pense qu'en plus, je le vivais beaucoup mieux* » (E2, 1553-555). Ne pas être de la filière ni issue de l'équipe de soins a permis à ces cadres de ne pas avoir d'a priori ou de représentations sur les professionnels ; c'est ce qu'exprime C3 lors de notre entretien : « *je pense que de venir de quelque chose de neutre, vous n'avez pas d'a priori, pas de jugement* » (E3, 171-72).

Ces cadres reprennent toutes les deux cette idée d'absence de jugement de leur part concernant leurs équipes. Les relations sont plus saines et plus sereines entre elles et les professionnels de leurs services que ce soit au niveau de l'équipe médicale comme au niveau des professionnels encadrés. Cela permet aussi une espace de liberté qui permet à chacun d'exprimer et d'accueillir les émotions de l'autre, d'exploiter leurs compétences émotionnelles et d'éviter la naissance de conflits. Les choses étant dites et partagées, il y a

moins de conflits sous-jacents, de quiproquos ou de situations ambiguës. C'est aussi ce que nous a exposé M. Vignon lors de ses enseignements à l'IGR de Rennes à propos de la gestion de conflits.

4.3 La reconnaissance

La reconnaissance est un besoin que ressent chacun pour pouvoir construire son identité ; selon le CNRTL, le fait de reconnaître quelqu'un s'apparente à « *retrouver quelqu'un, quelque chose avec sa nature profonde, ses tendances véritables, son caractère propre* ». C'est ce que recherchent les cadres de soins lors de l'exercice de leurs fonctions comme tout autre professionnel. Le fait d'être identifié pour ce qu'il est, d'être connu et reconnu permet à chacun de prendre sa place dans la société et plus particulièrement dans le cas de cette recherche, dans la sphère professionnelle. **L'individu se construit, construit son identité en fonction de ce que les professionnels qui l'entourent lui renvoient.**

Dans cette dernière partie, je commencerai par parler de la légitimité du cadre de santé, au travers de l'obtention du diplôme et par la confiance que les autres nous accordent. Je développerai ensuite l'estime de soi abordée au cours des entretiens au travers de l'humilité, et de la connaissance de l'autre.

4.3.1 La légitimité

Lors des entretiens de recherche, les cadres de santé rencontrées m'ont souvent parlé de légitimité lorsqu'elles évoquaient la reconnaissance ; j'ai pu observer une évolution dans leur réflexion en fonction du recul qu'elles pouvaient avoir dans leurs fonctions.

4.3.1.1 La légitimité acquise par l'obtention du diplôme

Au regard de chacun des entretiens, l'acquisition de la légitimité semble résulter d'une bataille que chacun a dû mener ; les termes « gagner », « prouver », « capacité », « affirmer », « peur » sont utilisés par toutes les cadres interrogées qu'elles soient faisant fonction, cadre de santé ou cadre supérieur.

Toutes m'ont exprimé être venues ou venir à l'IFCS chercher cette légitimité. C1, qui est faisant fonction semble être la plus pugnace ; je mets cela sur le compte de son statut et est de ce fait, d'autant plus en attente de reconnaissance. Que ce soit au niveau des équipes comme de la hiérarchie. Elle emploie à plusieurs reprise le verbe gagner et de par son attitude (mains sur la table, regard, ton déterminé), elle semblait réellement mener un combat. Elle le dit 1165 : « *ça se gagne cette légitimité ; en tant que faisant fonction encore plus !* », et le répète à plusieurs reprise dans les phrases suivantes « *pour moi ça se gagne* » (1166), « *la légitimité, elle se gagne* » (1172).

Ce besoin accru de reconnaissance et de légitimité des faisant fonction est appuyé par C2 pour qui, « *le statut de faisant fonction enlève de la légitimité* » (E2, 1146) et par C4 qui les qualifie même de « faux cadres ». La « vraie cadre » étant la cadre diplômée. Selon elle, « *quand on arrive en tant que faisant fonction, il y a toujours ... l'équipe sait que l'on n'est pas un vrai cadre ...* » (E4, 1142-143). Au regard de cet entretien (n°4), la légitimité semble être matérialisée par le diplôme ; la cadre concernée, qui a été faisant fonction pendant 3 ans, octroie un pouvoir à ce dernier :

le pouvoir du diplôme, il est incroyable ! Parce que c'est une reconnaissance effectivement des autres. Ils ne vont pas se poser de question ; on va se dire ben, elle est diplômée, elle est cadre. C'est une vraie cadre. C'est une vraie cadre. C'est vrai qu'on l'entend hein, c'est une vraie cadre, elle, elle est faisant fonction » (E4, 1182-185).

Lorsqu'elle m'a tenu ces propos, j'ai aussi ressenti une certaine ardeur, une volonté de s'imposer, de se légitimer au regard des autres. Elle est convaincue de ses propos et elle les vit et leur donne corps. Je pense que, ce manque de reconnaissance du « faux cadre » a été une souffrance pour elle et qu'elle a mal vécu ce statut de faisant fonction. Cependant l'IFCS lui a permis de cheminer sur cette réflexion et de prendre de la distance. Aujourd'hui, elle pense que « *c'est plus la peur de l'inconnu qui fait qu'on ne va pas se sentir légitime* » (1229).

Diplômée depuis 2 ans, C2 a partagé cet avis : « *j'allais chercher ma légitimité à l'IFCS. J'avais du mal à être légitime et j'étais convaincue que ça passerait par le diplôme* » (E2, 123-124). Cependant, comme la cadre précédente, elle a su prendre du recul par rapport à cela depuis sa prise de fonction et aujourd'hui, même si « *le diplôme (l'a) rendue légitime, y'a pas de secret, ça (lui) a enlevé un poids* » (E2, 1132-133), elle avoue que cette légitimité a de la valeur parce qu'elle se l'est accordée. Le diplôme semble avoir été un facteur déclencheur de cette reconnaissance mais selon elle, cette reconnaissance des autres a été induite par la

reconnaissance qu'elle-même s'est autorisée. Elle l'exprime durant l'entretien lorsqu'elle me dit « *finalement je me rends compte que la légitimité, c'est moi qui me l'accorde ou pas, c'est pas les autres ...* » (I125) et elle le répète quelques lignes plus tard lorsqu'elle me confie « *la légitimité finalement, je me suis rendue compte que c'est moi qui me l'imposait* » (E2, I128-129). Cependant, si j'analyse ses propos, je pense qu'elle s'imposait cette légitimité pour obtenir la reconnaissance des autres. Sans ce diplôme, elle ne se sentait pas en droit de revêtir son costume de cadre. Lors de l'une de ses interventions à l'IFCS, B. Lorne⁷² s'est positionné du côté soignant en nous indiquant que selon lui, « *on donne la légitimité aux personnes dans lesquelles on se reconnaît* », encore faut-il que ces personnes elles-mêmes s'accordent cette légitimité.

C'est une problématique que j'ai trouvée récurrente lors des entretiens : les cadres non issues de la filière infirmière semblent être plus en difficulté pour s'accorder cette légitimité. Comme si elles devaient démontrer que même si elles ne sont pas issues de la majorité, elles n'en sont pas moins compétentes en matière de management et d'encadrement. C2 l'exprime en me confiant « *j'ai toujours eu l'impression d'être obligée de prouver, prouver, prouver ! Et arrivée ici, avec mon diplôme, j'avais plus ce sentiment* » (E2, I159-160). 80% des cadres interrogées m'ont fait part de ce ressenti. La seule qui ne partage pas cette avis est C3, qui vient d'être nommée cadre supérieure ; selon elle, « *ce n'est pas parce qu'on est de la même filière que d'office on va être légitime ; pour moi, ça donne rien du tout !* » (E3, I14). Cependant, elle admet que « *le fait d'avoir le diplôme, ça pose un peu les choses. Ça ne fait pas tout, mais ça aide (...) je me dis maintenant voilà, maintenant, je suis diplômée, voilà, c'est bon, je suis reconnue par mes pairs !* » (E3, I90-91).

Cette problématique interpelle vivement l'étudiante cadre de santé qui elle, est issue de la filière infirmière, et qui pendant cette année de formation, ne comprenait pas nécessairement les revendications et cette attente de reconnaissance des étudiants-cadres médicotechniques ou issus de la filière de la rééducation. Après avoir longuement échangé avec eux, elle a mieux compris ce sentiment mais ne l'admet pas pour autant : « *Je me dis c'est impressionnant de voir comment les personnes des autres filières sont dans une demande de positionnement. Un cadre c'est un cadre de tout, ça paraît tellement évident que je ne comprends pas ce positionnement-là !* » (E4, I466-469).

⁷² Lorne, B. Psychologue

Je pense que c'est parce qu'elle s'est trouvée confrontée à la problématique inverse. Elle encadre une équipe pluridisciplinaire et a dû apprendre à travailler avec d'autres professionnels que ceux du bloc qu'elle connaissait. Cependant, pendant son faisant fonction de cadre en stérilisation, la personne avec laquelle elle a rencontré des difficultés par rapport à sa posture et à sa légitimité, a été la seule personne de l'équipe qui était IBODE, comme elle. De ce fait, elle a trouvé cela plus simple d'être légitime et d'affirmer son autorité auprès de professionnels issus d'une autre filière que la sienne.

Tous ces propos recueillis me font dire que, effectivement, on me reconnaîtra si je suis légitime mais que cette légitimité dépend essentiellement de deux facteurs que sont :

- La légitimité que je m'accorde
- La matérialisation de cette légitimité par l'obtention du diplôme

4.3.1.2 La légitimité acquise par la confiance

La relation de confiance que chaque cadre a pu établir avec ses équipes leur a permis d'être reconnue par ces dernières. L'établissement de ce lien de confiance a été évoqué par chaque cadre interrogée lors des entretiens de recherche. Il s'est tissé progressivement grâce à la communication qui s'est établie entre les cadres et les professionnels.

❖ Comment établir la communication ?

Pour créer du lien avec l'équipe et provoquer la reconnaissance mutuelle de chacun il est nécessaire de provoquer la rencontre. Les cadres que j'ai rencontrées ont toutes pour habitude de laisser la porte de leur bureau ouverte afin de favoriser les échanges et inciter leurs équipes au contact. C1 me dit « *J'aime bien discuter, ma porte est toujours ouverte, donc elles viennent quand elles veulent (...) l'échange se passe bien pour moi dans les 2 sens ; ça marche de façon réciproque* » (E1, 1112-1115). Selon elles, de cette façon, elles montrent à leurs équipes qu'elles sont disponibles et prêtes à les écouter, à les accueillir si elles ont quelque souci que ce soit. Pour C2, cela a apaisé les professionnels et créé un autre climat dans le service. « *Ils se sentent plus apaisés, moins agressifs, plus écoutés* » (E2, 312-313). Cependant, C4 a attiré mon attention sur le fait qu'il faut être attentif à ce que les professionnels prennent toute leur place dans la relation. En effet, elle me dit « *je me rends*

compte que je parle beaucoup, je me pensais très ouverte au dialogue, et je me rends compte que je laisse pas beaucoup de place au retour » (E4, 204-205). Elle appuie ses propos quelques instants plus tard en insistant :

tout le monde m'écoute, mais au final, il faut que je travaille sur le retour des agents ; c'est-à-dire qu'une communication, ben, c'est à 2 ! (...) et des temps de pauses ou de silence, ça laisse la place aux autres. (E4, 1206-207 à 210).

Il m'apparaît effectivement primordial que chacun trouve sa place dans la relation. Mais celle-ci est dépendante de l'environnement et des dispositions dans lesquelles se trouvent les interlocuteurs. C'est pourquoi, il me semble important d'établir des conditions favorables au tissage des liens. Cela passe par des choses simples comme passer dire bonjour aux équipes en arrivant le matin, laisser sa porte de bureau ouverte, partager un café de temps à autre, s'intéresser aux personnes, etc.

❖ Comment établir une relation de confiance ?

Ne l'ayant pas défini lors de l'élaboration du cadre conceptuel, je commencerai donc par préciser brièvement ce qu'est la confiance. Pour le CNRTL, c'est une « *croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence* ». C'est une relation réciproque. Selon Van Belleghem⁷³(2013), dans le monde du travail, « *cette réciprocité des enjeux de confiance favorise la reconnaissance mutuelle et participe au développement de la dimension psychosociale* » (p1). Elle est indispensable à un bon fonctionnement du service et permet de mener les projets à bien de manière plus fluide. Cet auteur définit plus particulièrement la confiance dans la relation de management qui est, par définition, asymétrique du fait que l'un soit le subordonné de l'autre. Pour lui (2013), « *l'organisation du travail, à travers le système de règles qu'elle propose, doit favoriser la construction des équilibres entre les raisons de chacun de se faire confiance* » (p6).

Une fois la communication établie, la confiance peut alors s'installer. Comme me le fait remarquer C1 : « *Je suis dans l'écoute, je suis dans l'écoute. Si ça va pas, je leur dis ma porte elle est ouverte (...). Ça me permet de créer un dialogue et une relation de confiance* » (E1,

⁷³ Van Belleghem, L. Ergonome consultant à la CNAM, Paris

1281-283). Pour cette cadre, « *on est là pour qu'il y ait une cohésion, pour que ça marche !* » (E1, 301). Travailler en confiance permet à l'équipe de travailler en harmonie. Les relations sont simplifiées et chacun trouve sa légitimité dans la reconnaissance de l'autre. C'est aussi ce dont me fait part C5 en me confiant « *on est vraiment dans un type de relation qui est très particulière puisqu'on est vraiment dans une relation de confiance, d'échange et de réciprocité* » (E5, 162-63).

Ce sentiment semble exacerbé par le fait de venir d'une autre filière ; le cadre de santé a besoin que son équipe lui accorde sa confiance pour asseoir sa légitimité ce qu'elle ne peut faire en revendiquant une connaissance du métier des professionnels encadrés.

4.3.2 L'estime de soi

C'est une valeur importante de la reconnaissance ; j'irai même jusqu'à dire que pour moi, elle en est la condition principale. En effet, quelle valeur les autres pourraient nous accorder si nous ne nous en accordons pas ? Pour les différentes cadres interrogées, il est essentiel de s'accorder cette valeur, pour pouvoir se sentir légitime et reconnue.

4.3.2.1 L'humilité

S'il est nécessaire à chacun de développer son estime de soi pour qu'il y ait reconnaissance, les cadres enquêtées m'ont toute fait part de leur vigilance à rester humble. En effet, il me semble important de trouver un juste milieu pour ne pas tomber dans l'égoïsme ou la vanité.

C1 me dit « *je ne suis pas arrivée en disant, je sais tout. Il faut le temps de s'imprégner de ce qui se passe* » (E1, 142). Cette humilité ressort surtout dans le fait d'accepter de ne pas tout maîtriser, de ne pas avoir les connaissances métier. C'est ce dont m'ont fait part tous les cadres avec qui j'ai mené ces entretiens. Pour C2, « *il faut être humble, se dire je ne sais pas, j'ai le droit* » (E2, 189) ; elle est reprise par C3 qui revient sur sa première prise de poste d'une filière autre que la sienne « *c'est vraiment une prise de poste où j'ai été humble ; j'ai dit que je ne connaissais pas* » (E3, 151).

Pour chacune, il ne faut pas hésiter à admettre son ignorance et à dire lorsqu'on ne sait pas. Ce n'est pas faire preuve de faiblesse. Ces managers sont détachées des experts métiers et ne prennent pas cela comme un handicap.

C'est C5 qui a le plus évoqué cet aspect lors de nos échanges. Pour elle, « *il faut accepter ses limites* » (E5, 133). Cela a été le fil conducteur de l'entretien. Elle me confie « *je pense qu'en tant que cadre, il faut accepter tout ce travail d'humilité, de non maîtrise de certains domaines* » (E5, 164-65). Elle appuie cela au cours de l'entretien en me disant « *j'essaie toujours de cultiver mes auto-apprentissages et de ne pas être sûre de moi* » (E5, 1154). Et reprend ses propos à plusieurs reprises, en particulier lorsqu'elle me dit en fin d'entretien, « *ce qu'il faut, c'est de la souplesse. Beaucoup de souplesse, d'adaptabilité, de l'écoute ... et de l'humilité* » (E5, 1263-264).

Effectivement, n'étant pas de la filière, le cadre de santé devra toujours être vigilant aux pratiques des professionnels. C'est à lui de s'adapter à la filière et non l'inverse ! Pour cela, le cadre devra admettre qu'il ne maîtrise pas tout et aller à la rencontre de son équipe en faisant preuve d'humilité. Selon l'une des cadres de santé du pôle où j'ai réalisé mon dernier stage, avoir cette honnêteté va permettre au cadre d'établir la confiance avec l'équipe. Les relations seront plus saines et transparentes. Les cadres vont s'appuyer sur les connaissances et les compétences de leurs équipes et petit à petit, vont aller à la rencontre des métiers encadrés.

4.3.2.2 La connaissance de l'autre comme échelle de valeur

Cette rencontre se fera parce que le cadre ira au-devant des équipes en apprenant à les connaître et à connaître leurs métiers. La connaissance de l'autre, de ses contraintes, de ses compétences va permettre d'établir la communication et ainsi chacun pourra adopter la posture adéquate. La connaissance de l'autre va alors permettre la reconnaissance réciproque et l'estime de soi va pouvoir se développer chacun se trouvant valorisé par l'autre.

Pour mieux connaître les professionnels encadrés, les personnes enquêtées ont toutes pris quelques semaines pour suivre chaque professionnel afin de prendre contact avec les métiers exercés. Pour C1, « *il faut le temps de s'imprégner de ce qui se fait ; une de (mes) grandes appréhensions, c'était de : comment manager des professionnels dont tu ne sais pas leur métier, tu ne connais pas leur métier ?* » (E1, 141-43). C'est l'appréhension principale des cadres de santé lors de leur prise de poste dans une nouvelle filière. C'est ce que chacune des

cadres enquêtées a exprimé et c'est aussi ce que je ressens à l'approche de cette échéance ; mais certainement aurais-je aussi eu des questionnements et des appréhensions si j'étais retournée dans la PUI dont je suis issue. Différents certes mais peut-être tout aussi problématiques. Changer de filière permet de créer la rupture évoquée par C1 et C3 qui leur a semblée nécessaire à leur changement d'identité professionnelle et a facilité, selon elles, leur changement de posture et d'avoir de la reconnaissance.

Pour C3, « *au début je me suis dit ça va aller. Et en fait non, parce qu'il faut justement très très bien connaître les professions, leurs compétences, leurs connaissances, leurs champs d'intervention* » (E3, 1109-111). Cette méconnaissance à la prise de poste demande un investissement supplémentaire de la part du cadre mais cela va aussi permettre à chacun de participer à la construction de la relation. Pour C5, « *on (sous-entendu les cadres de santé), est en capacité d'encadrer tout type d'équipe de soins, si tant est que l'on s'intéresse aussi à l'activité et qu'on se forme, qu'on s'y forme !* » (E5, 167-68).

Cette découverte réciproque de l'autre va permettre à chacun de s'évaluer et de se jauger, en particulier sur son échelle de valeur. Ainsi, après la connaissance pourra venir la reconnaissance. Selon le Larousse, la reconnaissance est « *l'action de reconnaître* ». Et reconnaître, c'est « *juger quelqu'un, quelque chose, les déterminer comme déjà connus à une date ultérieure* ». Petit à petit, parallèlement à la reconnaissance apparaîtra alors la confiance.

C4 appuie cette idée : « *finalement, si on montre qu'on n'est pas à l'aise sur le terrain sur lequel on arrive, l'équipe va le ressentir et à ce moment-là, ils nous demanderont de nous positionner* » (E4, 1291-292). Les cadres enquêtées ont toutes appuyé sur le fait que nous sommes le reflet de notre intérieur et notre personnalité se construit par la valeur que l'on s'accorde, par notre estime de soi. Je pense que c'est une valeur importante au bien-être et à l'équilibre d'une équipe et à laquelle le cadre de santé doit être vigilant.

4.4 Synthèse

Il convient maintenant de discuter mes hypothèses au regard de cette analyse suite aux éléments de réponse recueillis afin de répondre à ma question de recherche qui est :

Qu'est-ce qui conditionne la reconnaissance du cadre de santé hors filière par son équipe ? Par sa hiérarchie ?

En lien avec les hypothèses suivantes :

- ✓ **Changer de filière conduit le cadre de santé nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience de son changement de fonction et favorise la prise de recul.**
- ✓ **La reconnaissance de soi suscite la reconnaissance des autres.**

L'année de formation à l'IFCS représente la phase de professionnalisation du cadre de santé. Ou du moins, en constitue-t-elle l'amorce. Cette formation permet de concrétiser un changement de fonction, un transfert de rôle, l'adoption d'une nouvelle posture. Cependant, ce n'est que le début de la construction d'une nouvelle identité professionnelle, les fondations. Le travail sur le terrain, l'encadrement de professionnels, viendra compléter cette mutation. Comme l'ont évoqué les cadres interrogées au cours de cette initiation à la recherche, il est nécessaire pour le cadre de santé de questionner régulièrement ses connaissances et de continuer à développer ses compétences tout au long de sa carrière.

Pour les différentes cadres interrogées, il est essentiel d'affirmer leur identité professionnelle et d'asseoir leur posture pour être reconnues par les professionnels avec lesquels elles sont amenées à collaborer. Lors de mon dernier stage, j'ai choisi d'aller dans un centre de médecine physique et de réadaptation. Ma référente était une cadre kinésithérapeute. Son équipe est constituée essentiellement de kinésithérapeutes et d'ergothérapeutes. Pendant le stage, j'ai échangé avec les cadres de différents services sur les avantages et les inconvénients à encadrer une filière différente de la sienne. L'une des cadres, ergothérapeute de formation initiale m'a dit qu'elle était contente de ne pas avoir à être « *le sapeur-pompier d'urgence* » de son service. Pour elle, ce recul semble être salvateur et lui a permis de mieux trouver sa place à son arrivée dans l'équipe. Une autre cadre, psychologue de formation, qui a la charge de plusieurs professions (huit) dont les psychologues, m'a exprimé que les difficultés qu'elle pouvait rencontrer concernaient essentiellement les professionnels issus de la même filière qu'elle. Ces remarques associées aux expériences des cadres rencontrées lors des entretiens de recherche de ce mémoire me conduisent à répondre à la première hypothèse :

- ✓ **Changer de filière conduit le cadre de santé nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience de son changement de fonction et favorise la prise de recul.**

Je pense donc, au regard des réponses obtenues, pouvoir répondre par l'affirmative à ce postulat. En effet, les cadres m'ont clairement exprimé que le fait de changer de filière avait facilité leur changement de posture. La prise de recul inhérente à ce contexte leur a permis d'adopter une juste distance par rapport à leurs émotions, aux équipes et à leurs missions. Le positionnement de cadre expert est inexistant puisqu'elles ne connaissent pas les métiers des professionnels encadrés à leur prise de poste. Selon Y. Cottret (2010), « *le cadre n'est pas celui qui fait à la place des autres. Le cadre n'est pas celui qui fait faire. Le cadre est celui qui organise les conditions pour qu'on puisse faire* » (p20). Le cadre de santé hors filière doit donc trouver des moyens pour pallier à ce manque et exploiter ses compétences de manager.

Les équipes, sachant qu'elles ne peuvent s'appuyer sur une expérience technique de leur cadre, attendent de lui qu'il leur renvoie une certaine confiance pour se sentir en sécurité. En effet, il est important pour le manager de donner une image sereine et rassurante afin que l'équipe ne se sente pas mise en difficulté comme l'on exprimé les cadres lors de entretiens. En cela, à l'hypothèse :

✓ **La reconnaissance de soi suscite la reconnaissance des autres.**

Je répondrai aussi par l'affirmative. On peut alors parler de reconnaissance de soi par l'effet miroir comme évoquée par Cooley. Pour Bardou et Oubrayrie-Roussel (2014), « *l'estime de soi, en favorisant l'acceptation de soi, va contribuer à consolider le sentiment identitaire* » (p96) tout en considérant que « *la représentation de soi résulte de l'interaction entre le Moi et l'Autre* » (p115). Il est donc nécessaire pour le cadre de santé d'avoir une juste estime de soi afin de pouvoir induire la reconnaissance de son équipe et d'établir ainsi une relation de confiance qui permettra un management plus fluide, à l'écoute de l'autre et de ses émotions.

Durant ce travail d'initiation à la recherche, les cadres m'ont surtout parlé de la reconnaissance de leurs équipes. La reconnaissance de leur hiérarchie était plus sous-entendue : elles estiment recevoir cette reconnaissance par les missions et les projets qui leurs sont confiées par leurs supérieurs. En général, la base de cette reconnaissance est constituée par le simple fait d'avoir d'être nommées sur un poste de manager. C'est l'établissement d'un premier lien de confiance.

Je pense donc, au regard de ce travail, que la reconnaissance du cadre hors filière est conditionnée par plusieurs facteurs : une professionnalisation réussie semble passer par un changement d'identité professionnelle assumée dont la construction est facilitée par une prise

de recul. L'adoption d'une nouvelle posture est influencée par un environnement et les liens construits avec celui-ci et avec ceux qui l'entourent qu'ils soient directeurs des soins, cadres de santé, infirmières, aides-soignants, médicotéchniques ou rééducateurs. Tous ces facteurs permettent au cadre de santé hors filière fraîchement diplômé de prendre son poste avec sérénité et confiance. Ces éléments conditionneront son management et lui permettront de transmettre ses valeurs à son équipe.

5 Conclusion

A mon entrée à l'IFCS, j'avais décidé de mener ce travail sur l'intelligence émotionnelle. En effet, ce concept me parlait particulièrement puisque j'avais rencontré quelques difficultés à gérer mes émotions au cours de mon parcours professionnel. Cependant, je me suis retrouvée en difficulté car je pense que le sujet me tenait trop à cœur. Je n'avais pas encore pris assez de distance. J'ai donc continué de cheminer en me questionnant plus sur les causes de ces émotions auxquelles j'avais dû faire face. C'est comme cela qu'ont émergé ma question de recherche :

*Qu'est-ce qui conditionne la reconnaissance du cadre de santé hors filière par son équipe ?
Par sa hiérarchie ?*

Et mes hypothèses :

- ❖ **Changer de filière conduit le cadre de santé nouvellement formé à prendre plus rapidement conscience de son changement de fonction et favorise la prise de recul.**

- ❖ **La reconnaissance de soi suscite la reconnaissance par les autres.**

Lors de mon arrivée à l'IFCS, c'est avec plaisir que j'envisageais la rédaction de ce mémoire. Et c'est avec plaisir que je l'ai réalisé. Ce travail m'a permis de prendre de la distance avec mes ressentis et de comprendre en quoi il était primordial pour moi de profiter de cette d'enseignement à l'IFCS pour développer ma confiance en moi et réussir à valoriser mes connaissances et mes compétences.

J'envisageais cette année de formation comme un processus qui allait me permettre d'endosser un nouveau costume professionnel et d'affirmer ma nouvelle fonction. Si je devais symboliser ce que représente cette année à l'IFCS, je prendrai l'image de la **métamorphose du papillon**.

Nous entrons à l'IFCS, professionnels de santé de diverses filières, comme chenilles. L'année de formation et la réalisation de ce mémoire nous enveloppent durant une année comme une chrysalide et nous ressortons « cadres de santé-papillons », tous de couleurs différentes. En effet, nos identités professionnelles sont construites par ce que nous sommes à l'intérieur de

nous, nos émotions, nos ressentis, notre confiance mais aussi notre parcours professionnel et nos rencontres.

Cette année nous aura tous transformés et nous aura permis de changer d'identité de manière progressive. Ce travail d'initiation à la recherche y a aussi grandement contribué. En effet, l'élaboration de ce mémoire m'a permis de prendre du recul sur un sujet qui me tenait à cœur. Je pense que nouveau regard, permis par ce travail, facilitera ma prise de poste prochaine.

En effet, lors des entretiens de recherche, les cadres ont souvent exprimé que, le fait d'être issues de filières autres que celle des infirmières provoquait ou avait provoqué chez elles, un manque de reconnaissance, et/ou de visibilité. De ce fait, les cadres dits « hors filière » sont souvent des cadres en quête de légitimité.

Ce sentiment d'exclusion, même si le terme peut paraître fort, est déjà symbolisé par la qualification de ces cadres : « hors filière ». Comme s'ils étaient hors normes.

C'est une problématique que l'on retrouve très souvent au niveau des personnels des filières de la rééducation ou des professionnels médicotextuels. En effet, ces services ont souvent le sentiment d'être « à part » car le contact avec le patient est différent de celui que peuvent avoir les professionnels qui sont au cœur des services de soin. La finalité de chacun est pourtant la même : la santé et le confort du patient. Chacun a un rôle important à tenir mais pour certains, ce rôle n'est pas mis en lumière, reconnu, par les autres professionnels.

Je pense que je pourrais donc exploiter ce travail sur la reconnaissance pour permettre aux personnes que je vais encadrer d'affirmer leur identité professionnelle et de prendre toute la place qu'ils méritent au sein de la prise en charge du patient. Je pense que chacun a besoin d'être reconnu dans son travail pour pouvoir s'épanouir et avoir confiance en ses capacités. De ce fait, chacun pourra développer son estime de soi. Comme le soulignent Bardou et Oubrayrie-Roussel (2014), « *l'évaluation de soi est un processus central qui guide les actions du sujet* » (p121). L'implication du professionnel dans les projets de service ou de l'institution est donc directement corrélée à la valeur qu'il s'accorde. Plus le soignant aura confiance en lui, plus il aura envie de participer à ce qu'on lui proposera et acceptera de travailler en collaboration avec les autres.

Il sera important pour moi de faire collaborer les professionnels en mixant leurs métiers d'origine afin qu'ils se rendent compte de la richesse que ce brassage peut apporter. C'est ce qui est fait lorsque les cadres de différentes filières travaillent sur des projets institutionnels.

Les regards sont différents et les croiser apporte des éclairages qui n'auraient pas été permis si chacun était resté dans son univers. Le travail en équipe pourra alors être valorisé à différents niveaux et chacun pourra prendre conscience de l'importance de l'autre.

A la rédaction de ce mémoire et durant tout ce travail d'initiation à la recherche, j'ai eu l'impression de dérouler une pelote de laine. Lorsque je commençai à explorer un concept un autre en découlait, puis un autre et encore un autre. Il m'a donc fallu faire des choix. Et ceux-ci seraient certainement encore différents si je reprenais mon cadre conceptuel à l'heure actuelle.

Cette recherche m'a permis de mettre en lien la professionnalisation, l'identité professionnelle et la reconnaissance du cadre de santé, et particulièrement du cadre de santé hors filière. Ce n'est que le début du chemin. Si je devais poursuivre ce travail, je le construirai au regard du lien entre la reconnaissance, la coopération et l'implication des professionnels. Comme l'exprime Renault (2006),

La reconnaissance par les collègues et la hiérarchie joue un rôle non négligeable. Mais la reconnaissance de la réalité et de l'utilité du travail conditionne également la coordination des différentes activités ; la dimension coopérative du travail dépend donc aussi de la reconnaissance. (p36).

Je pense aussi que ces concepts sont étroitement liés et je ne manquerai pas de m'en souvenir lors de l'exercice de mon métier de demain lorsque je devrai manager une équipe pluridisciplinaire. A moi de réussir à faire en sorte que chacun prenne conscience de la richesse de l'autre et de la nécessité de faire ensemble pour faire mieux.

Liste des références bibliographiques

Ouvrages :

- * Balducci, R. & Penot, J-L. (2015). *L'estime de soi au cœur du management. Comment valoriser les individus pour améliorer les performances*. Le Mans : Gereso
- * Baldwin, J-M. (1899). « *The genesis of sociality. Appendix D* » in *social and ethical interpretations in mental development: a study in social psychology*. New-York : Mac Millan Company, 555-557
- * Barbier, J-M. Bourgeois, E. De Villiers, G. Kaddour, M. (2006). *Constructions identitaires et mobilisation des sujets en formation*. Paris : L'Harmattan
- * Bardou, E. & Oubrayrie-Roussel, N. (2014). *L'estime de soi. Quelle valeur attribue-t-on à sa propre personne ? Comment se construit l'estime de soi ?* Paris : In press
- * Bedin, V. dir. Collectif. (2013). *La reconnaissance. Des revendications collectives à l'estime de soi*. Auxerre : sciences humaines éditions
- * Beckers, J. (2007). *Compétences et identité professionnelles*. Bruxelles : De Boeck Université
- * Blanchet, A. & Gotman, A. (2006). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin
- * Burgat, P-M. (2016). *Manager avec l'intelligence émotionnelle*. Malakoff : Interéditions
- * Caillé, A. (2007). *La quête de reconnaissance : nouveau phénomène social*. Paris : La Découverte
- * Capo-Chichi, C. (2011). *Encadrer une équipe pour la première fois*. Levallois-Perret : Studyrama (3ème éd)
- * Cooley, C. H. (1902). *Human nature and the social order*. New-York: Charles Scriber & sons
- * Dubar, C. (2000). *La socialisation* (5^{ème} édition). Paris : Armand Colin
- * Durkheim, E. (1904-1905). *L'évolution pédagogique en France*. Paris : PUF, 2^e éd. 1969.
- * Dumora, B., Boy, T. (2008). *Les perspectives constructivistes et constructionnistes de l'identité* (2^{ème} partie). *L'orientation scolaire et professionnelle*, 37(3), 355-386. (Consultable sur <http://osp.revues.org/1729>)

- * Honneth, A. (2010). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris : les éditions du Cerf
- * Kaufmann, J-C. (2004). *L'invention de soi. Une théorie de l'identité*. Paris : Armand Colin
- * Kotsou, I. (2016). *Intelligence émotionnelle et management. Comprendre et utiliser la force des émotions*. Louvain-la-neuve : De Boeck Supérieur
- * Laing, R. (1971). *Soi et les autres*. Paris : Galimard
- * Le Boterf, G. (1997). *De la compétence à la navigation professionnelle*. Paris : Editions d'organisation
- * Le Boterf, G. (2001). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Editions d'organisation
- * L'Ecuyer, R. (1978). *Le concept de soi*. Paris : Seuil
- * Marc, E. (2005). *Psychologie de l'identité. Soi et le groupe*. Paris : Dunod
- * Mucchielli, A. (2012). *Mon chef est un con*. Paris : Maxima
- * N'Da, P. (2015). *Recherche et méthodologie en sciences humaines et sociales. Réussir sa thèse, son mémoire de master ou professionnel, et son article*. Paris : L'Harmattan
- * Osty, F. (2003). *Le désir de métier. Engagement, identité et reconnaissance au travail*. Rennes : Presses universitaires de Rennes (PUR)
- * Pengam, M. & Sliwka, C. (2006). *Changement de poste, changement de fonction : les compétences des cadres de santé à l'épreuve de la mobilité*. Rueil-Malmaison : Lamarre
- * Rodriguez-Tomé, H. (1980). *La dimension temporelle de l'identité*, in TAP P. (Dir), *identité individuelle et personnalisation*, p147-152, Toulouse, Privat, (1986)
- * Sainsaulieu, R. (1988). *L'identité au travail*. Paris : Presses de la fondation nationale des sciences politiques

Documents :

- * IFCS. (2016). *Guide mémoire, promotion 2016-2017*. PFPS du CHU de Rennes. Rennes

Articles de périodiques :

Cottret, Y. (2010). Retour sur la réforme de 1995 créant le diplôme de cadre de santé. *Soins cadres, vol 19* (n°75), p34-35.

Drevet, G. (2010). La professionnalisation du management de proximité à l'hôpital. *Soins cadres, vol 19* (n°76), p50-53.

Lochet, N. (2012). Quelle légitimité du cadre de santé envers les soignants ? *Soins cadres, vol 21*(n°82), p43-46.

Renault, E. (2006). La reconnaissance au cœur du social. *Sciences humaines*, n°172, p34-40.

Dictionnaires :

Bienveillance. (s.d.). Dans *le petit Robert en ligne*. Repéré à l'url <http://www.lerobert.com/>

Confiance. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Raynal, F. & Rieunier, A. (1998). *Emotion Dans Pédagogie*, dictionnaire des concepts clés. ESF éditeur : Nanterre

Estime. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Légitimité. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Professionnalisation. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Reconnaissance. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Reconnaissance. (s.d.). Dans *le Larousse en ligne*. Repéré à l'url <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>

Transition. (s.d.). Dans *CNRTL*. Repéré à l'url <http://www.cnrtl.fr/>

Thèses et mémoires :

Lochet, N. (2011). *La légitimité : une attention particulière pour le cadre de santé* (mémoire IFCS). Rennes.

Reinhardt, S. (2011). *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences* (thèse doctorat de sociologie). Paris.

Textes législatifs :

Decret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. (1995).

JORF n°193, 20 août. Repéré à l'url

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000554484&categorieLien=id>

Sitographie :

De Singly, C. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers*. Repéré à l'url http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly.pdf

Van Belleghem, L. (2013). *La confiance au travail*. Repéré à l'url http://ergonomie.cnam.fr/equipe/van_belleghem/13_van_belleghem_reciprocite_enjeux_confiance.pdf

Table des matières

Glossaire

Introduction.....	1
1 Phase exploratoire.....	2
1.1 Parcours professionnel.....	2
1.2 Questionnements.....	3
1.3 Question de recherche et hypothèses	8
2 Cadre conceptuel.....	9
2.1 La professionnalisation.....	9
2.1.1 Qu'est-ce que la professionnalisation ?	9
2.1.2 Qu'est-ce qu'être cadre de santé ?	11
2.1.3 Peut-on connaître un métier sans en avoir été ?	12
2.1.4 Vers la professionnalisation	13
2.1.5 L'enrichissement porté par la complémentarité.....	13
2.1.6 La professionnalisation, un processus.....	14
2.2 L'identité professionnelle.....	15
2.2.1 La personnalité	15
2.2.2 La construction identitaire	16
2.2.3 Approche sociologique	18
2.2.4 Approche psychologique	19
2.2.5 Identité professionnelle et acquisition de compétences	21
2.2.6 Identité professionnelle et intelligence émotionnelle	22
2.2.6.1 définition.....	22
2.2.6.2 L'impact sur la construction de l'identité professionnelle	23
2.2.6.3 L'impact sur la façon de manager	24
2.3 La reconnaissance	25
2.3.1 Approche philosophique : Le Soi dépend d'Autrui.....	26
2.3.2 La légitimité	29
2.3.2.1 définition	29
2.3.2.2 Approche sociologique	30
2.3.3 L'estime de soi.....	31
2.3.3.1 Approche psychologique	32
2.3.3.2 Au service du management.....	34
2.4 Synthèse	37

3	Méthodologie	39
3.1	Démarche de recherche	39
3.2	Choix des matériaux	40
3.3	Choix du terrain	41
3.4	Choix de la population.....	41
3.5	Déroulement des entretiens	42
3.6	Biais et limites de ma recherche	44
4	Analyse et interprétation des données	45
4.1	La professionnalisation.....	45
4.1.1	Une demande d'évolution professionnelle	46
4.1.2	Un apprentissage permanent.....	47
4.1.3	Une co-construction par la collaboration et l'échange	48
4.1.4	Une richesse créée par la diversité	50
4.2	L'identité professionnelle.....	51
4.2.1	Le changement d'identité professionnelle permet un changement de posture	51
4.2.1.1	La posture du cadre de santé, conséquence de sa mue identitaire.....	51
4.2.1.2	De cadre expert à manager	53
4.2.2	Une posture influencée par l'accueil des équipes.....	54
4.2.3	Une prise de recul permise par un changement d'identité professionnelle.....	55
4.2.3.1	Un élément facilitateur : le changement de filière	55
4.2.3.2	Une gestion des conflits plus aisée	57
4.3	La reconnaissance	58
4.3.1	La légitimité	58
4.3.1.1	La légitimité acquise par l'obtention du diplôme.....	58
4.3.1.2	La légitimité acquise par la confiance	61
4.3.2	L'estime de soi	63
4.3.2.1	L'humilité.....	63
4.3.2.2	La connaissance de l'autre comme échelle de valeur	64
4.4	Synthèse	65
5	Conclusion	69
	Liste des références bibliographiques.....	72
	Table des matières	76

Résumé

Le cadre de santé hors filière peut parfois rencontrer des difficultés à trouver sa place au sein d'un collectif cadre ou d'une institution. Pourtant, la formation et le diplôme qui lui confèrent ce titre sont les mêmes pour tous. Le processus de **professionnalisation** est identique à toutes les filières paramédicales, ceci dans un but de décroisement fixé par le rapport de Singly de 2009 et la création d'une formation et d'un diplôme unique (1995). Dans ce contexte, je me suis posé la question de savoir ce qui conditionne alors la **reconnaissance** du cadre de santé en particulier lorsqu'il est hors filière. L'obtention du diplôme pourvoit-elle à la **légitimité** de ces cadres ? La formation dispensée à l'IFCS suffit-elle pour qu'ils soient reconnus par leurs équipes ? Par leur hiérarchie ? La construction d'une nouvelle **identité professionnelle** permet-elle le changement de posture ? **L'estime de soi** suffit-elle à provoquer la reconnaissance par les autres ? Autant de questions auxquelles je tenterai de répondre au cours de ce travail de recherche.

Mots clés : professionnalisation, identité professionnelle, reconnaissance, estime de soi, légitimité