

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

**Mobilité fonctionnelle des cadres de santé :
quelle motivation en lien avec
le rapport au savoir ?**

Anthony LEMERCIER

Directeur de mémoire : Matthieu DAUNY

Date de la soutenance : 22 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

**Mobilité fonctionnelle des cadres de santé :
quelle motivation en lien avec
le rapport au savoir ?**

Anthony LEMERCIER

Directeur de mémoire : Matthieu DAUNY

Date de la soutenance : 22 juin 2017

Année 2016 – 2017

Mes remerciements s'adressent à :

Monsieur Matthieu Dauny, le directeur de mémoire pour ses conseils et sa bienveillance tout au long de cette initiation à la recherche,

L'ensemble des formateurs de l'IFCS, les intervenants, les enseignants des universités de Rennes 1 et de Rennes 2 pour tous les enseignements qu'ils m'ont prodigués et qui ont contribué à ma construction de cadre,

Angélique, Corinne et Florence pour leurs encouragements et leur engagement dans ce travail,

A mes collègues de promotion,

Toutes les personnes interviewées pour leur contribution à ma démarche de recherche,

Ma famille pour leur confiance et leur dévouement,

Mon épouse Amélie pour son soutien, sa compréhension et son aide précieuse,

Ma fille Candice... je reviens...pour toi... et pour ta future petite sœur...

« Si vous pensez que l'aventure est dangereuse, je vous propose d'essayer la routine... Elle est mortelle. »

Paulo Coelho

SOMMAIRE

Introduction	1
1. De la question de départ à la question de recherche.....	4
1.1. Les entretiens exploratoires	4
1.2. Contexte et analyse des entretiens exploratoires	6
2. Question de recherche et hypothèse	10
3. Le cadre théorique	11
3.1. La mobilité.....	11
3.2. La zone de confort	18
3.3. Le savoir	21
3.4. Le rapport au savoir	23
4. Méthodologie de recueil de données	33
4.1. Le choix de la méthode.....	33
4.2. Le choix de la population	33
4.3. Le choix des outils de recherche.....	34
4.4. Le contexte des entretiens.....	38
4.5. La construction de la grille d'analyse.....	38
4.6. Les limites de ma méthodologie	39
5. Analyse et interprétation	40
5.1. La population enquêtée.....	40
5.2. La mobilité.....	43
5.3. Le rapport au savoir	48
5.4. Synthèse.....	59
6. Projection professionnelle et Conclusion	61
Liste des références bibliographiques	66
Table des matières	69

Liste des acronymes

AFGSU : attestation de formation aux gestes de soins d'urgence

CDS : cadre de santé

CHU : centre hospitalier universitaire

DU : diplôme universitaire

ETP : éducation thérapeutique patient

FF CDS : faisant-fonction cadre de santé

GIE : Groupement d'intérêt économique

IADÉ : infirmier anesthésiste diplômé d'état

IDE : infirmier(e) diplômé(e) d'état

IFMEM : institut de formation des manipulateurs en électroradiologie médicale

IFSI : institut de formation en soins infirmiers

IRM : Imagerie par Résonance Magnétique

Introduction

Au cours de cette année de formation, nous nous initions au travail de recherche.

Mais qu'est-ce qu'une recherche? La recherche est une façon d'appréhender la réalité de manière différente, c'est un temps privilégié qui nous permet d'effectuer un changement de posture, une prise de distance, un temps de réflexion pour nous, qui étions dans le faire. Il arrive alors un temps pour le questionnement et pour le doute qui nous place dans une posture de chercheur. La recherche peut être aussi en lien avec un problème posé. Le choix du sujet devient alors important.

Au regard de mon parcours, la mobilité professionnelle m'a paru un thème intéressant à approfondir. En effet, après avoir obtenu mon diplôme d'état de manipulateur en électroradiologie médicale (MEM) en juin 2000, je me suis volontairement tourné vers l'intérim en attendant de trouver un poste de manipulateur en électroradiologie dans les DOM-TOM. De nombreuses missions m'ont permis de développer rapidement des facultés d'adaptabilité, le sens de la responsabilité et de l'autonomie. Par ces expériences j'ai acquis des qualités qui m'ont été très bénéfiques par la suite (autonomie, prise de décision). En revanche, je tiens également à souligner ce sentiment d'insécurité et d'isolement ressenti sur le moment lors de ces différentes missions d'où l'importance de l'accompagnement et des conditions d'accueil des nouveaux professionnels, pour eux-mêmes et pour la qualité et la sécurité des soins.

Après plusieurs mois de missions diverses, j'ai été recruté pour travailler dans un nouveau centre médical basé à Tahiti. J'ai ainsi pu acquérir d'autres compétences en acceptant un poste de MEM esseulé, notamment celle de s'organiser et de collaborer avec les autres professionnels de santé.

Après ces 3 années, je décide de retourner en France afin d'approfondir mes connaissances en IRM¹, technologie non présente sur Tahiti. A mon retour en 2004, je saisis l'opportunité de travailler dans un GIE² à Annecy, possédant trois IRM. Cette expérience m'a évidemment permis de maîtriser cette modalité de l'imagerie médicale mais a aussi mis en exergue une appétence pour la formation des futurs professionnels en m'impliquant dans le

¹ Imagerie par Résonance Magnétique

² Groupement d'intérêt économique

suivi des étudiants venant des IFMEM³ de Lyon ou de Nancy et en assurant la promotion du métier de manipulateur en électroradiologie auprès des lycéens.

Après ces deux années en IRM qui m'ont permis de parfaire mon expérience dans ce domaine, je reviens en Bretagne dans le cadre d'un rapprochement familial. Je décide alors d'intégrer le service de médecine nucléaire d'un centre hospitalier privé où j'ai pu participer activement à l'évolution technologique notable de ces dernières années dans ce domaine de l'imagerie. De même, l'arrivée chaque semaine d'un ou deux étudiants manipulateurs dans le service m'a conduit à prendre en charge régulièrement leur accueil avec présentation du personnel, du service, de son fonctionnement, de son règlement et de ses spécificités. J'ai ainsi pu, au cours de ces années, développer mes compétences de tuteur sur le terrain et confirmer mes prédispositions à la formation des futurs professionnels au travers des différentes phases du stage. A ce stade de mon cheminement professionnel, mon projet cadre prend forme. Après sept années passées dans ce service, j'ai l'opportunité de postuler comme formateur à l'institut de formation des MEM du CHU de Rennes. Ma candidature est retenue. Quittant une structure privée pour intégrer le secteur public, recruté comme faisant fonction de cadre, j'ai bien conscience que je dois consentir à un compromis d'ordre financier. Mais mon souhait d'évoluer professionnellement n'est pas sans certaines concessions. L'expérience du terrain, les multiples situations de soins rencontrées, les différents services dans lesquels j'ai travaillé, m'aident pour passer de mon métier de MEM à celui de formateur. Si les méthodes que j'utilisais étaient empiriques, cette expérience m'a conforté dans l'envie que j'avais d'approfondir mes connaissances en pédagogie.

Après ces nombreuses expériences, il m'est alors apparu évident d'explorer davantage cette notion de mobilité professionnelle. **Pourquoi cette volonté de bouger professionnellement prédomine sur les contraintes? Pourquoi prendre ce risque?** De plus aujourd'hui, l'organisation hospitalière encourage cette mobilité. En effet, dès l'entretien de recrutement hospitalier, le jury m'interroge sur ma capacité et ma volonté à occuper un poste de cadre de santé sur le terrain. Je me positionne en répondant que mon projet était de devenir formateur, mais que je ne suis pas fermé à exercer le métier de cadre de santé sur le terrain, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres entreprises où la mobilité est requise. En fait, ma motivation à devenir formateur m'a fait accepter cette éventualité à devenir cadre manager.

³ Institut de Formation des Manipulateurs en Electroradiologie Médicale

A ce jour, en lien avec mon parcours professionnel et ces expériences récentes qui précèdent mon arrivée à l'IFCS, j'en arrive à formuler cette question de départ :

<p style="text-align: center;">Quels sont les facteurs de motivation de la mobilité professionnelle pour un cadre de santé ?</p>

Cette situation m'amène aussi à une réflexion sur le positionnement du cadre de santé par rapport à ce qu'il doit accepter ou non et des exigences qu'il doit formuler. Un article de la revue « cadre de santé » nous éclaire à ce sujet :

« Le positionnement est un ajustement permanent, entre les composantes du statut, les exigences de l'institution, les attentes et les comportements du personnel, les valeurs personnelles et professionnelles du cadre. En ce sens, se positionner c'est gérer le risque, car mis à part le statut rien n'est défini ni stable. [...] Le positionnement c'est évacuer le flou, clarifier pour soi, pour et avec les autres, ses conceptions, ses théories de référence. »
(Belin, François, 2000, p. 34)

Il me semble donc important pour un cadre de santé d'avoir une vision à court et moyen terme de son projet professionnel. Lorsque le jury composé de directeurs de soins me questionne sur ma projection en tant que cadre de terrain, j'accepte cette éventualité en minimisant la prise de risque associée et le défi à venir. Cette prise de conscience fait alors naître la réflexion suivante : **« pourquoi quitter sa zone de confort ne sachant pas véritablement ce qui nous attend ? »**

De ces questionnements, différents termes apparaissent qui constituent dès lors la base de cette recherche et qui feront l'objet d'un approfondissement dans la suite de ce travail. Ce sont les notions de mobilité, de motivation et de zone de confort.

A partir de ma question de départ, afin d'affiner cette recherche et de construire une problématique, le passage par une phase exploratoire s'avère opportune. Elle constituera donc la première partie de ce travail faisant apparaître ou pas de nouveaux éléments ouvrant sur une partie conceptuelle puis sur une démarche d'analyse construite à partir de la réalité du terrain, après avoir élaboré ma question de recherche.

Je conclurai ce travail en tirant les enseignements de ma démarche et en faisant le lien avec ma projection professionnelle.

1. De la question de départ à la question de recherche

1.1. Les entretiens exploratoires

Au regard de mon parcours professionnel et suite à ces différentes approches, je souhaitais questionner cette apparente nécessité à quitter sa zone de confort en ciblant mon sujet de recherche et par conséquent mes entretiens exploratoires sur la **mobilité dite fonctionnelle des cadres de santé passant de la fonction formateur à la fonction manager et réciproquement**. Avant d'exposer mon analyse des entretiens exploratoires, il me semble opportun de définir les caractéristiques de ces deux fonctions. Les cadres jouent un rôle essentiel pour répondre aux enjeux auxquels sont confrontés les établissements de santé et les instituts de formations, dans un contexte de complexité croissante, caractérisé notamment par :

- des exigences accrues de qualité et de sécurité des soins,
- l'évolution de la demande des patients,
- la recherche de l'efficacité et l'évolution des organisations internes,
- la nécessité de coordonner des parcours patients,
- l'attente des équipes en termes de management
- l'évolution des formations et des diplômes.

Les métiers de cadre de santé recouvrent principalement le métier de **responsable de secteur d'activités de soin** (manager) et le métier de **formateur de professionnels de santé**. Ces métiers peuvent se décliner dans des environnements, des organisations et des périmètres diversifiés, ainsi qu'à différents niveaux de responsabilité et s'adressent à différents publics.

1.1.1. Environnement du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin :

Ce métier peut être exercé au sein d'établissements de santé publics ou privés, sanitaire ou médico-social, ainsi qu'en réseau de soins, en secteur d'activité extrahospitalier, ces structures pouvant être de différentes tailles. Le périmètre de son activité peut être variable, en

fonction de la filière de prise en charge, de la discipline, du territoire géographique ou du champ de responsabilité.

Le cadre de santé manager exerce alors un niveau d'encadrement de proximité, en lien direct avec les équipes soignantes. Dans certaines modalités d'exercice, le cadre de santé peut également être chargé d'un projet ou d'une mission donnée, qui au sein d'un réseau peut être commun à plusieurs structures. Il gère alors les ressources et les moyens mis à disposition du projet, peut encadrer une équipe projet et peut être amené à construire et réaliser des actions de formation.

Le cadre de santé responsable de secteur est l'interlocuteur des patients, des familles, des équipes soignantes, des partenaires et des équipes de direction. Il coordonne le parcours du patient avec les différents professionnels. Il est à l'interface de différents intervenants et de différentes structures. L'organisation des soins est réalisée en collaboration étroite avec le responsable médical du secteur d'activités de soin et les autres praticiens.

Le manager inscrit son activité au service de la prise en charge du patient dans le cadre des projets de la structure en lien avec le projet régional de santé déterminé par l'Agence Régionale de Santé.

1.1.2. Environnement du cadre de santé formateur de professionnels de santé

Il exerce son activité en institut de formation couvrant à la fois la formation initiale et la formation continue. Il peut exercer dans différents domaines liés aux soins et à la santé, tant auprès d'étudiants qu'auprès de professionnels en exercice. Selon les organisations, il peut coordonner l'activité pédagogique sur une année ou sur l'ensemble d'un cursus de formation. Dans certaines modalités d'exercice, il peut également être chargé d'un projet ou d'une mission donnée.

Le cadre de santé formateur de professionnels de santé est l'interlocuteur des personnes formées, des enseignants universitaires, des différents intervenants et des professionnels encadrant les personnes en formation sur les lieux de stage. Il travaille au sein d'une équipe pédagogique avec une coordination réalisée en collaboration étroite avec le directeur de la structure de formation.

Le formateur des professionnels de santé inscrit son activité dans le cadre du projet de l'institution, du projet pédagogique, en lien avec les orientations des partenaires régionaux et universitaires pour les dites formations.

Chacun de ses deux métiers possède leur référentiel de compétences et d'activités propres⁴.

1.1.3. Profil des enquêtés

Afin de cibler les motivations ou les freins à la mobilité fonctionnelle, j'ai mené 3 entretiens exploratoires auprès de deux cadres formatrices et d'un cadre manager (femme) d'un même établissement hospitalier, dont voici le profil :

enquêté	Age	Fonction actuelle	En poste depuis	Mobilité fonctionnelle formateur ↔ manager réalisée :	Année d'obtention du diplôme de cadre
A	45 ans	manager	5 ans	non	2011
B	53 ans	formatrice	6 ans	oui (cadre dans un service de dialyse : 5 ans)	2006
C	51 ans	formatrice	8 ans	non	2008

1.2. Contexte et analyse des entretiens exploratoires

Pour donner suite aux échanges que j'ai pu avoir avec mes collègues durant mes années de faisant-fonction formateur, je souhaitais pouvoir confronter ces points de vue avec des regards extérieurs sur cette alternance formation / management et ainsi affiner ma question de recherche. L'objectif poursuivi était de connaître les opinions des cadres exerçant dans un autre établissement de santé que moi. En effet, il s'agissait de questionner leurs positionnements et leurs aspirations sur cette mobilité fonctionnelle.

Dans ce contexte, j'ai mené des entretiens semi-directifs en suivant un guide d'entretien⁵ préalablement préparé. Ces échanges ont été riches et m'ont permis de me questionner sur

⁴ Cf. annexe 1

⁵ Cf. annexe 2

l'orientation à prendre pour la suite de mon travail. Après avoir défini la « mobilité fonctionnelle », l'entretien a démarré par une question volontairement ouverte : « **Pour vous, qu'évoque la notion de mobilité fonctionnelle ?** ». Les réponses des enquêtés dérivait sur leurs représentations respectives du métier de cadre formateur ou manager, associées à des jugements tels que : « *un cadre formateur serait en grande difficulté à exercer sur le terrain* » (l'enquêté A). A l'origine de ma réflexion, je n'avais pas précisément connaissance de l'angle sous lequel je souhaitais explorer la notion de mobilité, mais la résumer aux « représentations », suscitait peu d'enthousiasme de ma part et me semblait trop réducteur. A noter que tous mes interlocuteurs soulignaient l'importance et l'enjeu de cette mobilité dans un contexte professionnel sans pour autant manifester un intérêt réel à engager cette démarche pour eux même. Sur la base de ces interviews et de mon expérience, je peux aussi avancer que le contexte du lieu d'exercice professionnel joue un rôle déterminant dans le choix de cette mobilité.

Ma dernière question faisait référence à la mobilité professionnelle au sens large : « **pour vous, en tant que cadre, quels sont les 3 mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on parle de mobilité professionnelle?** ». Il en est ressorti les mots suivants: « *richesse* », « *danger* », « *changement* », « *adaptation* », « *apprentissage* », « *choix* », « *compétences* ». La richesse et la variété des réponses ont davantage suscité mon intérêt en faisant émerger des éléments en lien avec mon questionnement de départ. Par conséquent, il m'a semblé évident d'orienter mon analyse des entretiens exploratoires sur les facteurs de motivations d'un cadre de santé à faire le choix d'engager sa mobilité professionnelle.

La théorie de la motivation, initialement exposée par Deci en 1975, présente l'originalité par rapport aux précédentes théories, de distinguer deux types de motivation suivant qu'elle est imposée ou non, faisant écho à la mobilité subie ou choisie:

- **La motivation intrinsèque** : l'action est conduite uniquement par l'intérêt et le plaisir que l'individu trouve à l'action, sans attente de récompense externe.
- **la motivation extrinsèque** : l'action est provoquée par une circonstance extérieure à l'individu (punition, récompense, pression sociale, obtention de l'approbation d'une personne tierce...).

Cette différenciation entre motivation extrinsèque et intrinsèque me permet de catégoriser les propos recueillis lors des entretiens selon différents critères répertoriés dans un tableau d'analyse⁶ :

-Les critères de finance et de conciliation entre la vie personnelle et la vie professionnelle sont repérés comme des facteurs extrinsèques. **L'aspect financier** est cité une fois par l'enquêté A (manager) comme un frein à la mobilité fonctionnelle : « *j'aurai une prime d'encadrement moins importante si je devenais formatrice* ». Ce critère n'est jamais cité comme un levier de motivation. En ce qui concerne **la conciliation entre vie professionnelle et vie personnelle**, pour l'enquêté A, ce facteur serait à la fois un levier « *en passant formatrice, je serai peut-être moins stressée en rentrant chez moi et je pourrai passer plus facilement à 80%* » et un frein : « *il me serait difficile de bosser le soir pour se mettre à jour* ». Pour l'enquêté C (formatrice), ce critère serait un frein : « *il me serait moins facile de prendre mes congés sur les vacances scolaires en tant que cadre d'unité de soins* ».

-les critères de dépassement de soi et de rapport au savoir sont repérés comme des facteurs intrinsèques. Pour les enquêtés B et C, devenir cadre manager serait un « *challenge* », « *un défi personnel à relever* », « *une possibilité de se confronter à la réalité du terrain* », « *l'acquisition de nouvelles compétences* », ces verbatims rendent compte d'un levier de motivation à la mobilité fonctionnelle. A contrario, l'enquêté C parle de non motivation à se « *relancer dans une autre aventure personnelle* ». Concernant le critère du **rapport au savoir**, je retrouve aussi deux attitudes contraires. Pour l'enquêté B, le désir d'« *apprendre de nouvelles choses, m'approprier les nouvelles technologies* » serait un levier à la mobilité (**rapport au savoir positif**), contrairement à l'enquêté A pour qui l'effort d'apprentissage est un frein : « *devenir formateur nécessiterait un effort de réapprendre plein de théories pour en savoir plus que les étudiants* » (**rapport au savoir négatif**).

Dans le cadre de cette initiation à la recherche, il me semble intéressant d'orienter désormais mon travail sur **le potentiel lien entre la mobilité fonctionnelle des cadres de santé et leur rapport au savoir**. D'après le dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, **la motivation en psychopédagogie est** : « *l'ensemble des facteurs dynamiques qui suscite chez un élève ou un groupe d'élèves le désir d'apprendre* », renvoyant au terme « *d'apprentissage* » relevé dans l'un des entretiens exploratoires ».

⁶ Cf. annexe 3

Un complément de définition décrit la motivation comme un ensemble des forces internes et externes, conscientes et inconscientes qui serait à l'origine des actions et des comportements humains pouvant se matérialiser par la mobilité professionnelle.

A ce stade de mon travail, l'approche psychopédagogique de la motivation associée à cette notion de forces inconscientes me renvoie à l'analyse de mon parcours professionnel. Je suis devenu MEM en juin 2000, avec une formation orientée sur des savoirs techniques et soignants que j'allais mettre en œuvre en tant que jeune professionnel. Pour moi être MEM c'était avoir des connaissances pour promulguer des soins de qualités aux personnes que je prenais en charge. Il me permettait également d'exercer ma pratique professionnelle dans une équipe afin de participer au savoir collectif. Pour moi, cette profession permet l'exécution d'actes techniques s'inscrivant dans une dimension relationnelle où chaque membre de l'équipe a sa place et apporte un « plus » par ses compétences. Ce partage contribue à un enrichissement personnel. Ainsi, mes différentes expériences m'ont permis de donner un sens aux soins que je réalisais auprès des patients.

Néanmoins, j'exerçais parfois mon métier avec des difficultés d'ordre psychologique par rapport au patient. Il m'a fallu trouver un équilibre entre le trop près qui me mettait en difficulté et le trop loin qui me protégeait psychologiquement. Je ressentais une tension entre le savoir-être dans la relation soignant-soigné qui parfois me mettait en souffrance et le savoir-faire qui me permettait de trouver la juste distance avec le patient.

Mon expérience de tuteur lorsque j'étais MEM m'a par ailleurs permis de développer des aptitudes pédagogiques nécessaires à la professionnalisation des étudiants et m'a poussé vers l'approfondissement de cette discipline en devenant formateur.

Au regard de mon parcours, il en ressort alors un désir d'apprendre qui me conduit vers la recherche de nouvelles expériences professionnelles afin d'améliorer mes pratiques de soignant, de formateur et d'encadrant. Cette relation au savoir devenue partie intégrante de ma personnalité couplée à l'analyse de mes entretiens exploratoires me conforte à orienter ce travail de recherche sur la problématique suivante : Dans quelle mesure le rapport au savoir peut-il engendrer la mobilité ou la sédentarité fonctionnelle ?

2. Question de recherche et hypothèse

Au travers ces témoignages, les différentes lectures que j'ai effectuées et mon expérience professionnelle, j'ai souhaité investir et questionner l'impact du rapport au savoir d'un cadre de santé pour sa mobilité fonctionnelle. Je peux, à présent, poser ma question de recherche :

En quoi le rapport au savoir influence-t-il la mobilité fonctionnelle d'un cadre de santé?

Afin de répondre à cette question complexe, je pose l'hypothèse suivante :

Hypothèse : un rapport au savoir positif est un facteur favorisant la mobilité fonctionnelle.

La réalisation d'un cadre théorique autour des concepts de la mobilité, zone de confort et du rapport au savoir me permettra d'organiser ma pensée. Ces connaissances nouvelles en rapport avec mon sujet de recherche seront la trame de la construction de mon outil d'enquête qui me permettra de pouvoir aller explorer les phénomènes concrets sur le terrain. L'analyse et l'interprétation des informations recueillies permettront d'examiner l'hypothèse formulée afin de pouvoir mettre en évidence ma projection en tant que futur cadre de santé.

3. Le cadre théorique

Pour cette partie de mon travail, j'utiliserai le pronom « nous ». En effet, faisant référence à différents auteurs, il me semble important de ne pas m'approprier le contenu des éléments conceptuels déclinés dans ce cadre théorique. Afin de construire ce mémoire, et en nous référant à l'hypothèse émise, nous allons tenter de balayer les concepts de la mobilité professionnelle, zone de confort et du rapport au savoir qui nous aideront à mettre en relief notre question de recherche. Le cadre théorique s'est construit principalement dans le champ des sciences de gestion et de l'éducation à partir de différentes lectures d'ouvrages en psychologie, sociologie, et pédagogie.

3.1. La mobilité

Pour cerner le concept de mobilité nous apporterons des éléments de définition, nous envisagerons les différentes formes, les facteurs d'influence de la mobilité, les enjeux, les limites et les étapes.

3.1.1. Eléments de définition

Le dictionnaire Petit Larousse définit la mobilité (du latin *mobilitas*) comme étant « *la facilité à se mouvoir, à être mis en mouvement, à changer, à se déplacer* ». Le mot mobile est issu du latin « *mobilis* », qui se meut et de « *movere* », se mouvoir.

Quant au terme mouvement, il est défini comme un déplacement, un changement de position d'un corps dans l'espace et ce par rapport à des repères fixes.

Pour Raoult, la mobilité en milieu hospitalier doit être considérée comme « *une gestion collective et/ou une gestion individuelle des compétences* » (1991, p 75).

Cet auteur préconise d'ailleurs, d'analyser la mobilité du double point de vue géographique et professionnel et décrit les différents aspects de la mobilité que nous allons maintenant détailler.

3.1.2. Les différentes formes de mobilité

Dans la littérature professionnelle, la mobilité est plus particulièrement envisagée selon trois dimensions principales :

3.1.2.1. La mobilité d'environnement (géographique), ou mobilité horizontale

« Elle correspond à ce qui est le plus souvent dénommé mutation. Le même type d'activité, dans la même qualification, avec le même grade hiérarchique, est exercé dans un autre lieu de travail, dans une autre équipe, avec un autre responsable. » (Ibid, p 45)

C'est la mobilité la plus fréquente, représentée par l'affectation d'un soignant ou d'un cadre dans une nouvelle unité de soins. Lors de notre parcours, nous avons eu recours à cette mobilité de façon volontaire à plusieurs reprises (pratique du métier de MEM dans plusieurs domaines de l'imagerie et lieux géographiques).

3.1.2.2. La mobilité catégorielle (ou verticale).

Il s'agit de la promotion. *« C'est une mobilité qui conduit un agent à quitter un emploi pour un autre, impliquant un accroissement de responsabilité. Elle est le plus souvent sanctionnée par un changement d'échelon, de grade, de qualification, mais aussi par une augmentation de la rémunération. »* (Ibid, p 54)

Cette situation concerne notamment les soignants qui accèdent à des spécialisations (puéricultrice, infirmière anesthésiste, infirmière de bloc opératoire) ou à des postes d'encadrement des unités de soins comme à des fonctions d'enseignement. Dans notre cas, nous pouvons illustrer cette mobilité lorsque nous sommes passés du statut de MEM à celui de formateur.

3.1.2.3. La mobilité fonctionnelle

« Elle correspond à un changement de métier (ou d'emploi). Ce changement demande à l'agent de faire appel à des compétences qu'il n'exerçait pas auparavant ou du moins pas de la même manière. » (Ibid, p 60)

Nous rentrerons dans ce dernier cas de figure après l'obtention du diplôme de cadre de santé pour exercer la fonction de manager.

3.1.3. Facteurs d'influence de la mobilité

Plusieurs facteurs interviennent dans le processus de la mobilité. Dans certaines situations, la mobilité est subie et résulte de changements sur lequel le professionnel n'a pas de réelle influence. Dans ce cas de mobilité imposée nous parlons de mobilité négative. Nous choisissons de ne pas traiter cet aspect dans ce travail de recherche qui nous orienterait vers d'autres notions, notamment celle de résistance au changement.

Nous nous intéressons, ici, à l'autre forme de mobilité, c'est-à-dire celle qui n'est pas imposée par l'organisation. Elle est souhaitée, voulue par l'agent, nous parlons dans ce cas de mobilité positive. Elle est le fait des professionnels de santé eux-mêmes, n'hésitant plus à changer pour anticiper une carrière, soit tout simplement envisager leur carrière à long terme, leur apportant ainsi une polyvalence ou soit afin de quitter un poste usant. En effet, les conditions de pénibilité du travail avec ses rythmes, cycles, horaires, constituent des contraintes importantes qui ont une incidence sur une population en grande partie féminine. La pression psychologique est forte afin de concilier une vie professionnelle et personnelle. Cette charge physique et mentale prégnante favorise des phénomènes de fuite pouvant se traduire par une baisse d'implication.

3.1.4. Les limites

La littérature vante les vertus de la mobilité. Il n'en demeure pas moins vrai que l'organisation de la gestion de la mobilité reste difficile à réaliser. Un certain nombre d'obstacles apparaît. « *Tout d'abord la mobilité semble être liée à la jeunesse et la stabilité est une vertu que l'on associe à la maturité* » (Galambaud, 1983, p 156). Elle apparaît légitime pour parfaire l'apprentissage des nouveaux agents. Par contre, elle est souvent suspectée d'être réactionnelle lorsqu'elle concerne un agent ancien.

Raoult nous dit que lorsque la mobilité devient excessive, elle est considérée comme une marque d'insatisfaction au travail ou d'instabilité. Un taux anormalement élevé de demandes de changements de service peut être révélateur d'un dysfonctionnement dont les raisons sont multiples (mauvaise ambiance, charge de travail importante, effectif réduit). A l'inverse, une stabilité forte du personnel au niveau d'un service est considérée comme un

indice de bon fonctionnement. De plus, la mobilité renvoie à une idée de mouvement et ce dernier engendre les risques. Pour les agents, c'est l'appréhension du changement d'une manière générale. C'est la peur de l'inconnu, la perte d'habitudes, la rupture avec un environnement rassurant, le contraignant à sortir de **sa zone de confort**. C'est aussi l'inquiétude de ne pas être performant, de commettre des erreurs et éventuellement de rater son changement professionnel.

3.1.5. Les enjeux

3.1.5.1. Enjeux de compétence

Selon Bonmatti (1998), la mobilité n'est pas un but à atteindre mais un moyen. Maintenir, développer des compétences et détecter des potentiels, tels sont les enjeux. L'hôpital est longtemps resté à l'abri des contraintes économiques, mais il est actuellement, plus que jamais soumis à une rationalisation des dépenses. La gestion de l'hôpital doit permettre de faire face à un marché concurrentiel. Limités en nombre, les effectifs doivent devenir plus performants. Compte tenu, des évolutions rapides des techniques, des organisations, des restructurations, la compétence ne se définit plus seulement comme une mise en œuvre de savoirs mais aussi comme une aptitude à s'adapter aux exigences nouvelles.

3.1.5.2. Enjeux de communication et de culture

En 2001, dans son mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, E. Dulak pointe l'intérêt de la mobilité dans le domaine de la communication. En effet, le dialogue entre professionnels qui se connaissent mieux constitue un véritable vecteur d'échanges à propos de l'organisation du travail et l'évaluation des pratiques professionnelles.

« La mobilité revêt un intérêt pour l'agent et pour l'hôpital. Elle favorise l'acquisition de connaissances nouvelles. Elle permet aux professionnels d'appréhender de nouveaux modes de fonctionnement dans d'autres disciplines, avec d'autres équipes. De ces échanges, il résulte des connaissances élargies, une

meilleure compréhension des situations et une ouverture d'esprit. »

(Dulak, 2001, p22)

La mobilité permet ainsi une remise en cause des pratiques professionnelles. Elle induit une modification de comportement. Cette dynamique profite à la fois à l'agent et à l'établissement. A l'hôpital, elle permet d'assurer une meilleure utilisation des ressources humaines dans le but de répondre au mieux à la demande des usagers. Pour l'agent, elle est un moyen de progression professionnelle et personnelle.

3.1.5.3. La mobilité facilite la production de sens

Dans sa quête de sens, une personne peut osciller entre deux attitudes contradictoires : se réfugier dans une sorte d'immobilisme contemplatif tout en demeurant « chevillée » à ses certitudes établies, ou bien affronter l'instabilité du monde actuel en acceptant d'y redéfinir continuellement sa position, en cherchant à dépasser les multiples contradictions. « *D'un côté un individu figé sur ses positions, de l'autre un sujet parvenant à se jouer des aléas de la vie quotidienne, capable de surfer sur les déferlantes de la postmodernité afin d'en rétablir le sens et d'y jouer pleinement leur rôle d'acteurs.* » (Baubion-Broye, 1998, p126)

Les capacités de production de sens s'accommodent mal avec l'immobilisme. Nous vivons dans un monde où la passivité et le retrait ne sont plus admis sous peine que l'on soit rapidement dépassé et, en quelque sorte marginalisé. L'individu est alors enclin à se déplacer au sein des systèmes sociaux afin de conserver la maîtrise de son destin personnel et de préserver le sens de son engagement dans un environnement changeant. Par la mobilité peuvent ainsi s'accomplir des ruptures, s'esquisser des réaménagements, se créer les relances qui permettent d'échapper à la perte de sens.

3.1.6. Les étapes de la mobilité

Baubion-Broye nous dit aussi que la mobilité doit s'appréhender en tant que « *transition de vie* » (Ibid, p126) et elle nécessite un ensemble de conduites, « *d'un travail de redéfinition de soi* » et implique un « *double processus de désengagement et d'engagement* » (Ibid):

→ de désengagement, dans la mesure où le déplacement d'une position sociale à une autre s'accompagne d'une certaine forme de séparation. Il s'agit tout d'abord de quitter une position antérieure, d'abandonner une place qui représente l'aboutissement d'une histoire personnelle; une histoire à laquelle on demeure attaché. Des sentiments contradictoires peuvent ainsi apparaître :

-le désir et la peur de changer

-la volonté de rompre avec le passé et dans le même temps les craintes d'avoir à trop s'éloigner de ce par quoi l'on s'est construit

La mobilité implique également de quitter certains groupes d'appartenance avec pour conséquence la perte d'une partie de ses attachements sociaux antérieurs. L'éloignement de certains groupes d'appartenance est parfois une épreuve douloureuse pour l'individu. Elle peut au contraire s'accompagner d'un sentiment de libération par rapport à des milieux sociaux particulièrement contraignants et/ou dévalorisés.

→ d'engagement, car la mobilité offre la possibilité d'imaginer des nouvelles choses et d'élargir son champ d'action. Elle s'inscrit dans la réalité d'un projet grâce auquel l'individu tente de s'assurer la maîtrise d'un devenir incertain, cherche à actualiser ses potentialités, travaille à l'atteinte de ses aspirations fondamentales. En ce sens les conduites de transition peuvent s'appréhender comme des conduites de construction. Par la mobilité, l'individu s'engage aussi dans de nouveaux groupes d'appartenance. Il s'insère dans des catégories sociales porteuses de valeurs, de normes et de représentations qui leur sont spécifiques. Il va mettre en œuvre des conduites de socialisation visant à définir et faire reconnaître sa place au sein des différents groupes tout en établissant les indispensables liens sur lesquels repose toute vie collective (des liens de solidarité, d'amitié, de rivalité).

« Il faut toutefois se garder d'appréhender le processus transitionnel comme reposant sur une simple juxtaposition de deux moments séparés se succédant l'un à l'autre. Les notions de désengagement et d'engagement renvoient à un mouvement par lequel le sujet expérimente les contradictions de son projet de vie et exprime sa quête d'une difficile conciliation entre désir de rupture et de mouvement. » (Ibid, p128)

La mobilité offre ainsi la possibilité de se retrouver face à soi-même, de réinterroger son passé et ses projets, de redéfinir ses liens d'appartenance.

Grâce à la mobilité professionnelle, l'individu peut ainsi redonner sens à son parcours de vie, parvient à mieux saisir la signification du monde qui l'entoure. On ne peut plus expliquer les phénomènes de mobilité uniquement à partir de l'ambition professionnelle des individus et leur souhait d'évolution sociale. La mobilité consiste à se déplacer afin de se donner les moyens de redéfinir ses engagements au sein de la société.

Le déplacement d'un lieu social à un autre nécessite de la part de l'individu le renoncement à un certain nombre d'attaches antérieures, la perte d'une partie de ses ancrages sociaux et, dans le même temps, comme nous l'avons vu précédemment, la redéfinition de ses liens d'appartenance ainsi que l'appropriation des normes, valeurs et représentations liées à la nouvelle position sociale. Ce processus de socialisation va reposer en grande partie sur des logiques identitaires visant à préserver et/ou à renforcer une représentation de soi valorisée.

« *Connaître une situation de mobilité professionnelle, c'est se trouver, à un moment donné de sa trajectoire, et quelle qu'en soit la raison, à un point de convergence entre ses différentes interrogations* » (maillot, 2012, p23).

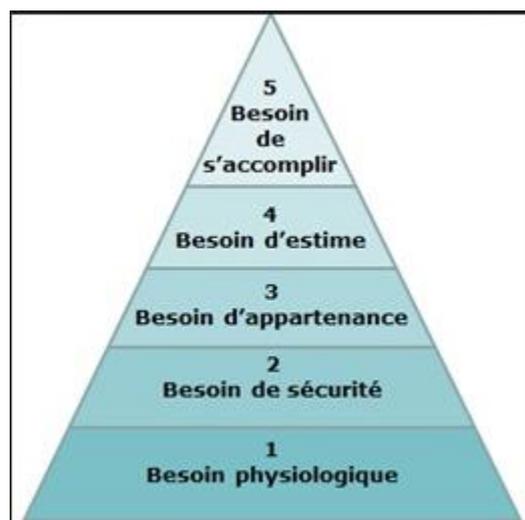
Raoult se positionne aussi dans une projection positive : « *la mobilité n'a pas de valeur en soi, mais elle doit plutôt être considérée comme un levier pertinent pour une politique de progression professionnelle* » (1991, p 85). Mais cette considération ne doit pas cacher certaines réalités pouvant exercer un frein à la mobilité professionnelle. Entre prise de risques et perte de repères, elle peut être anxiogène d'autant plus qu'elle demande à s'affranchir, le temps de l'adaptation, d'une période d'insécurité et plus ou moins de non reconnaissance.

Les limites effectives de la mobilité à type de stress ont un caractère individuel, singulier. Cette notion de stress dépendrait qualitativement du degré d'enracinement dans un service et/ou un poste. Il s'agit d'une notion multidimensionnelle associant principalement la durée d'exercice, l'engouement pour la nature, les conditions de travail et l'affect avec le personnel.

Ainsi, chaque prise de risque professionnel nécessite de sortir de sa **zone de confort** afin de franchir un cap. Nous nous sommes donc intéressés pour la suite de ce travail, à cette notion qui relève d'un paradoxe.

3.2. La zone de confort

La zone de confort est une garantie de sécurité tout en étant une des principales causes de souffrance. Nos différentes lectures sur ce thème nous amènent sur le champ du développement personnel en passant par les techniques de pensées positives ou de « coaching de vie ». Les partisans de cet engouement aux aspirations profondes de mieux-être et au dépassement de soi ont développé plusieurs théories autour de la zone de confort. Même si elles sont parfois dogmatiques, il nous semble intéressant de développer ici quelques points pouvant étayer notre réflexion. Pour commencer, cette vision du « souci de soi » associe parfois la zone de confort à une « prison dorée ». L'individu s'y sent bien après l'avoir cherchée, et une fois atteinte, elle peut brider, et devenir un frein à son épanouissement. Cette façon de voir renvoie aux travaux du psychologue Abraham Maslow (1954) qui nous explique la nécessité pour nous d'avoir et d'être dans une zone de confort au travers de sa pyramide des besoins.



Pyramide de Maslow

Pour chacun de ces besoins, l'individu se doit de mettre en place des formes pour lui apporter la garantie de l'obtention de ces besoins et la sérénité qui en résulte. C'est le côté positif de la zone de confort et sa raison d'être. Elle serait donc un passage obligé, comme des étapes nécessaires à la croissance sur lesquelles l'individu s'appuie pour faire le pas suivant. En effet, une fois atteinte, la tentation de considérer cette zone de confort comme acquise et de ne plus vouloir s'en séparer est grande. Selon le psychosociologue Carton: « *lorsque le présent et le permanent sont totalement satisfaits, il est très difficile de démarrer un processus de changement* » (2006, p.48). En effet, pourquoi envisager de changer lorsque l'on est satisfait de

sa situation ? Cette zone de confort peut devenir synonyme de « non évolution », d'immobilisme, c'est le côté négatif. Elle serait donc nécessaire pour passer des caps, des paliers, afin que l'individu se construise progressivement. M.Gréau, coach de développement personnel considère que :

« le danger n'est pas la zone de confort en elle-même ou la forme que va prendre cette zone, mais bien le fait de rester attaché à une forme définie, en excluant toutes les autres formes. C'est en cela que la zone de confort peut être à double tranchant. Se contenter d'avoir un travail sécurisant, se contenter de fonder une famille, de faire des enfants, se contenter d'être reconnue et appréciée des autres ne garantit pas de rendre une personne épanouie ». (blog M.Greau)

La zone de confort serait donc un palier sécurisant afin de pouvoir continuer sa progression. C'est pour cela et comme cela que certaines personnes auront en apparence tout ce qu'il faut pour être heureux : travail, mari ou femme, enfant, maison, voiture, animaux de compagnie, etc., et diront qu'ils ne sont pas épanouis.

La psychologie positive, la pyramide de Maslow, le développement personnel ont tous ce même but « d'épanouissement humain ». Il faut en quelque sorte accepter de faire ce chemin d'épanouissement. A. Maslow cernait les besoins psychologiques par des mots chargés d'un sens profond : « *accomplissement* », « *réalisation de soi* », « *développement de son potentiel* », « *vie riche, créative et intense* », « *existence pleinement humaine* ».

Mais les privilèges financiers et matériels peuvent être un frein pour sortir de sa zone de confort. Autour, M.Greau nous parle de « **la zone d'apprentissage** », qui permet d'élargir la vision du monde (ex : voyage vers des pays inconnus, nouvelles expériences...) et surtout de changer ses habitudes. C'est dans cette zone d'apprentissage que nous observons, comparons, expérimentons et apprenons. Elle peut faire peur et c'est pour cela que certaines personnes ne se déplacent que dans leur zone de confort, car pour eux en sortir est considéré comme dangereux. Au-delà de la zone d'apprentissage se trouve la zone de panique ou de non-expérience. Pour certains, c'est là où des choses graves peuvent arriver car elles sont enfermées dans une bulle et au-delà de ça, le monde s'arrête. Les personnes s'autorisant à franchir le pas considèrent cette zone comme une zone dite magique : une zone dans laquelle tout peut arriver. Les personnes ne pouvant pas accéder ou ne souhaitant pas sortir de leur confort s'amputeraient donc d'une possibilité d'épanouissement. C'est également ce que nous explique Abraham

Maslow par sa pyramide. Les zones de confort ne sont donc que des paliers pour nous permettre d'y parvenir et non nécessairement d'y rester.

L'individu ne perdrait donc rien en quittant une zone de confort. C'est une croissance logique et évidente qui le pousse à se positionner, à faire des choix, à prendre des orientations, et donc, à changer d'environnement, de façon de faire, de penser. En somme, avoir peur de changer, peur de l'inconnu, de se tromper, d'échouer, la peur de trouver moins bien sont des réactions normales. « *On sait ce qu'on perd, on ne sait pas ce qu'on retrouve* » Mais c'est en même temps une façon de s'ouvrir et de s'épanouir. Le changement n'est donc pas à craindre mais plutôt à solliciter. La peur irrationnelle peut empêcher de franchir le pas, principalement liée à l'orgueil, cherchant lui-même à tout contrôler : la peur de la façon de réagir, la peur du jugement des autres, la peur de l'inconnu.

Mais on a aussi le droit de ne pas vouloir changer. Notre époque valorise tellement la mobilité, l'ambition, le goût de la nouveauté qu'il n'est pas inutile de souligner, comme le fait la psychanalyste L. Janin-Devillars , que « *le statu quo, la continuité, lorsqu'ils nous conviennent, ne nous relèguent pas forcément au musée, section arts et traditions du passé* » (2001, p. 18).

Aussi, la tension émotionnelle et la tension créative liées à ces changements sont importantes à prendre en compte. Elles agissent comme deux forces opposées. La première retient l'individu vers sa zone de confort et la seconde l'attire vers la zone d'apprentissage. Pour avancer, il faut que les motivations soient plus fortes que les peurs. En gérant ses peurs, l'individu a une idée plus claire des objectifs à atteindre et procure une source de motivation. Il lui faut donc dépasser ses préjugés, se faire confiance en acceptant la vulnérabilité et l'incompétence des débuts. Pour retrouver la confiance, il faut retourner dans la zone de confort pour retrouver ses compétences, ses ressources et sa sécurité. Pour cela il faut parfois faire preuve de patience.

Nous venons de voir que la zone de confort était entourée par la zone d'apprentissage, faisant référence à l'acquisition de nouveaux savoirs. Il est temps alors de développer ce concept du savoir décliné comme nous allons le voir sous la forme de rapport au savoir.

3.3. Le savoir

3.3.1. Définition

Monteil⁷ s'attache à distinguer l'information, la connaissance et le savoir. L'information est une donnée externe au sujet, on peut la stocker, l'emmagasiner, elle est alors « objective ». La connaissance est le résultat de l'expérience personnelle, liée à l'activité individuelle, elle s'enrichit de qualités affectivo-cognitives. Elle est alors subjective et est intransmissible. Le savoir est quant à lui objectif, comme l'information, mais il résulte de son acquisition par le sujet. Le savoir est produit par l'individu confronté à d'autres personnes, il est construit dans « des cadres méthodes ». Il peut donc « entrer dans l'ordre de l'objet » et devient alors un produit communicable, « de l'information disponible pour un autrui ». Il n'y a de savoirs seulement produits que dans la confrontation interpersonnelle. Autrement dit, l'idée de savoir implique le sujet, son activité, son rapport à lui-même, (il doit se défaire du dogmatisme subjectif), son rapport au sujet et aux autres (qui construisent, contrôlent, valident, partagent ce savoir). Le savoir est construit, élaboré, approprié par l'individu mais au cours de ses interactions avec les autres. Tout autre savoir sera ajouté à l'ancien, mais sera réorganisé par l'individu pour constituer le savoir. Car, le savoir implique de structurer de relier connaissances et expériences, et non pas les juxtaposer.

3.3.2. Les savoirs

D'après le dictionnaire Larousse, « *le savoir est défini comme un ensemble de connaissances ou d'aptitudes reproductibles, acquises par l'étude ou l'expérience* ».

Barbier⁸ (1996) reconnaît :

- Le « *savoir théorique* » : ce savoir comprend les savoirs disciplinaires qui sont constitués par les sciences, les savoirs didactiques, les savoirs pédagogiques. Ces savoirs sont considérés comme des objets qui peuvent être transmis aux apprenants pour qu'ils puissent être appliqués ensuite.

- Le « *savoir pratique* » : qui se base sur les expériences et se construisent par et dans la pratique. Ce savoir est alors un « *savoir action* ». Ce savoir est manipulé dans les gestes de la vie quotidienne.

⁷ Professeur des Universités, recteur de l'Académie d'Aix Marseille

⁸ Professeur au Conservatoire National des Arts et Métiers à Paris

Ce dernier savoir ne se limite pas à une réalisation linéaire et simple d'actions. Dans le domaine médical, la résolution d'un problème de santé ne se résume pas à mettre en lien des symptômes avec une maladie. Il y a toute l'observation médicale qui entre en jeu « le coup d'œil », qui s'acquière avec l'expérience. Il y a des mécanismes sous-jacents aux mécanismes du savoir « d'action » qui ne sont pas encore mis à jour. Si l'on considère que, pour s'incarner, tout savoir doit être agi, le savoir donne alors un pouvoir : celui de faire. Le savoir est alors reconnu comme compétence. La valeur sociale d'un savoir contribue également à son attrait. Dans le positivisme du XIX^{ème} siècle, le savoir parcellaire sur certains domaines devient savoir global qui devait déterminer les choix politiques. Cette confiance mise dans tout savoir prouve à quel point le savoir fascine. Celui ou celle détenteur de savoir prend une aura particulière qui l'éloigne du commun des mortels. Dans une telle vision, la science décide seule en méprisant le collectif, cette idéologie est qualifiée de « scientiste ».

Pour progresser dans ses propres savoirs, il est important d'apprendre à les transmettre. Transmettre un savoir c'est aider l'autre à se les approprier. Cela suppose de bien connaître le sujet mais aussi de se placer dans une situation de réciprocité, sachant que chacun a son histoire et donc sa façon d'approcher et d'acquérir des savoirs. Le savoir se construit. Il doit être de qualité, mais il n'exclut pas le tâtonnement et l'échec qui permettent le cheminement.

En occident, les savoirs théoriques sont privilégiés, les savoirs pratiques sont parfois en décalage avec la théorie. Le savoir théorique est relativement facile à enseigner : la méthodologie est essentiellement magistrale. Il est par contre plus difficile de transmettre le « savoir en action ». Il est ce que l'on peut appeler le savoir-faire et le savoir être, qui reposent sur l'activité elle-même. Cette transmission est alors consommatrice de temps et interactive.

Les savoirs ne se mesurent pas les uns les autres. Cependant se découvrir porteur de savoir permet de changer le regard de l'autre, et ainsi le regard que l'on a sur soi. Au contraire, la non-reconnaissance de ce savoir entraîne un repli sur soi. Comme dans l'ouvrage de Charlot⁹, il est intéressant de constater qu'il existe différents savoirs : savoir pratique, théorique, procédural... Cependant « *l'erreur consiste à croire ...que l'on pourrait définir des espèces et des variétés alors que ce sont des formes spécifiques de rapport au monde* » (1997, p.71). « *C'est le rapport à ce savoir qui est « scientifique » ou « pratique » et non le savoir lui-même* » (ibid., p.72). Nous allons alors aborder cette notion du savoir sous l'angle du rapport au savoir.

⁹ Professeur en Sciences de l'Education à l'université de Paris VIII

3.4. Le rapport au savoir

3.4.1. Définition

L'expression de rapport au savoir est aujourd'hui relativement répandue. La notion du rapport au savoir, est apparue dans les années 1960, de manière simultanée dans le champ de la psychanalyse, de la sociologie et dans le champ de la formation adulte. Le fait de toucher ces trois champs au travers de cette notion laisse entrevoir la complexité et la difficulté que le sujet peut avoir dans son rapport au savoir, à l'autre et au monde.

Cette notion, relativement récente, est beaucoup utilisée dans le domaine des Sciences de l'Education, avec l'émergence notamment de l'équipe de Paris X Nanterre «*savoir et rapport au savoir*».

Dans cette équipe, Beillerot¹⁰ définit le rapport au savoir comme un « *Processus par lequel un sujet, à partir de savoir acquis, produit de nouveaux savoirs singuliers qui lui permettent de penser, transformer et de sentir le monde naturel et social* » (1996, p.31). Ce processus évolue tout au long de la vie, ce qui permet à l'individu d'acquérir de nouveaux savoirs, d'en transmettre et d'en écarter d'autres. Tout cela contribue à l'évolution de notre rapport au savoir. Il est aussi singulier, il s'insère dans une dimension historique et familiale. Mais le rapport au savoir n'est pas direct, comme l'accès à l'inconscient.

Il existe différentes approches du rapport au savoir. Nous aborderons une approche sociologique et psycho-anthropologique. Pour des raisons de temporalité, l'approche psychanalytique ne sera pas traitée. Nous aborderons ensuite le rapport au savoir selon les sexes, dans le milieu de la formation, dans le rapport à l'apprendre. Nous établirons ensuite la distinction entre le rapport au savoir et le rapport de savoir, puis entre le rapport au savoir et l'identité. Enfin, nous décrirons les différents cas de figure du rapport au savoir.

D'un point de vue philosophique, Aristote écrivait à la première page de «*Métaphysique*»: «*tous les Hommes désirent naturellement savoir*».

3.4.2. Approche sociologique

Dans le champ de la sociologie, pour Bautier¹¹ et Rochex¹², le rapport au savoir est

¹⁰ Professeur en Sciences de l'Education à l'université Nanterre Paris X.

¹¹ Sociolinguiste, chercheur et professeure de sciences de l'éducation à l'université de Paris VIII

¹² psychologue, chercheur et professeur de sciences de l'éducation à l'université de Paris VIII

« rapport à des processus (l'acte d'apprendre), à des situations d'apprentissage et à des produits (les savoirs comme compétences acquises et comme objets institutionnels, culturels et sociaux). Il est relation de sens et relation de valeur : l'individu valorise ou dévalorise les savoirs en fonction du sens qu'il leur confère » (1998, p. 34),

et donc l'individu se mobilise ou non pour les apprendre.

Charlot définit quant à lui le rapport au savoir ainsi : *« le rapport au savoir est le rapport au monde, à l'autre et à soi-même d'un sujet confronté à la nécessité d'apprendre ; le rapport au savoir est l'ensemble des relations qu'un sujet entretient avec tout ce qui relève de l'apprendre et du savoir »*. (2001, p.36)

Ainsi, pour Charlot, la question du rapport au savoir se pose *«lorsque l'on constate que certains individus, jeunes ou adultes, ont envie d'apprendre alors que d'autres ne manifestent pas cette envie »* (ibid, p. 15), lorsqu'il s'agit de comprendre quel sens cela a *« d'aller à l'école, de travailler, d'apprendre »* (ibid, p.17). En effet, le *« petit d'homme »* comme dit Charlot, pour s'ériger en tant que sujet et s'intégrer ainsi dans un monde déjà existant et peuplé d'autres hommes, est obligé d'apprendre, obligé

«d'entrer dans un système de rapports et de processus, qui constituent un système de sens où se dit qui je suis, qui est le monde, qui sont les autres. Ce système s'élabore dans le mouvement même par lequel je me construis et suis construit par les autres, ce mouvement long, complexe, jamais complètement achevé qu'on appelle éducation » (1997, p. 60).

L'éducation est un processus qui implique pour le sujet une activité, un investissement, une mobilisation, possibles s'ils sont centrés dans des actions qui ont du *« sens »* pour lui.

L'enfant est d'emblée en rapport avec l'*« autre »*. Si l'autre est socialisé, l'enfant en rapport avec cet autre est socialisé. L'accession au langage et au savoir commun constitue les éléments essentiels de la modification du sujet en individu social. Ce rapport au savoir est d'ailleurs en lien direct avec sa propre histoire familiale. La manière dont le rapport au savoir est vécu au sein de la famille, se constitue de manière très précoce chez l'enfant. Le rapport au savoir est alors une notion *«identificatoire»* pour l'enfant.

Le premier rapport au savoir, que l'individu a, est au sein de sa cellule familiale. Selon Bourdieu¹³, le rapport au savoir est fortement lié à l'environnement familial et à la catégorie socioprofessionnelle d'appartenance des parents. Cette empreinte constitue un «habitus» primaire. L'acquisition se fait sous l'impulsion des parents, puis dans la famille, l'enfant va se constituer son propre rapport au savoir. Ensuite, au niveau sociétal, il va se poser la question de la classe sociale et du droit d'accès ou pas à certains savoirs. Il existerait donc un système de dominant dominé en lien avec le savoir.

Le savoir auquel accède l'individu est un savoir commun à sa classe, ce qui lui permet d'accéder à une position sociale. Par ce savoir, il a accès à un maillon de la hiérarchie. Mosconi¹⁴ souligne que c'est un rapport social que l'individu apprend.

3.4.3. Approche psycho-anthropologique

« Le sujet est un être singulier doté d'un psychisme régi par une logique spécifique mais c'est aussi un individu qui occupe une position dans la société et qui est pris dans des rapports sociaux » (Charlot, 1997, p.50).

Charlot, Bautier et Rochex vont à l'encontre de la reproduction et du handicap social. Pour eux, les différences entre les élèves, reviennent uniquement au fait que chacun met un sens différent dans le rapport au savoir et ne viennent pas de leur appartenance sociale. Le rapport au savoir est alors un outil qui permet de comprendre ce qui se passe dans la famille, mais qui ne peut en aucun cas prévoir ce que l'élève sera. Pour Charlot, le savoir participe à la construction d'une image de soi, à la représentation de sa future fonction sociale et donc à la vie au monde. C'est pourquoi, il parle d'un rapport au savoir, qui exprime de multiples rapports au monde et non d'un contenu de pensée centré sur le savoir. Si le sujet entretient avec le monde extérieur des rapports divers, il pourra investir son savoir de manière hétérogène et selon différents modèles d'investissement tout en étant liés au même savoir. Dans son ouvrage de 1997, Charlot prend l'exemple de l'élève qui apprendra aussi bien pour avoir une bonne note ou pour obtenir un bon métier plus tard, que pour faire plaisir à son professeur. Il met ainsi en exergue que le savoir prend sens dans un autre système propre à chaque individu, au-delà de la valeur propre du savoir. *« L'intériorisation ne peut être comprise à partir de la seule logique du social, son explication requiert la prise en compte de la logique spécifique du psychique, c'est à dire du sujet »* (ibid p.38). Ainsi le savoir est un rapport, un processus qui conduit

¹³ Bourdieu(1930-2002) sociologue français

¹⁴ Sociologue, professeure en sciences de l'éducation à Paris X-Nanterre.

l'individu à adopter un rapport au monde, l'individu n'intériorise pas le monde, il se l'approprie. Il s'agit alors d'une éducation intellectuelle plus qu'une accumulation intellectuelle. L'individu s'inscrit dans un certain type de rapport au monde, à soi, aux autres. Ce n'est pas l'influence de l'environnement sur le sujet mais bien la relation que le sujet entretient avec lui. Le rapport au monde est donc résultat d'une activité de l'individu. L'enfant naît inachevé et ne peut se construire de l'intérieur. L'enfant s'approprie l'humanité pour se construire. Cet « extérieur » ne peut être abordé sans médiation de l'autre. Charlot s'appuie sur Jodelet¹⁵ et sur la notion de représentation sociale pour établir que le rapport au savoir inclut des représentations qui portent sur autre chose qu'uniquement le savoir : le lieu, le travail, rapport au temps...

Le savoir est aussi un lien intergénérationnel, par le biais de la transmission.

La transformation de l'individu en être social est réalisée par le « *faire* » social. Pour avoir accès au faire, il faut avoir accès au savoir, le savoir commun. Ce savoir n'est pas un savoir conscient. Chaque société institue des savoirs qu'elle considère comme « *valables* ». Elle crée des critères pour classer ce qui est à savoir et à non savoir. Le savoir commun est valable pour l'institution sociale, le rapport au savoir n'est pas alors de la créativité de l'individu, mais le produit d'un imaginaire social. Ce savoir vaut dans et par cette institution sociale, selon Mosconi. Pour créer d'autres savoirs au sein de cette institution, il faudra intégrer les instances dévouées à cette mission.

Aussi le rapport au savoir a-t-il deux dimensions, épistémique et identitaire, toutes deux modulées par une troisième, la dimension sociale :

-La dimension épistémique : elle concerne la question, « *apprendre, c'est faire quel type d'activité, c'est avoir une activité de quelle nature?* » (ibid, p. 78). Charlot indique d'ailleurs qu'il continue à parler de « *rapport au savoir* » parce que l'expression est aujourd'hui bien identifiée, mais qu'il s'agit en fait « *d'un rapport à l'apprendre* » ;

-la dimension identitaire : apprendre, c'est aussi entrer en relation avec les autres, le professeur, les camarades (rapport aux autres) et se mettre en jeu en tant qu'individu, en fonction de ce qu'on est, de l'image qu'on a de soi, de celle qu'on veut donner aux autres (rapport à soi). Cette dimension correspond « *à la façon dont le savoir prend sens par rapport à des modèles, à des attentes, à des repères identificatoires, à la vie que l'on veut mener, au métier que l'on veut faire* » (Bautier et Rochex, 1998, p. 34) ; Tout rapport au savoir comporte une dimension identitaire dans la mesure où « *apprendre fait sens en référence à l'histoire du*

¹⁵ psychosociologue

sujet, à ses attentes, à ses repères, à ses conceptions de la vie, à ses rapports aux autres, à l'image qu'il a de lui-même et à celle qu'il veut donner aux autres. » (Charlot, 1997, p. 84-85).

-la dimension sociale : il n'en reste pas moins que l'autre et soi ne sont pas des entités sublimées, que « soi » existe dans une société structurée, hiérarchisée, inégalitaire, qu'il a une histoire, que « l'autre » est un parent plus ou moins exigeant, un enseignant plus ou moins compétent. Le sujet, dont on étudie le rapport au savoir, existe dans une société qui donne une forme particulière aux dimensions épistémiques et identitaires : c'est l'aspect social du rapport au savoir.

Le rapport au savoir, qui évolue dans le temps, est donc le *«rapport d'un sujet (humain) singulier inscrit dans un espace social»* (Charlot, 1997, p. 91).

Étudier le rapport au savoir revient à étudier des rapports à des lieux, à des personnes, à des objets, à des contenus de pensée, à des situations, à des normes relationnelles. Si le rapport identitaire au savoir correspond à la question "pourquoi apprendre ?", le rapport épistémique au savoir correspond à la question "apprendre, c'est avoir quel type d'activité ?". Le rapport épistémique renvoie à la nature même de l'acte d'apprendre et au fait de savoir.

3.4.4. Rapport au savoir selon les sexes

Au XIX^{ème} siècle, le rapport au savoir était réservé aux hommes puis l'évolution de la société a contribué au changement de la place de la femme dans la société. Aujourd'hui, les inégalités sociales entre les sexes ont diminué mais existent toujours dans notre société. Les filles et les garçons ne sont pas socialisés de la même façon et n'apprennent pas de la même façon. La raison de cette différence est due au fait que l'on ne leur enseigne pas les mêmes choses et pas de la même façon. Mosconi explique que la scolarisation actuelle contribue à réaliser une division sexuée des savoirs et du travail en lien avec les divisions sociales du travail. Le rapport au savoir ne se construit pas seulement au niveau de l'histoire intime, de la personnalité psycho familiale. Cette construction se poursuit au niveau de la personnalité psycho-sociale à l'école, dans toutes les activités réalisées en dehors de la famille, ces relations aux pairs, aux adultes, autres que les parents jouent un rôle important.

3.4.5. Rapport au savoir et formation

Lors d'une formation adulte, dans son commencement, c'est le rapport de chaque formé au savoir et à l'école qui fait son retour. Dans un apprentissage adulte, les notions de « *représentation* » et de « *rapport au savoir* » contribuent à élargir la conception d'apprentissage.

Dans le domaine de la formation adulte, cet objet de désir qu'est le savoir peut aussi susciter le fantasme. Kaës et Anzieu, psychanalystes français, développent une théorie du rapport au savoir sur la relation pédagogique entre le formateur et le formé. En effet, dans toute formation il y a désir. La formation est un moment où l'individu se rapproche du fantasme de la perfection. La formation est aussi une lutte contre l'angoisse et contre les forces destructives. Elle met l'accent sur le rêve et sur le mécanisme de lutte. Au niveau fantasmatique, l'apprendre peut être un système d'identification ou de contre identification aux figures de l'entourage familial.

Dans un processus didactique, Blanchart Laville affirme que le « *rapport au savoir* » aurait un effet de transfert et de contre transfert. Dans une situation d'enseignement, l'enseignant représente le savoir aux yeux des étudiants qui sont en attente de ce savoir. Si l'enseignant répond à la demande des étudiants, l'enseignant sera harcelé de demandes. Ces demandes ne sont pas pour lui mais pour le « *sujet de savoir* » qu'il représente. Mais à son tour, l'enseignant au travers des étudiants va essayer de les faire répondre à sa demande. Mais pour l'enseignant, répondre à toutes les demandes des étudiants est impossible, c'est pourquoi à un moment, l'enseignant se laisse chargé de savoir imaginaire. C'est ce savoir qui va permettre à l'enseignant d'avoir son autorité alors que son savoir effectif, lui donne, comme la formule de Mannoni, psychanalyste français, « *un pouvoir effectif* ».

Pour Charlot, « *le concept de rapport au savoir implique celui de désir, ce désir est désir de l'autre, désir du monde, désir de soi et le désir de savoir (ou d'apprendre) n'en est qu'une forme qui advient lorsque le sujet a fait l'expérience de plaisir d'apprendre et de savoir* »

Dans l'enseignement, le rapport au savoir est symbolisé par le triangle pédagogique de Houssaye¹⁶. Dans le jeu pédagogique, sur les trois éléments constitutifs du triangle, qui sont l'enseignant, le savoir et l'élève, il y a toujours une relation mise en demeure. L'expression est : « *elle fait le mort* ». Lorsque la relation s'effectue entre l'élève et le savoir, nous sommes alors dans une situation d'apprentissage, et l'enseignant est « *le mort* ». Faute de pouvoir supporter cette situation, enseignants et institutions « *font les fous* » en sombrant dans le

¹⁶ Professeur de sciences de l'éducation à l'université de Rouen

contrôle systématique des acquisitions. Le « *rapport au savoir* » est alors quelque chose de singulier, chaque élève se construit son savoir.

3.4.6. Rapport au savoir, rapport à l'apprendre

Apprendre, c'est acquérir un savoir comme contenu intellectuel. C'est aussi maîtriser un objet ou une activité et entrer dans des formes relationnelles. Ces définitions aboutissent à la description commune des trois formes de savoir : savoir, savoir-faire et savoir-être. L'équipe de l'ESCOL¹⁷ les nomme « *figures de l'apprendre* ».

Charlot met une réserve à la définition de savoir comme tout ce que l'homme sait. Pour lui, comme nous l'avons vu précédemment, le rapport au savoir devrait se dire rapport à l'apprendre. C'est ainsi qu'il entend cette notion. Le savoir n'est pas une chose mais un acte. Les savoirs peuvent difficilement être classés puisqu'ils n'ont de sens qu'en référence aux rapports qu'ils supposent et qu'ils produisent avec le monde, avec soi-même et avec les autres.

Par exemple il n'y a pas de savoir scientifique ou pratique, c'est ce rapport au savoir qui l'est. La pratique est une forme de savoir. Une pratique doit être apprise pour être maîtrisée, mais l'apprentissage ne signifie pas qu'il y ait savoir. L'apprendre est une maîtrise d'une situation alors que le savoir est un savoir-objet.

Les différents savoirs sont différents rapports au monde. Ainsi nous pouvons décrire trois formes épistémiques au savoir :

- S'approprier un objet-virtuel : se mettre des choses dans la tête. C'est le processus d'objectivation-dénomination. Le savoir peut s'énoncer seul.

- Maîtriser une activité, utiliser un objet : « passer de la non-maîtrise à la maîtrise » Cette maîtrise s'inscrit dans le corps. C'est le processus de l'imbrication du « Je » dans la situation.

- Maîtriser une relation, de soi à soi ou de soi aux autres. Apprendre, c'est se rendre capable de réguler cette relation. C'est le processus de distanciation-régulation.

Mosconi fait remarquer que l'on peut aussi observer dans l'acte d'apprendre des processus d'apprentissage donnant lieu à des **faux savoirs**, savoir que le sujet doit acquérir de façon provisoire et automatique. Et des apprentissages qui aboutissent à des **savoirs vrais** qui

¹⁷ Education, Socialisation et Collectivités Locales : équipe de recherche en science de l'éducation à Paris VII

intègrent la personnalité au point de la transformer. « *Par cette rencontre authentique avec le savoir, avec un savoir, le sujet s'auto-modifie et se transforme dans sa personnalité profonde* » (Mosconi, 1996, p.108). Ces actes d'apprentissage participent à la production de nouveaux sujets qui seront à leur tour par leur savoir et savoir-faire producteurs de leur société. Cet apprentissage s'effectue dans un cadre institutionnel, qui aura choisi à un moment donné de développer certains savoirs, en les proposant ou en les imposant. Ces savoirs donneront alors une certaine position sociale à l'individu.

3.4.7. Distinction entre rapport au savoir et rapport de savoir :

Le rapport de savoir crée de la distance entre par exemple le médecin et son patient ou le professeur et l'élève. Ce rapport de savoir occupé par sa position sociale a une certaine influence sur le rapport au savoir. Dans d'autres domaines, un agriculteur et un banquier, n'ont pas le même savoir, le rapport social n'est pas fondé sur le savoir. « *Toutefois, leur rapport social est surdéterminé par le savoir* », Charlot (1997, p.86) il existe des différences sociales de légitimité entre ces savoirs, ces activités ou ces formes relationnelles.

Pour Beillerot, il ne s'agit pas du rapport d'un sujet et d'un savoir précis, mais du rapport au savoir entendu dans sa globalité, comme une entité autonome.

3.4.8. Rapport au savoir et identité

Tout rapport au savoir est rapport à l'autre. Cet autre est celui qui m'enseigne, qui m'aide, que je déteste et que j'admire.

« *Cet autre est celui qui est là physiquement présent, il est aussi ce fantôme de l'autre que chacun porte en soi* ». « *Comprendre un théorème de maths, c'est s'approprier un savoir (rapport au monde) se sentir intelligent (rapport à soi) mais aussi comprendre quelque chose que tout le monde ne comprend pas, ...participer à une communauté d'intelligences (rapport à l'autre)* » (Charlot, 1997, p 85).

Le rapport au savoir est alors un rapport social. « *L'identité sociale induit des préférences quant aux figures de l'apprendre, mais l'intérêt pour telle ou telle figure de l'apprendre contribue à la construction de l'identité* » (ibid p 87). Cependant, si le rapport au

savoir est social, il ne doit pas seulement être mis en relation avec la position sociale mais doit aussi prendre en compte l'histoire sociale et les influences du marché économique.

Apprendre est un acte de sens, une interactivité entre le sujet et la réalité extérieure, selon Mendel¹⁸. Ce sens est aussi fonction de la culture sociale, de son histoire familiale et du psychisme de l'individu.

Pour Beillerot, le savoir est un récit singulier intérieur et qui dépasse la question du sens. Le rapport au savoir est lié à une subjectivité de l'individu ainsi qu'à des contraintes socio-institutionnelles, c'est en cela que réside son pouvoir « heuristique » et sa faiblesse.

Le rapport au savoir ne s'inscrit pas seulement comme rapport aux autres, il est aussi constitutif de l'identité.

Enfin, nous notons que le rapport au savoir « *ne se réduit pas aux relations que nous entretenons avec des apprentissages ou avec des savoirs. Il se construit également à travers nos projets d'avenir, nos aspirations professionnelles et sociales, nos réponses à des sollicitations de l'entourage, etc.* » Charlot, Bautier, Rochex (1992, p. 31). Insistons sur le fait que le rapport au savoir ne s'arrête pas à la porte de l'école : toute notre vie, nous entretenons avec le savoir une certaine relation qui peut influencer et marquer nos trajectoires.

Des raisons éthiques peuvent également être invoquées : ces rapports au savoir sont liés au rapport à soi, car ils impliquent la représentation que l'on a de nos propres capacités et compétences ; rapport au monde, car ils s'inscrivent dans une culture ; et rapport aux autres, car ils posent la question du rapport savoir/pouvoir.

3.4.9. Les différents cas de figure du rapport au savoir

Chantal Beaucher, Professeure à l'Université de Sherbrooke, distingue 6 cas de figure de rapport au savoir que nous allons détailler ici (<http://www.aqifga.com>):

- **Le rapport au savoir paradoxal : un levier vers l'adaptation**

L'individu entretient une relation ambiguë avec l'apprentissage: le goût d'apprendre est annoncé, mais il s'oppose à une absence d'implication personnelle. Ce qui fait sens pour la

¹⁸ Mendel (1930-2002) psychiatre, psychanalyste et anthropologue

personne sont en priorité les résultats. L'apprentissage lui-même est dénué de sens. Il y a une mobilisation sans implication qui est réalisée par conformisme pour faire ce qui est attendu.

- **Le rapport au savoir enthousiaste : un levier pour le développement de l'humain**

L'individu entretient une relation positive et dynamique avec l'apprentissage qui fait souvent sens dans ce cas de figure.

La mobilisation sur l'apprentissage est visible dans plusieurs contextes (privé comme professionnel) et l'apprentissage est valorisé sous de multiples formes.

Apprendre, c'est la vie!

- **Le rapport au savoir confiant : un levier vers la culture**

Ce qui fait sens pour l'individu est tout ce qui permet de comprendre le monde avec une mobilisation évidente sur l'apprentissage.

Même si le sens de ce savoir n'est pas visible à priori, les personnes estiment que «ça servira bien un jour». L'accumulation de savoirs est recherchée.

- **Le rapport au savoir utilitaire : un levier vers l'avenir**

Ce qui fait sens pour l'individu est ce qui a une utilisation concrète, pratique et évidente.

Il y a une mobilisation davantage sur les contenus rentables avec la notion de calcul coûts - bénéfiques. Il existe une ambivalence entre le plaisir et l'avenir. A titre d'exemple, dans le cadre d'une formation professionnelle, c'est le diplôme qui compte, pas l'apprentissage.

- **Le rapport au savoir persévérant : un levier vers le progrès**

L'individu entretient une relation tendue avec l'apprentissage, marquée par la difficulté.

Les efforts sont constants, malgré les résultats qui se font attendre.

Les savoirs pratiques et concrets sont valorisés à l'inverse du savoir théorique.

- **Le rapport au savoir craintif : un levier vers l'activité humaine**

Pour l'individu entretenant un rapport au savoir craintif, il existe une très forte opposition entre la théorie et la pratique, entre l'école et la « vraie vie ». Il ressort un rejet «officiel» de ce que représente l'école mais un intérêt nommé et observé pour l'apprentissage.

Pour donner suite à cet apport théorique, il semble intéressant de questionner la pratique du terrain, c'est pourquoi nous proposons de revenir sur la méthodologie qui nous permettra d'interroger les cadres pour identifier leur rapport au savoir les ayant conduit à engager ou non leur mobilité fonctionnelle.

4. Méthodologie de recueil de données

4.1. Le choix de la méthode

Pour déterminer plus précisément ma question de recherche, et mon hypothèse, j'ai tout d'abord fait une recherche bibliographique sur les thèmes de la mobilité, de la zone de confort et du rapport au savoir. Cela m'a permis d'affiner mon questionnement et de cibler la population que j'allais rencontrer pour établir un recueil de données adapté à ma recherche. Le fruit des recherches effectuées préalablement va me guider pour recueillir auprès des professionnels des informations pertinentes que j'analyserai dans une phase ultérieure.

Je dois maintenant collecter le « matériau » et donc solliciter des professionnels occupant un poste de cadre de santé pouvant apporter des renseignements et leur réflexion sur leur parcours. Une **démarche hypothético-déductive** s'impose au regard de l'ensemble des investigations que j'ai faites et de la formulation de l'hypothèse que j'ai émise.

4.2. Le choix de la population

Mon souhait était d'interroger majoritairement des cadres de santé ayant réalisé une mobilité fonctionnelle (5 cadres) et aussi deux cadres de santé n'ayant pas réalisé cette alternance terrain-formation : un cadre dont le parcours professionnel se cantonne à la formation et un cadre dont le parcours professionnel se cantonne à la fonction managériale. Les entretiens ont été réalisés dans la région Bretagne sur 2 sites différents : deux grandes structures hospitalières. J'ai interviewé 7 cadres de santé exclusivement des femmes, infirmières de formation initiale, d'une moyenne d'âge d'environ 51 ans. Les cadres interrogés exercent leur fonction depuis 7 à 20 ans. Trois d'entre elles sont cadres d'unité de soins dont une n'a pas

jamais été formatrice et les 4 autres sont cadres formatrices dont une n'a jamais exercé en tant que cadre d'unité de soins.

Je précise que les enquêtés ont fait preuve d'un comportement authentique qui les honore, et dont je les remercie.

4.3. Le choix des outils de recherche

Pour réaliser le recueil de données auprès de la population ciblée, j'ai choisi d'utiliser la méthode de l'entretien semi-directif. J'ai élaboré un guide d'entretien¹⁹ auprès des cadres de santé et je l'ai testé en réalisant un entretien exploratoire. Cela m'a permis de me rendre compte que certaines questions se recoupaient. Mais je ne l'ai volontairement pas modifié car, en reposant une question presque identique d'une façon un peu différente après un certain temps d'entretien, je me suis aperçu que cela me permettait d'avoir d'autres précisions. En effet, le cadre interrogé a le temps de réfléchir et de faire des réajustements en recoupant d'autres idées soulevées par des questions intermédiaires. Le guide étant toujours nécessaire pour recadrer l'entretien et ne pas oublier certaines questions importantes. Luc Van Campenhoudt, Docteur en sociologie, énonce ainsi que : « *si l'entretien est d'abord une méthode de recueil des informations, au sens le plus riche, il reste que l'esprit théorique du chercheur doit rester continuellement en éveil de sorte que ses propres interventions amènent des éléments d'analyse aussi féconds que possible.* » (2011, p 95). En effet, la pratique successive des entretiens et mes lectures m'ont permis de progresser à chaque entretien et de commencer à faire un travail d'analyse sur les données recueillies.

Selon Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt le guide d'entretien semi-directif,

« est certainement le plus utilisé en recherche sociale. Il est semi-directif en ce sens qu'il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Généralement, le chercheur dispose d'une série de questions-guides, relativement ouvertes [...] Le chercheur s'efforcera simplement de recentrer l'entretien sur les objectifs chaque fois qu'il s'en écarte et de poser les questions auxquelles l'interviewé ne vient pas par lui-même. » (Ibid, p 120).

Pour ce faire, j'ai formalisé les divers points à aborder et les objectifs recherchés lors des échanges. Souhaitant favoriser une discussion spontanée, je me suis adapté à leurs discours, afin de donner libre cours à leurs idées, en évitant de biaiser leurs réponses, privilégiant la

¹⁹ Cf. annexe 4

technique de la reformulation. Il m'a parfois été nécessaire de recentrer certains entretiens sur les thèmes étudiés, ce qui traduit les limites, entre autres, de mon guide, qui a malgré tout évolué au cours de mes rencontres. Chaque entretien affinant et clarifiant mon questionnement. L'ensemble des entretiens a été enregistré avec l'accord des interlocuteurs, puis retranscrits²⁰ avec le souci de respecter les règles de discrétion et de confidentialité requises, concernant leur identité, ainsi que celle de leur établissement. La durée des entretiens oscille entre 29 et 59 minutes.

Je suis conscient de la difficulté d'un tel exercice, mais néanmoins ils s'y sont prêtés et le résultat paraît refléter leurs vécus, synthétisés dans le tableau ci-dessous :

²⁰ Cf. annexe 5

	âge	Années d'obtention du diplôme infirmière/ cadre	Fonction actuelle	Parcours professionnel	Formation suivie	Durée de l'entretien
CDS 1	45 ans	1997 / 2004	Cadre d'unité de soins	IDE 6 ans → CDS manager 8 ans → CDS formateur 3 ans → CDS manager depuis 2 ans.	Pas évoquée	39 min
CDS 2	41 ans	1999/2010	Cadre d'unité de soins	IDE 5 ans → FF CDS formatrice 2 ans → FF CDS manager 1 an → CDS formatrice 1 an → CDS manager depuis 6 ans (2 services)	Pas évoquée	38 min
CDS 3	55 ans	1984/ 2000	Cadre d'unité de soins	IDE 13 ans → FF CDS manager 2 ans → CDS manager depuis 17 ans (3 services : 6 ans, 9 ans et 2 ans)	-AFGSU -sécurité incendie	36 min
CDS 4	54 ans	1985/diplôme de puéricultrice en 1988 / 2004	Cadre formatrice	IDE 3 ans → infirmière puéricultrice 15 ans dont 9 ans en extrahospitalier → CDS manager 6 ans → CDS formatrice depuis 7 ans.	-DU de simulation, -master 2 de pédagogie -formateur AFGSU -formation à l'ETP	33 min

CDS 5	51 ans	1986 / 2007	Cadre formatrice	IDE 1 an → Infirmière libérale 15 ans → FF CDS formatrice (institut privé) 4 ans → CDS formatrice depuis 10 ans (2 instituts de formation)	-licence -complétée par un master 1 (an+1) -maitrise -actuellement en master 2 de recherche	37 min
CDS 6	56 ans	1981/diplôme d'IADE en 1987/2000	Cadre formatrice	IDE 4 ans → IADE 12 ans → CDS manager 12 ans (2 services) → depuis 6 ans CDS formatrice	-DU gestions des risques -DU en simulation - formateur AFGSU -master en e-formation	43 min
CDS 7	58 ans	1982 / 1997	Cadre formatrice	IDE 13 ans → FF CDS manager 6 mois → FF CDS formatrice 1 an → CDS manager 7 ans (2 services) → CDS formatrice depuis 13 ans	-analyse des pratiques -DU simulation	35 min

4.4. Le contexte des entretiens

4.4.1. Le contexte général

Afin de mener mes entretiens, j'ai sélectionné des établissements de santé de la région Bretagne. J'ai, dans un premier temps, demandé l'autorisation aux directeurs des soins d'interroger les cadres de santé de ces centres hospitaliers.

Il se trouve que ces institutions ont connu et connaissent actuellement des restructurations importantes au sein de leurs différents pôles d'activité, avec notamment un redéploiement du personnel et une restriction budgétaire.

Dans ce contexte offrant des possibilités de mobilité, les cadres de santé que j'ai contactés se sont montrés intéressés et volontaires pour s'entretenir avec moi dans le cadre de ce travail de recherche.

4.4.2. Les entretiens

Les entretiens se sont bien passés. Les cadres de santé se sont, dans l'ensemble exprimés librement, bien que parfois ils ont semblé être attentifs à choisir avec précaution les mots qu'ils employaient. Alors que certaines des personnes interrogées semblaient uniquement me faire part de leurs expériences, d'autres m'ont semblé se positionner davantage dans une relation d'enseignement à mon égard.

4.5. La construction de la grille d'analyse

La grille d'analyse²¹ est un outil permettant de catégoriser les informations recueillies selon l'existence ou non de lien entre la mobilité fonctionnelle et le rapport au savoir. Elle est une aide précieuse pour l'analyse qui fera suite à la phase de méthodologie. Sa construction demande une catégorisation des informations contenues dans les interviews réalisées.

4.5.1. La catégorisation

Dans le but d'alimenter la grille d'analyse, je vais maintenant répertorier et classer les données collectées. Pour cela, je vais donc reprendre toutes les interviews et être attentif à leur contenu. Les termes importants ou redondants seront alors consignés dans ma grille d'analyse.

²¹ Cf. annexe 6

4.6. Les limites de ma méthodologie

Mon manque d'expérience dans le champ de l'enquête sociologique a tout d'abord été une difficulté durant ce travail de recherche. En effet, dans la crainte d'orienter les réponses des professionnels, mes questions n'ont pas toujours été très claires. Par ailleurs, à la lecture des entretiens réalisés, je me rends compte que certains propos des enquêtés n'ont pas suffisamment été exploités. Cela aurait donc mérité un second entretien d'approfondissement.

D'autre part, le manque de temps et la charge de travail des cadres de santé ont également été un facteur limitant de mon enquête. En effet, l'entretien avec la CDS 6 a été difficile à mener car celle-ci était avec une charge de travail importante et des impératifs à respecter le jour de notre rencontre. De ce fait et malgré mes relances et des silences volontaires de ma part, elle développait peu ses propos. D'autre part, mes échanges avec la CDS 2 ont été interrompus à deux reprises du fait d'une charge de travail importante et d'une multitude de missions à remplir. Elle en fait d'ailleurs l'observation avant notre entretien : « *On est obligé de se mettre dans un lieu où il n'y a pas de téléphone pour être tranquille.* ». Quand elle a besoin de voir quelqu'un, elle est obligée de s'isoler. Elle m'indique que : « *Je mets un papier sur la porte : Ne pas déranger. Mais bon, j'aurai des messages, tout à l'heure.* ».

Dès lors, il ne s'agit pas de quantifier les données recueillies pour questionner la validité de mon hypothèse, mais bien d'explorer qualitativement les éléments rapportés du terrain. C'est donc la **méthode qualitative** que je vais utiliser.

Cette méthode suppose d'être en contexte avec l'interviewé afin que le « matériau » extrait de l'entretien restitue sa pensée le plus fidèlement possible en gardant toutefois un lien avec la problématique étudiée. Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt l'illustrent ainsi : « *Sur quelque phénomène que ce soit, il est possible de produire ou de récolter une infinité de données. Mais quelle signification leur attribuer si elles ne s'inscrivent pas dans le cadre d'un modèle d'analyse ?* » (Quivy, R., & Van Campenhoudt, L., 1995, p. 146)

La méthodologie, maintenant présentée, il est temps de proposer l'analyse et l'interprétation des données recueillies et de les confronter à la théorie précédemment étudiée.

5. Analyse et interprétation

Après avoir réalisé les sept entretiens semi-directifs, nous consacrons cette partie à leur analyse en y associant les concepts étudiés. Les verbatims ont été listés dans une grille d'analyse, construite par thèmes puis par sous-thèmes. Il s'agira, par la suite, d'en dégager une interprétation et d'être en capacité ou non de valider mon hypothèse. Les entretiens ont été retranscrits totalement²², j'y ferai référence tout au long de mon analyse en les nommant par CDS 1 (cadre de santé N°1), CDS 2 (cadre de santé N°2)... ainsi qu'en citant le numéro des lignes afin qu'il soit plus facile de retrouver le verbatim dans les entretiens.

5.1.La population enquêtée

Il me semble important de reprendre ici de façon plus synthétique le profil des enquêtés, via le tableau ci-dessous :

	âge	Sexe	Fonction actuelle	Mobilité fonctionnelle réalisée
CDS 1	45 ans	F	manager	Oui
CDS 2	41 ans	F	manager	Oui
CDS 3	55 ans	F	manager	Non
CDS 4	54 ans	F	Formateur	Oui
CDS 5	51 ans	F	Formateur	Oui
CDS 6	56 ans	F	Formateur	Non
CDS 7	58 ans	F	Formateur	Oui

Malgré une demande exprimée auprès des directeurs de soins pour avoir une mixité homme/femme dans les interviewés, aucun homme cadre n'a pu être interrogé. L'absence de mixité dans cette enquête ne me permettra pas de faire référence au rapport au savoir selon les sexes, évoqué précédemment dans mon cadre théorique.

²² Cf. annexe 5

Analyse des parcours individuels :

La CDS 1 a effectué cette alternance successivement management-formation puis redevient manager. Son projet professionnel était de devenir formatrice, la poussant à quitter un poste géographiquement proche de chez elle obtenu 1 an auparavant, pour intégrer l'IFSI qui se trouvait à environ 1h de route de chez elle. Après 3 années d'exercice, elle décide finalement de quitter la formation pour revenir dans le service dans lequel elle avait déjà été cadre de santé, avançant l'argument du manque d'autonomie d'un cadre formateur. La CDS1 exprime également l'inconfort de se retrouver parfois en difficulté devant les étudiants, lié au manque d'organisation de certains collègues cadres lui demandant de dispenser un cours la veille pour le lendemain. CDS 1 : (L 186) « *c'est pas forcément une spécialité que vous connaissez bien, donc vous n'avez pas envie de paraître stupide le lendemain devant les étudiants* ». Cette cadre après avoir fait l'expérience de la formation a donc décidé de retrouver doublement sa zone de confort en redevenant manager dans un service qu'elle connaissait déjà.

La CDS 2 a aussi effectué cette alternance management/formation à plusieurs reprises. En effet, avant d'entrer en formation à l'IFCS, elle exerce en tant que faisant fonction formatrice pendant 2 ans puis en tant que manager pendant 1 an. Cette alternance se poursuit après l'obtention de son diplôme cadre puisqu'elle exerce de nouveau la fonction de formatrice mais seulement 1 an avant de revenir sur le terrain. Cette courte période s'explique par le fait que ce poste à l'IFSI au retour de sa formation cadre, lui a été imposé par son institution. Nous pouvons donc deviner d'ores et déjà que cette volonté d'alternance formation/management, annoncée dans l'écriture de son projet professionnel lors de son entrée à l'IFCS, a évolué. Cette intuition est levée lorsque je lui pose clairement la question sur son souhait de réintégrer l'IFSI : « *Alors maintenant plus trop, ou alors pas dans la pédagogie, de manière différente, plutôt sur des missions transversales. Ou peut-être à plus long terme sur des missions de responsabilité, je ne sais pas trop lesquelles mais pas en tant que formatrice* ». (L 297 à 299)

La CDS 3 n'a pas effectué de mobilité fonctionnelle en restant manager depuis sa sortie de l'IFCS, sans aucune volonté d'exercer le métier de formatrice : L 72 -73 : « *Alors moi déjà j'avais beaucoup aimé en tant qu'infirmière encadrer les étudiants mais de là à devenir formatrice, ça ne m'intéresse pas, je préfère être sur le terrain* ». Nous notons que cette cadre de santé a eu une mobilité « géographique » en changeant de service à 3 reprises.

La CDS 4 a effectué cette mobilité fonctionnelle. Après avoir été manager pendant 6 ans, elle postule pour le poste de formatrice à l'IFSI avec pour projet de participer à l'ouverture

de l'école d'infirmière puéricultrice. Ce projet n'a finalement pas abouti mais l'interviewée ne souhaite pas pour l'heure redevenir manager: L 157 à 162 : « *je n'ai pas fait le tour en pédagogie. Donc je ne sais combien de temps je resterai (...) avec ce nouveau projet d'ETP, je me projette sur 2-3 ans sans difficulté, j'ai besoin de ça.* »

La CDS 5 n'a jamais été manager. Avant sa formation cadre de santé, elle était formatrice dans un institut privé pendant 4 ans, puis elle a réintégré son poste après l'obtention de son diplôme cadre. Une surcharge de travail l'oblige à démissionner pour intégrer l'IFSI d'un CHU, donc toujours dans la formation, ce que nous identifions comme mobilité géographique. Elle n'a pas la volonté de devenir cadre de proximité. A ce sujet, elle fait d'ailleurs clairement la distinction : L 89 : « *j'ai toujours pensé et j'en suis de plus en plus convaincue que cadre de terrain et cadre formateur, ce n'est pas du tout le même métier, malgré les parallèles* » La seule possibilité qu'elle envisage pour quitter le pôle de formation, c'est d'obtenir un poste en lien avec la recherche L 116 : « *Mon projet actuel est plus de passer de la formation à la recherche.* »

La CDS 6, après avoir été manager pendant 12 ans, est devenue formatrice pour « *échapper au burn out* ». 6 ans après avoir pris cette décision, elle n'a aucun regret d'avoir effectué cette mobilité fonctionnelle: « *je m'éclate* ». Cette fuite assumée et apparemment salvatrice de la fonction manager lui a permis d'exprimer davantage sa « *fibres pédagogique* ».

La CDS 7, avant sa formation de cadre, a occupé un poste de manager pendant 6 mois puis un poste de formatrice pendant 1 an. Après l'obtention de son diplôme, elle exerce en tant que manager pendant 7 ans, puis concrétise son projet initial en devenant formatrice il y a 13 ans.

Nous allons maintenant analyser les différents thèmes étudiés dans notre cadre théorique, en retirant de ces 7 entretiens des sous-thèmes nous permettant de répondre à notre problématique et à notre hypothèse, qu'il convient de rappeler ici :

En quoi le rapport au savoir influence-t-il la mobilité fonctionnelle d'un cadre de santé?

Hypothèse : *un rapport au savoir positif est un facteur favorisant la mobilité fonctionnelle.*

5.2.La mobilité

5.2.1. Les intérêts de la mobilité

5.2.1.1. Etendre, maintenir ses compétences et ses connaissances

A l'unanimité, les cadres font référence à la montée en compétence pour eux-mêmes ou bien pour les agents, grâce à leur mobilité fonctionnelle ou géographique. Ils peuvent ainsi mobiliser leurs compétences et leurs connaissances au sein du service et plus largement au sein de l'institution. Cette idée rejoint la notion de performance vue dans notre cadre théorique. En effet, limités en nombre, les effectifs doivent s'adapter aux exigences nouvelles de manière efficiente.

CDS 1 (L53) : « *mon projet c'était de faire de la formation* »

CDS 1 (L129) : « *c'était plus par envie de faire de la pédagogie* »

CDS 1 (L211-212) : « *moi je suis pour que les gens changent de secteur régulièrement pour rester à peu près au fait de ce qui se passe* »

CDS 1 (L240) : « *par exemple, pour certaine technique, avec les TD réalisés à l'IFSI je connais maintenant. Donc, quand on fait des transmissions je suis plus au fait de ça.* »

CDS 1 (L 303) : « *Moi ça m'a apporté parce que j'ai de l'expérience d'un peu partout* »

CDS 2 (L 39) : « *Du coup ça m'a vraiment permis de mettre mon nez dans le nouveau programme de formation, que je n'avais fait que survoler jusque-là.* »

CDS 5 (L 115) : « *Mon projet actuel est plus de passer de la formation à la recherche.* »

5.2.1.2. Amélioration des pratiques professionnelles

3 cadres sur 7 soulignent l'intérêt de la mobilité comme un processus d'amélioration des pratiques quotidiennes. Elles partagent leur expérience accumulée tout au long de leur

parcours professionnel, en prenant soin de ne pas imposer brutalement leur vision mais en essayant adroitement d'inculquer une façon de faire « plus adaptée ».

CDS 1 (L100) « *une autre façon de fonctionner avec des choses que je peux apporter* »

CDS 1 (L289 à 294) « *j'aime bien apprendre comme je vous dis parce que je pense que quand on fait tout le temps la même chose on ne se pose plus de questions et on passe à côté des choses* »

CDS 3 (L 52 à 56) « *Vous, vous arrivez vous avez un œil neuf, c'est intéressant aussi parce que du coup, à l'inverse des gens qui sont là depuis un moment (...) vous posez aussi des questions qui interpellent aussi dans la façon de faire et du coup qui peut amener aussi à changer la façon de faire* »

CDS 3 (L 68) : « *apprendre aussi au niveau du terrain et apporter aussi moi ce que j'ai appris ailleurs.* »

CDS 4 (L 129): « *instillation de nouveauté et surtout une réflexion sur les pratiques avec un échange en groupe* »

CDS 4 (L 138) : « *l'envie d'améliorer la pratique quotidienne* »

Comme nous l'évoquions dans notre cadre théorique, la mobilité permet d'appréhender de nouveaux modes de fonctionnement dans d'autres services et avec d'autres équipes et ainsi de faire partager les bonnes pratiques réalisées dans un environnement différent. En effet, comme le décrit Dulak : « *le dialogue entre professionnels qui se connaissent mieux constitue un véritable vecteur d'échanges à propos de l'organisation du travail et l'évaluation des pratiques professionnelles.* »

5.2.1.3. Bien-être au travail, notion de défi à relever

Nous pouvons relever chez 2 CDS que sortir de sa zone de confort en engageant sa mobilité permet de s'ouvrir, de s'épanouir et de retrouver du sens au travail. La satisfaction de

relever un défi personnel, d'être en accord avec ses valeurs permet un épanouissement et un effet « coup de fouet » :

CDS 1 (L83 à 86) « *j'estime qu'au bout d'un moment il faut se remettre en question et puis, il faut essayer d'aller voir autre chose, pas n'importe quoi, quelque chose qui vous plait, moi je suis pour la mobilité* »

CDS 4 (L 120 à 121): « *j'ai repris des études pour pouvoir remettre un côté projet dynamique, pour arriver avec des ouvertures différentes.*

CDS 5 (L 81 à 83) : « *Il faut que j'arrive à être à la hauteur.* »

CDS 5 (L 111-112) : « *Ça serait un autre challenge.* »

CDS 5 (L120 à 122) : « *oui tout changement apporte une nouveauté donc il y'a un côté revitalisant je dirai et c'est ça qui est intéressant dans nos métiers, on peut avoir des orientations complètement différentes. Chaque fois que j'ai changé ça été reboostant. Ça m'a aussi donné confiance pour continuer à avancer.* »

CDS 5 (L 142): « *la formation m'a remis dans le chemin de ce qu'était mon métier, j'avais perdu le sens.* »

CDS 7 (L 44-47) : « *comme je voulais aller au bout de mon projet, c'est un épanouissement et puis ça me convient, c'est tout à fait ce que je recherchais.* »

CDS 7 (L 54 à 56) : « *c'est intéressant, (...), c'est de la stimulation, je trouve ça très intéressant.* »

5.2.1.4. Prévenir les risques psycho-sociaux

Pour les CDS 4, 5 et 6, la mobilité fonctionnelle manager vers formatrice devenait nécessaire afin de se préserver psychologiquement.

CDS 4 (L 104 à 108) : « *il était temps que ça s'arrête, parce que le WE je regardais les hélico pour savoir où ils allaient, parce que dans l'équipe j'avais des gens en difficulté et c'est ça les urgences, c'est 24h/24, même la nuit j'étais appelée par mes collègues de nuit et de WE, il n'y avait pas de rupture, et je pense que c'était moi qui ne mettais pas de limite. Le changement était important pour faire cette rupture aussi.* »

CDS 5 (L 46-47) : « *On m'amenait à aller plus haut mais avec des contraintes trop importantes qui faisaient que je ne pouvais plus atteindre les objectifs attendus.* » : Son poste a évolué vers un poste d'adjoint de direction avec l'objectif de remplir de plus en plus de missions difficiles à mener, avec peu de reconnaissance. Elle a donc décidé de partir pour se protéger, c'était nécessaire. (Rappel : en 2010, elle est partie pour devenir formatrice à l'IFSI.)

Quant à la CDS 6, elle l'exprime clairement : « *j'ai quitté les services pour éviter le burn-out* » et ne regrette en rien son choix de mobilité fonctionnelle.

Dans une autre mesure, la CDS 2 mentionne la mobilité comme une échappatoire à la routine, reflétant l'idée que la zone de confort devient donc inconfortable et source d'anxiété: « *ce besoin de bouger, cette peur d'être dans une routine, comme une espèce d'angoisse.* » (L279)

5.2.2. Les difficultés rencontrées et phase d'adaptation

CDS 1 (L100) : « *au bout de 6 mois on y voit plus clair* »

CDS 1 (L 316 à 319) « *c'est quand même dur on sait que c'est une période un peu compliquée (soupir). On compte pas ses heures sur cette période-là parce que forcément vous allez moins vite parce que on n'a pas tous les réflexes car si vous voulez arriver au bout il faut travailler plus (rires), pour gagner la même chose (rire)* »

CDS 1 (L 336) : « *Si je devais encore bouger je sais que ça va être encore six mois de galère* »

CDS 1 (L93-94): « *il a fallu tout réapprendre, un fonctionnement différent* »

CDS 1 (L96) : « *beaucoup de travail à la prise de poste, tête dans le guidon (non propice à de nouveaux apprentissages)* »

CDS 5 (L123 à 124) : « *Et puis tout changement amène une inquiétude, on sait ce que l'on quitte mais on ne sait pas ce que l'on va trouver. Quand je suis passée du libéral à formateur, j'ai eu une grosse angoisse au tout début.* »

Ces verbatims renvoient au processus d'engagement de la mobilité vu dans notre cadre conceptuel et décrit par Baubion-Broye en 1998 : « *Les conduites de construction* » demandent à l'individu des efforts, bien souvent sans reconnaissance (pas de compensation financière

comme le précise ici la CDS 1). De plus, ce processus met en évidence la zone de non expérience entourant **la zone de confort et la zone d'apprentissage**. L'individu va se démener afin de retrouver **sa zone de confort**.

La CDS 5 évoque aussi l'inquiétude engendrée par le changement, qui nous rappelle le caractère angoissant de la mobilité : « *Entre prise de risques et perte de repères, elle peut être anxiogène d'autant plus qu'elle demande à s'affranchir le temps de l'adaptation d'une période d'insécurité et plus ou moins de non reconnaissance* » (Raoult, 1991, p 90 »

5.2.3. Phénomène récurrent

Nous mettons ici en avant le caractère cyclique de la mobilité et le besoin de pouvoir se projeter dans une autre période professionnelle. Pour ces cadres de santé, elles ne se voient pas rester dans le même poste le reste de leur carrière :

CDS 1: « *Je ne me dis pas, même si je me plais ici, je ne me dis pas que je serai là jusqu'à la retraite, c'est impossible de me dire ça pour moi (...)c'est pas intéressant (rires). Ca dépend des caractères de chacun, il y en a qui aiment la sécurité et d'autres qui aiment le risque (rires).* » (L 352 à 357)

CDS 3 (L 135) : « *Moi en tant qu'infirmière j'ai déjà beaucoup bougé* »

CDS 4 (L 152) : « *j'ai des cycles de vie je crois (rires) de 5 à 7 ans je crois. J'ai du mal à m'imaginer formatrice jusqu'à la retraite.* »

A ce stade de l'analyse, nous pouvons mettre en évidence que malgré l'angoisse générée par la mobilité, les CDS 1 2 et 3 y ont tout de même recours de façon récurrente, faisant évoquer un côté addictif à la mobilité. Le niveau de tourment généré par la routine est supérieur au niveau d'angoisse occasionnée par une nouvelle prise de poste. La CDS 4 énonce aussi ce besoin récurrent face à la mobilité mais avoue ne pas vouloir bouger professionnellement dans l'immédiat. Nous avons vu aussi que la mobilité concoure à l'amélioration des pratiques professionnelles et à la montée en compétences. Elle permet également de retrouver du sens au travail et peut engendrer une auto-stimulation, un effet « *reboostant* ». Nous avons aussi noté que, pour les CDS 4, 5 et 6, la mobilité fonctionnelle a été nécessaire pour échapper à

l'épuisement professionnel. Puis, comme évoqué par la CDS 2, la notion de routine renvoie au sentiment de stagnation et de non capitalisation de connaissances nouvelles, nous amenant à analyser le rapport au savoir des CDS interrogées.

5.3. Le rapport au savoir

5.3.1. La motivation personnelle

Plusieurs sous-thèmes relatifs à la motivation en lien avec le savoir sont apparus lors des entretiens, faisant écho à la dimension identitaire du rapport au savoir décrit par Charlot, Bautier et Rochex : *-« apprendre fait sens en référence à l'histoire du sujet, à ses attentes, à ses repères, à ses conceptions de la vie, à ses rapports aux autres, à l'image qu'il a de lui-même et à celle qu'il veut donner aux autres »* (Charlot, 1997, p. 84-85).

-cette dimension correspond « à la façon dont le savoir prend sens par rapport à des modèles, à des attentes, à des repères identificatoires, à la vie que l'on veut mener, au métier que l'on veut faire» (Bautier et Rochex, 1998, p. 34)

5.3.1.1. Le désir d'apprendre, de découvrir, de développer de nouvelles connaissances.

A l'unanimité, les cadres interrogées expriment leur désir d'apprendre. Pour Charlot, *« le concept de rapport au savoir implique celui de désir,(...) le désir de savoir (ou d'apprendre) n'est qu'une forme qui advient lorsque le sujet a fait l'expérience de plaisir d'apprendre et de savoir »*.

CDS 1 (L40) : *« je voulais voir autre chose »*

CDS 1 (L83 à 86) : *« donc je m'étais dit maintenant je connais bien, je vais faire autre chose car moi j'aime bien bouger, j'aime bien apprendre »*

CDS 2 (L 42- 43) : « au bout d'un an j'ai demandé un poste en médecine gériatrique car je trouvais ça intéressant par rapport à mon parcours car pendant mon faisant fonction de formateurs j'avais été pas mal dans les maisons de retraite, j'avais envie d'approfondir cette spécialité »

CDS 3 (L 21 à 25) : « Du coup j'ai choisi ce poste parce que j'avais le choix entre la gériatrie et ce poste, parce que je pense que la gériatrie aurait été assez similaire avec ce que j'avais vécu jusque-là, alors qu'ici je ne connaissais pas »

CDS 3 (L 21 à 25) « j'ai été notamment attiré par l'unité sanitaire de la maison d'arrêt parce que je ne connaissais rien, »

CDS 3 (L 122-123) : « j'avais envie de rebondir sur de nouvelles choses, je maîtrisais bien, donc envie de changer. »

CDS 4 (L 138) : « l'envie d'approfondir certains points »

CDS 5 (L 53-54) : « j'ai ainsi appris des choses nouvelles concernant le nouveau programme avec la présence de Mr Le Boterf. »

CDS 7 (L 44-47) : « J'étais épanouie en tant que cadre d'unité car je suis tombée dans des services où il y avait des thèses, des innovations, des recherches médicales, c'était très porteur »

CDS 7 (L 80 à 86): « C'est ça mon fil conducteur, j'apprends des nouvelles choses, c'est super, je peux toujours évoluer, tout le temps apprendre. »

CDS 7 (L 102 à 104): « Ce qui m'intéresse c'est d'apprendre sans cesse en pédagogie, alors qu'en unité de soins, vous pouvez en avoir fait le tour. En 14 ans, c'est fou tout ce qui a évolué : l'informatique, la formation à distance, les serious game, la simulation. Ça bouge tout le temps. »

CDS 7 (L 106 à 107): « En tant que formatrice j'ai l'impression qu'il y a toujours quelque chose à voir, à apprendre. Dans un service, je pense qu'on peut en avoir fait le tour »

A noter que la CDS 3 tient également les propos suivants: « Quand on repart sur une autre expérience on ne repart pas à zéro, on a acquis plein de compétences et d'expériences dans les différents secteurs» (L 118-119). Cela fait référence à la définition de Beillerot qui définit le rapport au savoir comme un « Processus par lequel un sujet, à partir de savoir acquis,

produit de nouveaux savoirs singuliers qui lui permettent de penser, transformer et de sentir le monde naturel et social » (1996, p.31). Ce désir d'apprendre vient donc capitaliser les savoirs déjà acquis.

5.3.1.2. L'intérêt d'un projet

La dimension projet ressort à plusieurs reprises. Il faut ici envisager la notion projet comme un moyen d'apprendre, d'acquérir de nouvelles connaissances sur un programme que les CDS ne maîtrisent pas.

CDS 3 (L13-14) : « *et comme vraiment ça m'intéressait par rapport au projet de NIDCAP²³, projet de soins centrés sur le bébé et sa famille,* »

CDS 4 (L 94-95) : « *Il y avait un projet d'ouverture d'école de puéricultrice à l'époque, et je ne voulais pas louper le coche. Sinon je ne serai pas partie* »

CDS 4 (L 158-159) : « *avec ce nouveau projet d'ETP, je me projette sur 2-3 ans sans difficulté, j'ai besoin de ça.* »

5.3.1.3. L'envie de développer son réseau

Les cadres font mention de leur envie de rencontrer de nouvelles personnes et de leur intérêt pour les échanges intergénérationnels. Cela se rapproche du rapport aux autres tel que décrit par Charlot dans sa définition du rapport au savoir.

CDS 1 (L135) : « *ça m'a permis aussi de rencontrer d'autres personnes, d'autres cadres que je ne connaissais pas avant* »

²³ programmes de soins centrés sur l'enfant et sa famille

CDS 1 (L174 à 177) : « *c'était aussi de pouvoir être confrontée à d'autres générations, j'ai toujours trouvé super d'échanger avec d'autres générations pour l'échange, pour l'ouverture d'esprit* »

CDS 1 (L181 à 184) : « *J'aime bien les confrontations de génération, je trouve ça très formateur et puis même après dans les services ou dans la vie vous rencontrez des personnes de tous les âges, donc après pour échanger si vous comprenez mieux comment ça fonctionne c'est plus facile* »

CDS 1 (L339) : « *C'est tellement riche les êtres humains (rires) je trouve ça super moi de rencontrer d'autres gens! (rires)* »

Dans ce contexte, ces verbatims font référence à la relation à l'objet « savoir » que souligne Mosconi, permettant l'apprentissage d'un rapport social. Le savoir développé dans la sphère professionnelle permettrait aux cadres de « *s'ouvrir* » au monde. La CDS 4 l'illustre ainsi : « *Chaque formation apporte une pierre de plus à la construction du formateur, ça m'aide sur le plan professionnel et sur le plan personnel, c'est indissociable. On est une seule personne.* » (L 142-143)

5.3.1.4. Le besoin de transmettre son savoir

CDS 1 (L169 à 170) : « *moi j'ai bougé car j'aime bien transmettre le savoir, donc j'étais infirmière, j'étais souvent référent des stagiaires parce que je trouve que c'est important de former les suivants* »

CDS 7 (L 80 à 86) : « *tout au long de mon parcours professionnel, j'ai été intéressée par la transmission du savoir.* »

Comme évoqué dans notre cadre conceptuel, pour progresser dans ses propres savoirs il est important d'apprendre à les transmettre ; c'est-à-dire aider l'autre à se les approprier.

5.3.2. Les éléments facilitateurs à l'apprentissage

Nous abordons dans cette partie les éléments contextuels favorisant le rapport au savoir.

5.3.2.1. La coopération interprofessionnelle

Les cadres évoquent une facilité de l'apprentissage par la collaboration interprofessionnelle qui les a aidés à intégrer de nouvelles connaissances. La CDS 1 (L119-121) dit : « *Les médecins étaient très ouverts, le personnel aussi, ils m'expliquaient tout, avec beaucoup de rééducateurs en SSR, donc vous avez beaucoup d'info qui font que assez rapidement vous arrivez à comprendre....* ». Dans la partie conceptuelle, nous avons pu voir que Charlot évoque le rapport au savoir comme un rapport aux autres dans la nécessité d'apprendre : « *le rapport au savoir est le rapport au monde, à l'autre et à soi-même d'un sujet confronté à la nécessité d'apprendre ; le rapport au savoir est l'ensemble des relations qu'un sujet entretient avec tout ce qui relève de l'apprendre et du savoir* ». (2001, p.36)

Nous avons pu relever d'autres verbatims allant dans ce sens du rapport aux autres.

CDS 3 (L 52 à 56) : « *Ils ont la connaissance : les médecins et paramédicaux* »

CDS 3 (L 66) : « *Moi je viens aussi pour qu'on me montre (apprendre des autres)* »

CDS 3 (L99) : « *Je pense que je m'appuierai sur les collègues formateurs, par ce qu'on fait partie d'une équipe,* »

CDS 3 (L 104-105) : « *il faudrait que je m'appuie sur les personnes ressources, qui m'aideraient. Et puis j'imagine qu'il y a du tutorat qui est mis en place.* »

CDS 5 (L 133): « *j'ai rencontré beaucoup de personnes qui m'ont accompagné,* »

CDS 7 (L 51 à 53) : « *Le fait d'apprendre des autres vous pousse dans vos retranchements, c'est pour ça que j'ai appris des autres. Et moi avec les étudiants, j'apprends tout le temps, avec leurs questions.* »

CDS 7 (L 80 à 86): « *On apprend aussi bien du patient, qu'avec un étudiant ou qu'avec un collègue.* »

CDS 7 (L 80 à 86): « *Apprendre pour moi, apprendre des autres. Les autres vous renvoient quelque chose qui questionne, positivement ou négativement peu importe. Je trouve ça très riche. »*

5.3.2.2. Facilité d'apprentissage

Trois cadres font mention de leur aisance et de leur appétence face à l'acquisition de nouveaux savoirs. Cette faculté à accumuler de nouvelles connaissances aide bien évidemment à avoir un rapport au savoir positif.

CDS 1 (L289 à 294) : « *apprendre n'a jamais été compliqué pour moi donc je pense déjà à l'école je ne fatiguais pas, je retiens facilement, je n'ai pas de contraintes à retenir donc c'est plus facile »*

CDS 4 (L80 à 82): « *ce n'était pas le fait de réapprendre, j'aime bien ça, j'ai repris plusieurs fois mes études »*

CDS 5 (L 59-60) : « *Je me suis toujours inscrite dans la curiosité, j'aime l'école, ce n'est pas pour rien que je suis formatrice »*

5.3.3. Les difficultés inhérentes

5.3.3.1. L'appropriation des contenus denses

Lors de leur mobilité fonctionnelle du terrain vers la formation, la difficulté principale relevée auprès des CDS interrogées est l'assimilation des contenus d'enseignement à prodiguer.

CDS 1 (L136-137) : « *Après ce qui est compliqué, c'est de découvrir le programme plus en profondeur, euh , les UE aussi. »*

CDS 2 (L214 à 221) : « *En formation c'est toujours la difficulté que j'avais, à ne pas savoir, En terme de connaissances infirmières, ne pas connaître les normes, les bilans, les pathologies.*

Ça me semblait hyper loin je n'ai pas une très bonne mémoire. Donc à chaque fois que je devais intervenir auprès des étudiants j'étais obligée de me remettre dans des cours. »

CDS 3 (L 41) : *« quand on arrive, on a tout à apprendre dans chaque secteur (souffle) »*

CDS 4 (L 61-62) : *« ce n'était pas des domaines d'enseignement que je connaissais. J'ai dû énormément travailler, me remettre dans les cours, lire énormément. »*

CDS 4 (L 64 à 66) : *« ah oui je n'intervenais pas dans un TD si je n'avais pas lu tous les enseignements magistraux avant, je lisais énormément. Mes collègues me donnaient tous leurs supports de cours construits avant. Donc j'emmagasinai une somme de connaissances titanesque. »*

CDS 5 (L 131): *« c'était hyper construit, je lisais beaucoup pour maîtriser mon sujet. Je regardais les sources existantes »*

5.3.3.2. Le sentiment d'illégitimité ou d'insécurité

A plusieurs reprises nous avons pu relever que le « non savoir » était associé à un sentiment désagréable éloignant l'individu de **sa zone de confort**. Charlot écrit que *« la non-reconnaissance du savoir entraîne un repli sur soi »*. En effet, comme l'illustre les verbatims ci-dessous, le non-savoir induit une dévalorisation de l'individu.

CDS 2 (L214 à 221) : *« Quand il s'agissait de traiter des cas cliniques assez transversaux qui demandaient à faire appel à des connaissances très transversales (gros soupir) je me sentais jamais trop à l'aise pour aller voir les étudiants. Quand il fallait aller voir les étudiants en stage, je disais oui c'est vous qui savez, moi c'est un peu loin, c'est limite au bout d'un moment, il faut quand même savoir aussi »*

CDS 2 (L223) : *« J'ai toujours eu l'impression d'être dans une espèce d'imposture vis-à-vis des étudiants. »*

CDS 2 (L243) : *« cette espèce de sentiment d'imposture encore, et que ça allait se voir, qu'on allait découvrir que je faisais semblant de savoir: Cette non maîtrise du sujet »*

CDS 4 (L 61-62) : *« j'étais morte de trouille »*

CDS 4 (L 63) : *« j'avais le sentiment d'être illégitime sur des enseignements »*

CDS 4 (L 73) : « *exemple de l'INR : « tu es si nulle que ça au point que tu ne le sais pas ! »* »

CDS 5 (L 78-79) : « *Je peux me rendre compte du fossé qu'il y a entre ce que je ne sais pas et ce que j'aimerais savoir, ça m'a fait très peur lorsque je me suis inscrite à ma formation de master 2 »* »

CDS 5 (L 81 à 83) : « *par rapport à quelqu'un qui a une formation universitaire dans la sociologie dès le début, moi j'ai vraiment beaucoup de lacunes. »* »

5.3.4. Identification du rapport au savoir des cadres interrogées

Cette identification du rapport au savoir des cadres de santé interrogées nous permettra ou pas de faire le lien avec leur mobilité fonctionnelle.

La CDS 1 a plusieurs moments de l'entretien évoque sa conviction de l'apprentissage par la pratique « *c'est bien de montrer comme j'aimerais que ce soit* » (L 174), « *moi ce que je veux c'est sur le terrain, l'important c'est le comportement avec le patient* » (L 197) :

Elle porte de l'importance à l'apprentissage clinique, allant à l'encontre de quelques collègues formatrices déléguant entièrement cet apprentissage aux professionnels de proximité « *Ça permet d'avoir une meilleure vision et pendant le soin, je montre à l'étudiant comment on fait pour poser des questions au patient. Il suffit de faire comme ça, donc c'est formateur aussi.* » (L 166-167). Sans remettre en cause l'importance du savoir théorique, l'interviewée valorise davantage l'ancrage empirique pour l'acquisition de nouveaux savoirs.

Pour reprendre la classification de Chantal Beaucher, nous pouvons dire que la CDS 1 a un **rapport au savoir utilitaire**, mettant en avant l'utilisation concrète, pratique et évidente, avec la crainte de se sentir dépasser par l'évolution de la médecine si elle n'est pas au cœur de l'action « *on croit qu'on sait tout, et en fait les choses auront évolué, vous n'avez pas vu et vous êtes dépassé ...* » (L 294-295). Aussi, nous pouvons noter chez notre interlocutrice l'absence de formation ou de diplôme universitaire depuis l'obtention de son diplôme cadre.

La CDS 2 évoque des difficultés avec le savoir théorique lorsque celui-ci n'est pas régulièrement mobilisé :

« En formation c'est toujours la difficulté que j'avais, à ne pas savoir, en terme de connaissances infirmières », (L 216 à 217), « Quand il s'agissait de traiter des cas cliniques assez transversaux qui demandaient à faire appel à des connaissances très transversales (gros soupir) je ne me sentais jamais trop à l'aise pour aller voir les étudiants » (L 218).

Par contre, elle est beaucoup plus à l'aise lorsqu'on la sollicite pour des demandes spécifiques. La notion de maîtrise du savoir est très prégnante chez cette cadre de santé :

« J'étais beaucoup plus à l'aise sur tout ce qui était méthodologie. Par exemple la méthodologie pour la recherche, là, j'étais vraiment dans mon élément. Ou alors dans des UE vraiment spécifiques du coup, je faisais des recherches, je potassais mes cours, et du coup je me sentais un peu plus à l'aise » (L 224-225).

Pour accentuer notre analyse sur le rapport au savoir qu'entretient cette cadre de santé, nous nous appuyons aussi sur ses méthodes d'apprentissage :

« Je vois des choses, je lis des choses mais je ne retiens pas forcément, et je ne vais pas forcément au-delà sauf si il y a une nécessité, donc je bossais pour mes contrôles. Mon esprit compétitif un peu ! Quand il y a un défi j'aime bien, j'aime bien tout donner pour y arriver. Du coup j'ai réussi mes études plutôt bien avec du bachotage, avec des choses que je n'ai pas retenu, que je savais pour le contrôle, j'ai tout oublié le lendemain » (L 320 à 324).

Avec l'ensemble de ce faisceau d'indices, nous pouvons avancer que la CDS 2 a un rapport au savoir mixte :

- **utilitaire** car c'est plus le diplôme qui compte, et moins l'apprentissage.
- **paradoxal** car elle entretient une relation ambiguë avec l'apprentissage, même si le goût de l'apprendre est perceptible dans ses propos, on peut relever une relative absence d'implication personnelle *« je ne vais pas forcément au-delà sauf si il y a une nécessité »*. Par ailleurs, l'absence de formation et de diplôme universitaire chez la CDS 2 depuis l'obtention de son diplôme cadre vient également confirmer cette catégorisation. La priorité sur les résultats met aussi en avant ce rapport au savoir paradoxal.

La CDS 3 porte aussi sa préférence sur l'apprentissage terrain : « *moi c'est la pratique qui m'intéresse* » (L 177-178), que ce soit dans la transmission du savoir « *je partirai toujours du patient pour faire de la formation auprès des étudiants pour que demain ce soit des étudiants qui soient centrés sur le patient* » (L 95-96) et dans l'acquisition de nouveaux savoirs « *je m'appuierai sur les collègues formateurs, parce qu'on fait partie d'une équipe, comme dans les secteurs de soins quand on est en difficulté, il faut savoir qu'on a aussi ses collègues, ou sa cadre Sup* » (L 105-107). Nous pouvons aussi noter qu'elle relègue ses propres formations à un second plan, afin de prioriser le terrain : « *Si dans les services il y a des priorités, et bien c'est là que je vais mettre mes priorités, j'essaierai de faire les formations après.* » (L 157-158). Nous notons dans son parcours une réelle envie d'ouverture et de désir d'apprendre en restant dans le secteur du management. D'après ces quelques éléments recueillis, nous dirons, toujours d'après la classification de C. Beaucher, que la CDS 3 possède, à l'image de la CDS 1, un **rapport au savoir dit utilitaire**, en lien avec ses approches empiriques.

La CDS 4 possède très clairement un **rapport au savoir enthousiaste**, visible par l'ensemble des formations évoquées lors de l'entretien, tel que le diplôme universitaire de simulation, un master 2 de pédagogie, etc... De même, lorsque je mentionne la question de l'apprentissage, elle évoque instinctivement « *une ressource ! Une ressource positive, une instillation de nouveauté* » (L138). Pour elle, la mobilisation sur l'apprentissage est palpable aussi bien dans le champ personnel que professionnel : « *Chaque formation apporte une pierre de plus à la construction du formateur, ça m'aide sur le plan professionnel et sur le plan personnel, c'est indissociable* » (L 152-153). L'ensemble de ces données réunies ne laisse aucun doute pour associer le rapport au savoir de la CDS 4 à un **rapport au savoir enthousiaste**, tel que décrit par C.Beaucher.

La CDS 5 a aussi, à plusieurs reprises, suivi des études après son diplôme de cadre de santé : licence de l'éducation, complétée par un master 1, puis une maîtrise, et s'apprête à terminer un master 2 de recherche. L'ensemble de ces études mettent en avant son appétence pour les savoirs théoriques, corroborées par les verbatims suivants : « *j'aime l'école, ce n'est pas pour rien que je suis formatrice* » (L 65), « *je pense que c'est le côté intellectuel, je pense que j'aime bien réfléchir* » (L 73). Dans ce cas de figure, la CDS 5 entretient un **rapport au savoir confiant**, avec une accumulation recherchée de savoirs relativement évidente.

Soulignons tout de même que sa relation positive et dynamique avec l'apprentissage positionne également notre interlocutrice face à **un rapport au savoir dit enthousiaste**.

Concernant les CDS 6 et 7, au regard du nombre de formations diplômantes et de leur mobilisation, les interlocutrices présentent un rapport au savoir équivalent à la CDS 4 dit **enthousiaste** : « *j'apprends des nouvelles choses, c'est super, je peux toujours évoluer, tout le temps apprendre. Apprendre pour moi, apprendre des autres. Les autres vous renvoient quelque chose qui questionne, positivement ou négativement peu importe. Je trouve ça très riche* » (L 88 à 90).

Suite à cette identification individuelle selon Beaucher, nous pouvons regrouper les cadres de santé interrogées en 2 catégories décrites dans notre cadre conceptuel (Barbier, 1996): ceux valorisant **le savoir pratique** et ceux valorisant **le savoir théorique**. Nous pouvons rapprocher cette catégorisation de la théorie de Tricot qui parle **d'apprentissage primaire et secondaire**. Il s'appuie sur Geary (2008) et Sweller (2007), selon qui les humains acquièrent des **connaissances primaires par adaptation et de façon implicite**, tandis que les **connaissances secondaires sont acquises par enseignement, de façon explicite**. Les premières sont présentes dans l'espèce humaine depuis plus de 200 000 ans (parler, communiquer, vivre en groupe, découvrir son environnement), tandis que les secondes sont apparues beaucoup plus récemment dans notre espèce, au plus de 5000 à 7000 ans (lire, compter, écrire, étudier l'histoire, faire de la science ou de la philosophie). Tricot souligne que cette approche est discutable, notamment du fait que les connaissances secondaires peuvent être acquises par adaptation.

☞ il ressort de cette analyse de l'identification du rapport au savoir que malgré « *le caractère singulier du rapport au savoir* » (Charlot, 1997) les 3 cadres de santé manager entretiennent **un rapport au savoir pratique** (majoritairement utilitaire, selon la classification de C.Beaucher) tandis que les cadres de santé formatrices auraient un **rapport au savoir plus théorique** (majoritairement enthousiaste, selon la classification de C.Beaucher)

Le critère « nombre de diplômes accumulés depuis l'obtention du diplôme cadre » utilisé pour aider à la catégorisation du rapport au savoir peut être discutable. En effet, avec

l'universitarisation des formations paramédicales, la volonté des cadres formateurs à s'engager dans un master 2 s'est faite plus présente ces dernières années, rendue possible par les institutions hospitalières.

5.4.Synthèse

A cette étape de notre mémoire et grâce à l'analyse des entretiens et de leur interprétation, nous allons être en mesure de vérifier la validation ou non de notre hypothèse de départ. Rappelons que cette dernière fait suite à notre question de recherche :

En quoi le rapport au savoir influence-t-il la mobilité fonctionnelle d'un cadre de santé?

L'hypothèse était ainsi formulée :

un rapport au savoir positif est un facteur favorisant la mobilité fonctionnelle.

Dans la première partie de l'analyse, nous avons mis en évidence qu'il pouvait exister un côté « addictif » à la mobilité. La mobilité, malgré l'angoisse qu'elle génère, l'emporterait sur la routine qui peut s'instaurer dans la stabilité. Nous avons vu aussi que la mobilité concoure à l'amélioration des pratiques professionnelles et à la montée en compétences. Elle permet également de retrouver du sens au travail et peut engendrer une auto-stimulation, un effet « *reboostant* ». La mobilité fonctionnelle peut aussi être engagée pour échapper à l'épuisement professionnel.

Quant au rapport au savoir, au regard du nombre de verbatims relevés en lien avec

- le désir d'apprendre,
- la notion de projet associée à l'envie de maîtriser un programme spécifique,
- le besoin de transmettre son savoir,

- ou encore le souhait de se créer un réseau propice à de nouveaux apprentissages,

nous pouvons affirmer que les cadres de santé sont animés par cette soif de nouvelles connaissances et entretiennent un rapport au savoir positif. Ce désir d'apprendre impacte autant la mobilité fonctionnelle que la mobilité horizontale. En croisant le parcours professionnel et le rapport au savoir de chaque cadre, nous avons pu mettre en exergue une convergence entre la fonction exercée et le rapport au savoir :

D'après l'analyse, on peut présumer que les **CDS manager** ont un **rapport au savoir utilitaire** que nous associons **au savoir pratique**. A l'inverse, les **CDS formateurs** auraient un **rapport au savoir dit enthousiaste** que nous associons **au savoir théorique**.

Au regard du nombre limité d'acteurs interrogés, nous pouvons dégager avec prudence la tendance suivante : le **rapport au savoir participe à la mobilité et/ou à la sédentarité fonctionnelle**. En effet, les CDS en adéquation avec leur fonction et leur rapport au savoir ont davantage vocation à rester dans la fonction occupée. Au contraire, lorsqu'il existe une discordance entre le rapport au savoir et la fonction exercée, les CDS ont tendance à engager leur mobilité fonctionnelle.

Dans le prolongement de cette analyse, nous pouvons déduire que la zone de confort des CDS entretenant un rapport au savoir pratique est établie dans la fonction manager. Alors que celle des CDS disposant d'un rapport au savoir théorique se révèle dans la fonction formateur. En extrapolant cette réflexion, on peut donc supposer que les CDS qui ont identifié de façon consciente ou non leur rapport au savoir vont rester plus facilement dans leur zone de confort ou au contraire faire en sorte de l'atteindre.

Nous pouvons conclure que le désir d'apprendre influence dans un premier temps autant la mobilité fonctionnelle que la mobilité horizontale. Et dans un deuxième temps, c'est le déséquilibre entre le rapport au savoir et la fonction occupée, qui engendre la mobilité fonctionnelle. Sinon, lorsqu'il y a harmonie entre la fonction et le rapport au savoir du CDS, la sédentarité fonctionnelle semble s'affirmer.

6. Projection professionnelle et Conclusion

A l'aune de ma réflexion, ce mémoire a pu contribuer à dérouler une réflexion qui me tenait à cœur. Après une longue phase de maturation nécessaire, cette fonction de cadre de santé que je suis en passe d'investir, s'inscrit dans mon projet professionnel et constitue le fruit du cheminement exposé tout au long de ce mémoire.

Pour reprendre une formule célèbre $E = CM^2$, détournée par François Michau (2008),

« le projet professionnel peut se définir comme étant l'équation de l'énergie (E) que le sujet porte dans son projet et qui résulte de ses compétences (C), associée à sa motivation (M). Mais pourquoi au carré ? Sans doute du fait que la fonction et la nature des missions demandées au cadre de santé, requièrent de grandes compétences et une force de motivation, en lien avec la complexité de son environnement de travail ».

Mais ce qui m'a animé tout au long de ce processus relève plus de l'énergie qui est le moteur de ce projet, que de cette volonté d'endosser un poste à responsabilité au sein de l'hôpital. Ainsi mon identité professionnelle évolue, s'adapte à cette finalité afin de me permettre de stabiliser mes relations dans le champ social.

Comme j'ai pu le souligner, une prise de poste dans une nouvelle fonction est source d'incertitudes et de questionnements. Elle est cependant vectrice de réalisation personnelle dans une nouvelle posture professionnelle, dans le prolongement de mes fonctions antérieures de manipulateur en électroradiologie médicale et de formateur. Elle modifie de fait mon identité professionnelle par l'assimilation du pan culturel managérial.

D'ici peu de temps, je serai donc amené à investir cette fonction de cadre de santé, conscient de l'exigence d'une double adaptation : d'une part vis à vis de mes futures fonctions et d'autre part vis à vis de mes relations avec l'équipe de travail, le corps médical et ma hiérarchie.

Conclure ce travail de recherche et d'analyse est difficile dans le sens où l'envie d'approfondir est évidente au regard des éléments nouveaux survenus tout au long de mon cheminement. Ce travail est issu d'une réflexion sur mon avenir professionnel mais aussi sur mon vécu, mon histoire personnelle. De plus, l'accompagnement reçu tout au long de cette formation m'a permis la production et la rédaction de ce mémoire qui, en dépit de ses

imperfections, reste l'aboutissement d'une vraie réflexion et d'un investissement important pendant ces dix mois à l'IFCS. A l'origine, mon questionnement s'est construit sur **une interrogation quant aux motivations et aux freins qu'un cadre de santé exprime pour évoluer de la fonction manager à la fonction formateur, ou réciproquement.**

Au fur et à mesure de mes explorations, il est ressorti de façon prédominante la notion de **rapport au savoir** et son rôle potentiel dans la prise de décision d'un cadre de santé à vouloir ou non engager cette mobilité fonctionnelle. Au travers de cette question de recherche, l'objectif poursuivi était de comprendre en quoi le rapport au savoir des cadres de santé influençait leur mobilité fonctionnelle. La méthode hypothético-déductive a été retenue pour mener ce travail. Elle ne vise alors pas à généraliser, mais plutôt à comprendre plus en profondeur par le biais de leur vécu professionnel, le sens que les personnes mettent au travers des situations rencontrées.

Ce travail de discernement, de théorisation et d'analyse m'a apporté beaucoup de connaissances théoriques et m'a permis de disposer d'un nouvel outil de compréhension : **le rapport au savoir d'un individu**. En effet, j'ai pu approfondir les mécanismes de la relation entre **les différents rapports au savoir du formateur et du manager et la mobilité fonctionnelle**. Le métier de cadre de santé est un métier d'interactions. Il est confronté à des mutations multiples que ce soit dans les structures de soins ou en formation. Le cadre accompagne les équipes et les étudiants avec une identité ancrée dans le soin qui s'appuie sur des valeurs humanistes. Ce travail de recherche est donc susceptible d'être transposable dans le métier de cadre de santé quelle que soit sa fonction (manager ou formateur). En effet, l'accompagnement et les parcours de professionnalisation s'adressent aussi bien aux équipes de soins qu'aux étudiants.

Sans vouloir affirmer l'existence de solutions « toutes faites » qui plus est, dans un contexte d'analyse limité à sept entretiens, j'ai pu clairement identifier des éléments de réponse à ma question de recherche.

L'intérêt de ce travail basé sur **le rapport au savoir** me permet, dans ma projection professionnelle de transposer cette notion dans mon rôle de cadre auprès des professionnels et étudiants.

B.Aumont nous dit :

« C'est toujours important de se le rappeler. La phase de la motivation, c'est éveiller la curiosité qui est en toute personne, cette pulsion épistémophilique, qui veut dire l'amour du savoir. Si l'être humain a perdu

cette pulsion centrale d'attraction pour le savoir, notre rôle d'encadrants est de la lui faire retrouver car elle est toujours en lui. Des obstacles ont transformé cette épistémophilie en épistémophobie, en peur de la connaissance. (...) Ce désir intrinsèque d'apprendre que l'on doit normalement garder jusqu'à la mort est à rapprocher d'une motivation extrinsèque. L'objet de connaissance proposé doit l'être de telle façon qu'il établisse un lien avec ce désir intérieur, pour que l'apprenant retrouve une attraction pour cet objet de connaissance, pouvant être d'ordre sensoriel, d'ordre technique ou d'ordre purement cognitif, savoir ou savoir-faire, connaissances de tous ordres ». www.forumfrancas2012.fr

On peut émettre le postulat suivant : afin de contribuer à alimenter sa soif de connaissances d'un étudiant ou d'un professionnel, **identifier son rapport au savoir** ressort comme un moyen pour l'accompagner à sortir de **sa zone de confort** et aller plus loin dans **sa zone d'apprentissage**. Beaucher (2010) nous donne quelques pistes afin d'adapter sa posture d'accompagnant en fonction du rapport au savoir identifié :

- Individu avec un **rapport au savoir paradoxal** : le cadre doit clarifier l'utilité des apprentissages réalisés en établissant des liens entre eux et un but professionnel ou un intérêt personnel. Il peut également valoriser l'implication personnelle dans l'apprentissage, la mobilisation «pour soi-même» plutôt que pour les autres.
- Individu avec **un rapport au savoir enthousiaste** : le cadre encourage la poursuite des objectifs et doit contribuer à canaliser les énergies sans oublier de féliciter.
- Individu avec **un rapport au savoir confiant** : le cadre s'appuie sur la curiosité intellectuelle en faisant verbaliser le sens de l'apprentissage, sans oublier de canaliser les intérêts lorsqu'il y a un éparpillement.
- Individu avec **un rapport au savoir utilitaire** : le cadre a intérêt à privilégier les goûts, les aptitudes et les qualités en éloignant toute réflexion issue du calcul coûts/bénéfices jugée inutile dans ce cas de figure. Il faut aussi tenter de clarifier le sens des apprentissages lorsqu'il n'apparaît pas de façon évidente.
- Individu avec **un rapport au savoir persévérant** : le cadre doit chercher à faire ressortir en priorité l'utilité pratique au détriment des savoirs théoriques. Il doit aussi encourager la progression, les réussites, même à petite échelle.

- Individu avec **un rapport au savoir craintif** : le cadre a également pour mission de faire ressortir les liens entre la théorie et la pratique en évitant de brusquer. Il faut miser sur la curiosité qui ne demande qu'à émerger.

C'est en faisant référence à ces auteurs, en m'appuyant sur ma réflexion tout au long de ce travail et sur mon parcours professionnel qu'une évidence fait jour : tout professionnel avant même de parler des CDS est animé ou peut être éveillé dans une envie d'évoluer faisant resurgir ou découvrir sa soif de connaissances.

L'année écoulée m'a permis de prendre du recul, d'acquérir des connaissances et d'analyser ma pratique en provoquant des changements importants en termes de positionnement. Ils vont influencer de façon certaine la manière d'exercer ma future fonction de cadre de santé manager. En effet, j'ai la volonté d'être un cadre de santé qui accompagne de manière professionnelle c'est-à-dire, avec un positionnement adapté en guidant le professionnel dans sa construction. Il me paraît important de mener cet accompagnement en harmonie avec mes valeurs professionnelles: **le respect, l'empathie, l'équité et la rigueur**. J'en attendrai tout autant des personnes qui seront sous ma responsabilité.

Cet accompagnement doit être individualisé dans la mesure du possible puisque le collaborateur est un être singulier avec ses propres représentations, ses acquis antérieurs, son histoire de vie professionnelle et personnelle et par conséquent, son propre rapport au savoir. Il doit me permettre d'initier un accompagnement adapté en apportant à l'individu l'aide lui permettant d'éclairer ses zones d'ombre. Cet éclairage a pour objectif de le conduire vers sa zone d'apprentissage avec pour finalité de transformer son « *épistémophobie* » en « *épistémophilie* ». Il est évident que ce processus de professionnalisation fait l'objet d'une co-construction.

Le rapport au savoir est donc singulier et contribue à l'émergence de compétences au sein d'une équipe, en favorisant leur enrichissement. Le cadre, par son travail invisible, va participer à la détection de cette spécificité chez les professionnels ou les étudiants qu'il accompagne.

Au cours de cette recherche, il a pu m'arriver d'orienter inconsciemment les entretiens afin d'aborder les thématiques souhaitées. En cela, il n'est pas parfait. Parfois submergé par un apport théorique nouveau et mal maîtrisé, j'ai cependant trouvé certaines réponses à mes propres questions. Le temps nécessaire pour l'appropriation et pour une meilleure compréhension des notions et concepts a été très court, ce qui ne me permet pas d'exploiter

pleinement mon recueil de données. Même si la recherche ne prend en compte que sept entretiens, ce **rapport au savoir** des cadres de santé a été abordé par tous. La limite de ce travail a été certainement dans la difficulté à interpréter les données et à choisir celle qui était la plus pertinente. Le cadre conceptuel aborde de nombreuses approches, il est alors difficile de rester dans un seul champ. Mais, le chercheur doit faire des choix qui le contraignent à laisser des données qui ne seront pas exploitées dans ce premier travail. Cependant, mener cette première recherche m'encourage à penser que celui-ci n'est qu'un début et est porteur d'une réflexion plus large.

Enfin, j'ai pris conscience de l'importance d'être un professionnel de santé qui se questionne, qui réfléchit et qui s'enrichit de lectures, d'échanges et de partages constructifs. Si je devais poursuivre ce travail, j'orienterais mon étude sur d'autres populations et pourrais approfondir cette recherche en me concentrant sur le **rapport au savoir des soignants** ou encore sur le **rapport au savoir des étudiants**.

Il découle un autre questionnement qui pourrait se formuler de la façon suivante :

«En quoi la mixité des rapports au savoir au sein d'une même équipe de cadres et de soignants peut-elle favoriser l'amélioration des pratiques ?

Cette phrase d'Olivier Devillard « *faites l'équipe, elle fera le reste* » est riche de sens pour le cadre en devenir que je suis, car elle souligne l'importance de toutes les dimensions à prendre en considération et à ne rien négliger dans la construction d'une équipe.

En définitive, j'ai la volonté d'impliquer les professionnels au sein du service, dans le but de stimuler leurs motivations, favoriser leur estime de soi et leur permettre d'être reconnus dans leur travail. A mon sens, la mobilité peut être un moyen pertinent de redynamiser une carrière en offrant la possibilité au soignant d'élargir ses connaissances et d'approfondir ses compétences, grâce à la diversité de ses expériences.

Liste des références bibliographiques

Ouvrages :

Baubion-Broye, A. (1998). *Evènements De Vie, Transitions Et Construction De La Personne*. Toulouse, Erès.

Bautier, E., Charlot, B., Rochex J-Y (1992). *Ecole et savoir dans les banlieues... et ailleurs*. Paris : Armand Colin.

Bautier, E., Rochex, J.-Y., (1998). *L'expérience scolaire des nouveaux lycéens. Démocratisation ou massification ?*. Paris : Armand Colin.

Barbier, J-M., (1996). *Savoirs théoriques et savoirs d'action*. Paris : Presses universitaires de France

Beillerot, J., Blanchard-Laville, C., Mosconi, N. (1996). *Pour une clinique du rapport au savoir*. Paris : L'Harmattan

Campenhoudt L. V. et Quivy R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod (4e Edition).

Carré, P. (2005). *L'apprenance, vers un nouveau rapport au savoir*. Paris : Dunod

Carton, G. (2006). *éloge du changement : méthodes et outils pour réussir un changement individuel et professionnel*. Paris : village mondial.

Charlot, B (1997). *Du rapport au savoir, Eléments pour une théorie*. Paris : Anthropos.

Charlot, B. (2001). *La notion de rapport au savoir : points d'ancrage théoriques et fondements Anthropologiques*. Paris : Anthropos.

Corbel, J-C. (2013). *L'essentiel du management par projet*. Paris : Eyrolles éditions

Galambaud, B (1983). *Des hommes à gérer*. Paris-EME

Janin-Devillars, J. (2001). *Il n'est jamais trop tard pour changer sa vie*. Paris : EDLM

Michau F. (2008). *Les dynamiques du projet professionnel : E=cm2*. Paris : L'Harmattan

Raoult, N. (1991). *Gestion prévisionnelle et préventive des emplois des compétences en milieu hospitalier*. Paris : L'Harmattan

Reuves :

Belin, C., & François, M.-C. (2000, Avril). Le positionnement du cadre infirmier. *Soins cadres*(34), p. 34.

Cocard, D. (2015, novembre). Dossier confiance et management. *Soins cadres*(96).

BONMATTI, J.M. (1998, Septembre). Le Directeur des ressources humaines et la mobilité. *Technologie Santé*, p 69

Sites consultés :

Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). Motivation. Récupéré sur CNRTL:

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

Hyper Articles en ligne. (Maillot, 2012) (s.d.). récupéré sur :

<https://halshs.archives-ouvertes.fr/tel-00693169/document>

L'acte d'apprendre (Aumont, 2007). Récupéré sur :

<http://forumfrancas2012.fr/wp-content/uploads/2012/06/Aumont.pdf>

La zone de confort (Gréau, 2015). récupéré sur :

<http://heureux-dans-sa-vie.com/la-zone-de-confort/>

Mémoire de l'Ecole Nationale de la Santé Publique (Erik DULAK, 2001), récupéré sur

<http://documentation.ehesp.fr/memoires/2001/ig/dulak.pdf>

Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. Récupéré sur :

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&categorieLien=id>

Mobilité. Récupéré sur Dictionnaire Larousse en ligne:

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

Table des matières

Introduction	1
1. De la question de départ à la question de recherche.....	4
1.1. Les entretiens exploratoires	4
1.1.1. Environnement du cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin : ...	4
1.1.2. Environnement du cadre de santé formateur de professionnels de santé.....	5
1.1.3. Profil des enquêtés	6
1.2. Contexte et analyse des entretiens exploratoires	6
2. Question de recherche et hypothèse	10
3. Le cadre théorique	11
3.1. La mobilité.....	11
3.1.1. Eléments de définition.....	11
3.1.2. Les différentes formes de mobilité.....	11
3.1.2.1. La mobilité d'environnement (géographique), ou mobilité horizontale.....	12
3.1.2.2. La mobilité catégorielle (ou verticale).....	12
3.1.2.3. La mobilité fonctionnelle	12
3.1.3. Facteurs d'influence de la mobilité	13
3.1.4. Les limites	13
3.1.5. Les enjeux	14
3.1.5.1. Enjeux de compétence	14
3.1.5.2. Enjeux de communication et de culture.....	14
3.1.5.3. La mobilité facilite la production de sens	15
3.1.6. Les étapes de la mobilité	15
3.2. La zone de confort	18
3.3. Le savoir	21
3.3.1. Définition	21

3.3.2.	Les savoirs.....	21
3.4.	Le rapport au savoir.....	23
3.4.1.	Définition.....	23
3.4.2.	Approche sociologique.....	23
3.4.3.	Approche psycho-anthropologique.....	25
3.4.4.	Rapport au savoir selon les sexes.....	27
3.4.5.	Rapport au savoir et formation.....	27
3.4.6.	Rapport au savoir, rapport à l'apprendre.....	29
3.4.7.	Distinction entre rapport au savoir et rapport de savoir :.....	30
3.4.8.	Rapport au savoir et identité.....	30
3.4.9.	Les différents cas de figure du rapport au savoir.....	31
4.	Méthodologie de recueil de données.....	33
4.1.	Le choix de la méthode.....	33
4.2.	Le choix de la population.....	33
4.3.	Le choix des outils de recherche.....	34
4.4.	Le contexte des entretiens.....	38
4.4.1.	Le contexte général.....	38
4.4.2.	Les entretiens.....	38
4.5.	La construction de la grille d'analyse.....	38
4.5.1.	La catégorisation.....	38
4.6.	Les limites de ma méthodologie.....	39
5.	Analyse et interprétation.....	40
5.1.	La population enquêtée.....	40
5.2.	La mobilité.....	43
5.2.1.	Les intérêts de la mobilité.....	43
5.2.1.1.	Etendre, maintenir ses compétences et ses connaissances.....	43
5.2.1.2.	Amélioration des pratiques professionnelles.....	43

5.2.1.3.	Bien-être au travail, notion de défi à relever.....	44
5.2.1.4.	Prévenir les risques psycho-sociaux	45
5.2.2.	Les difficultés rencontrées et phase d'adaptation	46
5.2.3.	Phénomène récurrent.....	47
5.3.	Le rapport au savoir	48
5.3.1.	La motivation personnelle	48
5.3.1.1.	Le désir d'apprendre, de découvrir, de développer de nouvelles connaissances.	48
5.3.1.2.	L'intérêt d'un projet.....	50
5.3.1.3.	L'envie de développer son réseau.....	50
5.3.1.4.	Le besoin de transmettre son savoir.....	51
5.3.2.	Les éléments facilitateurs à l'apprentissage	52
5.3.2.1.	La coopération interprofessionnelle.....	52
5.3.2.2.	Facilité d'apprentissage	53
5.3.3.	Les difficultés inhérentes	53
5.3.3.1.	L'appropriation des contenus denses	53
5.3.3.2.	Le sentiment d'illégitimité ou d'insécurité	54
5.3.4.	Identification du rapport au savoir des cadres interrogées.....	55
5.4.	Synthèse.....	59
6.	Projection professionnelle et Conclusion	61
	Liste des références bibliographiques	66
	Table des matières	69

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
Institut de Formation des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes

Titre du mémoire : Mobilité fonctionnelle des cadres de santé : quelle motivation en lien avec le rapport au savoir ?

Auteur : Anthony Lemerrier, étudiant cadre de santé

Directeur de mémoire : Matthieu Dauny, cadre supérieur de santé au centre hospitalier de Redon

Date de rédaction : mai 2017

Résumé :

De plus en plus d'établissements hospitaliers incitent à la mobilité fonctionnelle des cadres de santé, c'est-à-dire passer de la fonction manager à la fonction formateur ou vice versa. En effet, la formation des cadres de santé incluant la pédagogie et le management permet cette alternance. Après avoir exploré différentes motivations à engager cette mobilité, ce mémoire se focalise sur le rapport au savoir des cadres de santé. Au décours des entretiens menés, il apparaît que ce facteur de motivation influencerait en 2 temps distincts la mobilité et/ou la sédentarité fonctionnelle, en lien avec la zone de confort.

Ce travail s'appuie sur différents auteurs, et plus particulièrement sur les travaux de Chantal Beaucher, professeur à l'université de Sherbrooke, qui ont permis de catégoriser le rapport au savoir des cadres interrogés. Un transfert des résultats sur des agents hospitaliers et sur des étudiants a été osé afin d'élaborer un outil de compréhension pouvant servir à l'accompagnement d'un soignant ou d'un étudiant.

Mots clés :

motivation, zone de confort, mobilité fonctionnelle, rapport au savoir.