

Institut de Formation des Cadres de Santé

GRAFOPS de RENNES

Université de Rennes 2

UFR Sciences Humaines

Département des Sciences de l'Éducation

MASTER 1, ITEEF

(Ingénierie des Technologies : Éducation, Encadrement et Formation)

« PARCOURS CADRE DE SANTÉ »

La légitimité

Une attention particulière pour le cadre de santé.

RICOU Épouse LOCHET Nathalie

Sous la direction de Mr GUIHARD Jean-Philippe

Année Universitaire : 2010-2011

Institut de Formation des Cadres de Santé

GRAFOPS de RENNES

Université de Rennes 2

UFR Sciences Humaines

Département des Sciences de l'Éducation

MASTER 1, ITEEF

(Ingénierie des Technologies : Éducation, Encadrement et Formation)

« PARCOURS CADRE DE SANTÉ »

La légitimité

Une attention particulière pour le cadre de santé.

RICOU Épouse LOCHET Nathalie

Sous la direction de Mr GUIHARD Jean-Philippe

Année Universitaire : 2010-2011

Mes remerciements s'adressent à

*Christophe, Dorian et Alicia,
pour leur soutien et leur compréhension,*

*Monsieur Jean-Philippe Guihard, mon directeur de mémoire,
pour ses conseils avisés, ses encouragements, sa disponibilité
et sa bienveillance tout au long de cette recherche,*

*Et tous les cadres de santé interviewés
pour leur contribution, leur confiance au travers des entretiens.*

« L'avenir n'est jamais que du présent à mettre en ordre.

Tu n'as pas à le prévoir mais à le permettre »

Antoine de Saint Exupéry, La Citadelle, 1948

SOMMAIRE

1	<i>Introduction.....</i>	1
1.1	Parcours professionnel	1
1.2	Histoire avec le sujet.....	2
1.3	Cheminement de la problématique	3
2	<i>Cadre Conceptuel</i>	11
2.1	L'évolution des rôles de cadre de santé.....	11
2.2	Le pouvoir / L'autorité	17
2.3	La légitimité	23
2.4	L'action sociale.....	28
2.5	Synthèse Cadre conceptuel	34
3	<i>Méthodologie de recueil de données</i>	35
3.1	Les objectifs du recueil de données	36
3.2	Le choix de la population et des sites	37
3.3	Le choix de l'outil	37
3.4	Le déroulement des entretiens	39
3.5	Les thèmes de recherches	39
3.6	Le guide d'entretien	40
3.7	L'élaboration de la grille d'analyse	43
3.8	Les critiques de la méthodologie utilisée	46
4	<i>Analyse par thématiques et interprétation.....</i>	49
4.1	La population interviewée	49
4.2	Les rôles du cadre de santé	50
4.3	Le pouvoir et l'autorité	58
4.4	La légitimité	64
4.5	L'action sociale.....	71
4.6	Synthèse	80

5	<i>Conclusion</i>	90
6	<i>Bibliographie</i>	95
6.1	Ouvrages	95
6.2	Articles	97
6.3	Webographie	97
7	<i>Table des matières</i>	98
8	<i>Annexes</i>	101
8.1	Entretien A.....	101
8.2	Entretien B.....	108
8.3	Entretien C.....	115
8.4	Entretien D.....	123
8.5	Entretien E.....	132
8.6	Entretien F	142
8.7	Entretien G.....	148
8.8	Entretien H.....	158

INTRODUCTION

1 Introduction

1.1 Parcours professionnel

Pendant 13 ans, j'ai exercé la profession d'ergothérapeute dans un service de psychiatrie adulte. Au début de l'année 2008, j'ai fait la démarche de réaliser un bilan de compétences. Lorsque mes attentes, mes convictions, mes motivations ont été éclaircies, un **nouveau métier** était alors à envisager. Le projet de m'engager vers la formation de cadres de santé est une idée qui était en moi depuis longtemps. Au cours de mes années d'expériences en tant qu'ergothérapeute, j'ai longuement réfléchi à ce projet et celui-ci s'est affiné avec parfois et même souvent des doutes.

Progressivement, je souhaitais pouvoir exercer la fonction de cadre de santé mais avec des professionnels de filières variées. Depuis toujours, j'apprécie la relation avec l'ensemble des professionnels de la santé. Les échanges sont des **sources d'enrichissement** des connaissances personnelles et professionnelles avec une argumentation des positions thérapeutiques individuelles. Selon Walter Hesbeen [12], docteur en Santé Publique, « *Devenir cadre procède d'un choix. En premier lieu d'un choix personnel qui reflète d'une certaine ambition...qui témoigne de la confiance qu'à un professionnel en ses capacités personnelles de manager une équipe, ou même un groupe plus vaste pour ensemble accomplir une œuvre* »¹. Par conséquent, je souhaite être un collaborateur dans cette dynamique d'équipe.

Mais de grandes questions se posent, comment m'autoriser en tant que cadre de santé de filière initiale ergothérapeute à piloter une équipe d'infirmières, d'aide soignants... ?

L'autorisation est une forme d'autoriser et donc de faire autorité. C'est alors un droit de pouvoir commander, d'être obéi. Elle implique alors d'autres notions telles que la légitimité en lien ici avec les compétences.

¹ HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier. Edition Masson, 2^{ème} Edition, 2002, 208p., p.84.

Comme le souligne **Jacques Ardoino** [33], professeur des Universités émérite en Sciences de l'Éducation, l'autorisation induit la possibilité de s'autoriser à dire, à contredire, à explorer de nouveaux espaces, à être autrement. « *Autoriser, c'est proprement donner l'autorité, c'est-à-dire reconnaître à quelqu'un la faculté, le droit, le pouvoir de faire légitimement quelque chose et lui permettre, ainsi, de l'accomplir. Cette acceptation suppose, à l'évidence, l'existence d'une relation...* » .

1.2 Histoire avec le sujet

Lors de ma période de faisant fonction de cadre de santé dans un service d'USLD (Unité de Soins Longue Durée), je me suis **confrontée à ces difficultés** que j'avais imaginées. Les équipes, à mon arrivée, m'ont aussi fait part de leurs appréhensions en lien avec mes compétences ou incompétences en matière de soins infirmiers.

Je devais éviter cet apriori, afin d'avoir ma légitimité en tant que cadre de santé faisant fonction dans cette unité. L'équipe était pluridisciplinaire entre médecins, infirmiers, aides-soignants, restauratrice, animatrice, aide kinésithérapeute....

Dans un premier temps, j'ai dû observer chacun, connaître les fonctionnements, les missions. Avec l'équipe soignante, progressivement, des échanges plus officialisés se sont mis en place, dans un objectif d'amélioration du travail au quotidien. Dans l'institution, j'ai trouvé des personnes ressources, aidantes devant des difficultés d'organisations telles que mon tuteur ou le cadre de pôle.

Cette possibilité de période de faisant fonction de cadre de santé est pour moi un préalable intéressant au cours de mon projet professionnel. Ce temps met en évidence un potentiel personnel et professionnel. Cette période de tutorat, avec un cadre de santé expérimenté, m'a permis aussi de me sécuriser dans ma démarche, avec le sentiment rapidement d'appartenance à un groupe de pairs.

Mais comment poursuivre mon projet professionnel avec cette question qui me torture en permanence ?

1.3 Cheminement de la problématique

L'ensemble de ces raisons personnelles et professionnelles me conduit à cette phase d'écriture, et donc à ce travail de recherche, « *Devenir cadre [...] nécessite une reprise de son histoire personnelle, un passage critique lié aux représentations que l'on a de soi et du métier par rapport aux environnements familiaux, professionnels et sociaux* »² [9]. Ce sujet alors personnel reflète une réflexion sur mes motivations, dont un ensemble de lectures et de rencontres informelles vient éclairer et faire écho avec mon questionnement dans cette phase exploratoire.

1.3.1 Phase exploratoire

Au cours de mon parcours professionnel, je n'ai connu que des cadres de santé de filière infirmière pour m'encadrer et pour la plupart, j'ai apprécié leurs positions, les échanges avec eux. Ces cadres de santé étaient conformes à mes attentes, dans le sens où ils étaient authentiques sur leur connaissance de mon métier. L'**analyse** de mes pratiques était possible par un réel partage des informations et un échange constructif des expériences.

Aussi, ma période de faisant fonction de cadre de santé de filière ergothérapeute dans une équipe soignante, constituée d'infirmières et aide soignantes, a suscité quelques curiosités au sein même du groupe d'étudiants à l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé). Un étudiant de filière préparateur pharmacien semblait mal s'imaginer dans un autre secteur d'activité que l'univers de la pharmacie. Un entretien avec celui-ci, m'a permis, par ailleurs, face à ses questions, de mieux comprendre, d'éclaircir ma position occupée pendant 9 mois auprès de cette équipe. Ma prise de poste s'est faite dans la **sincérité** de certaines méconnaissances, mais dans une reconnaissance mutuelle des positions de chacun dans le service, au sein d'une équipe pluridisciplinaire. Très vite, l'équipe soignante m'a reconnue comme le cadre de santé du service. La méconnaissance de certains aspects techniques a pu être aussi l'occasion d'interroger la prise en charge, de repenser le soin, d'avoir une réflexion plus approfondie, plus élargie vers parfois d'autres partenaires du soin tels que la diététicienne, l'orthophoniste...

² DOBIECKI Bernard, GUAQUERE Daniel. Etre cadre dans l'action sociale et médico-sociale, Identités – Légitimité-Fonctions. Edition ESF, 2001 240p., p.68

Cependant, je ne peux pas affirmer ma réussite uniquement sur de tels constats, les situations de travail sont toutes uniques et particulières. Il me semble important de pouvoir creuser la réussite, ou les facteurs de la réussite d'une prise de poste afin de mieux appréhender ma nouvelle fonction de demain.

Selon Philippe Bernoux [3], sociologue, dans une organisation, les acteurs structurent leurs relations entre interaction et interdépendance « *si elle veut bien fonctionner* »³. Cette mise en place de relation est alors définie comme le système d'action concret, où chaque individu s'inscrit avec ses objectifs personnels et aussi ceux définis par l'organisation.

Comment demain, alors que c'est mon souhait premier, vais-je pouvoir encadrer des professionnels d'autres filières professionnelles ?

Pourquoi ce mot légitimité résonne en moi ?

Suivant l'éclairage de P. Bernoux, une organisation est définie selon plusieurs caractéristiques comme la division des tâches qui fonde les groupes structurés, les distributions des rôles, le système d'autorité. Le **rôle**, en lien avec la responsabilité des tâches doit être entendu comme au sens théâtral. L'acteur a alors le choix de la manière dont il veut jouer ce rôle avec juste l'indication des tâches attribuées. Alors des différences sont notées et significatives « *Chacun, dans une entreprise, sait d'expérience que lorsqu'une fonction lui est dévolue, il ne la remplit jamais exactement de la même manière que son prédécesseur* »⁴. Alors que le poste et les **tâches** attribuées sont identiques, l'interprétation du rôle est différente selon le détenteur du poste, par conséquent chaque membre d'une organisation dispose d'une certaine autonomie.

Aussi dans l'organisation, l'**autorité** est garante des comportements des individus dans celle-ci et selon les objectifs visés. Enfin, selon P. Bernoux, la place des acteurs avec l'autorité ne s'improvise pas, « *le système d'autorité fonctionne dans l'entreprise sur le modèle de la carrière. Etre nommé à une fonction d'autorité ne va pas de soi, mais une fois nommé, et la fonction n'étant pas électorale, celui qui l'occupe doit, après avoir accompli un temps plus ou moins long, progresser dans la carrière* »⁵.

³ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.143

⁴ Ibid p.119

⁵ Ibid p.120

1.3.2 Vers la question de recherche

Dans la projection de mon parcours professionnel, je dois pouvoir m'autoriser l'exercice de cette nouvelle profession en toute légitimité. Ce changement s'inscrit dans une organisation, dans une institution « *Habiter le statut, la fonction, parler de sa place [...] relève parfois d'un véritable travail psychique et de clarification par l'organisation de la place qu'elle entend donner à ses cadres.* »⁶. Si je souhaite être légitime, c'est par rapport à une équipe de soignants quelque soit le service hospitalier. Je souhaite en tant que futur manager d'une unité de soins avoir une reconnaissance de mes actions, et de leur légitimité non seulement auprès des professionnels de santé que je dirige, mais aussi des usagers accueillis dans les services, et donc avoir un discours avec les patients suffisamment clair, concret et rassurant afin de leur permettre une prise en soins à la mesure de leurs attentes. Auprès de mes supérieurs hiérarchiques, je souhaite pouvoir exprimer en toute confiance mes opinions, mes décisions, mes positions, sans pour autant être jugée négativement.

Egalement, au fil de mes interrogations sur la **légitimité**, je me rends compte que cette notion ne se présente pas à moi comme cela. Effectivement, dans mon parcours professionnel, j'ai rencontré des cadres de santé, dont pour moi **la parole n'était pas légitime**. Dans ce sens où je les considérais peu fiables, peu crédibles dans leurs propos, dans leurs positionnements de cadres de santé « à la tête » d'une équipe soignante. Malheureusement, pour moi, le diplôme ne fait pas tout, alors il faut que je cherche des réponses potentielles à mes interrogations. Si le diplôme ne suffit pas à induire la légitimité, alors la reconnaissance doit se construire auprès de l'ensemble des partenaires de soins afin de favoriser notre épanouissement quotidien au travail. La notion d'identité professionnelle semble ici primordiale dans les enjeux du statut professionnel. Dans son ouvrage, la Socialisation, Claude Dubar [10], sociologue, évoque l'importance de « *l'identité de soi* » et « *l'identité pour autrui* ». Ainsi, l'identité n'est jamais définitive. Elle est en construction permanente et inséparable l'une de l'autre. « *L'identité humaine n'est pas donnée une fois pour toutes* » et « *elle dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. L'identité est un produit des socialisations successives* »⁷.

⁶ DOBIECKI Bernard, GUAQUERE Daniel. Etre cadre dans l'action sociale et médico-sociale, Identités – Légitimité-Fonctions. Edition ESF, 2001 240p., p.71

⁷ DUBAR Claude. La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles. Edition Armand Colin, 2002, 3^{ème} Edition. 255p., p.187-188

C'est un processus continu, par conséquent, lorsqu'un individu doit tenir un nouveau rôle ou un nouveau statut, il se doit de se socialiser et donc d'être socialisé dans ce nouveau contexte social, défini comme une socialisation secondaire.

Cette interrogation s'est d'autant plus renforcée en moi, lorsque j'ai dû réaliser des recherches de stage dans le cadre de mon parcours à l'I.F.C.S. Au travers de ces démarches, j'ai eu un contact avec une infirmière anesthésiste au sein d'un Centre Hospitalier de proximité. Lors de notre échange téléphonique, je lui ai exposé brièvement mon parcours professionnel. Sa remarque fut très rapide, exprimant son incompréhension, voir l'impossibilité qu'un cadre de santé de filière ergothérapeute puisse encadrer une équipe soignante avec des filières différentes.

Ce constat n'est sans doute pas une généralité, mais peut-être pas non plus isolé. Les professionnels de la santé auraient le souhait alors de vouloir être encadrés par des cadres de santé avec comme tronc commun leur filière d'origine. Seulement, le diplôme de cadre de santé a évolué, vers la professionnalisation, le souhait d'un langage commun pour tous les cadres de santé. Cette démarche est encore assez peu courante dans le domaine de la santé. Comme le souligne Paule Bourret [7], infirmière et docteur en sociologie, depuis 1995, avec un élargissement à treize filières professionnelles, le nouveau programme de formation de cadres de santé vise « à dépasser les logiques de métiers », à intégrer et développer « des compétences gestionnaires et sociales »⁸. Par conséquent, ce diplôme devrait permettre à tout cadre de santé de pouvoir manager des équipes soignantes de professions variées.

Au fur et à mesure que je pense et réfléchis, je m'interroge sur l'ensemble de mon parcours professionnel. J'ai toujours revendiqué le manque de **reconnaissance** : n'est-ce pas là le nœud du problème ? Cette reconnaissance serait pour moi ma légitimité dans mes pratiques, dans mon activité professionnelle.

Quelle est l'importance ou non de la filière d'origine ?

⁸ BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, 2006. 284p., p.38

Cependant, comme le souligne W. Hesbeen, « *le fait pour ces cadres en formation d'être à l'origine infirmière ou infirmier n'est pas suffisant pour que ceux-ci puissent exprimer une véritable pensée personnelle élaborée sur le soin et sur la santé...* »⁹. Ainsi, l'expérience infirmière ne permet en aucun cas les connaissances suffisantes et nécessaires aux fonctions de gestion et d'organisation des actions d'un service de soins. Afin de permettre une représentation plus consciente et plus réfléchie du soin, le parcours professionnel peut être alors utilisé afin d'accéder à une réflexion, à des interrogations et ainsi d'approcher une conceptualisation des pratiques, des actions. Cette maturité des expériences devient alors de réelles connaissances pour le nouveau professionnel en devenir.

Cependant, nous pouvons aussi nous interroger plus généralement sur la légitimité de la position de cadre de santé dans un service de soins.

D'où ma question de départ, **Qu'est-ce que la légitimité ? Comment le cadre de santé peut-il être légitime ? Comment un cadre de santé peut-il être légitime aujourd'hui dans un service hospitalier ?**

Par conséquent, nous devons pouvoir poser le concept **de légitimité** dans ce contexte **d'évolution du métier de cadre de santé**.

L'autorisation d'exercices professionnels nous est donnée par l'obtention d'un diplôme reconnu au niveau national, ce qui cadre outre la légitimité de notre position dans l'institution. Après, suivant les organisations, les professionnels rencontrés au cours de notre parcours, nos fonctions doivent être reconnues au-delà de notre diplôme mais bien dans nos activités quotidiennes au sein d'une équipe de professionnels de la santé.

D'autre part, pendant la formation, j'ai vécu une période de stage en entreprise qui m'a permis de poursuivre ma réflexion sur le changement de statut professionnel. Pendant ce stage, après une période d'observation, je me suis autorisée des actions dans le cadre de management d'une équipe. J'ai reconnu aussi cette possibilité d'actions, par le ressenti de l'équipe globale. Des échanges avec un lien de **confiance** se sont instaurés progressivement, et qui pour moi, m'ont permis de prendre des responsabilités, de m'impliquer dans les activités avec plus d'assurance.

⁹ HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier. Edition Masson, 2^{ème} Edition, 2002, 208p., p.83

Effectivement, de par la représentation de l'équipe sur ma fonction, ma position d'étudiante cadre de santé, je me suis sentie autorisée à agir, mais c'est aussi l'ensemble de l'équipe qui m'a autorisée dans cette démarche, dans cette progression. Ainsi, l'équipe m'aurait donné l'autorité. Selon Renaud Sainsaulieu [24], sociologue d'entreprise, l'autorité se compose de plusieurs composantes ou caractéristiques, ainsi « *Les fondements théoriques de l'autorité dans les rapports de travail en organisation sont actuellement au nombre de trois : la définition rationnelle des tâches, le savoir professionnel et la capacité psychologique dans les rapports humains* »¹⁰. Le **jeu de pouvoirs** serait surtout des dispositions à la négociation dans des objectifs collectifs et individuels. Chacun des collaborateurs s'inscrit dans une lutte et à la recherche d'une satisfaction.

De plus, les légitimités de l'autorité sont basées sur plusieurs sources de pouvoirs, « *le système social d'une entreprise traduit toujours une interdépendance quelconque entre les trois sources de pouvoirs : la règle, l'expertise et la communication interne ou externe.* »¹¹. Alors la **légitimité** met l'accent ici non seulement sur l'autorité, le pouvoir, mais sur la communication et donc la relation avec autrui. « *Mais il ne suffit pas de maîtriser des sources de pouvoir pour faire reconnaître son identité....* » Celles-ci doivent être utilisées de manière efficace afin de devenir de « *véritables forces* », elles sont alors une « *opération relationnelle d'une transformation des atouts et potentialités d'influence en mode d'action, réellement exercées sur les autres* »¹². La profession de cadre de santé est à envisager avec un changement d'identité professionnelle. Mon souhait est de pouvoir répondre à cette interface entre moi, cadre de santé, et les autres, les professionnels en soins directs ou indirects auprès des patients, en agissant avec nos valeurs, nos normes mais dans le respect des attentes collectives. « *L'entreprise en général est ainsi désignée comme un lieu privilégié d'accès à soi-même par les tensions et investissements psychologiques, dont on fait l'expérience quasi obligée dans les relations avec les collègues et les chefs* »¹³.

Suite à la formation de cadre de santé, je serais en mesure de développer des compétences qui seront aussi des facteurs probables de ma légitimité. « *Selon Guy le Boterf, la compétence est la résultante de trois facteurs : le savoir agir, le vouloir agir et le pouvoir agir* »¹⁴ [32].

¹⁰ SAINSAULIEU Renaud. L'identité au travail. Edition Références, 1988. 477p., p.238

¹¹ Ibid. p.251

¹² Ibid p.323

¹³ Ibid p.303

¹⁴ SOHIER Anne. Compétence infirmière et mobilité, Soins Cadres N°71 08/09. 61p., p.32

La compétence est alors identifiée au travers de quatre orientations : individuelle, organisationnelle, professionnelle et sociale. Par conséquent, « *la compétence n'a de valeur et de réalité que par le regard qu'autrui porte sur elle* », et donc le sentiment de compétences est induit par la reconnaissance de mes qualités...de l'autre.

A ce moment de mes explorations, plusieurs questions se dégagent, où je peux déjà définir des axes de recherche. Tout d'abord, la profession de cadres de santé semble en évolution constante, alors comment sont définis les rôles des managers, et donc celui du cadre de santé ? Aussi, au travers de notre interrogation sur la légitimité, je relève de nouvelles notions telles que le pouvoir et l'autorité, alors comment les définir et les différencier ? De plus, je souhaite approfondir ma recherche autour de la légitimité du cadre de santé, mais il convient déjà d'identifier les bases de la légitimité dans la société ? Selon Max Weber [26], économiste et sociologue allemand, la légitimité est définie comme la capacité pour le détenteur du pouvoir de faire admettre ses décisions. Enfin, l'ensemble de ce questionnement me conduit à m'interroger sur l'action sociale, soit la considération d'autrui tant dans la reconnaissance que dans les comportements qui s'avèrent être un élément déterminant de la relation.

Ainsi, ma question de recherche serait alors la suivante :

**En quoi les compétences du cadre de santé
favorisent sa légitimité ?**

1.3.3 Hypothèses

Suivant mes premières explorations, et mes choix d'orientation de notre travail de recherche, je peux émettre alors 2 hypothèses :

- ❖ **La légitimité du cadre de santé est favorisée au travers de la relation sociale**
- ❖ **La légitimité est liée à l'obtention d'un diplôme et l'appartenance à une filière d'origine identique aux professionnels rencontrés**

Suite au vécu professionnel, aux rencontres, aux lectures et au travers de mon cheminement, il paraît essentiel de poser, dans une première partie, un cadre conceptuel des principales notions énoncées dans ma question de recherche et mes hypothèses. Par conséquent, je développerai l'évolution des **rôles du cadre de santé**. Puis, les concepts du **pouvoir** et de l'**autorité** seront exposés afin d'avoir un éclairage selon divers auteurs. Ensuite, nous aborderons, le concept de la **légitimité** avec diverses approches. Enfin, le concept de l'**action sociale** sera exploré autour de l'auteur principal, M. Weber.

A la suite de cette partie conceptuelle, je pourrai aborder une deuxième étape, où je proposerai ma méthodologie de recherche. Tout d'abord, je redéfinirai les **objectifs de ma recherche**, ce qui me conduira aux choix de la population et des outils pour mes recueils de données. Puis, j'exposerai mes démarches pour la construction de mon guide d'entretien ainsi que pour l'élaboration de ma grille d'analyse. Enfin, l'ensemble de cette **méthodologie** sera l'objet d'une critique en tant qu'**initiation à la recherche**.

Au terme de cette phase de méthodologie, et après une rencontre avec des professionnels de terrain, je pourrai réaliser une analyse du contenu. La méthode utilisée sera essentiellement qualitative et thématique, je m'attacherai à relever les représentations sociales et les jugements des personnes interrogées. Cette analyse approfondie suivie d'une **interprétation** détaillée reprendra l'ensemble des thèmes retenus dans ce travail de recherche.

CADRE CONCEPTUEL

2 Cadre Conceptuel

2.1 L'évolution des rôles de cadre de santé

2.1.1 Une profession mais plusieurs métiers

Depuis 15 ans, l'évolution du métier de cadre de santé est considérable. Désormais, aujourd'hui 13 filières paramédicales peuvent acquérir un langage commun. La profession de cadre de santé est récente et en perpétuelles mutations. Malgré des différences de métiers et d'identités, la dénomination permet une homogénéité et une cohérence dans les fonctions. Ces modifications donnent une nouvelle place aux cadres de santé, « *Le cadre n'est pas celui qui fait à la place des autres, ni celui qui fait faire... mais celui qui organise les conditions pour que les autres puissent faire* »¹⁵ [29]. La réforme de 1995 dessine une nouvelle forme du cadre de service proche de l'expertise au cadre de santé polyvalent avec un décloisonnement pour favoriser la **collaboration** et la **coopération** de l'ensemble des professionnels non seulement dans le service, mais globalement dans l'institution.

De plus, la fonction de cadre de santé s'inscrit dans un parcours de professionnalisation, mais aussi désormais de **rationalisation**. Ainsi, des formes de savoirs et d'expertise ont été redéfinies comme légitimes du manager. Le futur cadre de santé est formé pour développer de nouvelles connaissances et compétences. R. Sainsaulieu [25] souligne 5 raisons au modèle d'organisation rationnelle :

- ❖ La science, l'analyse de la situation permet de trouver des solutions adaptées aux problèmes d'organisation,
- ❖ La compétence, le savoir-faire n'est plus un secret,
- ❖ « *la formulation de règles formelles à propos des tâches, en fonction des responsabilités* »¹⁶ avec comme principal objectif d'impersonnaliser les relations de travail, donner de « *bonnes règles* » donc « *un bon jeu* »,

¹⁵ COTTRET Yves. Article Retour sur la réforme de 1995 créant le diplôme de cadre de santé. Soins Cadres N°75. 08/10. p.34-35.

¹⁶ SAINSAULIEU Renaud. Sociologie de l'entreprise. Edition Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997. 476p., p.57.

- ❖ Les règles face au changement sont modifiables en partie pour favoriser les transformations,
- ❖ La transposition devient plus facile selon divers secteurs d'activités.

Nous retrouvons bien ici, des règles de fonctionnement, proche des établissements de santé, avec entre autre des procédures et des protocoles qui permettent une uniformité des actions

2.1.2 Le cadre de santé comme rôle de manager

Dans une organisation [15], les positions des individus les uns par rapport aux autres sont structurées et définies par les statuts et les rôles. Cependant, le rôle est une « *expression dynamique du statut* »¹⁷ et mis en évidence au travers de la relation, par conséquent « *le rôle s'inscrit donc dans un rapport* ».

Selon **Georges Herbert Mead**, sociologue, socio psychologue et philosophe américain (1963), le rôle est une **attitude adaptée** par un individu dans une relation interpersonnelle. Cette attitude est une **double réponse aux sollicitations d'influence et aux comportements des autres**.

Par ailleurs, selon **Robert Rogers Blake**, docteur en psychologie industrielle, et **Kane Srygley Mouton**, docteur en psychologie (1972), « *le manager est quelqu'un qui n'est pas défini seulement par une position hiérarchique mais par le rôle qu'il joue au sein de l'organisation, c'est celui qui commande, motive, innove et forme ses subordonnés dans le but d'atteindre un meilleur rendement et de favoriser une meilleure participation* »¹⁸. Ce rapport inclut **les attentes et les réponses**.

Le rôle de l'acteur principal est attendu dans son comportement et ses attitudes à un moment déterminé et significatif. Et ce rôle est aussi une réponse aux attentes des partenaires, et donc ses subordonnés. Le rôle est défini dans la logique de la fonction à l'intérieur d'un système institutionnel.

¹⁷ MARC Edmond, PICARD Dominique. L'interaction sociale. Edition PUF, 2003, 3^{ème} Edition. 239p., p.107.

¹⁸ Ibid p.107

D'autre part, suivant l'éclairage de **Théodore Roy Sarbin**, psychologue américain, il existe 3 niveaux dans le rôle :

- ❖ La perception du rôle soit identifier le partenaire dans la situation et par rapport à soi,
- ❖ L'expectation de rôle soit un ancrage dans le rôle prescrit et une déduction des attentes des actes concrets qui doivent en découler,
- ❖ L'action en rôle avec une partie manifeste et comportementale du rôle propre de l'acteur.

Ces différents niveaux permettent encore de différencier des types de managers, selon qu'ils soient centrés sur la tâche ou sur le groupe.

Comme les définit Roger Mucchielli [20], psycho-sociologue et psychopédagogue, les **fonctions fondamentales du chef** peuvent être désignées sur 4 types d'actions : l'organisation, le contrôle, l'information et la formation ; cependant, nous devons y ajouter la **fonction de management**, dans la dimension sociale.. Ainsi, « *L'autorité est indispensable à tout groupe organisé...un meilleur fonctionnement est obtenu si l'on fait appel aux motivations des membres* »¹⁹. Par conséquent, l'une des compétences managériales est **l'exercice du pouvoir**. Il est à entendre ici comme une capacité d'agir, de produire du changement et s'inscrit avec la négociation de l'ensemble des collaborateurs et donc ici des soignants. C'est un **développement relationnel quotidien**.

Dans les services de soins, les actions du cadre de santé et donc « *Le management se situe par essence dans l'univers de la différence et de la complémentarité* »²⁰. Ainsi, le cadre de santé devient la personne compétente dans la **coordination de l'ensemble des acteurs du soin**, en **réponse aux valeurs** de la société, aux contraintes de l'organisation. Les rôles du cadre de santé comme « *stratégiques, gestionnaires et d'animateur* »²¹ impactent ses postures quotidiennes. Les soignants souhaitent alors une **cohérence au travers des actes** tant dans la stratégie et la transmission d'actions, que le pilotage et le contrôle, la délégation, l'accompagnement et le conseil, et enfin la reconnaissance.

¹⁹ MUCCHIELLI Roger. Psychologie de la relation d'autorité. Edition ESF, 1976. 130p., p.66

²⁰ MULLER Jean-Louis, MINNAERT Marie-France. Management hospitalier, Un nouvel exercice du pouvoir. Edition Masson, 2004, 2^{ème} Edition. 136p., p.118.

²¹ Ibid p119-122

De plus, selon **Henry Mintzberg** [16], universitaire canadien en sciences de gestion, le manager est une personne investie de **l'autorité formelle** de l'organisation. Il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir les efforts pour atteindre les objectifs attendus. Ainsi, dans son ouvrage *Le manager au quotidien*, H. Mintzberg décrit les 10 rôles du cadre, classés sous 3 items principaux :

Rôles interpersonnels

- ❖ Comme symbole : il représente l'entreprise à l'extérieur,
- ❖ Comme leader : il guide, motive et fait preuve d'exemplarité,
- ❖ Comme agent de liaison : il crée du lien, un réseau par le biais de relations,

Rôles liés à l'information

- ❖ Comme observateur actif : il recherche des informations,
- ❖ Comme diffuseur : il assure la propagation des informations auprès de ses subordonnés,
- ❖ Comme porte-parole : il communique à l'extérieur de son service,

Rôles décisionnels

- ❖ Comme entrepreneur : il propose, innove, essaie et risque,
- ❖ Comme régulateur : il gère les conflits, les dysfonctionnements,
- ❖ Comme répartiteur : il distribue les ressources en fonction des moyens et des projets,
- ❖ Comme négociateur : il favorise les échanges, les discussions avec les partenaires internes et externes.

Au travers de ces 10 rôles, beaucoup sont dans **le domaine de la communication**. Elle est alors un élément fondamental du cadre de santé dans son positionnement et dans son management. Le cadre de santé doit être un vecteur de la communication.

Enfin, selon **Henri Fayol**, ingénieur précurseur du management et **Luther Gulick**, expert américain en administration, ils reconnaissent quant à eux 5 fonctions ou tâches fondamentales de l'encadrement : planifier, organiser, coordonner, contrôler, commander.

2.1.3 Le cadre de santé aujourd'hui

La position actuelle du cadre de santé est bien de permettre une interrogation des pratiques soignantes afin d'éviter entre autre toute automatisation de l'activité soignante, mais une **remise en question perpétuelle**, vers un réajustement des pratiques soignantes au plus proche des besoins et attentes des patients. Le cadre de santé avec le médecin est un point central de l'**articulation** du séjour du patient.

Par conséquent, le cadre de santé doit valoriser les compétences « *bien qu'il ne soit plus dans le faire, mais bien le faire faire, le cadre doit maintenir et mettre à jour ses compétences* »²² [30]. Comme tout professionnel de santé, le cadre de santé doit en permanence réinterroger ses acquis et réapprendre des nouvelles connaissances.

Le cadre de santé a un **profil type** dans ce sens où l'opérationnel et le court terme priment dans ses activités. Il doit pouvoir répondre de manière rapide et efficiente aux interrogations quotidiennes de fonctionnement de service de soins. Ces compétences doivent être exécutives rapidement. C'est non seulement une maîtrise de la gestion quotidienne, mais également une capacité d'animation d'une équipe soignante avec parfois un projet et un positionnement affirmé proche du leadership dans l'anticipation, le soutien, la valorisation.

Selon **Alain Blanchet**, docteur en psychologie, et **Alain Trognon** [5], professeur en psychologie, « *Le leadership est une fonction inhérente au dispositif groupal qui émerge nécessairement parce qu'elle répond à un besoin de cohérence et d'identité des membres du groupe* »²³. Le leader a une partie ou un ensemble des fonctions du leadership. Le leadership est alors « *une propriété ou une fonction du groupe* ».

Le leader occupe cette fonction. Le manager comme chef d'équipe, ou comme chef d'entreprise dispose d'un pouvoir dont les paramètres sont extérieurs au groupe. Le manager n'est alors pas nécessairement le leader du groupe, celui qui conduit le groupe, il dirige chaque individu. Aussi, **H. Mintzberg** [34] ajoute « *La caractéristique la plus importante du leadership est la légitimité* ».

²² MONTAGNON Monique. Pour une légitimité d'une direction des soins. Revue Objectif soins N°140. Novembre 2005. p.2-5

²³ BLANCHET Alain, TROGNON Alain. La psychologie des groupes. Edition Nathan Université, Nov 1994. 127p. p.101

Enfin, selon **Michel Crozier**, sociologue, et **Erhard Friedberg** [8], chercheur en sociologie, les auteurs évoquent le « *management revisité* ». Malgré les contraintes organisationnelles, le rôle des dirigeants est d'assurer les conditions de fonctionnement de l'organisation et par conséquent les dirigeants doivent permettre la permanence de la marge de liberté de chaque membre de l'organisation. L'existence du système dépend alors de la **régulation** de l'ensemble des jeux.

Cette régulation est un enjeu de réussite de l'organisation, « *Pour canaliser et structurer les jeux organisationnels à leur profit, ils pourront certes se servir des différents leviers plus concrets à leur disposition, tels que, par exemple, l'information, les canaux de communication et d'interaction, la création ou la répartition des enjeux organisationnels à travers la politique du personnel, l'organisation des carrières, les arbitrages d'investissement.* »²⁴. Les perspectives de changement doivent ainsi être une préoccupation de l'ensemble des acteurs de l'organisation, le dirigeant n'a plus alors ce rôle unique.

2.1.4 Synthèse : L'évolution des rôles du cadre de santé

Le cadre de santé est un manager. Il est alors en capacité de disposer **du pouvoir ou d'autorité** afin de diriger, de coordonner l'ensemble des activités d'un groupe de professionnels.

Autorité et pouvoir semblent être des termes très associés à la fonction de manager, et des éléments indispensables à sa conduite. Face à ses positions, le cadre de santé doit d'ailleurs faire preuve **de règles et de négociation**. Des modifications de comportements, des changements d'attitudes peuvent avoir lieu au travers de la relation. Par conséquent, l'échange dans une **écoute des valeurs, des opinions de chacun** semble nécessaire afin de favoriser l'action collective. Aussi, le positionnement du manager est au travers de l'anticipation, du respect des règles...et de chacun. Et, la légitimité est une référence sociale des relations de pouvoirs des organisations.

²⁴ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Edition Seuil 1992, 500p., 124p.

2.2 *Le pouvoir / L'autorité*

2.2.1 Les définitions

Selon le **dictionnaire Littré**, l'autorité est le pouvoir de se faire obéir, et le pouvoir est la faculté par laquelle on peut agir. Aussi, nous notons rapidement l'association de ces 2 mots dans la définition et donc la complexité d'une définition distincte. Dans l'autorité, la notion d'influence morale est plus présente.

Selon **P. Bernoux**, les définitions de pouvoir et de l'autorité sont indiquées de la manière suivante. Le pouvoir est défini comme **la capacité d'un acteur à faire agir** un autre acteur. Ainsi, le pouvoir n'est pas systématiquement en relation avec la position hiérarchique, certains chefs n'ont aucun pouvoir. Les ressources du pouvoir sont alors attachées à « *la compétence, la maîtrise des relations à l'environnement, la maîtrise des communications, les connaissances des règles de fonctionnement* »²⁵. Enfin, l'autorité est définie selon **la confiance attribuée à une autre personne sans regard sur sa position hiérarchique** dans l'organisation. L'ordre est réalisé sans contrainte.

2.2.2 Des approches diverses selon les auteurs

H. Fayol, au début du siècle, aborde la notion de l'autorité. Selon lui, elle est en lien avec **la responsabilité et l'implication dans une position statutaire avec des qualités personnelles**, qui permettent ainsi l'assurance de la pérennité et la rigueur du fonctionnement. La fonction de commandement demande une association de certaines attitudes telles que **l'initiative, la fermeté, l'exemplarité, la compétence réglementaire**.

En revanche, **M. Weber** (1922), est le premier, a observé que toute la société devait reposer sur un type de domination reconnue comme légitime. Alors, il différencie le pouvoir contre les volontés de la société et donc proche de la dictature et le pouvoir exercé au regard des attentes de la société et proche de la démocratie.

²⁵ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.164

En conséquence, dans les modèles d'organisation, proche de l'entreprise, les règles déterminent dans un premier temps l'**autorité** « *la relation de légitimité entre le détenteur du pouvoir et la direction administrative est très différent selon le type de fondement de l'autorité qui s'est établie entre eux et dans une grande mesure, il est décisif pour la structure de domination* »²⁶. Et dans un second temps, les règles soulignent les **activités structurées en fonctions officielles et hiérarchisées**, « *la construction d'une activité strictement rationnelle en finalité sert, dans ces cas, de type à la sociologie afin de comprendre l'activité réelle...* »²⁷, selon des procédures écrites par des professionnels recrutés pour leurs qualifications professionnelles.

D'autre part, selon **John R.P French et Bertram Raven**, professeurs de psychologie américains (1959) [15], le pouvoir est défini au travers de la notion d'influence et donc de changements psychologiques. Les auteurs ont identifié comme base de pouvoir social, l'ensemble des relations existantes entre un agent O (individu, groupe, norme...) ayant une influence sur personne P.

- ❖ Le **pouvoir de récompense** : la source d'influence où O aurait la capacité de récompenser P, mais aussi P pense que O peut le récompenser par le biais de satisfaction, de gratification...en réponse de façon conforme à l'influence,
- ❖ Le **pouvoir de coercition** : O aurait la capacité de punir P, mais aussi P à la perception que O puisse le punir par défaut d'influence sous forme de sanctions, de souffrances, de pertes, de rejets...,
- ❖ Le **pouvoir de légitimité** ou le pouvoir légitime, ce pouvoir est induit par l'autorité basée sur les droits ou les valeurs d'une position dans une organisation. P reconnaît à O comme légitime le droit de lui guider sa conduite en lien avec son statut, son rôle, sa fonction...,

²⁶ WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p288

²⁷ Ibid p.31

- ❖ Le **pouvoir de référence**, c'est une identification de P à O, avec une adhésion et une conformité à la source d'influence,
- ❖ Le **pouvoir de compétence** ou pouvoir d'expertise, P reconnaît à O une expérience ou des connaissances particulières, ce qui induit pour O une maîtrise et une autorité dans un domaine précis.

Les 3 premiers types de pouvoirs sont définis d'autre part comme **le pouvoir de position** ou **le pouvoir formel**. Le pouvoir est attribué à une personne dans une organisation au regard de sa position. Il est aussi justifié par la législation (droit-règle). Enfin, ce pouvoir donne la possibilité de prescrire des conduites et donc d'évaluer ces conduites ou attitudes. Les 2 derniers types de pouvoir sont définis comme **le pouvoir personnel** ou **le pouvoir informel**. Ce pouvoir peut être exercé par toute personne ayant des capacités d'influence sur autrui.

De plus, **plusieurs typologies de pouvoir** peuvent être associées au travers d'un seul pouvoir. Ainsi, si le pouvoir dispose de différentes bases ou facteurs, alors le pouvoir sera plus grand. De plus, la plupart des types de pouvoir a une limite face à la juridiction, le pouvoir est plus légitime et donc avec moins d'effets de résistances des autres acteurs de l'organisation lorsque ses bases sont attachées aux compétences.

Selon **M. Crozier et E. Friedberg [11]**, dans les années 70, ces auteurs identifient la rationalité du pouvoir. Celui-ci se développe au travers de la relation induite par les actions. Dans une relation établie vers un but commun, les relations de pouvoir modifient alors pour les acteurs sous « *emprise* » les objectifs personnels. Cette relation doit, d'autre part, laisser place à la **négociation**. Le pouvoir n'est alors pas un attribut mais la résultante d'une relation et les bases d'une action organisée.

L'ensemble des acteurs de l'organisation utilise les zones de liberté induisant des jeux d'acteurs avec des règles et donc une part de mouvance, « *Dans la mesure où il suppose l'exploitation d'incertitudes face aux autres, dans la mesure aussi où son exercice est lié à la négociation et au marchandage, le pouvoir, tel que le conçoit l'approche organisationnelle, soulève la question de ses liens avec la compétence des acteurs...* »²⁸.

²⁸ FRIEDBERG Erhard. Le pouvoir et la règle, Dynamiques de l'action organisée. Edition du Seuil, 1997. 423p., p.286

Le **pouvoir de l'acteur** est ici en termes de concrétisation d'une action, et non confondu avec la hiérarchie. La typologie des pouvoirs est également en fonction de différentes sources avec :

- la **maîtrise d'une compétence particulière**, et donc le pouvoir d'expertise
- la **relation** de l'organisation à son environnement, la maîtrise et la gestion vers l'autonomie des acteurs,
- la **maîtrise de la communication et de l'information**,
- **l'ensemble des règles** de l'organisation afin de supprimer des incertitudes ou paradoxalement de créer d'autres incertitudes dans la négociation de ces règles.

Suite à cette analyse stratégique, l'autorité est alors liée à la **confiance**, toujours selon M. Crozier et E. Friedberg, que l'on fait à quelqu'un, quel que soit sa position dans l'organisation, mais dont on suit l'ordre ou le conseil. L'action, qui en découle, résulte de sa séduction et/ou de sa compétence. Par ailleurs, cette action est conforme au désir de celui qui l'exécute, et elle est réalisée sans contrainte et avec confiance. L'organisation devient alors un **construit social**, et non un phénomène naturel où les relations ne peuvent être que de pouvoirs, d'intérêts, de jeux, d'alliance.

D'autre part, avec l'éclairage de **P. Bernoux**, le pouvoir est défini comme « *la capacité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus ou groupes* »²⁹. Il met ainsi l'accent sur la relation dans le pouvoir et **non une appartenance de l'individu**. Cette relation induit d'ailleurs la **notion de réciprocité**. Si nous plaçons, le supérieur comme donneur d'ordres à l'inférieur, ce dernier pourra, dans l'idée de réciprocité, exercer une pression outre sur le supérieur, il applique des stratégies de manière efficace, en fonction des objectifs visés par le supérieur.

De plus, selon **R. Muccheilli**, « *L'autorité statutaire est celle d'un poste* », d'une position sociale. Elle est définie par des prérogatives et des devoirs, des pouvoirs et des responsabilités.

²⁹ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.155

Cette autorité s'oppose à **l'autorité personnelle**, où « *le groupe se reconnaît et a confiance* »³⁰. L'autorité de l'expert est l'autorité de la compétence. La satisfaction des besoins et des attentes du groupe est une fonction du leader et c'est aussi un critère de reconnaissance de celui-ci.

D'ailleurs, comme le souligne **Charles Maccio** [14], responsable dans diverses organisations, l'autorité renforce **les valeurs tant de l'ordre**, l'ordre sert alors de garantie à son maintien ; **de la justice**, l'autorité favorise le maintien de la justice qui doit en permanence être rétablie ; **de la compétence** comme nécessaire, elle fait autorité. De plus, **l'autorité personnelle** est naturelle, elle conduit au respect, la confiance, l'estime et se base sur la prestance, la facilité d'expression, la compétence, les idées....

L'autorité est même culturelle, en suivant l'évolution sociale. Des personnes détiennent alors l'autorité, du fait qu'il soit père, enseignant, homme de lois. L'autorité est alors une fonction sociale, à une relation d'influence acceptée. « *Si le pouvoir recherche la légalité, l'autorité a besoin de légitimité. Elle se veut fondée en raison, en justice et en équité. Elle veut correspondre à la loi profonde de la conscience et au sentiment qu'elle est nécessaire et utile* »³¹. Ainsi, l'autorité est encore là dans la construction d'une relation entre différents individus, partenaires.

Enfin, selon **Christian du Tertre**, professeur de Sciences Économiques, deux définitions sont évoquées selon des situations de travail. Le pouvoir est alors une méthode « *qui consiste à prendre l'ascendant sur l'autre, à chercher l'emprise sur l'action de l'autre en limitant sa capacité à penser par lui-même* », proche alors de la domination sans échanges ou discussions possibles.

En revanche, l'autorité serait une méthode qui permet de « *mettre ses compétences au service de la coopération verticale dans une forme qui autorise les deux autres formes de coopération (horizontale et transverse) à se déployer, à évoluer en phase avec les attentes des bénéficiaires finaux et à se professionnaliser* »³² [13], proche de la collaboration des différents individus dans une organisation.

³⁰ MUCCHIELLI Roger. Psychologie de la relation d'autorité. Edition ESF, 1976. 130p., p.37

³¹ MACCIO Charles. Autorité Pouvoir Responsabilité. Edition Chronique Sociale, 1991, 3^{ème} Edition. 201p., p.17

³² HUBAULT François (Coordonné par). Pouvoir d'agir et autorité dans le travail. Editions OCTARES, 2010. 109p. p.46

2.2.3 Synthèse Le pouvoir / L'autorité

L'autorité reste un terme difficile à distinguer du pouvoir. Cependant, l'autorité serait un type de pouvoir mais reconnu comme légitime par les différents acteurs de l'organisation. Elle répond alors à **des procédures** et **des valeurs** qui sont connues, appliquées et respectées par tous. Cependant, les **conflits** de pouvoirs restent quotidiens au sein des organisations. Les objectifs de chacun sont souvent à l'origine de ces différends. Le dirigeant, le chef se doit **d'arbitrer ces jeux**, alors un second jeu de pouvoirs s'installe dans l'organisation.

Si l'autorité est liée à l'absence de contraintes, de soumissions de la part des subordonnés, elle pourrait alors s'expliquer par la capacité d'acceptation des ordres selon le principe de légitimation. Celle-ci est abordée, entre autre, avec **Peter Berger**, sociologue américain, et **Thomas Luckman**, professeur de sociologie allemand. Elle se définit par une reconnaissance, un accord de la légitimité au travers d'un acte. **Le processus de légitimité serait alors une personnalisation du pouvoir**, proche d'une idéologie acceptable pour les différents membres de l'organisation.

2.3 La légitimité

2.3.1 Les définitions

Selon le **dictionnaire Littré**, la légitimité se rapporte à ce qui est légitime et par conséquent se décline sous plusieurs sens :

- ❖ Qualité de l'**autorité légitime, des pouvoirs légitimes** : ce sens se réfère à la loi. Avec une particularité telle que pour la dynastie où le règne est lié au droit traditionnel, alors que pour les princes, leurs règnes sont liés à la volonté nationale,
- ❖ Qualité de ce qui est légitime, **par des conditions, des qualités requises par la loi** avec des exemples tels que le mariage légitime, l'enfant légitime,
- ❖ Qualité de ce qui est **fondé en équité, en raison**.

Selon l'**Encyclopædia Universalis**, le terme « légitimité » évoque la **base du pouvoir**, la **justification**, et de l'**obéissance** qui lui est due. Tout pouvoir prétend normalement un titre quelconque. Le détenteur du titre l'impose aux individus placés sous sa tutelle. Mais, ce besoin de légitimation est plus ou moins vif selon les époques. Pour certaines périodes, le problème de la légitimité se pose d'une manière aigue : l'autorité se trouve discutée, alors d'autres raisons doivent être trouvées pour que soit pérennisée son existence.

Selon le dictionnaire **Nouveau Vocabulaire de la philosophie et des Sciences Humaines** [17], un éclairage dans le champ de la morale et de la politique est abordé sur la légitimité ou être légitime. La légitimité se rapporte à la loi, légitime est alors un synonyme de légal. Cette définition doit être complétée. En effet, la légitimité ne peut être associée directement à la légalité. La légitimité va au-delà de la loi, de la conformité. La frontière entre légalité et légitimité est floue, mais pourtant ces termes ne se rejoignent pas, cependant la confusion persiste. La légitimité est assurément la conformité de la règle, associée à la **justification**.

La légitimité est par conséquent la capacité d'une personne à **faire admettre son autorité** sur les membres d'un groupe social. La légitimité n'est pas fondée uniquement sur le droit, mais aussi en lien avec d'autres critères tel que la **tradition**, le **statut**, la **connaissance**.

2.3.2 L'approche sociologique

Dans son ouvrage *Economie et Société*, **M. Weber** s'interroge sur les fondements du pouvoir politique. Le pouvoir est la capacité d'imposer sa volonté, de faire respecter des règles. La domination est alors l'obéissance d'un groupe d'individus face à des ordres spécifiques. **Le pouvoir se justifie par la domination et la légitimité de celle-ci.** *« Mais coutumes ou intérêts ne peuvent, pas plus que des motifs d'alliance affectuels ou strictement rationnels en valeur, établir les fondements sûrs d'une domination. Un facteur décisif plus large s'y ajoute normalement : la croyance en la légitimité »*³³. La revendication de légitimité impacte la forme de domination. Le type de légitimité *« consolide son existence et détermine le genre du moyen de domination choisi »*³⁴.

Selon l'auteur, le concept de légitimité est en lien avec **les reconnaissances sociales**. Il distingue alors 3 types de dominations légitimes, qui correspondent à des types idéaux de domination, et dont les caractéristiques sont alors différentes pour la légitimité.

La domination traditionnelle, elle est incontestable et basée sur des croyances sacrées, quotidiennes et perpétuellement valables. **L'autorité est reconnue comme une légitimité.** La désignation se fait sans règles précises telle que la richesse, le lien de sang, l'âge. *« Le détenteur du pouvoir (ou divers détenteurs du pouvoir) est déterminé en vertu d'une règle transmise. On lui obéit en vertu de la dignité personnelle qui lui est conférée par la tradition »*³⁵. C'est une **transmission des pouvoirs** du chef au caractère sacré. La définition de l'organisation se fait sous l'**autorité** du chef entouré de personnes qu'il aura choisi, c'est le signe de l'obéissance. L'attribution du pouvoir conduit au respect des traditions, des coutumes qui guident les conduites.

La domination charismatique, c'est l'**autorité exceptionnelle** entraînant une forme de soumission. Elle est marquée par des idées porteuses, de l'influence, des procédés de leadership. *« Née de la nécessité ou de l'enthousiasme, celle-ci signifie en général changement de direction de l'opinion et des faits, orientation entièrement nouvelle de toutes les positions envers toutes les formes particulières de vie et envers le monde »*³⁶. La durée de cette domination est très aléatoire, elle est **en fonction de la confiance** des autres individus donc susceptible d'une remise en cause à tout moment.

³³ WEBER Max. *Economie et société*, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p.286

³⁴ Ibid p.288

³⁵ Ibid p.302

³⁶ Ibid p.325

L'organisation fonctionne selon les souhaits du chef entouré d'une équipe. La reconnaissance est libre et fondée sur la confiance, proche des émotions. Le fondement de la légitimité est ici un devoir, une **confirmation de la reconnaissance de la qualité**. « *La domination charismatique, en tant qu'elle est extraordinaire, s'oppose très nettement aussi bien à la domination rationnelle, ..., qu'à la domination traditionnelle...* »³⁷.

La domination légale ou rationnelle, elle est également la domination statutaire, basée sur des règles universelles, l'autorité est en lien avec la **fonction de l'individu**. « *Les membres du groupement, en obéissant au détenteur du pouvoir, n'obéissent pas à sa personne mais à des règlements impersonnels* »³⁸. Elle repose sur la croyance en la **légalité des règles et du droit**. Le chef est choisi en fonction de règles pré établies par un groupe. D'ailleurs, toute l'organisation est basée sur des règles dans **un respect permanent à la loi** par conséquent l'action est impersonnelle. Ce type de domination est présent dans l'activité du service public. Les règles sont basées sur la technique et/ou la norme. La formation professionnelle est nécessaire afin d'une application des règles dans une **parfaite rationalité**. La domination par la direction administrative bureaucratique est la domination légale la plus pure, composée de fonctionnaires avec une hiérarchie établie **en fonction des compétences et des qualifications professionnelles**.

Ces trois types de domination ont donc une validité de leur légitimité aux caractères différents. Une combinaison des 3 types de domination peut aussi être rencontrée pour un seul individu.

Selon **Pierre Bourdieu** [6], sociologue français, les relations de travail sont complexes, et en interdépendance, avec des dominations croisées, entre des individus dont les fonctions sont singulières et complémentaires.

La légitimité est alors la capacité à être reconnu comme supérieur aux autres et donc à être accepté comme référence par l'ensemble de la population. « *Aucun pouvoir ne peut se contenter d'exister en tant que pouvoir, c'est-à-dire en tant que force nue, dépourvue de toute justification* »³⁹. Ainsi, le pouvoir doit être justifié, et donc sans qualité arbitraire.

³⁷ WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p.323

³⁸ Ibid p.291

³⁹ BOURDIEU Pierre. La noblesse d'Etat, Grandes écoles et Esprit du Corps. Editions de minuit, 1989. 568p. p.377

2.3.3 L'approche économique

Selon **Michel Volle** [35], économiste français, la légitimité est étymologiquement un pouvoir conféré par la loi. Une personne légitime est donc en capacités de décider, d'arbitrer. L'ensemble de ses positions sera appliqué par d'autres individus. Les décisions ne sont pas nécessairement justes au sens de la justice.

Cependant, la personne légitime a le droit de se prononcer sur la situation donnée. Alors, la légitimité est un rôle essentiel, elle permet une **décision collective sans conflits permanents**. Les fondements de la légitimité sont sociologiques. Son combat est parfois violent, ses bases sont les **valeurs de la société**.

Avec **Pierre Rosanvallon** [23], historien, dans les années 80, un tournant s'est produit dans les démocraties avec l'apparition de nouvelles figures de la légitimité. Il définit la légitimité comme une double conquête permanente en lien avec le pouvoir et la qualité, par conséquent, une reconnaissance sociale et une adéquation à une norme. « *La légitimité est comme la confiance entre individus* »⁴⁰, elle devient alors une « *institution invisible* ».

Cette définition de la légitimité inclut la relation entre les individus de niveaux hiérarchiques différents, c'est alors « *une appropriation sociale des pouvoirs* ». De ce fait, l'auteur différencie 3 types de légitimité :

- ❖ **La légitimité d'impartialité** : « *l'impartialité est une qualité* »⁴¹ Incarnée par les autorités indépendantes de régulation et de surveillance dont le but est la préservation des libertés individuelles et le respect de la vie privée.
- ❖ **La légitimité de réflexivité** : Incarnée par des institutions vouées à compenser ou à corriger les travers de la démocratie électorale « *Cette question de la légitimité des instances de type réflexif (et des autorités dépendantes également) n'a de sens que restitué dans le cadre du nécessaire dualisme démocratique.* »⁴².

⁴⁰ ROSANVALLON Pierre. La légitimité démocratique. Edition Seuil, 2008. 367p., p.21

⁴¹ Ibid p.152

⁴² Ibid p.258

- ❖ **La légitimité de proximité** : Elle traduit un besoin nouveau de confiance entre les citoyens et les institutions, basée sur la communication et la prise en compte de la particularité de l'individu. « *La proximité n'est pas, dans ce cas, appréhendée, comme ce qui serait de l'ordre du raccourcissement d'une distance, mais comme une ouverture, une capacité à entrer sincèrement dans le jeu de cette révélation réciproque entre pouvoir et société* »⁴³. C'est alors un processus permanent, dans une interaction construite.

2.3.4 Synthèse La légitimité

La légitimité s'inscrit dans **un jugement de l'autre sur une fonction, un rôle**. Cette légitimité est alors en lien avec des attentes de la part de cet évaluateur, de ce juge. Le jugement est basé sur une relation. D'autre part, la validité légitime d'un ordre est fondée sur la tradition, la croyance d'ordre affectif, la croyance rationnelle en valeur ou la légalité. Le dirigeant développe sa légitimité **au travers de ses qualités personnelles**. Pour M. Weber, la capacité pour le détenteur de faire admettre ses décisions fonde sa légitimité, qui connote une confiance. La légitimité est basée sur une **relation de confiance** des individus. Cette relation est aussi en lien avec la **reconnaissance des compétences** et des atouts personnels tels que **l'écoute**, la **disponibilité**.

La fonction de cadre de santé est un nouveau métier à part entière pour un soignant. Sa légitimité serait en rapport avec son charisme, et fondée sur la persuasion, l'échange dans les multiples systèmes de l'institution, et donc sa rationalisation. C'est autant ce qui est appelé l'ensemble du **travail invisible** du cadre de santé. Le cadre de santé doit alors « *s'appuyer sur des valeurs et une éthique personnelle* »⁴⁴ [27] pour **favoriser sa crédibilité et sa légitimité**. Les valeurs et l'éthique personnelles doivent être clairement fondées car elles seront sans cesse **bousculées dans la fonction quotidienne** du cadre de santé, en permanence en contact avec le soin, les patients, les soignants.

⁴³ ROSANVALLON Pierre La légitimité démocratique. Edition Seuil, 2008. 367p p.337

⁴⁴ BARTHES Richard Dessine-moi le cadre de demain... Revue Soins Cadres N°75. Août 2010. p.20-23

2.4 *L'action sociale*

2.4.1 **Diverses approches**

Concept central de la théorie de **M. Weber**, l'action sociale est définie selon l'auteur de manière subjective. L'action humaine est sociale dans le sens où, le comportement d'autrui est considéré dans l'action de l'acteur. Alors, le comportement d'autrui affecte les conduites individuelles. Ainsi, M. Weber donne de l'importance au sens que les acteurs accordent à leurs pratiques, avec une implication réelle au travers des interactions des acteurs de l'organisation et pour l'ensemble du groupe, une signification subjective de l'action.

Pour **Emile Durkheim**, l'un des fondateurs de la sociologie moderne, proche de l'objectivité, l'action sociale est définie par des manières de penser, et/ou d'agir qui seraient imposées par la société à l'individu. Alors, l'action sociale se situe dans les réalités extérieures, par conséquent les actions sont conditionnées par une conscience collective. Selon, l'auteur, l'action sociale existerait sans qu'il y ait nécessairement d'interactions entre les individus. De plus, l'action sociale pourrait s'inscrire dans une action individuelle, dans le sens où elle correspondrait aux caractéristiques de la conscience collective.

Ces deux premières approches sont fondamentalement opposées, aussi pour notre travail de recherche, nous choisissons de développer la notion **de l'action sociale au travers de M. Weber**, dans son courant de pensées.

2.4.2 **Proche de la subjectivité**

Selon **M. Weber**, une action ne peut avoir le caractère social que selon 3 critères principaux :

- ❖ L'acteur de l'activité considère l'existence et le comportement d'autrui,
- ❖ L'activité a une valeur qui s'inscrit dans un système de communication. Ainsi, l'action est significative pour l'acteur et pour autrui,
- ❖ L'acteur est attentif aux attentes des autres, avec une possibilité de réponses et de ce fait, son comportement est adapté et en adéquation avec autrui.

Par conséquent, l'activité sociale est déterminée aussi en fonction du comportement passé, présent ou avenir des individus. Et donc, toutes **relations humaines** ne peuvent être considérées comme activité sociale « *N'importe quel contact entre les hommes n'est pas de caractère social, mais seul l'est le comportement propre qui s'oriente significativement d'après le comportement d'autrui* »⁴⁵. Ce sont les comportements dirigés en lien avec les actions de l'autre, qui prennent une valeur significative.

Ainsi, au travers de M. Weber, les relations définies avec un caractère social, sont des activités déclinées selon 4 types fondamentaux :

- La **tradition ou la coutume ancienne**, c'est une action en lien avec des excitations habituelles « *qui s'obstine dans la direction d'une attitude acquise autrefois* »⁴⁶,
- L'**affection ou l'émotion**, l'activité est conditionnée par les affects, les émotions, les sentiments. Le comportement est alors en fonction de l'humeur du moment, irréfléchi et spontané comme « *pour soulager un sentiment* »⁴⁷,
- La **rationalité en valeur** avec une croyance de la valeur d'une religion, d'un ordre éthique, considérée comme des valeurs ultimes. L'activité est réalisée sans anticipation sur les conséquences éventuelles du comportement « *L'activité rationnelle en valeur consiste en une activité conforme à des impératifs ou des exigences* »⁴⁸,
- La **rationalité en finalité**, avec l'attente du comportement des objets extérieurs ou celui d'autres hommes ; généralement, l'activité sociale est alors réalisée en connaissance des fins, des moyens et des conséquences. D'ailleurs, elle peut impliquer le comportement rationnel en valeur, alors la finalité n'implique que la notion des moyens.

⁴⁵ WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p.52

⁴⁶ Ibid p.55

⁴⁷ Ibid p.56

⁴⁸ Ibid p.56

L'activité sociale ne s'oriente pas uniquement selon une sorte de comportement. Les relations sociales se définissent par la répétition ou la modification du comportement d'un individu en fonction d'autrui. Elles sont durables ou non et sont **dépendantes de l'entente du groupe, des habitudes, de l'héritage culturel**. De plus, l'activité sociale est dépendante des **différentes formes de régulation**. Par exemple, comme l'**usage** où la pratique effective est dominante. Ou encore la **coutume**, avec un usage ici pratiqué dans une routine ancienne. Et enfin, la routine peut être conditionnée par des intérêts. L'**intérêt mutuel**, c'est une orientation rationnelle de la finalité de l'activité des individus, en fonction d'attentes similaires.

Dans l'activité sociale par intérêt, l'individu avec des connaissances et une opinion, oriente son activité pour atteindre un but, en prenant en compte les comportements possibles de l'autre. De ce fait, l'action ou l'évènement « *constitue, par la prise de conscience et de laisser-aller interne qui le caractérisent, l'exacte antithèse à toute espèce de contrainte interne par insertion dans une simple coutume, familière et aussi à l'abandon de normes auxquelles on croit de façon rationnelle en valeur* »⁴⁹. Ici, la rationalisation est indispensable, avec une adaptation permanente de l'activité, des valeurs, de la finalité.

Selon **M. Crozier et E. Friedberg**, une organisation est un phénomène sociologique où il existe toujours une **construction sociale**. Cette organisation peut connaître des transformations, si les stratégies de l'ensemble des participants peuvent être intégrées et favorisées des jeux, et si, l'organisation permet une autonomie de ses agents, ainsi libres et coopératifs. L'acteur est donc engagé dans un système d'action concret et doit « *découvrir sa marge de liberté réelle d'action et, éventuellement, l'étendre, et qu'avant d'innover, il aura dû d'abord s'adapter et réagir, puis redresser et corriger* »⁵⁰. Selon les auteurs, le système d'action concret est caractérisé par « *un sens 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* »⁵¹. De ce fait, l'action sociale permet aux individus **une réflexion autour d'une résolution d'un ou plusieurs problèmes** dans un intérêt commun et donc par conséquent les comportements sont orientés, la liberté d'action est délimitée et leurs résultats sont conditionnés.

⁴⁹ WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p.63

⁵⁰ CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Edition Seuil, 1992. 500p., p.403

⁵¹ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.147

De plus, les intérêts pourraient parfois être contradictoires, et pourtant, ils laissent place à une action collective qui implique alors la coopération et l'interdépendance. Les différents aspects de cette stratégie engendrent parfois un univers de conflits où s'installe la compétition de pouvoirs. Le jeu est alors un « *mécanisme concret grâce auquel les hommes structurent leurs relations de pouvoirs et les régularisent tout en leur laissant- en se laissant- leur liberté* »⁵². Les écarts sont de nouvelles opportunités et la possibilité d'une transformation du jeu.

Ainsi, l'action sociale doit être entendue comme un processus, où chaque individu du groupe gère les difficultés rencontrées dans l'organisation « *en somme, où ils apprennent constamment à se servir des instruments matériels et culturels à leur disposition pour résoudre les problèmes qu'ils rencontrent, en fonction des contraintes et des opportunités de la situation* »⁵³. Par conséquent, la **concrétisation de cette action** montre l'intérêt d'une régulation par un système de pouvoir, donc pas d'organisation sans l'existence de jeu de pouvoirs. La conduite de l'acteur dans un contexte définit sa démarche stratégique, et donc avec les contraintes de l'organisation. Par conséquent, la stratégie de l'acteur doit être établie en fonction **d'objectifs précis** et de projets pertinents.

Selon **P. Bernoux**, l'organisation est aussi un **construit humain en perpétuelle mouvance** selon les arrivées et les départs des acteurs. Ces changements nécessitent des temps d'ajustement qui se réalisent en lien avec l'ensemble des relations régulières dans l'environnement, dans l'organisation. « *L'ensemble de ce construit en ajustement permanent constitue le système d'action* »⁵⁴. Les acteurs sont libres et autonomes dans le système, ils interagissent, avec des relations, des négociations. Ainsi, ce fonctionnement avec des relations habituelles établies, permet à l'organisation de résoudre des imprévus par les acteurs. Le dirigeant doit alors analyser la situation, sans recherche de coupables mais dans une compréhension globale de la situation, Ainsi, face à un dysfonctionnement, « *le chef hiérarchique doit faire d'abord une analyse stratégique (quels acteurs ?) et une analyse systémique (pour quelles raisons ce système ?)* »⁵⁵. Par conséquent, le système d'action concret défini selon l'auteur se décline à deux sous-systèmes :

⁵² CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Edition Seuil, 1992. 500p., p.113

⁵³ Ibid p.206

⁵⁴ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.136

⁵⁵ Ibid p.138

- ❖ Le **système de régulation des relations** : c'est l'ensemble des règles élaborées face à un dysfonctionnement de l'organisation habituelles. Ce système représente des compromis, des consensus.
- ❖ Les **alliances entre les acteurs**, les relations construites permettent aux acteurs de desceller leur opposition ou leur alliance. Ce système est plus durable que le précédent avec des relations plus établies.

De plus, selon l'auteur, le système de communication est une caractéristique d'une organisation, et du système d'action concret. Cette particularité est nécessaire aux échanges entre les différents individus pour l'ensemble de l'organisation. Cette relation est non seulement avec l'autorité mais elle doit aussi considérer les relations dites horizontales « *Aucun groupe ne peut se passer de communications de ses membres les uns avec les autres et dans tous les sens* »⁵⁶.

Enfin, selon **R. Sainsaulieu**, outre l'autorité, l'organisation, un autre élément semble essentiel dans les valeurs des entreprises, « *celui de l'attention envers les individus, leurs problèmes personnels, leurs désirs d'évolution et de perfectionnement. L'autorité personnelle du chef est acceptée et même souhaitée. Cette relation implique la reconnaissance d'une sorte de don, de charisme psychologique chez le chef, sans laquelle une élection affective mutuelle ne peut se réaliser* ». ⁵⁷

2.4.3 Synthèse L'action sociale

Comme le souligne Max Weber, l'action sociale est définie par des relations, des compromis des individus. Dans cette relation, peuvent même se jouer des jeux de pouvoirs, de domination, alors certains individus seraient dans la soumission et d'autres individus seraient dans la désignation d'ordres. La domination est en lien plus avec l'autorité, par conséquent la légitimité de l'obéissance.

⁵⁶ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p, p.121

⁵⁷ SAINSAULIEU Renaud. L'identité au travail. Edition Références, 1988. 477p., p.249

D'autre part, « *le pouvoir ne peut s'exercer qu'avec des individus et des groupes. Agir sur autrui, c'est entrer en relation avec lui* »⁵⁸[21], **le pouvoir est alors relationnel, et les relations sont définies comme instrumentales dans le sens où visent un objectif** tel que « *des biens matériels, des actes, de la reconnaissance psychologique, des connaissances* ». Cependant, l'adaptation de l'action doit encore être permanente « *un groupe humain est en perpétuelle évolution, les stratégies de ses membres changent, leur comportement est relativement imprévisible* »⁵⁹.

⁵⁸ MULLER Jean-Louis, MINNAERT Marie-France. Management hospitalier, Un nouvel exercice du pouvoir. Edition Masson, 2004, 2^{ème} Edition. 136p., p.1

⁵⁹ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.133

2.5 Synthèse Cadre conceptuel

Au travers des différentes approches de la légitimité, il nous appartient maintenant de mieux cerner les bases de la légitimité dans notre future profession. La légitimité renvoie à une relation avec un groupe et par conséquent dans le cas qui nous concerne à une équipe soignante. Face à des situations quotidiennes, nos compétences seront reconnues entre autre dans la prise de décisions. Celles-ci pour être légitimes face aux soignants devront s'inscrire dans les valeurs de l'institution ou être justifiées, expliquées dans une relation, au travers d'un échange. En même temps, le cadre de santé doit être clair dans son positionnement, ses décisions doivent répondre aux directives de l'institution. Par conséquent, si une décision ou un comportement est contraire aux exigences des équipes soignantes, ceux-ci doivent être l'objet d'explication, d'argumentation, afin de favoriser la transparence de l'organisation et l'adhésion de tous.

D'ailleurs, nous avons posé dans notre introduction que la légitimité est au-delà du contexte du diplôme. **La légitimité note une compétence même des acteurs.** Cette synthèse nous conduit maintenant à construire une méthodologie afin de vérifier sur le terrain les moyens pour le cadre de santé d'être reconnu légitime dans une équipe soignante.

La légitimité du cadre de santé serait en lien avec :

- ❖ Sa relation avec autrui
- ❖ Son rôle aux multiples compétences
- ❖ Son autorité
- ❖ Son partage de valeurs communes
- ❖ Ses dispositions personnelles (écoute, disponibilité)....

La légitimité du cadre de santé, au-delà du détenteur de pouvoir, se révèle par son positionnement, sa reconnaissance au-delà de l'obtention du diplôme. **La légitimité serait une reconnaissance d'un individu par autrui au travers d'une relation.** « *On ne devrait jamais nommer un manager sans demander à ceux qu'il a dirigés ce qu'ils pensent de lui* » H. Mintzberg [34]

MÉTHODOLOGIE

3 Méthodologie de recueil de données

A ce moment de notre travail de recherche, nous devons confronter notre cadre conceptuel avec la réalité de terrain. Ainsi, le dispositif de recherche doit nous permettre de vérifier les hypothèses, les contredire, les développer....

Un **recueil de données** basé entre la théorie (le cadre conceptuel) et la pratique (le terrain) nous permettra par la suite de réaliser une analyse des informations en lien avec les apports théoriques et de synthétiser l'ensemble des résultats.

Par conséquent, à l'aide de notre grille d'**analyse**, nous pourrons étudier l'ensemble des recueils de données. Puis, nous réaliserons une **interprétation** des différents éléments recueillis **au regard de notre cadre conceptuel**. Enfin, nous pourrons envisager un positionnement dans notre future fonction de cadre de santé.

Suite à notre question de recherche,

**En quoi les compétences du cadre de santé
favorisent sa légitimité ?**

nous devons maintenant recueillir auprès de professionnels de la santé exerçant en tant que cadre de santé, leur ressenti par rapport à leur prise de poste, qu'il soit dans une filière d'origine ou autre, puisque la problématique peut être au-delà de la filière professionnelle d'origine.

Ce travail de recherche s'inscrit dans une **démarche hypothético-déductive**. Le cadre conceptuel nous a aidés à cheminer dans notre problématique et par conséquent les hypothèses ont aussi évolué au travers de cette recherche. Les hypothèses sont fondées sur des théories au travers de nos recherches antérieures et font suite au développement du cadre conceptuel.

Par conséquent, nous retenons les 2 hypothèses suivantes :

❖ **La légitimité du cadre de santé est favorisée au travers de la relation sociale**

Cette hypothèse met en lien les rôles du cadre de santé et les conséquences pour les équipes soignantes qu'il encadre. Elle est surtout basée sur le type de relation que le cadre de santé met en place avec les professionnels de santé, dans l'équipe soignante. Nous devons pouvoir vérifier ou non cette hypothèse.

❖ **La légitimité est liée à l'obtention d'un diplôme et l'appartenance à une filière d'origine identique aux professionnels rencontrés.**

Nous pouvons également conserver cette hypothèse, elle pourra être abordée au cours de nos recueils de données par les participants.

3.1 Les objectifs du recueil de données

Le but principal de ce recueil de données est de découvrir les **compétences** et **qualités** nécessaires au positionnement du cadre de santé en lien avec l'**expérience**, la **relation**... et de repérer les éléments, les actes qui permettent au cadre de santé de se sentir légitime dans l'exercice de sa fonction :

- Identifier leurs représentations des rôles du cadre de santé,
- Repérer leur relation avec les équipes soignantes,
- Distinguer leurs compétences entre l'expérience et les acquis de formation,
- Identifier le potentiel personnel,
- Identifier leur représentation de leur légitimité auprès de l'équipe pluridisciplinaire.

Par conséquent, nous souhaitons un recueil des données inscrit dans une méthode qualitative, comme elle est définie «*Une méthode qualitative de recherche est une stratégie de recherche utilisant diverses techniques de recueil de données et d'analyse qualitatives dans le but d'explicitier, en compréhension, un phénomène humain et social* »⁶⁰ [18].

⁶⁰ MUCCHIELLI Alex (sous la direction). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales. Edition 1996. 275p., p.129

D'autre part, dans cette méthode, la position du chercheur est particulière tant avec l'objet de recherche, qu'avec la recherche elle-même, ainsi qu'avec les participants à la recherche « *les hommes avec lesquels il a à faire. Il doit leur faire confiance. En effet, il doit partir du principe que ce sont eux qui détiennent la vérité qu'il recherche.* »⁶¹. Enfin, les **méthodes qualitatives** sont un type de recherche aux données non numériques recueillies dans le milieu naturel des participants. Le chercheur essaie d'établir une **interaction** avec les participants, les interviewés afin d'interpréter aux mieux les propos autour du phénomène étudié.

3.2 Le choix de la population et des sites

Pour vérifier nos hypothèses, nous souhaitons interroger des **cadres de santé**, de filières professionnelles quelconques, et sur différentes sites (Laval, Château-Gontier, Rennes...) au sein de Centre Hospitalier de Proximité et Universitaire. La sélection des personnes interrogées doit être diversifiée afin de recueillir une **diversité d'opinions** et d'élargir notre sujet. Les rencontres ont lieu avec des cadres de santé d'années d'expérience aussi variées compte tenu de notre démarche de recherche. Ces rencontres vont pouvoir nous éclairer sur un apport plus pratique au-delà de l'apport théorique. Cette démarche nous permet d'aller confronter nos hypothèses avec des réalités de terrain, auprès d'un échantillon de professionnels de santé **le plus représentatif possible**.

3.3 Le choix de l'outil

Au regard des objectifs fixés pour ces échanges et de notre souhait de proposer une certaine liberté à la personne interrogée, nous choisissons de réaliser des **entretiens semi-directifs**. Cette technique de recueil de données permet d'obtenir des informations qualitatives « *donnant lieu à un matériel verbal riche et complexe* »⁶² [1] au travers de faits et d'opinions exprimés par les personnes interrogées sur un sujet donné et plus détaillé dans le **guide d'entretien par le biais de thèmes choisis**.

⁶¹ MUCCHIELLI Alex (sous la direction). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales. Edition 1996. 275p.,p.129

⁶² BARDIN Laurence. L'Analyse du contenu. Edition PUF, 1993. 292 p., p.93

De plus, l'entretien semi directif induit que le chercheur ait énoncé le thème de l'entretien auprès de l'interviewé. Le chercheur doit être attentif, pour que la rencontre se déroule le plus naturellement possible, par conséquent l'ordre des questions ne doit pas être standardisé. Les questions sont là pour assurer, réassurer le chercheur que l'ensemble du sujet et donc des thèmes ont été traités par l'interlocuteur.

De ce fait, l'entretien semi-directif demande de l'**empathie** de la part du chercheur face à l'interviewé. Le recueil d'informations est dépendant de la **subjectivité** du participant (description, point de vue, analyse, ressenti...). Cette attitude non directive permet de laisser la liberté à l'interviewé de décrypter les questions ouvertes. Cependant, cette méthode demande de la part du chercheur une connaissance des **techniques de dialogue**. Les interventions pendant l'entretien ne sont pertinentes que pour acquérir un complément d'informations sur le sujet traité, et aider l'interviewé à cheminer dans sa réflexion. Ainsi, l'interviewer, le chercheur a la possibilité d'intervenir au cours de l'entretien dans le seul contexte et le seul objectif d'aider, de favoriser la relation sans inquiétude, et pour orienter l'échange, la rencontre. *« L'interviewer doit écouter l'interviewé de façon patiente et bienveillante mais aussi intelligemment critique »*⁶³ [4]. Avec l'utilisation de cet outil composé exclusivement de questions ouvertes, le discours est spontané, ainsi la personne interviewée peut développer ses propos et organiser l'entretien *« plus ou moins à sa guise »*⁶⁴. Les différents thèmes de relance doivent alors **s'intégrer progressivement au cours de l'échange**.

De plus, l'entretien semi-directif permet d'assembler et d'approfondir des informations sur les **représentations sociales**, les **systèmes de valeurs** et la **relation**, et d'accomplir une évaluation rapide du sujet traité. *« La subjectivité est toute présente »*, la personne interviewée parle en son nom « je » avec *« son propre système de pensées....ses systèmes de valeurs et de représentations, ses émotions, son affectivité »*⁶⁵.

Enfin, le choix de l'outil est **pertinent** au regard de nos hypothèses. L'entretien semi-directif nous apporte des données, des **éléments parfois inattendus**. L'ensemble des entretiens sera analysé, avec un résumé des données et une comparaison des informations recueillies.

⁶³ BLANCHET Alain & Al. L'entretien dans les Sciences Sociales. Edition Dunod, 1992. 288p., p.22

⁶⁴ BARDIN Laurence. L'Analyse du contenu. Edition PUF, 1993. 292 p., p.93

⁶⁵ Ibid p.93-94

3.4 Le déroulement des entretiens

Après avoir eu un accord de chacune des directions des soins des établissements choisis soit trois établissements bretons ou mayennais, nous avons pu fixer des rencontres suivant les disponibilités de nos interlocuteurs. Lors de la première prise de contact téléphonique, la date de la rencontre est fixée, et une précision est apportée sur le temps nécessaire à cet entretien. Par la même occasion, les objectifs de cette démarche sont énoncés avec le thème et la finalité de notre recherche. Enfin, une demande d'autorisation d'enregistrement est même faite lors de la prise de rendez-vous ce qui permet à l'interlocuteur une marge de réflexion jusqu'au jour de la rencontre. Nous accordions en moyenne 1h pour ces rencontres.

Au cours des rencontres, nous avons utilisé des techniques pour la conduite de l'entretien selon R. Mucchielli [19], tel que la reformulation, les synthèses et les procédés de relance.

Enfin, au cours de ces rencontres, nous notons l'importance de l'**éthique** en recherche qualitative. Elle-même s'intéresse au jugement de l'action sociale. Ce code d'éthique nécessite l'identification des valeurs et des principes d'action dans la conduite de la recherche. Les principales valeurs sont alors le **respect**, l'accueil des participants, la **confidentialité** des données recueillies.

3.5 Les thèmes de recherches

Notre outil de recueils de données doit s'articuler autour des thèmes principaux de notre recherche. Ces thèmes sont ensuite déclinés par des caractéristiques que nous avons pu identifier dans notre cadre conceptuel. Cette démarche nous permet ainsi de construire notre guide d'entretien.

- ❖ **Rôles du cadre de santé** : les missions et les priorités de ce rôle, les compétences, le potentiel personnel,
- ❖ **Pouvoir ou autorité** : le positionnement, les règles de fonctionnement, les décisions et leurs bases, leurs représentations,

- ❖ **Légitimité** : les types de domination, la reconnaissance au travers de la communication et de la confiance, les valeurs
- ❖ **Action sociale** : les qualités d'écoute, de disponibilité, l'ambiance de l'équipe et les régulations, les attentes de chacun, la recherche de l'action collective au travers de la réflexion.

3.6 Le guide d'entretien

Après avoir défini les objectifs de l'entretien, nous pouvons élaborer notre guide d'entretien composé de **questions de relance** pour orienter ou recadrer le sujet de la rencontre. La conception de l'entretien doit tenir compte les thèmes choisis en fonction du sujet, les informations « personnelles » de la personne interrogée, le talon, et les règles de déroulement de cet échange : le but, la confidentialité, l'utilisation, la durée... Son déroulement sera exposé au travers de la consigne inaugurale. Un enregistrement sera souhaitable afin de favoriser l'exploitation des données.

3.6.1 La consigne inaugurale

Bonjour,

Nous sommes étudiants à l'IFCS. Dans le cadre de notre mémoire de fin d'année, nous effectuons un travail de recherche autour de la légitimité du cadre de santé.

Suite à notre premier contact, nous vous rappelons que cette rencontre se déroulera pendant environ 1h et cet entretien sera enregistré avec votre accord. Il sera utilisé comme support de nos réflexions dans le respect de la confidentialité et de l'anonymat.

3.6.2 La question inaugurale

Pouvez-vous nous expliquer comment s'est déroulée votre dernière prise de poste en tant que cadre de santé ?

Cette première question permet une large ouverture sur le sujet, par conséquent la personne interrogée orientera son propos vers les aspects qui lui paraissent essentiels pour sa réponse, au travers de son vécu, ses ressentis. Par ailleurs, cette question est une manière de recueillir un maximum d'informations indirectement sur les aspects de valeurs, d'organisations....

3.6.3 Les thèmes de relance

3.6.3.1 Rôles du cadre de santé

- **Pouvez-vous nous préciser, quel est votre rôle dans ce service ?**
- **Quelles sont vos priorités dans votre management ?**
- **Quels sont vos souhaits vers cette nouvelle orientation ?**
- **Quelles compétences sont nécessaires ?**

Ce thème « Rôles du cadre de santé » permet de mettre en confiance l'interlocuteur, et d'identifier la représentation de ses missions ainsi que ses principaux axes dans la fonction de cadre de santé, et surtout les compétences acquises pour cette nouvelle fonction. Ce thème nous permettra d'identifier si la profession d'origine reste présente de façon majeure dans sa nouvelle fonction.

3.6.3.2 Pouvoir et autorité

- **Comment présentez-vous vos décisions à l'ensemble de l'équipe ?**
- **Sur quelles bases sont-elles posées ?**
- **Quelle est la place de votre parole ?**
- **Comment définiriez-vous votre positionnement ?**
- **Pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité ?**

Ce thème « Pouvoir et autorité » nous permet d'identifier sa représentation de sa position au sein de l'équipe soignante, dans son positionnement. D'autre part, nous pouvons repérer les règles de fonctionnement, et surtout leurs caractéristiques soit la clarté, l'écrit, l'explication.... Et par conséquent, ce thème nous permet déjà de déterminer si un espace d'échange est possible pour les équipes soignantes et dans quelles limites.

3.6.3.3 Légitimité

- **Quelles sont les attentes de l'équipe soignantes envers le cadre de santé ?**
- **Quels moyens avez-vous pour recueillir les attentes de l'ensemble de l'équipe ?**
- **Connaissez-vous leurs satisfactions ou insatisfactions ?**

Ce thème « Légitimité » permet de repérer le système de valeurs du cadre de santé, entre autre sur ses représentations des relations avec les soignants. Ces questions vont nous permettre d'apprécier les qualités relationnelles et donc d'identifier la reconnaissance du cadre de santé au sein de l'équipe. Ces questions nous indiquent outre les missions principales du cadre de santé et en parallèle les attentes quotidiennes des équipes soignantes.

3.6.3.4 Action sociale

- **Connaissez-vous des expressions de résistances ou de désaccord face à vos équipes ?**
- **Comment pouvez-vous nous les expliquer ? Quelles en seraient les principales raisons ?**
- **Comment sont gérées ces périodes de résistances ou de désaccord ?**
- **Comment définiriez-vous votre place dans l'équipe soignante ?**

Ce thème « Action sociale » nous permet de repérer la marge de liberté possible à l'ensemble de l'équipe soignante et ainsi d'identifier si des négociations sont envisageables. Nous pourrions connaître l'importance des valeurs et de la coordination entre les professionnels afin de favoriser la cohérence dans une action commune.

Pourquoi votre rôle était-il légitime ?

Cette question permet de conclure notre rencontre, et ainsi laisse la possibilité à l'interviewé d'apporter des éléments complémentaires et significatifs sur la légitimité de son rôle qui n'auraient pu être abordés auparavant.

3.6.4 Talon

Quel âge avez-vous ? Depuis quand êtes-vous cadre de santé ? Quelle est votre filière d'origine ? Quel est le nombre de professionnels que vous encadrez ?

3.6.5 Remerciements

Nous vous remercions du temps que vous nous avez accordé et de votre participation pour l'élaboration de notre mémoire.

Lors de son élaboration, cet outil d'enquête a été testé au préalable auprès de trois cadres de santé afin de vérifier la **clarté des questions**, d'affiner au besoin celles-ci et d'ajuster la reformulation de réponses. Cette étape d'exploration permet de cibler au plus juste l'entretien.

3.7 L'élaboration de la grille d'analyse

Notre grille d'analyse a pour objectif de catégoriser nos données à partir de thèmes dégagés de notre cadre conceptuel et utilisés dans nos outils de recueil de données. Ainsi, l'analyse qualitative du contenu est une méthode destinée à expliquer **la signification la plus authentique possible** du recueil de données, par le biais d'une grille d'analyse.

3.7.1 La catégorisation

A partir des éléments bruts, la catégorisation est un début de **théorisation**, en lien avec un ensemble de connaissances, de références. Ce processus permet une compréhension.

La catégorisation [1] est le processus principalement utilisé dans la procédure d'analyse. Elle constitue une différenciation puis un regroupement par genre. C'est une classification analytique. La qualité de la catégorisation dépend entre autre du refoulement mutuel, par conséquent un élément ne peut être affecté qu'à **une seule catégorie**.

Pour notre grille d'analyse, nous reprenons les éléments principaux dégagés dans notre cadre conceptuel. En revanche comme l'indique l'une des spécificités de l'entretien semi-directif, nous laissons et ajoutons une place aux éléments inattendus, qui nous sembleraient pertinents au regard de notre travail de recherche.

3.7.2 La grille d'analyse

THEMES	Rôles	Autorité/Pouvoir	Légitimité	Action sociale
SOUS-THEMES	Rationalisation	Pouvoir	Justification	Relations/Echange
	Positionnement	Autorité	Explication	Valeurs
	Communication/ Interlocuteur privilegié	Règles	Reconnaissance	Satisfaction
	Compétences/ Expertise	Influence	Equité	Attentes
	Accompagnement	Négociation	Résistances	Cohérence / Régulation
	Coordination/ Organisation	Décisions	Confiance	Action Commune
			Communication	Ecoute /Disponibilité
			Qualité	
	Autres	Autres	Autres	Autres

Nos entretiens sont tous retranscrits et se trouvent en annexes de ce document.

3.8 Les critiques de la méthodologie utilisée

3.8.1 Les limites

Tout au long de ce travail de recherche, nous avons pris conscience des différentes limites auxquelles nous avons dû nous confronter, nous questionner....

La première limite de ce **travail d'initiation à la recherche** est le nombre d'entretiens, pouvant être qualifié de restreint. Certes, il permet de réaliser une analyse puis une interprétation des données. Cependant, l'ensemble de ces éléments et donc les résultats ne peuvent être **ni généralisables, ni transférables** compte tenu de l'échantillon et de la faible représentativité des recueils de données traités. Cette limite s'inscrit dans le temps imparti pour cette étude. Par ailleurs, s'ajoute au nombre de cadres de santé interviewés, la pluralité des institutions, la diversité des expériences professionnelles donnant un discours singulier, en un moment et un lieu donnés.

Par ailleurs, de nombreuses questions, interrogations ont eu lieu sur les **catégories de populations** à interroger. L'étude serait-elle intéressante auprès des infirmiers, aides-soignants... Ces différents professionnels, sous la responsabilité du cadre de santé, pensent-ils que le rôle de leur cadre de santé est légitime ? Et pourquoi ? Le temps imparti ne nous permet pas de multiplier les catégories de population interviewées et ainsi de croiser les données dans une interprétation.

De plus, le déroulement des entretiens nous a posé quelques difficultés malgré les différents travaux de groupes déjà réalisés au cours de la formation. Cet outil de recueils de données nécessite de la pratique, chose que nous n'avons pas vraisemblablement suffisamment, l'**apprentissage** n'est pas terminé. Dans un souci d'objectivité, nous avons souhaité rester fidèles au discours de l'interviewé et afin d'éviter d'imposer notre propre logique de questions. Cependant, cette **attention** nous a parfois perdus dans notre guide d'entretien. Cette difficulté a pu même parfois modifier les réponses probables en fonction des moments de l'entretien où sont abordées les questions.

D'autre part, les techniques de reformulation ne sont pas faciles, nous avons dû parfois tenter de recadrer des entretiens, où les interviewés se perdaient dans des explications sans fin....

Enfin, nous pensons que notre position d'étudiants cadres de santé peut avoir un **impact** dans les discours recueillis. Pour la plupart des personnes interviewées, le souvenir du mémoire de fin d'année semble encore bien présent dans les esprits. N'ont-ils pas voulu être aidants dans leurs propos ?

3.8.2 Les atouts

Dans un premier temps, notre travail a été facilité lors de la recherche des participants aux entretiens. Nous n'avons rencontré aucun refus des différentes directions des soins des établissements pour obtenir l'**autorisation** de rencontres auprès de cadres de santé, qui eux-mêmes ont tous accepté cet entretien. Nous avons au moins douze cadres de santé potentiels pour les entretiens, les huit premiers ont tous répondu positivement, avec des **disponibilités en cohérence** avec notre échancier. Pour certains cadres de santé, ils se sont exprimés très ouvertement sur la pertinence du thème du mémoire et des questions, avec parfois un aveu de ne « s'être jamais posé cette question », sur la légitimité, le pouvoir,

Dans notre apprentissage à la recherche, certaines questions pouvaient paraître redondantes. Cependant, elles nous ont également permis soit de compléter ou de préciser des propos évoqués précédemment, ou soit, pour nous, dans une initiation à la recherche, de nous assurer de la compréhension des propos de notre interviewé afin de faciliter leurs analyses et donc leurs interprétations. Au fur et à mesure des entretiens, nous avons pu améliorer notre **conduite d'entretiens**. Mais chaque rencontre était singulière, nous devons faire preuve d'adaptations, de créativité, par conséquent **aucune monotonie, routine** ne peut s'installer, ce qui rend d'autant plus passionnants et intéressants ces temps.

Cette expérience contribue à l'apport de connaissances, de recherches, de découvertes, avec une guidance de notre directeur de mémoire. Aussi, l'ensemble des rencontres avec des acteurs de terrain induit un recueil de leurs propos, leur vécu quotidien et ainsi nous conduit à **rompre avec les certitudes, des a priori et surtout des représentations**.

De plus, les recueils de données au travers de huit entretiens sont suffisamment riches afin de donner une analyse objective et une interprétation détaillée. Malgré tout, l'ensemble de ce travail de recherche note une part de notre subjectivité.

Enfin, cette démarche nous a donné cette possibilité de rencontrer des professionnels de terrain, d'expérience, d'une **grande richesse** et d'une grande disponibilité, mais aussi forts d'authenticité et de spontanéité. D'ailleurs, c'est toujours avec **beaucoup de plaisir** que nous sommes allés à leur rencontre.

ANALYSE ET INTERPRÉTATION

4 Analyse par thématiques et interprétation

4.1 La population interviewée

Les entretiens semi-directifs ont eu lieu auprès de 8 cadres de santé, sur 3 sites différents. La répartition entre sexe est égale, 4 hommes et donc 4 femmes. La **moyenne d'âge** des professionnels interrogés est d'environ 48 ans, le plus âgé ayant 55 ans et le plus jeune ayant 40 ans. L'**ancienneté** dans la profession cadre de santé est variée, elle est en moyenne d'environ de 8 ans, avec un écart entre 15 et 3 ans. Les cadres de santé interrogés sont tous de **filière d'origine infirmière**, seul un cadre de santé est de spécialité infirmière anesthésiste. Nous avons aussi recueilli le nombre de professionnels que les cadres de santé encadrent, la **composition des équipes** oscille entre 65 et 20 agents, et la moyenne est d'environ 40 agents. Enfin, la durée moyenne des entretiens est de 39 min, ce temps varie entre 60 min et 30 min.

Dans le tableau ci-joint, nous pouvons retrouver les principales caractéristiques des personnes interviewées nécessaires à notre travail de recherche.

<i>Cadre de santé</i> <i>Entretien</i>	<i>Age</i>	<i>Ancienneté</i> <i>diplôme CDS</i>	<i>Encadrement</i>	<i>Durée</i>
<i>A</i>	53	13 ans	65 agents	30 min
<i>B</i>	44	6 ans	50 agents	44 min
<i>C</i>	55	15 ans	50 agents	31 min
<i>D</i>	52	13 ans	35 agents	40 min
<i>E</i>	44	8 ans	20 agents	34 min
<i>F</i>	54	8 ans	40 agents	34 min
<i>G</i>	44	6 ans	25 agents	60 min
<i>H</i>	40	3 ans	40 agents	41 min

4.2 Les rôles du cadre de santé

Nous nous attachons ici à relever les principaux rôles décrits par les cadres de santé interviewés, et par conséquent ceux qui notent une **représentation significative** sur l'ensemble des 8 entretiens.

4.2.1 Accompagnement

Tout d'abord, les cadres de santé évoquent majoritairement leurs rôles au travers de l'accompagnement des professionnels. Cet accompagnement se traduit par des attentions particulières sur les **souhaits professionnels**, avec donc une participation du cadre de santé dans l'évolution professionnelle des soignants, et avec la participation à des réflexions d'équipes « *faire réfléchir les gens pour qu'ils trouvent eux même une solution* » (A 118) ou encore « *si vous allez lors des transmissions, les interroger sur la prise en charge exacte du patient* » (D101).

Par conséquent, c'est au travers de la prise en charge des patients mais aussi par la proposition de formation continue, dans l'acquisition de nouvelles connaissances et donc la possibilité de développer de nouvelles compétences, « *donc c'est une manière de faire évoluer les gens professionnellement* » (D98) et donc favorable à un **épanouissement** professionnel et personnel. Cet accompagnement est également noté dans l'accueil et la prise de poste de nouveaux et/ou jeunes professionnels.

Par ailleurs, ce rôle est décrit sous la forme de la **responsabilisation**, et parfois de manière très caricaturale comme « *Moi je ne suis pas leur mère moi je suis juste là* » (B 69). De ce fait, le cadre de santé doit être dans un accompagnement **le plus individualisé** possible afin de repérer les ressources personnelles de chaque professionnel et ainsi de favoriser l'expression individuelle au sein d'une équipe pluridisciplinaire, « *je dirai c'est valoriser les équipes leur montrer ce qu'ils font bien pour essayer de les tirer vers le haut* » (A 47). Ce mode de fonctionnement induit même le **type de management** choisi par le cadre de santé « *Moi, je préfère une conduite pas loin du laisser-faire c'est-à-dire en déléguant, en faisant confiance, en responsabilisant au maximum* » (C 29).

Enfin, dans cet accompagnement et cette responsabilisation, le cadre de santé permet une certaine **liberté**, dans l'activité quotidienne des professionnels de santé. « *Les initiatives, moi j'accepte que les initiatives soient prises à condition qu'elles soient justifiées* » (A 23). La plupart des cadres de santé signifie l'importance de la présence sur le terrain, c'est à dire auprès des équipes, proches de leur activité quotidienne. Cette présence serait facilitatrice dans la suite des missions quotidiennes de cadre de santé, c'est une **considération des préoccupations** de l'ensemble des soignants et une meilleure compréhension des actions.

4.2.2 Interlocuteur privilégié

Le cadre de santé serait un interlocuteur privilégié, dans le sens où il se doit être, selon les attentes, les avis des équipes soignantes, un représentant du service comme l'**interface** entre les soignants et la hiérarchie supérieure « *que je fasse évoluer les choses que je fasse remonter les paroles au niveau de mon cadre sup* » (A 130). Ce sont des caractéristiques reconnues des compétences du cadre de santé « *Des compétences, aussi, il faut l'avoir aussi quand vous représentez votre service* » (D 186). A la représentation du service par le cadre de santé, celui-ci est également au sein de son service, comme une figure des valeurs soignantes et donc, le cadre de santé peut être considéré comme une **valeur sûre dans les démarches** « *d'être porteuse de quelque chose sur la durée* » (B124). Cependant, un nouvel élément est apparu lors des entretiens. La **taille de l'équipe**, le nombre de professionnels dont le cadre de santé a la responsabilité, souligne d'ailleurs un impact quant à la relation établie avec l'ensemble de l'équipe. Par conséquent, sa présence au quotidien auprès des équipes, **sa disponibilité et ses réponses** sont autant proportionnelles à l'effectif global qui lui est attribué par la direction de son établissement.

De plus, les soignants reconnaissent le cadre de santé dans ces **transmissions d'informations** « *On a des agents qui attendent du cadre qu'on puisse être l'interlocuteur privilégié, pour faire remonter des difficultés, c'est surtout ça. On a un grand rôle de communication* » (G 167). Et, souvent les professionnels ont des idées à émettre en terme de projet, d'amélioration de l'organisation du travail, de la prise en charge des patients « *inclure les équipes et être dans leur reconnaissance de leur travail, et de leur reconnaissance de leurs idées aussi, parce que souvent ils ont de très bonnes idées l'équipe* » (E 202).

De ce fait, le cadre de santé doit permettre cet **espace de réflexion collective**, comme le souligne l'éclairage de R. Blake et K. Mouton « *Le rôle est une dimension interactive essentielle et instaure un rapport dynamique* »⁶⁶ dans une recherche permanente de l'implication de l'équipe, d'innovation, de formation. Les rôles du cadre de santé sont même définis par l'institution, lors de la prise de poste. Alors, les fonctions du cadre de santé sont déterminées en corrélation des missions déclinées par sa hiérarchie : à savoir quelle place lui donne l'institution, mais également celles que le cadre de santé se donne personnellement.

4.2.3 Organisation globale

Au travers des rôles des cadres de santé, nous retrouvons de nombreuses caractéristiques définies par H. Mintzberg, Les priorités des cadres de santé sont en lien avec leurs rôles et leurs attentes envers l'équipe soignante. Mais celles-ci semblent très variables au quotidien. Pour certains, ils attachent beaucoup d'importance à la réalisation du **planning** « *je pense que c'est le préalable pour bien fonctionner* » (A51), comme un outil dont a besoin les équipes certes mais aussi comme pour se soulager de cette complexité parfois, afin de réfléchir, de travailler sur de réelles questions, interrogations d'organisation, au profit des usagers accueillis dans les services.

Les cadres de santé, dans une organisation de service de soins, accordent de l'importance à l'**anticipation**, le plus possible, proche de la **maîtrise** de l'ensemble des événements probables « *j'aime le travail dans l'anticipation donc c'est effectivement, ... déjà de savoir se projeter c'est-à-dire dans l'organisation* » (F 92). Le cadre de santé se doit par conséquent d'**être réactif** dans l'organisation, le fonctionnement du service. Cependant, cette réactivité n'est pas à confondre avec la précipitation. Par conséquent, le cadre de santé doit avoir une capacité d'analyse des situations rencontrées, afin d'une prise de recul nécessaire à la réflexion. « *Faut analyser ce qui s'y passe. Faut pas être là aussi pour prendre à partie tout le monde, faut écouter, travailler la dessus* » (H 232).

Lors de nos rencontres, nous avons remarqué que le planning est souvent évoqué avec différentes fins, une mission importante, un **outil primordial**. Sa première finalité est au regard de l'organisation globale de service et donc de l'activité des soins.

⁶⁶ MARC Edmond, PICARD Dominique. L'interaction sociale. Edition PUF, 2003, 3^{ème} Edition. 239p., p.107.

Les équipes ont une attente importante envers le cadre de santé quant à l'élaboration du planning, de sa tenue et de sa gestion quotidienne en lien avec les arrêts, les formations, « *puis les équipes de toute façon sont extrêmement demandeuses ne serait-ce que pour leur planning donc que tout soit préparé très en amont* » (F 92).

Les priorités sont néanmoins en fonction des missions que l'institution demande auprès des cadres de santé, et celles-ci sont variables suivant les établissements. Les cadres de santé décrivent leurs rôles auprès des soignants au travers de multiples qualificatifs, ou missions : contrôle, coordination, coopération...accompagnement. Ces différents rôles sont majoritairement en lien avec une **présence sur le terrain du cadre de santé**, c'est dire des rencontres régulières avec l'ensemble des professionnels au travers des activités quotidiennes comme une présence aux transmissions. « *Oui faut occuper le terrain, c'est être là, être présent, pas toujours présent mais être présent à des moments différents sur des choses différentes que ce soit aux transmissions, au niveau des soins* » (B 46).

4.2.4 L'expertise – les compétences

Lors de nombreux entretiens, les différents cadres de santé ont rappelé l'importance des **apports théoriques** en lien avec la formation de cadres de santé. Cette nouvelle profession, cette nouvelle responsabilité nécessite un apprentissage « *il me semble que c'est mieux de l'apprendre, parce que ben c'est un métier* » (B 170). Pour la plupart des cadres de santé, naturellement, ils rappellent leur **ancienne profession**. Par ailleurs, ils s'attachent à évoquer pour la majorité d'entre eux l'appartenance à leur filière d'origine, « *ayant une formation infirmière je pense que je suis plus particulièrement sensible et sensibilisée à cela que quelqu'un qui serait purement administratif par exemple.* » (B40). Cet ajout est surtout en lien avec la **pratique antérieure** dans un service de soins, et donc une activité auprès des patients, avec de ce fait une connaissance des contraintes, des impératifs liés aux prises en charge des patients. Malgré tout, cette compétence supplémentaire est relativisée, avec du recul soulignant l'absence de pratiques, et d'actualisation des techniques de soins. Enfin, les compétences des uns et des autres semblent bien distinguées, chaque professionnel dispose de son domaine de compétences, des responsabilités qui lui incombent. « *Je suis dans autres choses, elles ne me font pas mon travail, je ne fais pas leur travail non plus* » (E 130).

Mais loin d'être représenté comme un expert, le cadre de santé, comme nous le notions dans nos entretiens, ne dispose pas de connaissances ou compétences expertes, « *vous êtes en interface avec tellement, tellement de choses ...que vous ne pouvez pas être compétents partout, il faut avoir cette réalité-là* », (D164). Et de ce fait, le cadre de santé doit être humble dans sa fonction, et sans doute pour faciliter la collaboration d'autre part avec chacun des partenaires du soin « *Un cadre qui est dans la maîtrise qui veut tout contrôler, et je n'irais pas demander à mon collègue, ou aux autres parce que je vais montrer mes faiblesses, ce n'est pas un cadre* ». (C 205).

Enfin, de nombreux cadres de santé rappellent leurs missions de **contrôle**, cependant, il n'est pas à entendre dans le sens de la sanction mais plus d'une **évaluation** et toujours dans une réflexion au travers des comportements, des actions de chacun « *Voilà c'est aussi de la reconnaissance du travail, le contrôle ça sert aussi à ça, à reconnaître le travail qui a été effectué.* » (E 179). Le contrôle doit être continu, et donc sans interpellier nécessairement les agents, son objectif principal devient alors la base de la confiance de l'activité quotidienne.

4.2.5 La rationalisation - Le positionnement

Lors des entretiens, de nombreux cadres de santé évoquent l'importance de la **fiche de poste** pour chaque professionnel dans un service de soins. Cette fiche permet un support à la communication et une base de régulation lors de conflits, de différents dans l'équipe ou/et avec le cadre de santé. « *Après elles ont des profils de postes qui leur permettent de faire ça ça ça, elles le suivent* » (B84). Ce document est une définition des places et des rôles de chaque membre de l'équipe. Selon R. Sainsaulieu, nous avons effectivement évoqué dans notre cadre conceptuel les raisons d'une organisation rationnelle. Les fiches de poste entrent dans cette définition et permettent de délimiter des relations de travail.

De plus, les cadres de santé évoquent la **complexité de se positionner** « *ça c'est tout l'art du positionnement, et savoir se positionner c'est compliqué* » (C36) dans une équipe, auprès d'une équipe. Les rapports de chaque professionnel sont différents face à la hiérarchie. Le positionnement implique le mode de management que le cadre de santé souhaite instaurer dans sa dynamique de travail.

Le cadre de santé doit s'adapter aux professionnels qu'il rencontre, et là encore, l'observation lui permet de moduler ses actions en fonction des besoins des soignants, mais outre sans perdre l'idée des missions qui lui sont attribuées et ses valeurs de professionnels de santé.

Enfin, la complexité du positionnement du cadre de santé peut se trouver comme nous le rappelle une personne interviewée, dans **les liens d'affections et la logique de la règle** « *C'est la gestion de la dualité entre l'affectif et la raison. Eh ni trop dans l'affectif ni trop dans la raison, c'est rigueur, souplesse, ça se joue au milieu des 2 et de là le positionnement, là-dedans* » (D 37). La présence régulière proche de l'activité de soins permet d'avoir des appuis, des preuves pour des recadrages. Rapidement, les soignants peuvent être dans des habitudes, et des routines peuvent s'installer. Et pour certains cadre de santé, le besoin de réaliser des rappels semble nécessaire sur des décisions prises parfois même collectivement « *beaucoup de rappels de ce qui doit être fait de vers quoi on doit aller* » (A 29).

4.2.6 Interprétation

Au travers de ce thème « **Les rôles du cadre de santé** », nous remarquons dans un premier temps, que ces différentes missions s'inscrivent dans un nouveau métier, avec une recherche de **collaboration** et de **coopération** comme le souligne la réforme de 1995. La définition des rôles de chaque membre de l'organisation est clairement établie, la complémentarité est notée entre les soignants et le cadre de santé. Ainsi, la filière d'origine ne semble pas être un atout supplémentaire, mais plutôt comme un élément complémentaire dans la cohérence de actes de soins.

Les principaux rôles des cadres de santé sont effectivement proches de ceux définis par H. Fayol et L. Gulick. La **planification** est majeure avec une gestion de l'organisation quasi permanente, comme le planning et les aléas, avec une possible anticipation. Le cadre de santé doit faire preuve de capacités d'adaptations face aux diverses sollicitations. De plus, le **contrôle** est continu mais pondéré dans sa signification, comme décrit dans les fonctions fondamentales de R. Mucchielli. Cependant, celui-ci est un moyen de vérification au travers de **règles de fonctionnement**, et de leur respect comme le souligne R. Sainsaulieu afin de favoriser « *un bon jeu* ».

Selon H. Mintzberg, au travers des 10 rôles du manager, nous retenons les 3 principales catégories. Les rôles interpersonnels sont très présents pour le cadre de santé. Sa position d'interlocuteur privilégié semble primordiale pour les équipes avec une création et une **adaptation de la relation**. Celle-ci peut être un support à la valorisation. Elle favorise la reconnaissance du travail.

Le cadre de santé est alors dans une dynamique de motivation mais aussi d'implication de l'ensemble des professionnels de santé. La participation de tous pourra être réelle, comme le souligne R. Blake et K. Mouton. Ensuite, le cadre de santé dont la **communication** est un élément déterminant dans sa fonction, répond aux rôles liés à l'information, avec une importance notée dans la représentation du service par le cadre de santé au sein même de l'institution. Et enfin, parce que le cadre de santé fait preuve de positionnement dans le service, les **rôles décisionnels** sont marqués par ses capacités d'analyse, de réflexion, de gestion quotidienne impliquant une certaine méthodologie et rigueur dans ses tâches.

Si le cadre de santé accompagne les professionnels dans **la réflexion et l'interrogation**, il doit également lui-même avoir cette capacité de prise de recul face aux situations rencontrées, l'apprentissage de ce nouveau métier, au travers d'apports théoriques, peut permettre la mise en application pratique.

De plus, le cadre de santé, entre l'accompagnement et le contrôle, doit trouver, par ailleurs le **juste milieu en lien avec la confiance et la liberté** qu'il accorde aux professionnels, puisqu'il recherche aussi en fonction des responsabilités définies pour chaque poste, l'initiative des professionnels. Le cadre de santé ne doit pas se situer dans la maîtrise complète de l'ensemble des activités du service, l'imprévisibilité est toujours présente. Par conséquent, là encore sa profession d'origine ne doit pas venir se transposer au risque de générer de la confusion dans les rôles de chacun, comme nous le montre d'autre part T.R. Sarbin, dans les niveaux de rôles entre la perception, l'expectation et l'action.

Cependant, ce fonctionnement n'est possible que par le type de management que le cadre de santé souhaite appliquer, **entre le contrôle et le laisser faire**. Son positionnement se situe par conséquent selon ces deux derniers critères.

Enfin, la relation est importante avec l'ensemble des soignants par le biais d'une présence régulière, qui permet d'ailleurs une réelle confrontation avec la réalité du terrain. Cependant, si la présence du cadre de santé est même un élément déterminant dans ses rôles, celle-ci est à nuancer en **considération de la spécificité du service, et surtout du volume en personnes** tant soignantes que soignées. Cette présence et cette disponibilité impactent également sur sa réactivité possible face à des dysfonctionnements.

4.3 Le pouvoir et l'autorité

4.3.1 Le pouvoir

Pour la question « Pensez-vous avoir du pouvoir ? », pour la majorité des cadres de santé interrogés, ils annoncent qu'ils ont du pouvoir, de par la **position hiérarchique**, le statut « *Le pouvoir peut être lié au statut* » (C 109), proche alors de l'autorité statutaire définie par R. Mucelli. Cependant, un cadre de santé parmi les 8 interrogés dit ne pas avoir de pouvoir, et même que cela serait une **erreur de penser** que cette fonction donne et/ou permet d'avoir du pouvoir, aux risques d'oublier l'autre et donc les professionnels « *Pour moi, non. Si un cadre imagine qu'il a un pouvoir, à mon avis, il n'est pas, il va forcément décevoir* » (F 135). On peut penser comme le souligne M. Crozier et E. Friedberg que le pouvoir n'est pas nécessairement un attribut, mais une **reconnaissance au travers de la relation** avec les professionnels de santé.

D'autre part, nous remarquons que ce pouvoir peut être en lien avec la reconnaissance des **compétences**, celui-ci s'acquiert par l'obtention du diplôme mais également de l'**expérience** « *Ce qui donne le pouvoir ? Je pense que c'est son..., ce sont ces acquis professionnels, je veux dire son vécu professionnel au début je n'étais pas comme ça, c'est-à-dire qu'on évolue avec le temps* » (H 272). Au travers de la maîtrise d'une compétence particulière, de la connaissance des règles, des informations sur l'organisation comme le souligne d'ailleurs M. Crozier et E. Friedberg, le pouvoir est alors détenu par une **connaissance sur des informations**, des relations créées au travers d'une zone d'incertitude pour d'autres professionnels.

De plus, ce pouvoir peut s'affirmer par des actions du cadre de santé en lien avec le fonctionnement du service, par des actions d'évaluation « *Donc, là j'ai ce pouvoir-là. Bien évident. J'ai le pouvoir aussi quand je mesure les compétences des équipes* » (D 148), D'autre part, pour certains, ils apportent une nuance, et reconnaissent, néanmoins, que ce pouvoir est **limité**, « *je n'ai pas le pouvoir de dire à quelqu'un vous ne restez pas là, ça fait plus, il faut partir, il faut aller dans un autre service je n'ai que le pouvoir de faire un rapport circonstancié* » (A 209).

4.3.2 L'autorité

Savoir faire preuve d'autorité auprès des équipes permet d'avoir **le respect** pour le cadre de santé, par conséquent l'autorité est alors nécessaire au bon fonctionnement de l'organisation « *Si y'a une autorité parce que si on se fait pas respecter ça fonctionne pas* » (H 289). L'autorité est exprimée principalement dans la capacité du cadre de santé à se positionner, et donc de **donner sa position** « *le cadre avec la relation à l'autorité ce n'est pas simple* » (C 83), son avis même divergeant à l'équipe mais, par ailleurs, sa capacité à la maintenir. « *L'autorité, pour moi c'est être capable de tenir une position, d'être capable de se positionner.....l'autorité c'est ça, c'est être capable de défendre une position, mais c'est aussi capable d'entendre les remarques, et de les entendre* » (C 110).

Cependant, parfois la position du cadre de santé peut être plus **autoritaire** « *Je suis autoritaire, je ne suis pas injuste donc ça elles sont capables, ...enfin je veux dire elles le reconnaissent* » (B 150) ou encore « *l'équipe nous voit comme étant autoritaire* » (G 210). Malgré tout, l'autorité ne doit pas être confuse, ou amalgamée avec l'autoritarisme, où dans cette seconde notion les décisions, ou les positions seraient injustes. D'autre part, cette notion de l'autorité est parfois liée à un trait de caractère, un **potentiel personnel** du cadre de santé, « *je n'ai pas besoin de le répéter 36 fois J'ai ce trait de caractère* » (B 106) avant cette nouvelle fonction, comme le souligne H. Fayol, par des attitudes personnelles.

Par ailleurs, cette autorité montre la relation des soignants avec la hiérarchie, pour une part des soignants, ils peuvent être dépendants à l'autorité, dans une attente du cadre de santé, avec un souhait d'un management plutôt directif. Le **rapport à l'autorité** et ici à la hiérarchie ne sont pas identiques pour tous les professionnels. « *On va trouver des professionnels qui sont très dépendants par rapport à l'autorité, que si le médecin demande ou le cadre ils diront toujours oui...* » (C 89). Comme pour le pouvoir, l'autorité s'acquiert autant par le biais des **expériences professionnelles**, « *voilà, je pense que c'est quelque chose qu'on acquiert avec notre pratique* » (E 155), comme le souligne J.R.P. French et B. Raven, nous retrouvons par conséquent surtout le pouvoir de compétences et donc au travers de l'expérience.

4.3.3 Les décisions – Les règles

L'essentiel des décisions des cadres de santé est en application soit à la législation : « *C'est comme ça, la plupart du temps, elles en conviennent effectivement quand c'est quelque chose qui est inscrit, les règlements sont pas faits pour faire suer les équipes, c'est fait pour améliorer les façons de faire* » (B 33), soit en lien avec des décisions institutionnelles. Par conséquent, pour chacune, peu de contestations des équipes sont entendues ou justes dans un mécontentement exprimé par rapport à l'impuissance du cadre de santé face aux directives institutionnelles, « *elles me disent ben oui on sait bien que vous ne pouvez pas faire autrement, voilà.* » (B 152).

Ensuite, les règles ne sont pas nécessairement écrites, elles font partie des règles de fonctionnement **établies** entre chacune des parties, lors de la présentation, « *c'est rentré dans les mœurs elles acceptent* » (A 92) et elles ne sont pas nécessairement écrites « *Les règles ne sont pas écrites et non formalisées. L'équipe sait et en a conscience* » (B 65). Malgré tout, tous les cadres de santé sont unanimes, leurs décisions doivent avoir une **origine** clairement établie, « *il faut vraiment asseoir ce que vous allez dire* » (D 185). L'ensemble de ce dispositif permet alors aux cadres de santé d'avoir une position plus confortable pour la prise de décisions, et suffisamment éclairée « *Mais un moment donné, un moment donné, il faut statuer sur une décision, il faut trancher bien sûr.* » (H 99). Par conséquent, les décisions, ou non d'ailleurs, sont de la **responsabilité du cadre de santé**, « *Mais un, je vais me positionner moi, en tant que cadre de santé, c'est de ma responsabilité* » (C 41), l'annonce et le respect d'une décision sont aussi des actions montrant les capacités de positionnement du cadre de santé, et ainsi sa **capacité d'autorité auprès des équipes**.

Enfin, des nuances peuvent être apportées dans la présentation de décisions afin de ne pas être complètement restrictives dans les activités quotidiennes des soignantes, « *Par contre, une décision institutionnelle impérative selon des textes juridiques et autres, là vous devez trancher et dire c'est comme ça y'a pas d'autres solutions mais on peut réfléchir pour améliorer votre situation* » (H 106). Les décisions vécues comme des injonctions, des contraintes, doivent être réfléchies afin de permettre à chacun de trouver des **aménagements sans déroger**, et donc permettre la réflexion vers la créativité.

4.3.4 La négociation - L'influence

La négociation semble le quotidien des cadres, elle fait partie prenante du travail de **collaboration**, de **coordination** des cadres de santé. Cependant, cette négociation est perçue par l'ensemble des cadres de santé comme une normalité, un jeu entre chaque acteur de l'équipe, « *Mais on négocie tout le temps quand on est cadre, vous négociez quand vous rappelez quelqu'un pour venir travailler, vous négociez par exemple* » (D 194). Cette négociation peut être dans la recherche entre les intérêts personnels et les intérêts institutionnels, « *C'est d'arriver aussi à trouver le compromis entre l'intérêt institutionnel et l'intérêt perso, parce que l'acteur lui il va toujours essayer de jouer au maximum sur son terrain perso, faut essayer de ramener de l'intérêt...*, » (C 209). De plus, le professionnel doit pouvoir trouver une compensation parfois aux changements, « *et avoir une notion de contrepartie, c'est toujours gagnant-gagnant,.....* » (C 50) ou encore « *créer cette espèce de lien entre l'équipe, le cadre, une espèce d'équipe gagnante j'ai envie de dire, même si on est dans l'équipe sans être dans l'équipe, mais quand même un binôme gagnant* » (E 89). La négociation est plus exprimée dans le fait d'une **contrepartie**, d'**avantages**, d'une **reconnaissance**.

Cependant, l'influence s'installe de façon progressive, c'est surtout dans ses **stratégies d'action**, que le cadre de santé peut utiliser afin de viser l'**adhésion d'une majorité** de l'équipe « *il ne faut pas heurter, donc voilà, il faut y aller progressivement, et je dirai c'est votre manière de faire, votre manière d'être.... au fil du temps, euh....où vous allez montrer, où les autres vont dire petit à petit.... Ben oui elle fonctionne comme ça* » (D 58). Cette progression permet une compréhension, une **assimilation** des choix d'action. De la sorte, les cadres de santé reconnaissent avoir pour une grande majorité de l'influence auprès de l'équipe, dans le travail d'**accompagnement des équipes**. Des idées peuvent progressivement prendre forme auprès des équipes, avec des informations morcelées de la part du cadre de santé, et par conséquent les propositions cheminent dans l'équipe et deviennent possibles, réalisables « *Y'en a qui vont, et on s'en rend compte hein. Il suffit de mettre là, je peux y mettre quelque chose et progressivement tiens on n'y avait pas pensé...Mais ça c'est ...Il faut de temps en temps* » (H 123).

Enfin, la relation au travers de la négociation demande de l'expérience, une connaissance de l'organisation « *on est tout le temps dans la négociation, mais ça s'apprend. ça apprend* » (D 198).

4.3.5 Interprétation

Au travers de ce thème « **Pouvoir et autorité** », nous avons pu dégager des éléments exprimés par les personnes interrogées. Dans un premier temps, nous pouvons noter que le cadre de santé dispose du pouvoir par l'obtention du diplôme et donc de son statut. Comme le souligne M. Crozier et E. Friedberg, le pouvoir est une **compétence liée à un statut** mais aussi de la **reconnaissance de l'organisation**, « *le chef ne doit pas être le plus compétent dans tous les domaines. Il doit l'être assez pour comprendre les langages, les objectifs et les stratégies de ses subordonnés et coordonner leur actions* »⁶⁷. Cependant, ce pouvoir est limité de par sa position hiérarchique, et ainsi ne semble pas la base de fonctionnement du cadre de santé. Par conséquent comme le définit J.P.R French et B. Raven, le cadre de santé dispose du **pouvoir de position**, proche du pouvoir de légitimité, en lien avec la valeur de sa position dans l'organisation. Nous n'avons pas noté, au cours de nos rencontres, d'expressions en lien le pouvoir de coercition, comme sanction. Nous relevons par ailleurs quelques représentations du pouvoir de récompense, les compromis sont modérés et pas recherchés de manière consciente par les acteurs.

De ce fait, dans un second temps, nous remarquons l'importance de la place laissée à la **négociation**, ce jeu est semble-t-il **nécessaire à la réussite de l'organisation**. Suivant l'éclairage de P. Bernoux, l'organisation est caractérisée par un système de contribution-rétribution. Effectivement, conformément au droit du travail, les salariés sont sous l'autorité de leurs employeurs. Comme le souligne l'auteur, les raisons de la réussite ou de l'échec de l'organisation sont en lien avec la contribution des salariés.

De plus, au pouvoir de position, s'ajoute un **pouvoir personnel**, soit le pouvoir de compétence toujours défini selon J.P.R French et B. Raven. En effet, la compétence, l'expertise dans une fonction, permet au cadre de santé de disposer d'une **base supplémentaire** du pouvoir.

⁶⁷ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p, p.161

Cependant, les cadres de santé semblent plus attachés à **énoncer l'autorité de leur position**. L'autorité est alors reconnue par les attitudes, les connaissances et/ou les compétences, les capacités. De plus, nous pouvons relever les principaux critères comme le décrit C. Maccio. Le positionnement et le choix de décisions permettent aux cadres de santé de **veiller à l'ordre**, au respect des règles de fonctionnement et ainsi la continuité des activités dans le service. D'autre part, cette autorité est toujours semble-t-il dans une **recherche de justice**, alors parfois pouvant être perçue comme plus autoritaire. Et selon le dernier critère, comme nous l'avons déjà cité la compétence, est un élément majeur d'autorité.

Enfin, nous notons **des qualités de communication, de transmissions d'informations** lors de la présentation d'une décision, Par conséquent, les décisions visent l'adhésion du groupe. Comme le souligne P. Bernoux, le pouvoir est lié également à la qualité de la communication *«Une décision peut échouer non par la qualité de ceux qui l'ont préparé mais parce que leurs informations étaient préalablement insuffisantes ou que la décision a été mal transmise et donc l'exécution inadéquate.»*⁶⁸. C'est une **valeur stratégique**, l'information est nécessaire à chaque individu. Ainsi, pour les règles organisationnelles, chaque membre d'une organisation doit connaître et donc pouvoir utiliser ces règles. Ce préalable facilite la relation de pouvoir. Par conséquent, nous constatons lors de nos rencontres que le cadre de santé veille à une **clarté des décisions**, elles ne sont pas nécessairement écrites, mais semblent suffisamment exprimées pour que l'ensemble des professionnels en ait connaissance.

⁶⁸ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p, p.163

4.4 La légitimité

4.4.1 La justification – L'explication

Comme nous l'avons remarqué dans le thème précédent, les décisions doivent être annoncées sur des bases, et même si elles sont institutionnelles, l'équipe doit être informée clairement de l'origine de la décision et de sa **finalité**. Ainsi, les décisions doivent être abordées avec l'équipe, en lien avec leur travail quotidien, sur des **faits précis**, afin de faciliter la compréhension et l'adhésion de tous, « *Donc voilà, faut savoir mesurer ? Savoir pourquoi elles sont posées* ». (H 113). Cette démarche permet une sensibilisation et une information pour l'ensemble des professionnels. Cependant, les choix du cadre de santé peuvent se baser sur des connaissances, ce qui met en évidence ses qualités professionnelles, par conséquent « *De se tenir informée de tout ce qui bouge et évolue dans le domaine sanitaire et social. Voilà ce qui apporte aussi de la légitimité....* » (F 147). Par conséquent, les bases de ces décisions sont **transposables** pour l'ensemble de l'équipe soignante.

De plus, lorsque des actions sont incomprises pour un membre ou par l'ensemble de l'équipe soignante, le cadre de santé peut être amené à s'expliquer directement avec les agents concernés « *je lui ai expliqué que ce n'est pas parce que je ne faisais pas attention à son travail bien au contraire donc je lui ai donné des exemples de ce qu'elle avait fait.* » (E38). Les explications doivent permettre une justification sur des **faits réels et relevés** par le cadre de santé.

L'explication est non seulement pour les soignants mais elle peut également s'appliquer pour le cadre de santé. « *C'est-à-dire se faire réexpliquer quand on n'a pas compris l'objet d'une demande et ensuite de pouvoir la satisfaire ou ne pas la satisfaire. Mais si on ne peut pas les satisfaire, il faut savoir s'en expliquer* » (F 70).

Cependant, les explications ne sont pas applicables pour certaines règles, lorsque celles-ci sont législatives, ou conformes par exemple au droit du travail. Le cadre de santé ne doit pas **non plus être dans la justification de toutes ses actions**. Certaines règles sont à appliquer en fonction de normes et de procédures déjà pré établies, ce que nous avons aussi noté dans le rôle de rationalisation du cadre de santé.

4.4.2 Confiance – Résistance – Communication

Lors de la prise de poste, de nombreux cadres notent l'importance de pouvoir avoir la confiance des équipes et d'autre part, d'avoir confiance en l'équipe. Par ailleurs, c'est une **détermination de leurs priorités**. « *Qu'on est dans un métier humain avec une dimension humaine extrêmement importante et pour moi, la première chose, c'est essayer de gagner la confiance d'une équipe* » (F 65). Par conséquent, l'**intégration du cadre de santé** passe obligatoirement par cette phase de rencontre « *C'est essayer de gagner la confiance d'une équipe et donc, tant qu'on n'a pas gagné cette confiance, ce sera impossible de rentrer en relation avec eux et de travailler avec eux.* » (F 67). C'est alors la base de la relation, qui peut permettre ensuite un **travail constructif**. Et pour certains cadres de santé, la confiance a été un critère dans leur choix professionnel « *c'est de voir comment on arrivait à mettre en place, des binômes équipe soignante – cadre qui fonctionne et qu'il y ait des relations qui se basent sur la confiance voilà* » (E 93).

Cependant, la confiance n'efface pas le **contrôle**, « *je leur dit que je leur fait confiance dans la mesure où...tout se passe bien* » (B 73) et la relation de confiance s'établit progressivement avec des repères, « *La confiance, elle ne se donne pas comme ça, du jour au lendemain, il faut s'assurer aussi pour avoir confiance, et s'assurer que le travail est bien fait* » (E 64). De plus, cette confiance doit permettre un échange, et ainsi de **nuancer parfois le contrôle** avec des remarques sur un travail quotidien, « *Je pense que la relation de confiance, elle doit être permanente. Euh...Maintenant, ça ne m'empêche pas de dire bah là, écoutez ça ne va pas, Est-ce que c'est un contrôle, non, c'est un constat à un moment donné où ça va pas, ça va pas quoi* » (F 153).

Par conséquent, les cadres de santé expriment peu de phénomènes de résistances de la part des soignants, c'est **les résultats de la confiance et la communication** recherchées et mises en place par le cadre de santé « *Les résistances je dirai qu'il n'y en a pas quand j'expose les choses notamment le projet de vie* » (A 56). Progressivement lors des entretiens, la communication est définie comme une qualité du cadre de santé. Celui-ci dispose d'informations, mais il se doit de les transmettre, **avec clarté, avec transparence**. Pour une collaboration des professionnels et une responsabilisation de ces derniers, il semble nécessaire que les professionnels disposent de l'ensemble des informations, afin d'entrer dans un **processus de réflexion** avec le cadre de santé, « *Donc, c'est la formalisation euh, avec l'équipe du projet de l'équipe qui pour moi m'a permis de légitimer mon poste* » (F 26).

4.4.3 L'équité

La recherche d'équité dans les actions des cadres de santé semble aussi une priorité. Malgré des contraintes parfois organisationnelles, et qui peuvent être vécues par les équipes comme **injustes**, les cadres de santé semblent utiliser l'équité comme moyen de retour à un **équilibre possible** « *Dans mon injustice, j'essaye d'être équitable J'essaye d'être équitable parce que ça va être toujours la même personne que je vais faire revenir* » (B 55). Par conséquent, des **principes**, pour arriver à cette équité, sont à respecter, cette qualité est reconnue par les soignants au travers des actions du cadre de santé. Ainsi, leur jugement dénonce **leur représentation des valeurs, des priorités...** du cadre de santé. « *Faut que ce soit définit, faut que les règles soient posées, faut être parfaitement équitable, une équipe vous reconnaîtra à ça.* » (D 89). C'est un **esprit de fonctionnement**, une démarche quotidienne dans le management du cadre de santé. Elle s'inscrit alors dans la relation, mais en étant vigilant justement aux **fondements de cette relation**, le caractère amical ne doit pas venir modifier cette égalité entre l'ensemble des professionnels, soit de manière positive, soit de manière négative « *Si par exemple, vous avez une relation, plus spontanée je dirai, avec certains que d'autres, ça ça ne passera pas, il faut vraiment que ce soit équitable* » (D 90). Et toute la justesse et la rigueur des décisions sont mesurables, sans de réelle différenciation des membres de l'équipe, cependant avec parfois des considérations mais justifiées des éléments personnels.

A la relation quotidienne, l'équité est également mesurable par des traces relevées dans tous les services de soins. Pour beaucoup de cadres de santé interrogés, ils évoquent l'importance du planning, comme un **outil de bon fonctionnement** du service, mais aussi où l'ensemble des professionnels peut **mesurer l'équité** du cadre de santé dans l'élaboration de cet outil. Le planning est alors défini comme un **outil de légitimité**, en effet les équipes soignantes utilisent cet outil comme une mesure possible de l'équité du cadre de santé, « *...un cadre qui est équitable dans la gestion de son planning, le planning c'est un outil de légitimité qui est hyper important pour un cadre,, s'il est équitable dans ses prises de positions, eh ben il a gagné la légitimité énorme, énorme.* » (C 212).

4.4.4 La reconnaissance

Cette question n'a pas été directement évoquée lors de 2 entretiens. Nous avons intégré à la fin de nos rencontres, la **représentation** des cadres de santé quant à leur légitimité dans leurs positions, dans leurs fonctions et postes actuels. Les équipes soignantes souhaitent la **présence** du cadre de santé sur le terrain, mais elle ne doit pas se limiter à une présence physique. Le cadre de santé doit s'impliquer et donc dans une réelle participation active, dans une démarche avec l'équipe collective et/ou individuelle « *Alors la légitimité, ça me fait penser, un cadre peut trouver de la légitimité dans pour moi c'est important, c'est accompagner dans les projets professionnels* » (C 227). De plus, le cadre de santé doit savoir faire **preuve de positionnement et d'investissement** dans des situations parfois complexes ; même sans être forcément l'expert, mais ne pas fuir devant la difficulté. Comme par exemple lors des conflits d'équipes, le cadre de santé doit parfois les discuter, permettre de les discuter en vue de les améliorer, même si cela peut échouer.

Pour certains cadres de santé, c'est l'institution, la direction des soins de leur établissement qui leur ont proposé le poste. « *Alors ce qui a facilité au niveau légitimité, ma crédibilité c'est mon expertise infirmière sur la santé mentale, et aussi mes travaux en transversaux sur les effectifs* » (C 5). Nous pouvons reconnaître ici la **légitimité charismatique** définie selon M. Weber. Le cadre de santé exprime sa nouvelle affectation en relation avec une reconnaissance de ses qualités par l'institution.

Parfois, une certaine **réputation** peut se créer sur les qualités du cadre de santé dans les établissements. « *Sans doute, ils savent déjà des choses... de comment je suis, mon caractère oui plutôt, oui je pense, ben oui parce que c'est un petit établissement* » (B 191). On peut noter la notion d'autorité qui deviendrait alors exceptionnelle. De plus, un cadre de santé évoque surtout la reconnaissance de sa légitimité au travers de l'institution et de sa collaboration avec le corps médical. Mais pour notre travail de recherche, nous souhaitons plus développer la reconnaissance des soignants.

De plus, si une expertise peut aider à la reconnaissance de la légitimité du cadre, celle-ci doit être modérée, « *Si on est avec une vision de super infirmière c'est difficile d'avoir de la légitimité me semble-t-il* » (F 12), ce sont les compétences, les qualités du cadre de santé qui sont privilégiées dans la légitimité de ses actions.

Pourtant, même avec l'obtention du diplôme, dont celui-ci donne des capacités à la fonction, des connaissances, c'est la **pratique**, et donc l'expérience qui permettront la reconnaissance de la légitimité du rôle ou non « *Votre autre légitimité je dirai elle vient de votre expérience, aussi, c'est-à-dire que....au fil du temps* » (D 49). Ainsi, la reconnaissance des actions de chacun permettrait cette qualité de **jugement** sur les rôles « *la légitimité elle vient des 2 côtes, dans les équipes, c'est-à-dire qu'il y a cette reconnaissance des équipes, mais pour avoir cette reconnaissance des équipes, il faut que soi-même on est reconnu l'équipe en tant que telle, et le travail de l'équipe en tant que tel* » (E 293).

Cependant, cette légitimité ne semble **jamais acquise** une fois pour toute, « *Je ne sais pas s'il est reconnu légitime par tous, par tous et tout le temps ça, j'en suis moins sûre* » (F 166), elle doit sans cesse être nourrie et donner des preuves de cette reconnaissance. Les **retours** peuvent exister lors des accompagnements de projets de service ou de projets personnels pour les soignants.

En lien avec l'accompagnement du cadre de santé, c'est d'être là toujours aux moments où les soignants ont besoin de nous, les changements sont souvent sources d'appréhension, qu'ils soient professionnels et/ou personnels et donc les soignants attendent, mais sans doute inconsciemment qu'une personne, et donc le cadre de santé, soit présent par la réflexion, l'interrogation pour permettre la **concrétisation** de ce projet. L'équipe soignante est parfois face aux incertitudes, aux craintes, aux doutes.

Néanmoins, l'expérience ne contribue pas pleinement à une légitimité comme normale. Lors d'un départ vers un autre service, tout est à **reconstruire** avec les équipes « *c'est un nouveau défi, et là on recommence à zéro c'est-à-dire qu'il faut regagner la confiance de l'équipe,.... puis là je n'ai aucune recette, rien du tout, il va falloir rétablir du lien, de la confiance. On repart à zéro mais c'est ça qui est motivant aussi* » (C 237). Par conséquent, ce travail autour de la légitimité ne semble pas non plus prédéfini, cette conquête peut devenir une source de **motivation permanente** du cadre de santé.

4.4.5 Interprétation

Au travers de ce thème « **La légitimité** », la confiance, l'équité et la communication sont des éléments qui apparaissent très souvent au cours de nos rencontres, mais aussi la reconnaissance des actions du cadre de santé.

Tout d'abord, nous pouvons noter une nouvelle nuance tant sur l'appartenance que sur la répercussion de la filière professionnelle d'origine. Elle n'aurait pas d'impact sur la légitimité mais ce sont plus les **valeurs de qualité des soins**, et le **partage des expériences** qui seraient favorables à la reconnaissance. Ainsi, la légitimité est en lien avec l'ensemble de valeurs communes ou individuelles que le cadre de santé essaie de **défendre**, de **préserver** quotidiennement pour favoriser des conditions de travail, des conditions d'accueil favorables, confortables pour tous. D'autre part, nous remarquons que les principaux rôles du cadre de santé sont de permettre aux professionnels l'interrogation, la réflexion autour de leurs pratiques. Par conséquent, comme nous le décrit P. Rosanvallon, la **légitimité de réflexivité** est plus favorable et elle induit, par ailleurs, la représentation et la place du pouvoir « *Une institution de type réflexif ne peut accomplir positivement sa mission que si elle ne s'érige pas en véritable pouvoir* »⁶⁹. A cette légitimité, le cadre de santé aurait également une **légitimité qualifiée de proximité**, au travers de ses qualités de communication, et surtout dans la relation de confiance qui peut s'établir entre les différents membres de l'équipe et le cadre de santé.

Cependant, tout ne peut être légalisé, lors de son exercice professionnel, le cadre de santé a une place laissée pour la légitimité et donc à la reconnaissance des actions. Par conséquent, « *c'est la reconnaissance d'une compétence spécifique* »⁷⁰ qui pourra légitimer sa fonction. Les **qualités professionnelles** sont en lien avec le diplôme, mais aussi les valeurs de qualité des soins. Comme le décrit M. Volle, la justification et l'équité sont alors de premières **bases de relations sans conflit ou sans résistance**. Cette règle d'équité est primordiale pour l'ensemble des professionnels. L'activité se base sur une explication concrète, par conséquent une **orientation effective** reconnue comme valable. La légitimité d'un ordre ou d'action du cadre de santé peut être garantie selon différentes caractéristiques. Les conséquences doivent être expliquées ou observables au sein du service de soins. L'action doit être **rationnelle en valeur**.

⁶⁹ ROSANVALLON Pierre. La légitimité démocratique. Edition Seuil, 2008. 367p., p.270

⁷⁰ CEFIEC Bretagne La légitimité du métier de formateur en IFSI et IFCS. Revue Soins Cadres N°42. Mai 2002. p.66-67

De plus, la relation de confiance est un facteur déterminant de la reconnaissance des actions du cadre de santé. Enfin, nous remarquons que les types de domination s'orientent vers la domination définie par M. Weber comme **légal** ou **rationnelle**. Des règles de fonctionnement sont généralement établies dans le service de soins, ainsi le cadre de santé veille aux conduites, aux comportements de chacun. Sa fonction reconnue par l'organisation lui donne ce type de domination. Même si parfois, nous notons une **domination charismatique**, nous n'avons au contraire retrouvé aucune forme de dominations traditionnelles.

4.5 L'action sociale

4.5.1 Relation – Échanges – Régulation

Lors de nos rencontres, deux cadres de santé signifient la nécessité d'avoir une connaissance sur **l'histoire du service**, voire de l'établissement. Certaines histoires pourraient expliquer des modes de fonctionnement, des réactions, des comportements de certains professionnels encore affectés par l'antériorité du service.... « *C'est vraiment primordial parce que si c'est un service qui a vécu beaucoup de restructurations, y'a toujours des histoires qui trainent et notamment au niveau de l'équipe, par exemple* » (D 32). Cette connaissance peut se faire par le biais d'un **relai**, mais les institutions, face à des budgets de plus en plus restreints, ne peuvent se permettre cette doublure et donc, le relai peut paraître bien souvent trop court. Ce temps semble intéressant pour une première **approche du poste**, au travers du cadre de santé ayant déjà exercé dans ce service, avec ces professionnels de santé. Ce relai serait la première prise de contact avec l'équipe cependant, la remarque a été formulée, lors de nos entretiens, qu'il n'existe pas de temps formalisé lors de prise de poste, par le biais de rencontres pour les professionnels des équipes soignantes, il serait alors regrettable de marquer une différence dans les **modalités d'accueil** entre cadre de santé et non cadre.

Aussi, la majorité des cadres de santé s'attache à noter l'importance d'un temps d'observation d'un nouveau service d'affectation. « *il faut vraiment bien comprendre comme ça fonctionne* » (D 48) ou encore « *Je pense ce qui est important, c'est déjà de comprendre comment fonctionne l'équipe, je pense qu'il y a un temps d'observation* » (E 2). Ce temps d'observation permet de mesurer la charge de travail, les **axes de fonctionnement** de l'équipe soignante. Lors de la prise de poste, lors de son temps d'observation, le cadre de santé analyse le fonctionnement de chaque professionnel du service mais également les services périphériques, que nous pourrions qualifier de plus techniques, logistiques... Ainsi, le cadre de santé peut repérer des personnes ressources, et pourra ensuite s'appuyer sur ces personnes afin d'accélérer le processus d'intégration, mais tout en restant vigilant à la **relation** qui s'établit avec l'ensemble des professionnels. Cette collaboration et cette coopération ne doivent en rien rendre une relation plus affective ou plus amicale.

De plus, la prise de poste passe par une présentation, celle-ci peut avoir lieu soit au travers des transmissions, soit lors d'une réunion. « *Et puis après on a fait une réunion, assez rapidement, pour se présenter les uns les autres* » (B 16). L'action sociale si elle est une construction permanente de relations humaines, alors le cadre de santé, comme nous avons pu le remarquer, doit être **attentif au préalable de la relation**. Comme le décrit M. Weber, parmi les critères de l'action sociale, la tradition et la coutume sont importantes dans l'ajustement des comportements.

Pour certains cadres de santé, au-delà du planning de l'équipe soignante, ils annoncent aussi leur présence sur ce planning, soit sous la même présentation que le planning du personnel soignant, soit **de manière plus individuelle et plus détaillée** « *Moi par rapport au planning qui est un outil très important, je mets mon planning dans le planning des infirmiers et des aides-soignants, donc mes absences sont planifiées, les équipes savent quand est ce qu'elles vont pouvoir me voir ?* » (G 199). Chaque membre de l'équipe doit avoir à sa disposition toutes les informations nécessaires sur les **présences ou absences du cadre de santé** et éventuellement les raisons de son absence. Ce fonctionnement permet de lever des fantasmes du cadre de santé toujours absent et/ou toujours en réunion. Ce planning peut devenir un **support à l'échange**, suivant la participation du cadre de santé à des groupes de travail, de réflexion dans l'institution. Le fonctionnement est en toute transparence pour l'ensemble du personnel du service de soins.

Au-delà de l'entretien d'évaluation, chaque professionnel doit pouvoir accéder à des **rencontres individuelles et personnalisées** quand il le souhaite, par exemple lors d'une difficulté. « *Mais bon, elles savent bien qu'elles peuvent venir me voir régulièrement* » (B 145). La relation doit être basée sur la **simplicité** afin de favoriser ces échanges, le cadre de santé pour être au plus proche des professionnels qu'il encadre, et afin de favoriser l'épanouissement de chacun, doit être **accessible**. Par conséquent, la rencontre doit être permise avec des limites dont les règles appartiennent au cadre de santé. C'est alors là que semble intervenir la **personnalité** de chaque individu, et la **liberté du rôle**.

De plus, la relation se construit, avec comme base la confiance, ces conditions seraient favorables à l'implication des équipes soignantes dans une réflexion de projet. Cette confiance implique alors la **transparence**, et la **clarté** dans la relation.

Les équipes soignantes préfèrent vraisemblablement être avisées des scénarios des plus catastrophiques, même si par la suite les mécontentements sont importants, plutôt que des professionnels mis à l'écart de décisions les concernant car ils sont les principaux acteurs du soin, et aux services des patients. « *On peut être anxieuse par rapport à telle décision ou tel caractère aussi de chacun, bah il faut déjà les préparer avant et donc que ce ne soit pas la surprise. Les prendre en surprise, c'est très mauvais* » (H 127).

4.5.2 Les satisfactions et insatisfactions

Au travers de cette question, les moments de résistances, de désaccords, sont généralement évoqués comme des passages obligés et même en réponse d'un comportement dit comme normal de part et d'autres d'ailleurs de l'ensemble de professionnels tant du cadre de santé que de l'équipe soignante. Ce moment doit être analysé avec suffisamment de prise de recul, pour ne pas affronter tout de face, « *Alors y'a des moments où c'est très difficile, où c'est très difficile pour moi par exemple, d'aller aux contacts des équipes* » (C 70) au risque selon les personnalités, les caractères de chacun d'émettre une réponse trop affective. Nous notons ici un type d'action sociale au travers de l'**affection** ou de l'**émotion**.

Cependant, le cadre de santé peut être confronté à des mouvements de révolte « *puis quelque fois, elles vont me le dire en face. Bah quelque fois ça fait du bien. On reçoit des gifles mais ça fait du bien mais au moins on travaille, c'est ce que je leur dis, on améliore les choses* » (F 144), l'expression de ce désaccord montre, d'ailleurs, les bases de la confiance, et du **libre-échange** avec le cadre de santé.

Bien entendu, les cadres de santé notent l'importance de leur présence dans le service et ceci à tout moment de la journée, tant pour une rencontre avec les équipes de jour, que les équipes de nuit. « *Ce qui est important au niveau de l'encadrement, c'est qu'il y ait au moins un temps d'échange chaque semaine, avec chaque unité, que ce soit un temps* » (C 124). Cette présence est une part de reconnaissance adressée à chaque professionnel comme élément d'une équipe. Ainsi, l'**ambiance générale** dans l'équipe permet de connaître, d'identifier le niveau de satisfaction des professionnels chaque jour. « *Il faut prendre un peu de recul et voir aussi dans la relation comment ça se passe dans la relation avec les équipes et quand ça se passe bien on peut dire que ça fonctionne pas trop mal hein quand on sent les gens tendus* » (A 168).

Cette évaluation n'est bien entendue que possible par la présence régulière du cadre de santé sur le terrain. Par conséquent, le cadre de santé, face à des indicateurs, peut mesurer des différences et **être sensible à des changements d'ambiance, de comportements...** Cette observation doit permettre une réflexion du cadre de santé, et une capacité d'analyse de la situation.

Au contraire des moments d'insatisfactions, qui sont facilement indentifiables et où l'on pourrait noter une solidarité de l'équipe pour faire **remonter leur colère** au cadre de santé, les moments de satisfactions sont très rarement exprimés. Les seuls temps, que l'on pourrait qualifier de reconnaissance envers le cadre de santé, semblent avoir lieu lors du départ de ce dernier. En même temps, cela fait aussi parti du quotidien, il est bien connu que pour à tout à chacun, les compliments sont plus rares que les réprimandes.

4.5.3 Les attentes de l'équipe

Au travers de la question des attentes de l'équipe soignante envers le cadre de santé, nous remarquons que celles-ci sont variées. Mais, pour autant elles semblent s'articuler dans la majorité autour de l'**organisation du travail**. Selon les entretiens, cette tâche peut se décliner sous différents aspects : la gestion matérielle, la gestion humaine.

L'organisation du travail semble parfois être associée à l'élaboration du planning, ainsi les attentes de l'équipe soignante se traduisent par « *Que les plannings soient bien fait ça c'est sur* » (A 124). Par ailleurs, le cadre de santé est attendu semble-t-il dans la gestion des équipes, et surtout dans la **gestion de difficultés relationnelles** tant dans l'équipe que les difficultés relationnelles rencontrées avec le patient, les familles et qui globalement se caractérisent par une **régulation**, *Elles attendent de moi que le travail se fasse, que je règle les dysfonctionnements* » (H 287).

D'autre part, les équipes soignantes souhaitent une collaboration avec le cadre de santé qui se traduit par **une écoute et un partage des idées**. L'écoute semble être en lien avec la disponibilité du cadre de santé, avec un bureau accessible à tous « *ma porte est toujours, toujours ouverte* » (B 132). Pour certains cadres de santé interviewés, ils ont évoqué les attentes de contreparties des soignants, dans le cadre soit de l'évaluation annuelle soit de la formation professionnelle.

Le cadre de santé doit participer à leur épanouissement professionnel, et donc être attentif à leurs souhaits en tant qu'évolution de carrière. « *Connaître leurs souhaits, leurs souhaits d'évolution professionnelle* » (D 209). A l'attente de contreparties des soignants envers le cadre de santé, nous avons pu, par ailleurs, différencier les attentes de reconnaissance « *Donc ça, les équipes attendent ça aussi, qu'on reconnaisse leur travail* » (E 181). Cette reconnaissance est sous forme de **valorisation**. Elle serait alors rendue possible par la présence dans les services de soins, dans les activités quotidiennes des soignants.

De plus, le recueil des attentes des équipes est généralement lors de la prise de poste avec un **échange** mutuel des attentes de chacun « *pour se présenter les uns aux autres* » (B 17). D'autres temps permettent au cadre de santé de recueillir les attentes des soignants tels que l'entretien d'évaluation, mais également des échanges informels, lors de passage dans le service. La présence du cadre de santé est outre un souhait des soignants, que le cadre de santé soit **visible** dans le service, « *Moi c'était flagrant quand je suis arrivée, la seule chose qu'ils me demandaient quand je suis arrivée, c'était d'être là, voilà, que je sois là* » (B 119). Enfin, lors de nos entretiens, un cadre de santé nous fait remarquer qu'il ne s'était jamais questionné autour de ce thème « *Qu'est-ce qu'ils attendent du cadre ? C'est vrai, Je ne me suis pas tellement posé cette question.* » (G 163).

4.5.4 La réflexion, l'action commune

Dans cette position hiérarchique, le cadre de santé doit être humble dans ses fonctions, et par conséquent d'avoir toujours en **marge de ses actions**, les souhaits éventuels des soignants. « *Qu'il n'est pas tout seul, qu'il travaille avec d'autres, qu'il travaille dans une équipe et qu'il travaille avec des équipes. Ce n'est pas son équipe à lui, il travaille avec des équipes en pluridisciplinarité, en articulation* » (H 261). L'accompagnement des équipes soignantes n'est semble-t-il possible que par une présence régulière du cadre de santé mais aussi par sa capacité de disponibilité et son accessibilité.

Dans une **relation humaine permanente**, le cadre de santé doit avoir cette capacité d'entendre l'autre, de le comprendre et de pouvoir recadrer si nécessaire, avec des explications, des justifications de la position du cadre de santé.

Par conséquent, nous pouvons relever lors de nos entretiens « *Je veux dire on est tout le temps dans la relation humaine, donc on est en interface avec vous ce que vous êtes, mais avec une personne qui est différente, où les attentes sont différentes, donc il faut que vous rentriez dans la réalité de l'autre mais en même temps en recadrant, parce que c'est votre rôle de cadre* » (D 177). Nous voyons ici, comme le souligne M. Crozier et E. Freidberg, que l'organisation est bien une **construction sociale avec des valeurs**.

Ainsi, l'essentiel de cette relation semble être basé dans **une attention, une sensibilité** à se mettre à la place de l'autre. La place de cadre de santé ne doit en aucun cas faire oublier la place de soignant que les cadres de santé ont connu, avec ces contraintes, ces impératifs, « *Je fais pour elles comme je voudrais qu'on fasse pour moi globalement.* » (B 160). C'est alors une réciprocité dans la relation. « *Euh tout ce que j'ai vécu moi, je l'ai vécu dans une dimension humaine mais c'est peut être aussi moi qui accorde une dimension humaine importante à ma fonction* » (F 76). Même si, nous avons pu le noter, le cadre de santé doit parfois trancher dans ses prises de décisions, cependant il se doit **de respecter les volontés, les désirs, les opinions de chacun**, et c'est à ce niveau que toute sa conception de la relation est remarquée, en voulant expliquer mais, d'autre part, comprendre l'autre, « *sauf quand elles ont des choses de prévues et là je respecte ...j'essaie d'arranger au maximum* » (A 91-103). Une crainte de l'équipe soignante serait en fait liée à la position d'un cadre de santé qui ne serait qu'un gestionnaire, un administratif, au regret d'un professionnel de terrain, on nous dit « *vous êtes restée profondément humaine* » (D 107).

Cette remarque implique **la valeur éthique** du management, faisant partie pour les cadres de santé d'une part de reconnaissance de la légitimité « *je dirai, je dirai au niveau éthique, c'est là que vous placez votre légitimité, dans votre relation* » (D 108). Nous nous attachons ici plus particulièrement aux valeurs des cadres de santé, proche de ses rôles et priorités déjà présentées, mais ils nous évoquent leurs valeurs, sous entendues par leurs attentes envers l'équipe soignante.

De plus, la majorité des cadres de santé attend de l'**autonomie** de la part des soignants. Ils se sentent investis dans cette prise d'autonomie, des indications doivent permettre à chaque soignant cette **liberté d'action**. Cette autonomie situe parfois la relation avec la hiérarchie, et donc le cadre de santé « *Pour moi, un professionnel autonome, qui est dans l'interdépendance qui travaille en collaboration* » (C.101).

Après cette autonomie n'est pas sans contrôle, ce sont des préétablis entre le cadre de santé et l'équipe soignante, en lien avec les compétences de chaque professionnel, *« je lui donne aussi cette liberté, cette liberté d'action et cette liberté de prendre des initiatives quand elle les jugeait nécessaire »* (E 40). Ce temps d'autonomie est d'ailleurs une place laissée à l'initiative et donc à la **créativité personnelle, individuelle** de chaque professionnel.

Par ailleurs, l'attente des cadres de santé envers l'équipe est dans la **qualité des soins**, qu'elle soit technique ou relationnelle. Des différences de fonctionnement selon les services peuvent être notées, et le changement de poste d'un cadre de santé peut le contraindre progressivement à apporter ses attentes en qualité de soins *« c'est tout votre savoir-être, c'est toute votre conception du soin qui est là, et que vous transmettez de toute façon »* (D 105) ou bien encore *« Y'a des choses moi sur les quelles...la qualité des soins, sur lesquelles je me suis battu »* (G 235).

Enfin, des différences de **niveaux de dépendance** sont rencontrées dans les équipes. Entre la dépendance, où le soignant attend les ordres du cadre de santé ; entre la contre dépendance, où le soignant réalise ses tâches mais sans considération réelle des autres professionnels ; et puis le niveau d'interdépendance, *« le niveau d'interdépendance, où y'a des professionnels et ça peut être des personnes ressources pour le cadre, c'est l'autonomie, le professionnel est autonome, c'est-à-dire qu'il travaille en interdépendance avec le cadre »* (C 93).

4.5.5 Interprétation

Au travers de ce thème **« Action sociale »**, nous notons, lors de l'ensemble de nos rencontres, l'importance de relation et surtout dans la relation humaine, avec une attention particulière à autrui. De ce fait, le cadre de santé dans son fonctionnement, dans le choix de ses décisions, a **conscience de l'existence et du comportement d'autrui**. Cette considération est l'un des éléments de l'action sociale définit selon M. Weber. De plus, comme le souligne R. Sainsaulieu, le cadre de santé est soucieux des souhaits d'évolution des professionnels par un accompagnement en formation continue, mais aussi le cadre de santé considère le soignant en tant que personne civile, avec une vie à l'extérieur de l'institution, ainsi sa disponibilité et son accessibilité permettent un **espace d'échanges sécurisé** pour exposer des difficultés personnelles éventuelles.

De plus, la relation se construit et se décline sous différents aspects, afin de favoriser une cohérence dans les pratiques, une adaptation permanente, et de créer une cohésion d'équipe. Cette relation nécessite des préalables, au travers d'une définition des **modes de fonctionnement** de chacun, des **attentes** de tous, que ce soit professionnelles ou personnelles. Comme M. Weber le souligne, l'activité sociale entre dans la « *conscience...de l'orientation d'après le comportement d'autrui et du sens de sa propre activité* »⁷¹. D'autre part, les temps d'observations décrits par les cadres de santé permettent une connaissance de ce que M. Weber décrit comme l'entente du groupe, les habitudes et l'héritage culturel, que nous pouvons transposer ici avec l'ensemble des **histoires et antériorités** des services suivant les modifications d'organisation. Face aux modifications de fonctionnement, face aux projets, une équipe doit se réorganiser et c'est ainsi, que l'action commune va permettre la **recherche de solutions adéquates et acceptables** par tous, en cohérence avec les valeurs et les intérêts mutuels, comme le souligne M. Weber. Par ailleurs, le cadre de santé veille au respect des valeurs telles que la qualité des soins, suivant l'éclairage de l'auteur principal de l'action sociale, ce type d'action sociale est proche de la rationalité en valeur dont l'éthique est un déterminant majeur.

Lors de la présentation entre autre du cadre de santé, des **lignes de conduite** sont décrites, ce qui permet aux soignants d'identifier des objectifs et plus tard des projets, qui sont aussi des critères déterminants de l'action sociale, comme le décrit M. Crozier et E. Friedberg. Nous avons également remarqué que la **coopération** était majeure dans la relation entre cadre de santé et soignants, elle est en lien avec l'autonomie, et l'interdépendance de chaque individu.

De plus, lors de contraintes, l'équipe peut montrer une certaine **solidarité**, et c'est alors une stratégie d'action qui se met en place pour une recherche de solutions potentielles. Ainsi, malgré les insatisfactions des soignants, la concrétisation des actions n'est possible que par l'ensemble d'un **système de régulation** de la part du cadre de santé, et donc par sa présence et sa disponibilité à la rencontre. La relation peut être régulée par les compromis, ce sont plutôt des arrangements modérés pour permettre l'action, mais très souvent nous notons plutôt une **alliance** des acteurs comme le souligne P. Bernoux, avec le cadre de santé soucieux de la dynamique d'équipe.

⁷¹ WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p., p.54

Comme le souligne M. Weber, « ... celui qui n'oriente pas son activité d'après l'intérêt des autres, qui n'en tient pas compte, provoque la résistance de ces derniers ou s'expose à des conséquences qu'il n'a pas voulues, ni prévues et risque de ce fait de porter préjudice à son propre intérêt »⁷². Par conséquent, dans ses actions, le cadre de santé doit être vigilant aux **répercussions probables** sur l'ensemble des professionnels et les accompagner afin de permettre ce changement dans les meilleures conditions possibles. Dans cette autonomie, les soignants adoptent soit une **stratégie offensive**, avec une marge de liberté, et donc comme une opportunité de la situation ; soit, ils adoptent une stratégie défensive, avec la recherche de solutions ensemble afin de détourner les contraintes de la situation.

⁷² WEBER Max. Économie et société, tome 1, les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p p.64

4.6 Synthèse

A la suite de l'analyse de l'ensemble de nos entretiens et de leurs interprétations, nous devons maintenant au terme de ce travail, confronter les résultats obtenus avec nos hypothèses posées. Nous rappelons ici notre question de recherche :

En quoi les compétences du cadre favorisent sa légitimité ?

Concernant notre première hypothèse :

- ❖ La légitimité du cadre de santé est favorisée au travers de la relation sociale.

Lors de nos entretiens, nous avons pu noter que la position hiérarchique du cadre de santé donne une partie de pouvoir. Cependant, dans le type de domination légale ou rationnelle définie selon M. Weber, les cadres de santé sont alors plus proches de la notion d'autorité que celle de pouvoir. Comme le souligne P. Bernoux, le dirigeant, possédant le pouvoir, connaît l'obéissance de ses subordonnés au travers de son **autorité**, qui est **la légitimité de son pouvoir** « *Il obtient l'obéissance à ses ordres par la seule autorité car il a su légitimer l'exercice de son pouvoir* »⁷³. L'autorité ici signifie la relation de confiance et laisse ainsi une marge à la réflexion avec moins d'impositions systématiques.

Malgré tout, nous voyons bien, que la relation est aussi basée sur l'**équité**, c'est une recherche majeure pour l'ensemble des cadres de santé. L'équité est définie vraiment comme un moyen de reconnaissance de la part des soignants. Chacun souhaite une équité, mais en même temps chaque soignant souhaite que ses compétences individuelles soient reconnues comme telles et valorisées. Par conséquent, le cadre de santé est en permanence dans l'articulation au travers de cette complexité entre **égalité et singularité**.

D'autre part, la légitimité s'appuie sur les compétences. Suite à l'évolution des rôles du cadre de santé, les **compétences** se modifient et progressent au fil des rencontres avec les différents professionnels, des expériences au travers de l'institution. Ainsi, la légitimité auprès des équipes est très liée aux missions que l'institution attribue aux cadres de santé et donc le nombre de tâches qui leur sont demandées avec parfois une dimension organisationnelle importante, pouvant heurter les **valeurs professionnelles et personnelles**.

⁷³ BERNOUX Philippe. La sociologie de l'organisation. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} Edition. 382p., p.160

Néanmoins, comme le souligne P. Rosanvallon, le cadre de santé serait proche de la réflexivité, dans des **analyses de pratiques** présentées aux soignants pour favoriser l'évolution des prises en charge proposées aux patients. Par conséquent, les compétences du cadre de santé comme l'ensemble des professionnels de santé s'inscrivent dans un contexte singulier. De ce fait, la légitimité du cadre de santé est alors dans sa **capacité d'adaptation permanente aux situations**, aux difficultés rencontrées de l'équipe, soit aux **préoccupations quotidiennes** de l'ensemble des soignants. Nous pouvons relever un verbatim « *C'est quelque chose qui est assez subjectif et donc euh bah ça, ça se protocolise pas et c'est en cela que je dis que ce serait facile s'il suffisait de prendre sa liste en disant voilà, il faut faire ci, il faut faire ça* » (F 74). Le cadre de santé doit être **révélateur de création permanente** afin de composer avec les événements présents.

De plus, les cadres de santé soulignaient les attentes de soignants, pas uniquement dans des demandes organisationnelles, dans la gestion humaine et matérielle d'un service, alors en lien avec les 5 tâches décrites selon H. Fayol et L. Gulick. Les équipes attendent aussi beaucoup de présences de la part du cadre de santé, dans le sens d'un **accompagnement**, dans la **réflexion commune**.

La présence régulière dans leur environnement de travail afin de mesurer les difficultés, les contraintes quotidiennes permet d'acquérir des repères communs, comme support à la **construction d'interrogations et de réflexions collectives**. Ces demandes semblent normales et donc légitimes, étant donné que ses missions sont du rôle du cadre de santé, et induisent la légitimité du cadre de santé dans les réponses qu'il saura apporter aux **sollicitations multiples**.

Par ailleurs, les cadres de santé semblent être reconnus par les équipes soignantes au travers de ces échanges possibles. Leur légitimité est en lien avec leur capacité à défendre des qualités du soin, des organisations professionnelles, et leur coopération avec les équipes soignantes dans la participation et l'accompagnement sur l'interrogation, la réflexion des pratiques professionnelles. Ainsi, un **espace transitionnel** doit se créer entre le cadre de santé et l'équipe où les **différences** vont outre pouvoir se parler, se discuter, s'exposer, et où la **confiance** est majeure pour permettre et faciliter les échanges. Cette légitimité du cadre de santé s'inscrit dans un type de management proche du participatif, du laisser-faire, de la délégation, de la responsabilisation.

Au-delà d'une demande collective, nous avons pu percevoir lors de notre analyse que le cadre de santé doit faire preuve d'une **grande disponibilité** et d'une **qualité d'écoute**, que chaque professionnel puisse trouver sa place dans l'équipe soignante, mais aussi bénéficier d'un accompagnement individuel. Nous pouvons reprendre un verbatim d'un cadre de santé qui compare son exercice professionnel proche d'une démarche de soins pour un patient « *c'est la même chose qu'une démarche, qu'un projet de soins* » (C 52). Dans cette démarche, le **potentiel individuel** doit être reconnu afin de favoriser l'implication de tous.

Bien entendu, nous avons, au travers de cette relation sociale, repéré les qualités de domination proche de la rationalité, qui relève également des compétences du cadre de santé. Des valeurs et des règles guident les actions de chaque soignant, par conséquent le cadre de santé s'appuie sur des faits rationnels dans ses décisions. Même si des règles existent, elles n'entravent pas la réflexion, la discussion lors de modifications d'organisation, de mises en place de projets. Ainsi, ces règles peuvent changer après une validation par l'ensemble des professionnels, dans la **recherche d'un consensus**, où le cadre de santé reste toujours le **garant de la conformité** de ces règles avec l'institution et de leurs applications par la suite. Alors, la légitimité du cadre de santé sera reconnue dans son positionnement face à l'équipe, et donc au collectif, ou de manière plus individuelle. Ici, c'est aussi la position que le cadre de santé doit trouver entre les valeurs, les souhaits...individuels et les contraintes, les impositions...plus institutionnelles. Effectivement, les rapports, les échanges, que le cadre de santé entretient avec les soignants, en collectif, mais voire, en individuel, sont autant d'**espaces de liberté de partage, de rencontre** afin de permettre à chacun, non seulement aux soignants, mais d'autre part, pour le cadre de santé d'exprimer des ressentis, des souhaits, pour faciliter l'épanouissement personnel et professionnel et la cohésion d'équipe.

Enfin, l'action sociale se construit dans le temps. L'équipe est un **groupe vivant** avec des règles, des normes, des codes que le cadre de santé doit d'ailleurs connaître et respecter afin de favoriser son intégration, c'est un premier élément dans la prise de fonctions, ou d'un nouveau poste. Dans un extrait de nos entretiens, on nous dit « *Je ne sais pas si ce n'est pas lié à son être propre, à sa façon d'être euh. Pour moi là déjà, quand on prend euh ses fonctions, y'a plein de codes hein comme dans tout phénomène de groupes, y'a plein de codes, d'habitudes, donc il faut déjà décoder tout ça pour respecter ces codes de groupe.* » (F 120). Ainsi, une relation sociale ne peut exister qu'après ce **temps d'acceptation, d'intégration**.

Et progressivement, la **relation de confiance** va pouvoir s'instaurer dans une reconnaissance des compétences et des actions de chacun. La confiance dans ce groupe, et donc dans l'équipe ressentie par un sentiment de sécurité facilitera l'implication et la **créativité dans l'activité**, soit la liberté d'action.

Concernant notre deuxième hypothèse :

- ❖ La légitimité est liée à l'obtention d'un diplôme et l'appartenance à une filière d'origine identique aux professionnels rencontrés

Lors de nos entretiens, nous remarquons que ce n'est pas tant la filière professionnelle d'origine qui permet la légitimité du cadre de santé, mais plus sa **connaissance du domaine de la santé** et l'**expérience d'un exercice professionnel dans le domaine de la santé**, avec des confrontations tant à l'organisation, qu'à la relation auprès des patients, des familles. Ainsi, le diplôme de cadre de santé permet des apports théoriques, d'obtenir des **clés de compréhension** afin de favoriser les actions quotidiennes. Le choix vers la formation cadre de santé relève souvent d'un potentiel personnel déjà existant, dans ce **souhait de manager**, de coordonner, de faciliter la coopération d'une équipe, mais également des capacités relationnelles. Le diplôme signifie le passage vers un nouveau métier comme nous avons pu l'indiquer dans notre cadre conceptuel, « *La réforme de 1995...a ouvert la voie à la reconnaissance de la fonction de cadre comme un véritable autre métier...* »⁷⁴.

De plus, nous avons pu constater essentiellement des remarques, des craintes envers des cadres qui seraient issus de toutes autres filières que soignantes, et donc plus des cadres proches des tâches administratives. L

La compétence est bien **une reconnaissance d'autrui dans un contexte d'actions précis**, et n'est donc pas transposable dans tous les secteurs d'activités. Le diplôme permet de disposer d'une qualification, d'un potentiel, et donc plus de l'ordre de la connaissance, la mise en application et l'**adéquation** en réponse aux besoins des attentes des soignants, de l'institution...relèvent ainsi des compétences réelles du cadre de santé.

⁷⁴ COTTRET Yves. Article Retour sur la réforme de 1995 créant le diplôme de cadre de santé. Soins Cadres N°75. 08/10. p.34-35.

La filière d'origine identique n'est pas relevée, les cadres de santé ne se positionnent pas comme des experts du soin. Le cadre de santé est bien alors dans la **complémentarité** mais aussi la **différence avec l'équipe soignante**. Et comme le souligne R.R. Blake et K.S. Mouton, le manager est attendu dans un comportement adapté et significatif et donc réfléchi, conscientisé.

Lors du choix de notre population, nous avons souhaité rencontrer des cadres de santé ayant un minimum d'années d'expériences en tant que cadre de santé, et donc ayant obtenu leur diplôme depuis plus d'un an. Par conséquent, nous avons interrogé des cadres de santé ayant une ancienneté dans les fonctions d'au moins 3 ans.

Et déjà, après ces années, les entretiens mettent en évidence l'expérience, ou les expériences dans la rencontre «*Après il y a le vécu professionnel. Maintenant ça fait deux ans euh, voilà ça y fait.*» (H 283). Comme nous l'avons déjà signifié, le **temps** est un élément important dans la légitimité du cadre de santé. Il est vrai que la façon, dont nous avons formulé notre hypothèse, laisse peu de place à l'évolution. Nous nous apercevons, a posteriori, que cette formulation ne questionne que le point de départ – l'obtention du diplôme comme préalable – et non la temporalité, **l'expérience et la relation quotidienne**.

Par ailleurs, au terme de ce travail de recherche, nous ne pouvons affirmer que partiellement notre première hypothèse au regard de nos limites méthodologiques. Nous interrogeons la légitimité du cadre de santé. Pour la majorité, ils reconnaissent leur légitimité, dans le sens de **porter des valeurs soignantes, de qualité des soins et de respect des patients**, mais même, les valeurs de l'ensemble de l'équipe soignante, et donc dans cette **position d'interface** entre les soignants et la direction de l'institution. Cette position s'inscrit dans le type de management, qui serait plutôt proche du type participatif afin de permettre une **libre expression des soignants**.

Cette légitimité est aussi très liée à la **capacité de positionnement** du cadre de santé, soit de trancher, de maintenir une décision, avec des explications. Ainsi, les relations avec les soignants doivent se construire au travers du souci de l'autre, et donc de la **relation humaine avant tout, authentique, sincère**, de la reconnaissance de chaque individu dans sa singularité, demandant alors au cadre de santé des **qualités d'écoute et d'analyse de chaque rencontre, chaque situation**.

Cependant, nous pouvons infirmer plus probablement notre deuxième hypothèse. Effectivement, l'obtention du diplôme de cadre de santé nous donnerait une première part de la légitimité de notre statut.

Il permet d'accéder à une nouvelle fonction définie par une **position hiérarchique**. Nécessairement, en rien par la suite la filière d'origine n'influe directement ses rôles. Seule l'**expérience** permet d'acquérir, de **développer de nouvelles compétences** qui pourront être favorables à la légitimité du cadre de santé.

CONCLUSION

5 Conclusion

A l'origine d'interrogations personnelles fortes, ce travail de recherche a été l'**opportunité** de poser ces questions qui étaient venues parfois entravées notre projet de cadre de santé. L'expérience de cadre de santé faisant fonction, même positive, ne nous a pas effacé ces premières interrogations. Dans **ce choix d'évolution professionnelle**, notre principale **préoccupation** est alors exprimée sous un mot « la légitimité ». Les appréhensions multiples et normales se sont probablement majorées avec ce sentiment, cette crainte de ne pas être légitime dans cette fonction, dans ces rôles. Par conséquent, nous avons souhaité poursuivre notre recherche et nous interroger spécifiquement sur la légitimité, afin de nous amener progressivement à comprendre et à écarter notre malaise. L'année de formation en IFCS nous permet de prendre ce **temps de réflexion**, et nous avons saisi l'opportunité de pouvoir espérer trouver des éclairages sur notre questionnement au terme de notre cursus.

De plus, notre questionnement s'inscrit dans un changement de fonction, dont nous devons respecter et répondre aux principaux rôles. Et si nous voulons être légitimes, c'est aussi au travers de nos rôles mais après comment pouvons-nous les jouer pour **être légitimes**, ou **être reconnus légitimes** par les soignants ?

A ce stade, nous avons pu préciser notre question de recherche « **En quoi les compétences du cadre favorisent sa légitimité ?** ». Et puis, nous avons posé nos hypothèses, sans oublier notre première interrogation :

- ❖ La légitimité du cadre de santé est favorisée au travers de la relation sociale.
- ❖ La légitimité est liée à l'obtention d'un diplôme et l'appartenance à une filière d'origine identique aux professionnels rencontrés

Tout d'abord, nous avons cherché à déchiffrer ce mot « légitimité ». Ainsi, nous avons réalisé des recherches sur des écrits existants. Nous notons alors que la légitimité est basée sur un jugement et donc une reconnaissance de l'autre sur nos fonctions, nos rôles. La légitimité est définie suivant ses bases par **des types de dominations** différents, avec comme principal auteur M. Weber. Au-delà de la légitimité, nous découvrons, par ailleurs, que ce concept peut être attaché **au pouvoir et/ou à l'autorité**, avec des différences entre ces deux notions, dont celles de l'influence et de la négociation.

Si la légitimité est principalement fondée sur la raison, la justice et l'équité, dans les rôles du cadre de santé, nous devons pouvoir retrouver des corrélations avec les exigences de la légitimité. Les rôles du manager sont définis entre autre par H. Mintzberg, l'importance de la communication est soulignée pour l'ensemble des déclinaisons des rôles. Alors, nous avons recherché à repérer les éléments déterminants de cette communication **au travers de l'action sociale**, ainsi que les possibilités de création d'une relation avec les équipes soignantes, dans la considération de leur parole professionnelle et personnelle.

A l'issue de notre travail théorique, nous avons souhaité apprécier nos perceptions aux regards, aux opinions des cadres de santé de terrain afin de confronter nos hypothèses posées, et surtout nos premières affirmations à notre malaise. De fait, le recueil de données, suite à nos entretiens, nous a permis de réaliser **une analyse et une interprétation** au regard de notre cadre conceptuel. Ainsi, nous avons pu mettre en évidence, différents rôles du cadre de santé, avec cette recherche de légitimité auprès des équipes. De plus, nous avons pu définir différentes postures de cadre de santé dans l'affirmation de sa légitimité. Au travers des compétences dans l'organisation, la **communication** est majeure dans ses fonctions, mais semble-t-il trop souvent mise entre parenthèses dans la théorie, et pas nécessairement prospectée dans ses fondements. Nos confrontations auprès de cadres de santé expérimentés mettent en valeur **la rencontre, la confiance, les échanges, la disponibilité...** Même si les équipes attendent des compétences réelles d'organisation du cadre de santé tant par la réalisation de planning que la gestion du matériel, le cadre de santé est un interlocuteur privilégié de l'ensemble des soignants ce qui implique inévitablement une qualité d'accessibilité.

Alors, ce travail de recherche nous a permis une prise de recul pour notre futur poste, et les appréhensions qui en découlent. Ce travail de recherche était pour nous comme un passage obligé pour nous permettre cette prise de nouvelle fonction. Même si aujourd'hui, l'hypothèse principale posée n'est que partiellement vérifiée, l'ensemble de cette démarche au cours d'un cursus de formation, nous a permis de repérer **des éléments potentiellement favorables à la reconnaissance de la légitimité du cadre de santé**. Cependant, les bases de celle-ci étant selon les valeurs, les souhaits des professionnels, le cadre de santé doit aussi s'adapter, être vigilant aux besoins des professionnels qu'il encadre soumis à de nombreuses contraintes, injonctions parfois contradictoires aux valeurs personnelles et professionnelles.

Ainsi, nous pouvons comprendre et réaliser un début d'analyse sur les situations rencontrées lors de notre parcours professionnel, entre autre avec ces cadres de santé que nous ne percevions pas comme légitimes.

Notre cheminement de recherche a été une **découverte continue**, sur des notions qui nous tenaient à cœur, pour lesquelles nous avons pu alors mettre du sens, et élaborer un début de compréhension. De ce fait, ce travail nous a sensibilisés à la légitimité, au pouvoir, à l'autorité, à l'action sociale,... et ainsi un certain nombre de notions pour notre nouvelle fonction.

Vers notre nouvelle fonction de cadre de santé

Dans quelques semaines maintenant, nous aurons repris le chemin d'un service de soins, avec une équipe aux multiples filières professionnelles, aux multiples singularités de chaque individu, de chaque histoire....Nos **premières rencontres** seront alors consacrées à un décodage du fonctionnement de l'unité de soins, de l'équipe, mais également, à des échanges, des présentations mutuelles. Ce temps de décodage pourra aussi se poursuivre au travers de l'ensemble de nos actions, dans une **reformulation régulière des ressentis**, des opinions des soignants afin de les accompagner, de les aider dans des choix de pratiques, et d'autre part dans des orientations professionnelles, ainsi « *Même dans le cas d'une forte compétence, l'accompagnement est nécessaire : expliquer les changements, partager les soucis ou les interrogations, exprimer des propositions, expérimenter de nouvelles méthodes. L'autonomie ne doit pas conduire à la solitude ou à l'indépendance mais au partage* »⁷⁵. C'est dans la priorité de ce rôle que nous souhaitons **conduire** nos actions quotidiennes et nos missions de cadre de santé.

D'ailleurs, ce changement de statut professionnel nous conduit à une nouvelle reconnaissance de notre fonction, « *La reconnaissance est un besoin fondamental pour chacun d'entre nous. C'est un fondement de notre identité et un facteur de la motivation* »⁷⁶.

⁷⁵ MULLER Jean-Louis, MINNAERT Marie-France. Management hospitalier, Un nouvel exercice du pouvoir. Edition Masson, 2004, 2^{ème} Edition. 136p., p128

⁷⁶ Ibid p.129

Probablement, au travers de nos compétences, l'équipe soignante reconnaitra notre fonction comme légitime, par ailleurs, nous pourrions penser, au fil de notre expérience, **notre rôle comme légitime**. L'**attention particulière** accordée aux soignants est aussi à entendre pour le cadre de santé. Celui-ci doit avoir cette capacité d'une remise en cause, d'une remise en question de ses actions, en sachant que nos certitudes seront sources de réflexions, et donc un **déséquilibre probable** apparaît, comme toute analyse de pratiques soignantes. La vigilance sera dans l'analyse de la relation, de la communication avec le regard critique des professionnels. Cependant, nous devons avoir conscience que de la position où nous serons, nous aurons malgré tout toujours une part de la réalité cachée. Au-delà de toutes nos volontés de veiller à un **épanouissement professionnel** de chaque soignant et de susciter le désir de chaque professionnel vers l'**autonomie**, nous ne pourrions travailler en collaboration, et en coopération avec ce qu'ils voudront bien nous délivrer, l'humain restant complexe et une perpétuelle intrigue.

D'autre part, cette **reconnaissance individuelle** de chaque soignant sera un facteur, même une **source de motivation**, et de **valorisation personnelle**. Ainsi, la légitimité dans notre nouvelle fonction sera favorable à la coordination, une meilleure continuité des activités de soins. *« La reconnaissance est une autre forme d'exercice de pouvoir dans le rôle managérial : elle permet de rechercher la meilleure adéquation possible entre les exigences de l'activité et du service et les capacités de la personne dans une optique de progrès »*⁷⁷. Notre compétence dans l'accompagnement des professionnels au travers des pratiques quotidiennes sera un support à la **confrontation des divergences** des pratiques, des valeurs.

De plus, nous pouvons aujourd'hui visualiser les possibilités d'expressions d'insatisfactions des équipes, ce qui est l'une de nos appréhensions dans nos futures fonctions, une situation proche de la **gestion de conflits**. Nous nous apercevons ici, qu'il s'agit souvent de conflits de valeurs auxquels nous devons faire face.

Dans notre position de cadre de santé, en proximité, avec les soignants, les patients, les familles, nous aurons des responsabilités en **interface permanente avec l'ensemble des acteurs** de l'unité de soins et la direction de l'institution. Et cette proximité, nous ne voulons pas y renoncer malgré les contraintes de charges de travail, le cadre de santé devient le **médiateur** possible de l'ensemble des acteurs.

⁷⁷ MULLER Jean-Louis, MINNAERT Marie-France. Management hospitalier, Un nouvel exercice du pouvoir. Edition Masson, 2004, 2^{ème} Edition. 136p., p.130

De ce fait, nous devons réfléchir au type de management que nous souhaiterions dans notre future fonction, cependant, loin de la théorie, le management est en lien avec nos valeurs, nos potentiels personnels. Dans un souci permanent d'une implication et d'une reconnaissance de chaque professionnel quel que soit sa catégorie socio professionnelle, nous souhaitons alors une participation de tous, d'ailleurs selon W. Hesbeen, « *le type de manager le plus répandu est sans doute celui qui ne relève d'aucune de ces catégories mais qui puise dans chacune d'elles quelques éléments, qu'il adapte d'ailleurs en fonction des circonstances, et qui signent tant de la singularité de son comportement d'être humain que ses compétences managériales* »⁷⁸. Notre capacité d'analyse, de réflexion, de prise de recul sera des temps nécessaires pour un **processus favorable d'évolution de notre pratique**. De ce fait, au regard des aspects économiques des institutions qui sont actuellement non négligeables, nous devons pouvoir en permanence nous adapter aux décisions, vécues le plus souvent comme des contraintes, ainsi selon François-Xavier Schweyer, professeur de sociologie, « *Les cadres ne sont pas seulement les vecteurs des réformes, ils en sont aussi les auteurs quand leur travail consiste à traduire dans la réalité des orientations managériales. Leur efficacité dépend de leur capacité à instaurer la coopération au sein des équipes, c'est-à-dire à créer du lien social et à donner à chacun d'exister dans un projet partagé.* »⁷⁹ [31]. Nous souhaitons l'**autonomie** des soignants, nous disposons nous-même de cette liberté d'action avec laquelle nous pourrions réfléchir et composer les pratiques dans une recherche d'adéquations, de consensus pour l'ensemble de l'équipe.

Enfin, nous avons interrogé les cadres de santé au travers de la légitimité de leurs rôles par les soignants, mais dans notre future fonction la reconnaissance de la légitimité de notre rôle avec le corps médical nous semble inévitable pour nous permettre un épanouissement dans ces nouvelles fonctions, et plus globalement dans l'institution. Alors comment gérer la **complexité de la légitimité** qui peut être aussi un regard personnel sur soi, pour pouvoir se sentir légitime, avec notre représentation de cadre de santé, des rôles auxquels nous attachons nos valeurs personnelles, et notre volonté dans ce choix vers cette nouvelle fonction. De ce fait, **le problème d'être légitime ne serait-il pas plutôt de se sentir légitime ?**

⁷⁸ HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier. Edition Masson, 2^{ème} Edition, 2002, 208p., p.85

⁷⁹ SCHWEYER François-Xavier. Genèse et dynamique de l'encadrement hospitalier. Revue Soins Cadres N°75. Août 2010. p.16-19.

BIBLIOGRAPHIE

6 Bibliographie

6.1 Ouvrages

- [1] BARDIN Laurence. L'Analyse du contenu. Edition PUF, 1993. 292 p.
- [2] BEITONE A., DOLLO C., GERVASONI J., LEMASSON E., RODRIGUES C. Aide-Mémoire Sciences Sociales. Edition Sirey, 2004, 4^{ème} édition. 443p.
- [3] BERNOUX Philippe. La sociologie des organisations. Edition Seuil, 1990, 5^{ème} édition. 382p.
- [4] BLANCHET Alain & Al. L'entretien dans les Sciences Sociales. Edition Dunod, 1992. 288p.
- [5] BLANCHET Alain, TROGNON Alain. La psychologie des groupes. Edition Nathan, 1994. 127p.
- [6] BOURDIEU Pierre. La noblesse d'Etat. Edition de Minuit, 1989. 568p.
- [7] BOURRET Paule. Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible. Edition Seli Arslan, 2006. 284p.
- [8] CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. L'acteur et le système. Edition Seuil 1992. 500p.
- [9] DOBIECKI Bernard, GUAQUERE Daniel. Etre cadre dans l'action sociale et médico-sociale, Identités, Légitimités, Fonctions. Edition ESF, 2001. 240p.
- [10] DUBAR Claude. La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles. Edition Armand Colin, 2002, 3^{ème} Edition. 255p.
- [11] FRIEDBERG Erhard. Le pouvoir et la règle, Dynamiques de l'action organisée. Edition du Seuil, 1997. 423p.
- [12] HESBEEN Walter. La qualité du soin infirmier. Edition Masson, 2002, 2^{ème} édition. 208p.

- [13] HUBAULT François (Coordonné par). Pouvoir d'agir et autorité dans le travail. Editions Octares, 2010. 109p.
- [14] MACCIO Charles. Autorité Pouvoir Responsabilité. Edition Chronique Sociale, 1991, 3^{ème} Edition. 201p
- [15] MARC Edmond, PICARD Dominique. L'interaction sociale. Edition PUF, 2003, 3^{ème} Edition. 239p.
- [16] MINTZBERG Henry. Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre. Edition Organisation, 2002. 220p.
- [17] MORFAUX Louis-Marie, LEFRANC Jean. Nouveau Vocabulaire de la philosophie et des Sciences Humaines
- [18] MUCCHIELLI Alex (sous la direction). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences sociales. Edition 1996. 275p.
- [19] MUCCHIELLI Roger. L'entretien de face à face dans la relation d'aide. Edition ESF, 1972. 150p.
- [20] MUCCHIELLI Roger. Psychologie de la relation d'autorité. Edition ESF, 1976. 130p.
- [21] MULLER Jean-Louis, MINNAERT Marie-France. Management hospitalier, Un nouvel exercice du pouvoir. Edition Masson, 2004, 2^{ème} Edition. 136p., p.118.
- [22] QUIVY Raymond, VAN CAMPENHOUDT Luc. Manuel de recherché en sciences sociales. Edition Dunod, 1997, 2^{ème} édition. 287p.
- [23] ROSANVALLON Pierre. La légitimité démocratique. Edition Seuil, 2008. 367p.
- [24] SAINSAULIEU Renaud. L'identité au travail. Edition Références, 1988. 477p.
- [25] SAINSAULIEU Renaud. Sociologie de l'entreprise. Edition Presses de Sciences Po et Dalloz, 1997, 2^{ème} édition, 476p.
- [26] WEBER Max. Economie et Société, Les catégories de la sociologie. Edition Plon, 1995. 410p.

6.2 Articles

[27] BARTHES Richard Dessine-moi le cadre de demain... Revue Soins Cadres N°75. Août 2010. p20-23.

[28] CEFIEC Bretagne La légitimité du métier de formateur en IFSI et IFCS. Revue Soins Cadres N°42. Mai 2002. p.66-67

[29] COTTRET Yves. Retour sur la réforme de 1995 créant le diplôme de cadre de santé. Revue Soins Cadres N°75. Août 2010. p.34-35.

[30] MONTAGNON Monique. Pour une légitimité d'une direction des soins. Revue Objectif soins N°140. Novembre 2005. p.2-5

[31] SCHWEYER François-Xavier. Genèse et dynamique de l'encadrement hospitalier. Revue Soins Cadres N°75. Août 2010. p.16-19.

[32] SOHIER Anne. Compétence infirmière et mobilité. Revue Soins Cadres N°71. Août 2009. p.32

6.3 Webographie

[33] ARDOINO Jacques Autorisation Texte 2
http://www.reseaeval.com/partager_la_culture_en_evaluation/textes_traces/auteurs_13_elements/ardoino_jacques_professeur_emerite_24_elements/ardoino_autorisation_2_deuxieme_texte

[34] MINTZBERG Henry. Leadership et légitimité. Rencontre de la gouvernance du 20 Mars 2008
http://www.cjdes.org/docs/Newsletter_N_5_Observatoire_de_la_Gouvernance_du_CJDES_2_.pdf

[35] VOLLE Michel. Brève histoire de la légitimité. 21 Février 2004
<http://www.volle.com/opinion/legitimite.htm>

TABLE DES MATIÈRES

7 Table des matières

1	<i>Introduction</i>	1
1.1	Parcours professionnel	1
1.2	Histoire avec le sujet	2
1.3	Cheminement de la problématique	3
1.3.1	Phase exploratoire	3
1.3.2	Vers la question de recherche.....	5
1.3.3	Hypothèses	9
2	<i>Cadre Conceptuel</i>	11
2.1	L'évolution des rôles de cadre de santé	11
2.1.1	Une profession mais plusieurs métiers	11
2.1.2	Le cadre de santé comme rôle de manager.....	12
2.1.3	Le cadre de santé aujourd'hui	15
2.1.4	Synthèse : L'évolution des rôles du cadre de santé	16
2.2	Le pouvoir / L'autorité	17
2.2.1	Les définitions	17
2.2.2	Des approches diverses selon les auteurs	17
2.2.3	Synthèse Le pouvoir / L'autorité	22
2.3	La légitimité	23
2.3.1	Les définitions	23
2.3.2	L'approche sociologique	24
2.3.3	L'approche économique	26
2.3.4	Synthèse La légitimité	27
2.4	L'action sociale	28
2.4.1	Diverses approches.....	28
2.4.2	Proche de la subjectivité.....	28
2.4.3	Synthèse L'action sociale.....	32
2.5	Synthèse Cadre conceptuel	34
3	<i>Méthodologie de recueil de données</i>	35
3.1	Les objectifs du recueil de données	36
3.2	Le choix de la population et des sites	37
3.3	Le choix de l'outil	37
3.4	Le déroulement des entretiens	39
3.5	Les thèmes de recherches	39
3.6	Le guide d'entretien	40
3.6.1	La consigne inaugurale.....	40
3.6.2	La question inaugurale	41
3.6.3	Les thèmes de relance	41
3.6.4	Talon	43

3.6.5	Remerciements.....	43
3.7	L'élaboration de la grille d'analyse	43
3.7.1	La catégorisation	44
3.7.2	La grille d'analyse	45
3.8	Les critiques de la méthodologie utilisée.....	46
3.8.1	Les limites	46
3.8.2	Les atouts	47
4	<i>Analyse par thématiques et interprétation.....</i>	49
4.1	La population interviewée	49
4.2	Les rôles du cadre de santé	50
4.2.1	Accompagnement.....	50
4.2.2	Interlocuteur privilégié.....	51
4.2.3	Organisation globale	52
4.2.4	L'expertise – les compétences.....	53
4.2.5	La rationalisation - Le positionnement.....	54
4.2.6	Interprétation	55
4.3	Le pouvoir et l'autorité	58
4.3.1	Le pouvoir	58
4.3.2	L'autorité.....	59
4.3.3	Les décisions – Les règles	60
4.3.4	La négociation - L'influence	61
4.3.5	Interprétation	62
4.4	La légitimité	64
4.4.1	La justification – L'explication	64
4.4.2	Confiance – Résistance – Communication.....	65
4.4.3	L'équité	66
4.4.4	La reconnaissance	67
4.4.5	Interprétation	69
4.5	L'action sociale.....	71
4.5.1	Relation – Échanges – Régulation.....	71
4.5.2	Les satisfactions et insatisfactions.....	73
4.5.3	Les attentes de l'équipe	74
4.5.4	La réflexion, l'action commune	75
4.5.5	Interprétation	77
4.6	Synthèse	80
5	<i>Conclusion</i>	90
6	<i>Bibliographie.....</i>	95
6.1	Ouvrages	95
6.2	Articles	97
6.3	Webographie	97
7	<i>Table des matières</i>	98

8	<i>Annexes</i>	101
8.1	Entretien A	101
8.2	Entretien B	108
8.3	Entretien C	115
8.4	Entretien D	123
8.5	Entretien E	132
8.6	Entretien F	142
8.7	Entretien G	148
8.8	Entretien H	158

ANNEXES

1 8 Annexes

8.1 *Entretien A*

2 **Pouvez m'expliquer comment s'est passé votre dernière prise de poste en tant que cadre**
3 **de santé ?**

4 Ici ça fait deux ans et demi. Alors, c'était à ma demande déjà, donc après avoir eu un
5 entretien avec la direction des soins et la prise de poste, j'ai rencontré le cadre de service, j'ai
6 fait une ou deux journées avec elle sur place ce qui m'a permis de rencontrer l'équipe en
7 même temps. Voilà sinon, je ne crois pas avoir fait de réunions très formelles pour me
8 présenter, je l'ai fait petit à petit sachant qu'ici il y a 11 équipes donc ça paraissait plus facile
9 d'aller dans chaque équipe se présenter plutôt que de faire une réunion globale ou de toute
10 façon je n'aurais pas eu tout le monde. A un moment, dans une prise de poste c'est important
11 de poser les choses, j'avoue que je ne me souviens plus trop comment ça s'est passé mais ça
12 s'est plus facile dans des plus petites équipes ou dans une seule équipe que quand il y en a
13 beaucoup

14 **Et si ça avait été une petite équipe ?**

15 He ben dans une prochaine prise de poste puisque je risque de changer, je risque de voir
16 l'équipe et de leur dire ma façon de fonctionner et ce que j'attends d'une équipe. Moi
17 j'attends de l'autonomie en tout cas des infirmiers donc et puis donner mes valeurs et ma
18 façon de travailler

19 **Quand vous dites de l'autonomie de la part des infirmiers, qu'est-ce que vous entendez**
20 **par autonomie ?**

21 Alors leur autonomie, ça veut dire ne pas venir quand ils ont en charge un résident ou un
22 patient, c'est prendre le patient du début jusqu'à la fin en gros, on prend le patient en début de
23 journée et on finit la journée en faisant tout ce qu'il y avait à faire avec ce patient et en
24 prenant des initiatives, je pense dans un premier temps, il faut se caler un peu mais les
25 initiatives, moi j'accepte que les initiatives soient prises à condition qu'elles soient justifiées

26 **D'accord, pouvez-vous me préciser quels sont vos rôles au sein de ce service ?**

27 Alors il y a tout ce qui est planning et absentéisme à gérer, tout ce qu'est formation continue,
28 tout ce qui est projet de vie puisque le projet de vie a été travaillé jusqu'à fin janvier 2010 et
29 donc c'est rappeler aux équipes beaucoup, beaucoup, beaucoup dans la fonction formation
30 beaucoup de rappels de ce qui doit être fait, de vers quoi on doit aller, je participe aux
31 transmissions systématiquement une fois par semaine dans chaque équipe ce qui permet de
32 redire des petites choses

33 **Donc quand vous allez aux transmissions avec les équipes c'est essentiellement pour la**
34 **formation ?**

35 Ha non non, je vais aux transmissions d'abord pour connaître les résidents, il y a 140 résidents
36 parce que c'est difficile de connaître tout le monde, pour connaître les problématiques
37 rencontrées avec certains résidents et puis j'en profite pour dire des choses quand il y a des
38 choses à dire. Donc il y a un travail de coordination et de coopération avec les médecins
39 coordinateurs, il y a par rapport aux entrées les limites que je peux donner par rapport au GIR,
40 quand les services sont trop lourds, je demande à ce que les entrées soient plus légères et puis
41 toute la collaboration et la coordination avec la direction des soins, le cadre sup, la gestion de
42 la kiné, des gens qui sont plutôt hors des services, la diététicienne, l'ergothérapeute, des
43 choses comme ça.

44 **Quelles sont vos priorités dans votre management ?**

45 Alors, je dirai qu'ici c'est le planning, s'il y a des erreurs de planning, s'il y a des gens qui
46 manquent à un moment parce qu'on a fait ça trop rapidement, ce n'est pas catastrophique
47 mais c'est quelque chose qui peut mettre à mal les équipes et qui peut rendre les équipes
48 résistantes par rapport aux choses qu'on peut leur demander. Et après, je dirai c'est valoriser
49 les équipes leur montrer ce qu'ils font bien pour essayer de les tirer vers le haut... Je pense
50 qu'au début j'étais un petit peu moins stricte avec le planning parce que je pensais que c'était
51 quelque chose de secondaire et c'est vrai qu'une fois ça passe, deux fois et après il y a des
52 revendications donc je pense que c'est le préalable pour bien fonctionner après et puis
53 rappeler quelqu'un parce qu'on a mis deux personnes sur le même poste c'est toujours très
54 gênant, il y a suffisamment d'arrêt maladie comme ça pour gérer ça autrement.

55 **Alors justement au cours de mon entretien je voulais aborder les résistances, comment**
56 **vous les percevez ?**

57 He bien, les résistances, je dirai qu'il n'y en a pas quand j'expose les choses notamment le
58 projet de vie qu'on est en train de mettre en place, mais elles sont,... on retombe très vite
59 dans les équipes par les habitudes sans que ce soit dit mais... Par exemple il y a eu la lecture
60 du journal qui a été mis en place dans le projet de vie donc c'était bien déterminé avec un
61 horaire et aujourd'hui il n'y a plus qu'une unité qui fait la lecture du journal donc la
62 résistance, ils vont me dire on a une charge de travail trop importante. Donc c'est vrai que la
63 charge de travail augmente et ça met à mal tout ça et voilà donc c'est,... on ne fait pas et faut
64 toujours être derrière ce que je ne peux pas faire ici,...et c'est ça moi ,... la résistance, c'est
65 très rare ici qu'on me dise ha bah non ça on ne va pas faire, on est toujours d'accord mais au
66 bout du compte ça ne se fait pas forcément, donc une résistance passive..... Et ça pour
67 beaucoup de choses c'est pour ça je disais tout à l'heure dans la formation, il faut toujours
68 répéter les choses et pourquoi on veut faire les choses et ce que ça va apporter aux résidents
69 ou à l'équipe

70 **D'accord souvent leurs arguments, ce seraient des arguments de charge de travail**
71 **essentiellement ?**

72 Le plus souvent oui et puis des fois. C'est ha bah on n'y pense pas et puis voilà quoi, j'ai par
73 exemple les anniversaires doivent être annoncés et la météo tous les jours enfin tous les jours
74 une des AMP doit annoncer par micros interposés, ce qui se passe dans la maison, enfin les
75 moments importants, ça se fait pendant 3 jours 4 jours 5 jours et ça s'arrête et alors que c'est
76 aussi leur rôle d'animation les AMP ce n'est pas leur priorité.... Pourtant, là c'est encore
77 mieux puisque le projet de vie a été travaillé avec un membre de chaque équipe et cette
78 personne devait restituer à l'ensemble de l'équipe ce qui s'est travaillé sur cette réunion donc
79 avec une adhésion de chaque membre de l'équipe. Et pourtant ça ne se met pas en place donc
80 après il y a sans doute des causes, je dirai que les causes c'est sans doute qu'on a des gens
81 assez peu formés, là je pense que c'est un handicapBah pour moi un projet ne peut
82 être emmené que comme ça que en impliquant les acteurs sinon si ça vient d'en haut il y aura
83 forcément de la résistance et ce n'est pas que notre travail, on ne peut pas faire ça donc oui il
84 faut absolument impliquer les équipes.

85 **Sur quelles bases sont posées vos décisions ?**

86 Quand j'ai un congé le matin et que la personne me dit que je ne suis pas là cet après-midi-là
87 il faut bien quelqu'un. Alors quelque fois il y a du rabe alors il n'y a pas de soucis mais je
88 regarde les plannings, je regarde ceux qui sont en RTT d'abord en priorité et si personne ne

89 peut venir de l'équipe j'impose, si il y a quelqu'un du pool, je vais rappeler quelqu'un du
90 pool. Et puis si il y a vraiment aucune solution, j'appelle le cadre sup pour qui me trouve
91 quelqu'un mais souvent si c'est quelqu'un du matin pour l'après midi on va trouver quelque
92 chose et ça je dirai qu'avec 90% des personnes ça se passe bien. Sauf quand elles ont des
93 choses de prévues et là je respecte ça, mais je dirai qu'en général ça se passe bien...c'est
94 rentré dans les mœurs, elles acceptent alors moi j'essaie d'être...., de leur coller des repos
95 qu'il ait un petit avantage mais c'est tout, elles ne sont pas forcément au courant de ça en plus
96 mais non il n'y a pas de demande en contrepartie.

97 **Quand vous dites que c'est rentré dans les mœurs est ce que c'est quelque chose que**
98 **vous avez travaillé depuis deux ans et demi c'était différent avant ?**

99 Je crois non que c'était comme ça et je crois que quand je suis arrivé à ma prise de poste dans
100 les deux mois qu'ont suivi ma prise de poste. J'ai eu beaucoup d'arrêts donc il ne me
101 connaissait pas. Mais ça a été dans la continuité de ce qui se faisait avant donc c'est quelque
102 chose.... ils savent que le service doit fonctionner, qu'il n'y a pas trop le choix quelque fois
103 les compromis ça peut quand même être de modifier les horaires ou de dire à quelqu'un bah
104 voilà il y a pas le choix vous venez un peu plus tard, des choses comme ça là j'essaie
105 d'arranger au maximum

106 **Pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité ?**

107 Bonne question pour savoir si j'en ai il faudrait poser la question aux équipes comment il me
108 voit. Du pouvoir j'en ai sûrement mais j'estime que j'ai très peu de pouvoir ou je ne m'en
109 serre pas je ne sais pas. Mais on parlait des arrêts de travail, on doit rappeler la personne en
110 RTT et si la personne en RTT me dit, je ne peux pas j'ai un rendez-vous, je vais plutôt
111 rappeler quelqu'un d'autre effectivement. Si j'exigeais elle viendrait mais c'est quelque chose
112 que je ne fais jamais.....Il y a des règles.....Tout à fait oui et il se peut que quelqu'un s'il se
113 dit moi je suis en repos, moi ça ne me pose pas de problème, je vais peut-être demander à la
114 personne qui est en repos plutôt qu'en RTT, si la personne en RTT a quelque chose de prévue.
115 Mais le pouvoir et l'autorité heu.....Alors je pense que j'ai de l'influence.....
116 notamment une certaine autorité mais plus dans mes compétences infirmières, je dirai parce
117 que je suis issu de la psychiatrie donc, quand il y a des problèmes relationnels que ce soit avec
118 les résidents, entre les résidents ou dans l'équipe, c'est vrai que j'ai une certaine autorité mais
119 je suis reconnu pour arriver à donner des solutions ou à faire réfléchir les gens pour qu'ils
120 trouvent eux même une solution

121 **Et ça se serait par rapport à votre ancienne profession ?**

122 Bah je pense que oui ça m'a permis,... j'ai l'habitude de gérer des conflits, de gérer des
123 difficultés relationnelles, donc oui je pense que ça aide

124 **D'accord, quelles sont les attentes de l'équipe soignante envers le cadre de santé ?**

125 Que les plannings soient bien faits ça c'est sûr, une écoute. J'ai une grosse demande d'écoute
126 que la porte soit ouverte en gros,...heu. De gérer certains conflits ou d'être à l'écoute des
127 conflits, alors les gérer c'est autre chose, que je rencontre aussi les familles quand il y a une
128 mises en cause des équipes, pour que je défends plutôt les équipes que j'essaie en tout cas
129 d'expliquer les choses, que je rencontre certains résidents, il y a des résidents qui ne sont pas
130 faciles, ils sont très exigeants voir limite pathologique, donc là, je recadre aussi les résidents.
131 Donc c'est ça ce que me demande les équipes et puis bon que je fasse évoluer les choses que
132 je fasse remonter les paroles au niveau de mon cadre sup, ou de la direction des soins ou de la
133 direction tout court, que je sois aussi celui de transmissions entre eux et les supérieurs

134 **Quand vous dites qu'ils nous demandent de l'écoute**

135 C'est toujours, enfin c'est toujours sauf une fois mais en général. C'est par rapport à l'activité
136 professionnelle, c'est par rapport à une charge de travail donc en gros, il faut absolument que
137 vous teniez compte de la charge de travail et c'est beaucoup, beaucoup, beaucoup aussi heu.
138 Par rapport à des difficultés de certaines personnes par rapport au reste de l'équipe, voilà, des
139 conflits larvés ou pas d'ailleurs. Et donc il y a des gens qui viennent me voir pour dire ola faut
140 faire quelque chose, je ne peux plus ou d'autres qui peuvent me demander un changement
141 d'unité, qui vont dire il faut faire quelque chose mais faut pas le dire, mais faut pas me
142 changer d'unité, donc là, c'est compliqué. Mais, en tout cas, ils savent que je n'ai pas toute les
143 solutions, que je ne peux pas tout résoudre d'un coup de baguette magique, mais ils savent
144 qu'ils peuvent venir en parler, ça va ne pas forcément être suivi de résultat, mais en tout cas,
145 ils peuvent venir en parler, de leurs problèmes

146 **Quels moyens avez-vous pour recueillir les attentes de l'ensemble de l'équipe ?**

147 Les attentes des équipes soignantes, ça peut être en cours de réunions, donc, dans ce cas-là, il
148 y a un compte rendu de réunion. Mais si je, par rapport à la charge de travail, si j'ai
149 plusieurs équipes qui disent que la charge de travail augmente he bien, voilà j'ai signalé à la
150 commission d'admission, que pour tel et tel service, il me fallait des gens heu beaucoup plus

151 légers, donc voilà, c'est des choses comme ça. Sinon heu, il n'y a rien de formaliser. Ça me
152 paraît difficile de formaliser ça. En plus, parce que ce qui est vrai à un moment n'est pas vrai
153 deux jours après, j'ai aussi tendance à pas répondre tout de suite aux demandes. Parce que je
154 m'aperçois que sur 100 demandes, il y en a 80 qui vont se résoudre par elle-même et il y en a
155 20 qui vont être à gérer, mais finalement, quelques fois ils réagissent très vite à une frustration
156 ou à quelque chose et le fait de venir, ça suffit à dédramatiser les choses et à résoudre le
157 problèmeOuais puis j'ai mis en place quand même un référent infirmier par étage, je
158 dirai et donc les infirmiers me rapportent aussi les choses qui vont pas, donc c'est aussi une
159 transmissionBah moi, je vais les voir tous les jours.....Donc tous les jours je passe dans
160 le service, je demande comment ça va, si ça va, ... si ça ne va pas et eux aussi savent qu'il n'y
161 a pas de soucis, qu'ils peuvent venir me parler, donc ça se fait comme ça. Quand on fait des
162 réunions, c'est plus des réunions d'organisation et je m'aperçois que ce qu'il se dit aux
163 réunions est assez général et que les gens parlent peu finalement devant leurs collègues

164 **Connaissez-vous leurs satisfactions ou insatisfactions ?**

165 Alors c'est difficile à mesurer ça la satisfaction, heu là les gens savent que je vais partir, donc
166 j'ai eu quelques personnes de quelques services à venir me dire, c'est dommage heu voilà ça
167 fonctionnait bien, enfin c'est ce genre de chose qu'on a comme retour de satisfaction. On a
168 finalement, en tant que cadre à part peut-être le moment où on part, ... ou alors aussi heu il
169 faut prendre un peu de recul et voir aussi dans la relation comment ça se passe dans la relation
170 avec les équipes et quand ça se passe bien, on peut dire que ça fonctionne pas trop mal hein.
171 Quand on sent les gens tendus, quand on sent les gens qui se mettent à distance, heu voilà qui
172 vous font un peu la tête, voilà mais quand dans l'ensemble des équipes, la communication
173 passe facilement, je dirai que c'est un des indicateurs qui peut dire que ça ne se passe pas trop
174 mal quoi. Et quand les équipes ne descendent pas sans arrêt dans le bureau pour vous dire il y
175 a ça ça ça et ça qui va pas, c'est que là aussi, ça ne doit pas se passer trop mal. Et lors de mon
176 changement, j'ai aussi des retours de la direction des soins que les gens étaient satisfaits, aussi
177 du directeur, mais ça se passe qu'au moment où on part donc peu de retour... ou faut vraiment
178 aller les chercher

179 **Alors vous avez dit quand même que des fois vous sentiez qu'ils étaient un peu plus**
180 **distants, comment vous gérez ces périodes de désaccord ou de de résistances ?**

181 Bah, je demande ce qu'il se passe hein, j'en profite à une transmission. Ou parce que j'ai une
182 équipe qui est en difficulté, et donc ce n'était pas simple, et c'est toujours pas simple parce

183 que c'est une équipe un peu forte de caractère et avec des éléments très forts à l'intérieur et
184 j'ai déjà provoqué trois réunions avec cette équipe-là pour essayer de résoudre les problèmes
185 avec à un moment le cadre sup présent donc... ce n'est pas encore, c'est mieux mais ce n'est
186 pas encore ça. Par contre, il n'y a pas de méfiance ou la méfiance est plus haut, il y a ça aussi
187 quelque fois, on vous adresse des choses qui sont pas pour vous mais qui sont pour la
188 direction ou le cadre sup ou la direction des soins et là il faut,... voilà il faut préciser les
189 choses parce que quelque fois moi je leur dit.... c'est comme ça moi je n'y peux rien, elles
190 disent, on sait bien que vous n'y pouvez rien, mais voilà, c'est là aussi la transmission et elles
191 ont envie que ça passe quand même

192 **Comment sont présentées vos décisions ?**

193 Alors, on va prendre l'exemple de cette équipe, hein... il y a eu une personne de l'équipe qui
194 est venue me voir en me disant qu'il y avait un souci avec une autre personne de l'équipe, ça
195 c'est compliqué, c'est le système de la relation qui me disait heu bah.... elle me parlait de
196 suicide, donc ça allait assez loin dans la difficulté de cette personne. Alors dans un premier
197 temps, j'ai fait une réunion avec toute l'équipe sans la personne qui parlait de suicide pour
198 essayer de voir ce qui se passait, essayer aussi de.... parce que c'est une personne qui est
199 quand même assez fragile... essayer aussi que l'équipe vienne en aide à cette personne-là
200 dans le sens ou bah voilà, elle soit plus empathique avec elle et soit pas systématiquement
201 dans le reproche. Donc ça s'est passé, je sais pas deux ou trois mois après, on a refait une
202 réunion parce que ça devenait difficile, j'avais proposé à cette personne en difficulté de
203 changer de service aussi, ça redevenait difficile, donc on a refait une réunion, j'ai reproposé à
204 cette personne de changer, or une de ces deux personnes a accepté de changer, ça c'est un peu
205 amélioré mais ça suffisait pas et finalement, c'est la deuxième personne que j'ai changé aussi
206 pour éviter d'être en difficulté. Mais le problème, je dirai que c'est... le noyau dur n'est pas
207 parti, n'a pas été cassé et mon cadre sup le sait, la direction des soins le sait mais voilà qui
208 prend la décision de le casser. Moi, je n'ai pas ce pouvoir-là et ces gens-là ne demandent pas à
209 partir donc voilà, là c'est un petit peu mieux parce qu'ils ont senti la pression un peu. Mais, on
210 parlait de pouvoir tout à l'heure, je n'ai pas le pouvoir de dire à quelqu'un, vous ne restez pas
211 là, ça le fait plus, il faut partir, il faut aller dans un autre service, je n'ai que le pouvoir de faire
212 un rapport circonstancié avec ce qu'il m'est arrivé donc voilà

213 **Je vous remercie**

8.2 Entretien B

1 **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée votre dernière prise de poste ?**

2 Je suis là depuis 4 mois, y'a eu une vacance de poste publiée, j'ai postulée. Mon prédécesseur
3 l'a annoncé aux équipes, donc après... Mais j'en sais rien, j'imagine, qu'il a fait l'annonce de
4 son départ pour telle date et de ma venue pour telle date. Moi je suis venue me
5 présenter...j'ai dû venir 2 fois, mais bien évidemment je n'ai pas rencontré tout le monde, je
6 suppose aussi que celles que j'ai rencontré ce jour-là, on fait l'annonce à leurs collègues. J'ai
7 50 professionnels sur 2 équipes, 3 avec l'équipe de ménage.... Peut-être effectivement qu'un
8 moment donné, formaliser pour permettre la présentation peut être intéressant. Peut-être ça
9 mais, pour les équipes aussi ce serait peut-être important que ce soit formalisé un moment
10 donné euh.... Le collègue qui part, si y'a un collègue qui part parce que des fois y'a personne
11 en poste, en fin.....où quelqu'un qui se sentirait responsable de ça, je ne sais pas si ça peut
12 être au niveau de la DRH, ou de la direction des soins, j'en sais rien, qu'ils fassent une
13 information formelle d'un changement, ...mais après c'est pas fait pour les autres membres
14 du personnel donc on pourrait se dire pourquoi pour un cadre plus que pour n'importe qui
15 d'autre. Moi, la première fois je me suis présentée de façon formelle aux équipes, à un
16 moment de transmissions, puisque c'est le moment où il y a le plus de monde. Et puis après
17 on a fait une réunion, assez rapidement, pour se présenter les uns les autres, un mois après
18 mon arrivée car il y avait les vacances scolaires.

19 **Quels sont vos rôles ?**

20 Mon rôle principal est un rôle d'accompagnement des équipes dans tout ce qui est respect de
21 la qualité des soins, qu'on apporte aux résidents, et puis....dans les conduites de projets, voilà.
22 L'accompagnement et l'impulsion je me disais au départ, mais plus maintenant, nous on
23 impulse rien du tout, globalement, si les équipes n'ont pas envie de faire elle-même, ...à part
24 les accompagner dans quelque chose qu'elles ont envie de faire. Leur donner la possibilité
25 de...quand elles ont envie, mais il faut qu'elles aient envie. Il faut être humble, et ne pas
26 pouvoir penser qu'on peut faire faire aux gens des choses qu'ils n'ont pas envie de faire, parce
27 qu'ils trouveront des stratégies de freinage, donc...après le boulot c'est de répéter, de répéter,
28 essayer de convaincre...après y'a les choses qui sont liées à la législation et auxquelles on ne
29 doit pas déroger, donc là du coup on exerce une fonction de contrôle et des fois de

30 réajustement hein quand il le faut. Moi je n'ai pas remarqué de choses qui pourraient me
31 heurter ou quoique ce soit ici, donc je n'ai pas à faire ça.

32 **Dans la fonction de contrôle, vous rappelez les règles ?**

33 C'est comme ça, la plupart du temps, elles en conviennent effectivement quand c'est quelque
34 chose qui est inscrit, les règlements sont pas faits pour faire suer les équipes, c'est fait pour
35 améliorer les façons de faire, donc en général y'a pas de souci, je rappelle juste des fois c'est
36 juste qu'on a oublié, voilà. Mais je n'ai pas de grogne. S'ils grognent ben tant pis.

37 **Quelle est votre priorité ?**

38 Ma priorité c'est la qualité des soins, c'est ma priorité. Parce que, enfin bon après moi je suis
39 infirmière de formation, et j'ai ce souci-là. Voilà. J'ai ce souci-là. Ça devrait à mon avis être
40 une priorité de tous les cadres, mais ayant une formation infirmière je pense que je suis plus
41 particulièrement sensible et sensibilisée à cela que quelqu'un qui serait purement administratif
42 par exemple.

43 **Quelles compétences sont nécessaires ?**

44 Sa présence, et son positionnement. Faut occuper le terrain, y'a pas d'autres solutions, faut
45 être là. Un cadre qui se fait oublier, qui se terre dans son bureau, il n'est pas reconnu, c'est qui
46 ne se reconnaît pas lui-même d'ailleurs, s'il n'occupe pas le terrain. Oui faut occuper le
47 terrain, c'est être là, être présent, pas toujours présent mais être présent à des moments
48 différents sur des choses différentes que ce soit aux transmissions, au niveau des soins,
49 interpellier les équipes, savoir si elles vont bien, les résidents aller les voir, monter, descendre,
50 arpenter les couloirs être là.

51 **Par rapport à vos décisions, vous évoquez la législation mais aussi pour d'autres
52 décisions, quelles sont les réactions des équipes ?**

53 Les règles sont posées ...le tout c'est d'être,..... j'ai une règle tacite, à défaut d'être juste,
54 parfois y'a des fois des décisions qui sont prises qui sont pas justes, c'est au moins d'être
55 équitable, c'est-à-dire que ça ne tombe pas tout le temps sur la même personne. Dans mon
56 injustice, j'essaie d'être équitable et des fois je suis injuste quand je fais revenir quelqu'un
57 sur un repos, alors qu'elle a prévu qu'elle irait faire, je sais pas quoi à l'extérieur,ça n'a
58 rien de juste, c'est injuste, par contre j'essaie d'être équitable parce que ça va être toujours la
59 même personne que je vais faire revenir. J'essaie de faire en sorte que. Je n'ai pas trop ce

60 problème ici, parce que j'ai une équipe qui est relativement autonome, elles gèrent les
61 problèmes toutes seules. Par exemple, ce matin y'a quelqu'un qui a été malade cette nuit, il
62 était de 6h, il a téléphoné à ses collègues de nuit qui ont tout de suite prévenu l'équipe de
63 matin, qui ont appelé quelqu'un qui était du soir pour me laisser le temps de prévenir
64 quelqu'un pour ce soir. Donc globalement ici, c'est du pain béni, elles sont hyper autonomes.
65 Les règles ne sont pas écrites et non formalisées. L'équipe sait et en a conscience. Moi je fais
66 en sorte qu'elles soient le plus autonome possible, c'est-à-dire que je leur permets certaines
67 choses, y'a des cadres qui, par exemple qui ne tolèrent pas que les choses passent en dehors
68 d'eux, ça je l'ai déjà vu, j'ai des collègues qui sont comme ça, en général elles sont la mère de
69 l'équipe. Moi je ne suis pas leur mère moi je suis juste là, pour les aider quand elles ont un
70 pépin et essayer de trouver des solutions avec elles, donc globalement comme elles savent que
71 je fonctionne comme ça, elles fonctionnent comme ça. Ça leur convient et moi aussi. Je leur ai
72 dit,quand je suis arrivée, assez rapidement, elles me sollicitaient au départ énormément
73 pour tout, tout, tout...elles attendaient ma bénédiction donc globalement je leur dit que je leur
74 fait confiance dans la mesure où...tout se passe bien, je leur accorde ma confiance et tant que
75 ça passe comme ça, ce qu'elles font si c'est réfléchi en équipe et que c'est dans le but
76 d'améliorer les choses, j'ai confiance en elles. Souvent, elles me disent il s'est passé ça, on a
77 fait de telle ou telle façon, eh ben moi je leur dit ben oui vous avez bien fait, si ça ne me
78 convient pas je leur dit bon ben d'accord vous avez fait comme ça, vous ne m'en avez pas
79 parlé, peut être que là effectivement là, il aurait fallu... En général, elles ne prennent pas de
80 décisions qui dépasseraient leur cadre de compétences. Y'a des fois les choses, après c'est le
81 tout de savoir la limite je veux dire, je leur fait confiance après elles savent bien en fonction
82 de leurs fonctions, de leurs postes, elles peuvent plus ou moins, ...elles ne peuvent pas
83 prendre n'importe quoi comme décisions mais elles savent où ça se limite. Et ce n'est pas
84 écrit, après elles ont des profils de postes qui leur permettent de faire ça ça ça. Elles le suivent,
85 un changement de planning entre elles par exemple, j'ai pas besoin de donner mon feu vert,
86 dans la mesure où moi je leur dit que je veux tout le temps qu'il y est du monde présent, que
87 ce soit Pierre, Paul, Jacques dans la limite du respect de la législation, c'est-à-dire qu'il faut
88 qu'il y ait des repos tout ça, je ne vois pas pourquoi ...je leur fait confiance et si elles
89 trahissent ma confiance, je leur.. Mais elles ne le font pas, donc je n'ai pas....Moi les
90 plannings je ne suis pas tout le temps le nez dedans mais je le regarde quand même donc elles
91 savent très bien, que c'est quelque chose que je n'accepterais donc elles ne le font pas. Bon et
92 puis moi ça a dû m'arriver de voir quelque chose que ne me convenait pas, du coup je vais le
93 dire. Par exemple, ben là, je dis un prénom au hasard, Odile vous travaillez tant de jours

94 d'affilée, ben ce n'est pas possible, vous ne pouvez pas donc il va falloir que vous vous
95 arrangiez avec une autre collègue. D'autres exemples, après moi je respecte...par exemple,
96 l'autre jour y'a une dame qui a été oubliée au petit déjeuner, et puis donc je l'apprends par
97 hasard, et y'a les transmissions qui commencent, ben. Aux transmissions je dis ben personne
98 n'a porté de petit déjeuner à MmeX vous avez oublié le plateau, elles me disent non on va
99 faire après les transmissions, ben j'ai dit ben non, non, non c'est maintenant, vous rectifiez le
100 tir dès que vous vous en rendez compte. Voilà, je règle, voilà, je dis ce que j'ai à dire. Bon ça
101 c'est un exemple comme un autre, hen. Voilà.

102 **Comment vous définiriez votre positionnement entre autorité et pouvoir ?**

103 Ben les deux,... l'autorité et du pouvoir parce qu'évidemment, oui, il faut être autoritaire
104 quand même. Pas de l'autoritariste, mais autoritaire parce qu'y'a des choses qui font faire
105 passer et puis il ne faut pas déroger. Du pouvoir, toute position hiérarchique donne du
106 pouvoir, bien évidemment. En général, quand je dis quelques choses, je n'ai pas besoin de le
107 répéter 36 fois, voilà, c'est entendu...Et si ce n'est pas entendu, je le fais savoir de telles
108 façons que...non oui c'est entendu, c'est rare que j'ai besoin de répéter, franchement...non
109 non elles entendent. J'ai ce trait de caractère, c'est un trait de caractère que j'avais déjà quand
110 j'étais infirmière. Y'avait à cette époque-là, la mise en place des RTT, qu'est qui y'a eu ? je
111 faisais partie de la commission des soins. Je suis infirmière mais quand je travaillais dans les
112 équipes, je veux dire, moi j'aimais, enfin après on travaille en collaboration avec les aides-
113 soignantes, j'aimais bien que les choses soient faites comme il fallait qu'elles soient faites. Je
114 n'avais pas de difficultés à me positionner par rapport à ça, dans l'équipe, ni par rapport à
115 mes collègues quand il me semblait que les choses n'étaient pas réglo, ou avec l'encadrement
116 quand il semblait que les choses n'étaient pas réglo. Et en tant que cadre quand je trouve que
117 la DRH n'est pas réglo, je n'hésite non plus à dire ce que j'ai à dire, voilà.

118 **Quelles sont les attentes de l'équipe envers vous ?**

119 Moi c'était flagrant quand je suis arrivée, la seule chose qu'ils me demandaient quand je suis
120 arrivée, c'était d'être là, voilà, que je sois là, donc je suppose que...enfin... c'est que mon
121 prédécesseur était peu là, être là et est-ce que j'allais restée, parce qu'il y a 3 faisants fonction
122 avant moi, qui avait 2 ans et 1 an de présence, donc est ce que j'allais être là ? Et est-ce que
123 j'allais rester ? Tout le monde me posait la question. D'être présente, d'être présente, d'être
124 présente, et puis d'être porteuse de quelque chose sur la durée, je pense que c'est
125 essentiellement ça leur demande. C'est pas qu'ils ne sont pas demandeurs...enfin comment

126 dire....ce ne sont pas des demandes qui exigent des réponses, euh, vous voyez, ce sont plutôt
127 des échanges. Mon bureau est toujours ouvert, donc...j'ai rien de top secret dedans, donc moi
128 globalement c'est ouvert, et bah oui parce que si c'est pas ouvert, ben, une porte fermée, t'as
129 peur de ranger, tandis qu'une porte ouverte....et puis si j'ai envie d'être tranquille je la ferme.
130 Dans la journée, elle est pas fermée du tout, et éventuellement quand j'ai besoin d'être
131 tranquille, concentrée oui je ferme parce que là ça exige que je ne sois pas dérangée...mais
132 autrement, ma porte est toujours, toujours ouverte, donc...du coup, ...et puis comme je me
133 ballade pas mal entre le 3^{ème} et le rez-de-chaussée, c'est comme bien rare qui y'en est pas un
134 ou y'en a une qui me dit « tiens y'a telle fille qui voudrait vous voir », elle se passe le
135 message comme ça, donc du coup je sais quoi ! On a fait plusieurs réunions, elles ne sont pas
136 fixées dans le temps pour l'instant, mais bon quand y'a des interrogations qui viennent ...qui
137 reviennent souvent au niveau de l'équipe du coup on fait un petit temps formel pour remettre
138 ça, ...que le plus de monde entendant la même chose.

139 **Comment préservez les insatisfactions ou satisfactions des équipes ?**

140 Ben oui il doit surement y avoir des insatisfactions, je les ressens pas, elles ne me heurtent pas
141 en tout cas. Ça ne m'empêche pas de faire, voilà. Des fois, il faut avoir des têtes à têtes,
142 forcément. Moi si je ressens un truc de travers, je vais le dire, ben en toute simplicité, ben ça
143 ne va pas ? Y'a quelque chose qui coince ? Enfin voilà quoi ! Je veux savoir ce qu'il en est, la
144 personne après elle se livre ou pas. Mais j'ai besoin de dire que je ressens quelque chose, et
145 que j'aimerais bien savoir ce que c'est, si c'est possible que je le sache. Mais bon, elles savent
146 bien qu'elles peuvent venir me voir régulièrement, donc c'est vrai...y'en a toujours une qui
147 vient me voir, ça dure 10 min des fois, on se met comme ça là. Des fois, elles veulent un truc,
148 tu prends rendez-vous, tu penses qu'il va y avoir un truc hyper important, et puis elles avaient
149 juste envie de...voilà. Des fois, c'est des problèmes personnels. Je ne leur fait pas peur, elles
150 n'ont pas peur de moi, donc elles viennent me voir facilement. Je suis autoritaire, je ne suis
151 pas injuste donc ça elles sont capables, ...enfin je veux dire elles le reconnaissent. Ben je
152 veux dire, quand je prends une décision, elles me disent ben oui on sait bien que vous ne
153 pouvez pas faire autrement, voilà. Et effectivement, si je prends cette décision-là, c'est parce
154 que je n'ai pas d'autres solutions, parce que je vais toujours essayer de....si je n'ai pas de
155 remplaçantes, si je n'ai pas pu, enfin en général j'essaye de trouver le plus de solutions
156 possibles. Si y'a une épidémie de gastro, y'a plus de remplaçante, y'a plus rien du tout, et ben
157 oui là elles vont me dire on sait bien vous ne pouvez pas faire autrement. Enfin, voilà, quand
158 je prends une décision, j'essaye de faire en sorte que ce soit le plus facile possible pour tous,

159 dans la mesure du possible, bien évidemment. Des fois ce n'est pas possible. Je ne prends pas
160 de décisions arbitraires comme ça, sans avoir essayé de trouver une autre solution avant. Je
161 fais pour elles comme je voudrais qu'on fasse pour moi globalement.

162 **Comment est mise en place la conduite de projet ?**

163 Le premier projet ici, c'est que y'avait pas de plan de soins, ça était de le mettre en place pour
164 conduire ce projet là j'ai fait appel à candidature, pour savoir si y'avait des gens qui serait
165 porteur de ça quoi ? On a décidé de travailler au niveau du CPA et non pas du service pour
166 faciliter le travail de tous. Donc ben on a organisé des temps de rencontres pour finaliser ça.

167 **Ce qu'il ne faut pas oublier quand on est cadre de santé ?**

168 Quand on est cadre de santé, faut surtout pas oublier qu'on est infirmier. Il faut apprendre à
169 prendre soin, on est là pour ça. Quelqu'un qui n'aurait pas...et je ne dis pas des professionnels
170 de la santé ne sachent pas le faire, mais il me semble que c'est mieux de l'apprendre, parce
171 que ben c'est un métier. Et on voit bien la différence quand même à mon avis, mais ça
172 n'engage que moi, du prendre soin et de la prise en charge des gens, entre les personnels
173 formés et non formés. Moi je vois une différence, malgré toute la bonne volonté, et bien qu'il
174 y est des choses qui s'apprennent sur le terrain, il me semble qu'en même indispensable de
175 passer par la case théorie à un moment donné et pour prendre du recul sur ce que l'on fait.
176 Des cadres de santé qui ne seraient pas soignants de formation, quelqu'un qui serait cadre
177 d'unité sans avoir de formation soignante, à mon avis il serait indispensable pour lui, qu'il
178 fasse de la formation continue pour apprendre à faire certaines choses, du prendre soin. Il faut
179 absolument, mais ça n'engage que moi, aussi pour être reconnu en tant que tel dans une
180 équipe il faut savoir ce qu'elles font, et donc pour connaître ce qu'elles font, il faut à un
181 moment donné y avoir été confronté dans la pratique ou dans la théorie, au moins. Y'a pleins
182 de choses à ajouter sur les missions, mais la journée n'y suffirait pas.

183 **Vous avez des contacts avec les familles ?**

184 J'ai des contacts avec les familles mais plus les équipes, parce qu'elles sont dans les couloirs,
185 dans les chambres, tout le temps, tout le temps ...donc les familles, ...moi je peux les
186 rencontrer dans les couloirs, ils savent surtout qu'ils peuvent venir me voir aussi pour quelque
187 chose de particulier. Mais les équipes les voient aussi plus que moi, moi je vois surtout
188 certaines familles, j'ai des familles qui viennent plus me voir que d'autres. Y'a des familles
189 que je n'ai quasiment jamais vue par exemple.

190 **Si demain vous changez, y aurait-il déjà des choses instituées ?**

191 Sans doute, ils savent déjà des choses... de comment je suis, mon caractère oui plutôt, oui je
192 pense, ben oui parce que c'est un petit établissement. Et puis y'a des gens avec qui j'ai
193 travaillé dans d'autres unités qui sont là de nouveau.

194 **Je vous remercie**

8.3 Entretien C

1 **Comment s'est passée votre dernière prise de poste ?**

2 Alors moi j'ai été diplômé en juin 1996, mon dernier poste a lieu en juillet 2004 pour mettre
3 en place une unité d'hospitalisation temps plein, de psychiatrie, ici sur le site de la clinique.
4 Donc c'était une clinique en libéral, donc des locaux qui n'étaient pas adaptés. Donc voilà, je
5 suis venu sur ce poste pour mettre l'unité en place. Alors ce qui a facilité au niveau légitimité,
6 ma crédibilité c'est mon expertise infirmière sur la santé mentale, et aussi mes travaux en
7 transversaux sur les effectifs. Je travaillais en lien pendant pas mal d'année avec la direction
8 des soins sur d'autres travaux. Je pense que j'avais une légitimité institutionnelle, et j'étais
9 arrivé aussi en 1988 pour mettre en place l'Hôpital de jour et le CMP en 1992, donc voilà
10 j'avais une reconnaissance à ce niveau-là. Ma légitimité institutionnelle est liée avec la mise
11 en place en 2000, de la dotation d'effectifs, c'est-à-dire qu'une unité a tant d'effectifs
12 infirmiers, et tant d'effectif AS pour tourner, en auto remplacement. Donc j'ai travaillé avec la
13 directrice des soins, sur toutes les unités de l'hôpital. Donc avec ce travail qui a été fait et
14 reconnu par la direction de soins et DRH, cela m'a donné une reconnaissance. Là, c'est moi
15 qui dis ça, mais on me l'a renvoyé après. Par rapport aux infirmiers, moi j'ai une pratique de
16 10 ans sur le CHS de Mayenne, et puis après mis en place l'hôpital de jour, le CMP. Bon
17 voilà ça me donnait quand même une expérience professionnelle. Et on a mis en place l'unité
18 d'hospitalisation pratiquement avec que des jeunes diplômés IDE, qui n'avaient pas de
19 compétences en Santé Mentale, donc qui étaient dans une volonté d'apprendre, qui étaient
20 motivés et dans une volonté d'apprendre. Par contre, les autres professionnels qui étaient sur
21 le CMP et l'hôpital de jour, c'étaient des professionnels expérimentés avec qui j'avais
22 travaillé auparavant, donc il me connaissait. Je pense que la double compétence est pas mal.
23 Une compétence dans une expertise, dans la spécificité du soin et puis si on a la compétence
24 institutionnelle en plus, si on a une reconnaissance institutionnelle en plus, c'est pas mal.

25 **Quelles seraient les compétences du cadre de santé ?**

26 J'ai une vision élargie sur le secteur. Pour avoir la reconnaissance, le rôle managérial,
27 management d'équipes. Alors le management participatif c'est un bien grand mot, qu'on
28 emploie à toutes les sauces mais c'est important. La façon de conduire les équipes soit on peut
29 avoir une conduite très verticale soit dans une conduite pas loin du laisser faire. Moi, je
30 préfère une conduite pas loin du laisser-faire c'est-à-dire en déléguant, en faisant confiance,

31 en responsabilisant au maximum. Ce qui n'est pas sans difficultés quand même. Voilà je
32 pense que le type de management utilisé par le cadre est vachement important. Après tous les
33 domaines qui sont de l'information, de la communication, c'est aussi très important.

34 **D'accord, donc vous seriez plus proche du participatif même si c'est difficile et parfois**
35 **directif ?**

36 Oui tout à fait, ça c'est tout l'art du positionnement, et savoir se positionner c'est compliqué.
37 Y'a toujours quelque chose que j'ai retenu quand j'ai fait l'école des cadres, c'est la gestion
38 de la dualité entre l'affectif et la raison. Eh ni trop dans l'affectif ni trop dans la raison, c'est
39 rigueur, souplesse, ça se joue au milieu des 2 et de là le positionnement, là-dedans.

40 **Comment présentez-vous vos décisions à l'ensemble de l'équipe ?**

41 Ça dépend de la décision, dans quel contexte. Mais un, je vais me positionner moi, en tant que
42 cadre de santé, c'est de ma responsabilité de, après si jamais je me trouve en difficulté, je
43 peux me remettre...je peux m'appuyer sur la directrice des soins, DRH ou directeur, mais je
44 vais me positionner d'abord, toujours sur ma responsabilité de cadre de santé. Voilà, c'est
45 comme ça que je fonctionne

46 **Est-ce que vous auriez une règle dans votre positionnement entre la raison et l'affectif ?**

47 J'essaye de déléguer au maximum, j'essaye de responsabiliser, de valoriser au maximum les
48 professionnels, de les reconnaître. A partir du moment où on joue avec ça, parce que c'est un
49 jeu, un jeu d'acteurs,... à partir du moment où on arrive à ça, généralement ça marche. Mais
50 ce n'est pas simple, ce n'est pas simple,ouais, valoriser, motiver, sécuriser, et avoir une
51 notion de contrepartie, c'est toujours gagnant-gagnant,.....comment je veux dire, essayer de
52 reconnaître l'autre, si le professionnel est reconnu, est valorisé, c'est la même chose qu'une
53 démarche, qu'un projet de soins, c'est exactement la même chose, c'est valoriser le potentiel,
54 au niveau des professionnels, c'est exactement la même chose. Si on valorise le professionnel,
55 il y aura quelque chose en retour évidemment.

56 **Et comment vous le valorisez ?**

57 Eh bien pas plus tard qu'hier, il y avait une journée inter régionale de badminton eh bien c'est
58 au niveau de ma présence par exemple, en amenant le directeur des soins, en amenant le chef
59 de pôle, surtout le directeur des soins, le chef de pôle venait, mais le directeur des soins ce
60 n'était pas forcé qui vienne. Donc en l'amenant, en lui faisant rencontrer les professionnels,

61 donc c'est hyper valorisant pour les professionnels que le directeur des soins soit là, et puis je
62 viens de l'hôpital de jour en les remerciant, les félicitant voilà.

63 **Quelles sont les attentes de l'équipe soignante envers le cadre de santé ?**

64 Ils attendent de la reconnaissance par rapport à leur travail. De la reconnaissance puis d'être
65 valorisé. Et puis une contrepartie dans le cadre de l'évaluation. L'entretien d'évaluation de
66 fin d'année c'est important, alors la note ce n'est pas moi qui la met, y'a des prestations
67 excellent, très performant, performant, et ça je crois que c'est important, ...bon la note c'est
68 au niveau du DRH, il attend ça et puis une reconnaissance de leur travail.

69 **Connaissez-vous des expressions de résistances ou de désaccord face à vos équipes ?**

70 Alors y'a des moments où c'est très difficile, où c'est très difficile pour moi par exemple,
71 d'aller aux contacts des équipes parce que moi j'ai des fois envie de me mettre en colère, et y'
72 a des fois où les équipes ont envie de se mettre en colère. Pas facile. Donc, c'est comme ça, je
73 sais par expérience maintenant, que je peux être chaud, et je peux très bien ne pas être
74 objectif. Donc, quand c'est comme ça, je peux attendre une journée, 2 jours et puis ça me
75 permet de mieux analyser, et prendre du recul et pouvoir revenir au contact de l'équipe.
76 Même pour moi, c'est difficile et pour l'équipe aussi donc voilà et puis de retomber sur un
77 travail constructif généralement ça marche, ça c'est une règle que je garde toujours, si je ne
78 me sens pas bien, ou si je sens que je peux être un peu véhément, bah je prends de la distance
79 et après je reviens et généralement ça se passe très très bien.

80 **Au cas où l'équipe est en colère ?**

81 Bah c'est la même chose, je prends du recul pour m'empêcher de réagir complètement dans
82 l'affectif et de manière impulsive. Bon, des fois, je veux dire les équipes sont aussi très
83 malines mais c'est du jeu d'acteurs, le cadre avec la relation à l'autorité, ce n'est pas simple.
84 Alors moi, j'ai une autre petite grille, c'est ça l'école des cadres, c'est apprendre une grille de
85 lecture, qui permet de prendre du recul. Moi y'a toujours...on parlait des professionnels, y'a
86 des professionnels qui sont plus faciles que d'autres, alors moi j'ai toujours une petite grille
87 de lecture qui m'aide. Y'a des niveaux de dépendance, contre dépendance, indépendance,
88 interdépendance. La dépendance dans une équipe...enfin ça c'est une grille de lecture,
89 dépendance on va trouver des professionnels qui sont très dépendants par rapport à l'autorité,
90 que si le médecin demande ou le cadre, ils diront toujours oui. Et après y'a le niveau des
91 professionnels en contre dépendance, il dira toujours non. Y'a le niveau d'indépendance où je

92 suis bon professionnel, mais je fais ce que je veux mais je travaille bien et comme je travaille
93 bien, tu ne peux pas trop... Et le niveau d'interdépendance, où y'a des professionnels et ça
94 peut être des personnes ressources pour le cadre, c'est l'autonomie, le professionnel est
95 autonome, c'est-à-dire qu'il travaille en interdépendance avec le cadre, avec le médecin.
96 Donc ça moi, c'est une grille de lecture qui m'aide, donc je veux dire quand j'ai des
97 professionnels où ce n'est pas simple,

98 **Alors pour les professionnels en contre dépendance que faites-vous ?**

99 Alors, c'est créer du lien, c'est valoriser et puis c'est de prendre le temps, d'être beaucoup
100 plus patient, ne pas être.... prendre le temps et de la valorisation de projet. Pour moi, ils ne
101 sont pas complètement autonomes. Pour moi, un professionnel autonome, qui est dans
102 l'interdépendance, qui travaille en collaboration. Donc ça c'est de la maturité professionnelle,
103 c'est la maturité affective, ça va venir...quelqu'un qui est jeune diplômé...Voilà l'autre jour,
104 j'étais dans un groupe Bientraitance où je participais à une formation, et quelqu'un a dit voilà
105 moi je suis toujours dans la contre dépendance en ce moment, et là je trouvais ça déjà
106 vachement intéressant. Donc, ça ça me sert toujours. Parce que y'a des fois où même des
107 collègues, ils commencent à m'énerver et puis voilà il faut savoir se remettre en question.

108 **Pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité ?**

109 Oh bah les 2. Le pouvoir peut être lié au statut, je peux en avoir obligatoirement. Alors
110 l'autorité, pour moi c'est être capable de tenir une position, d'être capable de se positionner.
111 Souvent, par exemple, cas typique dans les gestions de dotation d'effectifs, par exemple moi
112 une de mes convictions c'est qu'au niveau d'un pôle, on peut avoir des mouvements inter
113 unité. L'hôpital de jour a une dotation supérieure, il doit redonner du temps au service
114 d'hospitalisation complète. Pour moi, c'est des valeurs importantes, que chaque unité ne reste
115 pas cloisonnée et que chacun redonne. Pour les équipes de l'hôpital de jour de remonter en
116 intra c'est intolérable, bon eh ben au cours d'une réunion, l'hôpital de jour devait redonner 60
117 jours, soit le cadre laisse tomber, et c'est avec la DRH qui va être obligé....ou le cadre tient sa
118 position et puis soit par exemple là, je laissais le choix aux équipes de se positionner, ou si à
119 cette date c'est moi. Et généralement on y arrive toujours, avec les équipes mais il faut être
120 capable de tenir sa position. Pour moi, avoir de l'autorité c'est ça, c'est être capable de
121 défendre une position, mais c'est aussi capable d'entendre les remarques, et de les entendre
122 parce que y'a forcément des fois où je déconne, où je suis con entre guillemets et voilà.

123 **Comment pouvez-vous recueillir les attentes de l'ensemble de l'équipe ?**

124 Ce qui est important au niveau de l'encadrement, c'est qu'il y ait au moins un temps
125 d'échange chaque semaine, avec chaque unité, que ce soit un temps je vois par exemple un
126 temps d'une demi-heure, avec le CMP, le lundi matin, avec l'Hôpital de jour le mardi, y'a
127 toujours un temps et je crois que ce qui est important c'est que l'équipe puisse s'exprimer par
128 rapport à ça, et ce qui n'est pas facile pour le cadre, c'est accepté ce que dit l'équipe. Et puis
129 maintenant ce que j'arrive à faire, mais ce que je n'arrivais pas à faire avant, c'est la
130 congruence, bon bah aujourd'hui je ne suis pas très bien, je ne suis pas de bonne humeur,
131 alors le truc qui marche très bien par rapport à ça c'est le jeu, et l'humour. Alors des fois j'ai
132 un humour un peu caustique, parce que c'est ma manière de me défendre, mais l'humour c'est
133 une arme essentielle, quand même ça sert à faire passer des choses, et puis ça sert aussi à se
134 défendre et se protéger. Bon moi, c'est la mienne, mais voilà parce que je fais avec ce que
135 j'ai.

136 **Y a-t-il d'autres rencontres ?**

137 Ouais, des rencontres individuelles autour de l'entretien d'évaluation, important. Alors moi,
138 j'ai des rencontres individuelles, généralement s'il y a un problème, s'il y a un conflit qui naît,
139 s'il y a un conflit qui est larvé, là je peux voir la personne en individuel. Ou si quelqu'un
140 m'alerte. Aussi, si je vois la personne qui n'est pas bien, à ce moment-là je vais rencontrer la
141 personne. Voilà et puis ça peut être aussi de remercier, de remercier le professionnel ça c'est
142 important.

143 **Quelles modalités ?**

144 Ils savent qu'ils peuvent venir me rencontrer. Je dis toujours avec humour et je fonctionne sur
145 la relation de confiance. Donc ce que je souhaite c'est que vous puissiez venir vers moi. Alors
146 pour certains, y'en a qui font le faire et puis pour d'autres, y'en a qui ne peuvent pas le faire.
147 Parce que là aussi tout dépendant de leur relation à l'autorité. Y'en a qui vont le faire et pour
148 d'autres c'est dur, c'est dur.

149 **Votre attention à être dans le relationnel, serait-elle liée à vos expériences en tant
150 qu'infirmier en Santé Mentale ?**

151 Si complètement, si parce qu' infirmier en santé mentale, les qualités c'est la disponibilité,
152 l'écoute, l'observation. Donc pour une équipe faut quand même être disponible, un cadre doit

153 être à l'écoute de l'équipe, c'est boire un café, c'est observer. Voilà c'est observer. Voilà 3
154 qualités que...un cadre peut mais moi j'aime pas.... c'est être directif. Il faut être au milieu, il
155 faut laisser faire, c'est être capable de se positionner, mais ce n'est pas simple, Mais....mais je
156 pense que quelqu'un qui est en Santé Mentale a cet avantage-là. Et puis avoir des repères, moi
157 y'a quelque chose que j'ai bien aimé, c'est Crozier, L'acteur et le système tout le jeu
158 d'acteurs,le changement, ce qui est difficile dans le travail du cadre, le changement tout
159 changement, mais alors tout changement, c'est énorme. Là on avait mis quelque chose, sur
160 lequel je me suis battu, et avec ma collègue on s'est battu, c'était pour mettre en place la
161 mobilité inter unités. Mais ça il a fallu l'amener, l'injecter, surtout des années avant,
162 travailler, ça c'était vachement important,

163 **Quelle mobilité ?**

164 Ouais, on avait fait une première mouture tous les 4 ans, puis on a réactualisé une autre
165 procédure il y a 2 ans, où tous les 6 mois, il y a quelqu'un de l'extra qui change avec l'intra.
166 Alors là, comment je veux...on avait posé ça comme cadre. Mais bien sûr il y a des nuances,
167 par rapport à cela. Et là, je dévie un peu, mais le cadre peut trouver sa légitimité en travaillant
168 en collaboration avec le médical. Le cadre trouve sa légitimité en travaillant avec l'équipe je
169 pense de manière participative. Mais en travaillant aussi avec le médical, le médecin. Moi je
170 travaille beaucoup avec le chef de pôle, donc ça ça donne de la légitimité. Enorme parce que
171 souvent les médecins ont tendance à rester derrière, et c'est le cadre qui gère, et donc amener
172 le médecin au contact des équipes, ça c'est génial, parce que le professionnel a besoin de la
173 reconnaissance du cadre mais il a aussi besoin de la reconnaissance du médical. Donc si le
174 cadre il est au milieu de tout ça, il amène le médical, il peut aussi amener l'administratif, le
175 DRH, le directeur des soins très bien, très important le directeur des soins, Ben voilà la
176 mayonnaise peut prendre et ça peut être vachement intéressant.

177 **Comment est réfléchi ce projet de mobilité ?**

178 Réfléchi d'emblée avec le chef de service, et réfléchi avec le directeur des soins. Voilà et puis
179 après on a fait des réunions, avec les équipes, à l'époque, c'étaient surtout les anciens qui
180 étaient sur l'intra qui ne voulaient pas.... en extra. Et puis on a réussi à mettre une première
181 procédure en place. Après y'a 2 ans, on a fait une évaluation, avec un questionnaire. Et puis
182 là, à l'aide du questionnaire, on a réussi à actualiser la procédure, avec surtout l'aide du
183 médical. Et on a fait ça dans le cadre du conseil de pôle, donc voilà encore une instance qui

184 permet d'avancer, le conseil de pôle parce que là y'a du médical, y'a du professionnel
185 soignant,

186 **Quel serait le potentiel personnel d'un cadre de santé ?**

187 Ouais, y'a un potentiel, Y'a des gens qu'ont plus de potentiel que d'autres. Alors y'a une
188 chose, je reviens à la Santé Mentale. Moi j'avais fait pendant 2 ans du psychodrame, un
189 travail personnel, un psychodrame, c'est vachement important, parce qu'aux contacts des
190 équipes, on est quand même...ça remue chez soi. Donc je pense que quelqu'un qui a déjà fait
191 un travail personnel, a déjà un avantage, parce que confronté aux équipes dans des
192 mouvements conflictuels, c'est pas facile, on peut être en défense tout de suite. Voilà alors je
193 pense que les atouts sont aussi la rigueur, la souplesse, la méthodo. La méthodo c'est hyper
194 important pour la gestion de projet. Et puis rigueur souplesse.

195 **Où se situe le cadre de santé ?, dans l'équipe, dehors ?**

196 Ah il est pas dedans, il n'est pas dedans, il est...un cadre de proximité, il est à côté, il n'est
197 pas dedans. Euh, pourquoi ? Pourquoi je dis ça ? Parce que on va tomber facilement dans
198 l'affectif, tiens je m'entends bien avec elle, elle est sympa, donc on tombe dans l'affectif et
199 tomber dans l'affectif, la distance se raccourcit, et au moment où il faudra prendre une
200 position, ça sera intenable. Parce que les acteurs en face, ils vont jouer, ils jouent là-dessus,
201 y'en a qui sont très fin pour jouer avec ça, et après y'aura plus aucun positionnement donc,
202 c'est dans l'équipe mais y'a le cadre, et l'équipe infirmière. On travaille ensemble, mais à
203 côté quoi. Honnêtement ce que j'avais retiré de l'école des cadres, j'avais retiré 2 choses,
204 c'était la gestion de la dualité entre l'affectif et la raison, et personnes ressources, c'est-à-dire
205 qu'un cadre y doit jouer avec les personnes ressources. Un cadre qui est dans la maîtrise qui
206 veut tout contrôler, et je n'irais pas demander à mon collègue, ou aux autres parce que je vais
207 montrer mes faiblesses, ce n'est pas un cadre. Donc c'est jouer, un cadre joue avec les
208 personnes ressources, c'est un chef d'orchestre, il joue avec tous les musiciens, et puis voilà.
209 C'est d'arriver aussi à trouver le compromis entre l'intérêt institutionnel et l'intérêt perso.
210 Parce que l'acteur lui, il va toujours essayer de jouer au maximum sur son terrain perso, faut
211 essayer de ramener de l'intérêt... Et puis l'outil qui est toujours délicat à gérer par rapport à
212 ça c'est le planning par exemple, le planning c'est ...un cadre qui est équitable dans la gestion
213 de son planning, le planning c'est un outil de légitimité qui est hyper important pour un
214 cadre, c'est à dire que un si c'est bien, si le cadre c'est bien gérer son planning, s'il arrive à
215 donner des plannings clairs, actualisés, s'il est équitable dans ses prises de positions, eh ben il

216 a gagné la légitimité énorme, énorme. Si le cadre est un peu pommé dans son planning, s'il est
217 perdu parce que c'est complexe en fait, eh ben il va perdre quelque chose par rapport à
218 l'équipe. Pas simple des fois, mais voilà un outil de légitimité le planning,

219 **Vous évoquez l'équité au travers du planning mais aussi au niveau du positionnement.**

220 Ouais l'équité quand il y a des propositions de postes, ou quand y'a des références possibles,
221 sur la douleur, ou sur pleins de choses. Bon essayer que le choix soit équitable quoique ce soit
222 vachement difficile. C'est de le proposer à tout le monde et que ce soit l'objet d'un consensus,
223 ce n'est pas simple, ce n'est pas simple. Parce que même là-dessus des fois je ne suis pas
224 clair, parce que quand je sais qu'il y a une personne qui est plus compétente que l'autre, et qui
225 va plus s'engager je peux être tenté, de la proposer à d'autres personnes. Donc, c'est un
226 discours un peu théorique que j'ai parce que des fois je ne fais pas comme ça, Bon mais bon
227 voilà ce n'est pas simple. Alors la légitimité, ça me fait penser, un cadre peut trouver de la
228 légitimité dans pour moi c'est important, c'est accompagner dans les projets professionnels,
229 c'est accompagner quelqu'un dans un projet professionnel, alors par exemple le projet
230 professionnel cadre. Moi, je suis diplômé depuis 1985, j'ai accompagné pas mal de
231 professionnels qui sont cadrés maintenant, et ben j'ai une certaine fierté, et eh génial quoi.
232 Ben, y'a pas que le projet cadre, y'a d'autres projets, ça c'est motivant pour un cadre.
233 D'accompagner le professionnel, parce que y'a des professionnels qu'on peut du changement,
234 qui aiment bien maîtriser, et arriver, ...euh qui n'ont pas confiance.... Et d'arriver à leur
235 donner confiance, et qui cheminent au bout de plusieurs années, ça c'est vachement motivant,
236 C'est un rôle complexe qui est difficile, c'est jamais gagné, moi ça fait 7 ans que je suis là, et
237 là, j'ai demandé à partir, donc là j'ai demandé à aller sur une maison de retraite, et ben c'est
238 un nouveau défi, et là on recommence à zéro, c'est-à-dire qu'il faut regagner la confiance de
239 l'équipe, faut rétablir le lien avec les usagers, euh, là, on repart à zéro. J'ai connu la gériatrie
240 avant, quand je suis sorti de l'école des cadres, euh donc j'y vais par intérêt quand même,
241 mais je pars à zéro, tout à zéro, et puis là je n'ai aucune recette, rien du tout, il va falloir
242 rétablir du lien, de la confiance. On repart à zéro mais c'est ça qui est motivant aussi.

243 **Je vous remercie**

8.4 Entretien D

1 **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est passée cette dernière prise de poste ?**

2 Je dirai que le préalable c'est, en première instance, de faire un bilan du service que l'on va
3 quitter et de se dire vraiment pourquoi est-ce que l'on veut passer vers un autre poste, si vous
4 voulez. Ce premier bilan, je trouve cela important car il ne faut pas aller vrai un autre poste
5 pour fuir si vous voulez, parce que quand on fuit quelque part je pense qu'on n'a pas clos une
6 activité, qu'on n'a pas clos des projets, ou autre, ça c'est important je pense. Une fois que ce
7 choix-là est fait, et qu'on a fait ce bilan-là, la décision d'aller vers autre chose, c'est vers
8 quoi ? Eh...après le bilan des expériences que l'on a fait, c'est se dire qu'est-ce que je peux
9 encore apporter ailleurs, eh...vers quoi je veux aller pour continuer à m'épanouir aussi
10 professionnellement,,et puis le fait également de se dire, qu'est-ce que je peux
11 apporter ailleurs ? Aussi bien pour les patients, que pour des équipes, en quoi je peux
12 m'inscrire dans un nouveau projet de service ? Et là il faut penser à la relation que vous allez
13 avoir avec le chef de service, et puis maintenant à l'intégration au niveau d'un pôle, étant
14 donné que ça fonctionne comme ça, Voilà. Donc, la dernière fois que j'ai postulé, c'était y'a
15 pas très longtemps, parce que y'a 3 ans. Et donc, j'ai fait mon bilan de ma dernière activité en
16 rhumatologie. Pourquoi j'ai choisi de venir en neurochirurgie par exemple, ça a été sur
17 l'attrait de la pathologie voilà. En quoi les compétences que j'avais développé avant
18 pouvaient me servir à apporter un plus pour les patients ? Mon premier regard a été pour les
19 patients, ...d'accord...Donc j'ai pris connaissance des pathologies, j'ai pris connaissance des
20 besoins des patients, en rencontrant le cadre qui exerçait ici avant, en rencontrant le chef de
21 service, en rencontrant le cadre supérieur, voilà...en me documentant aussi personnellement,
22 et après j'ai fait mon choix. Voilà comment j'ai procédé

23 **Et après quand vous êtes arrivé ici ?**

24 Alors je suis... Alors ce qui s'est passé et ça aide dans la manière, je dirai de se positionner
25 dans un service. Euh...j'ai eu un relai, que moi je n'ai pas estimé satisfaisant, d'accord parce
26 que Certes mais les choses sont comme ça, il n'est pas satisfaisant pour moi, mais en rien
27 je ne vais porter un jugement sur la personne qui m'a passé un peu...le relai, cette personne-
28 là, c'était une infirmière qui faisait fonction, et on a eu, je dirai... gros modo, une
29 matinée de relai sur les informations. Et elle, après elle, rapidement elle s'est repositionnée
30 dans l'équipe. Donc j'estime qu'il m'a manqué des informations, d'accord, et je pense que ce

31 temps-là, ce temps d'approche, vous avez besoin de comprendre aussi l'histoire du service, ça
32 c'est vraiment primordial parce que si c'est un service qui a vécu beaucoup de
33 restructurations, y'a toujours des histoires qui traînent et notamment au niveau de l'équipe,
34 par exemple, est ce que y'a des professionnels qui ont été légitimés ? Dans des services alors
35 que d'autres ont été obligés d'aller ailleurs ou d'autres sont venus d'un autre service où là
36 vous avez la recomposition de l'équipe qui est à voir, et ça ça m'a manqué d'avoir un peu
37 l'histoire du service, parce que c'est nécessaire d'avoir ça, voilà. Et bon après, je passais à un
38 service de médecine à un service de chirurgie, et là c'est pareil, il faut bien comprendre le rôle
39 et la place de chacun, et notamment de l'équipe médicale, comment est-ce que ça fonctionne
40 au niveau d'un pôle ? Quels sont les jeux, les jeux de pouvoir parce que ça existe, voilà, donc
41 je dirai qu'il faut vraiment apprendre, se donner du temps, rester dans l'observation, ça c'est
42 nécessaire, comprendre la place de chacun. Par exemple, ici, y'a une infirmière de gestion, je
43 n'avais pas du tout travaillé avec une infirmière de gestion, dans un service de médecine,
44 j'avais une prise en charge globale du patient, c'est moi qui m'occupait des problèmes
45 sociaux, et ça c'est l'infirmière de gestion qui le faisait. Ben disons ... qu'elle s'occupe des
46 problèmes de devenir, si vous voulez voilà. Et moi, ça me gênait je veux dire il faut retrouver
47 une place là, voilà, recomposer avec ça, il faut du temps, il faut du temps et ce n'est pas,... je
48 dirai il ne faut pas précipiter les choses, il faut vraiment bien comprendre comme ça
49 fonctionne, c'est vraiment nécessaire ça. Votre autre légitimité je dirai elle vient de votre
50 expérience, aussi, c'est-à-dire que....au fil du temps, moi j'ai eu une grosse expérience en
51 pédiatrie, j'ai eu une expérience en médecine. On reste toujours dans quelque chose qui est
52 plus médical et vous basculez entre guillemets vers de la chirurgie. Or je suis désolée un
53 fonctionnement de chirurgiens ce n'est pas un fonctionnement de médecins donc là c'est
54 pareil il faut apprendre à voir un petit peu comment si vous êtes...moi c'est quelque chose à
55 laquelle je tiens beaucoup c'est l'accueil du patient et mais aussi l'accueil de la famille et tout
56 ça. Les chirurgiens ont une autre approche parce que leur priorité est autre. Donc en quoi vos
57 valeurs, en quoi vos principes si vous les mettez pas en sourdine un petit peu au début, il ne
58 faut pas heurter, donc voilà, il faut y aller progressivement, et je dirai c'est votre manière de
59 faire, votre manière d'être.... au fil du temps, euh....où vous allez montrer, où les autres vont
60 dire petit à petit.... Ben oui elle fonctionne comme ça, mais ça peut être aussi un plus pour les
61 patients aussi, il ne faut pas bousculer, si vous bousculer vous allez dans le mur voilà, et petit
62 à petit votre personnalité, voilà, votre conception du soin.... bah vous le mettez en place
63 gentiment. Mais il faut du temps.

64 **Quelle est votre place en tant que cadre de santé ?**

65 D'observation, elle est nécessaire par exemple quand je suis arrivée dans le service, et ben j'ai
66 passé une journée avec les aides-soignantes, j'ai passé une journée avec les infirmières aussi
67 bien le matin, l'après-midi. Je suis venue rencontrer les équipes de nuit pour comprendre et
68 pour avoir un, je dirai, un aperçu, une observation qui m'est propre à moi parce que chaque
69 agent est unique dans une équipe et n'a pas...la même je dirai, la même manière d'être dans
70 une équipe. Y'en a qui vont beaucoup plus par exemple s'investir je ne sais dans la gestion
71 des stocks, y'en a d'autres qui vont être beaucoup plus vigilants au fonctionnement du
72 matériel et c'est ça et du coup euh.... Vous découvrez les gens aussi à travers ces observations
73 là, vous découvrez aussi dans la relation aux patients et ben bah pareil chaque patient est
74 unique, chaque soignant est unique. Donc vous voyez les gens comme ça et ça vous donne
75 une approche aussi, et je pense aussi que c'est également une reconnaissance du travail qui est
76 fait, le cadre vient à votre niveau, il vient voir comment ce que vous faites réellement et ça
77 c'estdans tous les services que j'ai fait c'est toujours une chose que j'ai faite, en plus
78 j'estime que c'est nécessaire aussi. En plus moi je passais d'un site que je connaissais
79 parfaitement bien sur un autre site et donc là il faut connaître le fonctionnement à travers le
80 fonctionnement de votre équipe, et ben de tous les services prestataires, c'est la cuisine, la
81 blanchisserie, le circuit des déchets, l'approvisionnement, la gestion de vos stocks et ainsi de
82 suite, donc c'est ça, ça c'est une manière de connaître aussi.

83 **Et comment vous définiriez votre rôle ?**

84 Alors...je dirai queje pense que....une équipe attend des choses très basiques si vous
85 voulez, c'est la gestion des plannings, ça ça a besoin d'être acquis, je veux dire, si y' a du
86 plus, s'il manque quelqu'un euh.....c'est la réactivité immédiate, là, il faut répondre, il
87 manque quelqu'un, faut pas que ça traîne, elles veulent avoir une réponse. Ça c'est sûr c'est
88 euh....comprendre leurs besoins aussi par exemple lors de la gestion des congés annuels. Faut
89 que ce soit définit, faut que les règles soient posées, faut être parfaitement équitable, une
90 équipe vous reconnaitra à ça. Si par exemple, vous avez une relation, plus spontanée je dirai,
91 avec certains que d'autres, ça ça ne passera pas, il faut vraiment que ce soit équitable. Et ça
92 c'est vraiment capital, la gestion des plannings c'est ça. Ils vont vous demander aussi
93 rapidement sur la gestion des stocks, c'est du pratique, du quotidien, ça c'est évident. S'il
94 manque quelque chose ça désorganise le service, ça les oblige à courir à gauche, à droite,
95 donc il faut que vos stocks soient bien là, mais en même temps c'est à vous de les

96 responsabiliser, aussi par rapport à ça. C'est-à-dire leur dire : Ben oui mais dites quand même
97 vous le saviez, vous voyez bien que vos stocks diminuent et vous venez me prévenir quand
98 y'a plus rien, donc c'est une manière de faire évoluer les gens professionnellement, de les
99 responsabiliser par rapport à ça, euh....c'est dans votre relation aussi euh....comment vous
100 êtes avec les patients ? Si vous restez un cadre soignant ou si vous devenez un cadre
101 administratif, c'est-à-dire si vous allez lors des transmissions, les interroger sur la prise en
102 charge exacte du patient. C'est-à-dire par exemple sur la douleur, si vous êtes interactive lors
103 des transmissions, si vous êtes là en fait, quand vous continuez dans la prise des patients,
104 quand y'a un moment difficile, soit sur l'annonce d'un diagnostic, ou sur un accompagnement
105 de fin de vie est ce que vous êtes là aussi ? Avec eux ? , euh...et du coup-là, c'est tout votre
106 savoir-être, c'est toute votre conception du soin qui est là, et que vous transmettez de toute
107 façon. Quand on vous dit ben oui, je me souviens quand j'ai quitté le précédent service, vous
108 êtes restée profondément humaine avec les patients, ben ça dénote, obligatoirement et là vous
109 ..je dirai, je dirai au niveau éthique, c'est là que vous placez votre légitimité, dans votre
110 relation.

111 **Vous parlez du cadre soignant et administratif ?**

112 Le cadre administratif serait quelqu'un qui irait très peu voir les malades, quelqu'un qui
113 n'assisterait plus aux transmissions, qui n'interrogerait plus les équipes sur leur prendre soin,
114 je pense que c'est ça.... et on peut très vite y glisser. Tout dépendant bien évidemment si vous
115 avez,... j'en sais rien, 50 patients ben je suis désolée mais vous ne pouvez pas passer tous les
116 jours dans les chambres, et aussi le nombre de soignants que vous avez ça c'est évident,
117 évident. Y'a plein de choses qui peuvent interférer, le nombre d'étages, la polyvalence du
118 service. Et tout dépend de la mission qu'on donne au cadre aussi, et ça c'est l'institution. Mais
119 en même temps, y'a des moments où vous montrez votre personnalité de toute façon ça c'est
120 évident, c'est évident, c'est euh...par exemple, il faut être très vigilant au sein d'une équipe
121 parce que là,, je dirai que, le bien-être des équipes peut être parfois très mouvant, quand y'en
122 a 1 ou 2 qui vont pas bien, là c'est pareil, quel positionnement vous avez avec ces personnes-
123 là, et du coup comment est-ce que vous l'accompagnez lui ? Et comment est-ce que vous
124 accompagnez le reste de l'équipe par rapport à la personne qui va pas bien. C'est tout ça.

125 **Nous avons évoqué les attentes envers le planning et les règles. Comment sont présentées 126 vos décisions ?**

127 Alors euh...je pars du principe que j'ai un discours que je souhaite le plus honnête possible,
128 d'accord. Un exemple là, tout simple, pour les remplacements d'été, je leur ai dressé le
129 tableau, de ce que vit l'institution là actuellement, et que par conséquent et ben, il fallait peut
130 être s'attendre à, je dirai, à ne pas avoir les effectifs en regard de ce qu'on a demandé. Je veux
131 dire ce n'est pas la peine de leurrer les gens, euh...en disant on approche de l'été ben oui mais
132 on aura personne, non. Je suis très claire, euh...lorsque le chef de service me donne des
133 informations, et bien, je valide avec lui ce que je peux dire, et c'est sans fioriture, et en plus
134 c'est écrit. C'est écrit, soit en compte rendu de réunions, ou soit dans, ce que j'appelle, ma
135 feuille de choux hebdomadaire que je me mets, de manière à ce qu'il y ait une traçabilité de ce
136 qui est écrit pour les équipes de nuit aussi, et puis parce qu'il faut se méfier évidemment des
137 rumeurs et des choses qui sont déformées. Et puis très souvent le vendredi, en mettant ma
138 feuille de chou, je prends 10 min avec elles, et je la lis. C'est le moment d'échanger. Ma
139 feuille de chou, c'est un bulletin d'informations si vous voulez, pratiquement toutes les
140 semaines. Et cette feuille-là est dans un classeur, elle tienne compte de tout, j'ai un peu près
141 tout le temps le même plan, je présente les informations institutionnelles, les informations du
142 pôle, les informations du service, les informations de l'unité, globalement.

143 **D'accord, Comment pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité auprès de vos**
144 **équipes ?**

145 Je pense que bien évidemment qu'il y a du pouvoir. Par exemple, le pouvoir je l'ai quand je fais
146 les entretiens de choix de poste,... obligatoirement. Même, si après, je fais un premier choix,
147 ce premier choix peut être remis en cause par l'institution, parce qu'il y a certaines règles qui
148 sont établies, il n'en demeure pas moins qu'au préalable c'est moi qui met un avis très
149 favorable, favorable et autre. Donc, là j'ai ce pouvoir-là. Bien évident. J'ai le pouvoir aussi
150 quand je mesure les compétences des équipes par exemple euh...pour l'encadrement des
151 étudiants, je détecte s'il y a des professionnels qui sont plus à même de partager leurs savoirs
152 que d'autres, et surtout la manière de le transmettre là j'ai ce pouvoir-là. Euh...j'ai le pouvoir
153 également, et bien...alors là est qu'on bascule dans le pouvoir ou l'autorité quand je rappelle
154 quelqu'un à la maison, parce qu'il manque quelqu'un. Euh...où mon pouvoir.....peut être
155 remis en cause, par exemple c'est quand je ne suis pas d'accord, si vous voulez et ça je les
156 vécu ici, sur le comportement d'un agent qui se retrouve protéger par l'équipe médicale. J'ai
157 rien pu faire donc vous voyez jusqu'où ça peut aller d'accord, donc là je pense que mon
158 pouvoir peut être amoindri certainement.

159 **Vous parlez des compétences des soignants, et quelles sont les compétences des cadres ?**

160 Alors, ces compétences-là, elles se développent au fil du temps, d'accord, euh...c'est pour ça
161 que c'est un changement de métier, passer de la fonction infirmière à la fonction cadre c'est
162 un changement de métier. C'est pour ça que je dirai avoir une période de faisant fonction c'est
163 nécessaire pour bien mesurer. Ensuite, vos compétences, vous allez les acquérir, parce qu'il y
164 a tellement je dirai decomment je pourrais vous dire ça...les sollicitations qui sont
165 multiples, arrivent tellement. Vous êtes en interface avec tellement, tellement de choses ...que
166 vous ne pouvez pas être compétents partout, il faut avoir cette réalité-là, je crois que...il faut
167 pas se leurrer, et puis, il y a plein de méthodologies aussi qui sont à développer, je sais pas, si
168 par exemple, ...tous les concepts que l'on peut donner à l'école des cadres et autres, ...par
169 contre, tous ces concepts-là comment je peux les transcrire dans ma pratique ? Mais ce sont
170 des choses toutes simples, sur comment préparer une réunion, comment faire un compte rendu
171 de réunion ? Euh....cerner les priorités ? Qu'est-ce que vous avez d'autres ? Et ça, par
172 exemple, vous êtes en entretien avec un agent, euh...c'est de décoder ce qui se dit mais ce qui
173 ne se dit pas et qui peut être plus important que ce qui se dit, et ça c'est l'expérience qui va
174 vous l'apprendre. On apprend tous les jours. Là, c'est l'exemple typique, vous êtes par
175 exemple, jeune diplômée, un agent va venir, vous allez prendre illico presto ce qui va vous
176 dire, avec l'expérience, vous l'écoutez dans votre petite tête, ça va remuer, et vous vous
177 direz qu'est-ce qu'elle est en train vraiment de me dire ? Qu'est ce qui se cache derrière ?
178 Mais ça c'est. Voilà, c'est le temps. Je veux dire, on est tout le temps dans la relation
179 humaine, donc on est en interface avec vous ce que vous êtes, mais avec une personne qui est
180 différente, où les attentes sont différentes, donc il faut que vous rentriez dans la réalité de
181 l'autre mais en même temps en recadrant, parce que c'est votre rôle de cadre. Donc ça, c'est
182 tout ça. Alors, des compétences, il faut l'avoir dans l'écoute, il faut l'avoir dans
183 l'organisation, il faut euh...l'avoir dans votre manière de communiquer aussi, vous pouvez
184 aussi bien communiquer par écrit parce que les écrits restent. Et quelque chose qui est mal
185 compris peut être interprété, déformé et ainsi de suite. Dans vos propos, aussi, il ne faut pas
186 semer de la rumeur, il faut vraiment asseoir ce que vous allez dire. Des compétences, aussi, il
187 faut l'avoir aussi quand vous représentez votre service, vous le représentez auprès de votre
188 cadre supérieur, auprès de votre chef service mais vous le représentez aussi quand vous êtes
189 dans une réunion institutionnelle, donc qu'est-ce que je défends à ce moment-là ? il faut de
190 pas rentrer à ce moment-là dans des choses...il faut avoir un regard objectif aussi...qui peut
191 être l'objectivité par exemple quand vous prenez un poste, quand vous êtes jeune diplômée je

192 sais pas au bout de combien de temps vous pouvez avoir assez de recul pour dire là
193 sincèrement il me manque du personnel, mais là sincèrement j'en ai trop ! Et est-ce que là le
194 trop ne devient pas plus difficile à prouver, et à aller prouver et montrer à votre équipe que
195 vous avez trop. Donc vous voyez toutes ces négociations-là s'acquièrent avec le temps. Mais
196 on négocie tout le temps quand on est cadre, vous négociez quand vous rappelez quelqu'un
197 pour venir travailler, vous négociez par exemple, quand vous estimez que y'a des travaux et
198 que vous estimez que ces travaux sont prioritaires, donc vous discutez avec la direction des
199 travaux, vous voyez on est tout le temps dans la négociation, mais ça s'apprend. Ça apprend et
200 je suis persuadée que tout nouveau cadre aurait besoin d'un tuteur, pendant au moins un an.
201 Parce que ça fait du bien d'avoir une référence, faire des analyses de pratiques, ça ne se fait
202 plus maintenant, c'est très... c'est très dommage, dommageable aussi, j'ai souvent été tuteur
203 de faisant fonction et prendre ce temps-là, quitter, voilà, ce que je disais une mission pour se
204 retrouver dans autre chose. Je pense qu'on a besoin. Parce que sincèrement, maintenant on
205 fonctionne en binôme, le fonctionnement en binôme peut marcher ou ne pas aller, y'a ça
206 aussi. Sinon vous pouvez aussi, quand on parle d'autorité et de pouvoir, rencontrer la solitude
207 du cadre là-dedans.

208 **Quels moyens avez-vous pour recueillir les attentes des équipes ?**

209 Premièrement, lorsque je les ai rencontré donc, je me suis arrangée pour connaître leur
210 parcours professionnel parce que ça vous ne l'avez pas, connaître leurs souhaits, leurs
211 souhaits d'évolution professionnelle aussi. Donc c'est là qu'intervient tout ce que ...la
212 formation. Comment les aider à asseoir leurs compétences ? Et puis bien évident y'a le
213 moment de l'évaluation annuelle, ça c'est un accompagnement aussi et puis je dirai c'est un
214 temps unique aussi, c'est un temps d'échange aussi, très souvent ce qui est très drôle c'est
215 qu'elles disent oui oui je m'inscris mais y'en a pas pour longtemps ben oui mais on y passe 1h
216 quoi, parce qu'elles parlent de ce qu'elles vivent, de ce qu'elles vivent, ...de comment elles se
217 sentent, quels regards les autres ont vers elles et quels sont leurs attentes aussi ? Donc y'a ça,
218 ça c'est un moment très particulier. Euh.....Je les ai rencontrés quand je suis arrivée et puis
219 après au cours des évaluations annuelles. Et puis il y a des moments forts auprès de l'équipe
220 où j'ai fait en sorte de les rencontrer individuellement aussi. Des tensions entre 2 agents qui
221 étaient vraiment très fortes. Du coup le reste de l'équipe l'a ressentie aussi, donc je voulais
222 vraiment...j'ai fait une rencontre individuelle.

223 **Est-ce qu'il y a des moments où vous sentez l'équipe insatisfaite ?**

224 Alors, Euh....Si vous voulez, les rencontres que j'ai avec le cadre supérieur quand elle me
225 donne des infos ou autre je leur redonne, si bien qu'elles sont autant informées que moi de ce
226 qui peut se passer, donc je l'écris comme je vous l'avais dit, là par exemple, sur les plannings,
227 j'ai des moments où pour le moment je n'ai pas de remplaçants. Donc on est au mois de mars,
228 et ça elles savent. Là par exemple je leur dis y'a 6 jours et 6 nuits en juillet, et y'en a 7 au
229 mois d'août qui ne sont pas comblés pour le moment. Donc je leur dis,....c'est pas combler,
230 ce que je crains c'est qu'on n'est pas d'intérim, donc par rapport à ça, quelle va être aussi la
231 réponse du chef de service ?,est ce qu'on fermera des lits ? Est ce qu'on fonctionnera une en
232 moins ? Voilà, je n'ai pas de réponse mais cette éventualité-là, elles la connaissent. Et on est
233 le 15 mars. C'est clair....C'est l'honnêteté

234 **Comment vous vous situez par rapport dans l'équipe soignante ?**

235 Vous ne pouvez pas être dedans,alors un cadre qui serait...elle validerait sans arrêt leurs
236 attitudes parce que de ce fait elle serait en miroir, elle serait comme elles, donc vous ne
237 pouvez pas. Après, si vous êtes comme elles, vous adoptez leurs règles, et si vous avez par
238 exemple des problèmes de comportement, ben de ce fait vous pouvez être amenée à valider ce
239 comportement, et ça ça ne peut pas, d'accord. Euh....Pour tout vous dire, y'a un jour y'a un
240 médecin qui m'a dit avant on vous appelait les surveillantes, j'ai dit ben oui on nous appelait
241 comme ça, les surveillantes. Il me fait, maintenant vous êtes passés cadre de santé. Alors je lui
242 ai répondu écoutez pour moi, veiller sur, au-dessus ou encadrer autour, c'est pareil. J'ai dit
243 moi ma notion, je dis toujours, c'est avoir une attention à une équipe pour qu'elle soigne
244 mieux les patients, donc évidemment je vais regarder au-dessus, je vais veiller sur mais je vais
245 être autour pour poser des règles.

246 **Pourquoi votre rôle est légitime auprès votre équipe ?**

247 Parce que je défends une qualité de soins, c'est ce qu'est attendu auprès des équipes, enfin,
248 elles aiment...., elles connaissent de la frustration par exemple, quand elles sentent qu'un
249 patient requière des soins, qui ne sont pas prescrit, qu'il faut faire autrement, elles gèrent cette
250 frustration-là, si moi je n'en tiens pas compte, si moi je ne veille pas à ce que, ben le patient
251 est qu'en même un minimum de ces soins-là, ben non. Bon alors la qualité des soins bien sûr ;
252 par moment on va assurer une sécurité d'accord dans un service. Voilà, tant pour les patients,
253 que pour les soignants, bien évidemment, bien évidemment. Je pense que c'est ma conception,
254 je la défends aussi à travers les valeurs que j'ai, la compétence cadre est en pleine mouvance.

255 Pour les patients, j'espère qu'on gardera cette éthique-là, je le souhaite très fort, parce que
256 voilà....

257 **Quels retours avez-vous des équipes suite à vos actions ?**

258 A partir,.... si je prends le cas d'un projet. Dans un projet, vous allez engendrer du
259 changement, qui dit changement dit appréciation, dit une autre manière de voir les choses, une
260 autre manière de travailler aussi, donc cette reconnaissance là, vous n'allez pas l'avoir aussitôt
261 c'est une fois que la peur se sera estompée. Une fois qu'elles seront....je dirai, qu'elles se
262 seront appropriées toutes ces différentes choses. Une fois, par exemple, qu'elles auront réussi
263 à transposer une formation dans leur quotidien. Par exemple, on a fait une formation sur le
264 toucher ici, donc ça y est, ça rentre et euh...il faut pas l'attendre aussitôt c'est au fil du temps
265 quoi en fait....et puis il ne faut pas l'attendre désespérément, vous ne l'aurez pas, vous
266 l'aurez pas. Par contre, c'est au moment où vous partez que toutes ces choses-là vont être
267 dites, mais sinon quelque part, ça fait partie de ce qu'elles attendent, donc du coup ça fait
268 partie d'une certaine normalité.

269 **Je vous remercie**

8.5 Entretien E

1 **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée votre dernière prise de poste ?**

2 Je suis en poste depuis 5 ans, euh, comment ça s'est déroulé ?... Je pense ce qui est important,
3 c'est déjà de comprendre comment fonctionne l'équipe, je pense qu'il y a un temps
4 d'observation, il ne faut pas qu'il soit trop, trop long, parce que faut pas donner l'impression
5 qui ne se passe rien, mais y'a un temps de l'observation de l'équipe, et du fonctionnement
6 même de l'équipe qui est important, et de définir j'ai envie de dire, son propre fonctionnement
7 vis-à-vis de l'équipe. Donc par exemple sur ma prise de poste ici, j'avais une collègue avant
8 ici qui était quelqu'un qui était tout le temps dans le contrôle, qui fonctionnait comme ça,
9 dans le contrôle permanent, des check listes, les choses étaient fermées à clefs. Moi, je ne suis
10 pas comme ça, dans un management qui n'est que dans le contrôle, je suis en partie dans le
11 participatif, donc évidemment faut que j'acquière la confiance dans mon équipe, mais une fois
12 que j'ai vérifié les choses, je fais confiance. Et c'est vrai que du coup, ça faisait un
13 changement, un changement important pour l'équipe en fait, en terme de management, donc il
14 a fallu que je définisse des règles, donc je les ai...je dirai au bout de 15 jours, 3 semaines, je
15 les réunis, et je leur ai dit voilà, voilà comment moi je vais fonctionner avec vous. Donc ça
16 était pour le management, et ça était aussi pour une chose qui est toute bête, mais c'est savoir
17 comment on s'appelle, comment on se nomme les unes et les autres. Et ça moi je pense....moi
18 où j'étais avant, on m'appelait par mon prénom, ce qui me convenait très bien, et ce qui
19 convenait à l'équipe, et qui ne posait aucun problème, ça avait été quelque chose d'évident.
20 Quand je suis arrivée ici on m'appelait par mon nom, au début personnellement ça m'a
21 perturbé. Parce que j'avais une sensation de distanciation avec l'équipe, et puis en fait...et
22 donc voilà j'en ai parlé aussi à l'équipe. Voilà moi ce que je ressens, voilà ce que j'aurai aimé,
23 plusieurs personnes m'ont dit que pour elles, ce n'était pas possible, que voilà dans leur
24 histoire, ce n'était pas possible, de passer au prénom, donc voilà on s'est mise d'accord, et
25 depuis ça ne pose aucun problème. Mais je pense qu'à un moment donné il faut définir les
26 règles de fonctionnement, d'un côté comme de l'autre, autant pour l'équipe que pour soi en
27 tant que cadre, mais ça ça peut se faire qu'après une période d'observation, de voir comment
28 fonctionne l'équipe, de comprendre aussi comment fonctionner la ou le cadre avant, pour
29 essayer aussi de se caler par rapport à ça. Y'a des agents du coup avec lesquels j'ai été plus
30 attentionnée, parce que par exemple y'avait...l'exemple le plus flagrant, c'est un agent qui
31 est hyper angoissé, et qui a besoin justement que sans arrêt qu'on le disse que son travail est

32 bien fait, et la cadre qui était avant qui n'était que dans le contrôle, du coup pour cet agent lui
33 ça lui convenait parce qu'elle validait tout ce qu'elle faisait, donc y'avait systématiquement
34 une validation de tout ce qu'elle faisait. Donc, du jour au lendemain, moi je lui ai donné de la
35 liberté d'action, et là elle était perdue, elle avait plus de repères. Donc forcément très vite, très
36 rapidement, je me suis rendue compte qu'elle ne comprenait pas comment moi je fonctionnais
37 et donc en fait j'ai été plus attentive à cet agent-là qui était manifestement en difficultés avec
38 ma façon de manager. Je lui ai expliqué que c'est pas parce que je ne faisais pas attention à
39 son travail bien au contraire donc je lui ai donné des exemples de ce qu'elle avait fait etc....
40 pour lui montrer que je me rendais très bien compte de son travail, je lui donnais aussi cette
41 liberté, cette liberté d'action et cette liberté de prendre des initiatives quand elle les jugeait
42 nécessaire, et qu'elle avait pas besoin sans cesse de venir me voir pour que je valide ses
43 prises d'initiatives. Mais voilà, c'est aussi tout ça la prise de poste, c'est aussi toute cette
44 période d'observation, et puis de calage je dirai avec l'équipe,

45 **Donc j'ai bien entendu les règles que vous avez posé par rapport à l'équipe. Mais vous**
46 **avez parlé aussi que l'équipe pouvait vous apporter son mode de fonctionnement,**

47 Son mode de fonctionnement bon voilà...le mode de fonctionnement de l'équipe ou des
48 agents, parce qu'un agent qui n'arrive pas à trouver ses marques dans le management que moi
49 j'impose, je vais voir et essayer de comprendre comme lui fonctionne, et comment on va se
50 caler ensemble, c'est ça aussi, les gens ont leur propre mode de fonctionnement, donc après ça
51 colle, ça colle pas, il faut aussi comprendre comment eux fonctionnent, et ce qui peuvent nous
52 apporter. C'est vrai que cet agent-là par exemple, même 5 ans après, je continue à le rassurer,
53 à aller peut être plus souvent lui valider ses actions qu'un autre agent qui n'a pas besoin de ça.
54 Donc c'est aussi ça voilà, je sais comment ils fonctionnent, et ce que moi je leur apporte, ce
55 qui m'apportent. Par ailleurs, c'est quelqu'un de très rigoureux, que je sais très rigoureux, que
56 je sais que si elle va devoir former du nouveaux personnels, ça ne va poser de problèmes,
57 parce qu'elle a cette rigueur, ce qu'elle peut passer en terme de connaissances. Donc je sais
58 qu'elle m'apporte ça par exemple, en contrepartie. On apprend aussi à voir ce que chaque
59 individu peut apporter, au sein de l'équipe en terme de ressources. Y'a des personnes
60 ressources dans les équipes et ça on les perçoit relativement vite. La prise de poste elle est des
61 2 côtés.

62 **Vous parlez aussi d'acquérir la confiance, comment vous avez la confiance de l'équipe ?**

63 Je ne sais pas s'il y a un moment. D'abord d'avoir la confiance de l'équipe, il faut voir
64 comment ça fonctionne, et s'assurer que le travail est fait correctement voilà. La confiance,
65 elle ne se donne pas comme ça, du jour au lendemain, il faut s'assurer aussi pour avoir
66 confiance, et s'assurer que le travail est bien fait. Après je pense qu'on a confiance quand on
67 se rend compte que le travail continue à être bien fait même quand on n'est pas là. Et je pense
68 quelque part, qu'un cadre ça doit servir à ça, comme je dis des fois, ça doit servir à rien, c'est-
69 à-dire que ça doit faire en sorte que l'unité continue à fonctionner, sans qu'il soit là, même ses
70 jours d'absence, à un moment donné, il a dû mettre en place tout ce dont l'équipe a besoin,
71 pour que ça marche quand même, même si on n'est pas là. Donc un peu quelque part, moi
72 mon ambition, c'est de servir à rien, entre guillemets, c'est de donner tous les moyens aux
73 équipes de fonctionner sans que ma présence soit indispensable. Et donc la confiance elle est
74 aussi à ce niveau-là, c'est-à-dire que même quand on n'est pas là le travail est bien fait, on n'a
75 pas besoin d'être là sans arrêt à contrôler les gens, ça ça s'acquiert aussi au fil du temps, je
76 pense que ça s'acquiert assez vite, au bout de même 15 jours, facilement on peut savoir si on
77 peut avoir confiance dans les gens ou pas, mais bon on peut des fois se tromper, la nature
78 humaine est complexe. On a un sentiment global qui se fait ou qui ne se fait pas. ...Pour
79 pouvoir servir à rien, entre guillemets, c'est qu'avant y'a eu beaucoup de travail. Tout ce
80 travail c'est par exemple des référentiels, des procédures, des organisations qui sont calées,
81 c'est avoir mis à disposition le matériel nécessaire. Donc si on veut être sûr que ça roule entre
82 guillemet, c'est qu'à un moment donné on a fait tout le travail, en amont pour que le jour où
83 y'a besoin ça marche quoi. C'est vrai qu'avant c'est beaucoup de travail. Sinon on ne vient
84 pas.

85 **Qu'est-ce qui vous a poussé vers le choix de cadre de santé ?**

86 Oui moi, j'ai choisi d'être cadre de santé. C'est sûr euh... D'un point de vue personnel, c'est
87 parce qu'aussi j'avais l'impression de ne plus progresser dans mon propre travail infirmier, et
88 en même temps, j'avais envie de créer aussi cette euh... L'équipe nous aide on ne peut pas
89 faire les choses sans elle, et créer cette espèce de lien entre l'équipe, le cadre, une espèce
90 d'équipe gagnante j'ai envie de dire, même si on est dans l'équipe sans être dans l'équipe,
91 mais quand même un binôme gagnant, il faut quand même qu'on soit un binôme gagnant, et
92 donc...enfin moi je pars de ce principe-là. C'est vrai que c'était aussi ça qui m'intéressait,
93 c'est de voir comment on arrivait à mettre en place, des binômes équipe soignante – cadre qui
94 fonctionne et qu'il y ait des relations qui se basent sur la confiance voilà. Mais la confiance ça
95 veut pas dire qu'on laisse tout faire, et comme on veut. Par moment, y'a des moments de

96 recadrage. Y'a des moments d'évaluation, même si ce n'est pas de l'évaluation directe avec
97 une check liste. Moi, quand je vais voir des personnes de mon équipe, pour discuter, de
98 n'importe quel sujet par exemple des repas, je peux aller les voir pendant qu'elles font le
99 ménage, et là quelque part je valide et j'évalue la qualité du ménage qu'elles font, c'est-à-dire
100 que moi je suis capable de dire que le ménage est fait sous les lits, que le ménage est fait au-
101 dessus des barres de lumières parce que je les constatais. Et je vais volontairement, à ces
102 moments-là, au moment où elles font le ménage, parce que je fais du contrôle. Mais sans pour
103 autant qu'elles le ressentent comme quelque chose de contraignant. Mais je sais aussi le dire
104 de temps en temps, je sais que votre ménage est bien fait parce que je vous ai vu. Je sais que
105 vous faites le ménage sous les lits, je sais que vous faites le ménage au-dessus des lumières,
106 Donc voilà on n'a pas pour autant besoin d'avoir une check liste et d'aller systématiquement
107 tous les jours vérifier que les choses soient faites, mais de temps en temps bien entendu qu'il
108 faut ce contrôle-là, il doit être un peu continu. Moi je trouve que c'est ce qu'il y a de mieux.
109 Et les gens le ressentent assez vite, moi y'me dissent de toute façon, vous savez ce qui se
110 passe même si vous en avez pas l'air. Ça c'est des paroles qui m'ont été dites par exemple,
111 voilà, ils se rendent compte rapidement, C'est ça qui est intéressant dans le métier de cadre,
112 c'est de trouver ces stratégies là.

113 **Vous avez évoqué votre place dans l'équipe, le cadre se situe où ?**

114 Moi je pense que les équipes ont leur propre vie d'équipe soignante dans laquelle je ne suis
115 pas toujours. C'est-à-dire qu'elles font des sorties entre elles auxquelles je n'assiste pas, et je
116 trouve ça normal, parce qu'une équipe a besoin de vivre pour elle-même. Par contre, dans le
117 quotidien, je me sens vraiment intégrée dans cette équipe-là, c'est-à-dire que c'est l'équipe
118 dans laquelle je travaille, on va ensemble...on mène nos projets ensemble, je ne suis pas moi
119 d'un côté avec mon petit projet et elles de l'autre, sans savoir ce qu'il en est. On est une
120 équipe, quand on est dans les projets ensemble, quand on est dans l'organisation soignante. Là
121 on est vraiment une équipe puisqu'il faut ...on est une équipe à disposition du patient.
122 Maintenant y'a quand même une hiérarchie qui est là, et queelles ont aussi leur propre
123 besoin de se détendre par moment sans que je sois présente, parce que c'est leur part de
124 liberté, j'ai envie de dire, il faut distinguer les 2 tout ce qui est purement soin c'est normal que
125 je participe aux projets, mais je ne participe pas au soin du tout, je ne rentre pas dans les soins,
126 ça se fait je sais qu'il y a des collègues qui le font, mais moi je le fais pas. Je suis plus là, je ne
127 suis plus là-dedans et puis je ne saurais même plus opérationnelle en tant qu'infirmière ça
128 c'est certain, Mais après ça m'arrive très exceptionnellement de donner un coup de main pour

129 pousser un lit, pour au pire faire un lit, ou des choses comme ça mais ça reste vraiment
130 exceptionnel, c'est très exceptionnel ça m'arrive peut être 2 fois par an. Je suis dans autres
131 choses, elles ne me font pas mon travail, je ne fais pas leur travail non plus. Par contre, c'est
132 vrai, j'ai envie de dire je suis le guide, je donne l'impulsion et puis voilà, je donne la
133 dynamique et puis après on y va ensemble normalement,

134 **Vous avez parlé de cadrage, comment ça se passe ?**

135 C'est quand justement il peut y avoir...par exemple quelqu'un qui a une attitude pas adaptée,
136 que ce soit envers ses collègues, envers moi, envers les patients, donc là je prends la personne,
137 et on fait le point sur l'attitude, comprendre pourquoi il s'est passé ça ? Pourquoi ça s'est-il
138 passé comme ça ? Et éventuellement je refixe les règles, et le cadre de l'action, c'est aussi ça,
139 c'est notre rôle aussi, il faut parfois refixer les règles, parce que les gens aussi les oublient
140 parfois, et se laissent emporter par l'autre propre nature j'ai envie de dire. Donc ça, si on veut
141 que l'équipe ait confiance en nous, il faut aussi qu'elle sente qu'il y est une ligne de conduite,
142 qui est quand même menée. Un cadre qui laisse tout faire, tout le temps, ça peut pas aller,
143 j'estime que ça peut pas aller, derrière on n'aura pas le respect non plus de l'équipe. Moi j'ai
144 vu avoir un entretien très difficile avec un agent, parce que vraiment j'estimais que le fait était
145 grave, et que j'ai eu des mots durs, 6 mois après cet agent-là m'a remercié en me disant vous
146 aviez raison, je faisais n'importe quoi, je ne m'attends pas à ce qu'il me remercie. J'ai
147 vraiment été très surprise, je ne l'ai pas fait par plaisir. Je ne le fais pas souvent, mais y'a des
148 moments où c'est utile, et important, et le reste de l'équipe le sent bien aussi et ça refixe le
149 cadre pour tout le monde. Ils savent qu'il y a un commandant, dans l'avion ou dans le navire,
150 je ne sais pas. C'est important aussi je pense.

151 **Est-ce que vous pouvez avoir du pouvoir, de l'autorité ?**

152 Le pouvoir, la fonction nous en donne, voilà, le fait qu'on est...qu'on soit...on a un pouvoir
153 hiérarchique. L'autorité après c'est plus quelque chose qu'on acquiert. L'autorité, on
154 l'acquiert avec notre....Je sais pas si de l'autorité ou du positionnement, je suis plus très au
155 clair avec tout ça,voilà, je pense que c'est quelque chose qu'on acquiert avec notre
156 pratique, et qu'on nous reconnaît ou qu'on nous reconnaît pas. Il faut en avoir à bon escient
157 maintenant faut pas rentrer dans l'autoritarisme. C'est toujours la difficulté, le pouvoir c'est
158 pareil, c'est vrai que notre fonction nous en donne, ça c'est sûr, maintenant c'est aussi à
159 utiliser avec beaucoup de précautions, ceci étant on l'a, il ne faut pas le nier. Bon aussi le
160 pouvoir du cadre de santé à l'hôpital aujourd'hui, il est relativement restreint, parce qu'on a

161 quand même beaucoup de la hiérarchie autour de nous, avec un pouvoir d'action qui est
162 relativement limité. Ça on en a un c'est sûr.

163 **Est-ce que vous avez du pouvoir que vous recadrez quelqu'un ?**

164 Oui bien sûr j'ai cette légitimité-là, ma fonction me donne cette légitimité-là.

165 **Connaissez-vous les attentes des soignants ?**

166 C'est un peu ce qu'on avait défini au départ, quand je dis qu'on avait défini les règles. C'était
167 aussi ça de savoir ce que eux attendait de leur cadre ? Est ce qu'ils souhaitaient que je
168 continue à tout contrôler, comme avant ? De quoi ils avaient envie ? Est ce qu'ils se sentaient
169 capables d'avoir une certaine autonomie dans leur fonctionnement ? Est-ce qu'il avait envie
170 de ça ? Parce que ce n'est pas simple non plus, parfois de prendre de l'autonomie dans son
171 fonctionnement. Donc c'était aussi ça. Donc, c'est pour ça aussi que je dis que c'est important
172 de se mettre d'accord avec l'équipe, sur les envies de chacun, j'ai envie de dire. Mais bon
173 après il faut...il faut recadrer tout ça des fois parce que parfois ce n'est pas toujours faisable.
174 Il y a parfois des choses infaisables mais je pense que globalement, enfin en tout cas dans moi
175 ce que je vis, les gens apprécient qu'on ait confiance en eux, mais tout en sachant qu'il y a un
176 contrôle de leur travail, Parce que faut aussi dire aux gens quand ils travaillent bien, c'est
177 important. Le contrôle, ce n'est pas que dans le mauvais sens, et ce n'est pas que dans le sens
178 de la sanction. Ah ben, oui c'est dire aussi l'autre jour, j'ai vu que vous aviez fait ça, ça veut
179 dire qu'on a contrôlé voilà, et c'est bien, et je vous remercie de l'avoir fait. Voilà c'est aussi
180 de la reconnaissance du travail, le contrôle ça sert aussi à ça, à reconnaître le travail qui a été
181 effectué. Donc ça, les équipes attendent ça aussi, qu'on reconnaisse leur travail, et ça c'est
182 vrai qu'à chaque fois, ou quand une personne vient en remplacement, elle a peut être changé
183 d'horaires, elle arrive dans une équipe qu'elle ne connaît pas, systématiquement je vais
184 remercier cette personne d'être venue, de travailler ce jour-là. Parce que ça nous rend service,
185 et que ben même si elle ne connaît pas le service, elle va peut-être être moins à l'aise que le
186 personnel du service habitué, n'empêche que ce jour-là, elle nous rend service. C'est aussi ça,
187 c'est reconnaître le travail des gens. Donc je pense que ça, les équipes apprécient ça. Donc ils
188 s'aperçoivent en même temps qu'on sait ce qu'ils ont fait, on reconnaît ce qu'ils ont fait, et
189 valoriser ce qui est fait. Et quand y'a une erreur qui est faite, parfois y'a des erreurs qui sont
190 faites, c'est se dire voilà, oui y'a une erreur qui a été faite et pourquoi ? Et du coup, c'est
191 analyser la pratique, pourquoi c'est arrivé ? Et comment va-t-on faire ensemble pour que ça
192 ne se reproduise pas ? Et ça, bon y'a aussi des erreurs individuelles mais là c'est autre chose.

193 Globalement, c'est du aussi à des problèmes d'organisations, les organisations sont pas si bien
194 calées. Donc du coup ça sert à rien de stigmatiser forcément une personne, mais peut être de
195 retravailler, de revoir nos organisations. Ou quand y'a des réorganisations de service comme
196 nous avons eu au mois de mai, c'est aussi travailler avec les équipes, c'est aussi leur
197 demander leurs idées. Tout en, toujours, fixant le cadre. C'est-à-dire, dire voilà aujourd'hui,
198 on va faire ça, mais on ne va pas aller sur ce plan-là parce que ce n'est pas le moment ou ce
199 n'est pas l'heure, ou on peut plus parce que voilà... Il a été décidé que et que c'est comme ça
200 et pas autrement, toujours avec un cadre bien défini au démarrage. Mais...inclure les équipes
201 et être dans leur reconnaissance de leur travail, et de leur reconnaissance de leurs idées aussi,
202 parce que souvent ils ont de très bonnes idées l'équipe. Voilà, je pense que c'est quelque
203 chose qu'ils apprécient, et ils apprécient de travailler dans ce sens-là.

204 **Comment sont présentées les décisions aux équipes ?**

205 Bon bah là nous on a eu le cas y'a pas longtemps, puisqu'on a restructuré au mois de mai, j'ai
206 eu une grosse diminution d'effectifs, avec laquelle je n'étais pas d'accord à la base, mais bon
207 voilà ça était décidé comme ça, donc il a fallu faire avec. Donc en fait, moi j'ai été assez dans
208 la transparence, c'est-à-dire j'ai dit aux équipes voilà, la direction a décidé que, cette décision
209 là on ne reviendra pas là-dessus, qu'on soit d'accord, pas d'accord, ça n'est pas le problème,
210 aujourd'hui c'est comme ça, il faut qu'on trouve des solutions ensemble, et on va travailler là-
211 dessus. Donc quand je disais de refixer le cadre, c'est ça. C'est à un moment donné, dire
212 d'accord, il faut écouter la plainte, euh, les gens avaient raison de se plaindre, moi j'estimais
213 que les gens avaient raison de se plaindre, j'étais moi-même d'accord avec cette plainte. Bon
214 y'a le temps de la plainte, j'ai envie de dire, et puis y'a à un moment donné il faut arrêter cette
215 plainte là pour se dire qu'est-ce qu'on reconstruit à partir de ça. Mais quand je fais une
216 réunion dans ce cadre-là, je redis bien oui, je sais que c'est dur, oui je sais que vous n'êtes pas
217 d'accord, ceci étant c'est comme ça, qu'est-ce qu'on en fait maintenant ? Quelles sont vos
218 idées ? Et puis bon, si ça a du mal à démarrer, j'en donne 1 ou 2, parce que j'y ai réfléchi
219 avant, en même temps je préfères partir de ce qu'elles disent elles, ce qui est souvent les ¾
220 du temps ce que je pensais moi, c'est la même chose pas la même que les laisser amener leurs
221 idées que si c'est moi qui les imposent, sauf si vraiment, elles ne trouvent pas la solution,
222 c'est les amener peut être à la trouver, autrement voilà, j'essaye de partir de leurs propres
223 propositions. Mais voilà, moi, c'est comme ça que je fais. Je trouve que ça a relativement bien
224 fonctionné. Mais bon après je ne dis pas que ça marche à tous les coups.

225 **Connaissez-vous d'autres expressions de résistances ou d'insatisfactions ?**

226 Si je vois quelqu'un en difficultés, je sais pas si c'est le terme, mais bon voilà, quelque chose
227 qui ne colle pas entre guillemets. Moi souvent ce que je fais, je questionne un peu ses
228 collègues pour voir si elles sont au courant. Il peut y avoir une situation familiale un peu
229 compliquée qui fait qu'à ce moment-là, la personne n'est pas en forme, et voilà et ça se
230 ressent dans son attitude, ou alors ce que je fais, c'est que j'attends de me trouver à un
231 moment donné entre guillemets seule avec l'agent. Voilà quand on se retrouve ensemble eh
232 ben, à ce moment-là, je lui dis..., je lui dis je vous trouve pas en forme en ce moment, est ce
233 que y'a quelque chose qui vous tracasse ? Est-ce que c'est au niveau du travail ? Si la
234 personne me dit non c'est au niveau personnel, bon bah voilà je n'insiste pas, sauf si
235 éventuellement ça a une répercussion sur le travail, Là, je peux lui dire, oui en effet... si
236 vraiment ça a une répercussion sur le travail, là je vais quand même lui en parler. Maintenant,
237 si c'est très personnel, et que c'est juste parce que la personne est triste, et que dans son
238 travail quotidien ça n'a pas d'impact, ben je lui souhaite bon courage, et puis je m'éclipse et
239 j'insiste pas, et voilà... Enfin, je lui demande si elle a de la ressource dans son entourage si
240 elle peut se faire aider si des fois y'a des difficultés, mais moi je ne rentre pas plus que ça là-
241 dedans. Si la personne a envie de venir m'en parler, elle viendra m'en parler. Mais voilà, je lui
242 laisse cette possibilité là quand même, je dis toujours aux gens qu'ils peuvent venir me voir
243 s'ils ont besoin d'aide. Maintenant je n'ai pas à rentrer dans leur problématique personnelle, si
244 ça n'a pas d'impact sur le travail.

245 **Quels sont les moments où vous êtes présentes avec l'équipe ?**

246 J'ai de moments un peu systématiques, comme tous les matins, je vais voir les infirmières, je
247 vois un peu aussi pour évaluer le charge de travail, un peu l'ambiance aussi. Donc je vois
248 l'équipe infirmière et l'équipe aides-soignantes, et je dis bonjour aux équipes parce que c'est
249 aussi un moment...là on ressent très bien les choses, on sent si les gens sont en forme, pas en
250 forme, si y'a beaucoup de travail, la charge de travail est correcte. La prise de contact le
251 matin, je pense qu'elle est très importante, et puis voilà dire qu'on est là. Et je vais voir aussi
252 systématiquement l'infirmière de programmation comme elle est un peu isolée, dans son rôle
253 du fait qu'elle est un bureau, un petit peu à part, loin des autres, il ne faut pas l'oublier, j'ai
254 envie de dire, donc je fais l'effort d'aller la voir. Après dans la journée, je n'ai pas de
255 moments précis, je n'ai pas de temps définis, où je vais systématiquement les voir. Euh, c'est
256 plus à l'occasion d'une information que j'ai à passer, ou dans l'après-midi je vais voir si tout

257 va bien, s'il y'a pas de difficultés, s'il y'a des soucis. Et avant de partir le soir,
258 systématiquement, je passe aussi, enfin dire au revoir. Dans la journée même, je n'ai pas de
259 temps spécifiques.

260 **Comment définissez-vous votre positionnement ?**

261 J'essaye d'être dans cet équilibre qui est très difficile, à la fois de laisser de la liberté et de
262 l'initiative aux équipes, et en même temps de ne pas être dans le laxisme. J'ai envie de dire,
263 dans le laisser tout faire et le non contrôle absolu, je pense que c'est une erreur. Il faut trouver
264 ce juste milieu entre les 2 justement, où à la fois, on est dans le contrôle, on contrôle la qualité
265 de ce qui est fait, pour avoir confiance justement dans les gens, et même temps, ils ont
266 justement cette part d'initiatives, qu'ils peuvent prendre. Par contre quand ils en
267 prennent,...c'est arrivé....elles disent ben voilà hier, on a fait telle chose, telle chose, parce
268 qu'à un moment donné elles savent qu'il faut me rendre compte aussi, parce que je suis quand
269 même garante de ce qui se passe dans le service. C'est pareil, je leur ai dit s'il arrive...s'il y a
270 un problème, ou si elles font une erreur, à ce moment-là je leur dit il faut me dire. Parce
271 qu'ensemble on trouvera, on cherchera des solutions, parce que de toute façon à un moment
272 donné, je vais l'apprendre, les choses finissent toujours par se savoir, donc je leur ai dit que je
273 voulais l'apprendre en direct d'elles-mêmes, plutôt que de l'apprendre par circuit secondaire,
274 et avec une déformation éventuellement de ce qui c'est vraiment passé sur le moment parce
275 que des fois ça prend un peu de temps, et les souvenirs ou les propos sont déformés. Donc
276 c'est aussi ça, c'est trouver cet équilibre, entre la confiance, le contrôle, l'autonomie des
277 équipes. Euh donc c'est un équilibre que n'est pas facile. Euh y'a des fois je me trompe, des
278 fois je ne suis pas assez dans le contrôle, trop dans l'autorité je ne pense pas, mais bon c'est
279 peut être un tort parfois aussi, je ne sais pas. On parle beaucoup du management participatif,
280 mais ce n'est pas complètement participatif parce que le management participatif, c'est un peu
281 dangereux, j'ai envie de dire, ça part un peu dans tous les sens, donc il faut cette part de
282 contrôle quand même.

283 **Pourquoi votre rôle vous semble-t-il légitimé ?**

284 Il me semble légitime, alors parce qu'elles me le renvoient des fois, y'a le retour des équipes,
285 elles disent ouais quand vous n'êtes pas là, c'est moins bien quand même. Bon là ça me
286 légitime dans mon rôle, on aime bien ça. Ben moi, j'aime bien ça, ça fait du bien des fois de
287 s'entendre dire quand vous n'êtes pas là, ce n'est quand même pas pareil, ce n'est pas si bien,
288 donc ça nous légitime. Et puis je pense quand on voit que les projets avancent, ça nous

289 légitimes nous en tout cas, moi ça me légitime dans ce que je fais, on se dit bon bah là j'y suis
290 arrivée, on a réussi à avancer sur ce projet-là, on a réussi à mettre ça en place, donc je sers à
291 quelque chose, ça me légitime dans mon propre rôle, quand il y a des réussites, mais bon
292 même s'il y a des échecs, bon bah j'essaye de me dire la prochaine fois je ferais
293 différemment, pour me repositionner justement. Mais je pense que la légitimité elle vient des
294 2 côtes, dans les équipes, c'est-à-dire qu'il y a cette reconnaissance des équipes, mais pour
295 avoir cette reconnaissance des équipes, il faut que soi-même on est reconnu l'équipe en tant
296 que telle, et le travail de l'équipe en tant que tel. Donc je pense que c'est vraiment du
297 donnant-donnant, le travail de cadre avec les équipes faut être dans le donnant-donnant, mais
298 tout en ayant cette autorité, à minima qu'il faut avoir, et le pouvoir qu'on a de toute façon,

299 **Je vous remercie.**

8.6 Entretien F

1 **Comment s'est déroulée votre prise de poste ?**

2 D'accord et bien comme cadre de santé, j'ai fait faisant fonction dans un service d'endoscopie
3 pluridisciplinaire et là j'avais eu l'occasion de mettre en place ce service-là, donc ça s'est
4 imposé en soi. Ensuite, j'ai été cadre dans un service d'hépatogastro et d'endoscopie
5 pluridisciplinaire, les deux. Donc, tout ça c'était dans le Nord, dans un hôpital à
6 Calais... Ensuite, j'ai été cadre en réanimation euh, ensuite j'ai pris une disponibilité, enfin un
7 détachement de l'hôpital pour exercer comme formateur à l'hôpital donc j'ai fait 3 ans de
8 formation. Après je,.... j'ai assuré la direction de ce service de formation et après donc là je
9 suis ici sur une mutation donc depuis 4 mois dans ce service de médecine.

10 **Donc, comment ça s'est passé votre prise de poste dans ce service ?**

11 Bah tout dépend comment on,.... enfin, quelles sont les missions qu'on s'attribue aussi comme
12 cadre. Si on est avec une vision de super infirmière, c'est difficile d'avoir de la légitimité me
13 semble-t-il. Maintenant, si on a dans ça, ... Si ces missions sont bien de l'ordre de
14 l'encadrement d'une équipe, de la gestion, de l'organisation, d'assurer la sécurité du patient
15 euh,.... La posture ne sera pas la même, mais c'est vrai que moi je ne me suis jamais
16 positionnée comme pouvoir, comme ayant pour mission d'assurer une mission infirmière en
17 même temps.... Peut être qu'après de l'équipe, il n'y aura pas de souci, puisque je veux dire
18 que, on va être reconnu comme ayant les compétences euh, du service en question, les
19 compétences attendues d'une infirmière du service en question. Euh, ce n'est pas pour autant
20 qu'on assurera ces missions de cadre euh. Je veux dire ce n'est pas les mêmes missions.

21 **Pouvez-vous me préciser vos rôles dans ce service ?**

22 Moi, j'ai toujours fonctionné avec une dynamique de projet c'est-à-dire à partir d'une analyse
23 euh, d'une situation initiale, c'est-à-dire à la prise de fonctions, analyser euh, bah toutes les
24 missions qui incombent au cadre et en analysant ces missions-là, de faire une présentation à
25 l'équipe et ensuite une projection vers un projet pour que tout le monde s'y retrouve quoi.
26 Donc, c'est la formalisation euh, avec l'équipe du projet de l'équipe qui pour moi m'a permis
27 de légitimer mon poste.

28 **Alors comment ça s'est concrétisé la formalisation ?**

29 Bah c'est un projet écrit en équipe, présenté à tous, c'est-à-dire l'analyse elle est écrite euh au
30 cours d'une réunion d'équipe. Elle est euh, elle est visualisée, argumentée et fait l'objet d'une
31 discussion et ensuite euh, le projet bah il se construit et donc on écrit un projet pour une année
32 euh, et qui est reconduit ou pas reconduit selon le bilan de l'année avec des groupes de travail
33 qui se mettent en place à partir de cette analyse et de ce projet formalisé.

34 **D'accord Quels étaient pour vous vos souhaits de vous orienter vers la profession de**
35 **cadre de santé ?**

36 C'est la prise de responsabilité euh qui s'est imposée d'elle-même. Je me suis jamais posée la
37 question en fait. C'était presque une évidence mais forcément j'avais déjà mis en place tout
38 un projet d'un service complet, complexe donc je ne me voyais pas avoir un cadre qui allait
39 prendre une place qui quelque part euh... Bah oui. Donc ça s'est imposé ... Bon après, ce qu'il
40 y a aussi, c'est que moi, ma situation familiale me le permettait aussi. C'est à dire que les
41 enfants en grandissant, c'est plus facile de s'organiser, parce que les écoles de cadre, elles
42 sont rarement à notre porte donc ça veut dire qu'il faut faire les déplacements, il faut se
43 préparer dans la tête et voilà.

44 **Quelles seraient les compétences nécessaires ?**

45 Oh, il y a des infirmières que l'on pressent plus que d'autres manifestement, des infirmières
46 qui sont plus, plus questionnantes certainement, qui ont un esprit d'analyse et de synthèse euh,
47 qui ont cette capacité d'avancer vers une démarche qualité. Voilà qui aiment les
48 responsabilités, l'engagement professionnel. Des capacités oui. Et puis l'enseignement des
49 apports. Déjà, oui dans le management de l'équipe avec euh, notamment la maîtrise de la...,
50 de préparer un support pour les présentations en équipe. Oui la dynamique de groupe
51 certainement et puis après c'est l'enrichissement des lectures hein, euh, c'est la capacité de
52 prise de recul aussi, l'analyse de pratique également. La démarche projet, en fait, c'est
53 quelque chose qu'on voit déjà en amont hein puisque la préparation du concours on est déjà
54 dans une démarche projet donc c'est quelque chose qui m'a toujours resservi et après c'est
55 vrai qu'on avait retravaillé le projet dans le cadre de la formation cadre donc c'est des outils
56 qui m'ont toujours servi.

57 **Si vous faites votre bilan de vos 4 mois passés ici. Qu'est-ce qui vous a permis de prendre**
58 **vos postes ?**

59 Bah là, je dois dire que la cadre qui était là avant moi avait développé et mis en place, je veux
60 dire un fonctionnement qui est déjà cohérent donc ça aide. Ce n'était vraiment pas le bazar
61 quand je suis arrivée donc ça a été facile. Maintenant ce qui aide c'est peut être justement les
62 multiples expériences parce qu'il faut une adaptation très importante quand on prend cette
63 fonction. Il faut savoir s'adapter en fait. Euh et il faut avoir un esprit très analytique et très
64 synthétique à la fois et donc la multiplicité de mes prises de postes peut être m'ont aidé donc
65 euh...Je vais peut-être aller à contrario mais je pense quand même qu'on est dans un métier
66 humain avec une dimension humaine extrêmement importante et pour moi, la première chose,
67 c'est essayer de gagner la confiance d'une équipe et donc, tant qu'on n'a pas gagné cette
68 confiance, ce sera impossible de rentrer en relation avec eux et de travailler avec eux. Bah, ce
69 n'est pas instantané justement. C'est dans le dialogue. Le dialogue est important. C'est-à-dire
70 se faire réexpliquer quand on n'a pas compris l'objet d'une demande et ensuite de pouvoir la
71 satisfaire ou ne pas la satisfaire. Mais si on ne peut pas les satisfaire, il faut savoir s'en
72 expliquer.

73 **... Et pourquoi vous m'avez dit au début que vous alliez être à contrario ?**

74 Bah non parce qu'en fait, ce n'est pas, c'est quelque chose qui est assez subjectif et donc euh
75 bah ça, ça se protocolise pas et c'est en cela que je dis que ce serait facile s'il suffisait de
76 prendre sa liste en disant voilà, il faut faire ci, il faut faire ça. Euh tout ce que j'ai vécu moi, je
77 l'ai vécu dans une dimension humaine mais c'est peut être aussi moi qui accorde une
78 dimension humaine importante à ma fonction et donc bah c'est, quand Crozier dit que
79 l'homme est imprévisible, je pense qu'il est vraiment imprévisible. Y'a quelque fois des
80 réunions d'équipes où on attend du monde et y'a personne. D'autres réunions où on se dit
81 « tiens ça va les motiver » et puis c'est l'inverse et donc bah il faut aussi accepter ça. Cette
82 imprévisibilité-là dans l'humain bah c'est tout, c'est comme ça. Pour les réunions, Bah je ne
83 sais pas, bah j'en ai faite plusieurs. Y'en a qui ont été très vite avec une adhésion, d'autres qui
84 avaient été sollicitées par l'équipe notamment sur bah,... dans le cadre, elles ont bien compris
85 que j'étais formatrice avant donc elles voulaient que je réexplique la réforme de la formation
86 infirmière que j'ai fait sauf que y'avait très peu de monde. Il ne faut pas attribuer ça au fait
87 que ça les intéresse pas. J pense qu'il n'est pas,... juger ça, ce n'est pas trop ce qui va faire
88 avancer les choses. J'ai fait avec les personnes qui étaient là. Ça viendra en temps et en heure
89 quand elles en auront besoin. Ça ne nous empêchera pas de mettre un groupe de travail
90 derrière et puis d'avancer aussi sur les missions d'encadrement des étudiants voilà.

91 **Quelles sont vos priorités dans votre management ?**

92 Bah moi, j'aime le travail dans l'anticipation donc c'est effectivement,... . Déjà de savoir se
93 projeter, c'est-à-dire dans l'organisation et puis les équipes de toute façon sont extrêmement
94 demandeuses. Ne serait-ce que pour leur planning donc que tout soit préparé très en amont
95 euh que je ne sais pas.... Là l'équipe de nuit-là, tout est fait jusqu'à la fin de l'année euh.
96 Donc ce travail par anticipation rassure, permet de fait, d'avoir un petit peu plus de maîtrise
97 des situations hein, de savoir qu'on va avoir tant de postes vacants, qu'on va avoir un congé
98 maternité qui va durer tant de temps, que il va falloir intégrer là les plans de formation donc
99 tout ça, ça permet de planifier. Donc ça, c'est à mon avis un rôle important cette planification
100 au niveau des ressources humaines même si je déteste le mot....Bah parce qu'un homme
101 n'est pas une ressource mais bonBah je sais pas, je n'ai pas trouvé de mot mais...

102 **Quelles sont les attentes de l'équipe soignante envers le cadre de santé ?**

103 La grande partie des sollicitations relève de la planification du travail euh, au niveau des
104 horaires, au niveau des congés euh oui bah maintenant bah après c'est de l'organisationnel
105 aussi matériel de, d'améliorer donc les conditions de travail. Ça va être d'avoir un téléphone
106 en plus, d'avoir du rangement supplémentaire, d'avoir euh du matériel pour les patients, qui
107 apportent du confort aux patients. Ça va être euh, ça passe beaucoup par du matériel....

108 **Comment définiriez-vous votre place dans l'équipe soignante ? Dedans, dehors.**

109 Plutôt à côté. Pas dedans. Pas dedans parce qu'une équipe ça vit indépendamment du cadre
110 même par contre euh, euh, j'ai connu aussi des cadres qui ne passaient du tout auprès d'une
111 équipe euh c'est-à-dire c'est quand on rentre dans une pièce et tout le monde se tait. C'est
112 assez significatif hein donc euh là, on n'est pas à côté, on est en dehors donc le tout, enfin
113 pour moi, je le vois plus à côté mais ça peut être avec Mais en tout cas c'est pas dedans
114 euh L'équipe va vivre indépendamment parce qu'ils vivent à des rythmes qui sont pas les
115 nôtres forcément hein. Ils vivent des fusions que nous on ne vit pas hein et de ce fait euh, s'ils
116 organisent une sortie, ils vont le faire de toute façon indépendamment de nous. Oui enfin
117 dehors. Bah à côté, ce n'est pas, ce ne serait pas tout à fait juste en périphérie il faut, il doit
118 être...Je sais pas si, à mon avis, elle est quand même un peu mouvante cette place. Elle ne
119 peut pas être figée en fait. A mon avis, elle est assez mouvante euh, elle n'est pas centrale
120 mais elle doit pouvoir bouger, elle doit pouvoir euh...Je ne sais pas si ce n'est pas lié à son
121 être propre, à sa façon d'être euh. Pour moi la déjà, quand on prend euh ses fonctions, y'a

122 plein de codes hein comme dans tout phénomène de groupes, y'a plein de codes, d'habitudes,
123 donc il faut déjà décoder tout ça pour respecter ces codes de groupe. Une fois qu'on a compris
124 les codes du groupe, euh, ça va être tant le petit café à quelle heure ça se prend, quelles sont
125 les habitudes du service. Une fois qu'on a tout décodé, après on peut, euh, je veux dire
126 s'espérer, ça, c'est une question de confiance, c'est-à-dire pouvoir participer et prendre un
127 café tout simplement avec eux si c'est possible mais euh si on n'a pas décodé ça, on n'aura
128 jamais notre place à l'intérieur de l'équipe hein. Donc on peut être à l'intérieur mais ça,
129 quelque fois volontairement il faut aussi savoir être à l'extérieur...Donc moi je la vois pas
130 figée la place non. Oui bah oui parce que bah quand y'a beaucoup de travail, ce n'est pas la
131 peine d'aller demander une réunion ou du temps. La priorité ça sera le travail hein. Donc, il
132 faut toujours s'adapter aux situations, tous les jours....

133 **Pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité ?**

134 Moi, je n'ai jamais pensé qu'on avait du pouvoir hein mais il y a un pouvoir administratif, un
135 pouvoir médical. Ça, c'est une certitude...Pour moi, non. Si un cadre imagine qu'il a un
136 pouvoir, à mon avis, il n'est pas, il va forcément décevoir. Pour moi, y'en a que 2. Y'en a un
137 pouvoir administratif et un pouvoir médical, donc faut savoir où on se situe. Si on est plus
138 côté médical ou si on est plus côté administratif et si l'équipe nous voit uniquement sous la
139 casquette administrative, ce n'est pas forcément euh, je veux dire satisfaisant, parce qu'on
140 n'arrivera pas à avoir l'adhésion. L'adhésion, il nous faut une équipe médicale, une équipe
141 paramédicale et une administration qui fonctionnent ensemble. Donc c'est quand on aura
142 trouvé l'interaction entre tout ça qu'on arrivera à trouver sa place et emmener tout le monde
143 vers où on veut aller.

144 **Quelle est la place de votre parole ?**

145 Je mets ça dans les compétences relationnelles c'est-à-dire de faire adhérer par des consensus,
146 par euh..., en réexpliquant les choses peut être aussi, la veille réglementaire c'est important
147 aussi dans les compétences. De se tenir informée de tout ce qui bouge et évolue dans le
148 domaine sanitaire et social. Voilà ce qui apporte aussi de la légitimité.....Quand on voit
149 encore des appellations « surveillantes », moi, ça me hérissé, parce qu'on n'est pas là pour
150 surveiller mais plutôt pour encadrer une équipe donc encore une fois le mot cadre, euh, sur le
151 plan étymologique a du sens....On peut le voir autrement, c'est-à-dire d'évaluation plus que
152 d'un contrôle, c'est-à-dire que...Moi je ne me vois pas cliquer les personnes enfin je pense
153 pas que ce soit comme ça que.. Je pense que la relation de confiance, elle doit être

154 permanente. Euh...Maintenant, ça ne m'empêche pas de dire bah là, écoutez ça ne va pas, ce
155 n'est pas propre. Est-ce que c'est un contrôle, non, c'est un constat à un moment donné où ça
156 va pas, ça va pas quoi.

157 **Quelles sont les bases de vos décisions ?**

158 De l'authenticité...Oui oui, surtout à la prise de fonction, parce qu'il y a plein de quiproquos
159 qui peuvent s'installer. Parce que derrière les mots, on ne met pas toujours la même chose et
160 d'ailleurs, il y a plein de terminologies, moi qui ait changé d'hôpital, je ne sais pas vous, vous
161 connaissez peut être pas non plus, il y a plein de termes qui sont spécifiques. Alors quand on
162 change de région, c'est encore pire hein et on ne met pas le même sens derrière les mots. Et
163 donc en réinterrogeant, on est donc sûr qu'on parle bien de la même chose, de ce fait, bah ça
164 permet de répondre aux attentes, aux questions, euh... et parler le même langage.

165 **Pourquoi votre rôle est reconnu comme légitime auprès des professionnels de santé ?**

166 Je ne sais pas s'il est reconnu légitime par tous, par tous et tout le temps ça, j'en suis moins
167 sûre. A mon avis, il y a des phénomènes de pouvoir qui sont encore une fois inhérents à
168 l'homme entre donc un pouvoir administratif, un pouvoir médical donc le cadre qui est un peu
169 tampon dans tout ça donc il est légitime oui parce que justement il sert de tampon et du coup
170 euh ça permet qu'il y ait moins de frictions certainement, ça permet de concilier les logiques
171 différentes. Bah là, c'est plein, c'est au jour le jour et euh ça va être tampon avec je ne
172 sais pas moi, j'ai eu le cas y'a pas très longtemps une famille et une aide-soignante. Bon ça
173 veut dire qu'à un moment donné, il faut aussi désamorcer quelque chose qui peut être
174 conflictuel pour repartir dans le dialogue avec cette famille pour essayer de comprendre ce qui
175 a pu se passer, pourquoi ça a été interprété. Retravailler ça avec le soignant en question pour
176 dédramatiser ce qui a pu être dit, entendu, fait, donc, euh, c'est à tous les niveaux hein. Ça
177 peut être tant au niveau des patients, des familles, des soignants, des médecins, de
178 l'administration, paramédical avec un médecin, enfin, c'est partout.

179 **Je vous remercie**

8.7 Entretien G

1 **Pouvez-vous m'expliquer comment s'est déroulée votre dernière prise de poste ?**

2 Ma dernière prise de poste, c'était il y a 5 ans au 1^{er} avril, suite à un recrutement. Je suis cadre
3 de santé infirmier anesthésiste. J'ai fait faisant fonction sur mon ancien hôpital sur un poste
4 aux urgences. Ce poste m'intéressait mais au retour de formation, l'établissement ne nous
5 remet pas sur les anciens postes. Donc je ne pouvais pas récupérer les urgences, et qui
6 m'intéressait. Par contre, un poste se libère sur l'établissement de Château-Gontier, donc j'ai
7 trouvé l'opportunité. J'ai alors changé d'établissement, pour récupérer un poste pour lequel il
8 me semblait avoir des compétences techniques et de pouvoir avoir des possibilités de mise en
9 place de mes compétences de management au sein d'une structure que je ne connaissais pas.
10 Dans ce nouveau service et pour toutes les autres prises de poste, il faut tenir compte de
11 l'antériorité, l'histoire de l'établissement comme ici une fusion depuis 10 ans avec un autre
12 établissement où des histoires ont eu lieu concernant la légitimité de l'ensemble des
13 professionnels, entre infirmiers, aides-soignants. Mais qui sont maintenant des histoires
14 anciennes. Je n'ai pas remarqué ça sur ma prise de poste. C'est toujours intéressant de savoir
15 les histoires dans un établissement, connaître les antériorités. Il faut s'imprégner de l'histoire
16 de l'établissement, de l'histoire du service, de l'évolution de l'offre du soin du service, savoir
17 si l'on est sur une dynamique d'augmentation de l'activité, savoir quels sont les
18 professionnels en place, quels sont leurs motivations, leurs centre d'intérêts. Donc là, moi il
19 m'a fallu découvrir que sur l'équipe soignante il y avait plutôt des professionnels anciens en
20 poste, mais pas anciens en âge. Au niveau de la prise en charge médicale savoir que c'était
21 une équipe plutôt jeune et très dynamique, avec une volonté de faire évoluer le service,
22 d'avoir des prises en charge homogènes, ce qui nécessite beaucoup de travail de la part des
23 soignants. Avec une réactivité importante sur la mise en place de pleins de protocoles, prise
24 en charge de la douleur, prise en charge de l'hygiène, prise en charge des urgences vitales,
25 prise en charge au travers de l'organisation des plans blancs. Tout ce travail permet de
26 prendre en charge le patient de façon quotidienne avec de bonnes pratiques professionnelles,
27 dans un souci d'améliorer la prise en charge du patient au quotidien. Tout cela parce que les
28 acteurs sont très impliqués et très réactifs. Ce sont à mon avis les préalables à une prise de
29 poste. Mais aussi en lien avec la direction des soins et la direction des ressources humaines,
30 qui m'avaient expliqué les possibilités du service et l'attente des soignants. Pour avoir aussi
31 connaissance des motivations et de centres d'intérêts des professionnels, il faut travailler avec

32 les gens. Il faut les observer, savoir où l'on va. A mon avis, il faut absolument être présent
33 auprès des professionnels. Tant avec la direction des soins, par le biais de la présentation du
34 poste aux urgences, et avec l'optique que je voyais. Pour travailler les uns avec les autres, et
35 connaître la volonté de chacun, et savoir vraiment ce que veulent les gens, il faut travailler
36 avec eux, les observer, savoir ce vers quoi on va. Moi, j'ai fait ça avec ma direction DRH et
37 DSI pour le recrutement, avec la présentation du projet du poste et la présentation du projet
38 d'établissement. Je suis arrivé sur un ancien hôpital donc avec le projet d'une construction et
39 l'évolution dans la prise en charge des patients. Y avait un moteur derrière et donc un projet
40 sur lequel on a pu travailler.Après des médecins, j'ai travaillé avec différents médecins
41 ayant des spécialités différentes au sein de l'équipe médecins urgentistes. Leur spécialité est
42 mise en avant pour la prise en charge des patients, tant sur l'accueil, la douleur, le tri aux
43 urgences. Par conséquent, chaque soignant doit reprendre les priorités de chaque médecin.
44Et au niveau des soignants, moi j'ai travaillé avec des gens plutôt anciens en poste, sur
45 lesquels je me suis appuyé au niveau aide-soignant, parce que quand je suis arrivé il y avait
46 des infirmières, plutôt anciennes mais avec beaucoup de congés maternité. Donc ce qui fait
47 que je me suis vraiment reposé sur des aides-soignantes, sur leur façon de travailler, sur des
48 gens qui avaient de l'expérience, pour pouvoir travailler avec les infirmiers. J'ai travaillé avec
49 l'expérience de certains professionnels pour en faire profiter d'autres. Mais il faut absolument
50 être présent sur le terrain pour pouvoir voir un petit peu ces choses-là, on ne peut pas que
51 rester dans son bureau, quand on prend un nouveau poste...

52 **Quel sont les rôles que vous avez dans ce poste ?**

53 Alors le rôle de faire respecter la qualité des soins et de respecter les procédures et les
54 protocoles de bonnes prises en charge des patients, que ce soit sur la sécurité, la
55 confidentialité, les risques. Quel que soit le type de prise en charge, le patient est toujours
56 accueilli dans une situation d'urgence pour lui, il faut faire prendre conscience aux soignants
57 que même un patient qui souffre d'une entorse de 3 jours c'est une urgence parce qu'il n'a
58 sans doute pas pu voir de médecin traitement avant.

59 **Comment faites-vous pour avoir le respect des protocoles et des missions du service ?**

60 Auprès de soignants, en étant à la fois sur le terrain pour voir ce qui se passe. Et il faut savoir
61 comment se passe l'accueil, donc il faut être présent à l'accueil, observer de temps en temps
62 les soins. Observer. Comment se passent les transmissions ?, comment vit le service ? Pour ne
63 pas accepter qu'il y ait des dérives sur l'accueil où le soignant pourrait ne pas être agréable

64 avec le patient. Il faut entendre toutes les plaintes, des soignants et des patients et des
65 médecins. Il faut essayer d'analyser pourquoi les soignants peuvent être parfois un peu
66 agressifs ou pas forcément à l'écoute du patient.Si je constate une dérive, si le soin est
67 dangereux, il faut l'arrêter tout de suite. Mais pour l'instant heureusement je n'ai jamais eu à
68 constater de soins dangereux. Par contre lorsqu'il y a des risques pour le soignant et le patient,
69 il faut intervenir le plus rapidement possible, il faut faire ça de manière assez délicate, pour
70 pas que le soignant se sente agressé par son cadre, pour ne pas qu'il se sente agressé par
71 l'autorité du cadre de santé. Y a des choses qu'il faut remettre tout de suite, donc ça peut être
72 par un entretien. Tout dépend du degré de gravité, si c'est pour de la manutention, la mauvaise
73 utilisation de brancards, si le soignant n'utilise pas les chariots de manière correcte ça peut
74 être une discussion dans le couloir. Lorsqu'il y a des choses qui nécessitent un entretien plus
75 long, à ce moment-là, moi je les revois dans mon bureau, lorsqu'il y a des choses qui ne me
76 satisfont pas, j'essaie d'attendre un petit peu et de trouver un moment dans la journée. Il ne
77 faut pas attendre trop longtemps, il ne faut pas faire un entretien à mon avis sous 15 jours
78 mais dans la journée. Pas forcément à chaud parce qu'il peut y avoir des choses pas forcément
79 agréables qui vont être dites. Et autrement, il faut à mon avis poser un moment pour revenir
80 sur comment c'est passé l'incident....Le dernier événement est la semaine dernière,
81 incompatibilité entre l'aide-soignante et l'hôtesse d'accueil. Donc j'ai revu les 2 agents l'un
82 après l'autre, dans l'après-midi, dans mon bureau pour remettre les choses au clair. En
83 repartant tout le temps de la fiche de poste, qui fait quoi ? Sur les priorités de chacun, pour
84 que les gens puissent travailler les uns avec les autres. La fiche de poste reste vraiment un très
85 bon outil, parce que ça permet de remettre les missions de chacun.

86 **Quels étaient vos souhaits pour aller vers cette nouvelle orientation de cadre de santé ?**

87 Mon souhait principal était vraiment de travailler pour le patient, avec une relation à 3 la
88 direction, les soignants, le milieu médical dans le même sens. C'est pour moi l'idéal d'avoir
89 une prise en charge globale. Cette relation permet des prises en charge de bonnes qualités,
90 avec une hausse activité et donc montre notre attractivité, et une stabilité dans nos lettres de
91 plaintes. Ces indicateurs laissent penser que la prise en charge n'est pas si mauvaise que cela
92 aux urgences.Le fait d'avoir des moyens de discuter avec la direction et les médecins
93 permettent une qualité de prise en charge.

94 **Pensez-vous avoir eu un potentiel personnel pour cette formation ?**

95 Beaucoup de potentiel chez chacun, mais tout le monde n'a pas la volonté d'aller vers des
96 missions d'encadrement, d'avoir envie de manager une équipe. Manager, c'est diriger, mais
97 c'est aussi accompagner, des humains mais aussi des projets. Si on n'est pas dans cette
98 dynamique-là, on ne peut pas être que dans ...pas l'autoritarisme...mais.... Pour faire passer
99 des bonnes règles, il faut aussi qu'on travaille avec les équipes, pour trouver des bonnes idées,
100 et pour que de bonnes idées deviennent des règles, et ça c'est en travaillant avec tout le
101 monde. Les qualités qu'on peut repérer ce sont du relationnel, la qualité dans la
102 communication, la qualité dans les soins, d'envie, agent moteur, facilitateur, l'agencement des
103 idées, la structuration de la pensée, l'envie de travailler avec les autres, le respect des
104 procédures. Mais avant tout c'est une volonté personnelle.

105 **Comment sont présentées vos décisions ?**

106 La présentation peut se faire de différente manière. Si c'est un changement opératoire sur une
107 technique, tout n'est pas protocolé heureusement, mais si un changement de matériel ou de
108 fonctionnement sur un soinsi c'est un changement technique, le laboratoire vient présenter
109 son matériel sur les temps plus ou moins libre ou les temps où les agents sont réunis, le
110 meilleur moment c'est les transmissions.Pour les changements d'organisation, les
111 changements sont basés sur une modification d'activité, ou un changement d'offre de soins.
112 Un groupe de travail a eu lieu avec le médecin responsable des urgences et moi, les équipes
113 m'avaient exprimé au cours d'une réunion paramédicale toutes leurs difficultés à travailler,
114 difficultés à prendre en charge le soir essentiellement les patients, l'augmentation de
115 l'activité. On a essayé de travailler pour savoir comment on pouvait mettre une organisation
116 en place. Pour ça il faut plusieurs réunions, bien écouter les équipes, savoir ce qu'il en est,
117 revenir le soir pour voir les difficultés des équipes. Pouvoir retranscrire ça de manière
118 correctement, le représenter, pour que la communication... le message qu'on veut faire passer
119 à la direction soit le bon message de l'équipe, et après il faut aller voir la direction DSI et
120 DRH, pour expliquer que la situation n'est plus possible, en l'état actuel, qu'il faut essayer de
121 modifier les organisations. Il faut une bonne idée pour mettre un projet comme ceci en place,
122 il faut bien prendre en compte l'écoute de l'équipe, et expliquer ce système en place de façon
123 transitoire.L'équipe est associée sur l'écoute, mais après la décision revient à la
124 direction, ça c'est évident. Après que la décision est mise en place, il y a acceptation ou non
125 acceptation du projet par l'équipe, donc là il faut accompagner les équipes. Si on pense que le
126 projet est bon, il faut accompagner pour qu'il y ait acceptation du projet. Et si l'équipe arrive
127 après à nous faire prendre conscience que le projet n'est pas bon, il faut faire remonter tous

128 les inconvénients du projet qui a été mis en place. Sachant qu'actuellement dans le monde de
129 la santé, avec les difficultés il n'y a pas un projet qui est complètement satisfaisant.

130 **Connaissez-vous des expressions de résistances ou de désaccord ?**

131 Oui nous sentons tous ces moments de résistances, de toute façon à chaque fois qu'il y a un
132 changement, il y a de toute manière un frein à la mise en place d'un changement. Quand la
133 mission du changement est bien expliquée, il y a des choses qui vont passer plus facilement.
134 Toutes les phases du changement, on les sent, elles ne sont pas toujours aussi virulentes en
135 fonction de chaque acteur. Il y a vraiment des périodes, il faut réexpliquer, réexpliquer,
136 réexpliquer le pourquoi du changement. Là... L'un des changements pour venir en aide à la
137 prise en charge aux urgences de toutes les urgences psychologiques mais aussi du temps
138 d'attente, il y a 3 ans le projet de la création d'une UMP (Urgence Médico Psychologique) a
139 été mis en place. Il n'a pas été compris au départ forcément par tous les soignants, équipe
140 médicale et para médicale, Pourquoi on mettait de la psychiatrie aux Urgences ? Alors que
141 vue que les passages augmentaient, il fallait mettre des infirmières ou des aides-soignantes. Je
142 simplifie Mais.... Réexpliquer que la prise en charge de toutes les urgences psychologiques
143 est de plus en plus importante par les personnels spécialisés et permet une meilleure prise en
144 charge des patients. Ça ça était compris mais pas tout de suite. Et se rendre compte que
145 l'équipe UMP allait pouvoir prendre en charge aussi des patients à l'accueil, et comment ils
146 allaient être pris en charge par les infirmières du service, gérer et expliquer les temps
147 d'attente. Ce travail amène une qualité et est bien compris maintenant par l'équipe soignante.
148 Ce projet s'est fait à partir sur les attentes des uns et des autres. Amener la psychiatrie au sein
149 des urgences, c'est amener 2 mondes différents à travailler les uns avec les autres
150 donc....l'organisation de la fiche de poste avec qui fait quoi ? Qu'attend-t-on des uns, des
151 autres ? Et nous avec mon collègue de psychiatrie, on a essayé de travailler main dans la main
152 pour savoir ce qu'on attendait vraiment des uns des autres et qu'il y est pas de dérives, on n'a
153 pas d'une infirmière UMP qu'elle prend en charge une douleur thoracique aux urgences, par
154 contre on attend peut être d'une infirmière UMP qu'elle prenne en charge la douleur
155 psychologique autour d'une prise en charge de la douleur thoracique. Elle rassure à l'accueil
156 le patient et les accompagnants, elle prévient ses collègues de l'urgence. Pour qu'un projet
157 puisse être accepté, il faut vraiment communiquer énormément, que ce soit au départ sur la
158 création du projet, après accompagner les équipes sur qui fait quoi ? Reprendre après en
159 réunions de service les missions de l'unité, les rôles de chacun, comment on travaille les uns

160 avec les autres ? Sous la responsabilité de qui ? Et après expliquer aussi l'activité du service
161 en se basant sur les chiffres.

162 **Connaissez-vous les attentes des soignants envers le cadre de santé ?**

163 Qu'est-ce qu'ils attendent du cadre ? C'est vrai, Je ne me suis pas tellement posé cette
164 question. Ce que eux du cadre, on a de tout...on en a des agents qui attendent un cadre
165 directif, plus beaucoup maintenant, on a des agents qui attendent qu'on leur dise quoi faire et
166 quand à quelle heure ? Plus beaucoup maintenant mais ça existe encore. On a des agents qui
167 attendent du cadre qu'on puisse être l'interlocuteur privilégié, pour faire remonter des
168 difficultés, c'est surtout ça. On a un grand rôle de communication. Euh...l'une des
169 principales missions quand même du cadre pour les agents c'est l'organisation du travail,
170 donc c'est-à-dire avec un outil primordial, qui est le planning et la gestion du planning. C'est
171 une mission importante. Pour moi, c'est pas la mission la plus importante, mais quand un
172 planning est fait et qu'il roule ça nous permet de travailler sur de la vraie organisation de
173 travail, sur comment on peut réorganiser les horaires pour faire coïncider la présence des
174 soignants avec celle des patients, comment on peut organiser les plannings pour que les
175 soignants se sentent le mieux au travail, ou soit le moins souvent au travail, avoir des idées
176 novatrices à essayer de dissimiler dans les équipes. Et autrement ce qu'attendent les équipes
177 du cadre de remonter les problèmes, de discuter sur des choses auxquelles ils ne participent
178 pas, essayer de les faire participer à des réunions des groupes de travaux. Sur l'établissement
179 on a la chance d'avoir beaucoup de groupes de travaux sur la douleur, les soins palliatifs, sur
180 la gériatrie, sur les escarres. Leur faire prendre conscience que leurs idées sont très très
181 intéressantes et s'appuyer sur les équipes pour pouvoir faire progresser et faire passer des
182 messages Euh Donc euh...Autrement ce qu'ils attendent du cadre, c'est essayer de les
183 accompagner sur des changements, des évolutions de carrière ou des choses comme ça

184 **Comment vous vous situez dans l'équipe ?**

185 La place du cadre à mon avis on n'est pas dans l'équipe, il faut être sur le terrain mais il faut
186 garder sa place on ne peut pas être que sur le terrain. On est là pour voir ce qu'il se passe,
187 mais il faut être dans son bureau aussi, pour pouvoir retranscrire et avoir du temps, pour
188 pouvoir être l'intermédiaire entre l'équipe ou la direction ou l'équipe médicale. On a un rôle
189 de communication très très important. Et donc il faut absolument avoir du temps à soi pour
190 pouvoir être dans l'organisation. Donc c'est vrai le planning ça prend du temps, donc si on se
191 donne pas un moment on va être sans arrêt submergé par le planning. Sachant que en plus du

192 planning après il faut gérer les arrêts, les formations, donc ça ça occupe quand même du
193 temps et c'est du temps qui est incompressible Ce qui fait que ça nous libère du temps quand
194 les ressources humaines sont gérées, ça laisse du temps pour l'organisation du soin. Comment
195 on va pouvoir après organiser, donc il faut voir dans le service ce qui se passe ce qu'on
196 accepte et ce qu'on n'accepte pas, et quelles sont les solutions qu'on va pouvoir essayer
197 d'apporter à un problème ; pour après se remettre dans son bureau, pour pouvoir transmettre à
198 la direction, quels sont les problèmes qui ont été vus et comment on peut essayer d'envisager
199 de les solutionner. Donc on est dans l'équipe mais on n'est pas dans l'équipe. Moi par rapport
200 au planning qui est un outil très important, je mets mon planning dans le planning des
201 infirmiers et des aides-soignants, donc mes absences sont planifiées, les équipes savent quand
202 est ce qu'elles vont pouvoir me voir ? Je trouve que ça s'est important Mais bon après tous
203 mes collègues ne le font pas. Pour moi, ils doivent pouvoir savoir quand est ce que je suis
204 présent.

205 **Pensez-vous avoir du pouvoir ou de l'autorité ?**

206 Alors ça ça va aller avec ce qu'on disait tout à l'heure sur la place du cadre, dans l'équipe pas
207 dans l'équipe. Quand on a une décision sur un changement, l'équipe nous perçoit comme le
208 porte-parole de la direction. De toute manière y'a plus d'argent, la direction a décidé de faire
209 des économies, ça va être comme ça et on a un changement qui est imposé. Alors à ce
210 moment-là, l'équipe nous voit comme étant autoritaire. Donc là, il faut vraiment se donner du
211 temps, énormément communiquer pour faire prendre conscience...Même des fois y'a des
212 projets avec lesquels on est pas d'accord mais on est là pour essayer de le faire passer, donc il
213 faut jamais dire qu'on est pas d'accord avec un projet, sinon ça va se retourner contre nous. Si
214 on n'est pas d'accord avec le projet, il faut essayer de...vivre avec le projet de toute manière
215 si on n'est pas d'accord avec le projet. Soit on n'a pas bien fait son travail parce qu'on était
216 contre, on n'a pas réussi à avoir les bons arguments pour que la direction comprenne notre
217 choix, soit on va pouvoir vivre avec soit on ne va pas pouvoir vivre avec, si on ne peut pas
218 vivre avec, il faudra trouver un autre poste, sur lequel les missions de chacun sont acceptées
219 par tous. Quand une décision de la direction, sur un changement d'horaire ou un changement
220 d'activité qui sont proposées à une unité, eh eh pour les faire accepter donc à mon avis
221 l'autoritarisme ça ne marche pas, il faut vraiment communiquer, communiquer,
222 communiquer...Et à mon avis, c'est la communication qui va faire qu'un projet puisse
223 passer. Il faut toujours expliquer que ce n'est pas parce qu'on change dans un sens qu'on ne
224 va pas pouvoir revenir après dans un autre sens. Il y a des activités qui ont été créées et qui

225 n'existent plus. Il y a des activités qui n'existent plus et qui vont peut-être revenir. Tout ça est
226 lié tout de même avec les moyens humains. Sur l'activité des urgences, nous on a la chance
227 quand même d'avoir une équipe médicale de qualité, ils sont tous leur priorité sur la prise en
228 charge du patient. Mais aussi si un membre de l'équipe s'en va, par rotation, ça va changer les
229 habitudes de travail de chacun, ça va modifier les prises en charge et il faut réaccompagner les
230 équipes sur ces changements. Y a des activités qui changent donc comparé à il y 20 ans,
231 l'activité en chirurgie a été complètement modifiée, avec le développement de la chirurgie
232 ambulatoire et des consultations à distance.

233 **Est-ce qu'à certains moments vous avez du pouvoir ?**

234 Oui, on a quand même du pouvoir,... on a du pouvoir sur les agents, sur l'évaluation des
235 agents que l'on fait ça c'est évident. On a des missions de contrôle Y'a des choses moi sur les
236 quelles...la qualité des soins, sur lesquelles je me suis battu. Alors on a du pouvoir oui, y'a
237 des soins que moi je n'accepte pas, qu'on puisse maintenant vider un bassin sans mettre de
238 gants, parce que pour moi y'a une qualité..., y' a des risques pour le soignant....risque qui
239 s'infecte, et donc moi je ne supporte pas, eh moi je n'accepte pas ...donc je me suis battu par
240 rapport à ça et donc maintenant je vois des soignants qui ont acceptées de changer leur façon
241 de travailler. Ça fait partie des bonnes pratiques, de leur quotidien. Sur des protocoles comme
242 la gazométrie, les soignants doivent utiliser des gants, et moi je sais ...si je vois un soignant
243 qui n'utilise pas de gants, parce qu'il n'arrive pas à sentir le pouls du patients ça n'est pas
244 dangereux pour le patient, mais s'il y a un accident, le soignant peut se blesser, il ne sera pas
245 protégé et ça pour moi il faut faire passer le message de mettre des gants. Donc y'a des fois
246 oui il faut avoir de l'autorité, sur des soins c'est accepté, où c'est plus difficile c'est sur la
247 gestion du planning. Donc effectivement quand il a 2 agents, s'ils n'arrivent à se mettre
248 d'accord sur un week-end ou des choses comme ça. Il faudra trancher, et oui à ce moment-là,
249 on a des décisions qui peuvent être difficiles. Pour trancher soit les agents se mettent d'accord
250 autour d'une table, on arrive et à trouver un consensus, bon ça ça arrive. Soit autrement il faut
251 imposer et là donc moi j'ai jamais eu de soucis sur les congés d'été on trouve un consensus.
252 Par contre pour les fêtes de fin d'année. Et là, on met une règle, avec une feuille qui veut faire
253 Noël ? Qui veut faire le 1^{er} de l'an ? Et une fois que c'est écrit c'est écrit et après s'il y a des
254 changements ils le font eux-mêmes. Depuis qu'on fait ça de demander les désirâtes de chacun,
255 j'ai eu 2 soucis avec les aides-soignants et pourtant sur de choses qui avaient été écrites qui ne
256 se sont pas bien passées. Il a fallu imposer, en revenant sur ce qui avait été écrit par les
257 demandes des agents. Y'a un moment où il faut reparti sur ce qui avait été écrit soit le

258 planning de base soit les demandes des agents et s'en tenir, et garder une ligne de
259 conduite...droite. Pour ses agents, je les ai revu en même temps pour trouver une solution, et
260 pour l'autre souci, un agent était fautif car il ne s'était pas tenu à son choix, il était revenu sur
261 sa décision. Je suis revenu sur le choix qui avait été fait.

262 **Est-ce que vous auriez autre chose à ajouter sur votre rôle et vos missions ?**

263 Mission du cadre Et bien s'occuper, dans le soin sans être dans le soin, donc on est dans
264 l'organisation de soins. Ça c'est la mission prioritaire du cadre. On est dans une mission
265 d'accompagnement des équipes, essayer de les épauler, y'a beaucoup de tensions
266 actuellement dans les hôpitaux, donc faut vraiment faire prendre conscience aux équipes
267 quelle est leur mission principale, donc d'accueillir les patients. On est dans une mission de
268 communication, ascendante, descendante, des équipes vers la direction pour faire remonter les
269 souffrances de l'équipe mais aussi ce qui va bien, y'a quand même des choses qui vont bien
270 heureusement. Euh...Travailler avec les médecins qui vont permettre les prises en charge des
271 patients. Sans pédiatre, il y a des choses qu'on ne peut plus prendre en compte. Des services
272 qui se développent sur des compétences uniques, nous on a eu un neurologue qui n'est plus
273 présent donc on est un peu embêté pour nos prises en charge de neurologie. On est obligé de
274 repasser par des centres comme Angers ou Laval. On a plus d'avis direct. On a vraiment
275 besoin de bien connaître l'organisation du service, l'organisation de l'hôpital, l'organisation
276 de l'offre de soins pour vraiment savoir ce qu'on va pouvoir adapter et ce qu'on va pouvoir
277 adopter, et adapter pour faire face à une prise en charge du patient.

278 **Est-ce que vous connaissez les satisfactions ou les insatisfactions de l'équipe soignante ?**

279 Ça fait 5 ans que je suis là, donc je connais bien l'équipe, et j'arrive à desceller de la grogne
280 chez les agents. Y'a des moments il faut la laisser s'exprimer parce qu'ils ont besoin de
281 s'exprimer. Y'a des moments il faut re-convoquer les gens parce que pour dire bah ça suffit.
282 Nous on y est pour rien s'ils se sentent pas pleinement satisfaits au travail. Les solutions c'est
283 soit ils acceptent donc ils se remettent dans une position en tant qu'élément moteur, pour
284 accepter le projet, soit si vraiment c'est insatisfaisant pour eux, c'est comme pour le cadre, si
285 un projet est insatisfaisant à mon avis on ne peut pas rester dans l'équipe, donc il faut ou
286 changer de poste ou changer de service, ou changer de jour passer de nuit. Enfin y'a des
287 choses....on ne peut pas aller au travail contre nature. Par exemple, nous avons une demande
288 en orthogénie mais on ne peut pas forcer un praticien à travailler dans un centre d'IVG alors
289 qu'il ne veut pas pratiquer d'IVG, ça c'est sûr. Y'a des choses qu'on va pouvoir accepter, y'a

290 des choses qu'on va pouvoir travailler et y'a des choses pour lesquelles on ne pourra pas
291 accepter et à ce moment-là il faudra changer.

292 **Je vous remercie**

8.8 Entretien H

1 **Pouvez- vous m'expliquer comment s'est déroulée votre dernière prise de poste ?**

2 Je suis diplômé depuis 3 ans, c'est mon premier poste en tant que cadre de santé, mais je suis
3 infirmier avant tout.... Alors je suis infirmier diplômé, je suis infirmier. C'est-à-dire, je suis
4 capable de prendre en charge des soins. De formation infirmière 1^{er} niveau, maintenant je suis
5 cadre, je suis cadre. C'est-à-dire, je ne vais pas aider forcément. Je les aide si elles sont en
6 difficulté d'organisation. Mais il faut se rendre compte. Mais ce n'est pas parce que vous êtes
7 cadre qu'à un moment donné les autres ils sont des larbins...Voilà, c'est ma conception.je
8 suis infirmier, j'organise, et j'encadre et j'évalue une équipe. On émet des projets de soins et
9 des projets de vie pour la personne spécifique à une méthode mais euh, si vous avez une
10 infirmière qui est dans la difficulté, vous devez aussi comprendre que, euh, ce n'est pas parce
11 que vous êtes cadre maintenant que les autres à côté enfin que votre première profession
12 disparaît. Voilà. Mais pour autant je n'irai pas forcément...Ça m'arrive de donner le matin le
13 petit déjeuner, participer. Parce que si vous êtes sur le terrain, ça vous permet de voir les
14 difficultés. Si vous êtes au-dessus des autres, c'est là que vous ne comprendrez pas et que les
15 difficultés vous les aurez en pleine figure au moment où il y aura un problème d'équipe ou un
16 problème d'organisation...Mais de toute façon je ne peux pas être là au moment des repas par
17 exemple du midi c'est impossible, il faut aussi que je travaille. Parce qu'il y a aussi du travail.
18 C'est ce que je leur dit mais ils comprennent très bien. De toute façon, je les dérangerai si j'y
19 étais. Au début je l'ai fait....A oui, j'étais beaucoup sur le terrain au début pour comprendre
20 déjà les soins, comprendre les toilettes comment elles s'organisaient. J'ai fait des toilettes, ça
21 m'a pas dérangé, je suis prêt à le refaire. Ça gêne, parce que vous êtes là en tant
22 qu'observateur, ...Et observateur pour faire quoi. Bah vous êtes là pour analyser la
23 chose...C'est un préalable oui, après faut avoir le juste milieu. Il ne faut pas tout leur faire
24 parce que ce n'est pas bon. Ne faut pas euh... Je vois une collègue cadre que je connais très
25 bien, qui aidait tellement les équipes, y'avait fusion, voilà c'est le mot qui me manquait,
26 y'avait fusion avec l'équipe et la différence entre le cadre et le soignant, y'avait pas beaucoup
27 de différence et à un moment donné, quand il y a eu des difficultés, et bien, on peut se
28 retrouver en porte à faux. Et faut avoir le juste milieu. Je suis infirmier de formation, je ne
29 fusionne pas avec les équipes parce que, il faut aussi avoir..., il faut aussi représenter
30 l'autorité, faut représenter l'institution, je suis soignant donc je suis capable aussi de soigner
31 en l'absence.... D'une désorganisation.

32 **Comment définiriez-vous votre positionnement ?**

33 Alors, d'abord une, il est important que le cadre n'est pas là pour imposer à l'équipe. Soit il
34 impose à une équipe parce que c'est interactif et il n'a y pas d'autres solutions vu que c'est
35 une décision institutionnelle directive hein...Ça, c'est un premier critère. Un deuxième
36 critère, euh, le cadre n'est pas là pour imposer aux équipes, parce que s'il impose tout aux
37 équipes, ça ne marchera pas. C'est-à-dire qu'il doit associer euh... les équipes à son projet, au
38 projet d'équipes hein euh... Les idées des autres sont parfois excellentes. Euh, quand on a par
39 exemple un.... une réflexion de diagramme de soins et bien ce n'est pas au cadre d'imposer
40 son diagramme à lui, c'est à lui de recevoir les autres, ce que vont apporter les infirmières et
41 les aides-soignantes. C'est un travail de collaboration, c'est une articulation qui doit se faire.
42 Et faire l'inverse, vous verrez, on dira toujours c'est le travail du cadre autrement. Exemple,
43 un autre exemple. Euh, j'ai réorganisé par exemple le planning, le planning horaires des aides-
44 soignantes, et bien euh, je leur ai dit qu'il fallait le revoir parce qu'il y avait manqué d'équité
45 dedans, ça me convenait pas. Je voyais bien, j'ai perdu du temps à le faire et bien j'ai
46 demandé aux aides-soignantes, voilà est-ce que ce serait pas une bonne idée, de revoir pour
47 celles qui ont été embauchées à 39 heures et à 35 heures, d'avoir....., que tout le monde
48 puisse avoir des horaires, que vous vous ayez un week-end end de moins de travail, parce que
49 c'est...., tout le monde prenait ce week-end là où personne n'en voulait du week-end du
50 dimanche par exemple. J'ai dit voilà, bah faudrait peut-être réfléchir là-dessus.
51 Alors, j'ai fait une réunion par rapport à ça, elles ont toutes dit « oui oui oui on va y
52 travailler ». Deuxième réunion, personne n'avait travaillé parce qu'ils attendaient tous du
53 cadre. Alors, j'ai dit bah écoutez c'est très simple puisque vous attendez de moi, je vais vous
54 le faire et puis je vais vous le présenter, vous m'en direz ce que vous voudrez, on en discutera
55 ensemble et en fin de compte elles étaient satisfaites. Ça c'est un coup de chance... Entre le
56 diagramme de soins où elles ont travaillé dessus, c'était leur travail et la planification horaire
57 du travail qui était un petit peu plus difficile pour elles, parce qu'il y avait peut-être plus de
58 difficulté de compréhension sur la façon de faire. Voilà, c'est 2 exemples..... Soit je leur
59 propose de faire, soit je leur fait faire. Hein, soit je le fais moi-même. Voilà Collaboration
60 bien sûr

61 **Comment vous définiriez vos rôles ?**

62 Faire les articulations entre le projet de service, le projet institutionnel euh...et faire une
63 articulation avec tout ça pour faire en sorte, parce que je suis en EHPAD, de promouvoir la

64 bienveillance de la personne âgée. Donc si vous avez une organisation, et encore on n'est pas
65 au top hein, mais si vous avez une organisation qui est travaillée avec les soignants, ça permet
66 aussi de mettre au cœur de cette organisation le résident. Le résident qui est le cœur de votre
67 travail hein et non pas l'inverse. Ce n'est pas le soignant qui est au cœur du travail, c'est le
68 résident. Et dans le service de médecine, c'est pareil, c'est le patient qui est là, c'est le patient
69 qu'on doit s'occuper et nous on doit s'articuler autour de lui, hein. Et donc, dans le projet,
70 euh, le cadre est là aussi pour faire des propositions, euh et que, quand on est dans un projet,
71 par exemple, on a le projet d'EPP. Par exemple sur la contention et bien ce n'est pas le cadre
72 qui va faire le travail à la place, on va associer tous les acteurs qui gravitent autour de la
73 personne.....C'est une articulation

74 **Pensez-vous qu'il y a un potentiel personnel pour la fonction de cadre ?**

75 Je pense qu'il y a des traits de caractère pour être cadre. Alors, c'est très rigolo parce que, il y
76 a des femmes, on va dire ça comme ça par ce que ça fait deuxième cas que je rencontre qui
77 étaient très organisatrices, qui faisaient fonction, très organisatrice dans..., quand cette
78 personne particulièrement est allée à l'école, et bien il y a eu un désenchantement euh, peut-
79 être par, elle a peut-être idéalisé ce qu'était la formation, les difficultés qu'il peut y avoir, et
80 puis les responsabilités derrière. Faisant fonction, vous savez, il y a toujours quelqu'un
81 derrière vous. Et si vous plaisez à telle personne, cette même personne peut très bien vous
82 aider à progresser, et quand après vous êtes seules et que vous faites des études, elle peut très
83 bien vous lâcher et c'est votre moral à vous, votre psychisme qui va lâcher. Et c'est ce qui
84 s'est passé. En fin de compte, elle a arrêté au mois de Décembre....Surprenant, mais on
85 pensait qu'elle était capable, elle présentait de l'autorité mais trop d'autorité dans le service.
86 Trop d'autorité, c'est-à-dire qu'elle avait sa propre idée. Et je pense que par rapport au travail
87 qu'on vous demande à l'école de partager avec les autres, de réfléchir avec les autres, pour
88 elle, c'était difficile et que cadre c'est aussi avoir de la réflexion pluridisciplinaire sur le
89 terrain... Et non pas seulement apporter vos propres idées qui peuvent être, attention c'est
90 comme euh, si vous faites du bateau, il faut bien réfléchir, il faut avoir les cartes avec
91 soit...Hein, vous prenez seul la direction. Vous pouvez très bien vous planter en disant oulah
92 malheureusement il y'a une tempête qui s'y prépare. Il faut bien y réfléchir...Vous n'êtes pas
93 seul à ce moment-là, vous avez un co-pilote avec vous...Et après vous prenez la décision,
94 vous tranchez.

95 **Alors, euh, déjà, on va revenir sur « tranchez la décision » aussi mais avant je voulais**
96 **revenir sur vous avez dit « elle avait trop d'autorité ». Qu'est-ce que ce serait pour vous**
97 **la juste autorité ?**

98 Mais attention l'autorité, l'habit ne fait pas le moine. Moi je vais vous dire c'est dangereux.
99 Vous pouvez aussi vous planter, c'est ce que je dis. Mais un moment donné, un moment
100 donné, il faut statuer sur une décision, il faut trancher bien sûr. Attention, l'autorité peut
101 faire... Il faut avoir de l'autorité, il faut la mesurer mais il ne faut pas être un bédouin, il ne faut
102 pas tout casser, il faut réfléchir. Il faut travailler en collaboration, c'est la réalité. Si vous
103 tranchez trop, à un moment donné, et si vous êtes dans l'erreur, là on ne va pas vous rater,
104 l'équipe va pas vous rater... Par contre, il faut aussi laisser les autres réfléchir, travailler en
105 collaboration avec les autres. Donc, surtout avec votre équipe, donc, il faut les laisser réfléchir
106 aussi. Vous n'êtes pas seul tenant de la vérité. Par contre, une décision institutionnelle
107 impérative selon des textes juridiques et autres, là vous devez trancher et dire c'est comme ça
108 y'a pas d'autres solutions mais on peut réfléchir pour améliorer votre situation. Même
109 si... Vous êtes toujours en négociation. Vous passez votre temps à ça... Par contre, s'il y a un
110 feu rouge, vous vous arrêtez au feu rouge, vous ne pouvez pas traverser, vous ne pouvez pas
111 négocier, on va peut-être changer l'ampoule mettre un petit peu moins rouge, mettre un jour
112 peut être plus clair, un rouge vers le blanc, rouge / orange. Vous ne pouvez pas. Donc voilà,
113 faut savoir mesurer ? Savoir pourquoi elles sont posées. Mesurer, voilà mesurer les choses,
114 connaître le caractère de chacun dans votre équipe, ça c'est important. Vous devez connaître
115 tous les caractères, vous savez avec qui vous allez aller pour imposer les choses. Pas pour
116 imposer mais pour pouvoir aussi travailler... Mais à un moment donné, il faut poser les
117 choses. Il y a un cadre à poser, il y a un cadre qui peut se discuter, se négocier, vous le
118 travaillez avec tout le monde, c'est un petit jeu, c'est rigolo. Alors ça, c'est mon petit jeu,
119 j'aime bien m'amuser avec ça... C'est un petit jeu, c'est vrai que ... Bah je ne sais pas moi,
120 j'aime bien mettre un peu de pression. C'est-à-dire, c'est ouais... c'est... Et on s'aperçoit que
121 si vous émettez une idée. Et on sait très bien qu'il y a des éléments là-dedans qui vont, qui
122 vont y ouais qui vont prendre carrément l'hameçon. C'est comme le poisson. Y'en a qui vont
123 mordre à l'hameçon alors qu'il y a rien du tout... Y'en a qui vont, et on s'en rend compte
124 hein. Il suffit de mettre là je peux y mettre quelque chose et progressivement tiens on n'y
125 avait pas pensé... Mais ça c'est ... Il faut de temps en temps que je. Mais quelque fois je dis
126 bon bah voilà on fait une réunion. Quand j'ai envie de faire quelque chose pour apaiser les
127 caractères de chacun, l'angoisse, parce qu'on peut être angoissé dans une équipe, on peut être

128 anxieuse par rapport à telle décision ou tel caractère aussi de chacun, bah il faut déjà les
129 préparer avant et donc que ce ne soit pas la surprise. Les prendre en surprise, c'est très
130 mauvais.

131 **Connaissez-vous des expressions de résistances ou de désaccord face à vos équipes ?**

132 C'est difficile, alors quelque fois c'est difficile, quelque fois c'est caché parce que je vous dis
133 on a tellement de missions à côté que euh, bah je peux pas passer mon temps aussi d'être dans
134 l'équipe tout le temps enfin sur la journée là j'ai peut être passé une heure comme j'ai
135 plusieurs étages et que je fais mes évaluations sur l'extérieur. Donc, il est évident que euh.
136 Bah je ne vais pas être là aux pauses parce que les pauses pour moi c'est une pause pour elles,
137 enfin j'ai aussi mon temps de pause avec mes collègues ça permet de parler de sujets
138 euh...mais euh....c'était quoi votre question ?

139 **Percevez-vous des insatisfactions?**

140 Ah oui des insatisfactions ? Des insatisfactions, oui, quelquefois je les entends à la dernière
141 minute, parce qu'elles ont parlé entre elles. Vous savez les femmes ça parlent entre ... Je peux
142 très bien parler avec elles parce que moi je suis ouvert à tout le monde, et je ne vois pas de
143 différences entre une ASH, une aide-soignante et une infirmière. Je vais leur dire bah voilà
144 « comment allez-vous ? Vos enfants vont bien ? Enfin, voilà etc. Et puis, elles ne vont pas
145 parler forcément parce que quelque fois il y a des craintes, ...et puis quelque fois, elles vont
146 me le dire en face. Bah quelque fois ça fait du bien. On reçoit des gifles mais ça fait du bien
147 mais au moins on travaille, c'est ce que je leur dis, on améliore les choses. Quelquefois je leur
148 dis mais je n'ai pas de solutions à vous apporter. Quelque fois il y a des solutions, quelquefois
149 il y en a pas...De toute façon ce que je vais dire aujourd'hui peut changer demain...C'est ce
150 que je leur dis « Bah écoutez ! Je vous dis ça aujourd'hui mais bon ma réponse elle n'est pas
151 figée », c'est ce que je leur dis hein. ...Je suis quelque fois...Je suis leur porte-parole, c'est
152 vrai, leur porte-parole pour le travail mais d'un autre côté, euh, il y a aussi...Je suis aussi le
153 porte-parole de l'institution voilà ... et puis quand il y a des, des difficultés bah on en parle
154 entre nous, voilà on a tel problème à résoudre, qu'est-ce que vous en pensez On essaie de
155 travailler... Y'a pas que...C'est ce que je leur dis, « vous êtes pas là que pour soigner un corps,
156 vous n'êtes pas que des laveuses de corps, vous êtes aussi là pour prendre soin du psychisme
157 de la personne âgée, du patient, vous êtes là aussi pour prendre en considération l'organisation
158 du travail euh la bientraitance euh voilà tout ce qui gravite autour de la personne»...D'où
159 l'intérêt d'avoir des formations continues, de leur proposer des formations continues. Mais les

160 caractères, oui les caractères je les connais parce que je sais très bien à qui je vais
161 m'adresser...Il y a des comportements euh, syndicalistes, revendicatrices, de soignantes qui...
162 Bon à elles, si j'ai envie vraiment de m'amuser, voilà on peut les, on peut s'en amuser. Y'en a
163 d'autres qui vont être toujours dans le.dans le...dans la contestation, d'autres qui vont être
164 dans l'amélioration, dans la proposition et d'autres qui vont être passifs. C'est comme eux...
165 Passif et bien euh je...Il faut les stimuler, les faire réfléchir, se poser avec elles, avec eux et
166 puis voilà et et et quelquefois ça peut être, ça peut être euh intéressant dans une équipe et puis
167 quelque fois ça peut être pesant parce qu'il y a pas de projets derrière. Y'a des caractères
168 différents... des productifs, des passifs et des fluctuants

169 **Connaissez-vous leurs attentes ?**

170 Bien sur

171 **Quels moyens avez-vous pour les connaître ?**

172 L'entretien individuel...Je sais très bien ce qu'elles pensent, quelquefois on se voit. Y'a
173 l'entretien individuel, y'a l'entretien de bas de porte, comme ça, comme si je vous causais
174 hein et puis ce qui me permet de dégager les attentes, l'entretien individuel, c'est là où je
175 prépare mes formations continues pour l'année.....Moi j'aborde les 2 sujets. Je leur dis vous
176 préparez...J'aborde les 2 sujets c'est-à-dire qu'on aborde l'activité professionnelle de tous les
177 jours, on aborde déjà, on aborde en tout premier lieu le bilan de l'année : leurs satisfactions,
178 leurs insatisfactions. Après on va aborder tout ce qui est, leurs attentes professionnelles pour
179 la vie future avec des objectifs bien précis, faisables hein pas utopiques, ça sert à rien, et puis
180 après on va parler de leur formation. Faire le bilan des formations qu'elles ont eu dans
181 l'année...Parce que moi mon intérêt est que cet entretien-là dure pour l'année déjà, c'est un
182 entretien pour l'année et que euh, d'un autre côté je satisfasse leur souhait de formation et là
183 généralement j'essaie de le faire et j'y arrive.....Y'a des gens qui sont passifs.....Ouais mais
184 je vais les éveiller pour ça. C'est à dire que pendant l'entretien je vais leur poser la
185 question : » voilà est ce que vous souhaitez »...D'abord, puisque vous êtes en EHPAD mais
186 vous seriez en médecine ou en chirurgie...comme votre rôle c'est de prendre soin de la
187 personne qui est dans...Que vous vous occupez, âgée jeune mais ici c'est vieux voilà et bien
188 vous avez, vous devez réfléchir sur vos actions de soin autour de la personne. Qu'est-ce qui
189 vous manque, qu'est-ce que vous souhaiteriez pour vous personnellement pour mieux
190 comprendre la pathologie de la gériatrie par exemple. Et puis j'ai aussi mes souhaits derrière
191 faut pas vous inquiétez. J'ai ma stratégie derrière si vous voulez. La formation n'est pas

192 donnée comme ça, je vais voir aussi si la personne a des difficultés de compréhension. Donc
193 je les connais. C'est-à-dire à force de vous parler là maintenant, j'ai ciblé, en 6 mois-là, j'ai
194 ciblé tous les caractères à peu près, toutes les attentes des personnes et j'avais ciblé tous les,
195 celles qui avaient des difficultés de compréhension, celles qui voulaient progresser je leur ai
196 dit « Bah tiens, je vous verrai bien aide-soignante, ça vous intéresse pas mais ça c'est votre
197 souhait personnel ». Je suis là aussi pour les motiver. J'ai eu deux aides-soignantes qui sont
198 venues cette année pour faire un courrier pour l'école d'aide-soignante. Je vous montrerai.
199 Mon souci c'est de les aider pour qu'elles progressent.

200 **Vous vous situez comment en tant que cadre de santé. Dans l'équipe ? En dehors de**
201 **l'équipe ?**

202 Dans l'équipe et en dehors de l'équipe. Dedans. Ça dépend. Je suis dedans quand il y a
203 ...Quand elles ont besoin de moi et que y'a bon... dedans parce que c'est le soin, c'est le
204 projet de vie du service et c'est le projet de soin et le projet de service je suis dedans euh mais
205 aussi faut qu'elle se... faut qu'elles puissent aussi travailler en autonomie donc je suis aussi à
206 l'écart. Parce qu'on ne peut pas être derrière elles tout le temps, on peut être gênant aussi donc
207 il faut aussi leur laisser de la créativité. Si vous êtes toujours dedans, vous n'aurez plus de
208 créativité. Bah le cadre va faire à ma place. Donc il faut qu'elles soient source de création
209 dans leurs soins, dans leurs outils. D'où les faire associer au projet

210 **Connaissez-vous les attentes des soignants ?**

211 Alors, à ma prise de fonction, je les avais vus individuellement toutes, même le médecin.
212 Toutes...Même le pluridisciplinaire, médecin, ergo, kiné, j'ai tout vu. J'ai demandé voilà
213 qu'est-ce que vous attendez de moi et qu'est-ce que j'attends de vous ?... C'était surtout la
214 réorganisation du travail, donc c'est en cours hein. Ça ne se fait pas en 1 an en 2 ans, ça se fait
215 à longue échéance. On n'est pas là aussi pour tout bouleverser vous savez. Vous n'arrivez pas
216 dans un service pour tout foutre en l'air. Y'a des acquis d'avant y'a du bon et du mauvais. Y'a
217 du bonus et du malus. C'est ce que je leur dis dans les formations et vous n'êtes pas là pour
218 tout casser. Attention, y'a des piliers dans...Et si vous cassez tout, vous allez tout désosser
219 donc l'intérêt c'est de stabiliser l'équipe. Ma mission avant tout elle était de stabiliser un
220 étage. Y'avait trop de départ, trop de soignants, y'avait trop de roulants, y'avaitvoilà
221 L'analyse c'était qu'une infirmière qui, maintenant est partie à la retraite, elle déstabilisait et
222 rendait anxieuse l'équipe donc y'avait des arrêts, il y avait euh, y'a eu aussi deux aides-
223 soignantes qui sont parties selon leur projet professionnel ou personnel dans d'autres étages

224 donc ça déstabilisait les anciennes. Y'avait des nouvelles et des anciennes. Les anciennes et
225 les nouvelles ne pouvaient pas s'associer dans leur travail parce que, quand vous êtes jeunes,
226 c'est difficile de travailler avec des plus âgées qui ont 30 ans d'expérience ou 25 ans ou 20
227 ans. Il a fallu faire une symbiose de tout ça, mouliner tout ça et puis travailler avec elles et
228 voilà. Ma présence tous les jours dans l'étage a fait que ça a été nécessaire. Et puis le départ à
229 la retraite, j'ai fait « ouf ». Un élément perturbateur dont je ne pouvais pratiquement rien faire
230 même si on la voyait en entretien, ça ne changeait rien mais comme on savait qu'elle partait
231 en entretien, en retraite, donc...Ouais, ça ne va pas. Je passais du temps là-haut. On discutait,
232 je discutais avec elle, je voyais en entretien individuel la personne concernée et puis aussi je
233 relativisais les choses parce que faut pas aussi... Faut analyser ce qui s'y passe. Faut pas être
234 là aussi pour prendre à partie tout le monde, faut écouter, travailler la dessus, accueillir les
235 remplaçantes qui venaient pour les remplacements de postes qui étaient vacants, tout ça.
236 Bénéfice net, retour sur investissement personnel, satisfaisant. J'ai plus d'étudiants, j'ai plus
237 d'animations, j'ai pu restructurer les plannings maintenant il faut que je fasse une réunion
238 d'équipes mais je ne voulais pas faire de réunion d'équipe tant qu'il y avait ces éléments là, ça
239 servait à rien. Donc voilà maintenant je peux, je pense que cette année, je peux faire une
240 réunion d'équipe. Fallait travailler la dessus, apaiser les choses et ne pas euh, ne pas avoir à la
241 figure toutes les difficultés d'un coup, ça servait à rien, ce n'était pas constructif...Un
242 disfonctionnement. Oui je pense qu'elle avait de l'autoritarisme. Bah c'est-à-dire qu'elle ne
243 supportait pas les remontrances, elle était bien avec les anciennes et mauvaises avec mais je
244 dis mauvaise hein avec les nouvelles. Euh voilà. C'était ma collègue de travail, je peux vous
245 le dire mais mon positionnement était le même, ça me dérangeait pas de dire voilà ça va pas.
246 Même si je tutoie. Moi, le tutoiement, le vouvoiement me dérange pas...Ce n'est pas ça qui
247 fait l'homme ou le...Enfin, ce n'est pas ça qui va faire le cadre, l'homme enfin c'est un grand
248 H hein. Mais euh,...ça m'a pas dérangé honnêtement ça m'a pas dérangé. Si j'ai envie de lui
249 dire ce que je pense de mon ancienne collègue, ça ne me dérange pas. Mais elle ne changeait
250 pas parce qu'elle savait très bien qu'elle arrivait au bout du rouleau, c'est-à-dire à la retraite
251 dans les 8 mois qui suivaient, bah oui. Vous pouvez rien faire, vous savez, même la direction
252 n'y arrivait pas mais vous savez, vous ne changerez pas quelqu'un. Vous changerez
253 pas...J'avais rien à lui reprocher dans le travail, le travail était fait, elle encadrait correctement
254 mais elle ne savait pas parler aux autres. Donc je n'ai rien à lui reprocher que la façon de
255 s'adresser. Ce n'est pas une erreur professionnelle. Mais dans le relationnel. C'était souvent
256 des phases on va dire périodique. Voilà et je ne peux pas du tout dire non, travail correct
257 ...Même j'en ai une autre là-haut, travail correct, c'est façon de se communiquer. Vous ne

258 changerez pas quelqu'un qui est âgé et qui a toujours fonctionné comme ça. Moi j'arrive
259 avec...C'est comme le marc de café, le marc est là...Faut mettre un peu d'eau donc on a
260 dilué, on a passé le café et maintenant c'est mieux.

261 **Quelles sont vos priorités ?**

262 Qu'est-ce qu'il ne faut pas qu'il oublie ? Qu'il n'est pas tout seul, qu'il travaille avec d'autres,
263 qu'il travaille dans une équipe et qu'il travaille avec des équipes. Ce n'est pas son équipe à
264 lui, il travaille avec des équipes en pluridisciplinarité, en articulation...Je crois que s'il oublie
265 qu'il est tout seul déjà bah c'est comme dans les pays du Maghreb hein, c'est, c'est un homme
266 de tout pouvoir et là c'est dangereux...Je pense que c'est...Si on revient au cas de la personne
267 qui a arrêté les études, je pense qu'elle ce n'était pas retrouvé dans son élément. Donc elle a
268 dû quitter l'établissement, elle a quitté l'établissement...Le cadre a du pouvoir entre
269 guillemet, il travaille avec d'autres, d'autres cadres, il travaille avec euh..., je veux dire tout
270 ce qui est corps administratif, il travaille avec une équipe soignante hein, il doit travailler avec
271 eux

272 **Qu'est ce qui lui donne le pouvoir ?**

273 Ce qui donne le pouvoir ? Je pense que c'est son..., ce sont ces acquis professionnels, je veux
274 dire son vécu professionnel au début je n'étais pas comme ça, c'est-à-dire qu'on évolue avec
275 le temps. C'est-à-dire que le positionnement du diplôme va faire, c'est honnête ce que je vous
276 dis. Quand j'étais faisant fonction, j'avais très peu de bonjour de mes collègues...La relation
277 n'était pas la même. Le jour où je passais à l'école, vous passez le concours, les portes
278 s'ouvrent. Le jour où vous avez votre diplôme, vous avez, allez-vous avez, on vous ouvre un
279 peu plus les portes. Mais le jour où vous êtes un peu plus connu, où vous avez fait un peu plus
280 vos preuves, vous êtes un peu plus, mieux reconnu et là l'équipe, dès le début ils savaient que
281 j'étais diplômé, il me connaissait en tant que, bah par mon prénom hein mais euh si j'avais été
282 faisant fonction, ils auraient été voir quelqu'un d'autre....Le diplôme y fait ça c'est clair et
283 net, ça je peux vous le dire par expérience ça je peux vous le dire. Après il y a le vécu
284 professionnel. Maintenant ça fait deux ans euh, voilà ça y fait. Elles sont satisfaites ou pas
285 écoutez voilà c'est comme ça, je n'ai pas d'autres solutions, on a nos limites aussi. Et puis il y
286 a le travail à côté. J'ai plein de missions transverses à côté voilà. Je peux pas être à 100% dans
287 les étages, c'est...D'abord mon bureau n'est pas dans l'étage donc c'est clair...Faut que je
288 travaille aussi. Elles attendent de moi que le travail se fasse, que je règle les
289 dysfonctionnements...Donc on va dire voilà. Si j'en reviens qu'est-ce que l'autorité du

290 cadre ? Si y'a une autorité parce que si on se fait pas respecter ça fonctionne pas hein ?...Ça
291 fonctionne pas. Mais faut aussi garder son caractère.Se positionner, s'exprimer, qui a bon
292 euh, celui qui aime pas les difficultés, Celui qui crie la plupart du temps c'est la même chose.
293 C'est qu'il n'a rien à y faire. Si c'est pour toujours critiquer les, y'a toujours du positif hein.
294 La vie est faite de belles choses. Euh si on est toujours dans la contestation, ça va pas marcher
295 puisque, euh, on peut pas toujours critiquer son voisin et puis il est là aussi pour apporter du
296 positif et puis pour vous dire aussi bah écoutez je suis désolé, on est avec les moyens du bord,
297 c'est vrai vous avez raison. Hein je leur ai dit la dernière fois « écoutez, je vous comprends, je
298 suis tout à fait d'accord avec vous ce que vous dites, je vous comprends parce que, bah on n'a
299 pas les moyens du bord et je les aurais pas ». Mais là, j'ai une position qui est du côté de
300 l'équipe...Je vous ai dit, on se positionne du côté de l'institution, de l'équipe et du corps
301 médical.....On est homme avant tout enfin on est humain avant tout. Mais attendez !je ne suis
302 pas un bœuf. Je vais pas tout casser parce qu'il faut tout casser.....Mais je vous dis je n'ai pas
303 tout fait ce que j'avais prévu quand je suis arrivé depuis 2 ans mais ça m'est égal hein. Faut
304 savoir mesurer les choses, je ne suis pas là pour tout casser. Je suis là pour euh pour travailler
305 sur la prise en charge ouais prendre soin plutôt...Important, je pense que le cadre il a son
306 diplôme, c'est vrai mais euh il n'est pas là pour de la production quoiqu'il doit avoir un esprit
307 aussi de gestion. La gestion humaine et puis aussi des soucis d'équipes oui mais des
308 problèmes d'équipe en deux ans j'ai dû en avoir qu'un.....Mais ils doivent toujours tendre à la
309 créativité c'est important ça. Utilisez les compétences de chacun. Hier par exemple y'avait de
310 l'accordéon parce qu'une soignante aime l'accordéon. Ce matin je lui dis « vous avez
311 vraiment bien jouer, va falloir poursuivre ». Et là j'avaisJ'avais évalué ces compétences,
312 je savais qu'elle faisait de la musique donc compétence personnelle, je lui ai dit à un entretien
313 « vous faites de l'accordéon ? Ce serait bien de jouer dans le service ? J'ai usé de ses
314 compétences personnelles, je la valorise. Elle n'est pas si...Enfin elle est soignante avant tout
315 mais elle est mère avant tout. Et en fin de compte, il faut user des compétences de chacun. Et
316 communiquer...Voilà les connaître. Je connais peut être mieux les soignants que je connais
317 les malades mais bon c'est comme ça.

318 **Pourquoi ce souhait de nouvelle orientation ?**

319 Alors nouvelle orientation, d'abord j'étais roulant pendant des années. J'étais roulant on va
320 dire effectivement dans une agence intérimaire pendant 2 ans. J'ai fait tout ce qui était intensif
321 avant pour m'orienter vers la gériatrie parce que je ne connaissais pas. Et donc, j'ai travaillé
322 sur tout l'Ouest, pas mal de ? J'ai dû changer 10 fois d'établissements pour le plaisir de

323 changer. Pour me donner un peu d'angoisse. Ca j'aime. Et j'aime bien me mettre sous
324 pression en fin de compte. Ouais je ne sais pas.... Ça a rien à voir mais euh et après, on
325 m'a donné ici, j'étais roulant ici pendant 11 ans dans les étages. Je faisais 1/2 journée par ci
326 par là mais ça me dérangeait pas...Puisque j'aimais beaucoup et ce que je regrette un peu
327 dans les remplacements ici c'est que y'a beaucoup de soignants qui deviennent qui sont dans
328 le malus parce qu'elles ne veulent pas changer. Y'a le bonus et le malus pour moi. Vous
329 sortez de l'école, vous avez toutes les compétences et à un moment donné, si vous ne faites
330 pas de la recherche intellectuelle. Moi je donne des cours à l'extérieur, c'est pour vous dire
331 euh je suis formateur à l'extérieur, mais si vous n'êtes pas dans une recherche, vous perdez du
332 quotient intellectuel progressivement, même si vous êtes dans l'actif. Faut toujours se former.
333 On vous dit à l'école des cadres, d'être dans la recherche, de toujours vous former. Et je me
334 rends compte que même si vous êtes dans l'activité professionnelle, vous avez tendance à
335 perdre ce que je regrette beaucoup. C'est-à-dire que de ne rester que dans 2 étages, vous
336 perdez. Et ça je leur dis aux soignants. Vous vous situez où, dans quelle tranche ? C'est ça la
337 vraie communication, c'est de leur dire, ce n'est pas de les mettre en difficultés, c'est pour ça
338 que je donne beaucoup de formations. Là je faisais mes plannings, je dois être à 55 jours de
339 formation depuis le début de l'année...Là elles auront, c'est ce que je leur souhaite, c'est
340 qu'elles acquièrent le maximum de compétences mais en fonction de leur projet à elles, le
341 projet de service. J'ai pas mis les formations uniquement pour le plaisir de donner. Y'en a qui
342 ont déjà eu 8 jours de formation depuis le début de l'année...Et la direction sait très bien
343 comment je fonctionne...Non ce n'était pas un souhait. Et j'ai même téléphoné le jour où ils
344 m'ont dit acceptez. Ils sont venus me chercher c'est vrai hein c'est réel. Je n'ai jamais postulé
345 pour ce poste-là. Et ils m'ont demandé et j'ai téléphoné le lendemain en disant non attendez je
346 suis incapable d'assurer ce que vous me demandez, je refuse. La directrice des soins m'a dit
347 non non non vous réfléchirez vous verrez moi j'ai fait pareil. Bon vous savez on a des sueurs
348 hein. Tout seul. J'ai travaillé avec ma collègue qui était là déjà. Ma collègue me connaissait.
349 Elle savait très bien et en fin de compte, j'ai tenu, j'ai tenu 3 ans comme ça. Ouais faisant
350 fonction. Je me suis débrouillé tout seul. J'ai organisé un service tout seul. Tout seul oui et
351 puis je faisais aussi bah j'hospitalisais des gens avec l'intermédiaire des médecins de ville
352 puisque je travaillais en réseau avec les médecins de ville. j'en avais 25 et puis voilà. Et puis
353 l'idée m'a donné de poursuivre. Je n'en savais rien si j'étais capable de faire l'école des
354 cadres

355 **Je vous remercie**

La légitimité

Une attention particulière pour le cadre de santé.

Manager une équipe de professionnels de santé engagerait toute la complexité de la relation, pour favoriser la légitimité du cadre de santé au travers de ses rôles, ses fonctions, ses missions. La position hiérarchique du manager lui donnerait une domination sur l'équipe, mais quel type de domination ? Le cadre de santé exercerait du pouvoir et/ou de l'autorité sur l'équipe. Ses qualités de positionnement sont ainsi déterminantes au quotidien. Mais comment ?

Pour favoriser l'implication de l'ensemble des professionnels, les actes et les actions doivent être reconnus, justifiés, expliqués et rationnels. Ces conditions favorables à l'adhésion des soignants sont liées à l'action sociale, soit la relation établie entre le manager et l'équipe au travers d'une présentation et donc d'une connaissance mutuelle des valeurs, des attentes, des intérêts de chaque individu.

Alors le cadre de santé doit être attentif et développer des capacités d'écoute, de disponibilité, d'accompagnement, avec un rôle majeur d'interlocuteur privilégié dans un sentiment de confiance partagé.

Mots clés :

légitimité, domination, rationalité, valeurs, confiance.