

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**

## **La légitimité du cadre**

Une triangulation entre confiance,  
compétence et motivation.

Pascal MOUNIÉE

Directeur de mémoire : Catherine REGNIER-JOUET

Soutenance du 22 juin 2016

Année 2015-2016









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**

## **La légitimité du cadre**

Une triangulation entre confiance,  
compétence et motivation.

Pascal MOUNIÉE

Directeur de mémoire : Catherine REGNIER-JOUET

Soutenance du 22 juin 2016

Année 2015-2016



*Le leadership désigne l'art et la manière d'exercer le pouvoir et pose le problème de la légitimité de l'autorité de celui qui l'exerce.*

*Alain Némarq.*



*Je tiens à remercier Madame Catherine REGNIER-JOUET, qui a assuré la direction de mon mémoire et sans qui j'en serai resté à la question de départ. Merci de m'avoir permis de trouver la voie.*

*Je remercie aussi 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.*

*J'exprime également tous mes remerciements à mes camarades de promotion avec qui j'ai partagé une tranche de ma vie, riche d'échanges fructueux.*

*Enfin, mes remerciements vont vers mon épouse et mes enfants pour la compréhension dont ils ont fait preuve tout au long de cette formation lors de mon manque de disponibilité.*



**Note au lecteur :**

*La reproduction intégrale ou partielle du présent document est interdite sous aucune forme ni moyen que ce soit, électronique ou mécanique (y compris la photocopie), son contenu ne peut également être communiqué à un tiers sans autorisation écrite préalable de son auteur.*



## Table des matières

|  |    |
|--|----|
| <b>1. Introduction</b> .....   | 1  |
| 1.1. Parcours professionnel.....   | 1  |
| 1.2. Eléments professionnels en rapport avec l'objet de recherche.....       | 3  |
| 1.3. L'exploration .....   | 9  |
| <b>2. Le cadre conceptuel</b> .....  | 16 |
| 2.1. Le cadre professionnel.....   | 16 |
| 2.2. La légitimité .....   | 21 |
| 2.3. La confiance .....  | 27 |
| 2.4. La motivation .....   | 32 |
| 2.5. Synthèse du cadre conceptuel.....                                       | 38 |
| <b>3. Méthodologie de recueil de données</b> .....                           | 40 |
| 3.1. Observer quoi ?.....  | 41 |
| 3.2. Observer qui ? .....  | 41 |
| 3.3. Quel outil utiliser ?.....  | 42 |
| 3.4. Les entretiens.....   | 43 |
| 3.5. Les thèmes de recherche.....  | 43 |
| 3.6. Le guide d'entretien.....   | 44 |
| 3.7. La construction de la grille d'analyse.....                             | 48 |
| 3.8. Critique de la méthodologie .....                                       | 50 |
| <b>4. L'analyse thématique et l'interprétation des données</b> .....         | 54 |
| 4.1. Les caractéristiques du recueil des données. ....                       | 54 |
| 4.2. Le positionnement et le management des professionnels interviewés ..... | 55 |
| 4.3. La légitimité .....   | 60 |
| 4.4. La confiance .....  | 67 |
| 4.5. Les compétences.....  | 72 |
| 4.6. La motivation .....   | 76 |
| 4.7. Synthèse.....   | 81 |
| <b>5. Conclusion</b> .....   | 85 |
| <b>6. Liste des références</b> .....   | 90 |
| <b>7. Table des Matières</b> .....   | 93 |



# 1. Introduction

## 1.1. Parcours professionnel

Armé depuis 1986 d'un diplôme de Manipulateur d'Électro-Radiologie, mon intégration en établissement de santé s'est effectuée lors de mon service militaire à l'Hôpital d'Instruction des Armées du Val-de-Grâce, à Paris. Nouvellement libéré de mes obligations militaires, j'ai ensuite accédé à un poste de manipulateur dans un cabinet de radiologie lavallois. Pendant quatre ans, j'ai réalisé des radiographies conventionnelles et je me suis intéressé à la gestion et au bon fonctionnement du matériel. Désireux d'accéder à la technologie tomodensitométrique, j'ai migré vers le Centre Hospitalier Général de Laval où je travaille encore actuellement. La technicité du matériel m'a toujours intéressé. Les progrès techniques imposent un changement permanent dans la profession de manipulateur. J'ai d'ailleurs décidé de participer, à plusieurs reprises, au renouvellement de matériels « lourds », comme des scanners ou des salles de vasculaire. Aussi, l'envie de compréhension basique du fonctionnement des différents appareils et les informations que j'en extrayais me conduisaient à assurer la formation de mes collègues en relais de celles dispensées par l'ingénieur d'application de la marque. Cela m'a incité à construire une programmation logique d'apprentissage dans le cheminement de l'appropriation des machines par mes collègues.

Mon parcours professionnel m'a ensuite conduit à collaborer à différents travaux, très souvent en relation avec les cadres du service dans lequel je travaille. Cette coopération m'a permis de mieux connaître la profession de cadre et de saisir ses rôles, ses missions, et son importance. J'ai rejoint la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation, et Médico-Techniques afin de mieux connaître les rouages de l'institution et de participer à sa vie.

La volonté de s'inscrire dans un projet à devenir cadre de santé est souvent l'aboutissement d'une réflexion menée au cours de notre vie professionnelle. Le mémoire d'initiation à la recherche que les étudiants cadres doivent produire à la fin de leur année de formation est l'occasion d'un regard rétrospectif qui permet la clarification de cette démarche. Souvent à l'origine d'une ou de plusieurs situations problématiques, la conviction

de ne pas rester immobile face à des dysfonctionnements, nous amène à rechercher des axes d'améliorations pour une qualité de service, de vie au travail, ou de prise en soins des patients.

Dès lors, de multiples questionnements nous invitent à des investigations en lien avec la pertinence à devenir cadre de santé. Dans une ère où les politiques de santé contraignent les établissements à des objectifs financiers importants, où les procédures semblent ne plus laisser d'autonomie aux professionnels, et où l'on devra faire fi du cœur de métier de sa formation initiale, comment est-on amené à faire le choix de cette nouvelle profession ? Pourtant, les candidats sont nombreux à se présenter au concours d'entrée en IFCS<sup>1</sup>. Il semble cependant que les motivations incitent à cette mutation. Mon parcours professionnel m'a fortement invité à y parvenir.

Fort de ces expériences, j'ai proposé à la Directrice des Soins, en janvier 2014, de me positionner sur un projet à devenir cadre de santé. Connaissant le déroulé de mon parcours, elle a autorisé mon inscription à une préparation au concours d'entrée en IFCS, et m'a offert l'opportunité de faire « faisant fonction » de cadre sur deux missions transversales. La première avait pour objectif l'installation d'une salle de coro-angioplastie dans un ancien bloc de chirurgie orthopédique. L'autre devait permettre la réorganisation du secteur de consultations externes en appui à un cadre supérieur de santé. J'ai été très surpris de ces affectations car je pensais accéder à un poste de « faisant fonction » dans une unité de soins. Dans le même moment, je me suis rendu compte que l'institution fonctionnait sur un ensemble de projets, entre-autres, projet d'établissement, projet médical, projet de soins, projet social, et même aujourd'hui le projet de management. Dans le projet de management du Centre Hospitalier d'Avignon, le management par projet [s'explique] pour impliquer les professionnels dans la concertation et le partage sur les enjeux et orientations stratégiques de l'établissement :

*« Le management par projet permet d'optimiser les compétences dans l'institution et de lui faire retrouver une démarche créative face à un avenir de plus en plus difficile à cerner et donc générateur d'insécurité pour tous ses acteurs<sup>2</sup>. ».*

En décembre 2012, le Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, conjointement à la Direction Générale de l'Offre de Soins, a défini les référentiels d'activités et de

---

<sup>1</sup> Institut de Formation des Cadres de Santé

<sup>2</sup> Centre hospitalier d'Avignon. (2013). *Projet d'établissement 2013-2017*. Disponible sur <http://www.ch-avignon.fr/>, consulté le 25/02/2016.

compétences pour les cadres de santé<sup>3</sup>. Le chapitre 6 du premier référentiel décline les activités en rapport avec l'élaboration et la conduite de projets, comme par exemple la « conduite et [la] coordination d'un projet dans son champ d'intervention<sup>4</sup>. ». Le chapitre 7 du référentiel, quant à lui, énumère les compétences requises pour « conduire un projet, des travaux d'étude et de recherche<sup>5</sup> » dont une ligne relate de « concevoir, conduire et accompagner des travaux d'études et/ou de recherche dans une démarche pluri-professionnelle dans le champ de la santé, des soins, du management et de la pédagogie des soins<sup>6</sup>. ». Le projet est donc bien au cœur de l'exercice de la fonction.

On note ici l'importance que requiert le projet dans l'organisation des établissements. De ce fait, le cadre doit jouer un rôle substantiel par son positionnement par rapport à la Direction et les équipes de professionnels. La question qui s'impose est alors : « **Quelles relations le cadre de santé de proximité doit-il entretenir avec les membres des équipes de terrain, les médecins, les patients, la hiérarchie, pour les impliquer dans une démarche de projet ?** »

## 1.2.Éléments professionnels en rapport avec l'objet de recherche

L'expérience de la première mission qui m'a été confiée m'a confronté aux réalités du terrain, ce qui était l'intérêt d'une mise en « faisant-fonction de cadre de santé ». Elle m'a aussi sensibilisé à ce qu'était un **projet**. Je me suis rapidement rendu compte qu'il était nécessaire de faire appel à des professionnels ayant des compétences ciblées en rapport avec les exigences du projet. Mes premières difficultés ont concerné les contraintes financières et les modes de fonctionnement des services économiques. En effet, je n'avais pas connaissance du budget alloué à sa réalisation bien qu'il faille acheter des matériels tels, par exemple, des supports de sabots à installer dans les vestiaires. Des recherches sur Internet m'avaient conduit à un produit intéressant pour son rapport qualité/prix, et répondait aux normes imposées pour sa destination dans le domaine médical. J'avais déjà intégré la qualité de gestionnaire que le cadre de santé doit présenter et j'étais conscient des économies à

---

<sup>3</sup> Syndicat des managers publics de santé. (s.d.). Cadres de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Consulté le 02 25, 2016, sur [http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers\\_redacteurs/pdf/Articles\\_pdf/CdS/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_competences\\_apres\\_\\_18\\_12\\_2012.pdf](http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_competences_apres__18_12_2012.pdf)

<sup>4</sup> *Ibid.*, p.11

<sup>5</sup> *Ibid.*, p.25

<sup>6</sup> *Ibid.*

réaliser compte-tenu de la situation financière de l'établissement. Aussi, lorsque j'ai apporté ma proposition aux services économiques, mon interlocuteur m'a informé que ce n'était pas de cette façon que l'on procédait à l'accoutumée car l'établissement traitait les commandes avec des fournisseurs répertoriés au niveau de son service. Mon ignorance quant à ce mode de fonctionnement a été comblée par l'échange que nous avons pu avoir à ce sujet.

Je me suis alors questionné sur les informations importantes à détenir pour amorcer la conduite d'un tel chantier car en fait, j'avais accepté de traiter le dossier sans en avoir jaugé l'importance. Ce que je savais, c'était que je devais assurer le lien entre les professionnels qui travaillaient sur la partie architecturale et ceux en rapport avec le soin. Cette position m'a permis de remarquer la nécessité de l'enrichissante compréhension de l'« autre » au travers de l'inter-professionnalité. C'est ainsi que j'ai pu réintégrer les informations manquantes et nécessaires au dossier. Il me paraît aujourd'hui essentiel de comprendre ce qu'est un projet et les étapes nécessaires à sa construction pour le mener à bien. A l'époque, je n'ai pas eu l'idée de me documenter et recourir à la consultation d'ouvrages comme, par exemple, « Le management de projet<sup>7</sup> » de Jean-Claude CORBEL qui relate, sous forme de guide méthodologique, la conception et le suivi d'un projet. C'est une approche que je suis maintenant en mesure de suivre et que je mettrai en œuvre lors de problématiques que je serai susceptible de rencontrer dans ma future nouvelle vie professionnelle. J'ai ainsi compris l'importance d'une méthodologie dans la conduite d'un projet, ce qui m'avait fait défaut à l'époque. Je naviguais à vue sans outil de repérage, sans boussole, et cette position m'était inconfortable. En fait, ma **motivation** m'avait fait accepter aveuglément cette mission sans en apprécier le contenu. Cette situation m'amène alors 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 aussi 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***

---

<sup>7</sup> Corbel, J.-C. (2013). L'essentiel du management de projet. Paris: Eyrolles éditions.

*évacuer le flou, clarifier pour soi, pour et avec les autres, ses conceptions, ses théories de référence*<sup>8</sup>.

Ainsi, cet éclairage nous indique que le cadre de santé doit accepter de répondre à des objectifs, après avoir clarifié la commande, après s'être « positionné ». Or, lorsque la Directrice des Soins m'avait proposé les missions, je les avais acceptées sans me poser de question, sans clarifier le contenu du dossier : je ne m'étais pas positionné en quelque sorte. Ce nouvel élément vient alors m'interroger sur l'incidence de cette hypothèse : « **le positionnement du cadre contribue-t-il à la conduite harmonieuse d'un projet ?** »

La deuxième mission, plus fortement en lien avec la gestion des ressources humaines, m'a permis d'appréhender le management au travers de l'œil d'un cadre supérieur de santé. Les apprentissages se sont alors axés sur **le positionnement** qu'un cadre devait adopter lors de la mise en œuvre d'une organisation. Celle qui était prévue était relative à la mutualisation d'un secrétariat d'ORL, de stomatologie et d'ophtalmologie, à la réorganisation d'un secrétariat de médecine, et à la mise en place d'un centre d'appel téléphonique amené à prendre en charge, à plus long terme, l'ensemble des appels destinés à la prise de rendez-vous des consultations. Nous constatons que, bien qu'elle ait été présentée comme projet, il s'agissait en fait de plusieurs projets, avec cependant, des liens entre eux.

Cette situation m'a permis d'appréhender les leviers managériaux utiles aux managers : j'y ai perçu la réflexion menée par le cadre supérieur de santé pour faire admettre ses idées par les différents professionnels, tantôt par une autorité naturelle, tantôt par des scénarii échafaudés de sorte que les professionnels soient force de proposition dans la direction qu'il avait déterminée. Cette mission m'a placé en condition d'« apprentissage », dans le sens que donnent à ce terme Bernard DONNADIEU, Michèle GENTHON, et Michel VIAL :

*Apprendre, c'est bien sûr construire des connaissances mais également constituer des compétences, « des manières de faire et de prendre les choses » qui vont se voir dans les gestes professionnels conduits, donc hors de la formation, dans des situations nouvelles* (Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial, M., 1998, p. 28).

---

<sup>8</sup> Belin, C., & François, M.-C. (2000, Avril). Le positionnement du cadre infirmier. Soins cadres(34), p. 34.

C'était donc pour moi la possibilité d'apprendre comment le cadre supérieur de santé allait manager des équipes pour les amener vers le but déterminé par la Direction. La réflexion que je pouvais alors y porter me permettrait d'appréhender les situations futures que je risquais de rencontrer en tant que cadre de santé. Aussi ne connaissant pas le fonctionnement des différents secrétariats, j'ai préféré m'imprégner du terrain en allant à la rencontre des secrétaires pour mieux comprendre les organisations. Je me suis aperçu que les professionnelles n'étaient pas informées du « projet » dans la globalité mais seulement de certains de ses éléments. Je supposais alors que ce manque d'information était certainement voulu pour éviter toute résistance, et permettre au cadre supérieur de santé de les délivrer petit à petit, pour ne pas leur présenter le changement prévu de façon brutale. Il est vrai que, par exemple, le secrétariat des consultations de médecine fonctionnait presque comme il y a trente ans, à la différence près que les ordinateurs avaient remplacé les machines à écrire : les médecins sont attachés aux dossiers « papiers », et les comptes-rendus sont dictés sur des cassettes magnétiques, et au fil de l'eau. En cas d'envoi d'un dossier en urgence, le secrétaire doit parcourir la cassette pour retrouver la section relative au patient en question, ce qui occasionne une perte de temps conséquente. La dictée numérique, pourtant disponible sur l'établissement aurait permis un gain de temps appréciable.

Basée sur une organisation inadaptée, la production de comptes-rendus affichait un retard de huit semaines en février 2015. La **motivation** des professionnelles affectées à la frappe était entamée car elles se sentaient « oubliées » puisqu'aucun changement n'avait solutionné ce dysfonctionnement depuis de nombreuses années. Elles n'accordaient pas de sens à cette situation où l'on disposait d'un outil dont l'utilisation par les médecins aurait grandement facilité leur tâche : il n'y avait pas de sens à cela. Alex MUCCHIELLI nous le confirme en insistant sur le sens donné à nos actions :

*Au niveau conscient, sans la possibilité d'attribuer un sens à son action, l'individu est démotivé. La perte de sens est la base essentielle de la démoralisation et de la démotivation. Être motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action*  
(Mucchielli, A., 2011, p. 7)

De plus, il n'y avait pas de cadre de proximité en poste sur ce secteur et le cadre supérieur de santé, à la fois cadre de deux pôles, était chargé de ce projet gigantesque. Ce **manque d'encadrement** m'avait surpris et m'avait laissé à supposer qu'il concourait à la **démotivation du personnel**. Lors d'une réunion d'information, le cadre supérieur de santé leur a assuré qu'il allait solliciter les médecins pour les sensibiliser et les faire former à

l'utilisation de la dictée numérique. Elles restaient toutefois globalement sceptiques quant à la mise en œuvre de cette décision, pensant que le collège médical était immuable.

Aujourd'hui, je mets en relation ces éléments avec les dix rôles du cadre qu'Henry MINTZBERG analyse en 1984 dans « Le manager au quotidien ». Dans cet ouvrage, il fait émerger le rôle d'« agent de liaison », qui ici ce serait pour moi, à l'encontre de ce qui se pratiquait, de rétablir la continuité du travail entre secrétaire et praticien en faisant comprendre aux médecins la nécessité de travailler avec la dictée numérique (rôle de type interpersonnel). Il me semblait important de neutraliser cette rupture où chacun fait son travail sans se soucier de l'activité de l'autre. Ensuite, il s'agirait du rôle de « porte-parole » des secrétaires pour engager une réflexion sur cette nécessité (rôle liés à l'information : les médecins savent bien que les secrétaires réclament le passage à la dictée numérique, mais se rendent-ils compte des répercussions que sa renonciation engendre ?). Enfin, j'y voyais le rôle de négociateur : en présentant aux médecins les bénéfices obtenus par cette nouvelle façon de travailler qui va supposer des efforts de leur part, mais qui va permettre de gagner du temps pour tout le monde.

Je voyais dans cette opération un réel challenge que le cadre de santé devait relever. S'il y parvenait, l'équipe pourrait alors compter sur lui et lui accorder de la **confiance**.

Aussi, lors de l'avancée du « projet », il était question à un moment de trouver une solution pour libérer le téléphone du service de consultations occupé par les appels internes lors de la prise de rendez-vous par les services pour les consultations des patients hospitalisés. Le cadre supérieur de santé avait organisé une réunion pour trouver une solution à cette problématique. J'y voyais un mode de management participatif puisqu'il avait convié une cadre de service et une secrétaire. Je m'attendais à ce que chacun apporte ses propositions, puis à échanger pour les confronter et parvenir à une éventuelle solution. En fait, cela n'a pas été le cas et le cadre supérieur de santé a livré une solution « toute faite » par l'utilisation de la messagerie interne. La secrétaire n'était pas satisfaite de cette proposition en argumentant que lors d'une demande de rendez-vous, il lui fallait la réponse immédiatement et que la messagerie interne ne pouvait donc pas répondre à sa demande d'immédiateté. Le cadre supérieur de santé est resté sur sa décision. Les participantes ont alors compris que c'était cette décision qui allait être adoptée et ont réalisé que le temps passé à chercher des solutions, en préparation de cette réunion avait été « gâché ». La secrétaire et la cadre n'ont plus participé aux réunions, ayant perdu ainsi toute confiance,

puisque « tout était joué d'avance ». Je comprenais la situation du cadre supérieur de santé très motivé à régler une problématique rapidement et qui avait peut-être sollicité ces professionnels pour valider son idée, mais était-il prêt à entendre d'être contredit ?

Deux questions émergent alors sur ma représentation du management de projet. La première peut prendre la forme suivante : « **L'excessive motivation d'un cadre de santé peut-elle devenir un frein pour l'appropriation d'un projet par ses participants, et par voie de conséquence au projet ?** ». La seconde, bien qu'elle paraisse implicite, soulève, pour moi, des interrogations : « **La confiance est-elle une alliée lors de la réalisation d'un projet ou d'une conduite de changement ?** ». En effet, si la confiance est accordée à quelqu'un, elle peut être un catalyseur pour mener à bien un projet, mais une confiance aveugle, comme celle dont j'ai fait preuve lors de l'acceptation des missions proposées par la Direction des Soins m'a parfois fait connaître des écueils n'en permettant pas sa conduite harmonieuse. Il s'ensuit alors, des sollicitations redondantes pour les professionnels, une dépense d'énergie inappropriée, et un retard dans sa mise en œuvre.

Ces nouvelles expériences, vécues lors des deux missions, m'ont questionné sur ce que représentait réellement un « projet » pour le cadre de santé. Selon, Jean-Pierre BOUTINET, il s'agit d'une « *conduite d'anticipation opératoire donnant sens à un avenir désiré et prenant méthodologiquement les moyens de concrétiser une telle anticipation.* » (Boutinet, 2009, p. 181). De ce fait, mon aspiration à devenir cadre de santé rentre dans cette optique de projet, synonyme de sens pour l'avenir. Du sens pour une équipe que je voudrais accompagner dans les futurs changements dans notre institution. C'est aussi pour moi l'opportunité d'envisager l'avenir en me nourrissant de nouveaux savoirs qui me permettront de mieux comprendre les situations que nous rencontrons au quotidien et réagir avec justesse. La Directrice des Soins a elle-aussi porté son regard vers demain en me permettant l'accès à mon projet professionnel, et en répondant à la logique de la Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, imprimée par l'Agence Régionale de Santé.

Les interrogations soulevées lors de cette rétrospective font référence au positionnement du cadre de santé, à la confiance qu'il peut dégager, et à la motivation qu'il peut induire auprès des équipes avec lesquelles il est en collaboration.

En réintroduisant l'importance que revêtent les projets dans les institutions, la question de départ que je me pose prend la forme suivante :

*Le positionnement du cadre peut-il être générateur de confiance auprès d'une équipe pour engendrer la motivation et son implication dans un projet ?*

Cette question résulte de l'action combinée de plusieurs facteurs dans le processus d'élaboration de projet tels que je les ai ressentis et dans les représentations que je peux en avoir.

Aussi, un travail de recherche oblige à une méthodologie rigoureuse qu'il convient de respecter. L'initiation à laquelle les étudiants cadres sont invités suit les mêmes exigences. La qualité de la question de départ va conditionner le reste de l'écrit. Je vais donc vérifier les points essentiels me permettant de passer à l'étape suivante.

- Premier point : la clarté

Les termes que j'ai utilisés me paraissent univoques et sans ambiguïté. Elle est précise et concise.

- Deuxième point : la faisabilité

Elle me paraît tout à fait réaliste et me semble pouvoir être exploitée dans les délais prévus.

- Troisième point : la pertinence.

En considérant le cheminement pour y être parvenu, elle présente pour moi, un intérêt certain dans une projection à être cadre.

Ces conditions étant réunies, je vais maintenant pouvoir passer à la phase suivante, celle de l'exploration.

### 1.3.L'exploration

#### 1.3.1. Présentation de la phase exploratoire

Dans le but de d'affiner cette question, je vais maintenant procéder à une phase exploratoire qui va l'enrichir, la modifier, ou la simplifier. Cette nouvelle phase va comprendre des lectures qui vont apporter des éléments de références théoriques et des

entretiens qui vont m'aider à percevoir des représentations qui me sont étrangères. Elles vont ainsi constituer en quelque sorte une « ouverture » à laquelle je n'aurai pas pu accéder en restant « collé » à mes propres idées et représentations

### **1.3.2. Les composantes de la phase exploratoire**

J'ai choisi des lectures en fonction de la question de départ sur les thématiques du projet, de la confiance et des motivations. Elles sont constituées d'articles de revues professionnelles et d'ouvrages d'auteurs reconnus pour leurs travaux. J'ai réservé le positionnement du cadre aux entretiens de façon à recueillir le « ressenti » des interviewés et ainsi me permettre une meilleure approche du sujet en termes d'émotions. Je n'ai toutefois pas exclu l'abord des autres éléments de la question lors de ces rencontres.

Avant de conduire ces entretiens, je me suis fixé quelques règles : j'ai ciblé les questions afin de réduire leur nombre, laisser à l'interviewé la latitude nécessaire à son expression tout en gardant un lien avec l'objet de ma recherche, et sollicité des professionnels pouvant répondre aux critères retenus dans la question de départ. Je me suis tourné vers des cadres ayant déjà participé et qui ont été à l'origine d'un projet afin de confronter les deux situations et capter un maximum d'informations.

Pour essayer de différencier les avis, j'ai choisi deux professionnelles, dont l'une récemment diplômée cadre de santé et l'autre, également cadre de santé, mais cette fois armée d'expériences de plusieurs années, réputée pour exprimer ses avis de façon claire et sans détour. Je voulais ainsi évaluer la relation éventuelle qui pouvait exister entre l'assurance que pouvait présenter une cadre habituée à la conduite de projet par rapport à celle d'une cadre nouvellement diplômée, moins exercée dans ce domaine. Au terme de ces deux entretiens exploratoires, j'ai pris la décision de ne pas en poursuivre d'autres, leur contenu m'ayant apporté des éléments similaires et concourants aux mêmes conclusions.

### **1.3.3. La synthèse des entretiens exploratoires**

Les différents éléments rapportés par les entretiens montrent l'importance des rapports entre les professionnels et le cadre. Dans un contexte de changement et de perte de repères, le projet devient générateur de stress et/ou d'angoisse. C'est alors la fonction d'encadrant qui peut permettre d'instaurer un climat propice au travail et faire retrouver un état d'équilibre aux équipes.

Par ailleurs, l'implication des équipes dans un projet sera alors fonction de leur sollicitation et de l'intérêt qui leur est porté par le chef de projet, rôle légitimement dévolu au cadre selon les interviewés lors des projets de service. La plus jeune des deux cadres insiste sur le fait que la motivation des différents participants est assurée par les échanges provoqués par l'encadrant, et l'attention portée à la connaissance de leur métier pour la plus expérimentée. L'aptitude du cadre à provoquer la motivation des professionnels semble alors constituer une compétence.

Les deux professionnelles rapportent l'importance de partager le projet dans la transparence et l'honnêteté, « sans rien cacher » comme le rapporte l'une d'elles. Le terme de « légitimité » a été plusieurs fois prononcé par les deux cadres interrogées, et celui de « confiance » est apparu à plusieurs reprises pour appuyer celui de la légitimité. En me rapprochant des situations de faisant-fonction dont j'ai fait l'objet lors des deux missions, je m'aperçois, d'une part, qu'il existe bien une corrélation entre la motivation dont j'ai fait preuve et la confiance que m'avait accordée l'institution. D'autre part, lors de la seconde, le mode de management du cadre supérieur de santé a pu altérer la confiance que j'avais placée en lui, ce qui a conduit à une moindre motivation de ma part. Cependant, le fait de ne pas connaître le métier de secrétaire ne me rendait peut-être pas légitime, comme l'évoquent les deux professionnelles, dans ma participation à la restructuration du service des consultations de médecine.

Aussi, je me rends compte à ce stade, que le « projet » est implicite dans les propos recueillis. Dans une ère où il est omniprésent, car comme nous l'avons vu précédemment dans le projet de management du Centre Hospitalier d'Avignon, la qualité nous incite au management par projet. Je me pose alors la question de la pertinence à retenir ce terme pour ma future question de recherche puisqu'il n'alors plus aucune contenance par le caractère tacite qu'il présente. Je décide donc de l'en soustraire, et nous conviendrons donc dans la suite de notre travail, que les motivations dont il sera question à l'avenir, seront en rapport avec **les motivations de professionnels dans un projet.**

#### **1.3.4. Les apports théoriques**

Afin d'élargir ces points de vue, il me paraît opportun de confronter les propos recueillis à des éléments de littérature de sciences humaines et sociales repérés dans des ouvrages traitant des mêmes sujets et dans des revues professionnelles.

C'est alors que sur le thème de la **motivation**, Harry Levinson, psychologue du travail et des organisations, pose la question qui se situe au cœur même de mes attentes :

*« Comment l'employé peut-il être motivé ? » Souvent, il est sous-entendu qu'en faisant quelque chose à l'individu ou à son milieu, il est possible de l'amener, par l'intermédiaire de quelqu'un d'autre, à faire ce que l'on désire ou ce que l'on attend de lui. (Levinson, 1974, p. 86)*

Ainsi le cadre (« quelqu'un d'autre ») pourrait amener le professionnel (« l'individu ») à faire se motiver (« ce que l'on désire ou attend de lui »). Pour peu que les rapports professionnels avec l'encadrant soient favorables, l'émulation s'en trouve alors facilitée. C'est d'ailleurs ce qu'appuie Frederik Mispelblom Beyer :

*Tenir une position, comme en amour, implique que les « partenaires » y sont inclus. L'encadrant est aussi défini par les « autres », et le type des rapports qu'il construit avec eux (Mispelblom, F., 2014, p. 86).*

Enfin, Denis Cocard, Directeur des soins du Centre Hospitalier de Bourg en Bresse établit un lien entre la **confiance** et la **motivation** lorsqu'il écrit dans la revue « Soins cadres » :

*La confiance accordée à un cadre de santé en tant que manager et plus largement à une organisation a de forts impacts sur l'engagement des collaborateurs, la performance et l'identité collective. [...] Investir dans une relation de confiance est synonyme d'une meilleure motivation des acteurs<sup>9</sup>.*

### **1.3.5. L'évolution vers la question de recherche**

Le terme de positionnement évoque pour moi la disposition du cadre à prendre position face à une situation donnée, de façon tranchée. De ce fait, les règles sont déterminées. A la lumière du recueil d'informations que nous avons collectées, les apports nous montrent que, plus que le positionnement dont il a peu été question lors des entretiens exploratoires, c'est plutôt la légitimité qui serait en rapport avec la confiance et les motivations des équipes dans le travail. Je me pose maintenant la question de ce que l'on entend par légitimité. Ce sera un point à éclaircir lors de la prochaine étape de notre travail. A ce stade de la réflexion, il me

---

<sup>9</sup> Cocard, D. (2015, novembre). Dossier confiance et management. Soins cadres(96).

paraît alors important de faire évoluer la question de départ vers une question de recherche tenant compte de ce nouvel élément.

De ce fait, la question de recherche prend l'expression suivante :

*« De quelle forme de légitimité doit disposer le cadre de santé pour générer de la confiance auprès d'une équipe et engendrer la motivation dans le travail ? »*

Ainsi formulée, je peux désormais émettre deux hypothèses :

- **La motivation d'une équipe dans le travail suppose la légitimité de l'encadrant**
- **La confiance accordée à un cadre de santé est fonction de sa légitimité à occuper son poste.**

Considérant les éléments apportés par les lectures, les entrevues, et mon parcours professionnel, je vais définir un cadre conceptuel sur les notions abordées en lien avec ma question de recherche et mes deux hypothèses. Afin de les contextualiser, je débiterai par le développement du **cadre professionnel** dans lequel ces notions s'inscrivent. Par conséquent, j'exposerai les concepts de **légitimité** sous différents angles puisque le terme se rapporte à des différenciations situationnelles. Par la suite, je devrais expliciter la notion de **confiance**, selon notamment l'interprétation de Niklas Luhmann, puis des **motivations**, particulièrement par l'éclairage d'Alex Mucchielli.

Une fois cette partie réalisée, je pourrais alors envisager une méthodologie de recherche appropriée à l'objet récemment délimité, ce qui conditionnera le type d'observation à engager. En fonction de quoi, je serai amené à solliciter une population ciblée et utiliser des outils pertinents pour recueillir des éléments d'information. Je formaliserai un **guide d'entretien** et une **grille d'analyse** et je conclurai cette partie par une analyse critique de cet ensemble dans le cadre restreint d'initiation à la recherche.

A l'issue de cette étape, j'exploiterai les données issues du stade précédent pour procéder à une analyse du contenu selon la **méthode thématique**. Je procéderai à l'**analyse**

**catégorielle** permettant de mettre en lumière l'intérêt porté par le locuteur à un thème précis et par l'analyse d'évaluation traduisant l'intensité allouée à ce thème. Ce décryptage du « matériau » me conduira à l'interprétation des différentes composantes, mais cette fois-ci sous un angle dégagé du sens commun.

## CADRE CONCEPTUEL

## 2. Le cadre conceptuel

### 2.1. Le cadre professionnel

#### 2.1.1. Une profession récente

C'est en 1951 que les premières écoles de cadres ont vu le jour. Sept ans plus tard, les certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière surveillante (CAFIS) et les certificats d'aptitude à la fonction d'infirmière monitrice (CAFIM) attestent de cette formation.

Le décret du 4 octobre 1975 met fin à ces deux certificats pour créer le certificat unique de cadre infirmier (CCI) validant neuf mois de formation.

Le décret de 1995 crée ensuite le diplôme de cadre de santé, unique pour treize filières de professions paramédicales.

Aujourd'hui, il n'est pas fait de distinction dans les études menant au diplôme selon que l'étudiant se destine à exercer le métier de cadre en institut de formation ou en unité de soins. De même, le diplômé peut accéder à un poste en unité de soin n'étant pas en lien avec sa filière d'origine. Les enseignements dispensés en institut et les échanges, par la pluralité des provenances professionnelles des étudiants qu'elles présentent, le préparent à une certaine polyvalence d'affectation de poste.

#### 2.1.2. Le cadre législatif de la profession

Des textes de Loi ont régi l'apparition du diplôme, la formation des étudiants, et l'exercice de la profession. Ainsi :

- le Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé spécifiant la « mention de la profession de son titulaire ». <sup>10</sup>
- l'Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé <sup>11</sup> fixe les conditions d'agrément, de fonctionnement et d'organisation des instituts de

---

<sup>10</sup>Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=85D0A27A5A078550FB838DBA73BB7844.tpDila12v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=20160416](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=85D0A27A5A078550FB838DBA73BB7844.tpDila12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=20160416), consulté le 16/04/2016

<sup>11</sup>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>, consulté le 16/04/2016

formation, les modalités de recrutement, le contenu de la formation et l'évaluation des étudiants.

- Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière définit les conditions d'exercice du cadre de santé (et du cadre supérieur de santé) dans la fonction publique hospitalière. Il stipule :

« Les fonctionnaires du grade de cadre de santé paramédical exercent :

1° Des fonctions correspondant à leur qualification et consistent à **encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique** des établissements et leurs structures internes ;

2° **Des missions communes à plusieurs structures internes de pôles** d'activité clinique ou pôles d'activité médico-technique **ou de chargé de projet** au sein de l'établissement ;

3° **Des fonctions d'encadrement correspondant à leur qualification, dans les instituts de formation** et écoles relevant d'établissements publics de santé qui préparent aux différentes branches des professions infirmières, de rééducation et médico-techniques. Dans ce cas, ils prennent part en qualité de formateur à l'enseignement théorique et pratique et à la formation des élèves et étudiants. Ils prennent part, le cas échéant, aux jurys constitués dans le cadre du fonctionnement des instituts ou écoles. »<sup>12</sup>.

### **2.1.3. Une adaptation professionnelle dans un univers en pleine mutation**

Les textes de loi régissant la profession de cadre de santé subissent des modifications en fonction de l'évolution des facteurs sociaux, économiques et politiques. Elles se façonnent dans une cohésion globale avec d'autres lois en lien avec la politique de santé comme le plan hôpital 2007 qui a vu la naissance des pôles d'activité. Plus récemment la loi Hôpital, Patients, Santé et Territoires s'est orientée suivant quatre axes

---

<sup>12</sup> Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id>, consulté le 16/04/2016

dont la modernisation des établissements de santé, l'accès à tous à des soins de qualité, la prévention et la santé publique, et l'organisation territoriale du système de santé.

Nous voyons déjà que le cadre de santé est un acteur participant à **l'application de la loi**, puisqu'il intervient dans l'organisation de la mise en place des différents dispositifs. La loi de santé n°2013-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé<sup>13</sup> va renforcer cette évolution par le développement des réseaux de soins, l'accent mis sur d'autres métiers en mutation comme par exemple celui d'infirmier par l'émergence de l'infirmier clinicien et des pratiques avancées. De nouvelles organisations vont voir le jour et le cadre de santé devra **opérer activement** dans ces nouveaux schémas de structuration.

#### 2.1.4. Une réingénierie en cours

La métamorphose qu'a connue le métier de cadre amène à une nécessité de clarification des formations conduisant au diplôme. Des réflexions sont menées depuis de nombreuses années et des orientations se font poindre : une différenciation entre la formation de cadre « manager » et cadre « formateur » seraient à l'étude, en évoquant cependant des passerelles. Les référentiels d'activités et de compétences sont désormais finalisés, mais les travaux relatifs aux référentiels de formation et de certification n'ont toujours pas abouti.

Une recherche sur les référentiels d'activité et de compétences du cadre de santé m'a conduit à un document de travail du Ministère des Affaires Sociales et de la Santé et la Direction Générale de l'Offre de Soins<sup>14</sup> où, pour les activités comme pour les compétences, la distinction entre « cadre de santé responsable de secteur d'activités de soin » et « cadre de santé formateur (trice) de professionnels de santé » est clairement spécifiée.

---

<sup>13</sup>Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupéré sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=25C8C980024B4D5FDD3709C7AEF95085.tpdila20v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=25C8C980024B4D5FDD3709C7AEF95085.tpdila20v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638), consulté le 16/04/2016

<sup>14</sup>Syndicat des managers publics de santé. (s.d.). Cadres de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Consulté le 02 25, 2016, sur [http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers\\_redacteurs/pdf/Articles\\_pdf/CdS/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_competences\\_apres\\_\\_18\\_12\\_2012.pdf](http://www.smpsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_competences_apres__18_12_2012.pdf), consulté le 16/04/2016

Quatre domaines d'activité sont cependant communs à la profession qu'elle soit orientée vers l'unité de soin ou la formation. Il s'agit de :

- La conception, la coordination et l'organisation
- La gestion de l'information, des moyens et des ressources
- La mise en place et l'animation de projets
- La veille professionnelle, les études et travaux de recherche et d'innovation.

Les référentiels de compétences sont construits autour des « capacités transverses mobilisées dans différentes situations », à savoir :

- Anticiper, prévoir,
- Prioriser, décider, arbitrer,
- Négocier, gérer des conflits
- Organiser et piloter, déléguer
- Animer, encadrer, mobiliser, motiver
- Evaluer, valoriser
- Analyser

Il est alors facilement concevable que les compétences que l'étudiant cadre aura développées lors de sa construction professionnelle lui octroie une légitimité propre, celle de manager.

Le cadre professionnel ainsi posé va permettre une délimitation nécessaire pour faire sens avec les autres éléments conceptuels.

### **2.1.5. Le cadre de santé dans l'organisation**

Michel Crozier, sociologue et concepteur de l'analyse stratégique et de l'action collective en sociologie des organisations, et Erhard Friedberg, sociologue français, et Professeur de sociologie à Sciences Po, nous proposent une réflexion conceptualisée sur l'action humaine individuelle et collective au travers de leur ouvrage « L'acteur et le système » (Crozier, M., & Friedberg, E., 1977).

Les auteurs définissent un « système d'actions concret » dans lequel nous évoluons, la société, comme « un ensemble humain structuré qui coordonne les actions de ses

participants par des mécanismes de jeux relativement stables et qui maintient sa structure, c'est-à-dire la stabilité de ses jeux et les rapports entre ceux-ci, par des mécanismes de régulation qui constituent d'autres jeux. » (Crozier, M., & Friedberg, E., 1977, p. 286).

Dès lors, il existe des sources de pouvoirs dont ils distinguent quatre origines :

- La possession d'une compétence d'expert
- Les relations entre l'organisation et son environnement (contrôle)
- La communication et le flux d'information
- L'utilisation des règles organisationnelles

Nous retrouvons ici des éléments des référentiels d'activités et de compétences du cadre de santé. Le bon fonctionnement de l'organisation dépend alors de la régulation des pouvoirs au sein de cette même organisation.

Pour Henry Mintzberg, universitaire canadien en science de gestion et représentant du courant de la sociologie des organisations (École de la contingence), l'institution confère au cadre une **autorité formelle** assortie de responsabilités en respectant une hiérarchie déterminée. Dans « Le manager au quotidien » (Mintzberg, H., 1984), il définit dix rôles qu'il classe en 3 catégories :

- Les rôles interpersonnels
  - Le cadre comme symbole
  - Le cadre comme leader
  - Le cadre comme agent de liaison
- Les rôles liés à l'information
  - le cadre comme observateur actif
  - Le cadre comme diffuseur
  - Le cadre comme porte-parole
- Les rôles décisionnels
  - Le cadre comme entrepreneur
  - Le cadre comme régulateur
  - Le cadre comme répartiteur de ressources
  - Le cadre comme négociateur

La fonction de cadre étant définie, je vais maintenant pouvoir me rapprocher de la question de recherche par l'étude des éléments qui la constituent.

## 2.2. La légitimité

### 2.2.1. Les définitions

Lors des entretiens exploratoires que j'ai menés, le terme de « légitimité » est naturellement apparu dans les discussions avec les deux professionnelles. C'est la raison pour laquelle je l'ai retenue dans ma question de recherche. Cependant, il est important de le dégager du sens commun pour en extraire une essence scientifique. Je commence donc par en chercher la définition.

Selon celle du dictionnaire en ligne Larousse<sup>15</sup>, le mot recouvre plusieurs significations, il s'agit :

- Du caractère de ce qui est fondé en droit (légitimité d'un contrat)
- De la qualité de ce qui est équitable, fondé en justice : la légitimité d'une revendication.
- De la qualité d'un enfant légitime
- De la qualité d'un pouvoir d'être conforme aux croyances des gouvernés quant à ses origines et à ses formes.

La relation à la Loi me conduit alors à investiguer dans un dictionnaire spécifique.

Ainsi, dans le dictionnaire du droit privé de Serge Braudo, conseiller honoraire à la Cour d'appel de Versailles, « *la "Légitimité" est la conformité à un principe supérieur qui dans une société et à un moment donné est considéré comme juste. La notion de légitimé ne recouvre pas celle de légalité qui est plus restreinte et qui caractérise ce qui est seulement conforme à la Loi. La notion de légitimité est contingente de la culture ; la légalité s'apprécie en fonction du droit positif. Dans le langage quotidien ces notions sont souvent employées l'une pour l'autre.* »<sup>16</sup>

La pauvreté des éléments recueillis me conduit à consulter l'Encyclopaedia Universalis pour y découvrir une définition nouvelle : « *Le terme de « légitimité » évoque*

---

<sup>15</sup> Légitimité. Récupéré sur Dictionnaire Larousse en ligne:  
<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9gitimit%C3%A9/46599>, consulté le 13/04/2016

<sup>16</sup> Braudo, S. (s.d.). Définition de la légitimité. Récupéré sur Dictionnaire du droit privé de Serge Braudo:  
<http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/legitimite.php>, consulté le 12/05/2016

*le fondement du pouvoir et la justification de l'obéissance qui lui est due. [...] Tout pouvoir revendique normalement un titre quelconque qui l'impose aux individus placés sous sa tutelle. Mais ce besoin de légitimation est plus ou moins vif selon les époques. Il peut même dans certains cas presque disparaître, les institutions en vigueur paraissant, du seul fait de leur existence, commander le respect des assujettis.»<sup>17</sup>*

### 2.2.2. L'approche politique

Pierre Calame, Ancien Haut Fonctionnaire, affirme que « *Dans les régimes démocratiques on fait comme si la légalité de l'exercice du pouvoir, c'est-à-dire sa conformité à des lois, suffisait à en assurer la légitimité. Or la légitimité est une notion beaucoup plus subjective et exprime l'adhésion profonde de la population à la manière dont elle est gouvernée. Or on observe un peu partout dans le monde que le fossé se creuse entre légalité et légitimité du pouvoir. La gouvernance, pour être légitime, doit réunir cinq qualités :*

- *répondre à un **besoin** ressenti par la communauté ;*
- *reposer sur des **valeurs** et des principes communs et reconnus ;*
- *être **équitable** ;*
- *être exercée efficacement par des gouvernants **responsables et dignes de confiance** ;*
- *appliquer le principe de **moindre contrainte** » (Calame, P., 2003, p. 156).*

Pour Hélène Hatzfeld, politologue française, Docteur d'État en science politique, agrégée de lettres classiques et maître de conférences à l'Institut d'études politiques de Paris, la définition de la légitimité « *est le droit reconnu à une personne (ou plusieurs) de parler et d'agir au nom de principes, valeurs, règles, lois... Par son étymologie (du latin *lex, legis* : loi), la légitimité est proche de la légalité, mais elle s'en distingue par son sens: la légalité consiste à appliquer une loi, alors que la **légitimité se réclame de principes** qui, dans certains cas, peuvent être **en contradiction avec une loi**. Les principes qui fondent la légitimité sont de nature variée : principes moraux et politiques, habitudes,*

---

<sup>17</sup> Légitimité. (s.d.). Récupéré sur Universalis.fr: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/legitimite/>, consulté le 12/05/2016

*droits, normes ... La hiérarchie de ces principes variant selon les individus et les sociétés, elle est source de nombreux différends. »<sup>18</sup>.*

De ces différents contenus, il ressort que la légitimité ne se borne pas aux strictes limites du droit et de la loi, mais fait appel à des dispositions pour un individu à affirmer **son autorité** sur un groupe social et répondant à des attentes précises, **selon un titre** qui le caractérise. Cependant, il est à noter que dans certains cas, elle peut être **en contradiction avec une loi**, et qu'elle fait l'objet d'une adhésion par les individus qui l'attribuent.

### 2.2.3. L'approche psychologique

Pierre Rosanvallon, historien et sociologue nous apporte des éléments relatifs à la légitimité par un exemple concret en rapport avec le système judiciaire. Je relate trois passages qui nous éclairent sur les liens entre légitimité, autorité et pouvoir :

*La légitimité des juges constitutionnels ou des divers pouvoirs réflexifs qu'il conviendrait d'édifier ne peut enfin s'apprécier dans des termes équivalents à ceux d'une souveraineté. Outre une stricte **légitimité de compétence**, leur légitimité se rapproche de celle d'une autorité comme institution invisible. Au même titre que la confiance ou l'autorité, elle est une puissance indirecte, dont les effets varient selon tout un ensemble de données historiques et pratiques : reconnaissance sociale, réputation intellectuelle et morale **dérivant de la nature des décisions prises**, etc. (Rasanvallon, P., 2008, p. 262).*

*« Le fait d'être confronté à une autorité attentive, équitable, respectueuse, à l'écoute des arguments qui sont formulés par les parties, signifie en effet que l'on est pleinement reconnu comme un membre important pour le groupe ; que l'on compte pour quelque chose dans celui-ci ; que l'on a un « statut » aux yeux des autorités. [...] Il y a donc dans ce cas **un enchaînement vertueux entre le renforcement de la légitimité des pouvoirs et l'affirmation positive de soi**. » (Ibid., p. 274).*

---

<sup>18</sup> Hatzfeld, H. (s.d.). Légitimité. Récupéré sur Dicoart: <http://www.participation-et-democratie.fr/dico/legitimite#popauth>, consulté le 20/04/2016

« Ce modèle de psychologie [...] permet également de comprendre pourquoi une personne peut **respecter une autorité** et la ressentir **comme vraiment légitime**, alors même qu'elle a pu prendre une décision défavorable à son égard. » (Ibid., p. 275).

L'auteur confirme les liens d'**autorité** et de **pouvoir** en rapport avec la **légitimité** que nous avons trouvée dans les définitions et introduit la notion de **confiance** qui n'était pas apparue jusqu'alors, mais dont il est question dans ma question de recherche. Nous retrouvons aussi le terme de **compétence** par la « stricte légitimité de compétences » qui fait écho avec le référentiel de formation de cadre de santé et qui fait lien avec les sources de pouvoir décrites par Crozier et Friedberg.

Le dernier passage est transposable au cadre de santé vis-à-vis des professionnels qu'il encadre, mais aussi de sa hiérarchie par rapport à lui-même.

#### 2.2.4. L'approche anthropologue

Louis Moreau de Bellaing, Sociologue, anthropologue et Membre du Collège international de Psychanalyse et d'Anthropologie (CIPA) rapporte l'autorité à une **composante intrinsèque de l'homme** : « Ce qui donne autorité aujourd'hui à ce que nous disons et faisons, à ce que je dis et fais, c'est nous-mêmes, c'est moi-même. [...] C'est dans le groupe et la personne qu'il faut chercher le processus et l'origine du processus qui produit l'autorité. » (Moreau de Bellaing, L., 2002, p. 17).

Aussi, si l'autorité est d'essence personnelle, encore faut-il qu'elle soit **reconnue par un autre individu ou un groupe pour s'externaliser**. Pour l'expliquer, l'anthropologue fait alors appel, comme le sociologue, à la confiance pour la faire accepter et au statut légal de celui qui la détient :

« Si un groupe se veut responsable d'un autre groupe en l'obligeant à agir (pouvoir de contrainte), l'autre groupe ne lui reconnaîtra cette responsabilité et **cette capacité à le faire agir que si se noue entre les deux un lien – fondé sur la croyance, la confiance, la reconnaissance réciproque des places et des hiérarchies – légitimé par l'autorité du détenteur légal. Mais cette autorité doit être reconnue par le groupe subordonné.** » (Ibid., p. 18).

Je relève un passage dans l'ouvrage qui m'interpelle par la subtilité qu'il propose :

« L'autorité est un **garant** : garant comme repères, garant comme droits. Elle n'est pas garant des repères, elle est les repères ; elle n'est pas garant des droits, elle est les droits. » (Ibid., p. 19).

En effet, l'idée d'« autorité » s'apparente à la fonction de cadre qui doit être garant d'une multitude de composantes, il constitue alors dans le même temps un repère pour les équipes qu'il encadre et l'incarnation du droit (Respect du droit des patients et droit du travail pour les professionnels).

« La conquête d'une légitimité **passse ainsi par la légalisation** ou, pour le dire en termes weberiens, par la double caractérisation rationnelle et légale des activités sociales modernes » (Aïach, P., & Fassin, D., 1994, p.)

Nous retrouvons ici la légitimité d'un cadre par la légalisation de sa formation et de son droit à l'exercice de sa profession (activité rationnelle) matérialisée par un diplôme (activité légale) telle qu'elle est présentée dans le Décret n°95-926 du 18 août 1995.

### 2.2.5. L'approche sociologique

Max Weber, économiste et sociologue allemand, décline 3 fondements de la légitimité :

La légitimité charismatique, « fondée sur la grâce personnelle et l'extraordinaire de l'individu ; le charisme. Elle se caractérise par le dévouement tout personnel des sujets à la cause d'un homme et par leur confiance en sa seule personne en tant qu'elle se singularise par des qualités prodigieuses, par l'héroïsme ou autres particularités exemplaires qui font le chef » (Weber, M., 1963, p. 126). C'est ici le profil de manager qui a la capacité naturelle à mener les équipes.

La légitimité traditionnelle : « l'autorité de l'éternelle hier, c'est-à-dire celle des coutumes sanctifiées par leur validité immémoriale et par l'habitude enracinée en l'homme de les respecter » (Ibid.). Le manager incarne ici l'histoire, le passé.

La légitimité légale ou légitimité rationnelle : l'« autorité fondée sur l'obéissance. C'est le pouvoir tel que l'exerce le serviteur de l'état moderne » (Ibid., p127). Le manager est ici le représentant de l'autorité, indépendamment de sa personne. Il doit son pouvoir à sa fonction, à son statut.

La légitimité n'est pas une résultante intrinsèque à l'individu. En effet, seul, l'individu ne peut être légitimité car il lui faut quelqu'un pour l'attester, en quelque sorte un évaluateur. La recherche que j'ai effectuée montre qu'elle est reconnue par un individu ou par un groupe en fonction d'un titre, d'une reconnaissance de compétences, de l'affirmation du légitimé à exercer son autorité, de la réponse aux attentes du groupe. Elle nécessite une sorte d'adhésion. Le sujet se trouvera légitime au travers du charisme qu'il dégage, en appui par la tradition ou la légalité. C'est une alchimie de certaines de ces composantes qui lui permet alors d'être reconnu légitime.

A la lumière du résultat de mes recherches et pour faire lien avec la profession de cadre de santé, je distingue maintenant cinq potentialités d'expression pour la légitimité :

- La légitimité acquise par l'obtention du diplôme
- La légitimité accordée par la hiérarchie
- La légitimité concédée par les équipes
- La légitimité allouée par le collège médical
- La légitimité octroyée par les pairs (les cadres)

## 2.3. La confiance

### 2.3.1. Les définitions

D'après le dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales, la confiance<sup>19</sup> est :

- Une « *Croyance spontanée ou acquise en la valeur morale, affective, professionnelle... d'une autre personne, qui fait que l'on est incapable d'imaginer de sa part tromperie, trahison ou incompétence.* »
- Une « *belle assurance que l'on peut avoir en ses ressources propres ou en sa destinée* »
- Un « *sentiment de sécurité, d'harmonies* »
- Le « *crédit accordé à quelqu'un ou à quelque chose* »

La notion de confiance se traduit ici par une relation à la croyance et à l'assurance en soi.

Laurent Eloi, économiste français, rapporte deux définitions dans son ouvrage « Économie de la confiance » :

« Selon l'encyclopédie de philosophie en ligne de l'université de Stanford [McLeod, 2011], la confiance est une « attitude à l'égard d'autres personnes dont nous espérons qu'elles se révéleront fiables. » (Eloi, L., 2012, p. 20)

« Pour l'Oxford English Dictionary, qui se présente lui-même comme le « dictionnaire le plus digne de confiance au monde », la confiance est « l'espoir d'un individu ou d'un groupe que la parole, promesse, engagement écrit ou oral d'un autre individu ou groupe sera tenu. » (Ibid.)

Dans ces deux dernières définitions, je note que c'est l'**espoir** qui émerge plus particulièrement.

### 2.3.2. L'approche sociologique

Pour Christian Thuderoz, sociologue de l'entreprise, Vincent Mangematin, Professeur et chercheur en gestion et Denis Harisson, sociologue et professeur à l'École des sciences de la gestion de l'Université du Québec, la confiance est définie ainsi :

---

<sup>19</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Confiance*. Récupéré sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>, consulté le 16/04/2016

«**Croyance et crédit**, confiance et confidence : les termes sont proches, les significations enchevêtrées. Crédit provient du latin *creditum*, participe passé substantivé de *credere* : croire, avoir confiance et, surtout, confier en prêt. **Croire**, c'est donc avoir confiance. » (Thuderoz, C., Mangematin, V., & Harisson, D., 1999, p. 1).

Ils donnent ensuite une **dimension dynamique** à la définition qu'ils ont énoncée précédemment : « *Le lien de confiance, parce qu'il se construit, s'active, s'entretient, suppose un individu actif (et non agi), libre de produire des décisions, d'opérer des choix, même dans un univers contraignant.* » (Ibid., p. 5)

Face à l'incertitude générée par les aléas de notre société, les auteurs définissent la confiance comme « *réducteur pratique d'incertitude* » (Ibid., p. 6).

Il est alors aisé d'établir un lien avec les propos relatifs à l'organisation de Michel Crozier et Erhard Friedberg que j'ai relevés précédemment : « *La rationalisation de l'action a pour conséquence d'accroître la division du travail social et sa nécessité : les besoins deviennent de plus en plus diversifiés et requièrent des compétences multiples. [...] On délègue alors à d'autres individus une partie de notre capacité d'action, faisant ainsi confiance dans la réciprocité de cet abandon d'autonomie, ou dans les dispositifs qui l'organisent.* » (Ibid., p. 6).

Georg Simmel, philosophe et sociologue allemand, y trouve une nécessité fonctionnelle : « *Sans la confiance des hommes les uns envers les autres, la société toute entière se disloquerait.* » (Simmel, G., 1987, p. 187).

La confiance est donc un processus de croyance et d'espoir commun qui se construit par nécessité individuelle ou collective.

### **2.3.3. L'approche anthropologique**

Dans les années 1970, l'économiste et anthropologue italien Roberto Camagni définit la confiance comme « **le terreau du lien social** ».

Il affirme que la société ne peut exister sans confiance car l'homme a besoin d'information et qu'il la trouve chez l'« autre » par les connaissances que cet « autre » détient. Dès lors, il s'exerce une complémentarité entre individus. La confiance s'établit alors en fonction de l'évaluation du risque à entrer en relation avec l'autre et celui de ne pas accéder au savoir.

Selon Claude Dupuy et André Torre, elle génère quatre effets. Elle permet :

- La circulation des idées, des savoirs et des connaissances
- La clarification des objectifs communs et les problèmes collectifs à résoudre
- La systématisation de la recherche de solutions alternatives en cas de difficultés
- La favorisation de l'adhésion des acteurs aux solutions élaborées en commun dans un principe de cohésion. (Dupuy, C., & Torre, A., 2004, p. 69)

L'économiste Kenneth Arrow considère la confiance comme « **le lubrifiant des relations sociales** » (Arrow, K., 1976, p. 23). Il explique qu'elle est créatrice de valeurs par la coordination des acteurs en associant la circulation de l'information et la transmission des innovations. L'appropriation de savoir-faire suivant un schéma compétitif contribue à la création d'une dynamique économique.

#### 2.3.4. L'approche philosophique

Gloria Origgi, chargée de recherche en philosophie au CNRS<sup>21</sup>, affirme que lorsque nous accordons de la confiance, « *nous donnons aux autres un certain pouvoir sur nous et, de la sorte, nous nous mettons vis-à-vis d'eux dans un état de vulnérabilité. Le verbe confier (du latin confidere : cum, « avec » et fidere, « fier ») signifie qu'on remet quelque chose de précieux à quelqu'un en se fiant à lui et en s'abandonnant de la sorte à sa bienveillance.* » (Origgi, G., 2008, p. 7)

Aussi, selon le philosophe Philippe Pettit, trois clauses justifient la raison pour une personne de faire confiance à une autre :

- Elle lui fait confiance pour accomplir l'action A ;
- Sa confiance est manifeste pour l'autre ;
- Elle s'attend à ce que l'autre attache une plus grande utilité à l'accomplissement de A, précisément parce qu'elle se montre ainsi digne de la confiance qu'on lui a faite (Pettit, P., 1995, p. 15)

Pour Niklas Luhmann, c'est l'environnement du système qui influe sur le fait d'accorder ou de mériter la confiance. Lorsqu'il aborde le chapitre en rapport avec la confiance méritée, il stipule : « *Le changement de perspective que nous opérons*

---

<sup>21</sup> Centre National de la Recherche Scientifique

*maintenant accorde la primauté aux considérations tactiques. Le problème n'est pas alors de savoir **qui mérite la confiance, mais comment il la mérite.** » (Luhmann, N., 2006, p. 71).*

Cette indication est importante car elle introduit le principe du **mérite** et, par voie de conséquence, va susciter le questionnement de l'origine du mérite de la confiance.

### **2.3.5. Le droit et la confiance**

A contrario, cette confiance, lorsqu'elle est accordée sans contrôle, peut alors être sujet à débordement et malhonnêteté. C'est la raison pour laquelle l'**abus de confiance** figure dans le Code pénal. Le droit protège alors les personnes rendues « vulnérables », au sens de Gloria Origgi. Les articles suivants s'y réfèrent :

- 314-1 (ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, art. 3 journal officiel du 22 septembre 2000, en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002),
- 314-2(ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, art. 3 journal officiel du 22 septembre 2000, en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002) ; (loi n°2004-204 du 9 mars 2004, art. 51Journal officiel du 10 mars 2004),
- 314-3 (ordonnance n°2000-916 du 19 septembre 2000, art. 3 journal officiel du 22 septembre 2000, en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2002) (Eloi, L., 2012, p. 22).

Dans le même registre de protection, le droit trouve sa place dans le Code de la Santé Publique en légiférant sur la « **personne de confiance** » selon l'article L. 1111-6 (modifié par la loi n°2005-370 du 22 avril 2005, art. 10 Journal officiel du 23 avril 2005) (Eloi, L., 2012, p. 22). Cette disposition propose à un patient de désigner une personne qui exprimera ses volontés lorsqu'il ne sera pas en capacité de le faire.

En résumé, la confiance est processus qui **se construit**. C'est une croyance qui vise à réduire l'incertitude, qui suppose la bienveillance de celui à qui on l'accorde et qui rend vulnérable celui qui l'accorde. Il s'agit d'une sorte de transaction asymétrique pouvant être dangereuse si elle n'est pas contrôlée. La transparence est primordiale car la qualité ainsi que la quantité de l'information seront un levier pour réduire l'incertitude du ou des interlocuteurs. La communication en est alors une composante essentielle. La réputation de celui qui la reçoit est alors déterminante dans des actions futures. Elle constitue un

facteur de motivation pour celui en qui elle est placée et un ciment pour la société. Le fait d'avoir à la mériter traduit son caractère temporel, fragile et conjectural.

Selon ces considérations, le cadre de santé ne peut exercer sa profession sans faire confiance aux professionnels. Cependant elle n'exclue pas pour autant le contrôle. Elle est un **catalyseur de performance et d'évolution**. Elle nécessite du temps pour se construire et peut facilement disparaître. **Sa fragilité invitera le cadre à l'entretenir** car elle constitue un outil pertinent de management alors que sa perte demandera beaucoup d'efforts et de temps pour la reconquérir.

## 2.4. La motivation

### 2.4.1. Les définitions :

Dans le dictionnaire du Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales nous retrouvons le concept de motivation<sup>27</sup> dans plusieurs domaines :

- En philosophie : Action de motiver, d'alléguer les (l'ensemble des) considérations qui servent de **motif(s)** avant l'acte et de **justification** à cet acte, à posteriori.
- En psychologie : Ensemble des facteurs dynamiques qui **orientent l'action** d'un individu **vers un but** donné, qui **déterminent sa conduite** et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent.
- En économie : [Dans le cadre d'une étude de marché, d'une étude de publicité] Ensemble des facteurs qui **déterminent le comportement** d'un agent économique (acheteur/consommateur, vendeur, etc.) face à un produit ou un service donné.
- En linguistique : Relation, lien plus ou moins étroit entre un signe et la réalité qu'il désigne, entre la forme signifiante d'une part et le signifié d'autre part.
- En psychopédagogie : Ensemble des facteurs dynamiques qui **suscitent** chez un élève ou un groupe d'élèves **le désir** d'apprendre.

Ces différentes définitions ont rapport avec une action ou un comportement dus à une cause et sont en relation avec le temps. Les multiples facettes que présente le mot traduit la **complexité du concept de motivation**.

### 2.4.2. L'approche psychologique

Robert Vallerand, Professeur de Psychologie à l'université de Montréal, et Edgar Thill, Professeur de Psychologie à l'université Blaise-Pascal de Clermont-Ferrand,

---

<sup>27</sup> Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Motivation*. Récupéré sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/definition/MOTIVATION>

donnent une définition « englobante » de la motivation : « *le concept de motivation représente le construit hypothétique utilisé afin de décrire les forces internes et/ou externes produisant le déclenchement, la direction, l'intensité, et la persistance du comportement.* » (Vallerand, R., & Thill, E., 1993, p. 18).

Il définit alors l'origine de nos actions dont la naissance se trouve dans des forces internes ou externes à l'individu.

Fabien Fenouillet, Professeur de psychologie cognitive à l'Université Paris-Ouest-Nanterre-La Défense, et spécialiste de la motivation, dégage un élément intéressant pour la poursuite de notre recherche à partir des travaux de Lewin, psychologue américain spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme : « *la motivation d'un individu dépend de l'attente de réussite ainsi que de la valeur qu'il accorde à cette réussite.* » (Fenouillet, F., 2012, p. 23).

En effet, « l'attente de réussite » fait écho avec l'espoir repéré précédemment chez les sociologues.

Fenouillet rapporte qu'un autre psychologue américain, Atkinson, pionnier de l'étude scientifique de « l'homme motivation », la réussite et le comportement, livre un modèle mathématique qui selon lui va déterminer le comportement d'un sujet à l'adhésion ou l'évitement pour accomplir une activité (*Ibid.*, p. 31). Considérant Ts, la tendance à convoiter un objectif de succès, Ms, le besoin d'accomplissement, Ps, la probabilité de réussir l'activité, et Is, la valeur incitative du succès, la formule devient alors :

$$\mathbf{T_s = M_s \times P_s \times I_s}$$

Ce produit nous rend compte des facteurs incitant un individu à effectuer une démarche d'implication qui résulte en fait de l'appréciation de paramètres qui lui sont internes ou externes.

L'auteur fait aussi état dans sa réflexion de l'intervention des processus émotionnels dans la décision, telles que la fierté dans le cas d'une réussite, et de honte en cas d'échec.

Les travaux en rapport à la réussite et l'échec de Bernard Weiner, psychologue américain et relatés sous forme de tableau dans l'ouvrage de F. Fenouillet viennent compléter les informations relevées précédemment :

| Attribution                        | Affect                   |
|------------------------------------|--------------------------|
| <b>Succès</b>                      |                          |
| Capacité                           | Confiance en soi         |
| Effort inconstant                  | Excitation               |
| Effort constant                    | Apaisement               |
| Propre personnalité                | Valorisation de soi      |
| Effort ou personnalité d'autrui    | gratitude                |
| Chance                             | Surprise                 |
| <b>Échec</b>                       |                          |
| Capacité                           | Sentiment d'incompétence |
| Effort stable ou instable          | Culpabilité, honte       |
| Personnalité                       | Résignation              |
| Effort, personnalité ou motivation | Agressivité              |
| Chance                             | Surprise                 |

Nous mesurons maintenant les conséquences d'une prise de décision à partir des enjeux qu'elle présente. En fonction de l'issue de l'activité (succès ou échec), le sujet ressentira une émotion qui le satisfera ou pas : il est alors soumis à prendre une décision en fonction du risque encouru.

F. Fenouillet met en lumière un autre modèle motivationnel, celui de Carol Dweck, professeure de psychologie sociale à l'Université Stanford, et Ellen Leggett, professeure de psychologie à l'Université de Harvard, (1988) selon lequel « *l'individu qui s'engage dans une activité va suivre l'un des deux buts suivants : un but d'apprentissage ou un but de performance. L'individu qui s'engage dans un but de performance cherche avant tout à montrer ou à prouver ses capacités. Par contre, si l'individu s'oriente vers un but d'apprentissage, alors son objectif est cette fois de gagner en compétence.* » (Ibid., p. 48).

Les expériences menées par le professeur de psychologie et de sciences sociales Edward Deci en 1971 ont montré que le fait d'intégrer une récompense à une action diminuait l'intérêt que le sujet avait pour l'activité concernée. La récompense est alors considérée comme contrainte : c'est la théorie des récompenses démotivantes. Dans les travaux qu'il a ensuite menés en 1985 avec Richard Ryan, professeur de psychologie et de psychiatrie, il établit une échelle continue de régulation (d'auto-détermination) allant de l'amotivation (absence de régulation), soit l'absence complète de motivation, jusqu'à la motivation intrinsèque (régulation intrinsèque), où **plaisir et intérêt sont trouvés dans**

**l'action sans attente de récompense.** Entre ces deux stades, il définit quatre niveaux de régulation extrinsèque, d'importance croissante :

- La régulation externe : la source de l'implication est due à un élément extérieur au sujet
- La régulation introjectée : l'action est déclenchée pour éviter un évènement désagréable (par exemple une punition)
- La régulation identifiée : le sujet s'identifie à l'activité même si le déclenchement lui est externe, car elle le valorise.
- La régulation intégrée : le sujet s'est approprié l'action, ce qui lui permet la possibilité de trouver d'autres sources d'automotivation à partir de la source externe étant à l'origine de l'action.

La théorie VIE (Valence, Instrumentalité, Expectation) de Victor Vroom, psychologue et professeur d'Université, expose en 1964, un modèle mathématique du niveau de motivation d'un individu au travail. Elle résulte selon lui du produit de l'expectation (les chances de réussite), de l'instrumentalité (niveau de récompense par rapport à l'effort fourni) et de la valence (valeur accordée aux avantages obtenus).

Selon Abraham Maslow, la motivation d'un individu trouve son origine dans l'insatisfaction de ses besoins. Il édifie en 1943 une pyramide de cinq niveaux de besoins dont les primaires se trouvent à la base. Ainsi, l'atteinte d'un niveau attise sa motivation pour atteindre le niveau supérieur. Ces niveaux sont graduellement, par ordre croissant d'importance :

- Le besoin physiologiques (la base)
- Le besoin de sécurité
- Le besoin d'appartenance
- Le besoin d'estime
- Le besoin de s'accomplir (le sommet).

De nombreuses théories ont vu le jour en ce qui concerne la motivation. Dans le cadre restreint de notre travail, il ne va pas être possible d'en rendre compte dans leur totalité. Je suis donc contraint à renoncer à prendre en considération d'autres théories telles entre-autres celles de Douglas Mc Gregor (théorie X et Y), d'Herzberg (théorie des deux facteurs), de Mc Clelland (théorie du besoin de réalisation), d'Aldefer (théorie Existence, Sociabilité, Croissance), d'Hackman (théorie caractéristique de la tâche), de Locke (théorie des buts d'accomplissement), de Bandura (théorie de l'auto-efficacité), et bien d'autres encore. Je **suis conscient que j'aurai pu trouver encore d'autres éléments intéressants** pour nourrir mon travail, mais cela dépasserait les limites quantitatives de production qui me sont fixées et il ne répondrait alors plus à la commande.

### 2.4.3. L'approche sociologique

Intimement lié à l'approche psychologique, l'abord sociologique met l'accent sur les fondements de la force motivationnelle : l'estime de soi. Alex Mucchielli, Docteur en philosophie, Docteur ès lettres et sciences humaines (sociologie), affirme que « *l'attitude envers soi ou estime de soi est une attitude fondamentale. C'est elle qui va donner un sens – en portant ou non la signification : succès possible – à toutes les actions entreprises. Si l'on doit définir « la motivation », on peut dire que l'estime de soi en est la composante principale.* » (Mucchielli, A., 1981, p. 74). Je pense que ce nouvel élément est à rapprocher de la confiance en ce sens que l'estime de soi traduit la confiance que l'on a en soi.

L'auteur stipule en tout début de son ouvrage que « *la perte de sens est la base essentielle de la démoralisation et de la démotivation. Être motivé, c'est d'abord pouvoir trouver un sens à son action.* » (Ibid., p. 7). Il existe toutefois d'autres facteurs altérant la motivation, telles les injonctions paradoxales : « *Dans une situation paradoxale, un système de contraintes divergentes emprisonne l'individu et quoiqu'il fasse il s'en sort mal. De telles situations sapent les motivations et génèrent un certain état de confusion mentale chez les individus.* » (Ibid., p. 88).

Je trouve ici deux éléments cruciaux se rapportant à ma question de recherche.

En résumé, la motivation se retrouve dans plusieurs registres selon qu'elle fait référence à l'aspiration à satisfaire des besoins, à des récompenses espérées en fonction d'efforts réalisés face à des objectifs posés, à un intérêt porté dans l'action ou le travail. Les auteurs sont parfois en désaccord sur l'influence de la « récompense » dans le processus de motivation.

Le concept de motivation propose une multitude de théories, ce qui prouve la complexité de ce terme. Pourtant, dans une ère où la meilleure gestion des ressources humaines trouve toute son importance face à des réalités économiques contraintes, la compréhension de la motivation du personnel revêt une importance cruciale. Le cadre de santé a alors tout intérêt à bien cerner ce qu'est la motivation car il joue un rôle essentiel dans la façon dont les professionnels se motiveront. Le décryptage des personnalités lui permettra de trouver les leviers permettant de les engager dans une démarche de motivation.

## 2.5.Synthèse du cadre conceptuel

L'élaboration du cadre conceptuel va me permettre d'établir des liens entre les apports théoriques produits par les références scientifiques et le matériau collecté lors de la phase d'observation que j'aborderai prochainement dans la suite de mon travail.

A ce stade de ma réflexion, les concepts « travaillés » me conduisent vers des significations différentes de celles que j'avais en représentation. Par exemple, je rapprochais le terme de « légitimité » uniquement de celui de légal, je n'envisageai pas dans le mot « confiance » un aspect de vulnérabilité, ou encore dans la « motivation » une réponse à un besoin. Ces quelques exemples, loin d'être exhaustifs, montrent déjà le cheminement de pensée qui s'est opéré depuis le début de ce travail d'initiation à la recherche en sciences humaines.

Cette étape invite aussi à considérer les associations que l'on peut effectuer en rapport avec la profession de cadre de santé.

De ce fait, je comprends que le cadre, par sa fonction, est investi d'une autorité légitimée par sa hiérarchie et le diplôme qu'il a acquis, mais qui devra aussi prendre sens dans la résolution des problématiques qu'il rencontrera au quotidien en liaison avec les réponses aux attentes des équipes. La réussite dans ses épreuves contribuera à gagner la confiance de son entourage, ce qui incitera les professionnels à s'engager dans une démarche de participation à un projet.

La phase d'analyse viendra affirmer ou infirmer ces allégations.

## MÉTHODOLOGIE

### 3. Méthodologie de recueil de données

Cette étape va confronter le cadre conceptuel que j'ai élaboré à des données issues du terrain. Le fruit des recherches effectuées préalablement va me guider pour **recueillir** auprès des professionnels **des informations pertinentes** que j'analyserai par la suite dans une phase ultérieure. Il sera alors possible d'évaluer la consistance des hypothèses que j'avais formulées précédemment.

Pour ce faire, je devrai construire une **grille d'analyse** pour « décortiquer » les informations obtenues. L'interprétation qui en découlera se réalisera à la lumière des résultats du cadre conceptuel. Cependant, **je garderai à l'esprit les hypothèses** de recherche qui me permettront de conserver les informations les plus pertinentes et ainsi **ne pas s'égarer** dans des considérations sortant de notre domaine de recherche. Elles constitueront une sorte de filtre.

Il me semble alors souhaitable de rappeler la question de recherche que j'avais énoncée :

*« De quelle forme de légitimité doit disposer le cadre de santé pour générer de la confiance auprès d'une équipe et engendrer la motivation dans le travail ? »*

Je dois maintenant collecter le « matériau » et donc solliciter des professionnels occupant un poste de cadre de santé pouvant apporter des renseignements sur leur parcours, les relations qu'ils ont avec les équipes qu'ils encadrent et leur représentation de la profession.

Une **démarche hypothético-déductive** s'impose au regard de l'ensemble des investigations que j'ai faites et de la formulation des deux hypothèses que j'avais émises.

La première, « **La motivation d'une équipe dans le travail suppose la légitimité de l'encadrant** », aborde directement la problématique de légitimité au travers de l'investissement des professionnels dans le travail. L'observation devrait pouvoir vérifier la validité de cette hypothèse.

La seconde, « **La confiance accordée à un cadre de santé est fonction de sa légitimité à occuper son poste.** » traite de la qualité relationnelle que le cadre de santé

entretient avec les professionnels avec lesquels il travaille. Je m'efforcerai de débusquer les éléments qui iront dans ce sens, ou à son encontre.

### 3.1. Observer quoi ?

La finalité de l'observation trouve son intérêt par la détection des composantes d'un professionnel à occuper un poste de cadre et ses capacités à faire se motiver les professionnels par le biais des relations qu'il entretient avec eux. Ma préoccupation va se centrer sur la saisie de termes utilisés par nos interlocuteurs qui me renseignent sur la place que la personne occupe par rapport aux différentes équipes, aux relations qu'elle entretient avec elles, à sa conception de la fonction cadre, à sa représentation de l'autorité et du pouvoir, de l'intérêt qu'elle porte aux compétences, connaissances et expériences, et enfin, à sa perception de ce qu'est la légitimité.

Dès lors, il ne s'agit pas de quantifier les données recueillies pour questionner la validité de nos hypothèses, 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 contexture 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)

### 3.2. Observer qui ?

Pour envisager l'étude de la légitimité d'un professionnel à occuper un poste de cadre de santé, j'ai ciblé une population composée de trois cadres diplômées et de trois cadres de santé « faisant-fonction ». Ce choix me paraît intéressant puisqu'il fait intervenir des professionnels non diplômés assurant toutefois la fonction de cadre et des professionnels ayant suivi une formation sanctionnée par un diplôme.

J'ai ensuite attaché de l'importance à ce que le cadre occupe un poste qui ne soit pas issu de sa filière d'origine. Ainsi la question de légitimité est encore plus congruente. Les formations initiales sont variées : sage-femme, ergothérapeute, technicienne de laboratoire, manipulatrice d'électro-radiologie, préparatrice en pharmacie, et diététicienne. La nature du profil de la population implique des expériences acquises de durée variable sur le poste occupé.

Je n'ai pas attaché d'importance au sexe. Cependant, seules des femmes ont été interrogées.

Le territoire sur lequel s'est effectué le travail d'observation couvre une partie de l'Ille-et-Villaine et de la Mayenne et s'est déroulée sur une période de quinze jours.

### 3.3. Quel outil utiliser ?

Afin de collecter des indices pertinents pour la réflexion que je suis amené à conduire lors de la phase d'interprétation, je choisis la technique **d'entretiens semi-directifs** qui laissent une latitude d'expression importante à mes interlocuteurs. Dans une perspective de cadrage, de conduite et de canalisation de ces entretiens, je construis un **guide d'entretien à partir des thématiques** abordées lors de l'étape de problématisation.

Pour lancer les entretiens, je devrai **exposer le point central** de notre recherche à l'interviewé. Je veillerai à ce que tous les points du guide d'entretien soient abordés en laissant les interlocuteurs **l'appropriation des questions posées** et le temps de réflexion nécessaire à l'expression de leur pensée. Dans la mesure du possible, je donnerai la **priorité à l'échange** et je n'interviendrai que dans le but d'acquérir des informations « manquantes » ou pour recentrer le sujet.

Ce type d'entretien me permettra de **saisir les représentations** qu'ont les interviewés des deux concepts de « légitimité », « motivation » et de la notion de « confiance », mais aussi de capter d'autres éléments apparus au fil de mes recherches dans le cadre conceptuel (comme par exemple, les « compétences »). D'autres **informations auxquelles je n'avais pas pensé** pourront éventuellement enrichir mon recueil et feront possiblement lien avec ma problématique.

Pour être en conformité avec la méthodologie de recherche, je ferai appels aux cours dispensés à l'université de Rennes 2 par Madame Catherine Roby sur la méthode qualitative pour la poursuite de l'entretien.

### 3.4. Les entretiens

Toute demande d'entretien avec un professionnel est soumise à une autorisation par un directeur de l'institution dans laquelle il est mené. J'ai donc envoyé aux responsables des différents sites une demande d'autorisation ainsi que le nom des personnels susceptibles de répondre aux critères que j'ai retenus.

Les autorisations et renseignements obtenus, j'ai contacté par courriel les professionnels que j'avais retenus. Je leur ai proposé des créneaux assez larges en termes de temps afin de concilier mes disponibilités et celles de mes interlocuteurs.

Lors de leur sollicitation, j'ai mentionné le sujet de la recherche. Cependant, je n'ai pas transmis d'autres pistes afin de ne pas verrouiller l'expression des interviewés.

J'ai veillé à respecter l'anonymat de chacun des professionnels (Nom, fonction associée à un lieu d'exercice). Cette demande a d'ailleurs été expressément demandée par l'une des six personnes interrogées. De ce fait, je ne relaterai pas les lieux d'exercice de chacun des six professionnels.

Chaque entrevue a fait l'objet d'un enregistrement audiophonique soumis préalablement à l'autorisation de la personne interrogée. Leurs retranscriptions sont consignées en annexes, dans l'autre document de ce mémoire.

Toutes ces attentions à l'égard des professionnels (respect, confidentialité, anonymat) répondent en fait à l'éthique que nous devons faire preuve lors d'une démarche de recherche qualitative.

### 3.5. Les thèmes de recherche

L'élaboration du cadre conceptuel a permis d'extraire des éléments que je vais regrouper par thèmes. La construction du guide d'entretien va s'effectuer à partir de ces thèmes.

Je dois donc les définir clairement :

- Le positionnement et le type de management de l'interviewé : la place occupée dans les équipes, la représentation du cadre de santé, du faisant-fonction cadre de santé, du cadre supérieur.
- La légitimité : à partir d'éventuelles situations conflictuelles, connaître l'origine de ces situations. Rapport à l'autorité et au pouvoir. Le cadre est-il le centre du conflit (légitimité non reconnue) ?
- Les compétences : sur quoi s'appuie le cadre de santé pour prendre des décisions. Compétences relationnelles : connaît-il les attentes de ses équipes ?
- La confiance : quelle relation existe-t-il avec les équipes ?
- La motivation : l'état de la participation des professionnels à des projets.

### 3.6. Le guide d'entretien

J'ai élaboré le guide d'entretien à partir du plan qui avait été énoncé dans le chapitre traitant de l'entretien du cours de méthodologie en sciences humaines et sociales par Madame Catherine Roby, à l'université de Rennes 2.

#### 3.6.1. La consigne inaugurale

Bonjour,

Je suis étudiant à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de Rennes. Pour la validation de deux modules, je dois produire un travail d'initiation à la recherche en sciences humaines et sociales. Le thème que j'ai retenu traite de la légitimité à occuper un poste de cadre de santé.

C'est la raison pour laquelle je vous ai sollicitée. Comme je vous l'avais précisé lors de la prise de rendez-vous, cet entretien va durer environ une trentaine de minutes. Avec votre accord, je vais l'enregistrer, et je veillerai à conserver l'anonymat et la confidentialité de notre entrevue.

### **3.6.2. La question inaugurale**

#### **Pouvez-vous vous présenter et retracer votre parcours professionnel ?**

Cette première question peut surprendre car elle est en contradiction avec la conservation de l'anonymat que nous venons d'évoquer. Aussi, d'une part, je n'attends pas de nom mais plutôt de savoir qui est mon interlocuteur en demandant qui il est. D'autre part, j'ai perçu immédiatement la confiance qui s'est installée car les six professionnelles se sont présentées en indiquant spontanément leur identité.

Cette question est très importante car hormis le fait qu'elle permette une prise de contact, elle apporte un éclairage sur la personnalité, les choix professionnels que la personne a faits et informe sur sa construction professionnelle.

### **3.6.3. Les relances sur les thèmes**

#### **3.6.3.1. Le positionnement et le management**

- 1. Quelle est votre place en tant que cadre de santé, comment percevez-vous votre positionnement ?**
- 2. De quelles compétences devez-vous faire preuve ?**
- 3. Que différencie un faisant-fonction d'un cadre de santé ?**
- 4. Que différencie un cadre de santé d'un cadre supérieur de santé ?**
- 5. De quelle manière occupez-vous votre place ? Quel est votre type de management ?**

Intérêt : les questions 1 et 5 déterminent la façon dont le professionnel définit son positionnement dans le service. La question 2 cible les compétences prépondérantes pour l'exercice de la profession. Les questions 3 et 4 permettent d'aborder le sujet de la formation et du diplôme.

#### **3.6.3.2. La légitimité**

- 1. Connaissez-vous ou avez-vous connu des situations conflictuelles ou des résistances avec vos équipes ? Pourquoi ont-elles eu lieu ?**
- 2. Que mettez-vous derrière le mot « autorité » ? Derrière le mot « pouvoir » ?**

### **3. Vous sentez-vous légitime au poste que vous occupez ? Pourquoi ?**

Intérêt : La question 1 permet de savoir si le professionnel est reconnu pour gérer des situations délicates et si éventuellement la situation conflictuelle trouve son origine dans la position qu'il occupe. La question 2 suggère une ouverture sur la représentation de la légitimité pour l'interviewé. La question 3, très personnelle, me renseigne sur l'argumentaire du professionnel à occuper son poste. Elle est au cœur de ma réflexion et par conséquent va amener de la matière pour l'analyse.

#### 3.6.3.3. Les compétences

- 1. Lorsque vous devez prendre une décision, sur quoi vous appuyez vous ?**
- 2. Avez-vous conduit des projets ? Si oui, avec qui ? Pourquoi vous a-t-on choisie ?**
- 3. Quelles sont selon vous les attentes des équipes d'un cadre de santé ? Comment pouvez-vous les percevoir ?**

Intérêt : Les trois questions se rapportent aux compétences. La dernière est axée sur les compétences relationnelles que le professionnel aura éventuellement développées.

#### 3.6.3.4. La confiance

- 1. Pensez-vous que les équipes vous accordent de la confiance ? Comment cela s'exprime-t-il ?**
- 2. Et vous, placez-vous de la confiance dans les équipes avec lesquelles vous travaillez ?**
- 3. Les personnels vous font-ils part de leurs conditions de vie au travail ? En sont-ils satisfaits ? Comment le savez-vous ?**

Intérêt : Les trois questions jaugent la relation de confiance qui existe entre les professionnels et l'encadrant. La dernière, certes « déguisée », touche un point sensible, celui de la qualité de vie au travail où les personnels s'exprime généralement plus facilement car c'est un thème qui leur tient à cœur.

#### 3.6.3.5. La motivation

- 1. Existe-t-il une participation spontanée des équipes lors de l'élaboration d'un projet ?**
- 2. Quelle est l'origine de cette spontanéité ?**
- 3. Quels sont selon vous les facteurs concourant à la motivation des professionnels ?**

Intérêt : Les trois questions recherchent la capacité de l'encadrant à faire se motiver les professionnels puisque c'est lui qui doit impulser ces projets auprès des équipes selon le référentiel de compétences. La dernière question risque toutefois de rapporter des éléments extérieurs à notre objet de recherche. Cette marge de manœuvre et de liberté d'expression est justement une caractéristique de l'entretien semi-directif, donc elle ne constitue pas un obstacle à mon travail.

#### 3.6.4. La conclusion

- 1. Établissez-vous un lien entre « légitimité » et « confiance » ? Pourquoi ?**
- 2. Établissez-vous un lien entre « confiance » et « motivation » ? Pourquoi ?**

Intérêt : Ces deux questions, d'abord fermées, mais ensuite ouvertes par la demande qui suit, constituent la conclusion de l'entretien. C'est le moyen de recueillir directement des éléments en rapport avec mes deux hypothèses et de synthétiser l'ensemble de l'entretien.

#### 3.6.5. Le talon

Le talon porte sur le recueil de données personnelles (âge, ancienneté dans la fonction cadre ou le faisant-fonction) ou relatives à l'environnement de l'interviewé (profil des professionnels encadrés, effectifs). Cependant, il n'est pas constant car les professionnels interrogés répondent parfois à ces questions en tout début d'entretien.

### **3.6.6. Les remerciements**

Je vous remercie pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail et pour votre participation à son élaboration.

## **3.7. La construction de la grille d'analyse**

La grille d'analyse est un outil permettant de catégoriser les informations recueillies selon les thèmes que nous avons déterminé à partir du cadre conceptuel. Elle est une aide précieuse pour l'analyse qualitative qui fera suite à la phase de méthodologie. Sa construction demande une catégorisation des informations contenues dans les interviews réalisées.

### **3.7.1. 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 attentifs à leurs contenus. Les termes importants ou redondants seront alors consignés dans le tableau dans la colonne qui s'y rapportera.

### 3.7.2. La grille d'analyse

Suite à la phase de catégorisation, j'obtiens la grille suivante :

| <b>THEMES</b>      | <b>Positionnement/<br/>Management</b> | <b>Légitimité</b>    | <b>Confiance</b>               | <b>Compétences</b> | <b>Motivation</b> |
|--------------------|---------------------------------------|----------------------|--------------------------------|--------------------|-------------------|
| <b>SOUS-THEMES</b> | Accompagnement                        | Reconnaissance       | Relation                       | Communication      | Enjeux            |
|                    | Interface                             | Diplôme              | Honnêteté/<br>Transparence     | Savoir             | Dynamique         |
|                    | Ecoute                                | Formation            | Valorisation                   | Expérience         | Intérêt           |
|                    | Proximité                             | Connaissances        | Justice/équité                 | Décision           | Attente           |
|                    | Responsabilité                        | Capacités            | Réponse à une<br>problématique | Attitudes          | Sens              |
|                    |                                       | Autorité/<br>Pouvoir |                                |                    | Explication       |
|                    |                                       | Preuves              |                                |                    | Considération     |
|                    |                                       | Compétences          |                                |                    |                   |

## 3.8. Critique de la méthodologie

### 3.8.1. Les causes limitatives

A la réalisation de la grille d'analyse, je me suis rendu compte des limites qui caractérisaient cette observation. Je me propose de les évoquer.

En premier lieu, je m'interroge sur la quantité de données collectées. En effet, j'ai restreint mon observation à six entretiens car il n'était pas possible de multiplier les sources car elles auraient demandé un temps considérable, entre sollicitation des professionnels, retranscription des entretiens, catégorisation, analyse et interprétation. Ce travail étant une approche initiatique, il n'était pas convenable de le complexifier et le rendre inexploitable. La catégorisation devenue imprécise, car trop étoffée, n'aurait pas été aidante pour l'analyse et l'interprétation. **Je ne pourrai donc pas généraliser mes résultats.**

Ensuite, les organisations étant propres à chaque établissement, les professionnels ont un regard différent en fonction de leur vécu plus ou moins riche d'expériences. De ce fait, les données collectées sont plus ou moins fournies.

J'ai choisi trois cadres de santé n'exerçant pas dans un service en rapport avec leur formation initiale et trois faisant-fonction cadre de santé. J'ai ainsi voulu confronter les avis des uns et des autres. Aussi, il aurait été intéressant de questionner les professionnels paramédicaux subalternes par rapport au sujet des thèmes retenus pour avoir un regard encore différent.

Le choix de ne pas interroger des cadres ou faisant-fonction cadres masculins a permis de ne pas multiplier les paramètres. Cependant, les éléments rapportés n'auraient peut-être pas été les mêmes.

Je n'ai pas non plus ciblé la population sur une classe d'âge particulière, pourtant, des études ont montré que suivant la génération à laquelle nous appartenons, l'approche du travail est différente<sup>28</sup>. Ceci porte à croire qu'il aurait fallu en tenir compte dans la composition de l'échantillon.

---

<sup>28</sup>Méda, D., & Vendramin, P. (s.d.). Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ? Récupéré sur Sociologies: <https://sociologies.revues.org/3349>, consulté le 30/04/2016

Un autre type de limites vient s'ajouter à celles que je viens d'énoncer. Il s'agit des freins engendrés par le manque de la pratique de l'entretien semi directif. Parfois, face à des interviewés en attente de questions, il ne m'a pas été possible d'obtenir leur libre expression par les longs silences qui, devenant gênants, m'obligeaient à poser une autre question. D'autre fois, le professionnel apportait des réponses très courtes et n'argumentait pas ou ne développait pas. A la retranscription, je me suis aussi aperçu que lors d'un entretien, j'avais coupé la parole de mon interlocuteur.

Je me demande si mon « statut » d'étudiant-cadre n'a pas altéré la qualité des entretiens et orienté la pensée des professionnels sollicités. Néanmoins, il n'était pas envisageable d'opérer différemment sous peine d'attiser leur curiosité et détourner leur attention.

Malgré le guide d'entretien, j'ai parfois été en difficulté pour conduire l'entretien lorsque l'interviewé partait sur d'autres sujets qui n'étaient pas en relation avec le thème de ma recherche.

En résumé, ce type d'exercice requiert une technique que je n'ai pas eu le temps de m'approprier. De meilleurs résultats auraient été obtenus par la composition d'un échantillon de professionnels plus variés et la maîtrise de la technique d'entretien semi-directif.

### **3.8.2. Les potentialités**

L'occasion de rencontrer des professionnels a été facilitée par l'obtention des autorisations des différents établissements contactés. J'ai même parfois demandé le nom des professionnels qui correspondaient à ma requête et les établissements ont collaboré en fournissant une liste en rapport. Je les ai sollicités et ils se sont rendus très disponibles. Sur dix personnes contactées, seule une n'a pas rendu réponse et les trois autres ne pouvaient se libérer sur les créneaux horaires que j'avais proposés. La contrainte de temps m'obligeait à des entrevues dans les quinze jours suivant la prise de contact.

Les rencontres ont provoqué des questionnements de la part des personnes interrogées qu'elles soient cadres ou faisant-fonction cadre de santé. Elles ont permis de susciter chez elles de nouvelles approches et nous en ont fait part. Réciproquement, l'ensemble du contenu des échanges m'a apporté un nouveau regard sur les thèmes que nous nous proposons de traiter.

L'une des cadres de santé m'a avoué avoir travaillé sur le thème de la légitimité lors de l'élaboration de son mémoire, ce qui l'avait motivée à répondre à mon invitation. Toutefois, son sujet ne s'apparentait pas au mien.

Néanmoins, même si j'ai parfois éprouvé des difficultés à cadrer les entretiens, j'ai cependant ressenti au fil du temps, une certaine progression dans la manière où je les conduisais.

Il est important de noter que malgré le manque de maîtrise dans l'entretien semi-directif, j'ai gardé à l'esprit le fait de ne pas diriger la pensée de mes interlocuteurs. J'ai veillé à conserver une certaine neutralité qui m'a permis de récolter un matériau riche et diversifié qui va garantir une analyse et une interprétation aussi pertinentes que possible **dans la mesure de mes capacités d'apprentissage.**

## ANALYSE ET INTERPRÉTATION

## 4. L'analyse thématique et l'interprétation des données

Je vais maintenant procéder à l'analyse des informations recueillies. Dans un souci de clarté, je suivrai toujours le même schéma : pour chaque thème, j'exposerai ses différentes composantes, nourries par les témoignages des professionnels et je conclurai par une interprétation avant d'aborder le thème suivant.

### 4.1. Les caractéristiques du recueil des données.

Avant de me livrer à l'analyse de son contenu, je propose de préciser les caractéristiques de l'échantillon de professionnels interviewés.

Il s'agit de trois cadres de santé ne travaillant pas dans un service en relation avec leur filière d'origine et de trois faisant-fonction cadre de santé. Ce sont toutes des femmes occupant un poste de cadre, soit en Ille-et-Vilaine, soit en Mayenne. Elles ont entre 36 et 54 ans, la moyenne se situant à 44 ans. Leur expérience dans l'encadrement varie entre 12 mois et 21 ans, avec une moyenne de 9 ans trois-quarts (118 mois) pour les cadres de santé et de 16 mois pour les faisant-fonction. L'importance des équipes oscille entre 20 et 50 agents, ce qui représente une moyenne d'environ 36 agents par encadrant. L'enregistrement des rencontres rapporte des durées comprises entre 17 et 30 minutes, pour une moyenne de 24 minutes.

Nous précisons ces indications dans le tableau suivant :

|                | Fonction         | Âge    | Expérience dans l'encadrement | Équipe    | Durée de l'entrevue |
|----------------|------------------|--------|-------------------------------|-----------|---------------------|
| Interviewé N°1 | Cadre de santé   | 43 ans | 7 ans                         | 20 agents | 28 min              |
| Interviewé N°2 | Faisant-fonction | 36 ans | 18 mois                       | 40 agents | 22 min              |
| Interviewé N°3 | Cadre de santé   | 54 ans | 21 ans                        | 32 agents | 18 min              |
| Interviewé N°4 | Faisant-fonction | 46 ans | 18 mois                       | 25 agents | 29 min              |
| Interviewé N°5 | Faisant-fonction | 39 ans | 12 mois                       | 50 agents | 30 min              |
| Interviewé N°6 | Cadre de santé   | 46 ans | 18 mois                       | 48 agents | 17 min              |

## 4.2. Le positionnement et le management des professionnels interviewés

Nous avons relevé des éléments relatifs au positionnement et au type de management des encadrants. Nous allons maintenant reprendre ceux que nous avons retrouvés dans les entretiens et qui prennent une valeur remarquable par leur persistance lors des échanges.

### 4.2.1. La proximité

Les encadrants attachent **beaucoup d'importance** à la notion de proximité. Ils l'évoquent par la nécessité d'être au plus près des équipes qu'ils dirigent : « *Je me suis toujours dit en arrivant sur ce poste-là que mon baromètre à moi serait le bien-être et le confort de l'équipe au-delà du confort et du bien-être du patient.* » (I1, 174). L'analogie au baromètre se traduit par la recherche d'un éventuel souci rencontré par un (ou des) agent(s) pouvant impacter le climat de travail. Auquel cas, comment le cadre pourrait-il consulter le baromètre (et régler des dysfonctionnements) sans être dans sa proximité ?

Un complément d'information est ensuite apporté par la cadre de santé au sujet du « *confort et le bien-être du patient* », en insistant sur le fait qu'**elle laisse toute la latitude aux professionnels de terrains** pour assurer ce confort et ce bien-être parce que ce sont des personnes compétentes.

Le **collège médical n'est pas exclu** de cette notion de proximité : « *Moi je travaille beaucoup avec les médecins du service qui sont toujours au courant de tout ce que je souhaite mettre en place.* » (I2, 66).

Toutefois, la proximité à l'égard des équipes prend parfois des **proportions importantes** au point de se rapprocher de la vie personnelle, du moins c'est ce que rapporte une professionnelle : « *Je trouve ça très important qu'ils sachent si leur collègue part ou si une collègue a eu un bébé, si leur collègue part en retraite... vraiment les faire vivre comme si c'était une **micro-famille**.* » (I2, 113). Même si cette évocation est forte, je n'ai pas pour autant repéré d'indice se rapportant à une probable **intrusion** dans la sphère personnelle des agents. Seule cette professionnelle a manifesté une telle intensité dans la proximité à l'égard du personnel. Pour d'autres, **leur propos s'apparente à leur place** par rapport aux équipes : « *quand on est sur du quotidien je suis dans l'équipe* »

(I1, 127), « *Quand je suis à prendre des décisions pour l'avenir [...] à ce moment-là je me retrouve un peu au-dessus de l'équipe ou à côté de l'équipe.* » (I1, 129).

Si le cadre cherche la proximité des équipes qu'il encadre, **les agents adoptent une attitude réciproque** : « *ma porte est toujours ouverte et ils viennent tous.* » (I2, 241).

Enfin, pour illustrer la proximité du cadre de santé en lien avec sa fonction, il me semble intéressant de restituer les propos d'une professionnelle **par rapport au travail** dont elle a la responsabilité : « *Je sens bien que je suis cadre de proximité, c'est-à-dire que j'ai les mains dans le cambouis même si ce n'est pas du cambouis ici, mais on est vraiment à résoudre les problèmes du quotidien.* » (I1 102).

#### 4.2.2. L'écoute

Un autre élément important est apparu lors des différents entretiens : l'écoute. Cette écoute s'entend par **la relation** qu'elle suppose avec les équipes : « *Moi, si je ne voulais pas les écouter [...] si je n'étais pas non plus là, à partager les bons comme les mauvais moments, enfin clairement, on passe à côté de quelque chose.* » (I1, 288).

L'écoute prend aussi la forme d'**un outil d'aide au recueil d'informations aidant à la gestion des activités** : « *Pour moi c'est ça, que la cadre soit à l'écoute et qu'elle mette des choses en place qui soient en lien avec ce qu'ils [les professionnels] ont envie* » (I2, 255) **ou d'un instrument de gestion situationnel** : « *Cette phase d'écoute, et je pense que c'est important, et par rapport même aux situations parce que moi j'ai déjà deux sites à gérer distants de trente kilomètres, je pense que cet aspect de communication, il a été important. Et heureusement que je suis relativement disponible, parce que n'étant pas toujours là, globalement, je n'ai pas de souci particulier à gérer les équipes. Ça demande, voilà, beaucoup de temps.* » (I5, 111). Ce témoignage atteste de l'importance de l'écoute dont cette professionnelle a dû faire preuve et qui lui a permis de gérer à distance deux équipes différentes dans les meilleures conditions possibles, sans connaître de difficulté particulière.

Si l'écoute fait partie de l'attente des agents, « *Je pense qu'elles attendent de l'écoute de la part d'un... du cadre* » (I1, 214), il est étonnant de noter qu'elle prend **une dimension pédagogique et facilitante** : « *J'ai beaucoup à apprendre des autres et donc*

*j'estime que je dois tenir compte de l'avis d'équipes, de l'avis des professionnels parce que moi, toute seule, je peux complètement me fourvoyer. » (I1, 118).*

### 4.2.3. L'accompagnement

En écho à l'écoute et la proximité, l'accompagnement des professionnels fait logiquement ouverture dans le management du cadre de santé.

Dans cette démarche d'accompagnement, nous retrouvons la notion de proximité, intégrée au management : *« J'aime bien le terme de cadre de proximité, c'est quelque chose qui me correspond bien... du management assez proche de l'équipe. » (I5, 111).*

Une des préoccupations du cadre de santé repose sur l'intérêt qu'il porte aux professionnels pour les accompagner dans leur travail. Cela suppose alors *« que l'on s'intéresse à ce qu'ils font, ça à mon avis c'est primordial, que l'on sache, qu'on soit bienveillant avec eux, respectueux, que l'on sache prendre des décisions quand il faut en prendre » (I4, 195).* L'accompagnement des professionnels intègre la prise de décision dans la mesure où elle laisse **moins de place à l'incertitude** et **apporte de l'assurance** : *« ils aiment voir quelqu'un qui va prendre le temps d'étudier la chose, qui va, même s'il ne règle pas tout, tout de suite. Mais savoir que les gens s'en occupent, c'est toujours rassurant pour une équipe. » (I5, 234).*

La notion d'accompagnement prend aussi la forme d'une cohésion lorsqu'il est question pour le cadre de symboliser *« la personne qui porte les valeurs de l'équipe, qui essaie de défendre leur cause. » (I6, 120).* Il investit alors un rôle de **soutien**, voire de **protecteur**, mais aussi de **représentant** de l'équipe.

### 4.2.4. L'interface

#### 4.2.4.1. Organisationnelle

Les témoignages font apparaître de façon marquée la **fonction organisationnelle** du cadre de santé : *« On est là pour organiser tout ce qu'il faut en moyens humains, techniques, logistiques pour que les soins soient faits dans une démarche de qualité. » (I6, 28).* Nous notons ici une vision globale du rôle organisationnel du cadre de santé dont l'élaboration des plannings revêt une importance considérable : *« Les plannings, pour*

*moi, ils doivent être faits en temps et en heure. Voilà, il faut que ça soit net, clair et précis.* » (I2, 107).

L'organisation se décline alors selon **des niveaux collectifs et individuels**. Les cadres concertés ont rapporté que le planning était d'importance capitale car, outre le fait d'organiser le travail de toute une équipe, il incidait sur la vie du personnel en termes d'**harmonisation entre occupations privées et activités professionnelles**.

Pour une cadre interrogée, cette tâche lui convient parfaitement : « *Moi j'aime bien tout ce qui est la gestion humaine [...], moi, j'ai toujours échangé sur la façon de voir les choses* » (I3, 48), « *Je suis un régulateur, je dirai... Pour réguler au sein de l'équipe, il faut organiser le travail.* » (I3, 65). Pour une autre, il ne s'agit pas de régulation, mais plutôt de **gestion des effectifs selon les compétences en présence** : « *C'est que l'on met de l'huile dans les rouages pour tout, donc pour moi c'est organiser [...] et surtout mettre les bonnes compétences au bon endroit.* » (I1, 67, 69).

#### 4.2.4.2. Hiérarchique

Si le cadre de santé se présente comme une **interface** fonctionnelle, il n'en est pas pour autant une autre, cette fois-ci **hiérarchique**.

Il se présente comme un **relais entre l'institution, les médecins et le « terrain »** : « *Je pense être un maillon, entre guillemets, par rapport à l'institution, par rapport à l'équipe... Être la personne qui relaie les informations et puis qui organise.* » (I5, 36).

Cette position ne se limite pas aux individus, mais s'étend aussi au **rôle collaboratif** que le cadre de santé est amené à jouer conjointement à d'autres unités : « *J'essaie de mettre en place dans le service les décisions qui sont prises en pôle. Il y a des axes d'amélioration qui émanent du pôle. On a des objectifs... et moi mon objectif, c'est que je sois le porte-parole.* » (I2, 45). Nous identifions ici l'**envergure polaire**, au-delà des murs du service dans lequel il exerce sa profession.

#### 4.2.5. La responsabilité

Le terme de « responsabilité » est apparu treize fois lors des entretiens, ce qui le place, en termes de redondance, derrière les mots « motivation » (22 fois), « pouvoir » (47 fois), « compétences » (53 fois) et « confiance » (63 fois). Pourtant, il apparaît comme un facteur qui a suscité la **volonté à devenir cadre** chez l'une des interviewées : « *Je suis*

*quelqu'un qui aime prendre des responsabilités et je trouvais que les assumer sur un poste d'encadrement me convenait assez... Ces différents éléments qui font qu'à un moment donné, on a envie de tourner une page et de passer à une autre activité. » (I1, 26).*

Cette responsabilité n'est **pas considérée comme une contrainte**, mais plutôt comme un outil concourant à mener à bien les missions auxquelles les cadres sont attachés. Une cadre le traduit par « *des décisions parfois à prendre par rapport... en lien avec des évènements indésirables qui sont arrivés. Ben c'est à moi d'aller recadrer un peu l'équipe pour que ça ne reproduise plus.* » (I5, 52).

Conscients de l'intérêt de faire participer les professionnels de « terrain » à la vie d'un service, les cadres de santé assument la responsabilité des décisions prises en commun, en accord bien évidemment avec leurs objectifs : « *C'est mon rôle en tant que cadre de valider le choix ou de faire un choix quand il n'y a pas une validation consensuelle de l'équipe : c'est là où c'est mon rôle.* » (I1, 190).

#### **4.2.6. Interprétation**

Le thème du positionnement et du management conduit par les cadres de santé s'imposait en tout premier lieu pour aborder le reste de ce travail d'initiation à la recherche. En effet, compte-tenu des autres thèmes abordés par la suite, il constitue l'essence même de la fonction de cadre de santé.

La fonction relationnelle est prédominante et situe le cadre au cœur de l'organisation. Dès lors, il constitue **l'interlocuteur privilégié de tous les professionnels** amenés à le côtoyer. De ce fait, il est constamment sollicité de toutes parts. Je retrouve ici l'« **agent de liaison** » défini par Henry Mintzberg.

Par les relations qu'il entretient avec son entourage, le cadre obtient et accumule des informations qui lui permettent de réagir face aux situations ou aux problématiques qu'il est amené à rencontrer. Sa proximité du « terrain » et des professionnels qu'il encadre lui apportent des éléments qui permettent de mettre en place des **stratégies d'organisation**.

Cependant, lorsqu'il ne détient pas les données nécessaires à l'avancée de son travail, il doit les rechercher ailleurs. Le réseau qu'il construit avec d'autres professionnels est alors un atout certain. La **collaboration** dans la pluri-professionnalité

telle qu'elle figure dans le décret du 26 décembre 2012 est vérifiée par ses interventions au niveau des pôles d'activité.

Appelé à prendre des décisions, le cadre doit faire preuve de **discernement** et de **distanciation** par rapport aux faits qu'on lui rapporte afin d'être le plus **juste** et le plus **équitable** possible.

Les équipes attendent de lui quelqu'un sachant apporter des réponses à leurs attentes. Il est alors primordial qu'il s'intéresse à leurs préoccupations et l'importance de leur travail. Un management participatif me paraît alors nécessaire pour y parvenir. Ainsi, même s'il est issu d'une autre filière que celle en rapport avec l'activité du service, il peut extraire de ses investigations une meilleure connaissance du « terrain ».

Il dispose donc d'une marge d'autonomie relativement importante, mais cependant contrôlée par sa hiérarchie. Cette latitude doit être partagée avec l'ensemble du personnel afin que chacun s'exprime et participe à la vie du service. Néanmoins, les jalons doivent être fixés pour éviter tout débordement et constituer, comme l'affirme Michel Crozier, un « pouvoir informel » qui serait préjudiciable au manager.

A mon sens, comme l'atteste le premier témoignage relatif à la responsabilité, je suis persuadé qu'un professionnel ne devient pas cadre de santé par hasard, mais plutôt par vocation.

### 4.3. La légitimité

#### 4.3.1. La reconnaissance

En fonction du parcours professionnel et du poste occupé par les différentes personnes interrogées, la reconnaissance suscite des interrogations différentes ou des regards différents.

Parfois l'avis est tranché : « *Le faisant-fonction a été placé par une autorité, donc de par cette autorité il y a la reconnaissance de la direction.* » (I6, 41). Ces propos sont repris plus tard par une autre cadre : « *Je suis légitimé, parce que je suis légitimé par ma direction qui m'a positionnée ici. Donc je me sens légitime par rapport à ça.* » (I1, 166). C'est donc **l'institution qui détermine** en premier lieu la légitimité d'un professionnel à

occuper un poste de cadre au sein de son établissement. Aux yeux de cette cadre diplômée, il s'agit en quelque sorte d'une « validation » par l'institution.

En dehors du cadre institutionnel, nous retrouvons très fortement la légitimité à occuper un poste de cadre par **la reconnaissance du travail effectué** par le cadre de la part des équipes. Nous relevons trois témoignages qui vont dans ce sens : « *[Ce] qui me montre que j'ai ma légitimité ? [...] La reconnaissance des équipes.* » (I4, 163, 165), « *Je pense que la légitimité on l'a sur le terrain tous les jours, avec les équipes, sur ce qu'on fait, de notre travail quotidien.* » (I4, 158), « *La reconnaissance du personnel Par des témoignages directs, en disant ça c'est bien fait.* » (I6, 88).

Nous retenons cependant un commentaire surprenant qui vient objecter l'idée de la reconnaissance du « travail bien fait », mais qui ouvre une autre perspective sur la reconnaissance par un professionnel envers son cadre : « *On est reconnu, on est légitime vis-à-vis d'une équipe quand les gens sont capables de dire là ça va, là ça ne va pas, mais dans les deux sens.* » (I6, 92). En d'autres termes, la reconnaissance se traduit par **l'acceptation de la critique et par l'humilité**.

Parfois, l'avis est moins tranché, faisant place à **des interrogations quant aux capacités d'adaptation** à l'organisation d'un service par un cadre issu d'une formation initiale différente de celle attendue dans le service : « *j'ai eu plus de difficultés au niveau des équipes médicales, anesthésie et chirurgicale, parce qu'effectivement ne venant pas de la filière de médecine, déjà ils ne me connaissaient pas, je viens d'une filière différente, ils pouvaient avoir quelques doutes sur mes capacités à pouvoir ne serait-ce que comprendre le fonctionnement.* » (I1, 50).

Enfin, j'ai rencontré une faisant-fonction cadre de santé qui ne se sentait **pas reconnue** au poste qu'elle occupe **par les autres cadres** du simple fait de ne **pas être diplômée**, ce qui provoque chez elle une attitude de retrait : « *Peut-être que je ne vais pas suffisamment vers eux non plus, je pense que ça doit être par rapport à ma légitimité.* » (I4, 64).

#### 4.3.2. Le diplôme

Lors de nos investigations, le diplôme est apparu rapidement. Nous avons alors été très surpris qu'il puisse présenter un **caractère aussi questionnant**. Comme nous allons le voir, il suscite des avis très divergents.

Pour une professionnelle diplômée, c'est le **diplôme qui a assis sa légitimité** à occuper sa fonction de cadre : « *J'ai fait des modules à Dijon, d'encadrement, et puis ensuite j'ai fait un D.U. de management [...] ça m'a permis d'avoir une certaine légitimité par rapport à ça.* » (I3, 8, 9).

Pour une autre, non diplômée cadre, la question de la légitimité due au diplôme est plus contrastée : « *Autant la légitimité, moi, je trouve qu'on l'acquiert sur le terrain auprès des équipes, tous les jours, en bossant et en leur montrant qu'on est capable de les accompagner, autant je pense que le diplôme par rapport à mes pairs, il est quand même valorisant et essentiel.* » (I4, 67).

Il est intéressant de noter que les faisant-fonction de cadre de santé n'établissent pas un lien aussi important que les professionnelles diplômées entre la légitimité à occuper un poste de cadre et le diplôme, qui y est pourtant relatif : « *Je ne pense pas qu'il soit suffisant d'avoir un diplôme pour manager une équipe parce que je pense que la formation apporte des connaissances mais la manière dont on l'applique sur le terrain elle est propre à chacun.* » (I5, 90).

Les déclarations que nous avons collectées montrent une **considération relative** au diplôme, laissant plus de latitude à la relation aux équipes, même si son obtention semble une nécessité. Les trois recueils suivant attestent de cette affirmation : « *J'ai quand même une certaine connaissance, ce qui m'aide à gérer une partie de cette équipe, une légitimité, mais d'un point de vue personnel, le fait de ne pas être diplômée me gêne un peu.* » (I5, 167), ou encore « *La légitimité, c'est un travail quotidien parce que l'on peut être diplômé et ne pas avoir du tout de légitimité auprès des équipes parce que pour eux on ne sera pas un bon cadre.* » (I4, 312), et enfin « *De toute manière, si on a le diplôme, si au bout de 6 mois ils ne sont pas en phase avec ce que le cadre souhaite mettre en place, ça ne changera rien qu'il soit diplômé ou pas diplômé. Je pense que c'est vraiment une histoire de relation qu'on a avec son personnel et pas une histoire de diplôme.* » (I2, 278).

### 4.3.3. La formation

Si les avis sont partagés sur l'incidence que le diplôme peut présenter sur la légitimité à occuper un poste de cadre, nous retrouvons toutefois une certaine **unanimité** sur celle que suscite **la formation**. Elle s'avère incontournable, et sans elle, les faisant-

fonction cadres de santé se sentent démunis : « *Je pense que le faisant fonction, il fait avec ce qu'il peut avoir lui-même puisqu'il n'a pas du tout de formation, donc dans son ressenti. Je pense qu'il est lui... il a ses compétences propres qu'il adapte aux situations.* » (I5, 71).

Le fait que **la formation prépare le professionnel** à ses futures fonctions est reconnu : « *Un cadre a quand même une formation qui lui a apporté des connaissances qui lui permettent peut être d'aborder les situations avec peut-être un certain recul, peut être avec une approche qui est différente.* » (I5, 74).

La formation est considérée comme **le socle sur lequel va s'opérer la transformation du professionnel** : « *L'école des cadres permet pour moi de murer un poste de faisant fonction où on est issu d'une filière. On est quelqu'un en devenir mais justement, l'année de formation permet cette transition, permet de s'asseoir aussi sur des bases où l'on était plus sur de l'imaginaire.* » (I1, 91)

La formation est donc « légitimante » par les connaissances qu'elle apporte et qui contribue à exercer la profession de façon plus adaptée aux situations que le futur cadre peut rencontrer.

Les **agents** eux-mêmes **accordent de l'importance à la formation de leur supérieur** comme le rapporte l'ancienne diététicienne, faisant-fonction : « *Ils vont faire des petites réflexions du genre : « Et l'école des cadres c'est pour quand ? », « Vous ne partez pas à l'école des cadres ? » » (I2, 186).*

#### **4.3.4. Les connaissances**

Parallèlement à la formation, les connaissances sont des éléments sensibles dans le rapport à la légitimité.

Les éléments rapportés montrent qu'elles doivent être **maitrisées**. Les connaissances peuvent prendre la couleur du **savoir** ou de la **compréhension du « terrain »** : « *On ne peut pas être cadre sans savoir ce qui s'y fait au quotidien, je ne pense pas, ce n'est pas possible.* » (I3, 85).

Cet attachement à la connaissance est très prégnant. Le terme d'« expertise » n'a jamais été prononcé bien qu'il ait été sous-tendu : « *J'étais issue du métier de technicien*

*donc j'ai quand même une certaine connaissance ce qui m'aide à gérer une partie de cette équipe. » (I5, 167).*

D'ailleurs, lorsqu'il n'est plus question de maîtrise, des **craintes** se font poindre : *« Je ne suis pas à l'abri à un moment donné de m'entendre dire tu n'es pas de la filière, tu ne peux pas savoir. » (I1, 230).* Nous avons immédiatement ressenti **la perte de pouvoir** qui était occasionnée par ce manque de connaissances lors de l'entretien.

#### **4.3.5. Les capacités**

Parallèlement à la formation et aux connaissances, le terme « capacité » s'est imposé dans notre grille d'analyse. Il fait référence à ce dont les professionnelles font preuve pour gérer le quotidien et remplir les missions qui leur étaient confiées.

Pour l'ancienne technicienne de laboratoire, faisant-fonction, les capacités qui la légitimeraient seraient celles de **faire correctement son travail** avec le peu de moyens qu'elle détient : *« Je fais avec les outils que j'ai. Je pense faire mon métier, voilà... comme je peux, du mieux que je peux. » (I5, 173).*

Les multiples expériences connues dans un parcours professionnel permettent une approche différente : *« Je viens d'une filière différente. Ils pouvaient avoir quelques doutes sur mes capacités à pouvoir ne serait-ce que comprendre le fonctionnement. » (I1, 52).* Nous notons que dans ce cas, la cadre est consciente de ses capacités à assurer ses fonctions mais ce sont **les professionnels qui émettent des doutes** sur ses dispositions à occuper son poste. Elle l'avait d'ailleurs indiqué auparavant : *« Je n'ai jamais été dans des zones de confort sur de l'encadrement. » (I1, 33).* Cependant, cette situation ne lui pose pas problème contrairement à l'ancienne préparatrice en pharmacie, faisant-fonction, qui se questionne : *« On a toujours des doutes et des interrogations... Des prédispositions ? Je ne suis pas certaine, c'est la maturité qui fait que. » (I4, 189).* Cette dernière intervention nous révèle la **composante temporelle** qui va participer à la légitimité plutôt qu'un caractère « inné ». Elle poursuit d'ailleurs en argumentant : *« Avoir une meilleure connaissance du terrain, de l'institution, de plus d'assurance, d'avantage d'assurance » (I4, 192).*

#### 4.3.6. La compétence

Il n'est pas envisageable de concevoir la légitimité sans évoquer la compétence. Le lien s'est effectué naturellement au cours des différents entretiens.

La compétence fait beaucoup référence à **la relation à l'autre**, à la communication dans ce qui a été rapporté. Elle fait parfois appel à des valeurs : « *Je pense que les bons faisant-fonction restent des gens tout à fait honnêtes et tout à fait justes.* » (I1, 99).

Une remarque inattendue mérite d'être rapportée car je n'avais pas perçu son contenu avant sa retranscription et je n'avais pas fait le lien avec le mot : « *Une vision plus élargie, plus globale, nous permet aussi à nous de faire notre quotidien de façon plus confortable* » (I1, 112). Je comprends alors que qu'un cadre doit pouvoir prendre de la hauteur pour avoir **un regard distancié sur les situations et réagir de façon adaptée**. S'agirait-il ici d'une compétence ?

Nous reviendrons sur la compétence plus en détails au fil de ce travail puisqu'elle fait l'objet d'un thème de notre analyse.

#### 4.3.7. Faire ses preuves

Faire ses preuves. C'est une expression banale qui pourtant est assez présente dans le matériau recueilli. Il s'agit presque d'**une préoccupation pour le professionnel** en poste : « *Tous les jours c'est devoir faire preuve, c'est d'avoir à se prouver, c'est de prouver aux autres... Il y a un engagement qu'on a à cœur de tenir. Je pense, je reste convaincue que c'est un exercice plus difficile que d'être diplômé.* » (I4, 99).

Une professionnelle indique que même après avoir obtenu le diplôme, il s'agit de faire ses preuves au quotidien : « *Qu'on soit cadré ou pas cadré, il faut faire ses preuves face à l'équipe de façon à acquérir la légitimité par rapport à l'équipe.* » (I6, 43). Il est alors sous-tendu que la légitimité en question doit être continuellement prouvée. Elle n'est **pas acquise indéfiniment**.

Les preuves sont basées sur des **éléments factuels**, tels l'action : « *Je pense que l'équipe se rend compte que je fais bouger les choses.* » (I2, 173) ou le comportement : « *Je pense que c'est de par nos actions qu'on va devenir légitime aux yeux des gens, enfin de par notre attitude.* » (I5, 343)

#### 4.3.8. L'autorité et le pouvoir

Dans l'avancée de notre enquête, nous avons remarqué des zones d'incertitude dans l'environnement du cadre. Cependant, il est des domaines où le doute n'a pas de place, ceux de l'autorité et du pouvoir, même si **les mots ne séduisent pas** pour autant les encadrants : « *Je suis quelqu'un qui avance avec beaucoup d'humilité alors moi tout de suite l'autorité et le pouvoir c'est quelque chose qui me dérange parce que pour moi j'ai une vision assez péjorative de ces deux mots.* » (I1, 156)

Autorité et pouvoir sont souvent **amalgamés** et peu de professionnels en donnent une définition spontanée et précise. Ils apparentent ces termes à **l'injonction** et à **l'affirmation de soi** : « *Quand j'ai un besoin hiérarchique ou un rôle de rappel à la règle ou à la loi, je suis au-dessus de l'équipe, je reprends mes étiquettes et mes galons.* » (I1, 133).

Nous pouvons citer plusieurs extraits dans le même esprit : « *Il y a des choses qui ne se discutent pas sinon on rentre dans des discussions qui perdent du temps.* » (I2, 123), « *Par moment il faut savoir dire qui est le chef.* » (I3, 116), ou bien encore « *Quand il y a une décision à prendre, je tranche.* » (I4, 145).

Une cadre avoue avoir eu recours à son autorité pour **gérer une situation** conflictuelle : « *Une personne un jour s'en est pris directement à moi et j'ai recadré les choses en disant que nous venions toutes les deux au travail pour gagner notre vie et qu'en aucun cas le ton devait monter pour s'expliquer.* » (I6, 70).

Plus simplement, une cadre de santé faisant-fonction exprime ce qu'elle évoque pour elle : « *L'autorité, pour moi, c'est juste faire respecter les règles.* » (I2, 161)

#### 4.3.9. Interprétation

Le thème de la légitimité est le point central de ce travail de recherche. Les témoignages recueillis viennent corroborer les éléments dégagés lors de l'élaboration du cadre conceptuel.

La légitimité du cadre ne se retrouve pas uniquement dans l'obtention de son diplôme, ce qui pour moi, au début de ce travail, était le seul élément justifiant sa place dans un service. Le diplôme sanctionne l'évaluation d'une certaine somme de connaissances qui permettent au cadre de comprendre des situations professionnelles et

lui fournit des outils pour appréhender certaines problématiques. Le diplôme « légalise » la possibilité pour un professionnel d'accéder à un poste de cadre de santé. De ce fait, il **constitue pour moi le premier repère de reconnaissance du cadre** et je lui attribue de la valeur puisqu'il résulte de l'**évaluation** des connaissances acquises lors de la formation.

Malgré cela, les professionnelles n'hésitent pas à s'exprimer sur le fait qu'il ne soit pas suffisant pour assurer la légitimité du cadre de santé. Nous retrouvons alors d'autres composantes relatives à la « reconnaissance ». En premier lieu, le cadre se trouve « **légitimé** » **par l'institution**. Le fait pour le cadre d'être positionné sur un poste d'encadrement lui confère une légitimité de « statut » se rapprochant de la « légitimité rationnelle » définie par Max Weber.

Ensuite, la légitimité est **accordée par les équipes** selon la qualité de travail et les capacités du cadre à gérer le service, par ses compétences. Il est alors surprenant de remarquer que les équipes se trouvent donc en position d'évaluateur. De ce fait, il doit incessamment « **faire ses preuves** » pour conserver sa légitimité. Je vois ici une perte, pour le cadre, de la « puissance indirecte » évoquée par Pierre Rasanvillon lors de la construction du cadre conceptuel.

D'ailleurs, lorsque nous avons abordé le thème de la légitimité avec une cadre affectée sur un poste différent de sa formation initiale, je m'attendais à ce qu'elle relate ses difficultés à gérer le service, et par voie de conséquence, la perte de légitimité à occuper son poste. Aussi, son intérêt pour le travail exécuté par les agents dont elle a la responsabilité lui a permis de se rapprocher d'eux et d'instaurer un climat de confiance. Cette démarche lui assure une meilleure **compréhension du « terrain »** et incite au **partage des valeurs** et des principes communs. Je pense alors que cette recherche de cohésion d'équipe et de cohérence dans le travail permet la reconnaissance du cadre. Cette pratique me paraît transposable à tous les collègues de professionnels auxquels le cadre est amené à collaborer.

#### 4.4. La confiance

Dans le thème de la confiance, nous avons retrouvé les termes « relation », « honnêteté », « transparence », « valorisation », « justice » et « équité ». Nous avons

aussi recueilli des expressions en relation avec la « réponse à une problématique », en ce sens que la confiance prenait parfois naissance suite au succès rencontré après la résolution heureuse d'une situation délicate.

#### 4.4.1. L'aspect relationnel

En accord avec les définitions de la confiance que nous avons relevées lors de la phase d'élaboration du cadre conceptuel, il s'avère que le concept de confiance suggère des liens. Ces relations sont retrouvées dans **toutes les retranscriptions**, parfois de manière directe : « *Moi, je pars sur le côté positif des choses de façon initiale, donc j'ai confiance avec les gens avec qui je travaille.* » (I1, 238), « *Je pense qu'elles attendent de l'écoute de la part d'un du cadre, je pense aussi, de pouvoir avoir confiance dans l'encadrement* » (I1, 214), parfois en mentionnant l'origine de la relation : « *Dès qu'il y a un problème ils viennent me voir* » (I4, 213). Nous notons que ces révélations expriment surtout **des attentes**.

La justification de l'existence de cette relation se trouve dans le type de rapport entretenu : « *Ils viennent dans mon bureau. Ah on apprécie ! Moi, ce qui a été mis en avant beaucoup, c'était le côté plus humain.* » (I5, 242), ou par le **besoin de reconnaissance** basé sur la relation : « *Quelqu'un qui n'a pas confiance en vous ne vous rendra pas légitime aux yeux des autres.* » (I6, 161).

#### 4.4.2. L'honnêteté et la transparence

Un deuxième facteur est apparu lors des entrevues avec la population interrogée, celui de l'honnêteté et de la transparence. Lors des interviews, j'ai perçu ces notions chez mes interlocutrices comme un **outil d'irréprochabilité ou de justification** : « *Moi, je travaille beaucoup avec les médecins du service qui sont toujours au courant de tout ce que je souhaite mettre en place. Comme ça on va tous ensemble dans le même sens.* » (I2, 66), « *L'important c'est d'être le plus transparent possible dans l'activité.* » (I1, 66).

Lorsque j'ai demandé comment elle pouvait savoir si les agents lui accordaient de la confiance, l'une des cadres m'a rendu la réponse suivante : « *Elles ne sont pas à recompter derrière moi.* » (I3, 175). Il ne me semble pas que ce fait soit un indicateur fiable pour autant.

Par contre, un autre témoignage expose une approche différente de la confiance au travers de l'honnêteté : « *La confiance, c'est quand il y a une problématique, ce n'est pas quand tout va bien, c'est quand il y a une problématique, quand on est capable de venir me voir en me disant là j'ai fait une erreur.* » (I6, 129).

#### 4.4.3. La justice et l'équité

Les professionnels cadres ou faisant-fonction ont la même approche de la justice et de l'équité : il est question de **ne pas léser** un agent. Face à cette approche, trois types de comportement ont émergé.

Le premier fait référence au **bénéfice** que le cadre en tire : « *Je parlerai aussi, enfin je ne sais pas moi, je fais très attention à ce que je sois équitable pour tout le monde. Je ne veux pas me faire influencer.* » (I2, 55). Dans ce cas, il s'agit pour le cadre d'éviter de se faire manipuler.

Le second assure à l'agent de **ne pas être traité différemment** de ses collègues : « *Derrière carré, c'est que c'est la même règle pour tout le monde : je répète les mêmes règles pour chacun et il n'y a pas de différence.* » (I2, 104). « *Il faut que la décision soit équitable, euh... Comment ? Euh... Non préjudiciable pour certains, qu'il y ait de l'équité dans l'équipe.* » (I6, 99).

Le troisième utilise **un levier managérial proche de la négociation** : « *J'ai toujours veillé à ce que les gens qui ont fait des efforts pour remplacer soient... C'était rendu sur un weekend prolongé... Enfin j'ai veillé... Et ça je pense que c'est important... Jusqu'à maintenant avec tout ce qui a pu m'arriver dans le service, j'ai toujours eu des volontaires* » (I5, 284). Le cadre use d'une « **récompense** » **pour compenser** un effort réalisé précédemment par un agent et ainsi provoquer son engagement en le sensibilisant sur le fait que ceux qui n'en produisent pas n'auront donc rien à attendre.

#### 4.4.4. La réponse à une problématique

Nous avons précédemment abordé le fait de faire ses preuves pour tendre vers la légitimité. Au niveau de la confiance, nous avons retrouvé la même tendance.

Les interviewées révèlent que c'est **après avoir prouvé** quelque chose que l'on peut alors être digne de confiance : « *La confiance s'établie à partir du moment où on a eu des choses expérimentales qui ont été menées avec succès.* » (I3, 203).

Paradoxalement, si le cadre doit « faire ses preuves » pour que les agents lui accordent de la confiance, **les équipes sont aussi en attente** de cette confiance : « *J'ai toujours été dans la recherche d'une réponse et je pense que ça c'est important aussi par rapport à des questionnements bien précis, des problématiques. J'ai su aller de l'avant pour aller chercher des réponses même si ce n'était pas les réponses qu'ils attendaient.* » (I5, 250).

Une professionnelle affirme que **l'implication** d'un cadre dans un service est déterminante pour acquérir la confiance des équipes : « *Ils ont longtemps eu un cadre qui avait été placé un peu ici voilà contre son gré et qui n'a pas fait bouger le service pendant quelques années.* » (I4, 234). Cet exemple montre alors l'intérêt de l'institution à nommer les encadrants à des postes les satisfaisant.

#### **4.4.5. La valorisation**

Lors de la retranscription des entretiens, il est apparu que la valorisation des agents intervenait dans le processus d'instauration de la confiance.

Cette fois-ci, il ne s'agit pas la confiance accordée au cadre, mais celle qui est **attribuée aux équipes** par le biais de leur valorisation.

Une cadre nous indique une source de valorisation en rapport à la collaboration médicale. La valorisation portée aux agents par les cadres de santé, « *c'est la valorisation quand même des professionnels de terrain qui souvent sont des supports à la recherche médicale.* » (I1, 207). C'est donc le **fruit du travail** qui engendre la valorisation selon cette cadre.

Cette valorisation des agents s'effectue de **diverses façons** : « *En accordant... En étant reconnaissant... En étant attentif à l'individualité de chacun... En essayant de personnaliser un petit peu les discours à chacun.* » (I6, 135) et **les occasions sont multiples** : « *En permanence, aussi bien qu'au niveau d'un seul agent ou collectif. Je complimente en flash info tout ce qui a été positif. Je me... Je vais même dire que je me pousse à ça... Que si on veut, si on veut dynamiser une équipe et rendre le boulot plus*

*intéressant il faut forcément les valoriser.* » (I2, 231). Aussi, le fait d'avoir à « se pousser à » traduit chez cette professionnelle le caractère forcé de la démarche.

#### 4.4.6. Interprétation

Considérée comme **indispensable** par les cadres interrogées dans leur relation au personnel, la confiance joue un rôle prépondérant dans l'exercice de la profession.

Elle constitue la base des relations entre professionnels. J'ai retrouvé dans les différents témoignages la consistance des propos de Georg Simmel en rapport avec la dislocation de la société en absence de confiance. Selon moi, il en est de même au sein d'un service. Même si la confiance traduit la **renonciation d'une partie de pouvoir** comme le défend Gloria Origgi, elle impose des liens qui **rapprochent** les différents membres d'un service.

Selon les dires des encadrants, la confiance d'un cadre est **attendue par les agents**. Néanmoins, elle n'est **pas implicite** et demande du temps pour s'instaurer. Une période est indispensable pour prouver qu'on en est digne. Elle est justifiée par **la transparence et la sincérité**. C'est ainsi qu'il est possible d'avouer des erreurs, et par conséquent ses faiblesses.

De ce point de vue, je relève une ambiguïté : d'une part, les **compétences** attestent de la confiance que nous pouvons placer en quelqu'un par la fiabilité qu'il a démontrée lors son succès face à des épreuves, et d'autre part, nous pouvons aussi placer notre confiance en quelqu'un qui est en **capacité d'admettre ses failles**. Cette ambiguïté est alors levée si l'on considère que même la personne la plus expérimentée puisse commettre des erreurs et puisse le confesser. Précisément, le risque d'erreur, alors que nous avons accordé notre confiance en quelqu'un, justifie l'obligation de **contrôle**.

La confiance a été évoquée en termes de **valeur**, en ce sens qu'elle constitue une **monnaie d'échange** lors d'une négociation, mais aussi comme modèle à défendre. Il s'agit alors pour le cadre d'être équitable et **ne pas subir d'influence** de la part de certains membres de l'équipe.

Le partage de cette valeur engendre la **réciprocité** de la confiance entre les différents membres des équipes.

## 4.5. Les compétences

Le thème des compétences est celui qui occupe la deuxième position au niveau de la fréquence d'utilisation des termes entendus lors des entretiens. Comme nous l'avons vu précédemment, les compétences sont en rapport avec la légitimité. Nous étions alors restés succincts puisque nous y consacrons maintenant un chapitre.

### 4.5.1. Le savoir

La cadre la plus âgée, et aussi celle qui a connu un grand nombre d'expériences, s'exprime ironiquement pour relater l'acquisition de ses savoirs : « *Des compétences de... ? Du savoir !... En fait du savoir !... C'est vrai qu'au départ moi, j'ai un petit peu appris...* » (I3, 82). En fait, lors de l'échange, elle a estimé que sa construction de cadre s'était réalisée **au fil du temps**, en apprenant incessamment. Elle poursuit en insistant sur le fait qu'**un cadre doit comprendre** ce qui se réalise dans le service dont il a la responsabilité : « *On ne peut pas être cadre sans savoir ce qui s'y fait au quotidien. Je ne pense pas, ce n'est pas possible.* » (I3, 85).

Il est alors concevable qu'en début de prise d'un poste de cadre, le manque de savoirs fasse défaut à un professionnel. Dans ce cas, « *On doit savoir de quoi on parle et si on ne sait pas, par ce que ce n'est pas parce qu'on est cadre qu'on est à même de tout savoir, il faut savoir puiser dans l'équipe les ressources pour nous permettre de répondre aux questionnements qui sont posés de façon à avancer. Que ce soient des ressources médicales, paramédicales... Il faut faire appel aux bonnes personnes, aux bons moments pour répondre à la demande* » (I6, 33). Elle reprend cette idée au cours de l'interview en indiquant que cette pratique fait partie de son quotidien : « *N'étant pas de la filière infirmière et étant dans un service de soins, je mobilise beaucoup de ressources autour de moi pour questionner.* » (I6, 59).

Une autre solution est apportée par une faisant-fonction quand je lui ai demandé sur quoi elle s'appuyait lorsqu'elle devait prendre une décision : « *Suivant la décision, ou d'après ce que je peux avoir en main... des textes !* » (I5, 176).

Les cadres ne semblent donc pas être en peine face à un manque de savoirs puisqu'ils savent **aller chercher les informations** où elles se trouvent : s'agit-il d'une compétence ?

#### 4.5.2. L'expérience

Comme nous l'avons repéré lors de l'élaboration du cadre conceptuel, le savoir ne suffit pas pour présenter des compétences. Les expériences capitalisées sur le terrain au cours du temps participent aussi à leurs acquisitions.

J'ai demandé à la plus expérimentée des personnes interrogées, ce qu'évoquait le faisant-fonction de cadre de santé pour elle. Elle y a trouvé une opportunité à gagner de l'expérience : « *Ça peut être aussi... On peut voir la fonction de cadre avec le côté expérimental, mais le problème, c'est qu'à mon avis on doit perdre du temps. Et est ce qu'on est dans cette gestion-là actuelle ? Non, on n'est plus dans la perte de temps.* » (I3, 100). Nous notons alors que l'expérience de faisant-fonction intègre une **dimension temporelle**.

Lors de la construction d'un projet, une faisant-fonction cadre de santé a été sollicité pour les expériences qu'elle avait connues dans son domaine : « *Il fallait quand même un technicien pour avoir quand même un aspect pratico-pratique entre guillemets et puis de penser nous vraiment avec le regard du technicien.* » (I5, 196). L'expérience constitue chez les professionnels un capital de valorisation, de reconnaissance.

Enfin, l'expérience intervient aussi au niveau des rapports que le cadre entretient avec les professionnels de son environnement : « *Il faut savoir apprendre à composer avec les personnes qui sont là. Il faut les prendre comme elles sont. Il ne faut pas les prendre comme on voudrait qu'elles soient.* » (I3, 86).

#### 4.5.3. Les décisions

Nous avons remarqué que dans le souci de porter de l'intérêt aux agents, les cadres de santé recouraient à un management participatif. Pourtant, l'une des attentes des professionnels du « terrain » est de voir leur « chef » prendre des décisions, notamment dans la résolution d'une problématique : « *Quand ils sont dans des situations conflictuelles, mais entre-eux, ils disent ben on n'a qu'à voir avec la cadre. [...] Peut-être qu'ils pensent que je suis juste et que parfois les situations sont trop difficiles et je pense que s'ils s'appuient de plus en plus vers la cadre c'est que du coup ils se disent qu'elle prend globalement des décisions qui leur correspondent.* » (I2, 221, 224).

Globalement, les décisions sont prises dans la **collégialité** : « *La plupart du temps je finis par décider par moi-même mais c'est souvent **un avis collégial**. Je suis beaucoup dans cette démarche-là et souvent parce que c'est mon rôle en tant que cadre de **valider le choix** ou de faire un choix quand il n'y a pas une validation consensuelle de l'équipe c'est là où c'est mon rôle.* » (I1, 188).

Cependant, une cadre rapporte que la **zone d'autonomie** en matière de décision est parfois **limitée par la hiérarchie** : « *Alors ici quand doit prendre une décision, il vaut mieux s'en référer au cadre supérieur avant de se positionner même si on a un point de vue.* » (I6, 96).

#### 4.5.4. L'attitude et le comportement

La manière dont les encadrants se comportent laisse transparaître des compétences. Ces attitudes sont en concordance avec les valeurs qu'ils défendent : « *Avoir beaucoup d'humilité... Je pense déjà il faut... Un bon cadre c'est **savoir emmener ses équipes** vers un projet commun et c'est savoir être bienveillant, savoir-faire confiance.* » (I4, 318).

Pour une faisant-fonction cadre de santé, les compétences s'expriment au travers de situations relationnelles qu'elle a su maîtriser par son comportement adapté : « *Je me positionne plutôt en [...] quelqu'un qui est plutôt... **Qui désamorce les conflits** mais bon j'ai toujours été un peu dans ce, dans cette configuration.* » (I4, 123).

Un comportement est adapté lorsque le manager n'est « *Ni dans le totalement autoritaire, ni dans le totalement laxiste. Il faut savoir... Je trouve que cette compétence-là, elle est importante de... **D'adapter son comportement** par rapport à... adapter son dialogue **par rapport à la situation**.* » (I5, 57).

Pour une autre professionnelle, la compétence du cadre repose non pas sur son attitude par rapport aux équipes, mais par ce qu'il a su mettre en place pour permettre l'activité du service : « *Faire en sorte que l'activité fonctionne sans la présence du cadre.* » (I1, 66). Nous pensons cependant que ce commentaire reste à contextualiser dans une situation bien déterminée.

#### 4.5.5. Communication

La communication suppose la relation. Nous avons déjà abordé le critère relationnel sous le thème de la confiance. Nous le retrouvons ici sous le thème de la compétence. La communication telle qu'elle a été évoquée dans les entretiens a été envisagée sous l'angle d'un partage d'informations.

Nous ne relaterons donc ici que deux témoignages qui présentent la communication comme **outil de management**.

Lorsque nous avons demandé à une faisant-fonctions cadre de santé de quelle compétence elle devait faire preuve au quotidien, elle nous a rapporté : « *Le relationnel, la capacité à communiquer, capacité à mener les hommes, à manager tout simplement.* » (I4, 86).

Une autre s'est appuyée sur l'intérêt managérial de la communication qui permet ainsi la **prévention de conflits** ou la **réduction d'aléas indésirables** pour que « *Lorsque l'on est absent, il n'y ait pas libre place à des problématiques. La transmission, la communication, c'est très, très important. Communiquer tout.* » (I2, 109). S'agit-il ici d'une représentation idéalisée ?

#### 4.5.6. Interprétation

Le sens commun accorde aux compétences l'unique acquisition de savoirs. A l'étape de l'élaboration de la question de recherche, la notion de compétence ne m'était pas apparue essentielle car masquée par la confiance et la motivation. C'est la raison pour laquelle, elle n'a pas fait l'objet de recherche lors de l'élaboration du cadre conceptuel. Cependant, lors des interviews, le mot a marqué sa présence à maintes reprises. Je l'ai donc intégré aux thèmes de la grille d'analyse en supposant qu'il prenait une **dimension significative**.

Je distingue trois ingrédients dans la composition des compétences : le savoir, l'expérience et la transposition. Les personnes interrogées ont restitué le savoir et l'expérience. Peut-être n'ai-je pas su conduire les entretiens pour qu'elles puissent s'exprimer sur la transposition ?

Cependant, j'ai repéré dans leurs interventions le fait que, malgré le savoir acquis lors de leur formation initiale pour les faisant-fonction et les apports de la formation

dispensée en Institut de formation de cadre de santé pour les diplômées, les encadrants ne cessaient de **se questionner** et de rechercher des savoirs. Je me retrouve entièrement dans ce type de comportement ayant moi-même été faisant-fonction cadre de santé. J'en conclus que **le cadre de santé se construit de façon permanente** au fil du temps.

Les expériences qu'il connaît au travers des situations professionnelles nourrissent cet enthousiasme d'apprendre.

Les compétences ainsi acquises lui permettent **d'appréhender plus sereinement les aléas** du quotidien et l'aident à **prendre des décisions adaptées** aux situations rencontrées.

J'ai remarqué que les encadrants trouvaient confortable la prise de décision dans la collégialité. Ce me semble être en accord avec le mode de management participatif qu'ils adoptent. Toutefois, les intérêts des uns et des autres n'étant pas forcément les mêmes, il semble alors difficilement concevable d'obtenir l'unanimité. C'est alors la **compétence de négociateur** du cadre qui permet d'aboutir à un compromis. C'est aussi la capacité du cadre à communiquer qui tendra vers une diminution du nombre de conflits.

## 4.6. La motivation

La motivation est le point de départ de ce travail de recherche. C'est à partir de ce mot que notre réflexion a débuté : quels sont les facteurs qui font que les professionnels se motivent ? Le cadre intervient-il dans le processus de motivation ? C'est ainsi que nous avons cheminé vers la confiance et la légitimité. Il semblait donc logique de questionner les professionnels sur ce thème. Nous avons dégagés sept sous-thèmes.

### 4.6.1. L'explication

Pour faire adhérer un professionnel à un projet, il est primordial d'en diffuser le contenu. Cette phase d'explication conditionne l'appropriation du projet par les équipes. Les cadres en sont conscientes et mesurent son importance : « *Je pense que c'est important la façon dont **on présente** le projet et ça induit...* » (I5, 301). Une autre cadre nous livre sa technique d'approche : « *Je pense qu'il y a aussi l'effet d'annonce, d'en dire un petit peu tous les jours, et puis après ça chemine.* » (I3, 197).

L'explication constitue un **rempart contre les résistances** : « *Je leur ai expliqué. Je leur ai dit voilà comment je vois les choses. J'ai besoin de votre adhésion. Est-ce que vous êtes d'accord ? Il y a toujours un peu de résistance au changement : on ne sait pas où on va...* » (I4, 264).

Elle prend une valeur d'incitation : « *Je leur ai montré l'intérêt du changement, et si eux **faisaient leurs propres propositions**, ça serait toujours plus constructif même si toutes les propositions ne sont pas bonnes à prendre.* » (I5, 302).

Enfin, l'explication ne doit pas conduire à l'injonction, mais faire sens : « **Donner du sens** et puis ne pas imposer quelque chose forcément. Même les gens qui sont des éléments moteurs, le fait de leur imposer, même si l'idée est bonne, ils vont avoir cet instant de... oui mais pourquoi on nous l'impose ? Enfin je pense que la présentation d'un projet ou d'un changement est quand même importante. » (I5, 322).

#### 4.6.2. Le sens

Les cadres, comme les faisant-fonction attachent de l'importance au sens donné au travail et à l'action : le travail ne doit pas seulement être exécuté, mais **investir les agents**. Le cadre doit alors être en mesure de discerner « *quels sont leurs souhaits pour pouvoir les emmener avec des projets qu'ils peuvent être en liens avec leur projet professionnel.* » (I2, 249).

Le sens alloué au travail invite l'encadrant à **mobiliser les compétences** de chaque acteur d'un projet : « *Un cadre a son regard organisationnel mais le technicien, lui, a l'aspect pratique aussi et je pense que c'est important de réunir les deux.* » (I5, 295).

#### 4.6.3. Les attentes des professionnels

Une des sources de motivation évoquées par les encadrants concerne les attentes des agents. Les entretiens rapportent trois niveaux d'attente d'après leurs révélations.

Il faut que les agents **perçoivent des améliorations** dans les changements : « *Ils voient que ça avance et que les projets ne mettent pas trois plombs à avancer.* » (I2, 246).

Il faut que **le changement soit réel** : « *C'est s'intéresser à ce qu'ils font... Leur proposer des... Innover... Leur proposer des innovations.* » (I4, 273).

Enfin, il faut qu'ils soient **acteurs** dans le changement : « *C'est l'intérêt pour leur travail et l'organisation. Je pense que ces gens-là veulent quand même être acteurs. Ils ne veulent pas qu'on leur impose forcément les choses et je pense que c'est indispensable d'avoir ce petit regard.* » (I5, 292).

#### 4.6.4. L'intérêt

En plus des attentes que les agents puissent formuler, il existe, de façon moins exprimée, des intérêts pour qu'ils puissent participer à un projet. Le plus évident de ces intérêts réside dans le fait d'« *améliorer les conditions de travail et être bien au travail.* » (I6, 158).

Une cadre s'identifie à un agent sollicité à participer à un projet quand elle déclare que « *c'est toujours plus motivant de se dire qu'on va pouvoir travailler sur une base neutre et où on va être force de proposition et où on va être force de choix.* » (I1, 272).

Les intérêts permettent la motivation et ainsi **éviter la routine**. La faisant-fonction cadre de santé, autrefois diététicienne pense que « *ça les stimule. Ils se rendent compte que faire partie du groupe de travail, ça les change du quotidien et ça a une attitude plus positive.* » (I2, 247).

#### 4.6.5. La considération

Au quotidien, la gestion des ressources humaines fait partie des rôles du cadre. Considérer qu'elle se résume à l'élaboration d'un planning serait mal apprécier ce rôle. En effet, nous avons retrouvé des témoignages en rapport avec la prise en considération de la **dimension humaine** que ce type de gestion suppose, faisant appel aux émotions, au ressenti : « *Je pense que l'implication... Se sentir impliqué dans les projets... Justement impliqué dans les choix... Je pense que se sentir écouté... Voilà, c'est beaucoup de ressenti.* » (I1, 277) ou encore « *Je pense qu'à l'hôpital on demande beaucoup de professionnalisme. On fait beaucoup appel au professionnalisme des gens mais on oublie aussi qu'il y a aussi une émotion derrière les gens.* » (I1, 279).

Pour la cadre travaillant au bloc opératoire, il s'agit d'un **rôle propre au cadre** et au collègue médical : « *Il faut réussir à faire cohabiter ce petit monde-là mais je pense que*

*ce qui est important, c'est que les professionnels se sentent considérés comme des individus à part entière dans une équipe et ça, ça ne peut être que le cadre et l'équipe médicale qui peuvent impulser ça. » (I1, 285).*

Au travers de la considération qu'un cadre peut porter à des agents il peut aussi collecter des informations lui permettant de comprendre certaines situations : *« Ça permet d'entendre aussi des choses. Ça permet je pense que voilà, l'individu est important à prendre en considération. » (I1, 291).*

#### **4.6.6. La dynamique**

Si le cadre recherche la motivation chez les agents lors de la conduite d'un projet, il doit cependant être à l'origine d'une dynamique qui va la provoquer : *« Il doit montrer qu'il y a une dynamique, aller toujours vers le même but, ne pas se disperser et montrer qu'il est soutenu par la hiérarchie supérieure pour que les projets que l'on met en place puissent aboutir. » (I2, 60)*

Cette dynamique ne peut être inculquée à l'équipe qu'à partir du moment où elle émane des **aspirations de l'encadrant**. Il faut qu'il ait *« l'envie de faire bouger les choses, l'envie de s'investir, l'envie d'être membre actif pour la conduite du projet. » (I6, 155)*

Eu égard à ces considérations, nous constatons que le cadre a tout intérêt à imprimer cette dynamique qui, si elle lui faisait défaut, permettrait à des agents plus motivés que lui à **se substituer à lui** et prendre ainsi une part de pouvoir informel.

#### **4.6.7. Enjeux**

Nous avons précédemment distingué les intérêts à se motiver pour les agents.

Parallèlement à ces intérêts, des enjeux concourent aussi à la motivation. Une fois mesurés, ils participent à l'éventuelle volonté des agents à adhérer à un projet. **La résistance** de certains d'eux **peut alors céder** lorsque ces enjeux ont été clarifiés et explicitent la nécessité d'un projet : *« Tout dépend des enjeux. [...] et puis on avance, même les... un petit peu plus réticents finissent par les emmener puisqu'une partie de l'équipe va déjà dans ce sens-là... » (I5, 333).*

#### 4.6.8. Interprétation

L'élaboration d'un projet peut constituer une source d'angoisse pour les membres d'une équipe d'autant plus s'il est subi et non choisi. Des résistances à sa réalisation peuvent donc être générées. C'est alors le rôle du cadre de tout mettre en œuvre pour tenter de dissiper les craintes occasionnées par le changement. Le cadre détient alors des leviers permettant de l'aider dans sa tâche.

Je constate que le cadre de santé doit faire preuve de **qualités de pédagogue** qui vont lui permettre d'expliquer, voire d'expliciter le projet et d'en donner son origine.

Une fois encore, ses **capacités à communiquer** et donc à vérifier que les informations qu'il a transmises ont bien été comprises, seront d'une aide précieuse. La façon dont il va présenter le projet devra par conséquent être soignée pour envisager l'implication des agents.

Lors des projets que le cadre est amené à proposer, il doit veiller à **tenir compte des attentes** des agents. Les **intérêts ainsi que les enjeux** sont impérativement à considérer et à mettre en valeur s'il veut espérer l'adhésion du personnel. Ainsi, interpellés, les agents deviendront force de proposition.

Je pense que cette dynamique doit être impulsée par le cadre de santé pour éviter la routine et le désengagement du personnel. C'est à mon avis une façon de respecter et de considérer le personnel en lui offrant la possibilité d'être reconnu lui-aussi.

## 4.7.Synthèse

Nous allons maintenant confronter les analyses des entretiens et les interprétations que nous avons réalisées aux deux hypothèses que nous émises précédemment. Ces hypothèses avaient fait suite à notre question de recherche :

*« De quelle forme de légitimité doit disposer le cadre de santé pour générer de la confiance auprès d'une équipe et engendrer la motivation dans le travail ? »*

La première hypothèse était formulée ainsi :

**La motivation d'une équipe dans le travail suppose la légitimité de l'encadrant.**

Nous avons supposé une relation directe entre la motivation d'une équipe et la reconnaissance du professionnel qui occupe un poste de cadre de santé. Au tout début de ce travail, je pensais que le fait qu'un faisant-fonction ne soit pas diplômé laissait entendre qu'il perdait sa légitimité. Comment une équipe pouvait alors s'investir aux côtés d'un « faux » cadre ?

De même, un agent connaissant son travail et l'exerçant depuis longtemps pouvait-il se motiver et s'investir dans un projet en sachant que son hiérarchique direct n'est pas issu de la même formation que lui et ne détient pas son expertise ?

Ces deux questions ont trouvé leur solution lors de l'analyse des entretiens.

En effet, il n'existe apparemment pas de lien entre la légitimité d'un cadre et le poste qu'il occupe. L'origine professionnelle de l'encadrant n'a plus d'incidence à partir du moment où il porte de l'intérêt au travail qui est accompli dans le service par l'ensemble des professionnels et qu'il s'imprègne de sa culture.

D'ailleurs, **le diplôme** qu'il obtient, et qui lui assure une légitimité « légale », **ne le catégorise pas dans une activité spécifique**. Il atteste un niveau de connaissances lui permettant de parer les éventualités du quotidien. La formation qu'il suit en institut l'aide à comprendre l'univers dans lequel il évolue afin qu'il puisse adopter un comportement adapté à des situations ou répondre à des problématiques. Il se construit une nouvelle identité professionnelle en rupture avec sa formation initiale. Il ne s'agit donc pas d'une

évolution dans son métier, mais bien d'une **autre profession**. Cette mutation lui permet alors d'accéder à un poste d'encadrant dans un service qui n'est pas en relation avec son cœur de métier, et ce, de façon tout à fait légitime.

Ce n'est pas pour autant qu'il ne ressent pas de craintes lorsqu'il investit un nouveau poste. Elles seront dissipées par la volonté de comprendre, ce qui lui confèrera par la suite une certaine **assurance** et limitera ses incertitudes au cours du temps.

Les compétences que le cadre de santé acquiert sont reconnues par son entourage en fonction de ses aptitudes à réguler des situations dans un champ précis. Elles sont d'autant plus reconnues qu'elles correspondent aux attentes des personnes qui le sollicitent.

L'expertise du cadre dans le travail des subalternes n'est donc pas impérative. Cependant, c'est bien chez eux qu'il puise les ressources pour en comprendre les rouages. Il s'agit d'un travail de **collaboration** dans la **complémentarité**. Cette complémentarité suppose alors l'implication et donc la motivation du personnel.

Cependant, une phase d'intégration du cadre est nécessaire pour qu'il trouve sa place au sein d'une équipe. Elle nécessite du temps. C'est à force de **partages d'expériences**, au quotidien, qu'il la trouve. L'élément de cohésion est le but recherché par tous les membres des équipes : **la prise en soin du patient**. Le sens donné au travail est donc commun et s'oriente suivant le même axe. La légitimité du cadre est alors assurée et les motivations provoquées par un management participatif et une qualité relationnelle soignée.

Néanmoins, plus que la légitimité du cadre, c'est donc la **finalité du travail** et des **intérêts individuels** qui induisent la motivation des équipes. La légitimité du cadre renforce alors ces motivations déjà existantes, **mais n'en est pas l'origine**.

La deuxième hypothèse était formulée ainsi :

**La confiance accordée à un cadre de santé est fonction de sa légitimité à occuper son poste.**

Le caractère affirmatif de cette hypothèse doit être discuté suivant les éléments que nous avons collectés depuis sa formulation, en début de ce travail de recherche.

Elle affirmait donc que les équipes ne pouvaient accorder de la confiance au cadre que dans la mesure où il était légitime au poste qu'il occupait.

Depuis nous avons intégré de nouvelles informations qui nous ont permis de préciser les termes constituant cette hypothèse.

Sans reprendre tous les éléments concourant à la légitimité du cadre de santé, nous pouvons tout de même affirmer que le cadre de santé a été légitimé par son institution. Ce premier élément manifeste donc la confiance qu'elle a placée en lui. Dans ce cas précis, c'est la confiance que l'institution place dans le professionnel qui caractérise sa légitimité, **et non l'inverse**.

Nous avons constaté que le diplômé participait à la reconnaissance du cadre par la validation des connaissances qu'il a acquises lors de sa formation. Pourtant le faisant-fonction occupe un poste d'encadrant sans pour autant l'avoir obtenu. Devons-nous alors estimer que les équipes n'accordent pas de confiance au faisant-fonction ? Ce n'est pas ce qui a été rapporté lors des entretiens.

Effectivement, les interviewés ont insisté sur le fait que c'est après avoir fait ses preuves que les professionnels médicaux ou paramédicaux, étaient alors en mesure d'accorder leur confiance à l'encadrant et par la suite de le rendre légitime à son poste.

Dans ce cas, et **suivant les limites de notre travail**, notre hypothèse ne peut être validée car les résultats que nous avons obtenus montrent que c'est la légitimité d'un cadre à occuper son poste qui est en fonction de la confiance qui lui est accordée.

## CONCLUSION

## 5. Conclusion

L'institution m'a affecté à des postes de faisant-fonction cadre de santé sur deux missions transversales lorsque j'ai exprimé ma volonté à devenir cadre. Je ne comprenais pas le malaise qui me gagnait à certains moments alors que c'est bien ce nouveau métier que je voulais exercer. Lors de l'exposé des deux « situations-problèmes », en tout début de ce travail, je n'ai pas réussi à dégager l'origine de ce mal-être. Concentré sur les projets que l'institution m'avait confiés, je n'étais pas à l'époque en capacité de comprendre la situation qui me tourmentait. Je trouvais simplement anormal qu'on ne me donne pas les informations utiles à la réalisation des projets et je restais attaché à l'idée que cette mise en faisant-fonction était une mise à l'épreuve. De ce fait, il m'était impossible de formuler une question de départ.

Il a fallu un bon nombre de lectures d'articles et d'échanges avec mon Directeur de mémoire pour y parvenir. En fait, je n'arrivais pas à exprimer ma volonté à devenir cadre de santé bien que j'aspirais fortement à cette évolution professionnelle. Il me fallait alors comprendre pourquoi ce blocage était apparu. Le cheminement de la réflexion m'a conduit à la possibilité de ne pas me sentir légitime au poste que j'occupais. Je refusais cette « usurpation » d'identité. Cependant, au quotidien, je parvenais à remplir les missions qui m'étaient confiées. Il régnait alors en moi un conflit que je devais régler. Ce travail d'initiation à la recherche en sciences humaines a consenti à me questionner et à m'apporter un éclairage sur la situation.

Le mémoire est donc une opportunité pour éclaircir les zones d'ombre qu'un futur cadre peut connaître. Il aide à mettre en lumière la problématique de départ, et invite à la réflexion. Pour ma part, il a conforté mon choix de changement de profession. Mon inquiétude portait sur la crainte de ne pas être reconnu dans ma future vie professionnelle de cadre. Suite à quelques lectures et aux entretiens exploratoires, j'ai pu formuler la question de recherche et ainsi progresser dans mon cheminement réflexif : « *De quelle forme de légitimité doit disposer le cadre de santé pour générer de la confiance auprès d'une équipe et engendrer la motivation dans le travail ?* ». Cette question m'a conduit à émettre deux hypothèses : « *La motivation d'une équipe dans le travail suppose la légitimité de l'encadrant.* » et « *La confiance accordée à un cadre de santé est fonction de sa légitimité à occuper son poste.* ».

Le déblocage de la situation m'a permis la distanciation nécessaire pour ne pas diriger ma pensée, mais au contraire m'offrir une ouverture suffisante pour envisager d'autres points de vue. J'ai donc cherché à savoir ce que le terme de légitimité recouvrait.

Mes recherches ont conduit à ce que la légitimité repose sur le regard d'autrui et non pas sur le sien : **je me sens légitime au travers du regard de l'autre**. Cette vision de la légitimité renforce alors le questionnement que l'on peut avoir sur soi. Cependant, la légitimité accordée par l'institution en plaçant un professionnel à un poste de cadre lui confère une certaine autorité et/ou un certain pouvoir. Lors de mon faisant-fonction, je n'ai pas saisi cette dimension-là.

Néanmoins, j'ai toujours accordé de l'importance dans les relations que j'entretenais avec les différentes équipes. Tout au long de nos recherches, nous avons noté que la communication occupait une place prépondérante dans la fonction. Le cadre est ainsi l'interlocuteur privilégié du service. C'est justement la qualité de la relation qu'il cultive avec les équipes qui conditionne sa facilité à remplir ses missions.

La phase conceptuelle du travail d'initiation à la recherche a apporté une dimension scientifique aux notions et concepts que nous avons retenus. Elle a constitué une base à partir de laquelle nous avons pu confronter les recueils de données pour conduire l'analyse et les interprétations.

Lors de l'analyse du « matériau » collecté, nous nous sommes aperçus que ce qui attestait la légitimité du cadre était en rapport avec le relationnel, les compétences et la communication. Nous avons donc retrouvé sur le « terrain » les éléments de la phase théorique. Toutefois, ils ne sont pas les seules composantes pour qu'un cadre soit légitimé aux yeux des soignants. Nous avons entre-autres retrouvés la confiance, la considération, l'écoute et la reconnaissance.

Les réponses apportées aux hypothèses, dans la mesure de la conduite de ce travail d'initiation à la recherche, ont produit des indices aidant à la prise de fonction d'un cadre de santé. C'est en ayant porté cette réflexion que nous pouvons maintenant nous projeter vers notre future fonction. Cette prise de recul était nécessaire pour clarifier une situation qui était embarrassante.

## **Et demain ?**

L'arrivée d'un nouveau cadre dans un service occasionne incontestablement des interrogations de la part des équipes. Elles se demandent « comment il est ? », « Est-ce qu'il va faire l'affaire ? », « Sera-t-il aussi bien que celui d'avant ? Pire ? ».

De son côté, le cadre se demande s'il sera reconnu à la place qu'il occupe. D'autant plus s'il s'agit d'une première prise de poste de cadre de santé.

Il s'agit donc pour lui de se présenter, mais aussi d'exposer globalement la façon dont il compte travailler (en collaboration), ce qu'il attend des équipes (leur motivation) et signifier qu'il se tiendra au maximum disponible pour les recevoir. Il s'agit donc d'un engagement qu'il doit respecter.

Eu égard à ce que nous avons étudié, il paraît alors logique de débiter cette prise de poste par la rédaction d'un rapport d'étonnement. Cet état des lieux procurera des indices pertinents pour agir rapidement sur les points d'achoppement, facilitera la compréhension de l'organisation du service, et décèlera les attentes des soignants lors des échanges qui auront permis sa construction.

Lors ma prise de fonction, je veillerai à me questionner sur ce que je peux mettre en œuvre pour assurer aux équipes la meilleure qualité de vie au travail possible. Je suis persuadé que des professionnels qui se sentent bien au travail livrent une meilleure prestation à l'utilisateur ou au résident. Ce vœu aussi pieux soit-il devra se réaliser selon les contraintes environnementales et économiques. C'est la raison pour laquelle je devrai rester à l'écoute des besoins des soignants afin de les recueillir.

Serais-je légitime à mon poste si je n'étais pas non plus à l'écoute des patients ? Il semble évident que même si je quitte ma profession initiale, mon but sera toujours le même : que le service dans lequel j'exerce ma profession soit réputé pour prodiguer des soins de qualité aux patients ou aux résidents. Il s'agit là encore d'un engagement.

C'est en travaillant en collaboration avec les équipes médicales et paramédicales qu'il sera possible d'y parvenir. Je devrai donc impulser la motivation des professionnels en mettant en place des projets où ils trouveront un intérêt et du sens. Nous nous efforcerons de questionner ensemble nos pratiques afin de les réajuster. De ce fait mon rôle de coordinateur prendra toute sa dimension.

Cependant, je devrai aussi attacher de l'importance à l'individualité et d'être au plus près des agents. Il me semble regrettable qu'un cadre n'alloue un temps privilégié à un membre de son équipe uniquement lors de l'entretien annuel d'évaluation. Aussi, contrairement à la professionnelle qui considérait l'équipe qu'elle encadrait comme une « micro-famille », je ne conçois pas l'équipe dans les mêmes rapports que ceux qui sont supposés exister au sein d'une famille. A mon sens, les relations doivent rester professionnelles.

Lors d'un stage en Institut de formation en soins infirmiers, j'ai remarqué les répercussions induites par la valorisation portée aux étudiants par la cadre formatrice. J'avais noté qu'elle avait pour conséquence l'implication des étudiants dans le travail qui était demandé. Je compte alors agir de même pour dans le service où je serai affecté dans l'espoir d'obtenir les mêmes résultats. Lors de la synthèse de notre analyse, nous avons déjà observé que la valorisation des agents concourrait à l'installation de la confiance entre les individus. Ce me semble alors important de mettre en valeur ce qui a été correctement réalisé par un agent.

Attacher de l'importance à l'individualité implique selon moi une gestion d'individus. En effet, il serait dangereux pour un cadre d'idéaliser l'environnement dans lequel il évolue. Je suis conscient que des conflits peuvent surgir à tout moment. Je devrai alors comprendre l'origine de ce conflit pour tenter de le juguler. J'endosserai alors le rôle de négociateur et me servirai de mes compétences en communication.

### **Quel type de management ?**

Lors des entretiens réalisés auprès des encadrants, la question du type de management qu'ils mettaient en place me paraissait intéressante. Je pensais recueillir des informations sur son incidence et désirais savoir si un lien existait entre la confiance et le management. A la lumière de notre travail, je ne trouve plus cette question pertinente dans la mesure où le type de management peut différer en fonction des situations dans lesquelles le cadre se trouve, de l'environnement dans lequel il évolue, et le profil des équipes en présence dans le service.

Il est alors difficilement concevable d'apporter une réponse à la question telle que je l'avais formulée.

Pourtant, tous les encadrants que j'ai questionnés ont répondu qu'ils recouraient à un management de type participatif. Ce constat me semble alors révélateur d'une volonté à faire collaborer les professionnels de la part des encadrants. Je n'ai toutefois pas retrouvé d'élément attestant d'un lien entre management et la confiance.

### **Quelle réponse pouvons-nous alors apporter à notre question de recherche ?**

Nous avons donc apporté des solutions aux deux hypothèses en rapport à notre question de recherche.

La première supposait une relation directe entre la motivation d'une équipe dans le travail et la légitimité du cadre du service. Nous avons conclu que la motivation dans le travail était déjà existante et que la légitimité du cadre n'intervenait que pour la renforcer.

La deuxième hypothèse conjecturait que la confiance accordée à un cadre était fonction de sa légitimité à occuper son poste. Nous sommes parvenus à considérer qu'au contraire, le cadre sera légitimé à partir du moment où il sera possible de lui accorder de la confiance.

La question de recherche posait la problématique de savoir de quelle forme de légitimité doit disposer le cadre de santé pour générer de la confiance auprès d'une équipe et engendrer la motivation dans le travail.

Dans ce modeste travail d'initiation à la recherche, et dans la mesure de nos pauvres capacités d'apprenti, il serait présomptueux de vouloir apporter une réponse tranchée. Cependant, il ressort de cette étude, un lien étroit entre la motivation du personnel, les compétences du cadre de santé, et la confiance qu'on peut lui accorder. C'est alors une triangulation de ces éléments qui peuvent déterminer la légitimité d'un professionnel à occuper une poste de cadre de santé.

## 6. Liste des références

### Ouvrages

- Aïach, P., & Fassin, D. (1994). *Les métiers de la santé*. Paris: Editions anthropos-economica.
- Arrow, K. (1976). *Les limites de l'organisation*. Paris: PUF.
- Boutinet, J.-P. (2009). *"Projet"*. Toulouse: Edition Erès.
- Calame, P. (2003). *La démocratie en miettes*. Descartes & Cie/Charles Léopold Mayer.
- Corbel, J.-C. (2013). *L'essentiel du management de projet*. Paris: Eyrolles éditions.
- Crozier, M., & Friedberg, E. (1977). *L'acteur et le système*. Paris: Seuil.
- Donnadieu, B., Genthon, M., & Vial, M. (1998). *Les théories de l'apprentissage*. Paris: Elsevier Masson.
- Dupuy, C., & Torre, A. (2004). *Confiance et proximité*. Editions Lavoisier.
- Eloi, L. (2012). *Economie de la confiance*. Paris: Editions la découverte.
- Fenouillet, F. (2012). *La motivation*. Paris: Dunod.
- Levinson, H. (1974). *Les motivations de l'homme au travail* (éd. Harvard University Press). (D. Varignon, Trad.) Paris: Editions d'organisation.
- Luhmann, N. (2006). *La confiance* (éd. Lucius & Lucius Verlagsgesellschaft). (S. Bouchard, Trad.) Paris: Edition Economica.
- McClelland, D., Atkinson, J., Clark, R., & Lowell, E. (1953). *The achievement motive*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Méda, D., & Vendramin, P. (s.d.). *Les générations entretiennent-elles un rapport différent au travail ?* Récupéré sur Sociologies: <https://sociologies.revues.org/3349>
- Mintzberg, H. (1984). *Le manager au quotidien* (éd. 2002). Paris: Editions d'organisation.
- Mispelblom, F. (2014). *Encadrer, un métier impossible ?* Paris: Armand Collin.
- Moreau de Bellaing, L. (2002). *Quelle autorité aujourd'hui ?* Issy-les-Moulineaux: ESF éditeur.
- Mucchielli, A. (1981). *Les motivations*. Paris: PUF.
- Mucchielli, A. (2011). *Les motivations*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Origg, G. (2008). *Qu'est-ce que la confiance ?* Paris: Librairie philosophique J. Vrin.
- Pettit, P. (1995). *The cunning of trust*.
- Quivy, R., & Van Campenhout, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris: Dunod.
- Rasanvillon, P. (2008). *La légitimité démocratique* (éd. Editions du seuil). Paris.

- Simmel, G. (1987). *Philosophie de l'argent*. Paris: PUF.
- Thuderoz, C., Mangematin, V., & Harisson, D. (1999). *La confiance*. Levallois-Perret: Gaëtan Morin Editeur.
- Vallerand, R., & Thill, E. (1993). *Introduction à la psychologie de la motivation*. Quebec: Vigot.
- Weber, M. (1963). *Le savant et le politique*. Paris: Plon.

### **Revues :**

- 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).

### **Sites consultés :**

- Braudo, S. (s.d.). *Définition de la légitimité*. Récupéré sur Dictionnaire du droit privé de Serge Braudo: <http://www.dictionnaire-juridique.com/definition/legitimite.php>
- Centre hospitalier d'Avignon. (2013). *Projet d'établissement 2013-2017*. Consulté le 02 25, 2016, sur [http://www.ch-avignon.fr/documents/Focus/Documents/projet\\_etablissement\\_livre1/Projet\\_d\\_\\_etablissement\\_2013-2017\\_Livre\\_2.pdf](http://www.ch-avignon.fr/documents/Focus/Documents/projet_etablissement_livre1/Projet_d__etablissement_2013-2017_Livre_2.pdf)
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Confiance*. Récupéré sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/lexicographie/confiance>
- Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales. (s.d.). *Motivation*. Récupéré sur CNRTL: <http://www.cnrtl.fr/definition/MOTIVATION>
- Hatzfeld, H. (2011). *Légitimité*. Récupéré sur Dicopart: <http://www.participation-et-democratie.fr/dico/legitimite#popauth>
- Légitimité*. (s.d.). Récupéré sur Universalis.fr: <http://www.universalis.fr/encyclopedie/legitimite/>
- Légitimité*. (2016, 04 13). Récupéré sur Dictionnaire Larousse en ligne: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/l%C3%A9gitimit%C3%A9/46599>
- 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>

Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). Décret n° 2012-1466 du 26 décembre 2012 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière. Récupéré sur <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000026843750&categorieLien=id>

Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé. Récupéré sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=85D0A27A5A078550FB838DBA73BB7844.tpdila12v\\_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=20160416](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=85D0A27A5A078550FB838DBA73BB7844.tpdila12v_2?cidTexte=JORFTEXT000000554484&dateTexte=20160416)

Ministère de la santé publique et de l'assurance maladie. (s.d.). LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Récupéré sur [https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=25C8C980024B4D5FDD3709C7AEF95085.tpdila20v\\_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=25C8C980024B4D5FDD3709C7AEF95085.tpdila20v_1?cidTexte=JORFTEXT000031912641&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000031912638)

Syndicat des managers publics de santé. (s.d.). Cadres de santé. Référentiels d'activités et de compétences. Consulté le 02 25, 2016, sur [http://www.smepsante.fr/fileadmin/fichiers\\_redacteurs/pdf/Articles\\_pdf/CdS/Cadres\\_sante\\_Ref\\_activites\\_et\\_competences\\_apres\\_\\_18\\_12\\_2012.pdf](http://www.smepsante.fr/fileadmin/fichiers_redacteurs/pdf/Articles_pdf/CdS/Cadres_sante_Ref_activites_et_competences_apres__18_12_2012.pdf)

## 7. Table des Matières

|   |    |
|---|----|
| <b>1. Introduction</b> .....  | 1  |
| 1.1. Parcours professionnel .....   | 1  |
| 1.2. Eléments professionnels en rapport avec l'objet de recherche.....                | 3  |
| 1.3. L'exploration.....   | 9  |
| <b>1.3.1. Présentation de la phase exploratoire</b> .....                             | 9  |
| <b>1.3.2. Les composantes de la phase exploratoire</b> .....                          | 10 |
| <b>1.3.3. La synthèse des entretiens exploratoires</b> .....                          | 10 |
| <b>1.3.4. Les apports théoriques</b> .....  | 11 |
| <b>1.3.5. L'évolution vers la question de recherche</b> .....                         | 12 |
| <b>2. Le cadre conceptuel</b> .....   | 16 |
| 2.1. Le cadre professionnel .....   | 16 |
| <b>2.1.1. Une profession récente</b> .....  | 16 |
| <b>2.1.2. Le cadre législatif de la profession</b> .....                              | 16 |
| <b>2.1.3. Une adaptation professionnelle dans un univers en pleine mutation</b> ..... | 17 |
| <b>2.1.4. Une réingénierie en cours</b> .....   | 18 |
| <b>2.1.5. Le cadre de santé dans l'organisation</b> .....                             | 19 |
| 2.2. La légitimité .....  | 21 |
| <b>2.2.1. Les définitions</b> .....   | 21 |
| <b>2.2.2. L'approche politique</b> .....  | 22 |
| <b>2.2.3. L'approche psychologique</b> .....  | 23 |
| <b>2.2.4. L'approche anthropologue</b> .....  | 24 |
| <b>2.2.5. L'approche sociologique</b> .....   | 25 |
| 2.3. La confiance .....   | 27 |
| <b>2.3.1. Les définitions</b> .....   | 27 |
| <b>2.3.2. L'approche sociologique</b> .....   | 27 |
| <b>2.3.3. L'approche anthropologique</b> .....  | 28 |
| <b>2.3.4. L'approche philosophique</b> .....  | 29 |
| <b>2.3.5. Le droit et la confiance</b> .....  | 30 |
| 2.4. La motivation .....  | 32 |
| <b>2.4.1. Les définitions :</b> .....   | 32 |
| <b>2.4.2. L'approche psychologique</b> .....  | 32 |
| <b>2.4.3. L'approche sociologique</b> .....   | 36 |
| 2.5. Synthèse du cadre conceptuel .....   | 38 |
| <b>3. Méthodologie de recueil de données</b> .....                                    | 40 |

|               |   |           |
|---------------|---|-----------|
| 3.1.          | Observer quoi ? .....   | 41        |
| 3.2.          | Observer qui ? .....  | 41        |
| 3.3.          | Quel outil utiliser ? .....   | 42        |
| 3.4.          | Les entretiens.....   | 43        |
| 3.5.          | Les thèmes de recherche.....  | 43        |
| 3.6.          | Le guide d'entretien.....   | 44        |
| <b>3.6.1.</b> | <b>La consigne inaugurale</b> .....                                     | 44        |
| <b>3.6.2.</b> | <b>La question inaugurale</b> .....                                     | 45        |
| <b>3.6.3.</b> | <b>Les relances sur les thèmes</b> .....                                | 45        |
| <b>3.6.4.</b> | <b>La conclusion</b> .....  | 47        |
| <b>3.6.5.</b> | <b>Le talon</b> .....   | 47        |
| <b>3.6.6.</b> | <b>Les remerciements</b> .....  | 48        |
| 3.7.          | La construction de la grille d'analyse.....                             | 48        |
| <b>3.7.1.</b> | <b>La catégorisation</b> .....  | 48        |
| <b>3.7.2.</b> | <b>La grille d'analyse</b> .....  | 49        |
| 3.8.          | Critique de la méthodologie .....                                       | 50        |
| <b>3.8.1.</b> | <b>Les causes limitatives</b> .....                                     | 50        |
| <b>3.8.2.</b> | <b>Les potentialités</b> .....  | 51        |
| <b>4.</b>     | <b>L'analyse thématique et l'interprétation des données</b> .....       | <b>54</b> |
| 4.1.          | Les caractéristiques du recueil des données. ....                       | 54        |
| 4.2.          | Le positionnement et le management des professionnels interviewés ..... | 55        |
| <b>4.2.1.</b> | <b>La proximité</b> .....   | 55        |
| <b>4.2.2.</b> | <b>L'écoute</b> .....   | 56        |
| <b>4.2.3.</b> | <b>L'accompagnement</b> .....   | 57        |
| <b>4.2.4.</b> | <b>L'interface</b> .....  | 57        |
| <b>4.2.5.</b> | <b>La responsabilité</b> .....  | 58        |
| <b>4.2.6.</b> | <b>Interprétation</b> .....   | 59        |
| 4.3.          | La légitimité .....   | 60        |
| <b>4.3.1.</b> | <b>La reconnaissance</b> .....  | 60        |
| <b>4.3.2.</b> | <b>Le diplôme</b> .....   | 61        |
| <b>4.3.3.</b> | <b>La formation</b> .....   | 62        |
| <b>4.3.4.</b> | <b>Les connaissances</b> .....  | 63        |
| <b>4.3.5.</b> | <b>Les capacités</b> .....  | 64        |
| <b>4.3.6.</b> | <b>La compétence</b> .....  | 65        |
| <b>4.3.7.</b> | <b>Faire ses preuves</b> .....  | 65        |
| <b>4.3.8.</b> | <b>L'autorité et le pouvoir</b> .....                                   | 66        |

|   |    |
|---|----|
| <b>4.3.9. Interprétation</b> .....                  | 66 |
| 4.4. La confiance .....                             | 67 |
| <b>4.4.1. L'aspect relationnel</b> .....            | 68 |
| <b>4.4.2. L'honnêteté et la transparence</b> .....  | 68 |
| <b>4.4.3. La justice et l'équité</b> .....          | 69 |
| <b>4.4.4. La réponse à une problématique</b> .....  | 69 |
| <b>4.4.5. La valorisation</b> .....                 | 70 |
| <b>4.4.6. Interprétation</b> .....                  | 71 |
| 4.5. Les compétences .....                          | 72 |
| <b>4.5.1. Le savoir</b> .....                       | 72 |
| <b>4.5.2. L'expérience</b> .....                    | 73 |
| <b>4.5.3. Les décisions</b> .....                   | 73 |
| <b>4.5.4. L'attitude et le comportement</b> .....   | 74 |
| <b>4.5.5. Communication</b> .....                   | 75 |
| <b>4.5.6. Interprétation</b> .....                  | 75 |
| 4.6. La motivation .....                            | 76 |
| <b>4.6.1. L'explication</b> .....                   | 76 |
| <b>4.6.2. Le sens</b> .....                         | 77 |
| <b>4.6.3. Les attentes des professionnels</b> ..... | 77 |
| <b>4.6.4. L'intérêt</b> .....                       | 78 |
| <b>4.6.5. La considération</b> .....                | 78 |
| <b>4.6.6. La dynamique</b> .....                    | 79 |
| <b>4.6.7. Enjeux</b> .....                          | 79 |
| <b>4.6.8. Interprétation</b> .....                  | 80 |
| 4.7. Synthèse .....                                 | 81 |
| <b>5. Conclusion</b> .....                          | 85 |
| <b>6. Liste des références</b> .....                | 90 |
| <b>7. Table des Matières</b> .....                  | 93 |









**Auteur** : Pascal MOUNIÉE, étudiant cadre de santé

**Résumé** :

Le bien-être au travail des professionnels est une des préoccupations du cadre de santé. Il conditionne la qualité de la prise en soin des patients ou des résidents de la part des soignants.

Le bien-être au travail du cadre influe sur la qualité de l'encadrement des soignants. Sa légitimité au sein des équipes dont il a la responsabilité conditionne ce bien-être.

Cette légitimité est acquise par le cadre de santé au regard du diplôme qu'il a obtenu à l'issue de sa formation, par le poste que l'institution lui a attribué et par l'estimation des équipes qu'il encadre.

Dès lors, il est primordial de repérer les facteurs concourant à l'acquisition et l'entretien de cette légitimité afin d'évoluer dans un environnement serein qui est profitable à tous.

Ce travail d'initiation à la recherche en sciences humaines et sociales propose de mettre en lumière les composantes qui participent à la construction de la légitimité du cadre de santé pour installer un climat de travail propice à l'épanouissement des professionnels et la satisfaction des patients.

**Mots clés** :

Légitimité, Confiance, Motivation, Compétences, Équité.