

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université de Bretagne - Loire

Université Rennes 2

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

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Quels sont les facteurs de légitimité du
cadre de santé ?**

Anthony HERVE

Directeur de mémoire : Madame Véronique LE BAIL

Soutenance du 23 juin 2017

Année 2016 - 2017

Institut de Formation des Cadres de Santé

du CHU de Rennes

&

Université de Bretagne - Loire

Université Rennes 2

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

Master ITEF Parcours cadres de santé

**Quels sont les facteurs de légitimité du
cadre de santé ?**

Anthony HERVE

Directeur de mémoire : Madame Véronique LE BAIL

Soutenance du 23 juin 2017

Année 2016 - 2017

Je tiens à remercier madame Véronique Le Bail pour sa patience, son suivi, sa disponibilité et ses encouragements au fil de la construction de ce mémoire.

Je remercie aussi l'ensemble des formateurs, intervenants, enseignants et professionnels qui sont intervenus durant cette année de formation.

Merci aussi à la promotion 2016-2017 de l'IFCS de Rennes avec qui j'ai pu passer d'agréables moments et partager énormément.

Mes remerciements vont à mes parents pour la logistique, à mes enfants, Youenn et Colin pour leur patience et leur compréhension face à mon manque de disponibilité.

Enfin, un grand merci à Lydie, une conjointe extraordinaire qui m'a apporté un soutien moral constant tout en s'occupant des enfants telle une super maman durant toute cette année de formation.

« La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information »

Albert Einstein

Sommaire

1. Mon parcours professionnel.....	1
1.1. Préparateur en pharmacie hospitalière.....	1
1.2. Faisant fonction	3
1.3. Le cheminement vers la problématisation	6
2. Cadre conceptuel.....	10
2.1. L'évolution du cadre de santé.....	10
2.2. La légitimité.....	14
2.3. Les compétences.....	20
2.4. La reconnaissance.....	25
3. Méthodologie	32
3.1. Conception de l'enquête	32
3.2. La réalisation de l'enquête.....	34
3.3. Mode de traitement des données	35
4. Analyse des entretiens.....	38
4.1. Le contexte de la prise de poste.....	39
4.2. La légitimité.....	40
4.3. Les compétences.....	46
4.4. La reconnaissance.....	50
4.5. La discussion avec mes hypothèses	55
5. Conclusion	58
5.1. Premier travail d'initiation à la recherche	58
5.2. Projection de la fonction cadre de santé	60
5.3. Et la filière d'origine ?.....	61
5.4. La réponse à la question de recherche	61
6. Liste des références bibliographiques	63

1. Mon parcours professionnel

Préparateur en pharmacie depuis 2002, j'obtiens la spécialisation de préparateur en pharmacie hospitalière en 2011 au centre hospitalier de Fontenay Le Comte où je travaille depuis 2003. Je suis depuis juin 2011 faisant fonction cadre de santé à la pharmacie du centre hospitalier de Fontenay Le Comte à temps partagé : 50% faisant fonction de cadre et 50% préparateur en pharmacie hospitalière.

1.1. Préparateur en pharmacie hospitalière

Pendant huit années, j'ai exercé le métier de préparateur en pharmacie au sein du centre hospitalier de Fontenay Le Comte sans avoir le diplôme de la spécialisation hospitalière. Durant ces années contractuelles, je trouve ma place au sein de l'équipe et me positionne rapidement en tant que professionnel ressource pour l'équipe.

Je m'investis dans le fonctionnement et la mise en place d'une machine à reconditionner des comprimés. En parallèle, je mets en place différents documents qualité permettant ainsi un fonctionnement reproductible.

Par la suite, je suis nommé référent informatique de l'équipe, ce qui m'amène à paramétrer le logiciel de gestion et à en expliquer le fonctionnement à mes collègues. J'ai donc eu un rôle pédagogique et formateur en communiquant et transmettant des informations auprès de l'équipe.

Même avec ces missions, je me pose régulièrement la question de ma légitimité du fait que je n'ai pas le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière et que je ne sois pas titulaire de mon poste. Pourtant, je suis reconnu par l'équipe ainsi que par ma hiérarchie, lesquels m'encouragent même à continuer.

Au sein de l'établissement, je m'investis dans diverses commissions et groupes de travail comme la Commission des Soins Infirmiers et Rééducation Médico-Technique (CSIRMT). Je m'informe des projets en place et à venir, ce qui me permet d'avoir un regard élargi sur l'établissement. C'est aussi un lieu d'échange et d'écoute entre différents acteurs de la santé.

C'est ainsi que je m'aperçois que les attentes ne sont pas les mêmes suivant les différents corps de métier et qu'il est important de convier le maximum de professionnels pour avoir des avis divers et constructifs mais également pour parvenir à se comprendre et se compléter.

Au fur et à mesure des années, mon envie, ma curiosité, mon investissement et mes compétences au sein du service et de l'établissement sont remarqués par la cadre et le pharmacien.

La cadre du service me questionne alors et me demande si j'accepterais éventuellement d'assurer le remplacement de ses fonctions lors de son départ à la retraite. A ce moment-là je suis entré dans une démarche de VAE (Validation des acquis de l'expérience) pour obtenir le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière, ce précieux sésame qui à mes yeux me permettra d'être légitime par rapport à mes collègues.

Effectivement, je me pose encore cette question de légitimité, moi qui n'ai pas encore le diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière.

Comment puis-je me projeter ainsi dans l'avenir ?

Et pourquoi moi par rapport à ceux qui sont titulaires de leur poste ?

Je me questionne en effet sur la proposition faite quant à ce nouveau poste et pour mon avenir au sein du service et de l'établissement.

Est-ce que je veux changer et entreprendre une nouvelle fonction ?

Comment vais-je pouvoir faire ?

Comment va le ressentir l'équipe ?

Et moi dans tout ça, suis-je prêt à faire le deuil de mon métier alors que je n'ai pas encore terminé mon cycle VAE et l'obtention de mon diplôme ?

Je prends alors conscience de cette formidable opportunité qui m'est donnée et commence à y réfléchir et à m'y préparer. Le fait de changer et de découvrir de nouvelles pratiques et fonctionnements me motivent encore plus malgré quelques doutes qui subsistent concernant l'équipe que je vais encadrer.

Comment vont ils m'accepter ?

1.2.Faisant fonction

En juin 2011, n'étant toujours pas titulaire de mon diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière, je suis nommé par ma direction en qualité de faisant fonction cadre à temps partagé à la pharmacie à usage intérieur de l'hôpital de Fontenay Le Comte.

C'est seulement au bout de cette huitième année, en juillet 2011, par le biais de la VAE, que j'obtiens mon diplôme de préparateur en pharmacie hospitalière. Enfin, j'obtenais cette qualification qui pourrait débloquent ma situation de contractuel au sein du service et me permettre d'envisager un avenir plus serein.

Mais le fait d'avoir ce diplôme allait-il changer mon quotidien ?

Ma direction me missionne alors sur un poste à 50 % faisant fonction cadre et 50% préparateur en pharmacie hospitalière. Je suis confronté à la dure tâche d'être dans l'équipe mais aussi d'être le supérieur hiérarchique de mes collègues.

Comment ma légitimité dans ma nouvelle fonction va-t-elle se mettre en place ?

Quel sera le regard de l'équipe avec ma nouvelle fonction ?

Malgré des tests au départ, je suis reconnu par l'équipe au fur et à mesure des années et je me sens légitime.

Mais est-ce grâce à mon expertise dans le métier que ma nouvelle fonction s'est passée en douceur ?

J'apprends à mettre en œuvre mes nouvelles missions en écoutant les autres et en essayant de changer un fonctionnement qui était établi par une cadre depuis de nombreuses années. Je prends donc mes repères, écoute mes collègues et développe ma manière de travailler en changeant l'organisation, ce qui me permet d'asseoir une certaine autorité au sein de l'équipe.

En plus de l'équipe, je prends contact avec mes nouveaux collègues cadres. L'accueil est très cordial. Je pense à ce moment-là qu'ils pourront m'aider à apprendre et connaître les différents versants de mes nouvelles fonctions. Ce sont d'ailleurs des personnes ressources vers lesquelles je m'oriente afin d'étoffer ma nouvelle expérience.

A l'égard de mon parcours atypique, je remarque une certaine méfiance de certains cadres de santé, laissant supposer que je pourrais éventuellement être dans l'incapacité de comprendre ou

bien de faire partie de cette nouvelle organisation. D'ailleurs, au départ certains cadres de santé préféraient demander des informations au pharmacien alors que j'aurai pu y répondre. Par la suite, je prends ma place. Au fur et à mesure, je pense avoir été reconnu.

Mais comment se sont construits ma reconnaissance et ma légitimité vis-à-vis de mes nouveaux collègues cadres ? Cette question de légitimité n'est toujours pas résolue pour moi.

J'ai la confiance de ma direction et au fil des années, des missions me sont confiées, lesquelles me permettent d'ancrer ma place au sein du groupe des cadres de santé.

Je suis faisant fonction cadre à la pharmacie, à mi-temps qui plus est et je me permets de prendre ma place au sein de cette population qui vient majoritairement d'une filière infirmière.

A certains moments, je me heurte à des incompréhensions, notamment lorsqu'il s'agit de parler soins avec les équipes infirmières. C'est le cas lorsque je suis nommé par ma direction des soins comme référent paramédical pour l'évaluation des pratiques professionnelles concernant la sécurisation de l'administration des médicaments. J'ai été amené à réaliser un audit que j'ai analysé pour en dégager des pistes d'améliorations. Les conclusions de cet audit ont servi à établir des axes d'amélioration pour l'établissement au regard notamment des recommandations émises par l'ARS lors de la dernière certification. Pourtant, avec les infirmiers, nous n'avions pas la même vision des choses. En effet, je devais me faire comprendre et faire appliquer le travail que je proposais. Du fait de mon statut de faisant fonction cadre préparateur en pharmacie hospitalière, les équipes ne me légitimaient pas. J'ai pu ressentir une retenue de la part des équipes comme si ma filière d'origine pouvait poser un problème de communication, de positionnement, de reconnaissance et donc de légitimité. J'ai eu des difficultés à me faire entendre et surtout à faire appliquer mes préconisations car les réflexions étaient essentiellement de cette teneur : *« vous ne savez pas comment on travaille et ce qu'est notre métier »*. Pour ce projet, j'étais néanmoins nommé par ma direction en tant que faisant fonction responsable.

Alors pourquoi j'ai eu tant de difficultés ?

Je n'ai pas cette approche du soin et toute cette culture qui est propre à la profession d'infirmier mais j'ai d'autres compétences à mettre en action au sein d'un établissement de santé.

C'est en échangeant avec mes collègues cadres de santé sur nos pratiques tant managériales que sur notre culture et notre expertise de nos propres métiers d'origines, que je me rends compte d'un certain ajustement de mon regard sur le soin.

Effectivement, moi le préparateur en pharmacie, qu'est-ce que je connais au soin ou au métier d'infirmier ?

Cette question prend tout son sens quand je lis un article de la revue objectif soins & management, où il est abordé le fait que :

L'animation d'une équipe passe par une certaine connaissance du rôle et de la place de chacun de ses membres. Des missions d'encadrement s'avèrent donc plus délicates si le cadre méconnaît les professions managées, les conditions de leur exercice, leur organisation. (Hautemulle. M., 2012)

Je prends ainsi conscience que je pourrais potentiellement quitter le milieu de la pharmacie pour encadrer d'autres équipes d'une autre filière. Le cadre supérieur de santé responsable de pôle me rappelle alors qu'un cadre de santé peut exercer dans n'importe quelle unité.

Cette progression dans mon parcours me permet de me poser cette question qui devient alors ma question de départ pour ce travail de recherche.

<p>Quelle légitimité pour un cadre hors filière ?</p>
--

1.3. Le cheminement vers la problématisation

La question d'être d'une filière a-t-elle son importance ?

Le diplôme de cadre de santé est-il reconnu par les équipes ?

Comment ma légitimité au sein de la pharmacie s'est-elle construite et consolidée dans le temps ?

Afin d'élargir mon regard sur ces questions, je commence à demander à mes collègues cadres de santé quelle en est leur vision, quelles sont leurs représentations. Les différents points de vue concernant nos filières d'origines me permettent de comprendre qu'il y a une certaine attache à notre culture métier. Le fait de garder l'expertise du métier permettrait un meilleur fonctionnement, une rapidité d'exécution et un accompagnement des équipes plus simple.

Lorsque je demande à un cadre de santé encadrant une équipe d'infirmiers de mon établissement s'il pourrait venir encadrer l'équipe de la pharmacie, il me répond : « *c'est un autre métier* ». Je pose aussi la question au cadre du laboratoire qui est de la même filière que moi et la réponse est « *je n'ai pas d'expertise dans la filière soignante* ».

Pour une infirmière de mon établissement, lorsqu'elle a appris que je partais à l'école des cadres, sa question a été : « *l'école des cadres préparateur en pharmacie est-elle la même que pour les infirmiers ?* »

La filière d'origine aurait-elle un fort impact sur notre pouvoir à encadrer une équipe ?

Comme le souligne Frederik Mispelblom Beyer, « Dans ce domaine existe une légitimité traditionnelle, basé sur le fait d'être du « sérail » : infirmier ou infirmière d'origine, ce qui repose sur le fait de « connaître les métiers encadrés pour les avoir pratiqués » ». (Mispelblom Beyer, F., 2016, p.156)

La légitimité est ici dite « traditionnelle » comme si le fait de provenir de la même filière permettait de la faire accepter plus facilement par les équipes.

L'appartenance à la même filière faciliterait-elle la légitimité du cadre de santé envers l'équipe ?

Je commence à me poser cette question car même avec mes nouvelles fonctions, je garde toujours un œil expert de mon métier du fait entre autres de mon positionnement non tranché qui est d'encadrer une équipe tout en y étant partie prenante.

L'expertise de mon métier me permet-elle de faciliter ma légitimité auprès de l'équipe ?

Même s'il est fréquent pour tout cadre de santé de subir des « tests » au début de sa prise de poste, les cadres « hors filière » en sont l'objet systématique dans la mesure où leur légitimité n'est pas acquise au départ, mais à construire. La légitimité c'est ce qui vous donne la réputation de « faire l'affaire », d'être à la hauteur de la tâche, d'avoir les compétences nécessaires, de connaître le travail de celles et ceux que vous allez encadrer. (Mispelblom Beyer, F.,2016, p.156)

A la lecture de cet exemple, la légitimité serait donc à construire. Elle serait étroitement liée aux compétences et à une connaissance du travail des personnes à encadrer. Mais cette légitimité serait supposée être plus facilement acquise pour les professionnels provenant de la même filière.

Pourtant, J'ai connu des cadres qui provenaient de la même filière mais dont la légitimité n'a pas été reconnue par l'équipe car l'équipe le disait « *incompétent* », il n'y avait pas de confiance, pas d'écoute, ni même de reconnaissance.

Pourquoi cette légitimité n'est-elle pas forcément reconnue par l'équipe ?

Comme je l'ai déjà expliqué, en tant que professionnel médico-technique, je n'ai pas la même approche du soin et je n'ai pas l'expertise du soin direct.

Comment puis-je avoir autorité sur une équipe si je ne connais pas les bases de leur métier ?

Pourtant je lis aussi :

L'infirmier-cadre de proximité, du point de vue d'une éthique du prendre soin, est aussi (et surtout) un soignant. Son activité soignante spécifique, le prendre soin du soin est essentielle pour une véritable qualité des soins et un bon fonctionnement de l'équipe pluridisciplinaire. Cette affirmation doit cependant être tempérée par la remarque suivante : cette dimension soignante est de moins en moins mise en œuvre,

suite à la forte accentuation, par l'institution hospitalière, de la dimension managériale et gestionnaire. (Abel, P. C.,2014, p.81)

A ce moment précis, je me pose cette question :

Ma légitimité auprès d'une équipe, qu'elle soit de la même filière ou non s'acquiert-elle de la même façon ?

Je continue ma phase exploratoire à l'IFCS, où je rencontre beaucoup de professionnels de filières différentes et je m'aperçois que nous avons tous envie de savoir dans quel service nous allons être affectés. Peu importe la filière même si des préférences se manifestent pour le métier d'origine. Ma question de légitimité est alors discutée et des réponses reviennent souvent. Le fait de ne pas connaître le métier d'origine et surtout de ne pas avoir l'expertise serait plus compliqué pour être légitime. D'autres me parlent de la transformation du métier de cadre de santé, selon laquelle, il n'y a plus de rapport avec l'expertise mais qu'il faut maintenant avoir des compétences managériales. De plus, le fait d'avoir le diplôme légitime le cadre de santé, c'est le but de l'année de l'IFCS. D'ailleurs une formatrice insiste bien en disant que « *à la fin de l'année, vous êtes diplômé, vous êtes donc légitime* ».

Je me perds ainsi portant mon attention sur les représentations de certains pour lesquels l'expertise facilite cette légitimité tandis que pour d'autres, cette expertise n'est plus le fondement principal du cadre de santé. Je trouve alors ce passage intéressant :

Le rôle du cadre de proximité n'est donc pas de se positionner comme le plus savant de l'équipe soignante dont il a la charge, l'effet serait d'ailleurs le contraire de ce qui est espéré. La notion d'« arbitrage » serait plus adaptée. Il doit exercer son « art » en s'appuyant sur l'ensemble des connaissances et compétences de l'équipe, les savoirs pratiques, les richesses relationnelles, intellectuelles, les expériences « tous azimuts » de celle-ci. (Abel, P. C.,2014, p.86)

L'expertise du cadre de santé ne serait donc plus ce qu'attende les équipes. Le cadre de santé pourrait alors mettre à contribution son art, qui s'expliquerait et s'exercerait alors par ses compétences managériales.

Fort de mes lectures, je m'aperçois que la légitimité n'a pas la même définition selon les auteurs.

La légitimité du cadre manager est en lien avec son comportement et son exemplarité. Elle s'inscrit dans la notion de jugement, de reconnaissance du cadre par son équipe, au travers de ses compétences, de son leadership, de sa qualité d'écoute et de sa disponibilité. Sa crédibilité au sein de son équipe doit aussi s'appuyer sur des valeurs et une éthique personnelle. (Cevaer, D., 2015)

Suite à ma phase exploratoire, je pose alors cette question de recherche :

En quoi le cadre de santé se sent-il légitime au sein de son équipe ?

Au regard de mon travail d'exploration, mon parcours professionnel et mes choix, je pose alors **2 hypothèses :**

- **La légitimité du cadre de santé est liée à ses compétences managériales**
- **Le diplôme pose la légitimité de la fonction**

Compte tenu de mon parcours professionnel, mes rencontres, mes lectures je vais définir un cadre conceptuel en relation avec ma question de recherche et mes hypothèses.

- J'aborderai dans un premier temps l'évolution du rôle du cadre de santé aujourd'hui.
- J'exposerai dans un second temps le concept de légitimité.
- Dans un troisième temps, je préciserai la notion de compétence.
- Dans un quatrième temps, je développerai le concept de reconnaissance.

Une fois mon cadre théorique défini, je serai en mesure de présenter ma méthodologie de recherche afin d'apporter quelques précisions à ma démarche d'apprenti chercheur. Je définirai la population cible à interroger, le choix de l'outil de recueil de données ainsi que mon guide d'entretien. Je poursuivrai avec la réalisation de mon enquête et la présentation de ma grille d'analyse. Je terminerai cette partie en portant un regard critique sur le travail que j'ai mené.

Une fois la méthodologie présentée, j'exploiterai les données recueillies du terrain en fonction des thèmes abordés. Je regrouperai alors les différents matériaux extraits de mes entretiens pour en faire émerger l'idée principale. Cette catégorisation me permettra d'analyser ce contenu que j'interpréterai ensuite. Pour clore cette analyse, je confronterai mon cadre conceptuel à mon travail d'analyse en vue d'essayer de répondre à mes hypothèses de départ.

2. Cadre conceptuel

2.1. L'évolution du cadre de santé

2.1.1. Historique

La profession de cadre de santé est récente, comme cela est précisé par Perrasse, M. (2015). Ce n'est qu'en octobre 1951 que la première école de cadre est ouverte par la Croix rouge, pour former les surveillantes et les monitrices.

Le 14 novembre 1958, soit 7 ans plus tard, le certificat d'aptitudes aux fonctions d'infirmière monitrice (CAFIM) et d'infirmière surveillante (CAFIS) est créé. Cette formation dure 8 mois et il faut avoir exercé au moins 3 ans en tant qu'infirmier pour y participer.

Le décret n°75-925 du 9 octobre 1975 crée le certificat de cadre infirmier (CCI), le CAFIM et le CAFIS sont donc remplacés par ce nouveau certificat et le cadre infirmier remplace l'infirmière surveillante. Cette formation dure maintenant 9 mois.

En 1992, les écoles de cadres deviennent des instituts de formation de cadres de santé (IFCS) avec la possibilité d'organiser des partenariats avec les universités.

C'est en 1995 avec le décret n°95-926 du 18 août 1995 qu'est créé le diplôme de cadre de santé, accessible aux 3 filières paramédicales (infirmière – médicotechnique et rééducation) et justifiant de 5 années d'exercice. Les cadres infirmiers au même titre que les autres professions deviennent alors des cadres de santé. L'enseignement de ce diplôme dure 9 mois et demi et se fait en partenariat avec les universités.

La profession de cadre de santé est donc récente et l'ouverture aux autres filières paramédicales change la vision du cadre de santé.

2.1.2. Conditions d'accès à la nouvelle formation

Comme écrit sur la fiche cadre de santé de l'office national d'information sur les enseignements et les professions (ONISEP 2016), pour être admis à suivre la formation de cadre de santé et obtenir le diplôme, les candidats doivent être titulaires :

- D'un diplôme, certificat ou autre titre permettant d'exercer l'une des professions mentionnées ci-après, professions pour lesquelles l'institut de formation des cadres de santé (IFCS) est agréé : infirmier/ière, infirmier/ière de secteur psychiatrique -

manipulateur ou manipulatrice d'électroradiologie médicale - technicien ou technicienne de laboratoire d'analyses de biologie médicale - préparateur ou préparatrice en pharmacie - diététicien ou diététicienne – ergothérapeute - masseur ou masseuse kinésithérapeute – orthophoniste – orthoptiste - pédicure-podologue - psychomotricien ou psychomotricienne.

- Avoir exercé pendant au moins quatre ans à temps plein ou une durée de 4 ans équivalent temps plein au 31 janvier de l'année des épreuves de sélection l'une des professions mentionnées ci-dessus (arrêté du 16 août 1999).
- Avoir subi avec succès les épreuves de sélection organisées au cours du 1er semestre de chaque année. L'épreuve d'admissibilité est une épreuve écrite et anonyme de 4 h. Elle consiste en un commentaire de texte sur un sujet d'ordre sanitaire et social. Seront déclarés admissibles les candidats ayant obtenu une note égale ou supérieure à 10/20.

Pourtant, suivant les IFCS, toutes les professions ne peuvent pas se présenter car l'établissement n'a pas demandé l'agrément à l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour accueillir une profession particulière. Ensuite, certains IFCS déterminent une politique de quotas par filière, ainsi, en général, il existe souvent plus de poste à pourvoir pour la filière infirmière au détriment des filières médicotextuelles et de rééducation. Cette justification peut alors se faire du fait que les infirmiers soient majoritaires dans les hôpitaux.

L'épreuve orale d'admission est une présentation du dossier composé d'un Curriculum Vitae, du déroulement de la carrière, des diplômes et une présentation personnalisée portant sur la conception du candidat ou de la candidate sur la fonction cadre et ses projets.

Grâce à cette admission et suivant la réussite de l'année de formation à l'IFCS sanctionnée par le diplôme, le futur professionnel ressort avec une nouvelle identité professionnelle, des concepts et des méthodes d'analyse de situations qu'il utilisera de la manière souhaitée en temps voulu. Ainsi le rôle du cadre de santé a changé pour s'orienter vers un rôle de manager, il n'est plus l'expert de l'équipe.

Pourtant, « le rappel du métier d'origine porté sur le diplôme de cadre de santé constitue aujourd'hui une espèce de fléchage dans l'affectation du professionnel. Même si des cadres de santé travaillent aujourd'hui dans des lieux différents de leur filière d'origine » (Desserprit, G., 2016, p.28)

2.1.3. L'évolution de la profession de cadre de santé

La profession de cadre de santé évolue en même temps que les textes de loi. La loi Hôpital Patient Santé et Territoire (HPST) et dernièrement la loi de santé 2016, marque l'implication grandissante du cadre de santé pour organiser les nouvelles demandes institutionnelles et ainsi faire respecter les nouvelles lois avec de nouvelles missions managériales.

Le cadre de santé est devenu un manager, ce n'est plus l'expert du métier, cette expertise est à l'équipe. Dans « *être cadre de santé de proximité* » *quels rôles à tenir ?* Marc Dumas et Caroline Ruiller citent Douguet et Munoz pour qui :

Le cadre de santé capable de mobiliser son personnel est celui qui occupe une fonction carrefour en matière de communication et d'information [...] Le cadre fait circuler l'information entre les différentes catégories professionnelles, en la faisant remonter vers le haut de la hiérarchie (par exemple, les doléances des soignants) et en la faisant redescendre vers le bas (en organisant des temps d'échanges). (Dumas, M. & Ruiller, C., 2013)

De plus, le cadre de santé,

S'il assure la gestion administrative, la gestion des flux de biens matériels et immatériels intégrant les soins, les hommes et leurs compétences, les entrées et les sorties de patients, le « *cadre de santé HPST* » a en plus un rôle attendu de leader lui conférant dès lors, une posture sensée être plus managériale que technique. (Dumas, M. & Ruiller, C., 2013)

Le cadre de santé est donc au cœur de l'organisation délaissant la technique au profit du management.

Henry Mintzberg universitaire canadien en science de gestion qui a marqué la recherche en gestion, en management, en organisation et en stratégie définit dans « le manager au quotidien » les 10 rôles du cadre qu'il classe en 3 catégories (Mintzberg, H., 2005, p.103-104) :

Les rôles interpersonnels :

- **Le cadre comme symbole** : chef symbolique obligé de remplir un certain nombre de devoirs routiniers de nature légale ou sociale.

- **Le cadre comme leader** : responsable de la motivation et de l'activation des subordonnés, responsable des affectations, de la formation, etc.
- **Le cadre comme agent de liaison** : crée lui-même, puis entretient un réseau de contacts externes et d'informateurs qui lui apportent faveurs et informations.

Les rôles liés à l'information :

- **Le cadre comme observateur actif** : cherche et reçoit une grande variété d'information spéciale (la plupart d'entre elles d'actualité) pour développer une compréhension approfondie de l'organisation et de l'environnement ; émerge comme le centre nerveux de l'information interne et externe de l'organisation.
- **Le cadre comme diffuseur** : transmet aux membres de l'organisation des informations reçues de personnes extérieures ou d'autres subordonnés ; une partie de l'information concerne des faits, une autre a trait à l'interprétation et à l'intégration de diverses valeurs des sources d'influence pesant sur l'organisation.
- **Le cadre comme porte-parole** : transmet à des personnes extérieures des informations sur les plans, les politiques, les actions, les résultats, etc. de l'organisation ; sert d'expert dans le domaine d'activité de l'organisation.

Les rôles décisionnels :

- **Le cadre comme entrepreneur** : recherche des opportunités dans l'organisation et son environnement, et prend l'initiative de « projets d'amélioration » pour effectuer des changements, supervise aussi la conception de certains projets.
- **Le cadre comme régulateur** : responsable des actions correctives qu'il faut prendre lorsque l'organisation fait face à des perturbations importantes et inattendues.
- **Le cadre comme répartiteur de ressources** : responsable de la répartition des sources organisationnelles de toutes sortes ; en fait prise ou approbation de toutes les décisions importantes de l'organisation.
- **Le cadre comme négociateur** : doit représenter l'organisation dans les négociations importantes.

Voici donc présenté un bref historique sur l'évolution de la fonction de cadre de santé. Je vais donc à présent poursuivre en développant les concepts liés à ma question de recherche.

2.2.La légitimité

Quels sont les facteurs de légitimité du cadre de santé ? Avant d'aller plus loin dans mon travail de recherche, il serait nécessaire de définir ce qu'est la légitimité car ce mot qui occupe mes pensées depuis des années doit avoir un sens fort pour moi.

2.2.1. Définitions de la légitimité

Selon le dictionnaire en ligne Larousse :

- Caractère de ce qui est fondé en droit : La légitimité d'un contrat.
- Qualité de ce qui est équitable, fondé en justice : La légitimité d'une revendication.
- Qualité d'un enfant légitime.
- Qualité d'un pouvoir d'être conforme aux croyances des gouvernés quant à ses origines et ses formes

La légitimité est associée à ce qui est juste, équitable et fondé en droit. La légitimité est une valeur idéale et conforme aux valeurs des équipes.

Selon l'encyclopédie Universalis :

Le terme de « légitimité » évoque le fondement du pouvoir et la justification de l'obéissance. [...] Tout pouvoir revendique normalement un titre quelconque qui l'impose aux individus placés sous sa tutelle. Mais ce besoin de légitimation est plus ou moins vif selon les époques. Il peut même dans certains cas presque disparaître, les institutions en vigueur paraissant, du seul fait de leur existence, commander le respect des assujettis.

La légitimité est fondée sur le pouvoir et l'obéissance.

2.2.2. Approches suivant différents auteurs

Je vais donc chercher des définitions dans le domaine de la sociologie. C'est en lisant, économie et société tome 1, les catégories de la sociologie de Max Weber que plusieurs extraits me font écho et se rapprochent de la définition que je me faisais de la légitimité.

D'après Max Weber, « les agents peuvent accorder à un ordre une validité légitime :

- En vertu de la *tradition* : la validité de ce qui a toujours été ;
- En vertu d'une croyance d'ordre *affectif* (tout particulièrement émotionnelle) : validité de la nouvelle révélation ou de l'exemplarité.
- En vertu d'une croyance *rationnelle* en valeur : validité de ce que l'on a jugé comme absolument valable ;
- En vertu d'une disposition positive, à la *légalité* à laquelle on croit. »

Cette légalité peut à son tour avoir une validité légitime, soit en vertu d'une entente des intéressés à son propos, soit en vertu d'un octroi [*Oktroyierung*], sur la base d'une domination de l'homme sur l'homme et d'une obéissance valant comme légitime. (Weber, M.,2008, p.72)

Le diplôme répond à ces trois valeurs :

- La tradition : Le diplôme a toujours été validant pour les savoirs
- Croyance rationnelle : Dans notre société, le diplôme à une valeur symbolique, l'obtention de celui-ci est jugé comme gage de qualité
- Légalité : Le diplôme atteste le fait qu'on ait les compétences requises

Le diplôme est soumis à un statut établi selon une procédure d'usage, il permettrait au cadre de santé diplômé d'être légitime. « La forme de légitimité actuellement la plus courante consiste dans la croyance en la *légalité*, c'est-à-dire la soumission à des statuts *formellement* corrects et établis selon la procédure d'usage. » (Weber, M.,2008, p.73)

Dans son œuvre, Max Weber décline trois fondements de la légitimité (ou légitimité de l'autorité).

Il y a trois types de domination légitime. La validité de cette légitimité peut principalement revêtir :

- 1) Un caractère rationnel, 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 (domination légale) ;
- 2) Un caractère traditionnel, reposant sur la croyance quotidienne en la sainteté de traditions valables de tout temps et en la légitimité de ceux qui sont appelés à exercer l'autorité par ces moyens (domination traditionnelle) ;

3) Un caractère charismatique, [reposant] sur la soumission extraordinaire au caractère sacré, à la vertu héroïque ou à la valeur exemplaire d'une personne, ou encore [émanant] d'ordres révélés ou émis par celle-ci (domination charismatique).

Dans la domination statutaire ou légale, on obéit à l'ordre impersonnel, objectif, légalement arrêté, et aux supérieurs qu'il désigne, en vertu de la légalité formelle de ses règlements et dans leur étendue. » (Weber, M.,2008, p.289).

Ici, la légitimité est liée à la légalité formelle, celle des règlements arrêtés. La légitimité est basée sur des règles d'attributions comme la légalité et le droit. Je fais encore référence au diplôme.

Dans la domination légale, toute l'organisation est basée sur les règles, le droit. C'est le cas dans le service public. La domination par la direction administrative bureaucratique est la domination légale la plus pure. Dans ce cas, l'autorité qui est reconnue est liée à la fonction et non à la personne qui la représente.

« Dans la domination traditionnelle, on obéit à la personne du détenteur du pouvoir désigné par la tradition et assujetti (dans ses attributions) à celle-ci, en vertu du respect qui lui est dû dans l'étendue de la coutume. » (Weber, M.,2008, p.289).

La légitimité est directement liée à la croyance et il y a un fort pouvoir d'autorité pour celui qui est légitime. Il n'y a pas forcément de règles d'attributions, c'est plus une transmission des pouvoirs du chef à qui l'organisation obéira et se répètera ainsi comme le veut la coutume.

Dans la domination charismatique, on obéit au chef en tant que tel, chef qualifié charismatiquement en vertu de la confiance personnelle en sa révélation, son héroïsme ou sa valeur exemplaire, et dans l'étendue de la validité de la croyance en son charisme. (Weber, M.,2008, p.289)

La légitimité est en lien avec le leadership, celui qui a du charisme et à qui on fait confiance en tant que tel. Il y a un fort pouvoir de soumission au sein de l'organisation. Cette domination charismatique ne perdure pas forcément dans le temps, c'est la confiance et la reconnaissance de l'organisation qui lui permettent d'être toujours là. Le leader charismatique doit prouver et éprouver ses qualifications extraordinaires continuellement. La légitimité serait donc à construire et à défendre continuellement.

Enfin, « la qualification professionnelle : dans le cas le plus rationnel, ils sont nommés (non élus) selon une qualification révélée par l'examen, attestée par le diplôme. » (Weber, M.,2008, p.294). Le diplôme est une attestation de validation de l'année à l'IFCS (Institut de formation des cadres de santé) permettant d'avoir une qualification professionnelle, ce diplôme permet au cadre d'être nommé dans nouvelle fonction.

La légitimité aurait donc différents fondements. La domination statutaire ou légale serait celle dont je me rapproche avec le fait qu'il y ait un ordre, un règlement et un droit. Ce droit serait alors pour moi le diplôme. Et l'ordre et le règlement serait dispensés par mon centre hospitalier.

La légitimité du cadre pourrait venir aussi de ses compétences métier. Dans ce cas, c'est la domination charismatique qui s'en rapprocherait. Le fait d'avoir des compétences permettrait d'avoir une valeur exemplaire.

Selon l'article de soins cadres, Benoit Sourou (2015) cite Maurice Godelier, « le big man tire donc sa légitimité de ses compétences acquises tout au long de son ascension et de son expérience. Son autorité apparaît étroitement liée à ses compétences et à son efficacité ». Il est fait référence ici au fait que le big man (le dominant) serait légitime par rapport à ses compétences qu'il aurait acquis durant sa vie et avec son expérience. Ces compétences lui donneraient une autorité légitime au sein d'un groupe d'individu.

D'après l'article « la légitimité démocratique selon Pierre Rosanvallon » trouvé sur epibesancon.fr, Pierre Rosanvallon, maître de conférences à l'université de Franche-Comté (en 1988) introduit une nouvelle notion associée à la légitimité :

Après l'élection (choix d'ordre moral par excellence), le concours devient donc le second fondement de la légitimité : idée du milieu du XIXe siècle, il affirme la primauté du mérite par rapport à la naissance (caractéristique de l'Ancien Régime), il constitue une sorte d'élection scientifique ou intellectuelle. (Gavoille, J.,2017)

Cette nouvelle approche, c'est la légitimité électorale, c'est-à-dire que c'est au peuple de donner le pouvoir de légitimité en votant. Cette expression (le vote) des individus permet de légitimer quelqu'un d'une façon légale. Il y a donc une reconnaissance grâce au vote. Par contre, si le vote ne fait pas l'unanimité, il y aura toujours des individus qui auront un ressenti d'illégitimité et de non reconnaissance. Même si le concours fait partie du fondement de la légitimité, elle ne serait pas si simple à faire admettre à tous.

Pour Loïc BREMAUD (2017) lors d'une intervention sur la conduite de projet,

Le pouvoir légitime c'est le pouvoir procuré par l'institution, le diplôme, la formation et le titre. Aux USA on préfère les compétences au diplôme car il y a plus de performances liées à l'expérience du terrain. En France nous sommes restés sur de vieilles notions très administratives. Le pouvoir légitime est un accès fort au pouvoir (place des hauts fonctionnaires).

Une notion de lieux géographique est apportée à la légitimité. La légitimité ne serait pas la même suivant les pays et la culture où l'on se trouve.

Selon Hélène Hatzfeld, politologue française, Docteur d'État en science politique, agrégée de lettres classiques, maître de conférences à l'Institut d'études politiques de Paris qui enseigne les sciences humaines et sociales à l'école nationale supérieure d'architecture de Lyon.

La légitimité est le droit reconnu à une personne (ou plusieurs) de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois... Par son étymologie (du latin *lex, legis* : loi), la légitimité est proche de la légalité, mais elle s'en distingue par son sens : la légalité consiste à appliquer une loi, alors que la légitimité se réclame de principes qui, dans certains cas, peuvent être en contradiction avec une loi. Les principes qui fondent la légitimité sont de nature variée : principes moraux et politiques, habitudes, droits, normes... La hiérarchie de ces principes variant selon les individus et les sociétés, elle est source de nombreux différends. (Hatzfeld, H.,2013)

Elle définit la légitimité en deux sens :

- **Sens 1** : Traditionnellement, qualité d'un pouvoir fondé sur des principes reconnus comme valables et assurant son droit à la domination.
- **Sens 2** : Droit reconnu à une personne (ou plusieurs) de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois. (Hatzfeld, H.,2013)

Le principe de légitimité est ici variable suivant les individus, car c'est un droit reconnu qui est partagé par un ensemble de personne. Avec sa définition, la légitimité varierait suivant les populations et les cultures.

Pierre Bourdieu sociologue français ajoute à la légitimité une notion de méconnaissance et reconnaissance « est légitime une institution ou une action, ou un usage qui est dominant et méconnu comme tel, c'est-à-dire tacitement reconnu comme légitime ».

Le caractère de légitimité est fondé par un rapport de méconnaissance de la domination d'une institution, action, usage, méconnaissance paraphrasée comme (« c'est-à-dire ») reconnaissance tacite de la légitimité, c'est-à-dire comme une reconnaissance par le groupe dominé qui ne donne pas lieu à discours polémique, comme reconnaissance par approbation non dite (« qui ne dit mot consent ?»). (Leimdorfer, F. & Tessonneau, A.-L,1986)

Avec mes différentes recherches sur la légitimité, il en ressort qu'elle ne se limite pas qu'au droit et à la loi mais qu'elle est dépendante d'individus, de leurs attentes mais aussi des sociétés. Cette légitimité se construirait sur des principes moraux, politiques et des habitudes.

De là que la connaissance spécifique du métier de ceux qu'on encadre continue à être l'un des supports « techniques » de la légitimité des encadrants, et l'un des atouts pour ceux qui l'ont, comme le montre aussi P.Trouvé (1996). Cela ne veut néanmoins pas dire que ceux ou celles qui ne sont pas du « serail » n'ont aucun moyen d'encadrement, mais qu'ils doivent en inventer un sur mesure. Il faut parfois ruser. (Mispelblom, F., 2010, p.116)

Il y aurait plusieurs légitimités et la prise de poste dans un service de soins serait différente pour tout le monde que l'on provienne de la même filière ou que l'on vienne d'une filière différente.

2.2.3. Synthèse

La définition de la légitimité se rapproche d'une valeur juste et conforme en droit notamment dans le service public ou la domination statutaire ou légale est très présente. Cette légitimité serait reconnue.

Au regard de mes différentes lectures, ma légitimité se construirait selon différentes manières. La légitimité serait acquise :

- Par le diplôme
- Par des compétences
- Par autrui, notamment les équipes soignantes ou médicales

- Par un contexte particulier (lieux géographique, société ou culture)

Il y a donc une légitimité légale avec l'obtention du diplôme et une légitimité morale avec le fait d'avoir certaines compétences, le cadre de santé est alors légitime au sens charismatique du terme.

Pour moi, sachant que je suis agent de la fonction publique, la légitimité est un élément légale acquis de droit. D'avoir cette croyance ne m'a pas permis de m'ouvrir aux autres formes de légitimité

D'après les différents écrits, le concept de légitimité fait aussi apparaître la notion de compétences. Je vais donc travailler sur cette notion.

2.3. Les compétences

2.3.1. Définitions de la compétence

D'après le site du ministère de l'éducation nationale de l'enseignement supérieur et de la recherche, « Les compétences professionnelles s'acquièrent et s'approfondissent au cours d'un processus continu débutant en formation initiale et se poursuivant tout au long de la carrière par l'expérience professionnelle accumulée et par l'apport de la formation continue. » Les compétences ne sont pas innées mais elles doivent se construire tout au long de sa carrière, par l'expérience professionnelle mais aussi par les apports de savoirs des formations.

Ce sont les entreprises qui utilisent le mot compétence comme facteur de réussite pour leur stratégie de développement. L'obtention des performances se fait par les compétences individuelles. Les compétences individuelles étaient essentielles pour réagir aux nouvelles organisations de travail, l'initiative des travailleurs permettaient de gérer des situations de plus en plus complexes.

Aujourd'hui, « la qualification ne peut plus être alors un stock initial à valoriser » (Le Boterf, G., 2013, p.18). Il y a une perpétuelle dynamique d'apprentissage et les compétences se rajoutent au socle de base que sont les savoirs pour l'aider à se développer. Le cadre de santé doit savoir prendre des initiatives et innover pour se détacher de l'équipe qu'il manage, il apporte ainsi ses compétences au regard d'une situation inédite, il utilise son savoir, savoir-faire et savoir être.

2.3.2. Définition de la qualification

Avant d'aller plus loin, je vais définir le terme qualification qui est remplacé par le terme compétence. D'après le CNRTL, la qualification est « l'ensemble des connaissances et des diplômes d'un travailleur, ainsi que de son expérience professionnelle et de ses qualités personnelles et morales le rendant apte à un poste de travail dans une entreprise ». La qualification acquise fait état d'un diplôme alors que la compétence se construit tout au long du travail. N'est pas forcément compétent celui qui est pourtant qualifié car pour mettre en pratique la théorie, l'évidence n'est pas là même pour tout le monde sur différents postes de travail. C'est la différence entre la compétence réelle et la compétence requise.

Pour Guy Le Boterf, la notion de compétence ne serait pas la même suivant les années. D'ailleurs il n'existe pas à l'heure actuelle une définition consensuelle de la compétence.

2.3.3. Différentes approches suivant les auteurs

En 1999, Philippe ZARIFIAN, professeur de sociologie à l'Université de Marne -La- Vallée et Directeur du master Management par les compétences et organisations (Macor) propose une définition de la compétence en trois points (Zarifian P.,2009, p.159) :

- La compétence est une prise d'initiative et de responsabilité de l'individu sur des situations professionnelles auxquelles il est confronté.
- La compétence est la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs autour des mêmes situations, à partager des enjeux, à assumer des domaines de coresponsabilité.
- La compétence est une intelligence pratique des situations qui s'appuie sur des connaissances acquises et les transforment avec d'autant plus de force que la diversité des situations augmente.

Le premier point et troisième point font référence à l'individualisme. La prise d'initiative est personnelle, les connaissances acquises et leur application dans des situations variées sont propres à chaque individu. Par contre, le deuxième point met l'accent sur la pluralité, il faut savoir mobiliser des équipes et partager des enjeux.

En 2009, l'auteur introduit trois changements dans sa définition :

- Premièrement, celui de succès. Il introduit la capacité de réussite. La compétence est donc reconnue par quelqu'un s'il répond « à sa capacité de faire face de façon réussie à

un problème » (Zarifian P.,2009, p.159). La question de quels sont les critères de réussite se pose alors. Pour le cadre de santé, la capacité de réussite serait reconnue par l'équipe qu'il manage. L'équipe lui reconnaîtrait alors une compétence grâce à son succès d'action. « Dans un monde devenu très mouvant et complexe, c'est *la qualité du processus d'action* et la pertinence des initiatives, en rapport avec les effets qu'elles produisent, qui importent ». (Zarifian P.,2009, p.159). A l'opposé, si le cadre de santé ne répond pas de façon pertinente du point de vue de l'équipe à une action, il serait alors question d'échec. Les compétences ne sont donc jamais acquises définitivement, il faut toujours les construire et répondre avec succès pour être reconnu compétent dans un domaine.

- Ensuite, il introduit le service. « Les situations sont de plus en plus orientées vers le service à offrir et à rendre à des destinataires » (Zarifian P.,2009, p.160). C'est avec le service que la question du succès ou de l'échec se joue. De par sa fonction le cadre de santé rend des services aux individus, notamment avec le planning et les jours accordés. Cette compétence de gérer un planning peut alors être reconnue comme un succès si le cadre de santé répond de façon équitable et positivement à une demande d'un agent.
- Enfin, il introduit « sur des situations professionnelles, en partie événementielle ». C'est l'aptitude et la réponse à une situation inattendue et largement imprévisible qui va permettre au cadre de santé d'être considéré comme compétent. « Agir de manière compétente, c'est se montrer à la hauteur des événements ». (Zarifian P.,2009, p.173)

Zarifian cite alors des concepts en lien avec la philosophie et les compétences. Il cite Hannah Arendt pour qui « l'initiative, c'est commencer quelque chose de nouveau dans le monde » (Zarifian P.,2009, p.163). Elle introduit la notion de chaînes d'initiatives ce qui signifie qu'il y a une continuité lors de la prise de décision et introduit la notion de « pouvoir de ». « Ces initiatives peuvent être bridées, étouffées, bloquées, ou, au contraire, dans une politique de la compétence, encouragées, soutenues, organisées entre elles, développées, personne n'a le pouvoir d'empêcher leur existence (ne serait-ce que virtuelle) » (Zarifian P.,2009, p.163). La prise d'initiative et le « pouvoir de » sont propre à chacun, c'est donc une compétence que tout le monde possède. Il s'agit alors de définir les conséquences positives ou négatives qui

permettent d'être jugées par une équipe, c'est le jugement moral. C'est grâce à ces choix d'initiatives que le cadre est reconnu compétent.

Sur le concept de responsabilité, l'auteur relate que la responsabilité est de nature juridique et morale. Il cite Kant pour qui la force de la philosophie est « d'associer pleinement autonomie et responsabilité, sous forme d'une intériorisation des normes morales. » (Zarifian P.,2009, p.164). C'est une prise de conscience du pouvoir de ses actions.

L'initiative et la responsabilité permettent de répondre de ses propres actes. Les compétences sont propres à chaque individu et s'apprécient par leur mise en œuvre suivant une situation professionnelle précise.

Guy Le Boterf cite G.S Lewis pour qui « les entreprises doivent pouvoir compter sur les personnes sachant combiner des compétences techniques avec des compétences en matière de gestion, de communication, de travail collaboratif, de raisonnement cognitif. » (Le Boterf, G., 2013, p.80). Le cadre de santé doit savoir utiliser ses compétences techniques acquises avec son expérience mais aussi développer d'autres compétences au sein de son environnement, avec d'autres personnes et que l'on pourrait décrire comme compétences managériales.

D'ailleurs,

Manager par les compétences ne se limite pas à se préoccuper de la mise en œuvre et du développement des compétences requises pour les postes de travail, mais aussi à rechercher ce qui pourrait être fait pour innover en tirant profit des connaissances et des compétences détenues par les collaborateurs hors du champ de leur poste de travail. (Le Boterf, G.,2013, p.289)

Les équipes encadrées ont besoin que le cadre de santé utilise des compétences hors du champ de leur poste pour ainsi innover et permettre de débloquer certaines situations. On ne demande plus au cadre de santé d'être un expert mais plutôt de se démarquer par son mode de management auprès des équipes et qui serait alors une compétence.

« La compétence n'est pas une « somme » de savoirs, de savoir-faire et de savoir être. » (Le Boterf, G.,2013, p.77). Il va ainsi introduire un lien collectif, « toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective. » (Le Boterf, G.,2013, p.68). Il évoque quatre raisons essentielles :

- Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui. On peut de moins en moins être compétent tout seul
- La compétence professionnelle ne peut être séparée de ses conditions sociales de production que sont les savoirs acquis
- Résultant d'un savoir-agir, d'un vouloir agir et d'un pouvoir-agir, la production d'une action compétente est partagée avec la personne elle-même, le management, le contexte de travail [...] et le dispositif de formation.
- Lors de l'analyse d'une situation, la personne va utiliser son expérience pour répondre à la situation. Celle-ci lui permettra de définir ce qui est admis et non admis de faire.

Il n'existe pas de compétence sans individu. Agir avec compétence suppose donc de savoir interagir avec autrui. Mais être compétent se limiterait-il à avoir des compétences ?

Être compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail (activité à réaliser, problème à résoudre, projet à réaliser) [...] c'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources. On se réfère au domaine de l'action. [...] Avoir des compétences, c'est avoir des ressources (connaissances, méthodes de raisonnement, savoir-faire...) pour agir avec compétence. (Le Boterf, G.,2008, p.21)

2.3.4. L'expertise

Pour terminer avec le concept de compétence, je pense qu'il est intéressant de définir le terme d'expertise si souvent employé dans le domaine professionnel. Parce qu'être compétent ne veut pas forcément dire être expert.

L'étymologie du mot « expert » rappelle que la compétence de ce dernier se fonde avant tout sur un savoir-faire, acquis à force d'expérience : l'expertus latin, tiré du verbe experiri, est celui « qui a fait ses preuves, qui a de l'expérience, qui est habile » (Calafat, G., 2011)

D'après le CNRTL, l'expert est celui « qui a acquis une grande habileté, un grand savoir-faire dans une profession, une discipline, grâce à une longue expérience ». L'expertise est donc donnée à l'expert par sa maîtrise et son expérience.

« A la différence du débutant, l'expert sait improviser grâce à l'intelligence des situations qu'il a acquise au cours des expériences variées et fortement contextualisées de sa vie professionnelle. » (Le Boterf, G.,2013, p.98). L'expertise permet d'improviser dans situations professionnelles variées grâce à l'expérience acquise. Le cadre provenant d'une filière différente est considéré comme novice dans un service autre que celui de sa filière d'origine pourtant, il a de l'expérience grâce à ses années de pratiques. Le contexte est donc important car si l'expert possède des connaissances dont personne ne peut bénéficier, à quoi peut-il servir ? La définition de l'expertise donnée sur le site <http://sociologie.revues.org> est :

L'expertise consiste en la production de connaissances spécialisées orientées vers l'action, dans un cadre technique ou professionnel. Reconnu parmi les autres professionnels de son domaine, l'expert tire sa compétence à la fois de la maîtrise d'un savoir spécifique et de son expérience propre.

Il faut donc pour prétendre être un expert métier, avoir des connaissances maîtrisées orientées vers l'action, connaître le contexte et le métier des professionnels à encadrer.

Cette expertise est reconnue par les autres professionnels, cette reconnaissance ne peut donc se faire que par ses pairs. Il existe alors différents domaines d'expertise. Je parlerai dans mon mémoire d'expertise du métier à encadrer.

Que ce soit la légitimité ou les compétences, elles doivent être reconnues par autrui, je vais donc poursuivre sur le concept de la reconnaissance.

2.4.La reconnaissance

2.4.1. Définition :

D'après le CNRTL, la reconnaissance est :

- Action de reconnaître quelqu'un, quelque chose
- Forme, fonction de la mémoire par laquelle le sujet pensant identifie l'objet d'une représentation actuelle à un objet antérieurement perçu

La reconnaissance est le fait d'identifier quelqu'un ou quelque chose par rapport à une représentation mentale de ces propres représentations.

- Sentiment qui incline à se souvenir d'un bienfait reçu et à le récompenser

Ici il s'agit plus d'un sentiment relevant d'un bienfait, de quelque chose d'agréable qui va engendrer une gratitude.

La reconnaissance est donc à la fois l'acte de reconnaître et le sentiment d'un bienfait. La reconnaissance de quelqu'un par une autre personne est le fait de pouvoir identifier une personne à une perception agréable.

2.4.2. Approche sociologique

« Les cadres de santé ayant initialement exercé en tant qu'infirmiers ont indiqué qu'ils se sentaient reconnus par leurs équipes notamment grâce à leur connaissance du terrain acquise antérieurement. » (Bourgeon, D.,2012, p.62). La reconnaissance du cadre de santé dans un service de soins se construirait alors par rapport aux compétences acquises antérieurement sur le terrain. Ici, ce sont les cadres qui se sentent reconnus. La reconnaissance est abordée comme un sentiment, une intuition.

« En revanche, pour les cadres de santé originellement non infirmiers, mais diététiciens ou manipulateurs en radiologie, la reconnaissance par l'équipe, composée d'une très large part d'infirmiers, est plus difficile, exprimée par la crainte d'une méconnaissance du travail de l'équipe. » (Bourgeon, D.,2012, p.62). Comme si, la reconnaissance se faisait de manière traditionnelle, seul ceux de la même filière, parlant le même langage pourraient comprendre un fonctionnement particulier et seraient alors reconnus. L'auteur parle de « crainte d'une méconnaissance » ce qui implique que pour reconnaître quelqu'un ou quelque chose, il faut d'abord connaître de quoi on parle et ne pas se précipiter vers des préjugés hâtifs.

Le sentiment de reconnaissance est constitutif du parcours professionnel, et il ne faut pas oublier que l'expérience d'une certaine forme de reconnaissance ouvre à chaque fois la perspective de nouvelles possibilités d'identité, qui à leur tour font nécessairement l'objet d'une nouvelle lutte pour la reconnaissance. (Bourgeon, D.,2012, p.71)

Ici la reconnaissance est abordée de manière qu'elle est à construire suivant son identité.

Enfin, « La reconnaissance se fait par autre que soi, un travail ne prend réellement de valeur que lorsqu'il est vu et reconnu par autrui. ». (Bourgeon, D.,2012, p.111). La reconnaissance ne peut se faire seule, le cadre est reconnu par l'équipe qu'il manage.

2.4.3. Approche psychologique

Jean Pierre Brun cite Maslow et Morin pour qui, la reconnaissance « est un sentiment parfois difficile à exprimer, mais chaque personne a conscience du fait qu'elle en a profondément besoin. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). La reconnaissance serait un besoin pour exister. Aujourd'hui, le besoin d'exister dans le travail est quotidien, il nous permet d'exister en tant qu'individu.

Ensuite il écrit, « La reconnaissance au travail, c'est-à-dire la démonstration sans ambiguïté du fait que nos réalisations, nos pratiques de travail et notre personne sont appréciées à leur juste valeur, a pris une importance grandissante au cours des dernières années » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Les actes, les faits et la personne sont de plus en plus reconnus de nos jours. La reconnaissance ne se fait plus sur une chose en particulier mais sur une multitude de choses au sein du travail quotidien.

« Les adaptations auxquelles les employés et les gestionnaires se prêtent et les efforts qu'ils déploient pour s'acquitter de tâches de plus en plus complexes ont amplifié leur besoin de recevoir en retour une véritable reconnaissance » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). L'évolution des métiers, demande à chaque individu de faire du mieux qu'il le peut pour être reconnu. Cette adaptation au quotidien est en perpétuel changement, il faut pratiquer des efforts quotidiens, rien n'est acquis dès le départ. Ce besoin de reconnaissance permet de gratifier l'individu, d'avoir cette sensation de bienfait.

2.4.3.1. Les quatre points de vue de la reconnaissance

Pour Jean Pierre Brun, « le concept de reconnaissance au travail est vaste et défini de multiples façons. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Il va ainsi aborder quatre conceptions de reconnaissance que sont la conception humaniste et existentielle, l'approche comportementaliste, la psychodynamique du travail et la perspective éthique. A ces conceptions, il va définir des formes.

- La conception humaniste et existentielle : La reconnaissance existentielle

« Elle s'intéresse à la personne, à son existence et au caractère unique de son être. Il s'agit d'une reconnaissance accordée d'emblée à chacun, pour la simple raison qu'il est un être humain lui

aussi. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Reconnaître la personne en tant qu'individu et non en tant que professionnel. Cette conception est un témoignage de la confiance en l'humain, une attention accordée à la personne. Pour l'individu, « cette reconnaissance se traduit par des bienfaits profondément ressentis : il a l'impression d'exister aux yeux des autres et d'être respecté pour ce qu'il est. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002).

« La reconnaissance existentielle peut à l'occasion prendre des formes plus officielles, mais elle est avant tout informelle et exprimée en privé. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Le fait d'informer régulièrement sur les objectifs et les stratégies mais aussi de consulter le personnel, aménager des horaires de travail et déléguer certaines tâches de travail expriment cette reconnaissance existentielle.

- L'approche comportementale ou comportementaliste : La reconnaissance des résultats du travail

Elle s'intéresse au fait que « le comportement de la personne est contrôlé par les conséquences de ses actes. Brun cite alors Nelson, 2001 « Vous obtenez ce que vous récompensez ». » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). On observe le comportement, les faits observables et contrôlables mais aussi les résultats du travail. « Il s'agit d'un jugement et d'un témoignage de gratitude sur l'efficacité, l'utilité et la qualité du travail accompli par un individu ou un groupe d'employés. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Cette reconnaissance permet de motiver un individu ou un groupe d'employés, elle permet une pratique de renforcement positif, souvent associé à la notion de récompense.

« La reconnaissance des résultats se concrétise de diverses manières, souvent de façon formelle. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Souligner une réussite particulière par une cérémonie, féliciter spontanément à la suite d'un important défi relevé expriment cette reconnaissance des résultats au travail.

Les deux premières formes de reconnaissance que nous venons de décrire concernent soit la personne, soit le résultat que cette dernière produit.

Les deux formes de reconnaissance qui seront maintenant définies font le pont entre la personne et le résultat du travail. Ce sont la reconnaissance de la pratique de travail de l'employé dans le processus de travail et la reconnaissance de son investissement dans

le travail. Toutes deux peuvent accompagner le processus de travail jusqu'à l'atteinte des résultats. (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002)

- La psychodynamique du travail : La reconnaissance de la pratique de travail

Elle « s'intéresse pour sa part aux expériences des personnes en milieu de travail, notamment à leurs façons de s'adapter et de se protéger dans les situations déstabilisantes. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). C'est « un regard porté d'abord sur le travail de la personne plutôt que sur la personne elle-même. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). On reconnaît l'effort de manière subjective.

Deux aspects de la reconnaissance interviennent dans la psychodynamique du travail.

« Le premier type de jugement, dit « jugement d'utilité », est émis par le personnel d'encadrement, les clients ou les subordonnés et porte sur l'utilité sociale, économique et technique du travail de l'employé. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). C'est le vécu en situation de travail, c'est le travail réel accompli qu'il soit visible ou non, c'est un jugement sur les faits.

Le deuxième type de jugement est le :

« Jugement de beauté » qui est prononcé surtout par les pairs qui, plus que les autres, sont en mesure de juger de la qualité du travail réalisé. Par leur jugement, ces derniers reconnaissent que la personne a accompli son travail selon les règles de l'art. (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002).

C'est un jugement sur le travail, c'est reconnaître les compétences de l'autre.

« La reconnaissance de la pratique de travail concerne la manière dont l'employé effectue sa tâche, plutôt que sa personne ou ses résultats. Elle porte également sur son comportement, ses qualités professionnelles et ses compétences. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Le fait d'apporter une contribution particulière en fonction de ses talents professionnels notamment grâce à ses compétences expriment cette reconnaissance de la pratique de travail.

- La perspective éthique : la reconnaissance de l'investissement dans le travail

Elle s'intéresse à la dignité humaine et de justice sociale. On reconnaît l'être humain comme être de dignité, d'égalité. « La reconnaissance constituerait dès lors un devoir, incombant à chacun, de se préoccuper de l'autre et de ses besoins ». (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002)

« La reconnaissance de l'investissement porte sur l'implication des employés, les risques qu'ils prennent pour mener à bien leur tâche, l'énergie déployée dans des conditions quelquefois difficiles. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Les compétences de l'individu sont ici sources de reconnaissance.

La reconnaissance de l'investissement au travail peut s'exprimer par des remerciements verbaux.

Jean Pierre Brun nous explique aussi les divers champs de la reconnaissance au travail. Ainsi, pour le cadre de santé et son équipe, c'est le champ vertical ou hiérarchique qui est le plus approprié. Dans ce champ, la reconnaissance « s'exprime tant du haut vers le bas qu'en sens inverse, mais on observe souvent un déséquilibre dans cet échange. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Le champ horizontal sera quant à lui utilisé entre collègues.

Enfin Jean Pierre Brun évoque plusieurs pratiques de la reconnaissance. La sincérité, la réactivité, la proximité hiérarchique, la variabilité, la personnalisation, la légitimité, la spécificité, la cohérence. Par contre, ces pratiques de reconnaissance doivent respecter certains critères de qualité au risque de ne pas être efficaces. « Les pratiques de la reconnaissance doivent être significatives et crédibles aux yeux de la personne qui en reçoit le témoignage. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002). Effectivement, une reconnaissance qui mettrait trop de temps à arriver ne serait pas aussi bénéfique si elle avait été faite au plus près de l'acte. Ou, « pour souligner une belle réalisation d'un ouvrier, la reconnaissance paraîtra mieux fondée si elle est exprimée par une personne qui connaît bien le métier plutôt que par un supérieur éloigné. » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002).

Pour terminer, la reconnaissance « est à la fois individuelle et collective, quotidienne et ritualisée ; elle concerne autant la personne que le travail ; elle peut être financière ou « symbolique ». La pratique de la reconnaissance doit prendre en compte toutes ces dimensions. » (Brun, J.-P., 2008).

« Au-delà des critères de qualité qui ont été définis, la reconnaissance tient à une idée forte : elle doit être une pratique à visage humain ! » (Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M., 2002).

2.4.4. Approche philosophique

Axel Honneth, philosophe et sociologue allemand reprend les écrits de Hegel et définit trois formes de reconnaissance. Elles permettent à un individu d'avoir une valeur sociale revendiquée par d'autres individus.

Ces trois formes de reconnaissance sont décrites dans la lutte pour la reconnaissance par la structure des relations de reconnaissance sociale. (Honneth A., 2002, p.159)

Il y a premièrement les relations primaires avec l'amour et l'amitié, cette relation unit une personne à un groupe restreint. Cette forme de reconnaissance a une dimension personnelle sur les affects, les besoins et permet d'avoir une confiance en soi. Son mode de reconnaissance est la sollicitude personnelle, ses formes de mépris sont les sévices et les violences. L'identité menacée est l'intégrité physique.

Deuxièmement, les relations juridiques avec les droits. Cette forme de reconnaissance a une dimension personnelle sur la responsabilité morale et permet d'avoir du respect en soi. Son mode de reconnaissance est la considération cognitive, ses formes de mépris sont la privation de droits et l'exclusion. L'identité menacée est l'intégrité sociale.

Enfin, la troisième est la communauté de valeurs avec la solidarité. Cette forme de reconnaissance a une dimension sur les capacités et les qualités de l'individu et permet d'avoir une estime de soi. Son mode de reconnaissance est l'estime sociale, ses formes de mépris sont l'humiliation et l'offense. L'identité menacée est l'honneur et la dignité.

Ces trois formes de reconnaissance permettent à un individu d'exister. « La succession de ces trois formes de reconnaissance entraîne le développement progressif de la relation positive que la personne entretient avec elle-même » (Honneth A., 2002, p.115)

Ainsi, la confiance, le respect et l'estime de soi favorisent la reconnaissance. Le cadre de santé, avec sa posture doit avoir la confiance de l'équipe, le respect de l'équipe et avoir l'estime de soi. Cette relation doit être aussi réciproque, c'est-à-dire que le cadre de santé doit aussi exprimer de la confiance, du respect et estimer l'équipe pour être reconnu.

3. Méthodologie

Pour réaliser mon travail de recherche et conformément à la méthodologie enseignée à Rennes 2, je réalise 5 entretiens semi-directifs.

La démarche utilisée est la démarche hypothético-déductive, validée par mon directeur de mémoire, elle me servira à confronter mon cadre conceptuel aux données du terrain.

Par la suite je réaliserai une analyse de ces données pour confirmer, développer, infirmer ou ouvrir sur d'autres hypothèses en rapport à ma question de recherche qui est pour rappel :

En quoi le cadre de santé se sent-il légitime au sein de son équipe ?
--

Ainsi, grâce à cette analyse, je vais vérifier s'il est possible d'identifier la légitimité du cadre de santé, les compétences attendues par les équipes et le rôle du diplôme dans sa légitimité.

Ces données me permettront d'affirmer, nuancer ou infirmer mes hypothèses de départ qui sont :

- La légitimité du cadre de santé est liée à ses compétences managériales
- Le diplôme pose la légitimité de la fonction

3.1. Conception de l'enquête

3.1.1. Le choix de la population

Pour mon travail de recherche sur la légitimité du cadre de santé, j'ai décidé d'interviewer 5 cadres de santé sur 2 hôpitaux, dans 2 régions différentes. Ce choix me semblait intéressant sachant que les 2 établissements étaient de taille différente. Il me semblait donc judicieux d'interviewer ces cadres pour peut-être avoir une vision différente grâce à la localisation et la taille des établissements. Ma directrice de mémoire m'a donné le nom de 3 personnes à contacter mais, j'ai pu en interviewer seulement 2. Par la suite, j'ai interviewé 3 autres cadres de santé d'un autre établissement.

J'ai ensuite fait le choix d'interviewer :

Des cadres qui occupent un poste dans leur filière d'origine :

- Un infirmier encadrant un service de pneumologie
- Une préparatrice en pharmacie hospitalière encadrant un service de pharmacie

Des cadres manageant des équipes d'une filière différente :

- Une kinésithérapeute encadrant un service de soins de courte durée
- Une manipulatrice en électroradiologie médicale encadrant un service d'hospitalisation conventionnelle et une unité de soins continu
- Un manipulateur en électroradiologie encadrant un service de chirurgie thoracique et viscérale

Pour la légitimité, je trouve ce choix de population intéressant car leurs expériences professionnelles sont différentes. Le fait de croiser cette population devrait me donner des matériaux différents pour enrichir mon analyse. De plus, personnellement, en tant que futur cadre de santé, je ne sais pas encore où je vais être affecté, dans un service de soins, dans un service médicotechnique ou alors de rééducation. Donc le choix de la population est très intéressant pour ma future prise de poste.

Enfin j'ai voulu interviewer aussi bien des hommes que des femmes car je pense trouver dans l'analyse des points de vue ou ressentis différents.

3.1.2. Le choix de l'outil

Le choix de l'outil pour le recueil de données de mon mémoire est un entretien semi-directif. Il peut laisser une liberté de parole dans un cadre que j'ai défini avec ma grille d'entretien et les différents thèmes abordés. Il est important de laisser s'exprimer les différents professionnels avec leurs mots sans pour autant s'écarter de mon travail. Cette méthode demande peu de matériel et est facile d'accès.

En tant que chercheur novice, durant les interviews je dois toujours rester attentif aux réponses pour éviter de perdre des informations. C'est pourquoi, dans ma grille d'entretien, j'ai posé des questions de relances qui me semblent pertinentes si les thèmes n'ont pas été abordés ou pour creuser un peu plus sur certaines réponses.

Ce type d'entretien me permet d'avoir différentes interprétations sur les concepts de la légitimité et la reconnaissance ainsi que sur la notion de compétence pour mon travail d'analyse. Je pense aussi que grâce à ces entretiens, je vais avoir des interprétations auxquelles je n'avais pas pensé mais qui pourront-être en lien avec ma problématique et mes hypothèses ou au contraire qui seront complètement nouvelles.

3.1.3. Le guide d'entretien

J'ai élaboré un guide d'entretien qui me permettra dans le contexte défini d'avoir des représentations des thèmes choisis pour mon travail de recherche. Ces thèmes sont en relation avec les concepts que j'ai travaillé dans le cadre conceptuel. J'ai d'abord essayé ce questionnaire avec d'autres étudiants de l'IFCS pour savoir si les questions étaient pertinentes, ce qui m'a permis de réajuster quelques questions. Ce guide d'entretien validé avec mon directeur de mémoire se trouve en annexe.

3.2. La réalisation de l'enquête

3.2.1. Le contexte

Avant de procéder aux entretiens, je me suis renseigné sur les démarches à faire pour interviewer un professionnel dans un hôpital.

Avant toute demande d'entretien, un courrier a été envoyé aux directions des soins pour demander leur autorisation. L'IFCS de Rennes s'est occupé du premier établissement. Pour le deuxième établissement, j'ai envoyé une demande par mail avec mon guide d'entretien. Sur cette demande, il y avait le nom et le service des personnes à interviewer.

Une fois les autorisations reçues, j'ai contacté par téléphone les différents cadres de santé que je voulais interviewer en me présentant et en leur proposant des créneaux horaires assez larges en fonction de leurs disponibilités. Toutes les interviews ont été planifiées sur le temps de travail des professionnels concernés. Je voulais être présent lors nos échanges, j'ai donc privilégié les entretiens pour être en contact et rencontrer concrètement ces professionnels.

Chaque futur interviewé voulait connaître le thème de ma recherche, je leur ai donc expliqué que mon travail était sur la légitimité du cadre de santé sans donner d'autres réponses. Je n'ai pas parlé non plus de ma filière d'origine afin que mon guide d'entretien ne soit pas exposé et que les interviews ne soient pas biaisées.

J'ai veillé à l'anonymat des différents interviewés, de ce fait, je ne relaterai pas les lieux d'exercice des professionnels. Je tiens au respect et à la confidentialité de ces entretiens comme je l'ai proposé aux différents professionnels qui ont accepté.

3.2.2. Le déroulement des entretiens

Les différentes interviews se sont déroulées sur une période d'une vingtaine de jours. Durant cette période, il n'y a pas eu de bouleversement réglementaire dans les hôpitaux, tous les établissements avaient réalisé leur démarche de certification. Le climat était serein.

Tous les entretiens ont été enregistrés après validation des interviewés. Ils ont été retranscrits et sont en annexe de ce mémoire. Ils se sont déroulés dans les bureaux des différents cadres de santé au calme. La durée moyenne des entretiens est de 23 minutes, le plus long étant de 31 minutes et le plus court de 18 minutes.

Mes entretiens devraient me permettre de connaître l’avis de chacun sur le métier de cadre de santé, sur la légitimité, la reconnaissance et les compétences. Ce matériel produit va me permettre d’avoir des données à analyser. C’est pour cela que je vais utiliser la méthode qualitative.

3.3.Mode de traitement des données

3.3.1. La construction de la grille d’analyse

Le but de la grille d’analyse est de faire émerger la cohérence thématique entre les différents entretiens. Pour arriver à cette grille d’analyse, j’ai extrait de mes entretiens des éléments que j’ai classé dans mes thèmes. A partir de là, j’ai essayé de regrouper des éléments communs en sous thème.

Thème	Le contexte de la prise de poste	Légitimité	Compétence	Reconnaissance
Selon les interviews	Le poste souhaité	Les compétences	La communication	L’équité
	La présentation	La confiance	La relation	Le feedback
		Les connaissances	L’expertise	L’honnêteté
		Le corps médical	L’organisation	L’humilité
		L’expérience		La participation
		L’identité métier		Le temps
		La reconnaissance		
		Le diplôme		

3.3.2. Le choix d'écriture

Cadre	Sexe	Age	Etablissement	Filière d'origine	Faisant fonction	Service	Diplômé cadre de santé depuis
C1	Femme	45	CHU	Kinésithérapeute	Oui	UPAP	2011
C2	Femme	42	CHU	Manipulateur en électroradiologie	Oui	Hospitalisation conventionnelle et Unité de Sois Continu	2016
C3	Femme	50	CH	Préparatrice en pharmacie hospitalière	Non	Pharmacie	2011
C4	Homme	43	CH	Infirmier	Oui	Pneumologie	2009
C5	Homme	45	CH	Manipulateur en électroradiologie	Oui	Chirurgie thoracique, vasculaire	2003

3.3.3. Les limites de la recherche

Ce travail étant mon premier travail de recherche, mon manque d'expérience en qualité de chercheur ne m'a pas permis de travailler avec aisance. Il a fallu que je m'approprie des outils et une méthodologie nouvelle pour un type de travail nouveau.

Ce côté novice ne m'a pas permis de tirer le maximum d'informations lors de mes premiers entretiens. Je me raccrochais systématiquement à mon guide d'entretien sauf pour le dernier cadre de santé interviewé, ou j'ai réussi à m'en détacher, du fait que je commençais à mieux connaître mon guide. Les questions de relance étaient mieux posées, plus dans l'interaction alors qu'au départ elles étaient posées pour combler un silence, les interviews n'étaient pas fluides. Pour tous les entretiens, je n'ai pas trouvé de lassitude ou de non compréhension lors de mes questions. Par contre, je ne savais pas trop comment réorienter les interviewés lorsqu'ils déviaient du thème que je recherchais.

D'un point de vue quantitatif, je pense que 5 entretiens ne peuvent pas être significatifs pour un travail de recherche. En contrepartie, le travail que j'ai fourni est un travail d'initiation, il est donc favorable de commencer avec peu d'entretiens et éviter ainsi de se noyer dans la masse d'informations récupérées.

La notion du temps est difficile à appréhender. Etant dans l'initiation, je n'avais pas vraiment de repères pour les entretiens, leur retranscription et leur analyse.

J'ai choisi des cadres de santé exerçant dans leur filière d'origine et hors filière, il aurait été intéressant de croiser mes entretiens avec des faisant fonction pour avoir peut-être une approche différente et encore plus de matériel à analyser.

Compte tenu de l'échantillon réduit, des contraintes d'apprentissage de la méthodologie, de temps et de matériaux à analyser, les résultats produits ne sont pas généralisables car les biais sont non négligeables.

Toutefois, ce travail a été enrichissant pour moi dans le sens où j'ai fait des rencontres avec des professionnels qui avaient des avis différents suivant les questions. C'est ainsi que j'ai pu avoir un autre regard sur mon travail de recherche. Une cadre interviewée m'a dit avoir travaillé sur la légitimité dans son mémoire de fin d'année, elle l'avait d'ailleurs avec elle lors de notre entretien et son sujet n'était pas du tout orienté comme le mien. J'ai donc compris que nous n'avions pas les mêmes objectifs et les mêmes attendus, pourtant nous étions partis du même thème de mémoire.

4. Analyse des entretiens

L'analyse des informations est en lien avec mes concepts et mes thèmes abordés lors de mes entretiens.

Les thèmes abordés sont :

- Le contexte de la prise de poste
- La légitimité
- Les compétences
- La reconnaissance

Pour chaque thème exploité, j'organise des sous-parties extraites des entretiens et qui me permettront une analyse qualitative.

J'effectue ensuite une synthèse des informations en lien avec mes concepts.

Pour terminer cette phase d'analyse, je confronte mes résultats obtenus avec mes hypothèses.

Avant de débiter l'analyse, je vais faire une brève présentation de la population interviewée.

Sur les cinq entretiens il y a :

- 3 femmes et 2 hommes
- 3 diplômés cadre de santé de moins de 7 ans dont 1 très récent
- 2 diplômés cadre de santé de plus de 8 ans
- 3 cadres de santé hors filière et 2 cadres de santé dans leur filière
- 3 cadres de santé travaillant dans un centre hospitalier et 2 cadres de santé travaillant dans un centre hospitalier universitaire

Dans l'ensemble, l'échantillon est assez bien représenté et relativement représentatif malgré le nombre contraint d'interviews.

4.1. Le contexte de la prise de poste

Je fais juste une brève présentation du contexte de chacun des interviewés concernant leur prise de poste.

4.1.1. Le poste souhaité

Tous les cadres rencontrés me parlent de leur volonté d'être au poste où ils sont, pour un cadre, « *je voulais absolument travailler en chirurgie. Tout simplement parce que je suis manip radio et que j'ai travaillé 20 ans en tant que manip radio dans différents domaines et à la fin, j'avais fait un peu tous les services d'imagerie à part la radiothérapie bien sûr, mais tous les services d'imagerie qui existaient au CHU* » (C2 36-39). Cette volonté de diversité, de changement, c'est aussi l'envie de découvrir quelque chose de nouveau et être hors filière « *Alors, je l'ai souhaité, vivement souhaité, passé du côté obscur et intégrer un service de soins alors que j'étais medicotech à la base* » (C5 19-20) tout comme « *J'ai occupé ensuite un poste de cadre en rééducation et depuis 2013, j'occupe des postes de cadre hors filière, c'est-à-dire c'est en rééducation mais à m'occuper quand même comment, de professionnels infirmiers enfin voilà* » (C1 15-17).

Pour un autre, cette volonté était « *un choix de ma part et je pense qu'il était de toute façon imposé* » (C3 54). Il faut entendre, le choix imposé par la direction de rester dans sa filière d'origine. D'ailleurs, un cadre hors filière nous parle de son parcours assez chaotique pour avoir son poste hors filière, « *j'ai eu un veto de la direction des soins. J'ai eu 3 directeurs des soins en face de moi pour défendre mon projet qu'il a fallu que j'écrive* » (C5 30-31). Toutes les directions ne sont pas encore prêtes à permettre à un cadre de santé d'encadrer une équipe hors filière.

Enfin, pour un cadre de santé « *ce n'était pas un choix, c'était décidé enfin, ça a été imposé plutôt même si ça ne me dérangeait pas* » (C4 26-27). Le choix de la direction du poste sans réel impact sur sa volonté.

4.1.2. La présentation

Le simple fait de se présenter permet aux équipes de connaître le nouveau cadre de santé « *J'ai été présenté brièvement par le cadre supérieur à l'équipe et du coup, après, j'ai pris mes repères à l'aide de ma binôme qui est dans la même spécialité que moi* » (C2 20-22). Le cadre de santé peut soit être présenté par ses supérieurs hiérarchiques, soit il se présente de lui-même « *Donc on a très rapidement fait une réunion de présentation avec le cadre sup et le chef de service pour présenter les objectifs, voilà comment on fait et puis, on est rentré dans une*

nouvelle dynamique quelque chose de collectif donc c'était plus facile de ce côté-là. » (C4 40-43). L'appui de la hiérarchie et du corps médical lors de la réunion de présentation a un impact fort auprès des équipes.

Un autre cadre de santé a été présenté avant de prendre son poste de manière plus informelle *« elle avait préparé le terrain en me citant, en me, certaines me connaissaient, d'autres moins, en me citant, voilà en me disant que c'était un choix, que c'était un choix de l'équipe d'encadrement mais aussi du chef de service enfin bon voilà et puis, ben petit à petit, il a fallu aussi s'installer enfin, faire des propositions » (C5 47-50). Ici, la présentation a été appuyée par la hiérarchie et le corps médical.*

4.1.3. Synthèse

La volonté d'occuper le poste actuel n'est pas une contre volonté, c'est un choix ou une demande institutionnelle qui est acceptée. Au vu des entretiens, je peux valider que l'affectation dans un poste en tant que choix spontané ou choix dirigé n'a pas de réel impact sur le ressenti du cadre de santé. De plus, tous les cadres de santé ont été introduits dans leur service, cet appui venant parfois de leur hiérarchie leur ont permis d'installer leur légitimité.

4.2. La légitimité

Des éléments sur la légitimité reviennent régulièrement, je les ai identifiés pour les travailler. Je vais présenter les éléments les plus significatifs qui ressortent des entretiens.

4.2.1. Les compétences

Les compétences reviennent régulièrement avec la légitimité, je vais analyser ce sous thème succinctement ici pour le développer un peu plus loin dans mon analyse en tant que thème.

Une compétence attendu par les équipes est de gérer les conflits, *« C'est difficile au départ parce que, il y a eu des conflits dans le service, des gros conflits, problème d'alcool, problème de truc quand je vous dis les cadavres du placard en arrivant. C'est là aussi où je suis légitime, ce n'était pas simple » (C4 321-323). La résolution de problème permettrait au cadre de santé de se sentir légitime, d'avoir du charisme.*

Les compétences de communication permettraient de s'informer *« c'est tout simplement bhé de, entre guillemets, écouter l'équipe, souvent ce sont eux qui nous disent s'il y a des choses qui vont ou qui ne vont pas. » (C4 378-380), cette écoute permettrait de connaître le climat du*

service. C'est aussi connaître le passé du service, « à l'écoute sur l'organisation, parce que je ne pouvais pas révolutionner le service en arrivant n'étant pas du corps infirmier. » (C5 51-52). Il y a donc une certaine attente des équipes mais aussi du cadre face à la communication.

4.2.2. La confiance

Un cadre de santé a répondu, « Et pour moi, être légitime, c'est faire confiance » (C1 138-139), c'est un rapport avec autrui, ici, le cadre de santé fait confiance pour être légitime. Ce rapport avec l'autre se retrouve avec cet exemple « ils s'adressent à moi, ça veut dire qu'ils me font confiance, quand ils ont des soucis, ils viennent me les confier. Quand il y a quelque chose qui ne va pas, ils viennent me le dire » (C3 136-138). C'est aussi l'équipe qui fait confiance au cadre de santé pour qu'il se sente légitime.

La confiance entre l'équipe et le cadre est mutuelle sinon il pourrait y avoir un dysfonctionnement au sein du service « tout est une question de confiance quand même. Sans confiance, ça ne fonctionne pas » (C3 193-194). La confiance permettrait un meilleur fonctionnement ce qui faciliterait le regard des équipes sur le cadre.

« C'est la confiance, c'est le suivi, au-delà de ça, je ne regarde même pas, elles pourraient rien me dire, c'est ce que je leur dis, je leur fais confiance. C'est vraiment d'avoir de la confiance » (C4 200-201). L'instauration de la confiance faciliterait le travail de chacun.

4.2.3. Les connaissances

Pour être légitime face aux équipes, le cadre doit avoir des connaissances car « l'important c'est aussi de savoir de quoi on parle » (C2 174). Ces connaissances ne sont pas complètes au départ, « j'avais une connaissance du fonctionnement des infirmières c'est-à-dire, étant sur des courts séjours en tant que kiné, je savais ce que faisais une infirmière de matin, d'après-midi, de coupe et tout ça. Je connaissais leur métier mais je ne connaissais pas leur expertise et je n'y connaissais rien en médicament par exemple » (C1 49-53).

Le cadre de santé a certaines connaissances sur son environnement de travail mais pas toutes et donc, « Ce circuit-là, je le connaissais moins, donc et bien, j'ai assisté à des conférences, voilà, j'ai essayé de comprendre un petit peu, de façon à avoir vraiment le plus d'informations dans mon sac et puis qui pouvaient me servir après si besoin. » (C2 54-58). Le cadre peut donc se former pour avoir des connaissances et pouvoir répondre aux équipes.

4.2.4. Le corps médical

Pour avoir de la légitimité, il faut que le corps médical accepte votre poste « *Les médecins, de par le fait de ne pas être de cette spécialité-là, voilà au début, c'était un peu compliqué, ils pensaient que je n'allais pas trop capter toutes les obligations de ce poste-là* » (C2 48-50). Il faut même que le cadre soit soutenu « *c'est que quand on est parachuté médicotech ou autre métier dans un service, il faut aussi qu'on ait le soutien du corps médical.* » (C5 190-191).

Le binôme cadre de santé médecin est essentiel pour le bon fonctionnement du service « *Et que si on l'a pas, ça risque d'être compliqué parce que la gestion de l'équipe au début est pas simple et que si en plus, on n'a pas l'équipe médicale avec nous, ça peut être compliqué, même nan, c'est compliqué.* » (C5 193-195). Le corps médical légitime le cadre de santé en le soutenant et acceptant son poste, il favorise ainsi sa prise de fonction au sein de l'équipe.

4.2.5. L'expérience

L'expérience apporte une certaine maîtrise « *Euh voilà de mon expérience antérieure également, je connaissais ce qu'il y avait après l'hôpital c'est-à-dire en centre de rééducation donc je maîtrisais totalement la rééducation.* » (C1 32-34). L'expérience apporte aussi des connaissances.

De plus, cette expérience favoriserait une légitimité, « *Je suis quand même légitime de fait que je suis aussi préparatrice donc, j'ai quand même travaillé des années depuis l'âge de mes 17 ans, j'en ai 50 donc euh, j'ai un certain nombre d'année dans les pharmacies de toutes sortes* » (C 3 189-191). Cette légitimité est de droit pour certain et pour d'autre, c'est un fait « *Légitime oui ça c'est sûr, pourquoi, alors beaucoup plus légitime qu'avant du fait de mon expérience déjà, de toute façon.* » (C4 289-290).

C'est même un conseil donné aux futurs cadres de santé « *sur la légitimité, moi je crois qu'il faut de l'expérience, ouais, c'est un conseil que je donnerai aux nouveaux* » (C4 377-378). Pour avoir de l'expérience, il faudrait alors faire faisant fonction.

C'est d'ailleurs ce que dit un autre cadre, comme quoi l'expérience du faisant fonction lui a permis d'avoir un bon positionnement « *L'avantage d'avoir fait des faisant fonction avant qui étaient très différents m'ont permis d'avoir un réseau qui était très grand et du coup, maintenant je sais qui je dois appeler pour avoir tel ou tel renseignement et je sais que j'aurai une réponse fiable, tout de suite. Ça me permet d'avoir à mon avis un bon positionnement et*

qui me rend légitime par rapport à cette fonction » (C2 166-170). Le fait de faire fonction faciliterait la légitimité grâce à l'expérience acquise.

4.2.6. L'identité métier

La légitimité serait plus difficile à avoir si nous ne sommes pas de la même filière *« vous n'allez pas être reconnu en tant que cadre légitime. Je ne pense pas. Je ne pense pas, je pense que pour l'avoir vécu, puisqu'ici, on a eu un cadre infirmier, ça a été très compliqué pour les préparateurs. » (C3 70-72). L'identité métier est compliquée pour le cadre mais aussi pour l'équipe qui n'a plus ses repères.*

Il y aurait une forme de défense naturelle *« Donc voilà, je pense que ces notions-là, certes c'est plus facile parce qu'il y a quand même malgré tout, on a beau nous dire ce qu'on veut, un corporatisme. » (C5 75-76). L'identité métier faciliterait la légitimité du cadre de santé.*

4.2.7. La reconnaissance

Comme pour les compétences, je vais succinctement analyser la reconnaissance car c'est un thème que j'analyserai plus loin.

La reconnaissance est parfois confondue avec la légitimité *« Je pense avoir une reconnaissance, il ne faut pas attendre de trop hein quand on est cadre hein, c'est pas vrai. Ouais euh, je pense avoir une certaine légitimité » (C5 147-148).*

La reconnaissance des équipes valide le fait d'être légitime *« Oui je me sens légitime parce que les gens comme je vous le disais tout à l'heure ou même les gens me font et même, me rendent compte sans que je leur demande parfois » (C1 193-194). Il y a le rendre compte mais il y a aussi le soutien « Oui, parce que c'est ce que je vous disais tout à l'heure, je suis soutenue par certaines équipes. » (C5 146). Pour ces cadres, la légitimité est donnée par les équipes grâce à la reconnaissance positive sur des faits ou des soutiens, d'ailleurs, « C'est dans la relation à l'autre qu'on devient légitime. C'est l'autre qui vous légitime au final et c'est très difficile quand vous avez pas ça justement, » (C3 207-209). La légitimité serait donc donnée par autrui.*

4.2.8. Le diplôme

Le diplôme est apparu dans les entretiens soit naturellement soit avec des relances. Les réponses obtenues sont diverses.

Pour un cadre, ce diplôme permet d'asseoir sa légitimité directement *« Alors moi je suis légitime dans ma fonction parce que déjà, j'ai obtenu mon diplôme donc voilà, dans ma fonction le fait*

d'avoir obtenu le diplôme, ça veut dire que je suis capable d'exercer en tant que cadre de santé » (C3 187-189).

Deux autres sont plus nuancés « *Il y en a beaucoup qui comptent dessus. Je ne me suis pas sentie plus légitime après mon diplôme, qu'avant mon diplôme.* » (C1 229-230) et « *Pas forcément par mon diplôme. Parce que oui mon diplôme, l'école des cadres, je suis désolé pour l'IFCS mais bon voilà. Moi ça ne m'a pas transformé l'école des cadres.* » (C4 290-292). Après le ressenti de deux cadres de santé, un autre nous parle du diplôme par rapport aux équipes « *Il est plus légitime vis-à-vis des équipes avec le diplôme que sans le diplôme. A titre personnel, je ne pense pas être plus légitime avec le diplôme que sans le diplôme.* » (C2 192-193).

Enfin, le diplôme servirait dans le temps à être légitime car au début le faisant fonction n'a pas toutes les connaissances requises « *A court terme non, à moyen, long terme oui* » (C5 155). Ce cadre nous explique que le diplôme valide la formation « *La formation et à la clé, il y a un diplôme* » (C5 169). Les outils appris lors de la formation sanctionnée par le diplôme lui auraient servi à se positionner et acquérir une légitimité.

Le diplôme ne fait pas tout, il est théorique, il faudrait faire ces preuves face aux équipes pour être légitime.

4.2.9. Synthèse

La légitimité est le point important de ma question de recherche, avec tous les matériaux analysés sur le terrain, je vais maintenant les confronter à mon cadre conceptuel. Pour rappel, la légitimité est associée à ce qui est juste, équitable et fondé en droit. La légitimité est une valeur idéale et conforme aux valeurs des équipes.

La légitimité du cadre est accordée par les équipes et le corps médical. Cette légitimité se rapproche de la définition de la domination charismatique donnée par Max Weber. Ainsi les compétences attendues par les équipes légitiment le cadre de santé qui est alors le leader, celui qui a du charisme et la confiance des autres.

Cette légitimité peut aussi s'acquérir avec le diplôme et comme l'indique Max Weber, le cadre de santé obtient donc une légitimité légale. Cette légitimité est pourtant très contrastée dans les entretiens.

Cette légitimité donnée par les équipes doit toujours être défendue, elle n'est jamais acquise. Les connaissances et les compétences à avoir sont perpétuellement remises en question. La légitimité se construit avec le temps.

D'ailleurs la reconnaissance de cette légitimité par les équipes peut changer, il faut donc toujours défendre notre statut. C'est aussi le cas avec le corps médical, il est préférable d'avoir son soutien pour se sentir légitime.

Quand Benoît Sourou cite Maurice Godelier avec l'exemple du big man, il nous explique que l'expérience favorise la légitimité par l'apport de compétences et de savoirs. C'est ce qu'il ressort aussi des entretiens, il est d'ailleurs conseillé par un cadre de santé d'avoir de l'expérience pour se sentir légitime face aux équipes. Faire fonction aurait donc une plus-value sur la légitimité.

Enfin, l'identité métier ou le fait de venir du « serail » aide à la construction de cette légitimité, comme l'indiquait Frederik Mispelblom. Cette identité professionnelle faciliterait la construction de sa légitimité auprès des équipes.

Il ne ressort pas des entretiens qu'un cadre de santé hors filière soit plus en difficulté par rapport aux équipes lors de sa prise de poste. Il lui faut peut-être plus de temps et plus se documenter mais sa légitimité sera toujours à construire et à défendre. L'observation, le questionnement et la compréhension peuvent être bénéfique pour le fonctionnement d'un service mais aussi pour se sentir légitimé par les équipes.

Pour terminer, je n'ai pas trouvé dans les entretiens de cadres qui parlaient de légitimité traditionnelle. Par contre, il ressort des entretiens que dans le secteur public, la légitimité légale n'est pas forcément plus reconnue que la légitimité charismatique qui peut être donnée entre autres par les compétences du cadre de santé.

4.3. Les compétences

Les compétences ont été abordées succinctement en sous thème avec le thème de la légitimité. Maintenant, je vais analyser les éléments les plus significatifs se rapportant au thème des compétences.

4.3.1. La communication

La communication est l'élément qui est le plus ressorti des entretiens. Cette communication permettrait au cadre de santé mais aussi à l'équipe de partager des informations.

La communication est un outil de management qui facilite la compréhension « *vous arrivez à force de discussions, d'explications à faire comprendre qu'il faut se serrer les coudes en situation de crise.* » (C3 219-220). Elle sert aussi à orienter le travail « *Mais je pense que l'équipe, c'est ça aussi c'est de savoir voilà les projets ou est-ce qu'on en est pour savoir se renouveler, ils attendent ça.* » (C4 281-282). Mais pour manager au quotidien, il faut aussi expliquer « *Ah oui oui il faut que ce soit expliqué, logique et il faut que ça ait du sens comme on dit toujours de le faire et c'est ça qui est difficile* » (C4 259-260). Il faut joindre les paroles aux actes ensuite.

La communication est un moyen de valorisation « *ben je leur dis ben ça, à quoi ça sert et pourquoi vous faites ça comme ça et comme ça, du coup elles expliquent et je pense que pour eux, expliquer son expertise c'est valorisant parce que du coup je les remercie* » (C1 104-107). Pouvoir échanger sur ses pratiques est valorisant pour celui qui transmet mais aussi pour celui qui reçoit, c'est une forme de reconnaissance « *parfois de façon indirecte, en discutant entre-elles et puis des fois, j'ai des retours, des fois à distance qui sont plutôt gratifiants et sympathiques et positifs, ouais voilà.* » (C5 106-108)

Enfin le rôle de la communication permet de développer des compétences pédagogiques « *A nous après de transmettre les bonnes informations, d'expliquer les décisions.* » (C3 106-107). Et pour le cadre de santé envers les équipes, « *il faut informer, discuter et informer* » (C2 163). La communication est un outil très utilisé dans la compétence managériale.

4.3.2. La relation

Le cadre de santé est avec une équipe, il doit avoir des compétences relationnelles pour se sentir à l'aise au quotidien « *parce que je m'entends très très bien avec les chefs de service* » (C4 113). Cette compétence relationnelle sert à fédérer l'équipe pour améliorer l'organisation du service « *Mais entre le moment où vous étiez l'expert métier et le temps qui passe, vous avez réussi à*

avoir ce qu'on appelle des collaborateurs référents. Vous allez créer ce référent, vous avez donc des personnes ressources qui sont référentes et avec lesquelles vous travaillez au quotidien. Moi, je travail au quotidien avec des référents avec qui, on est vraiment collaborateur, avec qui on explique les modifications qu'il y a eu et donc, je vais avec eux sur le terrain et je revoie avec eux les choses qui ont changé. Le cadre de santé doit toujours veiller à être formé et à se réactualiser » (C3 86-92). La réactualisation des connaissances grâce au relationnel permet au cadre de toujours se sentir légitime dans sa fonction.

Pourtant si elle sert à fédérer, la relation dans la collaboration a aussi ses limites *« Ah oui oui oui, c'est indispensable parce que du coup par contre, c'est ce que je disais, c'est le cadre qui s'en va, ce n'est pas le chef de service » (C4 119-120).*

La relation, c'est aussi l'accompagnement *« C'est de les accompagner aussi sur leur travail et euh sur par exemple des conflits avec des patients avec des familles » (C5 120-122).* C'est la relation de soutien auprès des équipes qui est attendue.

4.3.3. L'expertise

L'expertise ne serait pas un point à privilégier pour la prise d'un poste *« Euh, l'expertise, je pense qu'il faut avoir une appétence pour la spécialité c'est-à-dire ne pas être mis là et forcé d'y aller » (C1 85-86).* Mais par contre, la volonté faciliterait cette prise de fonction dans un service.

Pourtant l'expertise est quand même facilitatrice au début dans un service *« Alors, est-ce que ça facilite euh oui par certains côtés, c'est-à-dire que le fait de bien connaître le métier, me permets moi de mieux évaluer on va dire sur les actes techniques proprement dit, les actes que je faisais avant » (C4 60-62).* Pour évaluer, il est plus facile d'être expert dans le domaine de l'équipe et donc de connaître ce qu'on évalue. Mais aussi, *« ça facilite la compréhension du métier de chacun » (C2 64).*

Il faut cependant nuancer *« Si on ne l'a pas, ce n'est pas si dérangent que ça, par exemple, je prends le cas parce que je manage aussi l'équipe de secrétaires ce qui n'est absolument pas mon métier naturellement. » (C4 65-67)* et pour un autre, l'expertise ne permettrait pas de prendre du recul et d'avoir un regard global sur l'environnement, *« le manque d'expertise facilite effectivement ça, donc cette réflexion-là. » (C2 90-91).*

La fonction de cadre a évolué et l'expertise est à l'équipe *« Parce que, c'est fini le temps ou on dit euh, ou on attend un cadre, un super infirmier, un super manip euh, quelqu'un qui va*

prendre le relais, non ! » (C5 80-82). D'ailleurs un autre cadre nous le rappelle, « C'est eux qui connaissent leur métier » (C4 389)

Le cadre a une expertise mais ce n'est pas celle du métier qu'il encadre, *« Votre expertise à vous, c'est du management, alors vous le concevez comme vous voulez, participatif, autoritaire enfin ce que vous voulez. Mais ce qu'on attend de vous, c'est de gérer une équipe, manager une équipe, c'est pas de faire à la place de » (C5 89-91).* Grâce à ses compétences autres, le regard de l'équipe change *« Alors, oui, je me sens légitime parce que le cadre n'a pas que cette fonction d'expertise, en fait, on est plus directement dans le soin, on est garant du soin, on est garant de la qualité du soin, de la sécurité. On n'est pas dans le soin. » (C2 158-160).* Le cadre est le garant de l'organisation générale du service.

4.3.4. L'organisation

L'organisation du service est le cœur du cadre de santé, il est le garant de son bon fonctionnement. C'est d'ailleurs aussi un point très important pour les équipes *« Et du coup, ils ont besoin de moi pour le côté organisation » (C1 188-189).* L'organisation est un besoin et le cadre de santé doit être équitable pour que les équipes s'y retrouvent.

D'ailleurs, les équipes attendent du cadre de l'équité dans la gestion des plannings *« Clairement alors quand j'ai fait ma prise de poste, j'ai fait les entretiens après, je leur ai demandé qu'est-ce que vous attendez de votre cadre de santé, de façon à savoir exactement leurs attentes. A 90 %, c'est des plannings, l'équité, voilà et l'organisation, que ça soit plus clair dans l'organisation » (C2 121-124).* Pour un autre cadre, le planning est quelque chose de très puissant dans un service *« le planning restant quand même le nerf de la guerre » (C4 282-283).* Une compétence à avoir pour le cadre de santé est donc la gestion des plannings, *« Du cadre de santé c'est de les accompagner dans leur quotidien sur les plannings assez équitables même si parfois, on est obligé de faire des choses euh, à trancher. » (C5 119-120).* Les cadres de santé savent que la gestion des plannings est quelque chose qu'attende les équipes, c'est pourquoi ils s'efforcent d'essayer de faire de bons plannings.

Une attention à leur vie privée *« Est-ce qu'elle est compatible avec leur organisation personnelle, est-ce que voilà, en fait le planning, c'est un élément vital d'une organisation de service sur lequel, il faut vite comprendre qui fait quoi et voilà donc euh leur permettre d'avoir un planning à jour et donc, les équipes attendent ça. » (C2 125-128).* Le planning permet l'organisation du service mais aussi l'organisation personnelle.

Le cadre et la recherche de solutions « *Les secrétaires, c'était difficile au départ et c'est encore d'ailleurs des fois difficiles, d'appréhender, de se dire est-ce que, sur quels leviers on peut jouer sur l'organisation, est-ce que ça c'est faisable* » (C4 67-69). La fonction de cadre est donc liée à l'organisation du service, c'est son premier travail, veiller à ce que l'organisation fonctionne correctement en cherchant des solutions pour lui mais aussi pour les équipes.

4.3.5. Synthèse

L'analyse des données collectées sur les compétences va me permettre de le mettre en relation avec mon cadre conceptuel.

La compétence relationnelle qui ressort de mes entretiens fait écho à ce que Philippe Zarifian a décrit comme la faculté à mobiliser des réseaux d'acteurs. Etre compétent c'est savoir rassembler pour réussir. Comme il l'indique, les compétences ne sont pas simplement individuelles mais peuvent devenir collectives et ainsi créer une organisation plus efficiente dans le service.

Pour Guy Le Boterf, savoir interagir avec autrui c'est agir avec compétences, agir avec l'autre permet une meilleure organisation du service.

La capacité à réussir est signe de compétences vis-à-vis des équipes. Le cadre s'efforce toujours de trouver des solutions. La gestion des plannings et de la vie privée peut être considérée comme un service à offrir comme le dit Philippe Zarifian. Le fait pour le cadre de santé de pouvoir agir entre l'organisation du service mais aussi avec la vie privée des agents est reconnu positivement par les équipes. Le cadre est alors reconnu compétent dans cette gestion avec sa compétence managériale.

Pour l'expertise, je pensais qu'il y aurait des éléments plus tranchés, surtout du fait que des cadres de santé soient issus de différentes filières d'origine. Pourtant, on ne demande plus au cadre d'être un expert, l'expertise revenant aux équipes. Le cadre est un manager, il a des compétences d'ordre managériale. Ceci permettrait aux équipes de se concentrer sur leur métier en laissant le volet organisationnel au cadre de santé. D'ailleurs, le manque d'expertise favoriserait, de par les questionnements fréquents auprès des équipes, une meilleure vue d'ensemble de l'organisation du service.

Enfin, la compétence communicationnelle permet une meilleure compréhension générale. Il est donc primordial qu'un cadre de santé maîtrise les rouages de la communication. De toute évidence la communication à un rôle prépondérant dans la totalité des définitions des rôles du

cadre selon Henry Mintzberg. Il faut être en mesure de dire quand tout se déroule au mieux car une telle parole revêt un caractère valorisant pour les équipes. La communication est indéniablement un outil stratégique pour le manager. On peut l'assimiler à une compétence managériale.

4.4. La reconnaissance

La reconnaissance a été abordée succinctement en sous thème avec le thème de la légitimité. A présent, je vais analyser les éléments se rapportant au thème de la reconnaissance. Parmi les thèmes abordés lors des entretiens, il ressort des valeurs comme l'équité, l'honnêteté ou l'humilité.

4.4.1. L'équité

La volonté d'équité par les équipes leur permettrait d'être reconnues et de pouvoir exister « *Après, aussi, ils évoquent l'équité, c'est-à-dire elles ne veulent pas de différences dans le même métier, elles ne veulent pas de différence entre deux personnes mais aussi entre les différents métiers qui exercent. Ils veulent vraiment une équité de reconnaissance* » (C2 129-131). L'absence de différences permettrait aux équipes de se sentir reconnues, d'être au même niveau. La reconnaissance du cadre envers son équipe, favoriserait la réciprocité. Le cadre serait alors reconnu pour son jugement équitable.

De plus, l'équité serait un levier d'action pour l'organisation et la dynamique de groupe « *Voilà, une fois que ça s'est fait qu'ils savent que c'est à peu près équitable, le nombre de samedi, le nombre de 18h, c'est équitable et ben on va pouvoir commencer à travailler sur et ben, on va avoir des projets et avancer sur le travail.* » (C3 130-133). Si le cadre de santé est juste avec l'équipe, il serait reconnu, ce qui permettrait de pouvoir motiver les agents.

Enfin l'équité est aussi un principe pour un cadre de santé « *moi j'ai un grand principe de base c'est que le planning doit tourner et que ce soit équitable pour tout le monde.* » (C4 156-158). L'équité serait une valeur pour le cadre de santé et si l'équipe a la même attente alors l'organisation devrait pouvoir être améliorée.

4.4.2. Le feedback

Le retour des équipes auprès du cadre de santé lui permette de savoir s'il est reconnu, il y a d'ailleurs plusieurs formes de reconnaissance.

La reconnaissance se fait par les remerciements « *Euh comment elles l'expriment ben parfois en remerciant* » (C5 105). Le fait de remercier le cadre de santé montrerait alors une reconnaissance positive.

Ensuite, il y a le simple fait de le dire « *Oui d'autant plus que je vous dis, il y a une différence, elles me reconnaissent et je le suis réellement très carré comme elles le disent* » (C2 148-149). Cette reconnaissance de l'équipe se fait sur le savoir-être du cadre. Mais, il y a aussi le fait de le dire d'une manière encore plus appuyée « *elles me le disent bien, elles viennent avec le plaisir enfin avec du plaisir alors déjà, quand on nous dit ça.* » (C4 205-206). Cette sensation de bien-être serait un repère pour le cadre de santé.

4.4.3. L'honnêteté

L'honnêteté sur ses compétences et ses connaissances permettraient au cadre de santé de se dévoiler « *c'est-à-dire que j'ai été très franche par rapport à ce que je maîtrise et ce que je ne maîtrise pas et du coup même quand elles me disaient d'aller à la pharmacie chercher ça ou ça, ben je dis écoute soit tu me montres à quoi ça ressemble ou tu me notes le nom sur un papier parce que je l'ai déjà oublié et du coup, j'ai appris énormément* » (C1 54-57). Cette transparence permettrait aux équipes de mieux comprendre le cadre de santé.

Etre honnête et transparent permettrait aux équipes de comprendre le choix fait par le cadre de santé au sein du service « *On a des impératifs de personnels, de structure, de locaux, voilà d'organisation et du coup parfois même si ça ne me plaît pas, je leur dis voilà, je ne valide pas ce qui a été dit ou je ne suis pas en accord avec ce qui a été dit mais voilà, on a pas le choix euh, il faut partir comme ça.* » (C5 138-141). Etre honnête avec soi-même et proche de ses valeurs, serait une qualité du cadre de santé.

Un autre cadre nous parle de transparence « *ils savent que c'est pas parce que je fais de la rétention d'information, c'est qu'il y a des choses que je peux livrer et d'autres, que je ne peux pas livrer* » (C1 221-223). Cette honnêteté de dire qu'il y a des informations qui ne peuvent être délivrées aux équipes permettrait une reconnaissance du cadre de santé.

4.4.4. L'humilité

Avec sa position hiérarchique, on pourrait croire que le cadre de santé est au-dessus des équipes, mais justement, la modestie et le fait de ne pas se mettre en avant lui permettrait une meilleure intégration « *Ça s'est très bien passé parce que, je suis quelqu'un euh qui quand je ne sais pas, je demande. C'est-à-dire qu'il y a des choses que je ne maîtrisais pas du tout en termes de*

pathologie » (C1 43-45). Savoir dire que l'on ne sait pas éviterait au cadre de santé de se refermer face aux équipes. De plus, il ne sait pas tout et doit pouvoir compter sur les équipes pour apporter des choses auxquelles il n'aurait pas pensé, « *ils trouveront plein d'idées que moi, je n'aurai pas, que j'aurai pas forcément.* » (C4 386-387).

Ensuite, il y a des choses simples que les équipes apprécient, c'est de savoir aider « *Moi, je suis quelqu'un qui accepte de coller les étiquettes, de, s'il faut vider les poubelles, ça ne m'arrive pas tous les jours mais c'est quelque chose que ponctuellement s'il faut, je le fais pour rendre service. Si le préparateur à l'accueil, il a beaucoup de travail, je vais l'aider, je lui demande de vérifier comme je ne fais plus beaucoup de médicaments, je lui demande de me contrôler* » (C3 146-150). Le fait d'aider, de rendre service serait une reconnaissance du cadre pour les équipes. Il y aurait une reconnaissance du travail à effectuer mais aussi une reconnaissance de la charge de travail. De plus, ça permettrait une cohésion de groupe « *il faut se serrer les coudes et donc je pense que l'exemple du cadre là est important, c'est-à-dire, vider une poubelle oui s'il le faut, ne pas rester dans le bureau et puis être à leur écoute et essayer de les aider comme on peut.* » (C 3 220-223). Rester humble dans son comportement et ses actes favoriserait la reconnaissance par les équipes.

4.4.5. La participation

La participation des équipes à des projets serait une reconnaissance attendue qui permettrait une meilleure organisation « *Et après en fait, le fait de travailler avec eux, ça permet l'adhésion de certaines personnes et au final, ça facilite le système. Mais, je ne décide pas de façon arbitraire les choses sans demander l'avis de l'équipe.* » (C2 112-115). Demander l'avis de l'équipe est une reconnaissance du cadre de santé, ce côté participatif permet aux agents de s'exprimer, le cadre est à l'écoute.

Un cadre parle même de démocratie « *Donc voilà, il faut faire des règles et quand on a passé ce travail de, alors moi je l'ai fait en démocratie, on a voté en équipe, on a fait des réunions, on a réfléchi ensemble, voilà, il y en a qui ont juillet, il y en a qui on août, on change enfin voilà, tout ça c'est des règles managériales de base mais une fois qu'on a mis ça en place, on peut se concentrer sur le travail* » (C3 126-129). Le pouvoir donné aux équipes par le cadre de santé, faciliterait cette participation, ce travail en commun. Il permettrait une reconnaissance mutuelle du fait de donner pour l'un et de recevoir pour l'autre.

La participation comme levier dans la dynamique « *C'est de se dire tient, il faudrait qu'on travaille là-dessus et ça, ça commence à arriver et c'est hyper intéressant justement, c'est*

quand ça commence dans l'équipe, tout le monde ne le fait pas, quand je dis l'équipe, il y a toujours 2-3 qui sortent du lot et qui proposeront plus, mais ils proposent parce qu'on leur dit parce que voilà, après, il faut trouver les bonnes personnes qui font le relais avec l'ensemble de l'équipe. » (C4 191-195). C'est aussi au cadre d'être attentif aux attentes de chacun, de trouver les agents qui pourraient porter le projet. C'est reconnaître le potentiel de l'autre et faire émerger des idées.

4.4.6. Le temps

Il faut un certain temps d'observation pour être reconnu, cette reconnaissance n'est pas immédiate *« Alors, la reconnaissance, au début, elle n'est pas facile parce que la reconnaissance, elle va se faire dans le temps aussi » (C3 113-114).* Les équipes prennent du temps avant de reconnaître le cadre dans sa fonction. Ce n'est pas instantanée *« mais par contre, ça prend du temps, ça là-dessus, c'est oui oui, c'est un temps, je ne suis pas dans mon bureau tout le temps, c'est un temps certains auprès de l'équipe » (C4 319-320).* La notion de durée est aussi reprise par ce cadre qui ajoute une notion séquentielle *« Voilà, petit à petit et après, les choses se sont faites avec le temps. » (C5 53-54).* Il y aurait une construction de la reconnaissance dans le temps qui serait plus ou moins longue suivant les cadres.

En plus de ce temps d'observation des équipes, il faut aussi laisser du temps au cadre de santé pour lui permettre d'être reconnu dans ses nouvelles fonctions, ce qui est chronophage *« C'est vrai que cette gymnastique c'est du temps que je passe à leur trouver des solutions mais voilà, elles me le rendent. » (C4 240-241).* C'est avec le temps qu'il peut faire voir aux équipes ce qu'il est capable de faire. Il y a un temps pour être reconnu, tout ne se fait pas rapidement.

4.4.7. Synthèse

L'analyse des données collectées sur la reconnaissance va me permettre de le mettre en relation avec mon cadre conceptuel.

L'équité, l'honnêteté et l'humilité se rapprochent de la sphère de la communauté de valeurs avec la solidarité décrite par Axel Honneth. En aidant les équipes, le cadre de santé leur apporte l'estime sociale, lui permettant d'avoir de la reconnaissance. Il y a une réaction positive des agents face à ces petits gestes que le cadre peut faire.

De plus, il y a une sorte de justice sociale que présente Jean Pierre Brun, selon laquelle, la reconnaissance du cadre de santé se construirait par rapport au fait de se préoccuper de l'autre, de faire preuve d'empathie, d'apporter de l'aide.

Le fait d'être honnête permet de la transparence et peut conférer une dimension humaine au cadre de santé, laquelle serait perçue positivement par les équipes.

La crainte de la méconnaissance du métier par les équipes envers un cadre hors filière n'est pas ressortie des entretiens. En revanche, l'honnêteté du cadre de santé sur sa filière d'origine, lui a permis d'être reconnu par les équipes. Il suffirait alors au cadre d'annoncer sa filière d'origine pour qu'il y ait une certaine clémence de la part des équipes.

A la fois individuelle et collective, la reconnaissance se construit avec l'autre et avec la participation des équipes aux projets proposés par le cadre de santé. Mais au-delà de cette reconnaissance hiérarchique, le cadre n'en est pas moins reconnaissant de la participation de ses équipes au projet ainsi qu'au bon déroulement de l'organisation du service.

La reconnaissance de l'investissement du cadre de santé est félicitée par l'équipe que cela se traduise par des remerciements, ou par l'enthousiasme plus accru ou affiché de se rendre au travail. Ces feedbacks sont en effet des pratiques de la reconnaissance évoquées par Jean Pierre Brun.

L'approche comportementaliste évoquée par Jean Pierre Brun ressort des entretiens, notamment avec la valeur d'équité. Savoir faire des plannings pour respecter l'organisation du service, tout en prenant en considération la vie personnelle des agents est de nature à conforter la reconnaissance. Cette reconnaissance s'installe en veillant en contrepartie à la compensation des agents, en leur permettant d'avoir une souplesse pour profiter de leur vie personnelle.

Enfin, le facteur temps intervient dans la reconnaissance de l'agent. Il semble nécessaire de lui laisser le temps de développer ses actions et de faire ses preuves. On reconnaît quelqu'un parmi d'autres grâce à ses pensées et ses actions. Le facteur temps est donc un paramètre important à prendre en compte. Le fait de ne pas être reconnu dans l'immédiat par les équipes serait alors jugé normal

4.5. La discussion avec mes hypothèses

A la suite de l'analyse de mes entretiens et de leur interprétation, je vais confronter les résultats obtenus à mes hypothèses.

Je rappelle ma question de recherche :

En quoi le cadre de santé se sent-il légitime au sein de son équipe ?
--

Concernant ma première hypothèse :

La légitimité du cadre de santé est liée à ses compétences managériales

Lors de mes entretiens je remarque que ce ne sont pas seulement les compétences managériales qui permettent de légitimer le cadre de santé. C'est aussi son expérience, la confiance attribuée par l'équipe, la capacité organisationnelle et la connaissance de son environnement de travail.

Au début de mon travail de recherche, je ne pensais pas que l'expérience, la confiance et les valeurs du cadre de santé avaient autant d'impact sur sa légitimité. Effectivement, de mon point de vue, les compétences managériales du cadre de santé lui permettaient d'obtenir cette légitimité charismatique décrite par Max Weber. Mais au fur et à mesure de mon travail, je m'aperçois que les compétences managériales sont très vastes à définir. Certes le cadre de santé doit savoir organiser son service pour que les équipes puissent s'y retrouver. Mais il doit aussi faire preuve d'écoute et savoir communiquer s'il veut que les équipes le légitime et ce qu'importe sa filière d'origine. Il doit développer ses compétences relationnelles pour obtenir cette légitimité donnée par les équipes.

De plus, je pensais que l'expertise métier légitimait naturellement le cadre de santé en lui permettant d'avoir ce regard d'expert. Mais au regard des différents entretiens, je m'aperçois que les compétences demandées par les équipes ne sont pas celles de l'expert métier mais plutôt d'avoir un bon relationnel, des qualités humaines et de savoir s'adapter aux diverses situations quotidiennes. Ces compétences demandées par les équipes seraient primordiales pour accorder leur légitimité. L'expertise n'est plus l'attendu principal. Si le cadre ne l'a pas au contraire ça lui permettrait d'observer, de questionner les agents pour mieux comprendre le fonctionnement du service et de gagner cette légitimité auprès des équipes.

Mon hypothèse est donc partiellement validée au vu des différentes compétences attendues par les équipes et qui permettent au cadre de santé de se sentir légitime. L'organisation du service, la gestion des plannings qui sont pourtant des compétences managériales ne permettraient pas au cadre d'obtenir sa légitimité si elles ne sont pas appliquées avec un peu de souplesse. D'ailleurs Guy Le Boterf parle de compétences combinatoires, il ne faut pas simplement avoir les compétences et le savoir-faire mais il faut aussi savoir interagir avec autrui, on est de moins en moins compétent seul. Philippe Zarifian l'explique aussi avec le fait que les compétences sont la faculté à partager et à mobiliser des personnes. Enfin, Jean Pierre Brun aborde le sujet avec la reconnaissance des résultats du travail.

Le cadre devra donc toujours adapter ses compétences managériales par rapport aux autres pour trouver le juste équilibre entre ce qu'il veut faire et ce que l'autre attend. Les valeurs humaines personnelles du cadre de santé seraient des facteurs complémentaires aux compétences managériales, pour établir sa légitimité et sa reconnaissance.

Avec cette adaptation et ses valeurs, le cadre pourrait exercer dans différents services et ce même s'il est d'une filière différente ce qui pourrait lui permettre de gagner sa légitimité auprès des équipes.

Concernant ma deuxième hypothèse :

Le diplôme pose la légitimité de la fonction

Au début de mon travail de recherche, je pensais que le diplôme avait le pouvoir de légitimer le cadre de santé envers les équipes et qu'il servait aussi au cadre de santé à se sentir légitime. Pourtant ce n'est pas ce qui ressort des entretiens.

Comme le souligne Max Weber celui qui a acquis une légitimité par le titre avec le diplôme dispose d'une légitimité légale. Pourtant, lors des entretiens, seul un cadre exprime sa légitimité par l'acquisition du diplôme. Ce cadre de santé nous explique qu'il encadre une équipe dont il faisait partie auparavant. Est-ce un acquis obligatoire pour exercer sa nouvelle fonction au sein de la même équipe ? Ce diplôme accorderait-il directement cette légitimité auprès d'anciens collègues ? Je peux faire un rapprochement mais pas le généraliser avec le peu de matériaux dont je dispose.

Pour trois autres cadres, le diplôme ne les légitime pas forcément. Dans la fonction publique, il est pourtant obligatoire pour exercer officiellement en tant que cadre de santé. La légitimité

légale due au diplôme ne serait pas ou peu reconnue par tous les agents. Je me rapprocherai ici du sens donné par Hélène Hatzfeld pour qui la légitimité serait variable d'un individu à un autre.

Enfin un cadre nous explique que le diplôme lui a servi dans le temps mais pas au début de sa prise de poste. Au début, il était faisant fonction et n'avait pas le diplôme, il était reconnu par les équipes comme un cadre de passage. Pour ce cadre de santé, le diplôme lui a permis d'acquérir des connaissances, des outils pour gagner sa légitimité. Cette légitimité se rapprocherait de celle du leader et donc de la légitimité charismatique décrite par Max Weber.

Pourtant, cette croyance au pouvoir d'autorité est toujours appréciée par les équipes mais pas pour les cadres interrogés qui possèdent le diplôme. Effectivement quatre cadres interviewés sur cinq ne se sentent pas plus légitimes en sa possession. Le diplôme aujourd'hui sert plus à valoriser la réussite à un examen, il servira alors à celui qui le possède d'avoir acquis certaines connaissances pour occuper un poste et d'avoir une qualification professionnelle mais pas nécessairement pour se sentir légitime.

Mon hypothèse n'est donc pas totalement validée, car le diplôme serait un des facteurs favorisant la légitimité légale du cadre de santé face aux équipes. Ce diplôme poserait la légitimité de la fonction mais le détenteur de ce diplôme ne se sentirait pas plus légitime face aux équipes. Il existerait alors d'autres leviers permettant au cadre de santé de se sentir légitime par rapport aux équipes. L'analyse des entretiens nous montre que la communication a été régulièrement abordée comme étant un de ses leviers.

Pour que le cadre de santé puisse se sentir légitime face aux équipes, il lui faut du temps, cette légitimité n'est pas acquise et peut être remise en question constamment avec le changement d'équipe qu'il est amené à encadrer.

5. Conclusion

5.1. Premier travail d'initiation à la recherche

Ce travail de recherche a débuté avec un questionnement sur ma place dans le service de pharmacie où je n'étais ni diplômé préparateur en pharmacie hospitalière ni titulaire de ma fonction.

Assez rapidement, mon interrogation se porte sur ma légitimité à pouvoir me sentir légitime face à des équipes. Je me pose cette question aussi bien pour mon poste de faisant fonction dans ma filière d'origine mais aussi pour mes possibles prises de fonction dans un service de soins hors filière. Effectivement, je veux devenir cadre de santé et ainsi continuer ce que j'ai commencé avec mes 5 années de faisant fonction. Il fallait alors que je prenne en compte que je pourrais encadrer des équipes d'infirmières, de kinésithérapeutes et autres professionnels de différentes filières.

J'ai donc commencé ce travail de recherche dans le but de comprendre comment je pourrais acquérir ma légitimité de faisant fonction auprès de l'équipe que j'encadrerais et de comprendre comment un cadre de santé pouvait se sentir légitime au sein de son équipe. A partir de ce moment, je pose ma question de départ qui est : Quelle légitimité pour un cadre hors filière ?

Avec cette question de départ posée, je m'oriente vers différentes lectures sur la légitimité et notamment sur celle du cadre de santé. Cette question de filière d'origine me questionne mais au fil de mes lectures et de mes entretiens avec mes collègues cadres de santé et mes collègues de promotion, je m'aperçois que cette légitimité s'acquiert peu importe la filière d'origine.

Pour moi, cette légitimité devait s'acquérir avec le diplôme de cadre de santé, j'étais ainsi bloqué par ce diplôme pour me sentir légitime surtout envers des équipes hors filières. Pourtant, ma direction m'a fait confiance en me confiant des missions et ma prise de poste au sein de la pharmacie en tant qu'encadrant s'est plutôt bien passée. D'ailleurs avant de rentrer à l'IFCS je me sentais légitime vis-à-vis de l'équipe de préparateurs et de mes collègues cadres de santé, pourtant je n'avais pas cette légitimité légale qui pour moi était obligatoirement un prérequis dans la fonction publique hospitalière pour prétendre être légitime. Je me pose alors la question de cette légitimité, était-elle en rapport avec mes compétences ?

Je profite donc de ce travail d'initiation à la recherche en sciences humaines et sociales pour essayer de trouver des réponses à mes questions et ainsi me préparer à ma nouvelle prise de

poste et à mes nouvelles fonctions. Je pose alors ma question de recherche qui est : **En quoi le cadre de santé se sent-il légitime au sein de son équipe ?**

Cette réflexion me conduit à émettre deux hypothèses : **La légitimité du cadre de santé est liée à ses compétences managériales et le diplôme pose la légitimité de la fonction**

Pour ne pas diriger ma pensée mais au contraire, me permettre une ouverture avec d'autres points de vue, j'oriente mon travail de recherche vers les concepts de légitimité et de reconnaissance en travaillant en parallèle la notion de compétence.

Mes recherches me conduisent sur diverses interprétations de la légitimité, de la reconnaissance et des compétences. Je m'aperçois que les concepts de légitimité et de reconnaissance tout comme la notion de compétence varie d'un auteur à un autre. C'est d'ailleurs grâce à ces lectures que je prends conscience de la diversité de penser. Je me retrouve confronté lors de mes lectures à des dimensions que je n'avais pas du tout envisagées. Ce cadre théorique enrichit mes connaissances et mon esprit critique.

A ce moment-là, ma pensée s'oriente vers certains auteurs sans pour autant occulter les autres. Grâce à ce cadre conceptuel, ma pensée continue de cheminer. Je vais pouvoir utiliser cette base pour interpréter les différents matériaux retenus lors de mes entretiens et ainsi faire cette comparaison entre la théorie et la pratique.

Lors de l'analyse des données, je m'aperçois de la diversité des avis. Je retrouve tout de même des éléments de la phase théorique travaillée auparavant. Cette analyse me permet d'avoir un autre regard sur mes postulats de départ, il y a alors d'autres données qui ressortent et qui permettent au cadre d'être légitimé par les équipes. C'est notamment le cas entre autres avec la confiance, le corps médical et la communication. Je constate aussi avec cette analyse des différences avec l'expertise métier qui n'est pas utilisée de la même manière suivant les cadres interrogés. De cette analyse il ressort des éléments que je n'attendais pas et c'est ce qui fait la richesse de ces entretiens et de ce travail.

Enfin, avec mon analyse j'apporte certaines réponses à mes hypothèses et diverses pistes pour qu'un cadre se sente légitime aux yeux des équipes. Toutefois, ces résultats ne peuvent pas être représentatifs de toute la population des cadres de santé. J'espère pourtant que ce modeste travail de recherche en sciences humaines et sociales pourra aider à la prise de fonction d'un cadre de santé dans ces nouvelles missions.

Ce travail de recherche me permet de prendre du recul et d'avoir un regard critique sur mon expérience mais aussi de découvrir de nouveaux horizons via les différentes lectures et les différents professionnels rencontrés. Cette réflexion et ce cheminement de pensée me permettent de me projeter dans mes nouvelles fonctions avec une nouvelle manière d'appréhender ma future prise de poste qui serait alors plus sereine.

5.2.Projection de la fonction cadre de santé

C'est en terminant ce travail de recherche que mon année à l'IFCS se termine. Je vais maintenant prendre mes nouvelles fonctions plus sereinement et surtout avec une réflexivité bien plus grande qu'au début de ma formation. Je mesure ainsi le chemin parcouru depuis le début.

C'est en ayant un regard critique sur mon expérience de préparateur en pharmacie hospitalière mais aussi celle de faisant fonction de cadre que je me projette en tant que futur cadre de santé.

La prise de poste d'un nouveau cadre de santé occasionne des questionnements en rapport avec l'équipe qu'il encadre. La question de la légitimité peut faire partie de son questionnement tout comme celle de la reconnaissance.

Il s'agit tout d'abord pour lui de se présenter, exposer sa manière dont il voudrait travailler et surtout de garder une écoute attentive aux divers besoins implicites et explicites des équipes. Il devra être humble, honnête et respecter ses engagements pour que l'équipe puisse le légitimer dans sa nouvelle fonction. Une fois la confiance établie, il devra avoir un rôle de communication tant ascendant que descendant.

Lors de ma prise de fonction, je veillerai à mettre en application tout ce que j'ai appris et compris durant cette année de formation. Les bénéfices acquis grâce à mes questionnements mais aussi le souhait d'assurer aux équipes la meilleure qualité de vie au travail possible. Je pense que la qualité du travail fournie passe par une écoute attentive des souhaits concernant la vie privée des agents. Je ferai de mon mieux avec les contraintes économiques et sociales actuelles pour pouvoir rendre aux agents ce qu'ils me partagent au quotidien.

Cette légitimité me sera accordée que si je travaille en étroite collaboration avec les équipes médicales mais aussi et surtout avec les équipes paramédicales. Notre but commun sera de valoriser notre service avec notamment une prise en charge du patient la meilleure possible. Ça sera avec mon rôle de coordinateur que ce but pourra être atteint.

Je sais pourtant que ces objectifs bien qu'ils soient proches de mes valeurs ne seront pas si facile à atteindre. L'évolution du métier de cadre de santé l'éloigne un peu plus de cette proximité que les agents attendent. C'est pourtant avec eux que se construit la légitimité du cadre de santé. Il faudra toujours que je garde en tête que c'est ensemble que nous y arriveront, en tant qu'équipe, en tant que professionnels. Bien sûr, avec ma courte expérience, je n'idéalise pas le quotidien dans un service. Je sais que des conflits vont exister et c'est avec mon rôle de négociateur que je devrais m'en occuper.

5.3. Et la filière d'origine ?

Le fait que je provienne d'une filière différente ne m'empêcherait pas d'encadrer une équipe hors filière, c'est d'ailleurs une volonté et une évolution du métier de cadre de santé depuis l'apparition du diplôme en 1995 et son ouverture sur les trois filières de soins. Bien sûr, ma direction, mes supérieurs hiérarchiques et techniques pourront ou non appuyer mes demandes de sortir de ma filière mais un cadre nouvellement diplômé a les mêmes outils pour manager des équipes lorsqu'il sort de l'IFCS qu'importe sa filière d'origine.

J'ai voulu au travers de mes différents stages à l'IFCS me confronter à ce questionnement sur la filière d'origine. J'ai ainsi effectué tous mes stages hors de ma filière, j'ai compris que l'on pouvait y arriver. En revanche, il faudrait avoir de la volonté, de la persévérance et surtout du temps. C'est aussi au travers de mes différents entretiens que la barrière de la filière est tombée, notamment en interrogeant des cadres hors filière.

Un cadre de santé est diplômé pour encadrer des équipes qu'importe sa filière d'origine. A lui de se servir de son expertise, de ses connaissances et de ses compétences pour y arriver. Cependant, il faudra toujours prendre en compte que l'identité métier est très présente au sein des différents services d'un hôpital.

5.4. La réponse à la question de recherche

Pour terminer ce travail de recherche, j'ai apporté des réponses non tranchées sur mes hypothèses de départ.

Je ne pense pas à la fin de ce premier travail de recherche, apporter une réponse précise à ma question de recherche qui était : En quoi le cadre de santé se sent-il légitime au sein de son équipe ? Suivant l'analyse de mes entretiens, il ressortirait plusieurs leviers permettant au cadre de santé de se sentir légitime face à son équipe. Il appartiendrait au cadre de santé de savoir

s'adapter à une équipe, de se positionner et surtout de savoir utiliser la communication pour acquérir cette légitimité. Sa légitimité serait alors un indicateur de son management.

Enfin, même si le diplôme du cadre de santé mentionne le métier d'origine et que sur les postes à pourvoir il est souvent fait référence au métier d'origine, cette légitimité sera toujours à construire. C'est alors au cadre de santé de trouver quels sont les facteurs pour la construction de sa légitimité.

6. Liste des références bibliographiques

Ouvrages

Abel, P. C. (2014). *Le cadre infirmier de proximité: soignant ou manager ? : identité et perspectives du cadre de proximité au regard d'une éthique du soin*. Paris: De Boeck-Estem

Bourgeon, D. (2012). *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail: une position difficile entre soins et management*. Rueil-Malmaison: Lamarre.

Desserprit, G. (2016). *Aide-mémoire cadre de santé*. Paris: Dunod

Honneth, A. (2002). *La lutte pour la reconnaissance*. Paris: Ed. du Cerf.

Le Boterf, G.(2008). *Repenser la compétence pour dépasser les idées reçues : 15 propositions*. Paris : éditions d'Organisation.

Le Boterf, G. (2013). *Construire les compétences individuelles et collectives: le modèle: agir avec compétence en situation ; les réponses à 100 questions*. Paris : Eyrolles.

Mintzberg, H. (2005). *Le manager au quotidien: les dix rôles du cadre*. Paris: Editions d'organisation.

Mispelblom, F. (2010). *Encadrer, un métier impossible?* Paris: Armand Colin.

Mispelblom Beyer, F. (2016). *Encadrer les parcours de soins: vers des alliances thérapeutiques élargies ?* Paris: Dunod.

Weber, M.(2008). *Les catégories de la sociologie*. Paris: Pocket.

Zarifian, P. (2009). *Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle*. Paris : Presses universitaires de France.

Articles périodiques

Cevaer, D. (2015). *Soins Cadres supplément*, supplément 93, S17

Dumas, M. & Ruiller, C. (2013). « Etre cadre de santé de proximité à l'hôpital » Quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, 87, 42-58

Hautemulle, M. (2012). Encadrer des professionnels d'une autre filière. *Objectif soins & management*, 208, 19

Perrasse, M. (2015). *Soins Cadres*, 95, 44-48

Sourou, B. (2015). Positionnement du cadre, regard anthropologique. *Soins Cadres supplément*, 94, 26-28

Pages web

Brun, J.-P. (2008). La reconnaissance au travail. Repéré sur :

https://www.scienceshumaines.com/la-reconnaissance-au-travail_fr_22737.html

Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M. (2002). La reconnaissance au travail une pratique riche de sens : document de sensibilisation. Repéré sur :

https://www.tresor.gouv.qc.ca/fileadmin/PDF/reconnaissance_au_travail/reconn-trav_02.pdf

Calafat, G. (2011). Expertise et compétences. Repéré sur cairn :

<https://www.cairn.info/revue-hypotheses-2011-1-page-95.htm>

Gavoille, J. (2017). La légitimité démocratique selon Pierre Rosanvallon récupéré sur :

http://www.epibesancon.fr/Contrib_react_CR_Debats/legitimite_democratique.pdf

Hatzfeld, H. (2013). Légitimité. Récupéré sur :

<http://www.participation-et-democratie.fr/it/dico/legitmite>

Leimdorfer, F. & Tessonneau, A.-L (1986). Légitimité sociologique et analyse de discours. Repéré sur : http://www.persee.fr/doc/lsoc_0181-4095_1986_num_37_1_2067

Sites consultés

<http://www.cnrtl.fr> :

Expert. (2017). Repéré sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/expert>

Qualification. (2017). Repéré sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/qualification>

Reconnaissance. (2017). Repéré sur : <http://www.cnrtl.fr/definition/reconnaissance>

<http://www.education.gouv.fr> :

Compétences. (2017). Repéré sur :

<http://www.education.gouv.fr/cid73215/le-referentiel-de-competences-des-enseignants-au-bo-du-25-juillet-2013.html>

<http://www.larousse.fr> :

Légitimité. (2017). Repéré sur :

<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/1%C3%A9gitimit%C3%A9/46599>

<https://www.legifrance.gouv.fr> :

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

Récupéré sur :

https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=85D0A27A5A078550FB838DBA73BB7844.tpdila12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=20160416

www.masecondechance.fr :

Fiche cadre de santé de l'ONISEP 2016 centre récupérée sur :

www.masecondechance.fr/content/download/689938/.../cadre%20de%20santé.pdf

<http://www.sociologie.revues.org> :

Expertise. (2017). Repéré sur : <http://www.sociologie.revues.org/1211>

<http://www.universalis.fr> :

Légitimité. (2017). <http://www.universalis.fr/encyclopedie/legitimite/>

Cours

Loïc Brémaud, (2017). Conduite de projet : 1 ère partie : Théories du management et conduite de projet, Université Rennes 2

Table des matières

1. Mon parcours professionnel.....	1
1.1. Préparateur en pharmacie hospitalière.....	1
1.2. Faisant fonction	3
1.3. Le cheminement vers la problématisation	6
2. Cadre conceptuel.....	10
2.1. L'évolution du cadre de santé.....	10
2.1.1. Historique.....	10
2.1.2. Conditions d'accès à la nouvelle formation.....	10
2.1.3. L'évolution de la profession de cadre de santé	12
2.2. La légitimité.....	14
2.2.1. Définitions de la légitimité.....	14
2.2.2. Approches suivant différents auteurs	14
2.2.3. Synthèse	19
2.3. Les compétences.....	20
2.3.1. Définitions de la compétence	20
2.3.2. Définition de la qualification	21
2.3.3. Différentes approches suivant les auteurs.....	21
2.3.4. L'expertise	24
2.4. La reconnaissance.....	25
2.4.1. Définition :	25
2.4.2. Approche sociologique	26
2.4.3. Approche psychologique	27
2.4.3.1. Les quatre points de vue de la reconnaissance	27
2.4.4. Approche philosophique	31
3. Méthodologie	32
3.1. Conception de l'enquête	32

3.1.1.	Le choix de la population.....	32
3.1.2.	Le choix de l’outil.....	33
3.1.3.	Le guide d’entretien	34
3.2.	La réalisation de l’enquête.....	34
3.2.1.	Le contexte.....	34
3.2.2.	Le déroulement des entretiens	34
3.3.	Mode de traitement des données	35
3.3.1.	La construction de la grille d’analyse	35
3.3.2.	Le choix d’écriture	36
3.3.3.	Les limites de la recherche.....	36
4.	Analyse des entretiens.....	38
4.1.	Le contexte de la prise de poste.....	39
4.1.1.	Le poste souhaité.....	39
4.1.2.	La présentation.....	39
4.1.3.	Synthèse	40
4.2.	La légitimité.....	40
4.2.1.	Les compétences	40
4.2.2.	La confiance.....	41
4.2.3.	Les connaissances	41
4.2.4.	Le corps médical	42
4.2.5.	L’expérience	42
4.2.6.	L’identité métier.....	43
4.2.7.	La reconnaissance	43
4.2.8.	Le diplôme	43
4.2.9.	Synthèse	44
4.3.	Les compétences.....	46
4.3.1.	La communication	46

4.3.2.	La relation	46
4.3.3.	L'expertise	47
4.3.4.	L'organisation	48
4.3.5.	Synthèse	49
4.4.	La reconnaissance.....	50
4.4.1.	L'équité	50
4.4.2.	Le feedback	50
4.4.3.	L'honnêteté	51
4.4.4.	L'humilité	51
4.4.5.	La participation	52
4.4.6.	Le temps.....	53
4.4.7.	Synthèse	53
4.5.	La discussion avec mes hypothèses	55
5.	Conclusion	58
5.1.	Premier travail d'initiation à la recherche	58
5.2.	Projection de la fonction cadre de santé	60
5.3.	Et la filière d'origine ?.....	61
5.4.	La réponse à la question de recherche	61
6.	Liste des références bibliographiques	63

Le cadre de santé est le garant de l'organisation et de la qualité des soins apportée aux patients. Il manage des équipes au quotidien qui doivent se sentir écoutées et accompagnées pour travailler dans un climat serein.

Le relationnel qu'il installe au sein de l'équipe conditionne la reconnaissance de sa légitimité.

Cette légitimité est alors à construire et entretenir avec le temps. Elle influe sur le bien-être du cadre de santé et sur son management.

Ce travail d'initiation à la recherche en sciences humaines et sociales offre diverses pistes d'acquisition de cette légitimité.

C'est alors avec sa personnalité dans un contexte défini que le cadre de santé trouvera quels sont les facteurs lui permettant d'acquérir et de construire sa légitimité.

Mots clés : Légitimité, compétences, reconnaissance, relationnel, temps