

Le cadre est-il encore « de santé » ?

Le cadre est-il encore « de santé » ?

EPIGRAPHE

*« La vie est belle le destin s'en écarte
Personne ne joue avec les mêmes cartes
Le berceau lève le voile, multiples sont les routes qu'il dévoile
Tant pis on n'est pas nés sous la même étoile. »*

IAM, extrait de la chanson : *Nés sous la même étoile*

REMERCIEMENTS

À X, mon directeur de mémoire, pour son attention, sa guidance, ses précieux conseils,

À X, qui m'a soutenu, à la maison, de bout en bout de ce travail, qui a su avoir les mots justes,

À ma famille, qui m'a également apporté confort et réconfort tout au long de cette année de formation,

À mes collègues de formation, avec lesquels j'ai pu discuter, échanger, parfois débattre, c'est par le débat que l'on construit,

Et enfin, aux formateurs et intervenants de ce cursus de formation, les apports de leurs pratiques, de leurs savoirs, qui ont été les pierres fondatrices d'une nouvelle pratique professionnelle, celle du cadre de santé.

SOMMAIRE

SIGLAIRE	10
INTRODUCTION	12
1. CADRE CONTEXTUEL	18
1.1 L'HÔPITAL À TRAVERS L'HISTOIRE	18
1.1.1 L'hôpital « charité »	18
1.1.2 L'hôpital « étatisé »	19
1.1.3 L'hôpital « rationalisé »	20
1.1.3.1 Le Nouveau Management Public ou la rationalisation des soins	21
1.1.3.2 Loi HPST : l'hôpital « polarisé »	23
1.1.4 L'hôpital une structure multidimensionnelle	24
1.2 L'INFIRMIÈRE À TRAVERS L'HISTOIRE	25
1.2.1 Laïcisation des soins	25
1.2.2 Reconnaissance des compétences infirmières	26
1.2.3 L'infirmier général : un aboutissement hiérarchique ?	27
1.3 LE CADRE DE SANTÉ À TRAVERS L'HISTOIRE	28
1.3.1 De l'infirmière surveillante au cadre infirmier	28
1.3.2 Du cadre infirmier au cadre de santé	30
1.4 CADRE DE SANTÉ : UNE DÉFINITION COMPLEXE	32
1.4.1 Cadre, encadrant et encadrement	33
1.4.2 Le cadre manager	34
1.4.3 Le cadre transversal	35
1.4.4 Le cadre formateur	36
1.4.5 Le cadre expert	36
1.5 CONCLUSION DU CADRE CONTEXTUEL	37
2. CADRE CONCEPTUEL	40
2.1 LES PROFESSIONS	40

2.1.1 Le modèle corporatif	41
2.1.2 Le modèle collégial	41
2.1.3 Le modèle libéral.....	42
2.1.4 De la profession au groupe professionnel	42
2.2 LES GROUPES PROFESSIONNELS	42
2.2.2 La théorie fonctionnaliste.....	42
2.2.3 La théorie interactionniste.....	44
2.3 L'IDENTITÉ	48
2.3.1 L'identité personnelle.....	48
2.3.1.1 L'approche holistique.....	49
2.3.1.2 L'approche interactionniste	50
2.3.1.3 Muabilité de l'identité personnelle.....	51
2.3.2 L'identité professionnelle.....	52
2.3.2.1 De la qualification à la compétence	53
2.3.2.2 La professionnalisation : un processus conflictuel.....	54
2.3.2.3 L'identité professionnelle : un processus transactionnel.....	55
2.4 CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL	56
2.4.1 Cadre de santé, un groupe professionnel aux contours flous	57
2.4.2 Cadre de santé, une « dyade » de l'identité professionnelle	58
2.4.3 « Encadrer le cadre » : la nécessité d'une approche interactionniste.....	60
2.5 OUTIL MÉTHODOLOGIQUE.....	61
2.5.1 PRÉSENTATION DE L'OUTIL.....	61
2.5.1.1 Intérêts	61
2.5.1.2 Limites.....	63
2.5.2 PRÉPARATION DE L'OUTIL	63
2.5.2.1 Choix de la population cible.....	63
2.5.2.2 Organisation des FG.....	64
2.5.3 DÉROULEMENT DES FG	65

3. ANALYSE	68
3.1 PRÉPARATION DE L'ANALYSE	68
3.1.2 Caractérisation de la population cible	68
3.1.2 Appropriation du corpus	69
3.1.3 Interprétation du corpus	69
3.1.4 Modélisation du corpus	70
3.2 IDENTITÉ PROFESSIONNELLE OU IDENTITÉ CULTURELLE ?	71
3.2.1 Le professionnel de santé, une culture soignante affirmée	71
3.2.2 De la culture soignante à la culture cadre, une transmutation culturelle ?	73
3.2.3 Quel héritage de la culture cadre ?	75
3.2.4 De la culture soignante à la culture cadre : premier niveau du processus d'acculturation	76
3.3 L'IDENTITÉ HYBRIDE DU CADRE DE SANTÉ	77
3.3.1 Cadre de santé : une identité ancrée	78
3.3.2 Cadre de santé : entre accord et désaccord sémantique	79
3.3.3 Cadre de santé : une identité contextualisée	81
3.3.4 Cadre de santé : une identité scindée	82
3.3.5 L'identité « inter-venante » du cadre de santé : deuxième niveau du processus d'acculturation	83
3.4 DE LA VERTICALITÉ À LA TRANSVERSALITÉ : L'ESSOR D'UN MANAGEMENT CLINIQUE	85
3.4.1 Le cadre de santé dans l'organisation : une identité figée	86
3.4.2 Le cadre de santé : une identité statutaire entre autonomie et prescription	87
3.4.3 L'héritage soignant : une approche managériale qui se distingue	90
3.4.4 La culture cadre de santé par les compétences	92
3.4.5 La culture cadre de santé par la clinique	94
3.4.6 Le management clinique : troisième niveau du processus d'acculturation	95
3.5 LE PROCESSUS DE NÉGOCIATION INTRA ET INTERPERSONNEL DU CADRE DE SANTÉ	98

3.5.1 Cadre de santé : une individualité identitaire dans la collectivité.....	98
3.5.2 Cadre de santé : une identité par l'expérience personnelle et interpersonnelle ...	100
3.5.3 Le négociation identitaire : quatrième niveau du processus d'acculturation	102
3.6 CONCLUSION DE L'ANALYSE	104
CONCLUSION	107
BIBLIOGRAPHIE	109
ANNEXES	113
ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENREGISTREMENT AUDIO DE L'ENTRETIEN COLLECTIF.....	114
ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN COLLECTIF	115
ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN COLLECTIF	117
ANNEXE IV : GRILLE DE LECTURE	118

SIGLAIRE

ADF : Association des Dames de France

ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé

ARH : Agence Régionale d'Hospitalisation

CAFIM : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Moniteur

CAFIS : Certificat d'Aptitude aux Fonctions d'Infirmier Surveillant

CCI : Certificat de Cadre Infirmier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CHRU : Centres Hospitaliers Régionaux Universitaire

CNRTL : Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales

CSBM : Consommations de Soins et Bien Médicaux

CSP : Catégories Socio-Professionnelles

DCS : Diplôme de Cadre de Santé

DMP : Dossier Médical Partagé

DPI : Dossier Patient Informatisé

DSI : Direction des Soins Infirmiers

EHESP : École des Hautes Études en Santé Publique

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

FG : Focus Group

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital Patient Santé Territoire

IDE : Infirmier Diplômé d'Etat

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers

IPA : Infirmier de Pratique Avancée

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

NGP : Nouvelle Gestion Publique

NMP : Nouveau Management Public

NPM : New Public Management

NTIC : Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication

OST : Organisation Scientifique du Travail

PCS : Professions et Catégories Sociales

PIB : Produit Intérieur Brut

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SIC : Sciences de l'Information et de la Communication

SIH : Système d'Information Hospitalier

SROS : Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire

SSBM : Société de Secours aux Blessés Militaires

T2A : Tarification À l'Activité

TIC : Technologies de l'Information et de la Communication

UCSS : Union Catholique des Services de Santé

UFF : Union des Femmes Françaises

INTRODUCTION

Infirmier Diplômé d'État (IDE) depuis juillet 2012 de l'Institut de Formation des Soins Infirmiers (IFSI) du Centre Hospitalier X, ma pratique professionnelle est, à ce jour, le fruit d'expériences et de rencontres dans un environnement aux multiples dimensions.

À la sortie de l'IFSI, je me considérais comme un « néophyte » du soin. Avec une base construite par la formation initiale, s'exposait alors face à moi une multitude de choix, d'options, de possibilités pour l'exercice infirmier. Ma représentation de la profession s'est peu à peu affinée au fur et mesure de mon parcours professionnel. J'ai exercé dans un premier temps en milieu hospitalier dans un secteur de santé mentale, en service fermé d'amission puis en unité de réhabilitation psychosociale. En parallèle de mon activité hospitalière, j'ai également exercé en tant qu'infirmier libéral. Ces différentes situations de travail ont participé à la construction de mon identité professionnelle, une identité infirmière.

En mai 2018, alors infirmier en service de réhabilitation psychosociale au Centre Hospitalier X, j'ai été sollicité par la Direction des Soins Infirmiers (DSI), pour participer au projet de déploiement du nouveau Dossier Patient Informatisé (DPI) sur l'ensemble de l'établissement. Jusqu'à présent, le DPI ne couvrait que certains services, notamment en intra-hospitalier, avec des fonctionnalités limitées aux dossier de soins infirmiers (transmissions ciblées, prescriptions de traitements, prescriptions de soins et plan de soins). La volonté de l'établissement était d'impulser une dynamique de dématérialisation du dossier patient avec l'arrivée de ce nouveau DPI. Pour ce faire, la direction a missionné une cheffe de projet, qui est la responsable du Système d'Information Hospitalier (SIH). Cette dernière a créé une équipe projet d'une quinzaine de professionnels (infirmiers, cadres de santé, pharmaciens, médecins, informaticiens et assistantes médico-administratives). Cette équipe était gérée par un comité de pilotage composé de la Directrice des Soins Infirmiers, d'un cadre supérieur adjoint à la DSI et de la responsable du SIH.

Dans un premier temps, nous avons été formé à l'utilisation du logiciel puis à son paramétrage. L'objectif était d'affiner les caractéristiques du logiciel pour qu'il soit le plus proche possible des pratiques professionnelles et du parcours patient en santé mentale. Riche de profils divers sur le plan professionnel, l'équipe a ainsi été formée pendant trois semaines et demie. Puis, elle a effectué les paramétrages de l'outil de mai 2018 à décembre 2018. Le cap fixé était la « bascule » de l'ancien DPI vers le nouveau au 1^{er} avril 2019. Nous avons mené une campagne de formation de grande ampleur sur tout l'établissement de janvier 2019 à mars

2019. Tous les professionnels devant travailler sur ce DPI ont été formés, ce qui représente un total avoisinant 800 personnes.

Durant ce projet, j'ai pu m'initier d'une part aux fonctions de formation, d'autre part à des approches de la fonction managériale par l'accompagnement et la coordination des utilisateurs sur l'outil et enfin aux fonction d'expert par le développement de compétences techniques dans l'utilisation et le paramétrage du DPI. Impliqué, de sa phase de construction à sa phase d'application, la DSI m'a alors proposé un poste de Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) afin de conforter les compétences que je venais de développer.

Débutant cette prise de poste au sein d'une unité d'addictologie, j'ai poursuivi mon implication dans le projet avec un temps prévu, de mission transversale, sur la poursuite de déploiement des fonctions du DPI. Si ces principales fonctions ont pu être installées dans l'ensemble des services de l'établissement, différentes missions demeuraient, que ce soit l'assistance aux utilisateurs au travers d'une *hotline*, la formation des nouveaux arrivants, la poursuite du paramétrage pour les activités spécifiques de l'établissements (unité du sommeil, centre d'électro convulsivothérapie, structures médicosociales, etc.). Pour cela, l'équipe projet a été maintenue mais avec une réduction de ses membres. Il fut décidé de conserver trois professionnels : deux FFCS, dont je faisais partie, et un cadre de santé. Mes différentes tâches réalisées dans cette mission transversale m'ont également amené à développer des projets en coordination avec les instances administratives, techniques et médicales pour une approche globale, notamment dans le cadre de réformes¹.

Cette situation, au départ d'infirmier dans une mission transversale puis de FFCS en situation d'encadrement, à la fois sur une unité de soins et sur une mission transversale, constitue la phase d'appel de ce travail d'initiation à la recherche. Plus précisément, elle se situe dans l'échange, l'interaction avec les pairs. L'interaction est au centre des principales interrogations et explorations sur lesquelles je reviendrai à plusieurs reprises notamment dans la partie conceptuelle de ce travail. Après plusieurs mois sur cette mission transversale, les collègues cadres de santé ont, de temps à autre, échangé avec moi sur les avancées du projet. De par l'interdisciplinarité et l'interprofessionnalité de mes missions, j'ai pu être identifié comme une personne ressource en cas de difficultés dans l'utilisation du DPI. Ce positionnement mais surtout le déploiement d'un FFCS sur une telle mission provoquait

¹ J'ai notamment pu travailler sur la réforme de l'isolement et de la contention du patient (Art. 84 de la Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021). Toute contention de plus de 24h et tout isolement de plus de 48h doit être déclaré et certifié au juge de la détention et de la liberté en vue de contrôler le respect de la procédure de soins. L'objectif était d'adapter le logiciel à cette nouvelle réforme.

quelques réactions chez les pairs. Certains étaient curieux des tâches que je pouvais effectuer sur ce projet tandis que d'autres se posaient la question si c'était réellement la place d'un cadre de santé ou FFCS d'être en charge du paramétrage d'un outil vu comme purement technique. Ces réflexions allaient jusqu'à proposer une autre profession pour la réalisation de ces tâches : « *Ne devrait-il pas y avoir un informaticien ? N'est-ce pas le travail des informaticiens ?* ». Dans d'autres situations, l'interrogation était faite sur le ton de la plaisanterie : « *Comment va l'ingénieur informaticien ?* ». Si ces remarques peuvent paraître anodines, selon moi, elles sont porteuses d'une forte symbolique voire d'un symptôme. Je ne parle pas ici d'un symptôme sur le plan physiopathologique mais d'un symptôme sur le plan sociologique.

Ces échanges ont été, pour moi, la source de nombreux questionnements qui m'ont permis d'orienter mes recherches afin de définir un contexte et des concepts théoriques dans le but d'éclaircir ces réactions « symptomatologiques ». Premièrement, quelles évolutions ont marquées l'environnement de travail, à savoir l'hôpital ? Quels changements ont marqué la profession de cadre de santé ? Deuxièmement, mes observations sont issues d'échanges avec les pairs, d'une interaction par la relation interpersonnelle entre collègues, entre professionnels mais aussi avec la hiérarchie. Si la profession est influencée par une organisation mouvante du travail, les relations en son sein constituent également une partie non négligeable. De ce fait, quelles sont les missions attendues d'un cadre de santé par l'institution, par ses pairs ? Enfin, dans la relation qu'elle soit entre pairs, avec la hiérarchie, les équipes de soins, administratives, techniques, la question du sens donné à la profession est un axe central, qui va au-delà des missions, et qui pourrait être une partie de l'analyse symptomatologique. Quel sens est donné par l'institution et le groupe cadre de santé à la profession de cadre de santé ? Existe-t-il des sens communs ? Existe-t-il des sens contraires ? Dans quelles mesures s'expriment-ils et pour quelles perspectives dans l'évolution future de la profession ? Quelle est l'identité professionnelle du cadre de santé aujourd'hui ? En somme, **en quoi l'identité professionnelle actuelle et future du cadre de santé est-elle le résultat d'un processus de négociation identitaire ? (Cf. p.59)**

Au détour de ces expériences professionnelles, j'ai pu me rendre compte que la profession est soumise à la fois à un processus formatif par le passage en institut de formation et à la fois par un processus interactif au travers de l'exercice dans les organisations de santé. Il s'agit d'une interrogation majeure sur l'impact de ces organisations mais aussi des pairs sur l'évolution de la profession.

Le système de santé est un environnement complexe qui a connu des mutations profondes tant sur le plan organisationnel que fonctionnel. Il constitue un reflet de la société, à savoir que les changements sociétaux ont une répercussion sur la dynamique du système de santé et que le système de santé a également une influence sur la société : « [...] *l'hôpital devient le miroir de nos sociétés, en particulier des problèmes ou des défaillances que l'ordre social ne parvient pas à prendre en charge [...]* » (Chauveau, 2011). Les questions de santé sont une des thématiques centrales que ce soit d'un point de vue environnemental (le lien est étroit entre santé et écologie), d'un point de vue économique (la santé a un coût), d'un point de vue juridique (le droit à la santé et le droit en santé), etc. Nombreux sont les domaines impliqués et impliquant la santé au sens large du terme. Dans cette relation d'interdépendance, nous pouvons cibler plus précisément l'hôpital. Au cours des derniers siècles, il s'est installé comme une véritable institution aux caractéristiques diverses qui a vécu de nombreuses évolutions. Il est un lieu de passage, de rencontre. Il accueille les patients et régleme les activités des professionnels répondant à ces besoins par une offre de soins. Accueillant auparavant les miséreux, les lépreux, les marginaux par une vocation religieuse, il est, à ce jour, une organisation laïque, technique et bureaucratique². Cherchant à répondre aux besoins de santé avec davantage de précision, de qualité et de technicité, l'hôpital a réorganisé ses services, dans le sens de l'offre de soins et de la gestion des professionnels.

S'agissant de l'offre de soins, celle-ci s'est spécialisée avec des pratiques de soins de plus en plus perfectionnées, dont nous pouvons citer les techniques chirurgicales, les nouvelles thérapeutiques. Elle s'est également coordonnée afin de dynamiser les parcours patients en intra hospitalier et en extra hospitalier. Elle s'est ouverte à la numérisation du dossier patient. En cela, le DPI est un virage technologique pris par l'hôpital à l'ère de la dématérialisation. Ces nouveaux outils sont un pont, entendu comme un décloisonnement, entre l'hôpital et la ville. Le DPI est également une ouverture sur le Dossier Médical Partagé (DMP) qui est un véritable outil de coordination des soins entre professionnels hospitaliers et professionnels de ville. Il me paraît important de cibler l'influence du numérique sur les réorganisations hospitalières car elle est un point central de ma situation d'appel.

Concernant la gestion professionnelle, elle est également impactée par ces différentes réorganisations. Au carrefour des nouvelles approches du patient, les professionnels hospitaliers sont soumis à des évolutions de leurs professions. Plus précisément, ils rencontrent des changements dans leurs pratiques, que ce soit dans la relation au patient, à son entourage,

² Nous entendons ici une institution bureaucratique comme défini par Max WEBER dans « *Économie et société, tome 1 : les catégories de la sociologie* ».

dans la relation aux pairs, à la hiérarchie. Premièrement dans la relation au patient, l'officialisation des droits du patient hospitalisé³ et sa consolidation par la charte du patient hospitalisé⁴ ont été une nouvelle approche dans l'accompagnement aux soins. Deuxièmement, la mise en place des maisons des usagers⁵ a renforcé la notion de démocratie sanitaire avec une place donnée à l'entourage, au monde associatif pour une meilleure collaboration hôpital-extérieur. Enfin, les professionnels de santé connaissent de profonds changements dans leur pratique par l'évaluation et la réévaluation constante des compétences. En effet, dans un contexte d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, le développement des compétences des professionnels est un enjeu majeur pour les organisations de santé. Je reviendrai sur l'impact de l'approche par compétence dans la construction identitaire dans la partie conceptuelle.

Les réorganisations du système de santé ont eu un impact important dans la pratique des professionnels de santé. Dans ce contexte mouvant, il est intéressant de se pencher plus particulièrement sur la place du cadre de santé. Souvent reconnu comme « acteur majeur » des transformations des structures de santé, il n'en demeure pas moins que sa position pivot entre hiérarchie et équipe de soins est une place qui peut être d'autant plus atteinte par les évolutions⁶. Le cadre de santé est aux premières loges des évolutions dans l'accompagnement des patients et des organisations de santé. À la croisée des chemins entre mondes décisionnels et mondes opérationnels, sa pratique professionnelle a connu de profonds changements depuis ses racines du surveillant infirmier au cadre de santé. La dynamique managériale par la rationalisation des organisations de santé a été un vecteur fort dans la mutation du cadre de santé, passant d'un statut de surveillant à gestionnaire.

Mon parcours professionnel, ponctué de diverses expériences et notamment celle du projet sur le DPI, ainsi que ce début de réflexion sur l'évolution des organisations de santé et l'impact sur les professions de santé, constituent un axe central de ce travail d'initiation à la recherche.

³ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴ Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

⁵ Circulaire N°DHOS/E1/2006/550 du 28 décembre 2006.

⁶ Il peut être intéressant de se figurer cette position pivot comme un rouage, une articulation. D'un point de vue cinétique, ce sont les articulations qui sont les plus sollicitées lors des mouvements, que ce soit sur le plan morphologique et physiologique dans le corps humain ou sur le plan mécanique dans une automobile.

Afin d'étayer ces premières interrogations, j'ai souhaité inscrire ce travail d'initiation à la recherche dans un cadre sociologique et plus précisément dans l'approche par la sociologie des professions. Dans une première partie conceptuelle, je présenterai comment cette discipline a émergé puis a étudié la construction, la revendication et la protection des professions. Je détaillerai également en quoi des activités deviennent professions, ce qui les distingue du métier, de l'occupation. J'aborderai ensuite le concept de groupe professionnel, à savoir la manière dont les professions se sont regroupées, ont entretenu des relations avec l'État, le public mais aussi les professions dites « voisines ».

Dans une seconde partie conceptuelle, j'aborderai le concept d'identité, à la fois personnelle et professionnelle, au travers d'approches différentes. J'analyserai les caractéristiques de l'identité professionnelle, en quoi elle prend racine dans des processus collectifs mais aussi individuels.

Cette partie conceptuelle sera conclue par une phase d'élaboration d'une question de recherche accompagnée d'hypothèses de recherche. Cette étape permettra de guider le choix et la construction de l'outil de recherche.

Enfin, dans le but de transposer ce travail analytique, de sa phase interrogative, contextuelle puis conceptuelle à un terrain de recherche, je présenterai l'outil méthodologique. Il s'agit de l'entretien collectif ou focus group. Dans une première partie, je ciblerai les contours de cet outil, son intérêt, ses limites, les modalités de mise en œuvre et la population choisie. Puis, dans une seconde partie, je me concentrerai sur l'analyse des éléments observés lors des entretiens collectifs en les mettant en lien avec les concepts développés au préalable et cherchant à répondre aux hypothèses de recherche.

1. CADRE CONTEXTUEL

Afin d'étayer ce cadre contextuel, je détaillerai chronologiquement les trois composantes qui, selon moi, sont des éléments pivots dans la constitution de la profession de cadre de santé :

- l'hôpital ;
- la profession infirmière ;
- la profession de cadre de santé.

Dans une première partie, je reviendrai sur les principales réformes de l'hôpital qui constituent à ce jour « le visage » du système de soins en France. Dans une seconde partie, je développerai les évolutions de la profession infirmière comme métier « source » de la profession de cadre de santé. En effet, forte d'une dynamique de reconnaissance de leurs compétences et dans un contexte de spécialisation des hôpitaux, ce mouvement constitue le point de départ de la profession de cadre de santé. Enfin, dans une troisième partie, j'analyserai les mutations du surveillant infirmier au cadre de santé, en les liant aux précédentes présentations puis en concluant par un état des lieux de la profession.

1.1 L'HÔPITAL À TRAVERS L'HISTOIRE

Au cours de ces derniers siècles, l'hôpital a été soumis à de multiples transformations. Si ses valeurs d'universalité, d'égalité et de solidarité ont peu évolué, sa structure interne a fortement été bouleversée au gré des politiques économiques et sociales.

1.1.1 L'hôpital « charité »

Aux IV^e et V^e siècles, la santé est avant tout l'affaire du domaine religieux. Ce sont les maisons d'hospitalités qui sont créées par le clergé catholique. À partir du XII^e siècle, elles sont contrôlées par les représentants du pouvoir central. Leur mission principale est de recueillir les malades, les pauvres, les mendiants, les personnes âgées mais aussi les pèlerins sur le chemin de Compostelle. Elles participent également à soigner les lépreux en périphérie de ville. Il s'agit d'une première fonction asilaire.

En 1551, il y a une première apparition de la notion de coût de la santé avec la mise en place d'une taxe communale pour rééquilibrer les comptes hospitaliers. En 1662, l'accueil hospitalier est élargi à tout le royaume par Louis XIV qui ordonne la création d'un Hôtel-Dieu afin d'accueillir et « *renfermer les pauvres, vieillards, vagabonds, enfants orphelins et prostituées* » (Safon, 2019). La fonction asilaire de l'hôpital est confortée. En 1796, sa gestion, jusqu'ici confiée à des congrégations religieuses est déléguée à la commune, on parle de municipalisation des hôpitaux : « *La gestion de l'hôpital est rattachée à la commune de son implantation : chaque commission élit un receveur qui rend compte tous les trois mois. L'administration municipale transmet ensuite ces comptes à l'administration départementale.* » (Safon, 2019)

Les prémices d'une gestion des coûts et des décisions institutionnelles se dessinent peu à peu. L'hôpital devient une vitrine des évolutions en matière de santé notamment au travers des améliorations dans le domaine de l'hygiène avec l'arrivée de l'asepsie et de l'antisepsie au XIX^e siècle.

1.1.2 L'hôpital « étatisé »

Les hôpitaux, jusqu'ici gérés uniquement par la commune, gagnent en autonomie par leur rattachement au pouvoir central dans l'ordonnance du 18 décembre 1839⁷ avec l'instauration des directeurs d'établissement et des médecins chefs. Cette dynamique se concrétise avec la loi du 7 août 1851⁸ qui met en avant l'autonomie des hôpitaux et la fin de la gestion par les communes :

Les hôpitaux et les hospices deviennent des établissements autonomes disposant de la personnalité morale, c'est-à-dire du droit d'avoir son patrimoine, de disposer d'un budget et d'agir, le cas échéant, en justice. Ces établissements publics ne sont plus dépendants de la commune de leur lieu d'implantation, même si les délibérations de leur assemblée délibérante doivent être approuvées par le conseil municipal de ladite commune avant de subir la même procédure devant le préfet de département.

(Safon, 2019)

⁷ Ordonnance du 18 décembre 1839 portant règlement sur les établissements publics et privés consacrés aux aliénés.

⁸ Loi du 7 août 1851 sur les hôpitaux et les hospices.

La fonction asilaire des hôpitaux, maintenue depuis la création des premières maisons d'hospitalité, s'efface avec la loi du 21 décembre de 1941 portant sur la réorganisation des hôpitaux et hospices civils. Elle garantit une ouverture des hôpitaux à toutes les classes sociales. L'Etat devient responsable du fonctionnement de l'hôpital, la direction en est assurée par le préfet ou le ministre. L'intégration des élus dans les fonctions de l'hôpital demeure au travers des commissions administratives composées de représentants du conseil municipal de la commune.

Fort d'une position sociale marquée, l'hôpital assoit un nouveau rôle avec le développement des professions hospitalières au travers de l'enseignement et de la recherche. En 1958, une réforme hospitalière dite « réforme hospitalo-universitaire » instaure la création des Centres Hospitaliers Régionaux Universitaires (CHRU) réunissant l'université et l'hôpital notamment pour la formation des médecins à temps plein. Il est à noter que cette réforme souhaite impulser une dynamique de modernisation des établissements de santé.

Dans les années 1960 et 1970, bénéficiant d'un contexte économique favorable, les hôpitaux se développent avec l'arrivée de nouvelles techniques de soins. Cette période d'expansion et de technicisation des établissements de santé accroît le nombre de personnels hospitaliers, qu'ils soient soignants, administratifs ou techniques. On parle également de période de spécialisation des professions de santé que je détaillerai dans la partie sur les mutations de la profession de cadre de santé.

L'hôpital s'est construit une place centrale au cœur de la vie sociale et urbaine dans la société française. Les individus sont attachés aux hôpitaux. L'accueil sans conditions et la proximité des services de soins présentent de réels bénéfices. Son évolution, et plus largement celui du système de santé, a fortement contribué à l'amélioration de l'état de santé de la population. Cependant, son fonctionnement coûteux interpelle les pouvoirs publics qui vont travailler à la maîtrise des dépenses en matière de santé.

1.1.3 L'hôpital « rationalisé »

Au début des années 1980, l'évolution des dépenses de santé a de plus en plus de poids sur l'économie française suite à l'expansion et la spécialisation des établissements de santé. De plus, le contexte économique n'est plus aussi favorable faisant suite à des crises financières mondiales. Les pouvoirs publics mettent en place une suite de réformes budgétaires des hôpitaux afin de contrôler les dépenses de santé : « *L'instauration d'un taux directeur pour le*

prix de journée doit permettre de maîtriser la croissance de ces dépenses. Cela ne suffit pas : au début des années 1980, les hôpitaux se voient imposer une dotation globale, autrement dit un budget a priori sans aucune possibilité de correction en cours d'exercice. » (Chauveau, 2011). L'instauration d'un taux directeur puis la budgétisation des hôpitaux par la mise en place d'une dotation globale sont respectivement mises en œuvre au travers des lois du 19 janvier 1983⁹ et du 3 janvier 1984¹⁰. Dans le même temps, l'activité hospitalière va être suivie et analysée au travers de la mise en place du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI). Il constitue, encore aujourd'hui, un baromètre « technico-économique » des établissements de santé. Malgré ces réformes de financement des hôpitaux, les dépenses de santé représentent toujours une part élevée du Produit Intérieur Brut (PIB). Elles sont également une part importante des Consommations de Soins et Bien Médicaux (CSBM)¹¹. Face à cette évolution croissante des dépenses, l'État va peu à peu mettre en place une gestion des établissements de santé, selon une méthode employée majoritairement dans les pays anglo-saxons, le *New Public Management* (NPM). Il s'agit d'une nouvelle approche gestionnaire que l'on peut également retrouver sous l'appellation de Nouveau Management Public (NMP) ou Nouvelle Gestion Publique (NGP). Elle peut être vue comme le point de départ d'une période dite de rationalisation des hôpitaux.

1.1.3.1 Le Nouveau Management Public ou la rationalisation des soins

Les causes de l'augmentation des dépenses hospitalières sont multiples et ne sauraient être imputées à un domaine précis, que ce soit les nouvelles techniques de soins (thérapeutiques, dispositifs médicaux), l'augmentation et la spécialisation des personnels hospitaliers, les projets architecturaux des établissements, etc. Toutefois, la nécessaire maîtrise des coûts de santé, sous une approche du NMP, renvoie à la notion de performance et de réussite. L'action publique éducative, à titre d'exemple, peut être réglementée par une réussite attendue, le taux de réussite aux examens ou le taux de réussite aux concours post-scolaires. Pour le secteur de la santé, la notion de réussite est inadaptée. Les professionnels de santé soignent sans pour autant garantir une réussite, la guérison.

⁹ Loi du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale.

¹⁰ Loi n°84-5 du 3 janvier 1984 portant diverses mesures relatives à l'organisation du service public hospitalier.

¹¹ « La CSBM, agrégat central des comptes de la santé, représente la valeur totale des biens et services consommés pour la satisfaction des besoins de santé individuels [...] » - <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-04/annexes-6.pdf> (consulté le 15/01/2022)

Le NMP applique cette notion de réussite dans la santé sous le prisme du résultat. Si les structures et les professionnels de santé ne peuvent garantir des résultats au vu de l'hétérogénéité des patients accueillis, le NMP aborde cette notion sous la forme de contrôle des procédures, d'obligation de moyens et d'exigence de niveau de qualité. Dans ce sens, la loi du 31 juillet 1991¹² et l'ordonnance du 24 avril 1996¹³ sont les traductions législatives du NMP. Premièrement, la mise en place des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaires (SROS), venant compléter les cartes sanitaires instaurées en 1970, sont un outil d'analyse, région par région, des établissements de santé au regard des besoins de santé et des coûts de l'offre de soins. Deuxièmement, la création des Agences Régionales d'Hospitalisation (ARH) décentralise les pouvoirs publics au niveau régional et introduit une gestion partagée des dépenses des hôpitaux. Troisièmement, l'intégration du Projet d'Etablissement dans les hôpitaux constitue la démarche de réalisation par objectifs avec une projection d'activités et de développement de l'offre de soins sur le moyen et long terme. Enfin, la construction d'une démarche d'accréditation par le lancement de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES), Haute Autorité de Santé (HAS) de nos jours, est une entrée dans la régulation des procédures de soins.

Deux dimensions constituent le NMP, une dimension fonctionnelle et une dimension économique. Si la santé est perçue comme une dépense, elle est aussi un investissement, dans le sens où l'on peut parler de « retour sur investissement » : *« Le coût de la mauvaise santé commence, certes, à être considéré comme un enjeu : des économistes et des chercheurs en médecine calculent ce que la dépression fait perdre aux entreprises en termes de productivité. »* (Demailly, 2013). Sur le plan législatif, la santé n'étant qu'un coût et non un investissement, le NMP a impulsé des dynamiques de financement des établissements de santé dans lesquelles la réforme de la Tarification À l'Activité (T2A), instaurée par l'ordonnance du 2 mai 2005¹⁴, a joué un rôle clé dans la réglementation et la codification à la fois des recettes perçues par l'hôpital mais aussi des parcours de soins.

Les réglementations des pratiques sont à la fois l'engagement des établissements de santé dans l'amélioration de la qualité mais aussi une réponse en cas de non-respect des droits des patients. Elles constituent une base en cas de conflit. Elles sont une partie de la judiciarisation des pratiques de soins. En cela, la loi du 4 mars 2002¹⁵ est venue renforcer les droits des patients hospitalisés mais a également avancé la notion de démocratie sanitaire comme

¹² Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

¹³ Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

¹⁴ Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.

¹⁵ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

une volonté de placer le patient au centre des dispositifs de soins et de renforcer sa participation aux décisions stratégiques des établissements de santé.

Le NMP est un virage dans la conception de l'offre de soins. Là où la santé était auparavant vue comme un besoin auquel l'État répondait par sa mission d'État providence, elle est désormais vue comme un coût qu'il faut maîtriser. Un mot résume la globalité de l'approche par la rationalisation du NMP, il s'agit de l'efficience. Selon le Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales (CNRTL), l'efficience peut être défini comme suit : « *Aptitude (d'une machine, d'une technique, d'une personne ou d'une entreprise) à fournir le meilleur rendement*¹⁶. » La notion « d'hôpital-entreprise » fut citée dans certains discours politiques, dans sa recherche d'efficience mais aussi dans sa modélisation organisationnelle. Pour décrire cette dernière conception, il est intéressant d'analyser les impacts de la loi Hôpital Patient Santé et Territoires¹⁷ (HPST) qui structure l'hôpital en pôle d'activités.

1.1.3.2 Loi HPST : l'hôpital « polarisé »

L'organisation des activités hospitalières en pôles d'activité n'est pas due uniquement à la loi HPST du 21 juillet 2009. L'ordonnance du 2 mai 2005 précisait déjà la possibilité pour les établissements de santé d'organiser leurs activités en pôles cliniques, médicotechniques, etc. Cependant, la loi HPST a réellement dynamisé cette nouvelle structuration. Elle permet un décloisonnement entre les différentes composantes professionnelles de l'hôpital ce qui impacte fortement le rôle du cadre de santé sur lequel je reviendrai dans la partie contextuelle de la profession. Elle permet également une fluidification des parcours de soins à l'hôpital, les pôles étant majoritairement organisés par systèmes d'organes ou pathologies. Trois outils de déclinaison de la politique d'établissement sont au cœur du pôle d'activité :

- « *le projet de pôle [...] qui définit les missions et les responsabilités confiées aux structures internes pour atteindre les objectifs assignés au pôle.*
- *Le contrat de pôle [...] présentant les objectifs et les axes de travail que se donnent le pôle en lien avec le projet médical du pôle pour une durée définie.* » (Havard, 2015) ;
- les indicateurs de gestion : il s'agit d'un suivi de l'activité du pôle, permettant la justification du développement ou non de certaines activités au sein du pôle, il aide également à la prise de décision.

¹⁶ <https://www.cnrtl.fr/definition/efficience> (consulté le 10/12/2021)

¹⁷ Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

1.1.4 L'hôpital, une structure multidimensionnelle

L'hôpital doit répondre à des besoins de santé en proposant une offre de soins par l'organisation de services. Il assure la mise en coopération de professionnels par des règles et des normes garantissant une qualité et une sécurité des soins pour les personnes accueillies, patients ou professionnels. Il est un lieu de recherche et d'expérimentation au regard de questionnements éthiques. Dans son adaptation aux besoins de santé, l'hôpital répond également aux défis de société comme par exemple le vieillissement de la population avec une nécessité de revoir les organisations, les territoires de santé. Il est à la fois une symbolique sociétale mais aussi une administration garantissant un service public :

L'hôpital continue à s'incarner dans une administration, dans des bâtiments mais aussi dans une fonction qui, au-delà des soins dispensés, participe du contrôle social, on naît et on meurt à l'hôpital. L'hôpital est également un lieu de rapports de forces entre des soignants et des soignés, et un endroit où se manifestent des hiérarchies, entre médecins d'une part, et entre le personnel soignant, le personnel administratif et le corps médical d'autre part. (Chauveau, 2011)

Outre sa composition organisationnelle, l'hôpital est un lieu où naissent et se croisent des activités, des tâches qui elles-mêmes se structurent en professions. Il constitue un environnement de travail et d'observation qu'elle soit sociologique, psychologique, anthropologique, juridique, etc. Après avoir vu l'évolution de cet environnement de travail ayant subi de profondes mutations, quelles en ont été les répercussions sur l'évolution des professions constituantes de sa structure ? Comment ont évolué les professions soignantes et plus précisément celles d'infirmier et de cadre de santé ?

1.2 L'INFIRMIÈRE À TRAVERS L'HISTOIRE

Dans ce chapitre, je reviendrai sur les étapes clés de l'évolution de la profession infirmière. De son apparition, s'opposant aux religieuses, de sa confirmation où seront créées les premières écoles d'infirmières à sa reconnaissance étatique par la législation d'une qualification infirmière nécessaire dans les hôpitaux en pleine expansion. Au début de ce chapitre, je parlerai volontairement « d'infirmière » puis je basculerai sur infirmier étant donné la forte féminisation de la profession à ses débuts.

1.2.1 Laïcisation des soins

Depuis la transformation des hôpitaux en maisons d'hospitalité puis en Hôtel-Dieu, les soins sont réalisés par des religieuses, sans réelle formation, selon le sens théorique, dans une vocation portée par la foi catholique :

Les communautés religieuses assurent les soins aux malades, soins considérés comme des actes de charité basés sur la dévotion et la vocation. L'esprit religieux confond le soutien spirituel et les soins corporels, les religieuses soignant les âmes plutôt que les corps. Les infirmières en tant que groupe social trouvent leur origine dans celle des ordres religieux liés au christianisme. (Jeanguiot, 2006)

Deux courants de fondation de la profession infirmière naissent. D'un côté, Désiré Magloire Bourneville, médecin à l'Assistance Publique de Paris, dispense des formations à destination du personnel hospitalier sous la forme de cours du soir : « *La formation du personnel laïc de salle doit permettre de remplacer le personnel religieux, souvent peu disposé à suivre les prescriptions médicales ; les religieuses refusant, par exemple, de réaliser les vaccins* » (Divay & Girard, 2019). De l'autre côté, Anna Hamilton sur Bordeaux et Léonie Chaptal sur Paris créent des écoles avec des critères d'accès dont pour celle d'Anna Hamilton : « *L'idée de cette école [...] est de recruter des jeunes filles « de bonne famille », qui ont déjà une solide éducation de base et des aptitudes intellectuelles et morales* » (Divay & Girard, 2019). Parallèlement, la laïcisation de l'infirmière est appuyée par la loi du 9 décembre 1905¹⁸ concernant la séparation de l'Église et de l'État dans un contexte de révolution pasteurienne avec de réels progrès techniques et médicaux en matière d'hygiène des soins.

¹⁸ Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État.

1.2.2 Reconnaissance des compétences infirmières

À la sortie de la Première Guerre mondiale, les infirmières sont mobilisées par le retour des blessés. Un grand nombre d'entre eux tombe dans la pauvreté. L'hygiène devient une nécessité de santé publique. L'infirmière est officiellement reconnue par l'État avec le décret du 17 juin 1922¹⁹ instaurant la création de brevets de capacité professionnelle pour plusieurs branches de la profession infirmière, qu'elles soient hospitalières, visiteuses d'hygiène sociale, etc. L'infirmière suit une formation pratique et valide un examen final, avec l'obligation de présence d'un médecin dans le jury.

À part la séparation entre infirmière attachée à une forme de vocation et celles attachées à une profession, il est intéressant d'analyser la scission entre infirmière du sanitaire (hôpitaux) et infirmière du social (visiteuses). Suite à la période de Grande Dépression en 1929, ces infirmières visiteuses se détachent peu à peu des soins d'éducation à l'hygiène au domicile des patients car se rendant compte que le levier d'action tient d'abord à l'accès aux droits sociaux et à la protection sociale. Leur rôle de représentation du médecin au domicile du patient, pour ceux ne se déplaçant pas aux dispensaires, leur confère une autonomie et une liberté dans la prise de décision que certaines vont mettre en avant et, par conséquent, créer une certaine réticence dans le corpus médical. Cela conduit au décret du 18 février 1938²⁰ instituant des diplômes simples et supérieurs d'infirmiers ou d'infirmières hospitaliers et d'assistants ou d'assistantes de service social de l'État. Les infirmières visiteuses sont dorénavant rattachées au corps des assistantes sociales créé en 1932, de même :

- *il instaure la sélection à l'entrée des formations*
- *il institue un diplôme supérieur pour les infirmières hospitalières, leur permettant d'exercer des fonctions d'encadrement et de formation*
- *il stipule que le titre d'infirmière diplômée de l'État français sera exigé pour tout exercice dans un établissement public ou privé agréé, et les exercices dérogatoires sont fortement réduits. (Divay & Girard, 2019)*

L'obligation pour les hôpitaux de recruter des infirmières et sceller la reconnaissance de leurs compétences dans le système de santé va être définie par la loi du 15 juillet 1943²¹

¹⁹ Décret du 27 juin 1922 portant institution du brevet de capacité d'infirmière professionnelle

²⁰ Décret du 18 février 1938 ordre de la Santé Publique

²¹ Loi du 15 juillet 1943 : organisation et exercice de la profession d'infirmiers hospitaliers (formation des infirmières et infirmiers).

obligeant les hôpitaux à recruter du personnel infirmier et la loi du 8 avril 1946²² rendant le diplôme infirmier obligatoire pour l'exercice en établissements de santé. La profession infirmière protège ainsi ses activités et conforte définitivement sa scission avec la religieuse dispensant jusqu'ici les soins bénévolement par charité et profession de foi.

1.2.3 L'infirmier général : un aboutissement hiérarchique ?

Parmi les évolutions de la profession infirmière, il est important de retranscrire ses « ramifications hiérarchiques ». D'une part, ces ramifications donnent lieu au surveillant infirmier puis à l'infirmier général. Le décret du 11 avril 1975²³ crée le corps des infirmiers généraux. Parmi ses missions on retrouve :

- *coordonner les activités des personnels soignants ;*
- *participer à la gestion des personnels ;*
- *veiller à la qualité des soins infirmiers ;*
- *participer à la conception, à l'organisation et à l'évolution des services médicaux.* (Eggers, 2008)

Avant 1991, il s'agit d'un cadre infirmier supérieur placé au plus proche du chef d'établissement mais sans réel pouvoir décisionnaire. La loi de réforme hospitalière du 31 juillet 1991 viendra confirmer le statut d'une hiérarchie infirmière au sein de l'instance de direction avec la création de la direction des soins infirmiers et le placement du directeur des soins infirmiers à la tête de la commission de soins infirmiers.

Forte d'une dynamique de reconnaissance de ses compétences, la profession infirmière est à ce jour en passe de développer sa propre discipline de recherche en sciences infirmières qui par ailleurs est déjà acquise dans certains pays notamment anglo-saxons. De plus, la création du statut d'Infirmier de Pratique Avancée (IPA), par la loi du 26 janvier 2016²⁴, est venue confirmer la validation d'une expertise infirmière dans la prise en charge de certaines pathologies.

²² Loi n°46-330 du 8 avril 1946 relative à l'exercice des professions d'assistantes ou d'auxiliaires de service social et d'infirmières ou d'infirmiers.

²³ Décret n°75-245 du 11 avril 1975 relatif au recrutement et à l'avancement des infirmiers et infirmières généraux et des infirmiers et infirmières généraux adjoints des établissements d'hospitalisation publics.

²⁴ Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

Dans le prochain chapitre, je détaillerai la ramification hiérarchique la plus proche de l'infirmier, le cadre de santé. Effectivement, l'approche socio-historique du corps infirmier permet d'entrevoir cette profession comme une « racine », une profession « source » du cadre de santé. Cette symbolique constituera une partie de l'analyse conceptuelle de la profession cadre de santé.

1.3 LE CADRE DE SANTÉ À TRAVERS L'HISTOIRE

Dans cette partie, je présenterai dans un premier temps les points d'étapes de la construction d'une profession de cadre de santé. De ses débuts, au moment de la laïcisation des soins infirmiers, à ce jour, avec un ancrage fort dans des compétences gestionnaires, j'analyserai les évolutions marquantes de la profession. Dans un second temps, je dresserai un état des lieux de la profession, ce qui la définit, ce qui la caractérise. Afin d'appuyer ce constat, je m'appuierai sur les réformes hospitalières qui constituent un tournant majeur pour la profession de cadre de santé.

1.3.1 De l'infirmière surveillante au cadre infirmier

Au début de la laïcisation des soins et de l'avènement de l'infirmière, la profession, à majorité féminine, demeure dans une relation dominée au sein de l'institution hospitalière. Le travail infirmier est en grande partie régi par la prescription médicale. En 1878, le médecin Désiré Magloire Bourneville, ayant impulsé la création de la profession infirmière, crée la fonction d'infirmière surveillante, il les décrit comme suit : « *Les futures suppléantes ou surveillantes devront non seulement être des infirmières "soignantes" d'élite, mais aussi au fait des questions d'économie, de maintien de l'ordre et de la discipline dans les salles de malades.* » (Divay, 2017). Cette création est avant tout un acte politique. Bourneville cherche avant tout à évincer le pouvoir religieux en remplaçant les religieuses du soin et de l'encadrement par des infirmières surveillantes laïques. Il crée cette fonction sans pour autant acter une formation. Ces infirmières cheffes sont promues à l'ancienneté et doivent faire appliquer les consignes médicales par une approche de contrôle et de surveillance. Sur le plan législatif, la fonction de cheffe infirmière est décrite pour la première fois dans la circulaire du 28 octobre 1902 dite circulaire Combes : « *Les cheffes d'infirmières qui sont situées en deux lieux : d'une part, à la tête des écoles [...] ; d'autre part, à l'hôpital [...]* « il est désirable qu'en

haut de l'échelle, et pour diriger le personnel, l'on place une femme. En bas de l'échelle, et pour les gros ouvrages, l'on emploiera des serviteurs et des servantes. » (Divay & Girard, 2019). La promotion au rang de cheffe ne tient ici compte que du sexe et non d'une qualification ou de compétences requises identifiées préalablement. Les hommes sont médecins ou alors cantonnés au rôle de serviteur. Parallèlement, Anna Hamilton met en place dans ses écoles d'infirmières des « *sous-cheftaines* » et « *cheftaines* » responsables de l'encadrement d'élèves en formation et de « *garde-malades* » : « *Les cheftaines assuraient l'intendance, c'est-à-dire : contacts, accords, fonctionnement, planification, progression des enseignements selon les années de présence, programmes, etc.* » (Divay & Girard, 2019).

Une fois de plus, la promotion de ces infirmières d'élite en « *sous-cheftaines* » ou « *cheftaines* » relève de caractéristiques sexuées voyant dans les attributs de la femme un individu créant les conditions nécessaires à l'apprentissage de la morale soignante mais aussi aux capacités de tenir une école comme une femme pourrait, à l'époque, tenir une maison. De plus, il peut être vu, dans ces infirmières d'élite responsables de l'apprentissage et de l'enseignement soignant, l'ébauche de la profession de cadre de santé formateur.

Les infirmières surveillantes demeurent dans l'ombre de la profession infirmière malgré un premier décret en date du 10 août 1942²⁵ instituant le diplôme d'État de monitrice. L'autorité hiérarchique des surveillantes est instaurée par la réforme hospitalière de 1941 qui les place sous l'autorité du directeur. Le but de cette ligne hiérarchique de proximité pour le directeur est avant tout d'être un relais d'informations pour la mise en place des réorganisations : « *Le « progrès hospitalier » qu'il s'agit de promouvoir n'est pas seulement médical, il comprend aussi la qualité de l'accueil, de la logistique, du « climat » qui règne dans les services* » (Schweyer, 2009).

Les premières écoles d'infirmières surveillantes voient le jour en 1951 et sont encadrées par la Croix Rouge française. Le programme de formation s'appuie sur le précédent décret afin d'instaurer une surveillance aussi bien dans les services de soins que dans les écoles d'infirmières. Le programme est composé de trois socles : « *Le premier pour les techniques de soins, le second pour la pédagogie et le troisième pour l'administration des institutions [...]. Cette vision de l'enseignement est davantage tournée vers la surveillante ou l'enseignante référente technique que vers une organisation managériale ou pédagogique.* » (Eggers, 2008).

Le contexte d'évolution du milieu hospitalier, dans sa spécialisation et son expansion, augmentant les effectifs soignants, contraint les pouvoirs publics et les institutions à se pencher sur l'officialisation d'une ligne hiérarchique soignante. Le but est de coordonner les différentes

²⁵ Décret du 10 août 1942 ayant pour objet la délivrance du diplôme d'Etat d'infirmier ou d'infirmière hospitalier.

activités de soins. Deux certificats sont créés par le décret du 14 novembre 1958²⁶, le Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmier Moniteur (CAFIM) et le Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmier Surveillant (CAFIS). Ils sont basés sur le programme des écoles de la Croix-Rouge. Malgré cette législation, la création de nouvelles écoles est rare, seuls quelques hôpitaux en possèdent comme c’est le cas pour l’Assistance Publique de Paris.

Cette période, allant des années 1940 à 1970, est décrite comme une « *période traditionnelle* » pour la profession de surveillant infirmier (Feroni & Kober-Smith, 2005). L’image de l’infirmière surveillante, contrôlant l’activité de soins et basée sur une expertise infirmière est peu à peu déstabilisée par la vague de spécialisation et de technicisation des hôpitaux :

Le terme de surveillante tombe petit à petit en désuétude. Selon les dires des cadres, recueillis en entretien, leurs prédécesseur(e)s incarnent aujourd’hui un personnage dépassé, souvent décrit comme une « vieille-fille autoritaire », sévère, bras droit rigide du médecin chef, dont on entendait les talons claquer dans les couloirs des services et le cliquetis du trousseau de clefs accroché à sa taille. (Divay, 2017)

1.3.2 Du cadre infirmier au cadre de santé

Les années 1970 marquent un premier tournant dans la conception de la profession d’infirmier surveillant. La fonction d’encadrement n’est réservée pour l’heure qu’au milieu hospitalier et aux écoles d’infirmiers et exclue le milieu « non-sanitaire » de cette fonction. Dès lors, le décret du 7 août 1973²⁷ instaure la création d’un Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmier Cadre de la Santé Publique. Ce certificat met en place un encadrement infirmier pour les structures médicosociales. Les fonctions d’encadrement en unité de soins et en écoles d’infirmières restent dissociées. C’est par le décret du 9 octobre 1975²⁸ que sont réunis les CAFIS et CAFIM en un seul, le Certificat de Cadre Infirmier (CCI). Souhaitant englober tous les champs de la santé, un autre corps est également créé par l’arrêté du 22 juillet 1976²⁹ qui instaure le Certificat de Cadre Infirmier en Secteur Psychiatrique.

²⁶ Décret n°58-1104 du 14 novembre 1958 portant sur la création des Certificats d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmiers Moniteur (Monitrice) et Infirmier(e) Surveillant(e).

²⁷ Décret n°73-822 du 7 août 1973 portant sur la création d’un Certificat d’Aptitude aux Fonctions d’Infirmier Cadre de la Santé Publique.

²⁸ Décret n°75-928 du 9 octobre 1975 relatif au Certificat de Cadre Infirmier.

²⁹ Arrêté du 22 juillet 1976 portant la création d’un Certificat de Cadre Infirmier du Secteur Psychiatrique.

Ces législations marquent le pas d'une nouvelle période pour la profession, la « *période de modernisation* » (Feroni & Kober-Smith, 2005). Les cadres sont davantage tournés vers l'animation et la gestion des ressources humaines. Il s'agit d'un premier pas vers l'éloignement du métier « source » pour se rapprocher peu à peu des activités managériales que je détaillerai dans la partie suivante.

Avec le CCI, la coordination des activités de soins et les prémices d'une fonction gestionnaire se développent dans le courant des années 1980. L'avènement de la « *période gestionnaire* » (Feroni & Kober-Smith, 2005) est impulsé par les politiques de maîtrise des dépenses publiques en matière de santé. La mise en place des budgets globaux et des systèmes d'informations médicalisés place la régulation et le suivi de l'activité hospitalière au cœur des pratiques professionnelles et notamment du cadre infirmier. Peu à peu, le cadre infirmier ne peut se limiter à des fonctions de coordination et d'animation d'équipe, il acquiert également des compétences gestionnaires. La circulaire du 20 février 1990 décrit les principales fonctions de l'encadrement infirmier avec des missions attachées aux soins, à la formation des stagiaires, à la relation et la communication. Néanmoins, elle avance également une fonction de gestion et de responsabilité économique. L'efficacité, prônée par le NMP, se retrouve ici par la juste maîtrise des dépenses que ce soit dans l'organisation des moyens humains et financiers mais aussi par la responsabilisation à la qualité et la sécurité des soins.

L'éloignement avec la profession infirmière est définitivement acté avec le décret du 18 août 1995³⁰ portant sur la création du diplôme de cadre de santé. D'une part, ce décret ouvre la profession d'encadrement à quatorze professions paramédicales dont des manipulateurs en électroradiologie médicale, des préparateurs en pharmacie, des techniciens de laboratoire médicaux, etc. D'autre part, il légifère sur la formation des cadres de santé afin d'homogénéiser les pratiques : « *La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations.*³¹ »

Ce passage du cadre infirmier au cadre de santé entame peu à peu une rupture avec l'expertise de soins. Le cadre n'est plus promu à l'ancienneté, même si d'un point de vue législatif, les précédents décrets précisaient une période de trois à quatre ans avant d'accéder à des fonctions d'encadrement. Celui-ci légifère sur une période de cinq ans d'exercice qui passera plus tard à quatre ans d'exercice à temps plein. Dans les faits, l'expertise infirmière

³⁰ Décret n°95-926 du 18 août 1995 portant création d'un diplôme de cadre de santé.

³¹ Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé.

était reconnue sous le terme de l'expérience et plus précisément de l'expertise de soins. Le cadre devait être un repère pour la réalisation des soins. Pour autant, l'importance du métier « source » n'est pas complètement écartée avec une précision dans la législation concernant la nécessité pour le cadre de santé d'avoir les compétences du métier pour pouvoir encadrer les professionnels dans une unité de soins ou dans un institut de formation. Ceci renvoie à la question de la légitimité qui offre des pistes de réflexions intéressantes mais que ce travail d'initiation à la recherche ne traitera pas.

L'autre élément important de ce décret est l'évolution d'un point de vue de la formation. En effet, si des enseignements cliniques persistaient jusqu'ici dans les écoles de cadres, ils ne sont plus d'actualité dans les programmes pédagogiques des Instituts de Formation des Cadres de Santé (IFCS). La formation, d'une durée de quarante-deux semaines, est composée d'un temps théorique basé sur les sciences humaines, les sciences de gestion, les sciences pédagogiques, et d'un temps clinique en unités de soins et en instituts de formation. La volonté est de former un cadre de santé généraliste pouvant exercer dans divers milieux qu'ils soient médicaux, médicosociaux, de formation, etc. De plus, le décret incite les IFCS à coupler les enseignements du Diplôme de Cadre de Santé (DCS) à un partenariat universitaire en vue de l'obtention d'un master de niveau I ou II. Cette universitarisation de la profession est appuyée en 1999 avec la signature des accords de Bologne dans une volonté d'homogénéiser l'enseignement supérieur au niveau européen.

Ce parcours transitionnel, du surveillant au cadre de santé, du contrôleur des soins au manager des unités de soins, est le fruit d'une évolution au gré des réformes hospitalières mais aussi, comme détaillé auparavant, d'une ramification du métier « source ». Si le profil du cadre de santé s'est peu à peu transformé, quelle est sa pratique aujourd'hui ? Quels éléments structurant des établissements de santé constituent les missions du cadre de santé ? Quelles sont les perspectives d'évolution de la profession ?

1.4 CADRE DE SANTÉ : UNE DÉFINITION COMPLEXE

La profession de cadre de santé, comme d'autres professions dans le champ sanitaire, est réglementée par des référentiels d'activités, de formation, etc. Sa pratique quotidienne est au centre des établissements de santé. Souvent qualifié de « *cheville ouvrière* », le cadre de santé a un rôle important dans l'articulation et la coordination à la fois des acteurs de santé mais aussi des patients dans des parcours de soins coordonnés. Pourtant, donner une définition claire

et unifiée du cadre de santé, aujourd'hui, peut s'avérer complexe au vue de l'environnement de travail en perpétuelle mutation. Dans une volonté de dessiner les contours de cette profession, je reviendrai premièrement sur une approche sémantique de la notion de « cadre » et « d'encadrant », puis je développerai les principales missions du cadre de santé et leurs impacts dans les organisations de santé.

1.4.1 Cadre, encadrant et encadrement

Si le terme de cadre peut à la fois renvoyer à une profession, que ce soit au travers de ses missions et de son statut, il peut également signifier un objet, les contours d'un tableau, la délimitation d'une œuvre. Le cadre doit-il contenir, par une certaine rigidité, ou alors doit-il mettre en avant, valoriser les éléments internes ? En cela, Olivier Bernard, professeur en sémantique relationnelle et professionnelle, avance une définition intéressante du cadre :

La vraie fonction du « cadre » est de faire jaillir son contenu, ce qu'il entoure et le mettre en valeur. [...] On peut d'ailleurs s'autoriser à faire un parallèle entre le management et la muséologie dans laquelle les cadres, qui étaient il y a encore peu, lourds, brillants, dorés, au point de masquer l'œuvre qu'ils entouraient [...]. Ainsi le cadre du XXI^{ème} siècle se doit d'être aussi léger que possible pour laisser à son équipe la possibilité de briller. (Bernard, 2015)

Le cadre, en tant que profession, demeure au centre d'une organisation, entre hiérarchie et collaborateur, entre organisateur et exécuteur. Luc Boltanski a travaillé sur l'effort de distinction du cadre dans un environnement de travail (Boltanski, 1982). Il s'agit d'un encadrement salarié à part du salariat. Il a également démontré qu'il est complexe de concevoir le groupe cadre comme un groupe social unifié avec une vision commune. Le cadre fait à la fois partie d'un collectif de travail avec ses collaborateurs mais aussi d'un collectif d'encadrement avec ses pairs. Concernant son rôle dans les organisations, Henry Mintzberg, professeur en science de gestion, a quant à lui identifié trois principaux rôles du cadre : « rôles interpersonnels, rôles de traitement de l'information, rôles de prise de décision » (Mintzberg, 1984). Les dimensions relationnelles et organisationnelles sont une part importante des fonctions du cadre. Il incarne une fonction d'encadrement. En cela, il est un encadrant : « [...] il a la charge d'une partie de l'organisation pour laquelle il engage sa responsabilité sur un

ensemble d'objectifs et au sein de laquelle il exerce une activité de commandement sur un nombre plus ou moins étendu de salariés. » (Laude, 2009).

Cependant, est-il possible de certifier que les principales dimensions du cadre correspondent avec celles du cadre de santé ? Quelles sont les principales missions du cadre de santé ? En 2009, un rapport ministériel fut demandé à Chantal De Singly, alors directrice de l'École des Hautes Études en Santé Publique (EHESP), afin d'établir un état des lieux des cadres hospitaliers qu'ils soient administratifs, techniques ou de santé. Dans ce rapport, quatre missions principales ont été identifiées : *« Une mission de management d'équipes et d'organisations, une mission transversale ou de responsabilité de projet, une mission d'expert et une mission de formation. » (De Singly, 2009).*

La pratique du cadre de santé est multiple, elle dépend de l'environnement de travail, de l'organisation en place, des relations qu'il entretient avec les patients, ses collaborateurs, la hiérarchie mais aussi les acteurs externes aux établissements de santé.

1.4.2 Le cadre manager

Avant d'étayer cette mission du cadre de santé, une analyse sémantique du terme de « management » me semble pertinente. Son origine remonterait, en France, au XV^e siècle :

« Mesnager », qui indiquait le fait de « tenir en main les rênes d'un cheval », et était lui-même issu de l'italien « maneggiare », signifiant originellement « contrôler, dresser un cheval ». Et « mesnager » ou « maneggiare » ont une racine latine commune : « manus », la main, et « agere », agir. Cette notion est toujours utilisée en équitation [...] on parle de faire tourner un cheval dans un « manège ». (Lanoë, 2019)

Il existe différentes formes de management : le management directif, le management persuasif, le management participatif et le management délégitif. Le management est une mission se situant au carrefour de nombreuses responsabilités, la gestion des moyens humains, matériels et financiers, la gestion des compétences, la coordination des activités et le suivi de l'activité. Le cadre de santé doit composer avec plusieurs acteurs dans sa pratique et notamment le médecin chef de service. Entre responsabilité fonctionnelle et hiérarchique, la relation médecin-cadre est primordiale afin d'articuler les parcours de soins au regard des objectifs du projet de service. En cela, la loi HPST a renforcé cette dimension d'articulation plaçant le cadre de santé au cœur d'un « triumvirat » composé du cadre supérieur de santé, du médecin chef de

pôle et du cadre de santé. Cette articulation est essentielle pour les organisations de santé : « *Ce subtil travail d'articulation est assuré par des « agents d'articulation » que sont le médecin (« la figure centrale de cette planification ») mais surtout le cadre de santé, sans qui « le travail de trajectoire s'arrêterait dans un grincement »* (Havard, 2015). Il s'agit ici de coordonner les activités de soins par une articulation de quatre « mondes » décrit par Mintzberg et Glouberman (Glouberman & Mintzberg, 2001) :

- « *monde du médical (cure)* ;
- *monde du soin (care)* ;
- *monde du contrôle (control)* ;
- *monde de la communauté (community)* ».

Avec la réforme HPST, il y a un changement de paradigme avec la mise en place des pôles d'activité. Le cadre de santé est d'autant plus impliqué dans la mise en œuvre de la politique institutionnelle au plus proche du patient. Il a un rôle pivot au sein de l'organisation « [...] *non seulement il traite l'information en tenant compte des différentes dimensions, mais il est amené à prendre des décisions au plus près de la personne soignée.* » (Duplus, 2013).

Au milieu de ces différents « mondes », chacun avec leur particularité, leurs objectifs spécifiques, le cadre de santé est un pont, un lien. Il met du liant entre ces différentes strates de l'organisation. Pour ce faire, il doit agir en transversalité.

1.4.3 Le cadre transversal

Les établissements de santé sont des organisations complexes dans lesquelles le travail en transversalité est à la fois un outil de décloisonnement qui peut s'avérer difficile pour les cadres de santé en terme de compétences nécessaires. En effet, les compétences transversales sont d'origines multiples : « *Les compétences transversales ou soft skills [...] désignent souvent un ensemble de compétences telles que la communication, la créativité, le travail en équipe, la résolution de problèmes, la résolution des conflits, etc., que l'on distingue des connaissances et compétences techniques (dites hard skills)* » (Bauvet, 2019). Elles s'opposent à la verticalité de l'environnement de travail. Elles nécessitent, de la part du cadre de santé, un processus d'intercompréhension, comme un « pas de côté ». L'intercompréhension est à la relation interprofessionnelle ce que l'empathie est à la relation soignant-soigné. Il s'agit ici pour le cadre de santé de concevoir les organisations comme des environnements vivants dont il convient d'en analyser l'architecture, les *process*, et les acteurs de travail : « *Les entreprises semblent donc aujourd'hui devoir sortir du paradigme de l'organisé pour embrasser celui du vivant* »

(Bonnet & Bonnet, 2006). Les fonctions transversales du cadre sont un atout pour les réformes actuelles et à venir des organisations de santé : « *La transversalité permettrait de prendre conscience de l'entrecroisement des fonctions et des rôles, des appartenances culturelles et historiques* » (Audebert, 2001).

1.4.4 Le cadre formateur

La compétence formation du cadre de santé, auparavant distinguée des fonctions d'encadrement d'une unité de soins avec les CAFIS et CAFIM, est depuis une composante de la formation en IFCS. Un module lui est consacré avec un temps clinique en institut de formation. Néanmoins, cette compétence ne peut se limiter aux pratiques d'enseignement des futurs professionnels de santé. Le cadre de santé, qu'il soit en unité de soins ou institut de formation, est un professionnel de l'accompagnement. Il accompagne les individus dans un processus de professionnalisation par une approche pédagogique mais aussi évaluative. Je reviendrai dans la partie conceptuelle sur le terme de professionnalisation car il est ancré dans le concept d'identité. Le cadre de santé accompagne les professionnels au développement de leurs compétences soit en vue d'une diplomation, en institut de formation, ou en vue de la réalisation des projets de service voire des projets personnels du professionnel, en unité de soins. Enfin, l'universitarisation de la formation de cadre de santé le place également dans une posture de chercheur. Il crée, il innove, il analyse, il communique sur les différents aspects afférents aux soins mais aussi aux pratiques managériales et pédagogiques.

En d'autres termes, le cadre de santé est formateur tout au long de sa pratique professionnelle. Sa posture varie en fonction de l'organisation de travail dans laquelle il exerce.

1.4.5 Le cadre expert

Si une mission d'expertise est attribuée au cadre de santé dans le rapport de Chantal De Singly, qu'en est-il dans sa pratique quotidienne ? Est-il un expert du soin, hérité de son passé de surveillant infirmier et devant être une référence soignante pour les équipes qu'il encadre, ou est-il devenu un expert de l'encadrement ?

Là où expertise rimait avec expérience, elle est aujourd'hui une notion polysémique incluant différentes dimensions. Premièrement, il existe une dimension cognitive qui peut être distinguée du spécialiste dans le sens de maîtrise de savoirs procéduraux. Le spécialiste va maîtriser des compétences précises dans un domaine précis. Ses compétences sont aiguisées

pour des situations préétablies avec des schèmes de réalisation de l'activité maîtrisés et non remis en question. L'expert cognitif peut être défini comme suit : « *un individu qui dispose d'une compétence à analyser et résoudre des situations diverses et non triviales en s'appuyant sur une capacité à combiner et à mobiliser rapidement savoirs théoriques et empiriques* » (Bootz & Schenk, 2014). Il agit non dans un domaine précis mais en transversalité, il combine des données de différents domaines. Il les analyse et propose des actions en s'appuyant sur ses ressources personnelles mais aussi extra-personnelles. Jacques et Rosette Bonnet parlent « *d'expert naissant* » : « *Il commence à raisonner l'organisation comme un système, comme un ensemble de facteur interagissant et il situe son rôle dans la facilitation de ces interactions de toutes natures* » (Bonnet & Bonnet, 2006).

Il s'agit ici d'une ébauche de l'expertise transversale, à savoir une capacité du cadre de santé à se décentrer d'une problématique, à la concevoir comme faisant partie d'un tout et pouvant impacter d'autres structures internes ou externes au service. C'est pourquoi, il est important d'avoir une vision globale, d'identifier sa pratique et celle des autres au sein de ce système. Cette posture est appuyée par une habileté communicationnelle et interactionnelle notamment pour expliciter ce système, le présenter aux collaborateurs, parler des enjeux qui peuvent parfois dépasser la vision des équipes de terrain.

1.5 CONCLUSION DU CADRE CONTEXTUEL

Le cadre de santé a construit sa pratique professionnelle autour de trois ancrages forts de son environnement de travail. Premièrement, la profession de cadre de santé a connu de profondes mutations au gré des réformes hospitalières. Son approche multidimensionnelle des structures de santé lui permet aujourd'hui de cultiver une posture en transversalité. Deuxièmement, au travers de l'évolution de la profession infirmière, le cadre de santé a hérité d'une responsabilité hiérarchique mais aussi fonctionnelle de l'organisation des activités de soins. Par ailleurs, il a hérité d'une conception soignante du management en santé. Enfin, le visage du cadre de santé s'est développé autour de sa pratique même qui, parfois, peut être qualifiée d'invisible. Effectivement, c'est avant tout un travail dans l'interrelation par l'explicitation, l'approche par la conviction, la recherche de compromis et de consensus par la négociation.

La coordination exercée par les cadres de santé s'est adaptée aux évolutions notamment de la prise en charge globalisée du patient. Le développement de l'offre ambulatoire, le raccourcissement des séjours hospitaliers et le développement des parcours de

soins ont vu les cadres de santé initier de réelles compétences d'organisation et d'orientation des patients dans un réseau de santé donné. Ils doivent dépasser les frontières hospitalo-centrées afin de lier et mettre du liant entre les différentes structures : « *Les cadres de santé sont appelés à faire les coordinations de la prise en charge du patient sur des terrains plus vastes que l'hôpital, soit au travers de réseaux, soit au travers de ramifications de la structure mère dans la cité et les points les plus reculés [...]* » (Eggers, 2008).

Face à ces différentes évolutions de l'hôpital mais aussi de l'offre de soins proposés, que ce soit sur le plan substantiel (techniques de soins, protocoles thérapeutiques) ou organisationnel (parcours de soins, réseau de santé, changement du statut patient), le cadre doit prévenir ces différents changements en ayant « un coup d'avance ». Comme on pourrait l'entendre dire « *prévenir, c'est diriger* ». Il est intéressant de concevoir le terme de « diriger » comme donner un cap, un sens aux collaborateurs et le justifier auprès de la hiérarchie. Le cadre de santé fait face à une gestion permanente du changement, dans un contexte de double contrainte générée par le NPM (efficience, efficacité, résultats, objectifs, qualité). Cela le conduit à rester éveillé, à mobiliser un esprit créatif dans le sens de développer à la fois des outils pour le suivi et la traçabilité des résultats mais aussi d'être créatif dans l'animation du collectif de travail : « *les cadres de santé sont des « fabricants de cohérence » (construisent du sens)* » (Laude, 2009). Pour autant, s'ils savent construire du sens dans l'information transmise et dans la pratique des autres, construisent-ils du sens dans la leur ?

Situé à la croisée des chemins entre injonctions institutionnelles et autonomie des collaborateurs, l'exercice du cadre de santé est une pratique professionnelle soumise à de fortes tensions. Comme le précise le rapport de 2007 du ministère de la Santé de la Jeunesse et des Sports, citant la profession de cadre de santé comme métier sensible de la fonction publique, parmi les critères relevés, on retrouve :

- « *L'évolution des pratiques de soins*
- *L'évolution de l'organisation des soins*
- *L'évolution de l'organisation interne et du management* » (*Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles*, 2007).

Cela confirme l'analyse contextuelle avec les trois éléments impactant l'évolution de la profession cadre de santé. Ces facteurs de tension sont tout autant des éléments pouvant impacter le groupe cadre de santé comme son identité professionnelle.

En somme, dans un environnement multidimensionnel et soumis à de profondes mutations, en quoi être cadre de santé constitue-t-il une profession ? Comment les cadres de santé se retrouvent-ils autour de pratiques, de normes, de codes, d'une identité ? En quoi forment-ils un groupe professionnel ? Au travers de ces premières interrogations, il est également intéressant d'approfondir le concept d'identité professionnelle. Comment se construit l'identité ? Quelles sont les caractéristiques de l'identité personnelle et professionnelle ? Comment l'identité professionnelle est-elle partagée ? Comment est-elle négociée ?

Après cette analyse contextuelle, voici la problématique que j'ai pu dégager : **en quoi le cadre de santé est-il à un tournant de son identité professionnelle ?** Afin d'étayer cette première réflexion, en m'appuyant sur la sociologie des professions, je développerai les concepts de groupe professionnel et d'identité professionnelle.

2. CADRE CONCEPTUEL

Au regard de l'étayage contextuel puis de la problématique posée, la sociologie des professions me paraît être la discipline d'étude la plus pertinente pour ce travail d'initiation à la recherche. En effet, elle analyse les pratiques professionnelles, leurs évolutions sur un axe temporo-spatial par l'interaction avec d'autres acteurs. Dans cette première partie conceptuelle, je reviendrai d'abord sur les modèles identifiés par cette discipline, leurs impacts sur la définition des professions. Par la suite, je présenterai les théories issues de ces modèles, la manière dont les professions se sont unies en groupes professionnels, les dynamiques qui les composent. La deuxième partie conceptuelle sera consacrée à l'identité : d'une part, les éléments clés de l'identité personnelle, au regard de différentes approches, et d'autre part, la construction de l'identité professionnelle et les interactions auxquelles elle est soumise dans un environnement de travail. Enfin, je conclurai cette partie par la mise en lien des éléments contextuels et conceptuels en vue d'élaborer une question de recherche.

2.1 LES PROFESSIONS

L'approche sociologique des professions, de ses origines anglo-saxonnes, étudie la manière dont les activités se sont constituées en professions puis, par une régulation, une interaction avec l'État, le religieux, se sont constituées en groupes professionnels. En France, le terme de profession est polysémique. Premièrement, la profession est l'idée d'exprimer sa foi, sa vocation, ses idées politiques. Deuxièmement, la profession renvoie à une activité contre rémunération. Troisièmement, elle désigne « *un ensemble de personnes exerçant le même métier* » (Dubar et al., 2015), les mêmes activités. Enfin, la profession désigne un ensemble de compétences et de fonctions reconnues par une institution. Si l'approche sociologique des professions est arrivée tardivement en France, la classification des professions est bien plus ancienne notamment par le relevé des Catégories Socio-Professionnelles (CSP) devenues Professions et Catégories Sociales (PCS) en 1982. Les données recueillies par l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques (INSEE) sur ces PCS constituent des informations essentielles pour la recherche en sociologie des professions. La construction et la reconnaissance des professions ont été différentes d'un pays à un autre. Ces dynamiques professionnelles, étudiées par la sociologie des professions, prennent forme selon trois modèles identifiés : corporatif, collégial et libéral.

2.1.1 Le modèle corporatif

Dans le modèle corporatif, l'État joue un rôle majeur dans la constitution puis la reconnaissance des professions. D'une part, le terme d'« état », désignait en France « *une catégorie juridique synonyme d'emploi qualifié ou de statut professionnel* » (Dubar et al., 2015) qui est à différencier du terme de « sans état » à savoir des individus « *sans qualification et sans appartenance à une communauté professionnelle qui les protège* » (Dubar et al., 2015). Le « corps » désigne un ensemble d'individus qui « *maintiennent leur identité en dépit des changements* » (Dubar et al., 2015). On parle d'âge d'or des corporations à savoir la reconnaissance par l'État, à la fin du XVII^e siècle, de trois groupements professionnels qui s'autorégulent, exercent un monopole de leurs fonctions et bénéficient de « libertés » et « privilèges ». Il s'agit de corporations de métiers d'arts, mécaniques, de professions libérales tels que les médecins, juristes, hommes de lettres mais aussi d'officiers et membres de grands corps d'État. Parallèlement, l'État va participer à la création de « *corps d'État* » dans un but d'industrialisation et de renforcement des moyens de défense et de communication du pays.

Pour éclairer la distinction de ce qui fait « corps », Émile Durkheim, sociologue français, établit un parallèle avec le sacré et le profane. Le « corps » définit l'identité de l'individu. Cependant, la hiérarchie des corps impose une hiérarchie des identités, de l'intégration sociale de l'individu. Par ailleurs, le sacré et le profane peuvent également distinguer deux corps de professions, l'un développant des savoirs théoriques, le sacré, et l'autre développant des savoirs pratiques, le profane. De nos jours, cette notion de « corps » se retrouve dans la fonction publique dans la distinction statutaire des professionnels. Il y a davantage une logique statutaire qu'une logique de métier.

2.1.2 Le modèle collégial

Dans ce modèle, d'inspiration germanique, le travail est conçu comme une réalisation de soi. La profession s'organise en communauté de professionnels. Elles favorisent l'autogouvernement et rejette toute intervention de l'État. Ces communautés prônent l'égalité entre leurs membres. Contrairement au modèle corporatif, l'entrée dans la communauté se fait selon la vocation et non un principe héréditaire. En France, ce modèle collégial a été étudié par Lucien Karpik dans la construction de la profession d'avocats. L'organisation des avocats s'est établie en communauté désolidarisée et indépendante du pouvoir royal au XVII^e siècle.

2.1.3 Le modèle libéral

Contrairement aux deux modèles précédents, le modèle libéral ne trouve aucune attache dans le monde religieux et pourrait être confondu avec le modèle collégial dans le refus de toute autorité extérieure. Fondé par Adam Smith et David Hume, philosophes et économistes écossais, ce modèle a donné lieu au libéralisme. L'enrichissement est vu comme un besoin naturel de l'homme. Dans cette recherche, ils conçoivent une libre économie de marché mais surtout un libre marché du travail. La valeur du travail est jugée selon sa qualité et les besoins du marché.

2.1.4 De la profession au groupe professionnel

La profession est une composante forte de l'individu. Elle lui définit un rôle dans la société. Le travail impose une activité de groupe : « *Le travail au sens large, quelle que soit sa nature (artisanal, industriel, domestique, de service, culturel, etc.) est donc réalisé par différents acteurs qui se répartissent les tâches.* » (Girard & Rigaux, 2021). Il rend nécessaire l'interaction avec d'autres acteurs pour mener à bien une ou plusieurs missions. Si le travail peut être conçu comme une chaîne d'actions et d'acteurs, chaque individu maîtrise une tâche bien particulière. Émile Durkheim, cité par Lucile Girard et Charles Rigaux (Girard & Rigaux, 2021) a nommé cette répartition des tâches comme étant « *la division du travail* ». Dans cette division du travail, Durkheim parle de « *groupements professionnels* », c'est-à-dire : « *une autorité morale dont le rôle est principalement la gestion des conflits et la régulation des relations entre individus exerçant un même métier* » (Girard & Rigaux, 2021). Dans le prochain chapitre, je détaillerai ce concept de groupe professionnel et son approche selon deux théories distinctes.

2.2 LES GROUPES PROFESSIONNELS

2.2.2 La théorie fonctionnaliste

La Révolution française et la révolution industrielle ont profondément modifié le rapport de l'individu au travail. Durkheim, dans son étude sociologique sur le suicide, décrit une perte de fondements pour l'individu à la fois dans le cadre familial, religieux et politique. Il développe une approche fonctionnaliste de la profession. Selon Durkheim, seul le travail peut

restaurer un ensemble de conduites pour un individu. Au sein du groupe professionnel, l'individu acquièrent des savoirs, des techniques, des connaissances conformes au groupe. On parle de socialisation secondaire. Elle débute lors de la formation de l'individu (école, université, institut de formation, etc.) puis se poursuit à la prise de fonction. Le groupe transmet à l'individu des normes, des valeurs, des codes qui constituent le rôle professionnel. Pour Durkheim, le groupe professionnel est la forme de socialisation pérenne face au bouleversement des cadres familiaux, religieux et politiques.

Après cette première fonction socialisatrice, le groupe professionnel a également une fonction de reconnaissance des compétences et de leur nécessité dans l'organisation. En Angleterre, certaines professions, sous la forme d'associations de professionnels, ont pu faire reconnaître, par un poids dans les décisions politiques de l'époque, leurs modalités d'exercice par l'obtention d'un diplôme et d'une formation. Alexander Morris Carr-Saunders et Paul-Alexander Wilson, tous deux sociologues, ont étudié l'évolution d'une trentaine de professions dans le paysage social anglais du XX^e siècle. Ils vont centrer leurs études notamment sur la profession infirmière. Auparavant exercée par des religieuses, la reconnaissance de leur exercice du soin comme profession fut ralentie par la conception de vocation. Le développement des hôpitaux et de l'offre de soins infirmiers a poursuivi la dynamique de professionnalisation. L'État doit alors garantir des soins de qualité et s'assurer que les professionnels soient qualifiés. La notion de qualification est alors régie par la délivrance d'un diplôme assurée par une association de professionnels, principe de la confrérie de professions. Il est à noter ici que ce développement de la profession, en Angleterre, est similaire à celui observé en France (cf. partie contextuelle).

Deux autres approches vont développer cette fonction de reconnaissance avec notamment le passage d'une « occupation » à une « profession ». Une première approche avec Robert King Merton, sociologue américain, pour qui l'universitarisation joue un rôle clé dans l'évolution vers le statut de profession : « [...] elle se dote d'un cursus universitaire qui transforme des connaissances empiriques acquises par expérience en savoirs scientifiques appris de manière académique et évalués de manière formelle [...] » (Dubar et al., 2015). Une seconde approche avec Harold Wilensky, sociologue américain qui établit six critères pour définir une profession (Dubar et al., 2015) :

- être exercée à temps plein ;
- comporter des règles d'activité ;
- comprendre une formation et des écoles spécialisées ;

- *posséder des organisations professionnelles ;*
- *comporter une protection légale du monopole ;*
- *avoir établi un code de déontologie.*

Dans la théorie fonctionnaliste, le groupe professionnel est avant tout un moyen de faire reconnaître une profession comme étant utile, nécessaire à la société, mais aussi un moyen de transmettre des normes et des valeurs aux individus en dehors du cadre familial, amical et relationnel.

2.2.3 La théorie interactionniste

La théorie fonctionnaliste est critiquée par Everett Hughes, sociologue américain. Selon Hughes, les recherches fonctionnalistes présentent des biais sur la perception du travail et de la notion de prestige du travail. Il fonde la théorie interactionniste sur le principe d'une égalité de traitements des activités. Nulle n'est plus digne ou prestigieuse qu'une autre. En effet, dans une organisation de travail, Hughes identifie des niveaux de prestige. Cité par Claude Dubar, Valérie Boussard et Pierre Tripier, il nomme cette distinction de tâches « *la division morale du travail* » (Dubar et al., 2015). L'ensemble de tâches réalisées par un groupe professionnel représente un « *faisceau de tâches* ». Parmi cet ensemble de tâches, celles interprétées comme étant les moins prestigieuses sont nommées « *dirty work* » ou « *sale boulot* ». Dans une institution, un groupe professionnel peut être amené à déléguer le « *sale boulot* » à un autre groupe professionnel. Le « *sale boulot* » est ressenti, interprété, vécu différemment selon le groupe professionnel qui l'exerce. Le groupe receveur de cette tâche peut, au contraire, reconnaître un certain prestige dans l'acquisition d'une nouvelle pratique, d'une nouvelle tâche. Cette délégation de tâche constitue pour le groupe professionnel une stratégie. Elle consiste à conserver le monopole d'une ou plusieurs tâches et à déléguer celles les moins prestigieuses. L'objectif est de protéger cette tâche et d'être reconnus comme étant les seuls à pouvoir la mener à bien, avec une certaine qualité du service rendu. La reconnaissance passe par la protection contre toute concurrence au travers d'une « *licence* » (autorisation d'exercer) et d'un « *mandate* » (obligation de missions). Ces deux notions sont les éléments clés à défendre pour les groupes professionnels mais aussi ceux à revendiquer pour les « *occupations* » non reconnues comme groupes professionnels. Hughes met également en avant le concept de « *career* » (carrière) pour étudier l'évolution d'un groupe professionnel notamment dans le rapport entre organisation du travail et trajectoires des travailleurs.

Le groupe professionnel peut également adopter une autre stratégie dans la protection de ses tâches. C'est-à-dire que seul les membres d'un groupe professionnel donné sont capables de réaliser cette tâche. Cette stratégie peut entraîner la domination sur un autre groupe voire la disparition de ce dernier par le monopole de cette tâche. La fermeture d'un groupe professionnel par la reconnaissance d'une exclusivité de tâche est ce qu'Andrew Abbott, sociologue américain, cité par Lucile Girard et Charles Rigaux, nomme « *une jurisdiction* » (Girard & Rigaux, 2021). Les règles d'intégration, de reconnaissance, de rejet du groupe vont être définies sur le plan législatif par les membres du groupe et les acteurs externes en collaboration avec le groupe. Parmi les critères d'inclusions, trois types de reconnaissances :

- *Reconnaissance par les compétences professionnelles définies et validées par un diplôme d'Etat (référentiel de profession). L'acquisition de ces compétences sont nécessaires à l'exercice de la profession.*
- *Reconnaissance par la diplomation, peut-être reconnu comme diplôme d'Etat [...]*
- *Reconnaissance par les compétences informelles : l'individu est jugé selon des critères subjectifs pour l'intégration dans le groupe et le suivi d'une formation, « on leur reconnaît ce faisant les qualités nécessaires à l'exercice de leurs fonctions. »*
(Girard & Rigaux, 2021)

Les compétences permettent au sein du groupe professionnel mais aussi en dehors de reconnaître le niveau de maîtrise, d'expertise d'une tâche. La pluralité des compétences et de leur niveaux d'acquisition au sein du groupe professionnel définissent les rôles et places de chacun. Certaines de ces compétences peuvent se situer hors du cadre législatif, celles définies par le diplôme, et être difficilement reconnues par les acteurs externes au groupe professionnel.

La relation avec les groupes professionnels « voisins » constitue également une composante de l'interactionnisme. Elle peut s'établir entre groupes professionnels ayant des compétences similaires sur certaines caractéristiques ou entre des groupes professionnels qui se côtoient dans un environnement de travail donné.

Première composante de cette relation, la visibilité. Pour un groupe professionnel ce sont : « [...] les manières de voir, de (se) donner à voir et d'être vu, inscrites dans des relations intersubjectives de reconnaissance, mais aussi dans des rapports stratégiques de pouvoir [...] » (Connan et al., 2021). L'essor des Technologies de l'Information et de la Communication (TIC)

ont modifié les interactions entre groupes et les façons de se voir et de se donner à voir. Les groupes se perçoivent selon une visibilité située et une visibilité médiatique. Les médias jouent un rôle dans la représentation des groupes professionnels. Que ce soit sur grand écran, on montre une image idéalisée voire sombre de la profession, ou sur le petit écran, par le biais de reportages sur des conditions de travail. L'essor des Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), dont les réseaux sociaux représentent une partie non négligeable, est également une porte ouverte sur une représentation des groupes professionnels. Ce support peut servir de vitrine en proposant une vision idéaliste, positive, utopiste de la profession voire une vision militante par la dénonciation de dégradation de la profession dans le contexte d'un environnement externe de plus en plus contraint. Les Sciences de l'Information et de la Communication (SIC) se croisent avec la sociologie des professions par l'approche des stratégies de groupe dans la revendication du monopole d'une tâche, dans la reconnaissance d'une expertise. Ces stratégies se réalisent dans les actes de travail, dans l'interaction avec les groupes professionnels voisins mais aussi plus largement dans l'espace public médiatique.

La deuxième composante de cette relation est la création ou la possibilité d'un espace d'observation où le groupe professionnel va pouvoir se montrer à autrui mais aussi identifier les caractéristiques du groupe professionnel voisin. Plus le groupe professionnel possède des « points d'observation » dans l'environnement de travail, plus il est en mesure d'évaluer les activités et les stratégies des groupes professionnels voisins :

Les membres des groupes professionnels s'intéressent à la dynamique des autres groupes, et notamment à celle de leurs voisins avec qui ils peuvent être dans une situation de concurrence. Dans ce contexte, ils défendent d'autant mieux leur position dans un champ d'activité qu'ils bénéficient de postes leur permettant d'observer les autres groupes professionnels. (Hénaut, 2011)

Les groupes professionnels s'observent, se jaugent, se jugent, appréhendent les changements et établissent des stratégies en fonction des réactions des autres groupes, que ce soit dans une relation de coopération, de compétition, de conflit ou d'évitement. Dans ce processus d'interdépendance, le groupe professionnel se construit selon un « modèle professionnel » qui hérite davantage d'un autre groupe professionnel considéré comme plus prestigieux que par des caractéristiques communes abstraites, on parle d'« analogie » (Hénaut, 2011). Il y a également une influence de l'organisation de travail. Les groupes professionnels reproduisent un principe de « mimétisme » décrit par Paul DiMaggio et Walter Powell dans leur article « Des

organisations en quête de légitimité » et repris par Léonie Hénaut : « *si les organisations se ressemblent tant, c'est parce que, sans en être tout à fait conscientes ni sans y être obligées, elles adoptent toutes la forme des organisations les plus légitimes ou prestigieuses dans leur champ d'activité* » (Hénaut, 2011).

En conclusion, les groupes professionnels sont :

« [...] *des ensembles de travailleurs exerçant une activité ayant le même nom, et par conséquent dotés d'une visibilité sociale, bénéficiant d'une identification et d'une reconnaissance, occupant une place différenciée dans la division sociale du travail, et caractérisés par une légitimité symbolique.* » (Demazière & Gadea, 2009).

D'une part, ils sont un moyen pour les individus de faire reconnaître leurs activités comme professionnelles, passant d'un statut d'occupation à celui de profession. D'autre part, ils participent à la protection et au développement de nouvelles compétences. En dehors des compétences et des activités, les groupes professionnels se caractérisent également par leur hétérogénéité interne. Rue Bucher et Anselm Strauss, cités par Léonie Hénaut, parlent de « *segments professionnels* » (Hénaut, 2011) à savoir, une diversité d'identités au sein des groupes professionnels : « *un processus de segmentation commence généralement par la mobilisation de quelques personnes qui, au sein d'une profession, occupent une position un peu particulière et développent une identité professionnelle spécifique* » (Hénaut, 2011).

Les groupes professionnels constituent une « entité » pour le professionnel à toutes les étapes de sa carrière. Ils se définissent par la reconnaissance de leurs tâches, de leurs compétences mais aussi par leur identité professionnelle. Ils sont un lieu de rencontre des identités personnelles et des identités professionnelles. Ils participent à la construction de ces deux pans de l'identité de l'individu. En soi, il est intéressant d'analyser les groupes professionnels au travers des processus identitaires en jeu. Comment évolue l'identité dans des groupes professionnels soumis à de profondes mutations, de leur environnement de travail, de leurs compétences ? Dans quelle mesure l'identité personnelle peut-elle s'exprimer dans des espaces normés et codifiés ? Je tenterai de répondre à ces interrogations dans cette dernière partie conceptuelle consacrée au concept d'identité.

2.3 L'IDENTITÉ

J'ai choisi de traiter le concept d'identité car, au regard du cadrage contextuel, elle est une composante clé pour la définition du cadre de santé d'aujourd'hui et de demain. En effet, comme présenté dans la partie précédente, le groupe professionnel se structure autour de la construction et de la représentation d'une identité. Dans cette dernière partie conceptuelle, je développerai le concept d'identité autour de deux composantes que sont l'identité personnelle et l'identité professionnelle.

2.3.1 L'identité personnelle

L'identité est un concept complexe qui, dans notre société actuelle, est régulièrement questionné. Que ce soit dans des débats de société au travers de « l'identité nationale », dans des questions sociales avec « l'identité culturelle », elle est une interrogation centrale sur un plan individuel et collectif.

Selon le CNRTL, l'identité vient du latin *idem* qui veut dire « le même » et désignait, au Moyen Âge, une caractéristique « *qui fait qu'une chose, une personne est la même qu'une autre, qu'il n'existe aucune différence entre elles*³² ». Si l'identité peut être conçue sous le prisme de la similarité, elle est également une recherche, pour l'individu, de sa singularité, on parle alors de la notion « *d'ipséité* » de l'identité. Cette singularité vient à se demander par quoi on se distingue des autres. La recherche d'identité par l'individu pose également la question du sens : « *L'homme est un animal identitaire, c'est naturellement un chercheur et un créateur de sens* » (Marchal, 2021b). Si la recherche de sens est un processus naturel, inné chez l'être humain, il ne réside pas seulement dans une capacité biologique mais se situe également dans les représentations, les vécus de l'individu dans un environnement social. Son identité se construit au travers de la rencontre avec l'autre, de son inscription dans un groupe.

Sur le plan théorique, deux approches de la construction identitaire se distinguent, l'une holistique et l'autre interactionniste. Dans l'approche holistique, la société est vue comme un organisme et l'identité personnelle est le fruit d'une construction par la société. Dans l'approche interactionniste, l'individu construit son identité au travers de ses interactions, dans des espaces de négociations.

³² <https://www.cnrtl.fr/definition/identit%C3%A9> (consulté le 25/01/2022)

2.3.1.1 L'approche holistique

L'approche holistique place la société dans une dimension resserrée, la famille, et dans une dimension élargie, l'école, le travail comme élément structurant l'identité de l'individu. Karl Marx, philosophe et sociologue, cité par Hervé Marchal, parle d'une identité « *aliénée* » (Marchal, 2021a). Il s'agit ici d'une identité définie dans un rapport de domination et dont l'individu n'aurait pas conscience. Inconsciemment, son identité serait construite et déterminée en fonction d'une attente de la société. Dans cette thèse déterministe d'une identité attribuée, Pierre Bourdieu, sociologue, conçoit l'identité comme une position dans la société, prédéfinie et dont l'individu peut difficilement se défaire. L'identité individuelle est dite illusoire et serait donc effacée au profit d'une attente sociétale.

Pour Émile Durkheim, l'identité se construit dès l'enfance avec l'intégration des codes et normes morales. De cette intériorisation naît une identité morale, modelée par les attentes de la société. Selon Émile Durkheim, ce processus crée une identité sociale qui est le résultat d'une transmission de ces codes, normes et valeurs morales. Cette transmission s'achève après l'enfance pour constituer un nouvel individu, un « *être social* » (Durkheim, 2013). Les caractéristiques de « *l'être social* » permettent à l'individu une appartenance à la société, à un groupe. Abraham Kardiner, psychanalyste et anthropologue parle d'une inscription des institutions culturelles que sont la famille, l'école, à une personnalité de base que représente l'enfant. Plusieurs sociologues vont travailler l'identité comme un construit culturel, que ce soit en fonction du statut, de sa position dans la société. De son côté, Talcott Parsons, sociologue, cité par Hervé Marchal, conçoit l'identité comme « un rouage de la société » (Marchal, 2021a). Dans la poursuite des travaux d'une « société institution » selon Émile Durkheim, cette dernière est responsable de la socialisation des individus et des identités comme attentes nécessaires à son équilibre. La capacité qu'ont les individus de construire, d'enrichir, de modeler leur identité est davantage vu comme une adaptation plutôt qu'une réelle innovation.

Néanmoins, l'individu n'est pas voué à une « identité socialisée » ou une « socialisation identitaire » qui figerait tout mouvement, tout processus de construction ou modification des contours de l'identité personnelle. En effet, comme le précise Anne-Marie Fray et Sterenn Picouveau, reprenant les éléments avancés par Jean-Jacques Rousseau, écrivain et philosophe, dans son ouvrage « *Le discours sur l'origine et les fondements de l'inégalité parmi les hommes* » :

« [...] ce qui reste de l'homme après cette démarche, est donc un être perfectible, [...] Un tel être est un néant qui peut devenir une infinité de choses. L'homme n'est donc pas déterminé à être ceci ou cela, il est libre, il est perfectible car il n'est, au départ, destiné à rien ; il devient ce qu'il est au fur et à mesure de son histoire, à l'occasion de ses choix. » (Fray & Picouleau, 2010).

2.3.1.2 L'approche interactionniste

Dans une opposition à la théorie holistique, la théorie interactionniste conçoit trois formes d'identités : une « *identité engagée* », une « *identité segmentée* » et une « *identité négociée* ».

Premièrement, dans une « *identité engagée* » : « *l'acteur se définit par son implication dans la vie sociale ; il se situe au cœur du monde, au centre de la vie et des formes de vie et des flux et des reflux de la vie quotidienne.* » (Marchal, 2021a). De ce postulat, l'identité ne peut être exclue des processus d'actions et d'interactions sociétales.

Deuxièmement, dans une « *identité segmentée* », les repères de l'individu se réfèrent à des « *mondes sociaux* » décrits par Anselm Strauss et des « *territoires multiples* » selon Erving Goffman, sociologue et linguiste, tous deux cités par Hervé Marchal (Marchal, 2021a). Pour Erving Goffman, l'identité est propre au rôle que va jouer l'individu dans la société. Il existe plusieurs rôles en fonction des situations qui constituent des « *scènes* ». Il parle de « *rondes journalières* » comme un enchevêtrement de « *scènes* ». L'identité diffère en fonction des scènes, il est alors normal d'avoir une personnalité multiple, une « *identité plurielle* ». Cependant, la notion d'identité multiple est contradictoire avec l'approche d'une identité unique, solide, d'où la possibilité d'interrogations, de doutes, de conflits d'identité.

Enfin, selon une « *identité négociée* », développée par Anselm Strauss, il y a une nécessité pour l'individu d'assurer un lien entre les changements d'identité : « *l'acteur doit aussi s'expliquer à lui-même le sens des changements intervenus, ce qui suppose une reconstruction du passé afin d'assurer une continuité de l'identité* » (Marchal, 2021a). Ce lien est déterminé dans la négociation que va faire l'individu avec lui-même mais aussi avec autrui. Le but de la reconstruction est de définir une nouvelle identité, acceptée par l'individu et par autrui. Erving Goffman, cité par Hervé Marchal, parle d'une « *structure biographique* » (Marchal, 2021a) qui demeure chez l'individu et dont l'identité ne saurait s'en écarter.

2.3.1.3 Muabilité de l'identité personnelle

La construction identitaire n'est pas un processus purement individuel selon une conception subjectiviste avec une « *identité comprise comme Moi essentiel, unifié et intérieur* » (Marchal, 2021a). D'une part, il faut reconnaître le caractère de muabilité de l'identité à savoir qu'elle se modifie, s'adapte, s'affine en fonction des environnements que l'individu rencontre. D'autre part, reprenant la distinction de l'être humain comme étant un « *être social* » selon Durkheim, il est peu probable d'être isolé de toutes relations externes. L'« *être social* » est un « être relationnel » où autrui a une influence dans la construction identitaire de l'individu. Selon Claude Dubar, l'identité se construit selon trois dimensions (Dubar, 2000) :

- le « *Moi* » : l'image que l'on se fait de soi même ;
- le « *Nous* » : l'image qu'autrui nous attribue ;
- et « *Autrui* » : l'image que l'on souhaite renvoyer à autrui.

La représentation d'autrui, de ce que l'individu lui renvoie, n'est jamais pleinement accessible. Cela questionne la notion « *d'intersubjectivité* » (Marchal, 2021a), c'est-à-dire qu'autrui est inaccessible dans son entièreté. L'individu n'est pas en mesure d'évaluer correctement l'identité qu'il nous attribue. Toutefois, dans cette approximation identitaire de la relation à autrui, l'individu peut également utiliser des « *supports identitaires* » (Marchal, 2021b) pour se distinguer des autres. Ils sont définis comme : « *un point d'appui réel et extérieur avec lequel les individus peuvent ou doivent compter d'une manière ou d'une autre pour se définir selon des représentations et des sentiments d'appartenance* » (Marchal, 2021b). Reprenant les travaux de Danilo Martuccelli, sociologue, Hervé Marchal distingue six supports identitaires (Marchal, 2021b) :

- *les supports identitaires relationnels : concernent tous les autres qui participent d'une façon ou d'une autre à la construction de soi. [...] ;*
- *les supports identitaires institutionnels : renvoient à l'ensemble des identités statutaires ou associées à une institution. [...] ;*
- *les supports identitaires culturels : correspondent à des manières de vivre partagées, à des représentations objectivées dans l'espace social [...] ;*
- *les supports identitaires matériels : correspondent à l'ensemble des choses, des objets et des espaces qui s'inscrivent [...] dans le processus de construction identitaire. [...] ;*
- *les supports identitaires biographiques : renvoient au passé personnel [...] aux images et sentiments de soi qui comptent et sont associés à des situations précises. [...] ;*

- *les supports identitaires fictionnels : sont des scénarios de soi, des identités-projets, des films intimes à réaliser, des projections dans l'à-venir. [...]* ;
- *les supports identitaires numériques : se traduisent par toutes sortes d'identités plus ou moins virtuelles [...]* ;
- *les supports identitaires symboliques : correspondent aux marques de prestige, à la réputation [...] à la légitimité d'une attitude, d'une action [...].*

En soi, l'identité personnelle est un concept qui s'insère dans de multiples sphères, à la fois individuelles et collectives. Sans cesse interrogée, modelée, construite, déconstruite, reconstruite, la muabilité de l'identité est une composante essentielle de la richesse et de la complexité de l'être humain : « *chaque configuration de sens (ou identité personnelle) est vivante stricto sensu, entendons en mouvement et toujours susceptible d'être redéfinie* » (Marchal et al., 2016). La construction identitaire est un processus en perpétuel renouvellement au fur et à mesure des parcours de vie de l'individu. Il s'agit d'un : « *travail intime que tout individu effectue à certains moments de sa vie dans l'objectif de proposer à lui-même et à autrui, de façon provisoire ou non, une image de soi satisfaisante, ou à défaut supportable, et ce, à partir de supports identitaires, parfois choisis, parfois imposés, et négociés dans la mesure du possible* ». (Marchal, 2021a).

L'identité personnelle se réalise dans un environnement social. La cohabitation entre identité personnelle et identité sociale est un processus clé pour l'acceptation de l'individu dans les différents univers qu'il fréquente lors de son parcours de vie. L'individu doit alors travailler sur son identité personnelle afin de présenter une identité convenable et convenant aux codes sociaux du nouvel environnement. En cela, la sphère professionnelle constitue un environnement ayant une influence non négligeable sur l'identité personnelle de l'individu que je détaillerai dans le prochain chapitre.

2.3.2 L'identité professionnelle

L'univers professionnel est un environnement multidimensionnel où l'individu est soumis à des facteurs humains et matériels qui ont une influence sur son identité. Effectivement, le monde professionnel a une place importante dans la construction identitaire de l'individu : « *L'homme est plus ou moins sensible à la reconnaissance qu'il reçoit de la société, des autres ou de lui-même, et c'est ce degré de sensibilité qui détermine la place qu'il accorde au travail* ».

dans la définition de son moi. » (Fray & Picouveau, 2010). La question de l'identité professionnelle s'est peu à peu développée afin d'analyser les processus d'intégration des professionnels dans des groupes donnés, leur reconnaissance et les conflits pouvant exister sur le plan identitaire.

2.3.2.1 De la qualification à la compétence

Après la Seconde Guerre mondiale, la France connaît une période de reconstruction avec une forte dynamique du monde du travail pour la qualification des travailleurs. Le professionnel est reconnu et sanctionné par un diplôme. Il est « [...] *suffisamment habile de ses mains pour bien utiliser son outil, suffisamment expérimenté pour déjouer les pièges de la variation de la matière, suffisamment concentré sur son travail et maîtrise de soi pour déployer son savoir-faire [...]* ». (Dubar et al., 2015). La notion de qualification ne renvoie pas encore au concept d'identité professionnelle. Elle aborde une catégorisation du travailleur sur un plan purement dichotomique, on est qualifié ou on ne l'est pas. Renaud Sainsaulieu est le premier sociologue à se pencher sur la question de l'identité dans l'environnement professionnel. Pour Sainsaulieu, cité par Claude Dubar, Valérie Boussard et Pierre Tripier, il ne s'agit pas ici d'une identité professionnelle mais d'une « *identité au travail* » (Dubar et al., 2015). Il étudie les façons dont le travailleur se situe au sein de l'entreprise, sa manière d'être en relation avec ses collègues, sa hiérarchie, ses subordonnées. Cette approche de l'identité est à distinguer de l'identité professionnelle.

Dans les années 1980, il y a une introduction de la notion de compétence. Au départ, la compétence est reliée à la logique de compétitivité de l'entreprise. Par la suite, elle est définie comme un savoir opérationnel que le professionnel mobilise dans des situations variées et qui impulse une certaine autonomie et responsabilité du professionnel. La compétence se différencie de la qualification qui est validée par la sanction d'un diplôme. La compétence est ici reconnue par l'entreprise, par la hiérarchie. Elle est négociée dans une relation duelle entre le travailleur et l'employeur. L'identité professionnelle, par la compétence, peut être vue comme un rapport au travail, à l'organisation, une négociation avec soi-même sur ses compétences validées et celles à venir. Il s'agit d'une redéfinition cyclique du sens donné à ses missions, à son poste.

2.3.2.2 La professionnalisation : un processus conflictuel

La reconnaissance du travailleur, de ses activités, de ses qualités et de ses compétences passe par un processus de professionnalisation. Cette notion est polysémique, d'autant plus dans un environnement de travail en profonde mutation où les injonctions managériales sont définies par des stratégies d'organisation. Selon Claude Dubar, la professionnalisation est « [...] un processus de fabrication par la formation, l'organisation et l'expérience d'un membre s'intégrant à un collectif de travail et devenant reconnu par tous ses partenaires. » (Dubar et al., 2015). Les partenaires de travail sont multiples et impliquent une relation duelle dans ce processus de professionnalisation. En effet, le professionnel doit à la fois répondre aux exigences de l'institution mais aussi à une reconnaissance de ses pairs, tout en respectant un certain accomplissement de soi. Cela renvoie aux notions de « *professionnalisme* » et de « *professionnalité* ». Le professionnalisme est la vision de l'institution, une « *injonction* », les attentes de l'organisation vis-à-vis du professionnel, qui peut être vu comme une identité conçue. De son côté, la professionnalité est le sentiment de « *vocation* », de la reconnaissance de son identité professionnelle, de son individualité dans la relation à autrui. Elle peut être vue comme une identité vécue. L'activité professionnelle est, à la fois une attente collective, des normes inscrites dans la diplomation, les institutions mais aussi, une vision individuelle du rapport au travail. Cela conduit à un changement profond du rapport au travail avec une individualisation de la vision, du sens donné à son travail. Il n'y a pas de remplacement de la vision collective, du groupe professionnel par une multitude de visions individuelles mais une complexification du sens commun de la profession. Cette opposition entre individualité et collectivité, « *vocation* » et « *injonction* », identité vécue et identité conçue peut générer un conflit. Cependant, le conflit ne serait-il pas une étape nécessaire en vue de la construction d'une identité professionnelle ? Outre son aspect négatif, le conflit peut être abordé sous le prisme d'une construction, d'une nouvelle fondation : « *Le « conflit » comme le montre d'évidence son étymologie « Confluent » est la rencontre de deux courants d'eau, comme deux ruisseaux d'intelligence qui en se réunissant créent des remous avant de se fondre l'un dans l'autre en aval.* » (Bernard, 2015). Toutefois, afin d'arriver à cette étape de « confluent », c'est-à-dire la construction d'une identité professionnelle unifiée entre individualité et collectivité, un processus de transaction est nécessaire.

2.3.2.3 L'identité professionnelle : un processus transactionnel

La construction de l'identité professionnelle est un processus individuel à savoir que l'individu effectue ses propres choix dans son parcours professionnel. Elle est également un processus collectif, c'est-à-dire que l'identité ne serait pas ce qu'elle est sans les interactions sociales avec le collectif de travail. Il se compose à la fois des pairs, des collaborateurs, de la hiérarchie et des acteurs externes à l'organisation. De ce fait, dans un environnement de travail proposant des interactions multiples, l'individu est soumis à une double représentation, l'identité de « *soi par soi* » et l'identité de « *soi par les autres* ». L'identité de « *soi par soi* » est « [...] *l'ensemble des représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre expériences présentes et passées.* » (Fray & Picouneau, 2010). L'identité de « *soi par les autres* » est, quant à elle « [...] *un système de repères conduisant à la découverte de ce qui est proche et différent : c'est une synthèse entre une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre les individus et les organisations avec lesquels ils entrent en interaction.* » (Fray & Picouneau, 2010). Afin de faire coexister ces deux types d'identité, Claude Dubar parle d'une double transaction, une « *transaction biographique* » et une « *transaction relationnelle* » qu'il définit comme suit (Dubar, 1992) :

- une « *transaction biographique* » : « [...] *consistant à projeter des avenir possibles en continuité ou en rupture avec un passé reconstitué [...]* » ;
- une « *transaction relationnelle* » : « [...] *visant à faire reconnaître ou non par les partenaires institutionnels la légitimité de ses prétentions, compte tenu des objectifs et des moyens [...]* ».

Il s'agit d'une transaction par une évaluation subjective pour la « *transaction biographique* » en mettant en perspective le passé et les éléments que l'on souhaite intégrer, d'autre rejeter. Pour la « *transaction relationnelle* », il s'agit d'une évaluation objective avec des éléments de marchandage par l'engagement ou non des acteurs dans les stratégies de l'institution.

Ainsi, l'identité professionnelle n'est jamais figée car elle s'adapte à la fois aux étapes de vie de l'individu mais aussi à l'environnement de travail en perpétuelle mutation. Ce processus constant permet à l'individu de se définir soi-même et de définir les autres aux moyens de « *formes identitaires* ». Ces « *formes identitaires* » revêtent un caractère de muabilité comparable à l'identité personnelle :

Elles perdurent mais finissent par perdre leur caractère opératoire lorsque les mutations économiques et sociales provoquent une mise en question des anciennes

catégories, l'apparition de nouvelles fonctions, la définition de nouvelles carrières et l'émergence de nouvelles normes d'emploi. Avant que de nouvelles catégories légitimes s'imposent éventuellement, les formes identitaires permettent l'expérimentation de définitions de soi et d'autrui plus pertinentes que les anciennes catégories officielles. (Dubar, 1992).

Les formes identitaires sont un construit permettant d'établir une identité qui peut être qualifiée de provisoire en attendant une élaboration commune d'une identité stabilisée et reconnue à la fois par l'individu, les pairs et l'institution. Ce processus, résultant de la double transaction, est une réaction collective « primitive » en l'absence d'unification de l'identité. Les formes identitaires constituent un sens subjectif pour les individus et un sens opérationnel pour les institutions.

2.4 CONCLUSION DU CADRE CONCEPTUEL

En définitive, le groupe professionnel et l'identité sont des concepts à approcher comme des éléments structurant pour l'individu. Ils lui confèrent une « place » dans l'environnement de travail. De même, ils sont à considérer comme des organismes vivants. Ce parallèle à l'organisme vivant est d'autant plus symbolique que le cadre de santé est, par la nature de ses fonctions, amené à travailler avec le vivant. Le groupe professionnel et l'identité sont des concepts mouvants. Leurs caractéristiques de muabilité les définissent comme des composantes de l'individu jamais entièrement acquises et soumises à de multiples facteurs. En d'autres termes, cette muabilité semble nécessaire à la fois pour le groupe comme pour l'individu afin de s'adapter en permanence aux évolutions des organisations de santé. L'approche interactionniste est essentielle dans la compréhension des dynamiques sociales du cadre de santé.

Avant de préparer une enquête de terrain, il me paraît nécessaire de dresser un premier tableau, une « esquisse » du cadre de santé au regard des étayages contextuels et conceptuels en vue d'élaborer une question de recherche.

2.4.1 Cadre de santé, un groupe professionnel aux contours flous

Les cadres de santé peuvent être entrevus comme un groupe professionnel selon de nombreux critères, reprenant ainsi les deux premières parties de ce travail d'initiation à la recherche. Pour autant, représentent-ils un groupe professionnel unifié et partageant les mêmes visions, les mêmes conceptions de la profession ?

Depuis la réforme de 1995, ouvrant la profession de cadre de santé à quatorze professions paramédicales, la question d'unicité de la profession semble complexe. Le cadre de santé peut avoir été auparavant kinésithérapeute, ergothérapeute, préparateur en pharmacie, infirmier, etc. Rien que pour la profession infirmière, celle-ci est également composée de multiples spécialités, que ce soit de l'anesthésie, du bloc opératoire, de la puériculture, etc. Mobilisant la notion de Bucher et Strauss, cités par Léonie Hénaut, de « *segments professionnels* » (Hénaut, 2011), les cadres de santé sont composés de multiples « *segments professionnels* » de par leur profession d'origine mais aussi leurs fonctions exercées. Effectivement, le cadre de santé peut exercer en unité de soins, en institut de formation ou sur une mission transversale. Toutefois, plusieurs éléments communs peuvent décrire la profession. Premièrement, celle-ci est soumise à une diplomation via une formation réglementée par le décret de 1995 et ouverte à l'universitarisation. L'exercice du cadre de santé, du moins dans la fonction publique hospitalière, est soumise à un diplôme d'État, le DCS. Cela fait de ce groupe professionnel de cadre de santé un groupe dit « fermé ». Il est tout de même important de ne pas exclure la procédure de passage du soignant, par exemple de l'infirmier au cadre de santé par un exercice de « faisant fonction », ce qui fait exception durant un temps au processus de diplomation. Deuxièmement, dans une dynamique professionnelle, l'activité du cadre de santé a évolué, au fur et à mesure des réformes hospitalières. Il est intéressant d'établir un parallèle entre évolution de l'activité et la délégation de « *tâches* », entendues comme « *faisceau de tâches* » dans les travaux d'Everett Hughes cités par Lucile Girard et Charles Rigaux (Girard & Rigaux, 2021). En effet, le développement des infirmiers coordinateurs, reprenant les activités de programmation des patients aux cadres de santé, ne serait-il pas la traduction de cette dynamique de délégation de « *tâches* » d'un groupe professionnel à un autre ? Cette dynamique du groupe professionnel est d'autant plus importante que le groupe cadre de santé possède des « *points d'observations* » notamment au travers des réunions et missions transversales auxquelles ils sont amenés à participer voire piloter.

Cependant, l'unicité du groupe professionnel des cadres de santé demeure complexe. Son évolution depuis le surveillant infirmier vers un profil gestionnaire pourrait davantage le

rapprocher d'une posture de cadre administratif que de cadre soignant. Ce qui reste ici une supposition peut faire dissension au sein du groupe professionnel. Peut-on parler d'une résonance commune entre les cadres de santé ? Existe-t-il un sens commun de la profession ? L'identité professionnelle partagée au sein d'un groupe professionnel est un enjeu majeur en terme de dynamiques professionnelles car « [...] *plus l'identité professionnelle est socialement reconnue et légitime, plus elle dynamise et renforce le processus d'inter-reconnaisances.* » (Girard & Rigaux, 2021). En somme, peut-on parler d'une identité cohésive du groupe professionnel de cadres de santé ?

2.4.2 Cadre de santé, une « dyade » de l'identité professionnelle

Afin d'avoir une approche ciblée de la vision du cadre de santé, l'identité professionnelle est un marqueur des visions passées, présentes et futures de la profession au gré des bouleversements. Citant Michael Pollak, Claude Dubar reprend : « [...] *l'identité ne devient une préoccupation et un objet d'analyse que là où elle ne va plus de soi, lorsque le sens commun n'est plus donné d'avance et que des acteurs en place n'arrivent plus à s'accorder sur la signification des situations et des rôles qu'ils sont censés y tenir.* » (Dubar, 1992). L'identité du cadre de santé ne serait-elle pas devenue une « *forme identitaire* » (Dubar, 1992) ? Une « *forme identitaire* » dans le sens donné par Claude Dubar, à savoir une néo-identité opérationnelle car soumise à de profonds changements dans son environnement de travail en attendant une unification et une stabilisation.

Outre les bouleversements de l'environnement de travail, détaillés dans la partie contextuelle, il est important d'y ajouter la prégnance du numérique dans la pratique quotidienne du cadre de santé. Que ce soit dans la numérisation du dossier patient, des logiciels de gestion des ressources humaines, logiciel de planning, des ressources matérielles, logiciel de commande, ou dans le développement des TIC, le cadre de santé est imprégné de cet univers numérique. Par conséquent, il est à penser que cela crée une porosité entre la sphère privée et la sphère professionnelle. Le cadre de santé peut être amené à travailler depuis chez lui, sans pour autant être en télétravail, mais rédigeant, consultant, triant et répondant aux mails professionnels, pour ne citer que cet exemple. Peut-on alors supposer une influence sur cette barrière, non visible, entre identité personnelle et identité professionnelle ?

Cette question de porosité entre vie personnelle et vie professionnelle, entre identité personnelle et identité professionnelle est une interrogation qui prend tout son sens dans la pratique quotidienne et dans l'évolution de la profession. Toutefois, une autre interrogation

s'impose. De la genèse d'une profession en quête de ligne hiérarchique directe, de son évolution d'une expertise soins à une expertise managériale, de la protection de ses activités par la diplomation à une universitarisation, quel est aujourd'hui le « cœur de métier » du cadre de santé ? J'entends ici la notion de « cœur » par une symbolisation de « racines » comme une « base » de pratiques professionnelles. L'identité professionnelle des cadres de santé, est-elle une identité « de santé » ou une identité « formateur/manager » ? Quelles sont les contraintes impactant la clarification de cette définition ?

Pour ce faire, l'établissement d'un « cadre identitaire » nécessite de prendre en compte la profession « source ». Comme décrite dans la partie contextuelle, elle est à l'origine d'une part de la création de la profession mais aussi des projets professionnels de l'individu. En soi, elle constitue une part de l'identité professionnelle. Néanmoins, sert-elle ou dessert-elle le cadre de santé dans un contexte de double contrainte ? Reprenant les travaux d'Hervé Marchal sur les « *supports identitaires* » (Marchal, 2021a), le cadre de santé est-il davantage appuyé sur un « *support identitaire institutionnel* » ou un « *support identitaire biographique* » ? C'est-à-dire, l'identité du cadre de santé se rapproche-t-elle davantage du « manager », dans une vision institutionnelle, ou du « soignant », dans une vision biographique s'attachant au passé. Cette vision est d'autant plus complexe que le cadre de santé est évalué d'un côté par sa hiérarchie, ses pairs et de l'autre par ses collaborateurs : « *Ces jugements portent à la fois sur l'action menée par le cadre, et à la fois sur le cadre comme personne (comme à partir d'indices prédictifs de ses « qualités », en relation avec ce que chacun imagine nécessaire ou représentatif d'un « bon cadre »)* » (Laude, 2009). Ainsi, dans cette « dyade » de l'identité professionnelle, n'assiste-t-on pas à ce que François Sarfati, dans ses travaux sur le courtage en ligne, appelle une « *identité de lisière* » (Sarfati, 2003), c'est-à-dire : « *[...] ils appartiennent, sans lui appartenir totalement, au monde de la finance [...]* » (Sarfati, 2003) ? Bien entendu, le « *monde de la finance* » peut ici être vu comme l'environnement de travail. Se situe-t-il dans le soin ou dans le management ? En cela, François Sarfati ajoute : « *Être à la lisière permet d'envisager d'entrer dans le « monde de la finance », ou de migrer vers d'autres milieux professionnels.* » (Sarfati, 2003).

Cette profonde réflexion sur le groupe professionnel des cadres de santé et l'identité professionnelle qui pourrait en émerger amène à m'interroger sur les contours actuels de cette identité. Est-elle partagée ? Est-elle commune ? Comment se situe-t-elle entre passé, présent et avenir ? Approfondissant cette réflexion, après contextualisation et conceptualisation, j'ai pu

cibler une question de recherche qui est la suivante : **en quoi l'identité professionnelle actuelle et future du cadre de santé est-elle le résultat d'un processus de négociation identitaire ?**

Afin d'appuyer cette question de recherche et d'axer l'enquête sur des observables, j'ai identifié trois hypothèses de recherche qui sont :

- l'identité professionnelle du cadre de santé se détacherait du « cœur de métier » soignant pour intégrer un « cœur de métier » formateur/manager dans un processus de rejet ou de compromis de la fonction soignante ;
- « *l'identité de lisière* » (Sarfati, 2003) du cadre de santé est une forme « d'identité hybride » lui permettant de s'adapter aux diverses situations rencontrées, de gagner en autonomie, en responsabilité ;
- l'identité professionnelle du cadre de santé s'orienterait vers une reconnaissance de sa position transversale dans les institutions et donc vers une reconnaissance de ses missions de coordination, de coopération, de collaboration. L'identité professionnelle ne découle plus de sa position verticale dans l'institution et donc autrement dit de son statut. C'est dire si, d'une façon ou d'une autre, l'identité personnelle est une dimension à prendre en compte dans les processus de négociation identitaire ;
- l'identité personnelle, non réductible à l'identité sociale/professionnelle, deviendrait une composante incontournable dans les processus de négociation identitaire et donc dans les façons de manager. Plus encore, l'identité personnelle se trouverait au centre des projections identitaires de soi, et donc du sens que l'on donne à son métier.

2.4.3 « Encadrer le cadre » : la nécessité d'une approche interactionniste

Comme elle a été décrite précédemment, l'importance du travail de recherche et d'analyse des professions dans une approche par la sociologie des professions est intéressant dans la conception d'un organisme vivant. Cette symbolisation des « mondes professionnels », que sont le groupe professionnel et l'identité professionnelle, permet d'observer les dynamiques qui structurent et font vivre ces deux éléments conceptuels. Bien entendu, il serait également intéressant d'aborder ces deux composantes de la profession de cadre de santé sous le prisme du fonctionnalisme et de l'holisme. Mais au regard de la question de recherche, cette approche ne semble pas appropriée. Pour ce faire, cette étape d'enquête de terrain empruntera une approche interactionniste à la fois du groupe professionnel et de l'identité professionnelle. Il me semble primordial d'aborder le « cadre » du cadre de santé par cette approche. Il s'agit ici

d'« encadrer » dans le sens de dessiner les contours, d'en appréhender la forme. Afin de recueillir les dynamiques interpersonnelles en jeu, cette démarche se construira autour d'un outil méthodologique, l'entretien collectif ou Focus Group (FG).

2.5 OUTIL MÉTHODOLOGIQUE

Dans le cadre de ce travail d'initiation à la recherche, j'ai souhaité m'appuyer sur le FG. Suite à l'étayage contextuel et conceptuel du cadre de santé, cet outil méthodologique me semble le plus à même d'identifier les « observables » nécessaires à l'appréhension des hypothèses de recherche. Ainsi, dans ce chapitre, je présenterai les intérêts et les limites de l'outil puis je détaillerai la phase préparatoire et de réalisation en vue de démarrer un travail d'analyse des éléments recueillis.

2.5.1 PRÉSENTATION DE L'OUTIL

Le FG est une méthodologie d'enquête utilisée dans de nombreuses disciplines que ce soit en sciences sociales, en sciences politiques ou en psychologie. Il est également utilisé dans un cadre mercantile afin de cibler un « avis » global concernant un produit, un service. Initiée dans les pays anglo-saxons, cette méthode d'enquête présente à la fois des intérêts mais aussi des limites pour le chercheur.

2.5.1.1 Intérêts

Le FG est une méthodologie d'enquête qui présente des intérêts à la fois sur le fond, dans le recueil des éléments observables par une dynamique interactionnelle mais aussi sur la forme dans sa préparation, sa réalisation et son analyse par l'enquêteur.

Sur le fond, de par sa composante collective, le FG est un outil méthodologique en vue de recueillir les visions communes d'un groupe : « *L'idée de groupe suppose [...] quelque chose qui relie les personnes interrogées, qu'il s'agisse de relations effectives [...] ou d'une forme quelconque « d'identité » fondée sur l'expérience commune* » (Duchesne & Haegel, 2008). Deux types de groupe sont à noter, les groupes d'interconnaissances, fondés sur une expérience commune, nouant des relations de travail, et les groupes d'appartenance dans le sens d'une profession, d'une identité commune. Les enquêtés sont invités à participer par l'enquêteur mais sont également entraînés par une dynamique de groupe : « *Cette méthode contribue à*

réduire les inhibitions individuelles par un effet d'entraînement [...] et elle facilite le travail de remémoration [...]. » (Duchesne & Haegel, 2008). Le FG permet de relever des éléments partagés entre les enquêtés mais aussi partagés ou non dans le sens de l'accord ou du désaccord, c'est-à-dire si ces éléments font consensus ou dissension : « *Il s'agit de mettre au jour des dynamiques collectives de construction et de partage de sens, dans une démarche qui se veut exploratoire.* » (Roux & Roché, 2016). Ces éléments d'accords et de désaccords sont d'autant plus saillants que le groupe, dans le sens sociologique du terme, est constitué de normes et de valeurs. En cela, le FG est une méthode d'enquête dans le but d'établir un état des lieux d'une thématique mais aussi d'en entrevoir une pratique simulée, une évolution dans le temps : « *[...] l'entretien collectif est mené à l'aide de méthodes projectives qui visent à cerner la dimension imaginaire* » (Duchesne & Haegel, 2008). Par sa dynamique interactionnelle, « *les FG se distinguent d'autres méthodes d'enquête par leur faculté à rendre compte de la variété des opinions sur un sujet donné et à mettre en évidence les différences de perspective entre différents types de participants* » (Obradovic & Palle, 2012). En somme, le FG apparaît comme l'outil le plus adapté pour saisir l'importance des identités personnelles, non réductibles aux identités sociales/professionnelles, dans les processus de négociations identitaires.

Sur la forme, le FG est une méthode avant tout qualitative qui permet de recueillir un nombre important et divers de données sur une thématique. Plus les enquêtés présentent des caractéristiques différentes, que ce soit en terme d'années d'expérience ou d'horizons professionnels, et plus les éléments recueillis seront nourris d'opinions multiples. Organisé sur une durée relativement courte, environ une à deux heures, il s'agit d'une méthode peu coûteuse que ce soit en terme de temps investi, pour le recueil des informations, mais aussi en matériel, comparé à une méthodologie d'enquête par questionnaire. Enfin, le FG est une possibilité pour l'enquêteur de se consacrer pleinement à l'observation du groupe, si l'installation de la discussion et sa médiation ont suffisamment été préparée par l'enquêteur. En effet, l'enquêteur est avant tout un médiateur, il lance, relance, recentre la discussion mais en aucun cas ne participe aux échanges entre les enquêtés dans le sens où il ne prend pas position sur ce qui est énoncé. Le principe de neutralité est ici primordial. En d'autres termes, pendant l'échange entre enquêtés, le chercheur peut pleinement se consacrer aux « observables » : « *[...] l'entretien en groupe réduit le contrôle exercé par l'enquêteur et introduit un transfert de son pouvoir vers le groupe.* » (Duchesne & Haegel, 2008). Les observables peuvent être verbaux, à savoir les verbatim des participants, les prises de parole, leur intonation, montrant des accords ou des désaccords, ou non verbaux, la gestuelle, les regards.

2.5.1.2 Limites

Ce qui constitue des intérêts pour le FG crée également certaines limites, que ce soit sur le plan interactionnel, collectif ou sur le plan individuel pour l'enquêteur.

Premièrement, la discussion en groupe sur une thématique peut s'avérer productive mais peut créer également des éléments de censure. Elle peut être due à la thématique en elle-même qui est complexe ou tabou, dans le sens qu'elle évoque des éléments de l'ordre de l'intimité pour les participants. Elle peut aussi être due à un participant qui monopoliserait la parole ou alors représenterait une forme de leader d'opinions ce qui créerait une censure volontaire ou involontaire des autres participants. Le rôle de médiateur de l'enquêteur est d'autant plus important dans cette situation.

Deuxièmement, la rapidité de collecte des informations par l'expression d'opinions multiples est une limite pour l'enquêteur dans deux temps distincts de l'outil méthodologique. D'une part, pendant la collecte, les discussions peuvent être parasitées par des bruits ou alors des échanges qui s'effectuent en même temps ce qui peut bloquer la retranscription. D'autre part, concernant cette étape de retranscription, à l'inverse de la collecte, celle-ci est chronophage tant dans les éléments de codage que d'analyse des verbatim.

2.5.2 PRÉPARATION DE L'OUTIL

Dans le but de garantir l'exhaustivité de ce travail de recherche et notamment dans son étape d'analyse, l'outil méthodologique doit être préparé en amont. Cela comprend une imprégnation des caractéristiques de l'outil, les intérêts et les limites, décrits précédemment. Elle comprend aussi une description fine de la population cible afin que celle-ci réponde pleinement à l'objectif principal de ce travail, développer la question de recherche au regard des hypothèses posées.

2.5.2.1 Choix de la population cible

Afin d'aborder les contours du groupe professionnel et de son identité, j'ai choisi d'enquêter auprès de cadres de santé diplômés. Il est important de préciser qu'ils soient diplômés, dans le sens où la professionnalisation du cadre de santé dépend d'un processus hétérogène en fonction des établissements de santé qui est la période de « faisant fonction ». Certes, le professionnel exerce le rôle d'un cadre de santé, sans en avoir le statut, mais je

suppose que cette période de « faisant fonction » peut être un « cas déviant » c'est-à-dire amener des observables différents en terme d'identité professionnelle. Par ce choix, je suppose que le passage par la diplomation, décrite dans les parties conceptuelles et contextuelles, constitue une étape majeure dans la construction de l'identité professionnelle du cadre de santé. C'est également pour cela que j'ai fait le choix de ne pas travailler auprès de cadres de santé du secteur privé car ceux-ci ne sont pas forcément passé par une diplomation via l'IFCS.

Enfin, dans le but de travailler largement cette thématique, j'ai choisi d'effectuer cette enquête auprès de trois groupes de cadres de santé. Auparavant scindée en deux catégories avec le CAFIS et CAFIM, la fonction de cadre de santé formateur peut apporter des observables comparatifs aux autres domaines d'exercice. Concernant les cadres de santé en unité de soins, j'ai choisi de travailler auprès de deux groupes, qui ne seront pas mixés lors des FG. Un groupe qui sera constitué de cadres de santé travaillant en services dits « somatiques », en CHRU, et un groupe, quant à lui, constitué de cadres de santé exerçant en service de santé mentale. La supposition avec ces deux groupes est la même que pour le cadre de santé formateur, à savoir de recueillir des observables comparatifs entre services « somatiques » et services de santé mentale.

2.5.2.2 Organisation des FG

D'un point de vue de l'organisation, les FG se dérouleront sur la période du mois de mars. Je souhaite fixer le temps du FG à une heure et trente minutes, ce qui me permettra de réduire les risques d'un effet de découragement des enquêtés. Effectivement, un temps d'enquête estimé comme long, par les enquêtés potentiels, pourrait être rejeté. Le but est aussi d'être en phase avec une réalité de terrain. La profession de cadre de santé est soumise à une forte cadence, d'autant plus dans le contexte actuel de crise sanitaire de la COVID-19. La taille des groupes variera entre quatre et six participants. Je fais volontairement le choix de travailler sur des groupes réduits afin de concourir à des espaces de paroles ouverts et sécurisants pour les participants. De plus, les FG se dérouleront dans une salle de réunion en dehors du lieu d'exercice des participants. D'une part, pour sortir, symboliquement, l'enquêté de son cadre professionnel familier, et d'autre part, pour favoriser l'instauration de conditions saines à la réalisation de l'enquête. J'entends ici par conditions saines, l'éviction d'éventuelles perturbations des FG.

Sur le plan réglementaire, j'ai envoyé des autorisations d'enquêtes aux directions des établissements concernés. Lors de l'accueil des participants, un formulaire de consentement à

l'enregistrement audio leur sera distribué (ANNEXE I). Enfin, le déroulement des FG suivra une ligne conductrice qui est le guide d'entretien collectif (ANNEXE II) et sera rythmé par une grille d'entretien (ANNEXE III).

2.5.3 DÉROULEMENT DES FG

Comme prévu initialement durant la phase de préparation, les FG se sont déroulés durant le mois de mars. Ils se sont répartis sur trois semaines consécutives à raison d'un FG par semaine. Ce délai d'environ une semaine entre chaque FG m'a permis de réajuster le guide et/ou la grille d'entretien si nécessaire.

Dans un premier temps, après avoir eu l'accord d'enquête par les directions des soins des établissements, je me suis rapproché des cadres de santé dans les domaines ciblés. Dans ces domaines, j'ai panaché chaque FG avec des profils différents en terme d'années d'expérience dans la profession de cadre de santé. J'ai pris contact auprès d'eux, par mail, téléphone ou en les rencontrant lors d'un entretien. L'objectif fut de renseigner l'enquêté sur la thématique de ce travail sans pour autant donner une majeure partie des éléments ce qui, a posteriori, pourrait biaiser l'enquête de terrain. Les éléments transmis étaient les suivants :

- titre du mémoire : « Le cadre est-il encore de santé ? » ;
- méthodologie d'enquête : le FG ;
- déroulement du FG : durée, lieu, autres participants potentiels.

Pour les trois FG, les participants ont été contactés trois à quatre semaines avant le déroulement de l'enquête. Il m'a paru important de laisser un temps suffisamment long entre la convocation et le FG. Cela instaura un moment propice à un début de réflexion avant le FG. De plus, j'ai pu bénéficier d'un recul nécessaire pour contacter un autre enquêté en cas d'impossibilité de participer, dans le cas où le nombre de participants serait peu élevé. En effet, un FG ne comptabilisant que deux participants limiterait le nombre d'interactions recherchées voire remettrait en cause la fiabilité et la qualité des données recueillies. Bien entendu, une annulation de dernière minute ne donnerait pas lieu à un remplacement d'un enquêté qui, de ce fait, n'aurait pas pu avoir les informations préalables à l'enquête avec ce délai de réflexion recherché.

Par cette approche, j'ai pu me rendre compte que la thématique choisie était rapidement comprise par les professionnels interrogés et qu'elle suscitait, déjà, des premières réactions provoquant de la curiosité voire des débuts de réflexion. Il est également important

de notifier que, lors de cette phase de premier contact, la plupart des enquêtés me questionnaient sur la thématique de cette recherche mais aussi sur l'intérêt annexe pour la validation du parcours de formation IFCS. Je peux donc émettre l'hypothèse de la présence d'un potentiel biais « *d'intersubjectivité* » dans la recherche. En effet, au travers de mon choix de devenir cadre de santé, cela suppose que les participants apportent une aide pour faciliter ce travail de recherche et donc de donner les réponses qu'ils pensent que l'enquêteur attend. C'est aussi un critère d'engagement, dans le sens où les professionnels invités pouvaient se sentir investis d'une mission de validation, indirecte, de mon parcours de formation par la participation à cette étude et donc réduire la motivation centrée sur la thématique. Afin de réduire le plus possible l'effet de ce potentiel biais, je rappelais aux enquêtés lors de ce premier contact mais aussi lors de l'accueil au FG, l'importance d'une réponse la plus individualisée possible.

Au total, quatorze participants furent invités et quatorze se sont présentés au FG ce qui représente un taux de réponse à l'enquête de 100%. Afin de préparer l'accueil des participants, je me rendais 30 minutes auparavant dans le lieu choisi. Je vérifiais mon matériel d'enregistrement et j'installais également les tables et chaises en cercle. Cette disposition réduit un potentiel effet de supériorité avec l'enquêteur ou un enquêté en bout de table. À l'arrivée des participants, je prenais le temps de leur proposer une boisson chaude et un biscuit dans le but d'instaurer des conditions conviviales et chaleureuses pour les échanges qui allaient suivre.

Débutant le FG par une ré-information sur la thématique de l'enquête, le déroulement du FG et l'intérêt de cette méthodologie (cf. guide d'entretien), j'ai pu rapidement me rendre compte de la limite de la double position d'animateur-observateur dans cet exercice. Les préconisations de réalisation d'un FG sont de scinder ces deux rôles avec la présence d'un observateur et d'un animateur. La fonction d'observateur par une tierce personne aurait permis de dégager pleinement les fonctions d'animateur et d'améliorer la qualité d'observation. De plus, outre son rôle d'observation des interactions verbales et non-verbales des participants, l'observateur peut effectuer une analyse critique du positionnement de l'animateur dans le but de réduire les biais à la réalisation de l'enquête.

Pendant les FG, je suis intervenu 27 fois dans le premier, 15 fois dans le deuxième et 21 fois dans le troisième. Ces interventions servaient avant tout à présenter les questions, recadrer les échanges ou reformuler les propositions des enquêtés dans le but de relancer ou recentrer les discussions.

En somme, j'ai pu m'exercer aux trois fonctions de l'animateur du FG comme le rappelle Colette Baribeau en reprenant Blanchet (1982) :

- *fonction de production* : on y assigne les interventions de type ouverture, relance, tour de parole, demande de précisions ;
- *fonction de confirmation* : on y associe la confrontation, la corroboration, la reformulation ;
- *fonction d'orientation* : on y associe la recentration des propos, la relance thématique, les déductions, les mises en parallèle. (Baribeau, 2009)

Les FG ont eu une durée variant d'1h et 22 minutes à 1h et 35 minutes. Comme pour la double fonction animateur-observateur, je me suis rendu compte qu'il était primordial de cadrer, à minima, les échanges des enquêtés. En effet, six questions (cf. grille d'entretien) rythmaient ces FG. Il était parfois complexe d'aborder pleinement ces six questions au regard du temps imparti. Conscient de cette problématique, je me suis trouvé dans une situation de double contrainte avec d'un côté une limite de temps ne pouvant être rallongée du fait des plannings et de la charge de travail des professionnels enquêtés, et de l'autre côté la nécessité d'aborder, au mieux, l'intégralité des questions de la grille d'entretien.

Chaque FG était clôturé par un temps d'échange, en dehors de l'enregistrement, pour débriefer avec les participants sur leur ressenti. Les premières impressions étaient positives avec une satisfaction de la participation à cette enquête. Les professionnels ont également relevé le fait d'avoir pu prendre le temps de discuter, débattre avec leurs pairs sur cette thématique qui, selon leur propos à ce moment-là, n'est pas abordée lors des temps officiels, réunions, groupes de travail, etc.

En conclusion, les FG ont été une réelle découverte de la richesse des possibilités intra et inter-groupales de recueil des verbatim. Chaque FG fut ainsi une base de données supplémentaires et les trois FG dans leur ensemble constituent également une base de données complémentaires. Les enquêtés ont pleinement investi leur rôle, échangeant sur leurs positions, leurs accords, leurs désaccords. Cela est venu nourrir cette démarche d'initiation à la recherche mais aussi ma vision de la profession de cadre de santé. Chaque participant était une source d'informations, d'interrogations et de ré-interrogations des hypothèses posées. Ce processus d'interdépendance du cadre théorique et du cadre pratique m'amène à l'analyse des données que je présenterai dans le prochain chapitre.

3. ANALYSE

Dans cette phase d'analyse, j'aborderai dans un premier temps les méthodes employées pour préparer l'analyse : l'analyse de la population cible présentant le profil des participants et la préparation d'analyse du corpus. Dans un second temps, je caractériserai l'analyse des verbatim répartie par hypothèse.

Les phases de cadrages contextuels et conceptuels ont été une « base » forte pour orienter les pistes de recherches et cibler précisément les données que je souhaite recueillir. Dans cette phase d'analyse, cette « base » me permet également de remobiliser les éléments clés pour la compréhension et la traduction des données : « *L'analyse du réseau de rapports, de relations entre les différents éléments est une opération d'aller-retour entre les données et la théorie de façon à remettre en cause les hypothèses ou ses intuitions antérieures.* » (Baribeau, 2009).

3.1 PRÉPARATION DE L'ANALYSE

3.1.2 Caractérisation de la population cible

Au nombre de quatorze, les cadres de santé ont exercé dans différents domaines, allant du bloc opératoire, de l'anesthésie à la chirurgie, en passant par la santé mentale et l'institut de formation. Chose importante à notifier, ce qui n'était pas recherché au départ s'est finalement présenté à savoir que les enquêtés sont tous issus de la filière infirmière. Les prénoms des enquêtés ont été anonymisés.

N° Focus Group	Enquêté	Durée d'exercice	Milieu d'exercice
1	Samira ; (S)	8 ans	Santé mentale
1	Nadine ; (N)	22 ans	Santé mentale
1	Robert ; (R)	1 an	Santé mentale
1	Mathieu ; (M)	6 ans	Santé mentale
1	Pamela ; (P)	9 ans	Santé mentale
2	Lara ; (L)	5 ans	Somatique
2	Christelle ; (C)	12 ans	Somatique
2	Iris ; (I)	24 ans	Somatique
2	Aurélie ; (A)	15 ans	Somatique
2	Noëlle ; (N)	12 ans	Somatique
3	Paul ; (P)	20 ans	Formation
3	Bérengère ; (B)	4 ans	Formation
3	Ricarda ; (R)	1 ans	Formation
3	Denise ; (D)	11 ans	Formation

Les FG sont plutôt hétérogènes en terme de durée d'exercice. Les professionnels les plus jeunes, en terme d'expérience, ont une année d'exercice là où la professionnelle la plus expérimentée en cumule 24.

Les 3 FG sont relativement équilibrés sur le plan quantitatif, avec une variabilité de plus ou moins un professionnel :

- cinq cadre de santé dans le FG n°1 ;
- cinq cadre de santé dans le FG n°2 ;
- quatre cadre de santé dans le FG n°3.

En somme, les enquêtés représentent un groupe professionnel, sous une même dénomination, le cadre de santé. Pour autant, partagent-ils la même vision de la profession ? Au sein du groupe ? Entre les groupes ? Comment se forment et se définissent les identités professionnelles ? Quelle part joue l'identité personnelle dans cette dynamique individuelle et collective du rapport à soi et du rapport aux autres ? Quels sont les construits sous-jacents à ces questions identitaires qui, aujourd'hui peut-être plus qu'auparavant, viennent réinterroger le cadre de santé au cœur de sa pratique professionnelle ? Afin d'apporter des éléments de réponse à ces questionnements, j'analyserai les verbatim des enquêtés au regard des quatre hypothèses de cette démarche d'initiation à la recherche.

3.1.2 Appropriation du corpus

La préparation de l'analyse du corpus débute dès la retranscription des verbatim. Il s'agit ici d'une première appropriation du contenu. Ensuite, j'ai effectué une relecture de l'enregistrement en annotant les éléments qui faisaient « écho » avec les hypothèses : « *Le chercheur fait alors un retour sur le corpus et laisse flotter son imagination, son intuition tout en demeurant attentif aux flashes qui lui traversent l'esprit.* » (Baribeau, 2009).

3.1.3 Interprétation du corpus

Cette phase d'appropriation, intervenue après le premier FG, a débouché sur une phase d'interprétation dans le but d'élaborer une grille de lecture (cf. ANNEXE IV) pour le recueil de données des deux FG suivants. Dans cette grille de lecture, j'ai composé des catégories primaires et secondaires, et des sous-catégories par hypothèse. L'objectif est de récupérer des phrases, des paragraphes et de les regrouper sous une même catégorie. Une catégorie représente

un mot, une notion voire un concept synthétisant l'ensemble des verbatim regroupés. De manière générale, il n'est pas exprimé en tant que tel dans les verbatim des participants. J'ai pu relever une forme de fiabilité des données par la récurrence des verbatim retranscrits. Réparties dans les catégories et sous-catégories, ils sont venus confirmer cette supposition par un effet de stabilité des données.

3.1.4 Modélisation du corpus

Enfin, après les phases d'appropriation et d'interprétation, j'ai analysé les données, allant des sous-catégories, catégories secondaires et primaires aux hypothèses. L'entrecroisement des verbatim, la mise en lien avec les cadres contextuels et conceptuels constituent un processus de décontextualisation et de recontextualisation. Le but est d'identifier une vision globale des participants au regard de la thématique de recherche, de la question de recherche et des hypothèses qui en découlent puis d'établir un diagnostic situationnel afin de comprendre les processus potentiellement en jeu : *« un chercheur pousse sa réflexion jusqu'à la modélisation, organisant ses données de façon plus ou moins structurée afin de rendre compte de la réalité étudiée dans ses composantes constitutives et dans la dynamique des interactions entre les différentes composantes. »* (Baribeau, 2009).

La préparation de l'analyse est gage d'une orientation de la recherche vers une interrogation fine des hypothèses au regard des éléments recueillis du terrain. Partant d'une logique hypothético-déductive avec la recherche d'éléments théoriques pour construire la réflexion de chercheur en sciences humaines, le terrain apporte également des éléments dans une logique, cette fois-ci, inductive. De ce postulat, les FG m'ont permis d'esquisser des pistes de réflexion solides avec des points saillants retrouvés dans les trois FG. Ces points saillants correspondent notamment aux catégories primaires définies dans la grille de lecture. Elles sont rattachées à une hypothèse et structureront le cheminement de cette analyse :

- hypothèse n°1 : l'identité culturelle ;
- hypothèse n°2 : l'identité hybride ;
- hypothèse n°3 : management clinique ;
- hypothèse n°4 : négociation intra et interpersonnelle.

3.2 IDENTITÉ PROFESSIONNELLE OU IDENTITÉ CULTURELLE ?

Rappel de l'hypothèse n°1 :

L'identité professionnelle du cadre de santé se détacherait du « cœur de métier » soignant pour intégrer un « cœur de métier » formateur/manager dans un processus de rejet ou de compromis de la fonction soignante.

La notion de « cœur de métier » a parfois été abordée lors des FG et s'est attachée principalement à une définition de « base de pratiques ». Mais en analysant plus finement, je me suis rendu compte que le « cœur de métier » a une symbolique forte pour les professionnels. Il renvoie certes à une dimension de commencement, de racine, mais il est aussi question du « cœur » dans sa vision physiologique. C'est un organe vital, il propulse l'énergie, le sang, l'oxygène, etc. Par ce « cœur » dans le métier, j'ai pu distinguer le concept de culture. Je vais mobiliser ce concept en lien direct avec ce qui a été dit sur le terrain, ressenti, exprimé. Autrement dit, le concept de culture s'invite dans l'analyse en lien direct avec les données recueillies. En effet, une profession vive et est animée par une culture. La culture participe à la manière de penser et d'agir des individus notamment dans des situations qui peuvent être collectivement vécues en présence ou non du groupe : « *La culture contribue de la sorte à façonner leur vie psychique en forçant chacun à refouler certains désirs et à se contraindre, et apprend du même coup à se contenter de ce qui est collectivement permis.* » (Marchal & Marcel, 2021). Il est possible d'établir un parallèle avec le groupe professionnel et donc avec l'identité qui en découle. L'identité est proche du concept de culture, que ce soit sous le prisme de l'identité personnelle ou professionnelle. L'identité adhère à la culture, elle s'y construit, elle s'y retrouve, se forge alors une identité culturelle. De ce constat, comment l'identité professionnelle du cadre de santé se construit-elle autour de la culture soignante ? Quels sont les contours de la culture soignante et de la culture cadre ?

3.2.1 Le professionnel de santé, une culture soignante affirmée

La totalité des cadres de santé interrogés sont issus de la filière infirmière. L'affiliation à la profession et plus largement au groupe soignant est ancrée dans la pratique, dans le passé de la profession : « *on traine ça dans notre histoire que l'infirmier, c'est celui qui rend service à tout le monde, qui s'occupe de tout, qui résout tous les problèmes pour les patients et le cadre, il fait pareil.* » (FG1 – L78 (N)). Le prendre soin de l'infirmier se transforme en

polycompétence, en « polyservice » : « [...] *le cadre de santé c'est quand même déjà à la base un infirmier et que déjà le métier d'infirmier, de toute façon, à la base c'est toujours rendre service à tout le monde, s'occuper de tout le monde et moi je pense qu'on traîne ça dans notre histoire.* » (FG1 – L75 (N)). La culture soignante est vue comme un terreau qui influence la pratique du cadre de santé encore aujourd'hui. Il ne s'agit pas simplement du passage d'une profession à une autre, pour le cas d'un infirmier passant cadre de santé, mais de la transmission d'une culture à l'exercice du cadre de santé.

Outre cet aspect « polyservice », la culture soignante est aussi relevée dans les compétences douces, ou *soft skills* du soignant. Premièrement, une compétence de sensibilité dans l'échange, « *ta sensibilité à t'attacher à l'importance du bien-être de l'autre.* » (FG2 – L396 (A)), mais aussi une forme de sensibilité dans l'adaptation à l'environnement : « [...] *c'est une forme de sensibilité savoir s'adapter.* » (FG2 – L432 (N)). La culture soignante est vue comme un art, un savoir-faire, un savoir-être avec notamment une compétence d'écoute : « [...] *on prend ce temps d'écoute parce qu'en effet, c'est notre fibre professionnelle.* » (FG2 – L456 (I)) et de bienveillance : « [...] *c'est ça en fait infirmier à la base, ils ont beaucoup de bienveillance.* » (FG3 – L64 (R)).

La proximité avec le patient peut être entendue dans le terme de la clinique. Il vient du latin *clinice* à savoir d'être au pied du lit, au chevet du malade. Par-là, une culture soignante, c'est d'être au plus proche du patient, outre l'empathie et l'écoute, c'est également le comprendre, l'étudier, l'analyser, le diagnostiquer : « *Mais au moins, avoir les connaissances cliniques, pour moi, c'est la base d'être soignant.* » (FG1 – L644 (N)).

Culture et valeur sont intimement liées car elles permettent de se définir en tant qu'individu mais aussi de se distinguer d'autrui ou de se projeter sur autrui dans une société, un collectif, une communauté : « *On a une base d'empathie [...] énorme et que c'est une de nos valeurs de s'attacher au bien-être de l'autre.* » (FG2 – L449 (A)). Une culture professionnelle est revendiquée par un groupe professionnel, elle sert alors de marque de repère, de point d'ancrage, érigeant en terreau de savoir, des approches spécifiques dans les situations de travail : « *le groupe professionnel des infirmiers est parmi ceux qui revendiquent le plus de détenir une culture propre.* » (Michaux, 2015). Cette culture va s'exprimer par des manières de faire, un langage (le langage soignant), des manières d'être, une approche particulière en situation de travail. Hervé Marchal cite la langue comme repère culturel au travers du concept d'identité ethnique : « *Dès lors que nous parlons une même langue, en effet nous sommes, et nous nous représentons l'environnement social, culturel, matériel et symbolique à partir de*

manières de penser similaires, à défaut d'être parfaitement identiques. » (Marchal, 2021a). Loin de concevoir le groupe professionnel soignant comme une identité ethnique, il est essentiel de préciser que la langue soignante est présente dans le quotidien des professionnels de santé. Elle s'apprend dès les instituts de formation et se confirme au travers des expériences professionnelles. Il peut toutefois y avoir des sensibilités différentes en fonction des domaines d'activités voire des segments professionnels.

La culture soignante est une distinction forte du groupe professionnel soignant au sens élargi : « *Nous sommes là dans l'évanescence et la délicatesse du prendre soin qui repose sur la façon dont les actes sont posés, dans la réflexion et le souci du bien-être de l'autre.* » (Michaux, 2015). En somme, si la culture soignante semble marquée auprès des professionnels de santé et faire partie intégrante du « cœur de métier » de soignant, comment le professionnel passe-t-il d'une culture soignante à une culture cadre ?

3.2.2 De la culture soignante à la culture cadre, une transmutation culturelle ?

Avant de définir les contours d'une culture cadre, il est intéressant de dessiner le parcours du passage d'infirmier à cadre de santé. En effet, lorsqu'un professionnel de santé, parmi les quatorze professions paramédicales pouvant y prétendre, a pour projet de devenir cadre de santé, il entame un cursus, du moins dans le service public hospitalier, de la validation de son projet à la diplomation cadre. Premièrement, après validation de son projet par la direction des soins, il entame une période de faisant fonction de cadre de santé au sein d'une unité de soins ou dans un institut de formation. Toutefois, il est important de notifier que certains établissements n'obligent pas le passage par ces périodes de faisant fonction aux professionnels souhaitant devenir cadre de santé. Deuxièmement, après obtention du concours d'entrée en IFCS, il effectue une année d'étude centrée sur les pratiques managériales et d'enseignement en vue d'affiner son projet professionnel. Troisièmement, après diplomation, il transfère ses expériences acquises en tant que FFCS et durant l'année de formation à l'IFCS dans une nouvelle ou ancienne affectation.

Ces trois étapes peuvent être comparées aux quatre étapes de construction identitaire identifiées par Everett Hughes dans son analyse sur *La fabrication d'un médecin* en 1958 et repris par Claude Dubar, Pierre Tripier et Valérie Boussard (Dubar et al., 2015). Quatre étapes sont ainsi repérées dans la construction identitaire de profane à professionnel :

- *séparation : rupture avec le monde profane ;*
- *passage à travers le miroir : regard le monde avec une vision différente ;*

- *dédoublément : coexistence des deux identités ;*
- *identification : choix d'une identité avec risque de perte de l'ancienne.*

Le cadre de santé, durant ce parcours, peut être soumis à ce qui s'apparente à une transmutation culturelle. C'est-à-dire que, jusqu'ici évoluant dans une profession, une culture connue, la culture soignante, il passe d'un « monde » à l'autre. Entendons ici par « monde », les résultats des travaux de Mintzberg et Glouberman sur les différentes logiques au sein d'un hôpital (Glouberman & Mintzberg, 2001). Reprenant ces travaux, l'infirmier est issu du monde du « care » tandis que le cadre de santé pourrait être apparenté aux monde du *control*, à savoir les gestionnaires, les managers voire du « community », les administratifs : « [...] avant on était plus au service d'une unité et plus le temps passe et plus on est au service de l'administration. » (FG1 – L47 (M)). Le professionnel se retrouve alors dans un nouvel univers, avec de nouvelles normes : « [...] il y a des attendus, des normalisations de l'activité qui obligent de rentrer dans une case et je pense que de par nos cultures de soignants on n'est pas trop dans cette éthique-là du travail. » (FG1 – L383 (M)). Ces nouvelles normes sont d'autant plus perturbantes d'un point de vue des repères culturels, que celles-ci sont en pleine mutation au sein d'un environnement de travail en perpétuel changement. Ainsi, la notion de proximité est directement remise en question, dans le sens de *clinice*, au chevet du patient, au lit du malade : « Moi, je trouve qu'on s'éloigne de plus en plus de la prise en charge des patients. On n'a vraiment plus de contact, de moins en moins, ou les cadres qui gèrent encore les sorties et je trouve que plus on avance moins on a la proximité auprès des patients. Alors vers nos équipes oui mais vers les patients de moins en moins. » (FG2 – L23 (C)). Par-là, cette proximité, repère au cœur du métier, au cœur de la culture soignante, est remise en question. Sa perte est perçue comme une injonction : « [...] on nous demande de ne plus être au cœur des soins. » (FG2 – L348 (I)).

Pour reprendre les termes d'Everett Hughes dans les étapes de construction identitaire, le cadre de santé passe « au travers du miroir ». Toutefois, cela ne signifie pas de passer « au travers d'un mur » dans le sens de couper avec tout ce qui serait resté de l'autre côté, de ne plus être en contact. En cela, le miroir renvoie des éléments similaires, des éléments familiers. Dans cette transmutation culturelle, comment le cadre de santé apporte-t-il des éléments dans cette nouvelle culture, ce nouveau « monde » ? Comment pourrait être définie la culture cadre ?

3.2.3 Quel héritage de la culture cadre ?

Parler de la culture cadre revient à parler du management. Les cadres se sont formés, en partie, dans le mouvement d'industrialisation. Les prémices du management sont issues de l'ère industrielle notamment avec l'arrivée de l'Organisation Scientifique du Travail (OST). Cherchant à accroître la productivité des chaînes de montage, l'OST a développé les premières approches managériales notamment axées sur le rapport entre l'Homme et la machine voire la ressemblance de l'Homme à la machine. Le management va étudier les actions de l'Homme sur son environnement de travail et inversement. Le but en est de simplifier les gestes du travailleur, de diminuer les mouvements inutiles, les pertes de temps dans une chaîne de production. Le management est avant tout une discipline scientifique issue de l'industrie : « *En d'autres termes, le management n'est pas un art, comme certains le prétendent, soit en raison de leur ignorance, soit à des fins commerciales.* » (Rappin, 2018). Si le management n'est pas un art, est-ce une discipline isolée ? Est-ce une culture en elle-même ? La culture cadre ne se rapprocherait-elle pas davantage d'une culture d'entreprise ? Le parallèle entre l'hôpital et l'entreprise est relativement partagé puisqu'il est, depuis les années 1990, de plus en plus calqué, comparé, sur ce modèle du fait de sa structure organisationnelle. La culture d'entreprise peut être définie comme suit, elle « [...] *est représentée par les différentes individualités du personnel qui élabore et construit en commun, au fil du temps et des événements qui surviennent dans l'entreprise une culture perceptible au travers des us et coutumes.* » (Massiera, 2003). L'entreprise, ici, n'est pas recherchée sous son prisme de rentabilité, de recherche constante de la qualité mais plutôt comme génératrice et porteuse de valeurs, de sens, de pratiques, d'une culture commune : « *Les gens ont perdu le sens de ce qu'ils font et je pense que ça c'est essentiel, avoir le sens du groupe, avoir le sens de la collectivité, avoir le sens de participer à une espèce d'entreprise, de microentreprise qui fonctionne bien et qui est bien en vue sur un établissement ou une notion de géographie, c'est important, moi je l'ai vécu ça, je l'ai fait, je l'ai construit.* » (FG3 – L140 (P)). En cela, le projet d'établissement transmet, à la fois un cap à l'ensemble des professionnels de l'établissement, mais est aussi une expression, *in situ*, de la culture de l'établissement. Cette culture au travers du projet d'établissement est un sens collectif pour les professionnels de santé permettant de s'inscrire dans une dynamique de « l'aller-vers » fixé par les objectifs. Traduite dans les missions de l'hôpital, elle peut être vue sous une forme de culture hospitalière. Soumis à une pression constante, les cadres de santé se rapprochent d'autant plus de cette culture hospitalière qu'ils ont un rôle majeur dans l'articulation des différents acteurs dans le parcours de soins du patient. Leur rôle

d'accompagnement des équipes, dans ce projet d'établissement, dans cette culture hospitalière est majeur : « *C'est d'accompagner une équipe pour qu'elle puisse remplir ses missions de soins quoi. Normalement, c'est faciliter le quotidien des équipes de soins.* » (FG1 – L60 (S)). Il s'agit d'un accompagnement de proximité, non plus avec les patients, mais avec les collaborateurs, avec les professionnels : « *[...] je suis encore en proximité, avec mes équipes, au cœur du service, je les vois tous les jours, je suis accessible, disponible mais avec un regard un petit peu extérieur, superviseur pour coordonner, organiser, gérer, superviser les activités et toutes les missions du rôle du cadre.* » (FG 2 – L30 (L)).

En peu de mots, la culture cadre est issue d'une culture d'entreprise qui elle-même s'est installée dans le domaine de la santé au travers des réorganisations profondes des établissements de santé. La culture cadre se trouve donc au carrefour d'une culture d'entreprise et de ce fait d'une culture hospitalière.

3.2.4 De la culture soignante à la culture cadre : premier niveau du processus d'acculturation

Tournés vers des missions de coordination des acteurs dans un but de continuité des soins, d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, les cadres de santé peuvent ressentir un bouleversement dans leurs pratiques : « *Je trouve que c'est un vrai conflit interne pour soi, de continuer à avoir tout le temps qu'on souhaiterait avoir pour faire le cœur de métier de cadre et répondre au reste.* » (FG1-L57 (P)). Le « cœur de métier » constitue le lieu même de ce bouleversement. Passant d'une culture soignante à une culture cadre, ce bouleversement peut être vécu comme un changement de paradigme, un déchirement voire un deuil : « *Il y a un deuil de la profession soignante.* » (FG2 – L92 (L)). Devenir cadre de santé, est-ce un deuil de l'ancienne profession ? Au sens propre du terme, le deuil signifie qu'il y a une rupture définitive. Rejoignant le deuil aux différentes cultures connues, vécues par le cadre de santé, n'est-ce pas en l'occurrence un processus d'acculturation ?

L'acculturation est avant tout une notion attachée au concept de culture. Selon Hervé Marchal, reprenant Linton, Redfield et Herskovits, l'acculturation est : « *[...] l'ensemble des phénomènes qui résultent d'un contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraînent des changements dans les modèles (patterns) culturels initiaux de l'un ou des deux groupes.* » (Marchal, 2021a). Elle a été étudiée dans le cas des migrations, sur les processus psychiques, sociologiques et anthropologiques qui peuvent

intervenir chez les personnes ayant dû quitter leur pays natal, leurs « racines ». Conscient que le cadre de santé n'est pas un migrant, comme entendu sur le plan anthropologique et géopolitique, le parcours d'infirmier, de soignant, à cadre de santé peut être transposé à une migration. Je me permets ce parallèle sans pour autant calquer le processus d'immigration qui peut être traumatique physiquement, psychiquement pour la personne qui a fait le choix, majoritairement par contrainte, de partir. Néanmoins, devenir cadre de santé est un parcours complexe, non homogénéisé au sein des établissements de santé, et qui d'extérieur peut être perçu comme une migration professionnelle. Une migration dans le sens où, le professionnel quitte un domaine, espérons-le non contraint, pour un autre qui peut s'apparenter comme totalement différent.

Reprenant les travaux de Hughes sur la construction identitaire, le passage à « *travers le miroir* » est un marqueur fort de ce processus d'acculturation. Pourtant, y a-t-il réellement une rupture nette avec l'ancienne culture, à savoir la culture soignante ? De par cette terminologie forte, du deuil, ici traduite en acculturation, n'est-ce pas en ce sens une acculturation par comparaison ? C'est-à-dire que le cadre de santé compare les deux cultures et se compare par cette nouvelle culture d'accueil, la culture cadre. Cependant, de cette comparaison, de ce choc entre deux cultures semblant éloignées, ne naît-il pas une forme d'identité hybride ? En somme, l'identité hybride va au-delà de la distinction entre deux cultures. Elle est une cohabitation de ces deux cultures que je détaillerai dans le prochain chapitre.

3.3 L'IDENTITÉ HYBRIDE DU CADRE DE SANTÉ

Rappel de l'hypothèse n°2 :

« *L'identité de lisière* » (Sarfati, 2003) du cadre de santé est une forme « d'identité hybride » lui permettant de s'adapter aux diverses situations rencontrées, de gagner en autonomie, en responsabilité.

Entrant dans un processus d'acculturation, le cadre de santé arrive dans la culture cadre avec ce bagage, cette identité professionnelle, cette culture soignante. Ces deux cultures, premièrement en comparaison dans le processus d'acculturation puis en cohabitation, créent chez le professionnel une forme d'hybridation. Dans cette approche, elle se définit par l'entrecroisement de ces deux cultures, dans la pratique quotidienne du cadre de santé. Néanmoins, parlant d'un entrecroisement, il peut être soumis l'idée d'une homogénéité dans la

cohabitation. La culture soignante s'exprimerait de manière uniforme avec la culture cadre. Dans les échanges entre les cadres de santé, j'ai pu relever que cet entrecroisement correspond davantage à une forme de positionnement. En effet, il s'agit avant tout d'un positionnement par une approche pragmatique circonstanciée en fonction des situations qu'ils vivent.

3.3.1 Cadre de santé : une identité ancrée

L'identité professionnelle et la culture professionnelle sont issues d'un long processus à la fois individuel et collectif. Sur le plan collectif, elles héritent d'un passé, d'une histoire professionnelle. Comme décrit précédemment dans la partie contextuelle, le cadre de santé, auparavant surveillant était vu comme une référence, une ressource en terme d'expérience pratique, clinique : « *Il y a d'un côté le virage sur la notion de sachant. Le cadre avant était plutôt perçu comme un sachant et justement là aussi pour guider l'évolution du savoir des soignants donc il était vraiment le curseur très axé sur la partie soins.* » (FG1 – L125 (M)). Se positionnant comme un professionnel ressource, au-delà de la transmission de savoirs, le cadre de santé est une garantie, une sécurité : « [...] *le service que les équipes soient elles aussi rassurés, avec qui je travaille, comment je travaille, la cadre elle est là, elle sait gérer des situations complexes, oui on est des jeunes diplômés mais elle est là donc si on n'y arrive pas elle sera présente.* » (FG 1 – L658 (P)). Cette position de ressource peut également être un levier sur le plan de la légitimité : « [...] *il faut de la crédibilité auprès d'une équipe pluri professionnelle à fortes valeurs ajoutées avec des égos très importants et un corps médical qui est omniprésent.* » (FG 3 – L97 (P)). La ressource est une expertise soin, dans le sens du pratique, du faire, dans le service où le cadre de santé exerce. Mais cette expertise est davantage vue comme un outil : « *Parce que ce n'est pas un gage de qualité de l'encadrement de maîtriser le domaine je pense. C'est un support, c'est un levier.* » (FG 1 – L616 (M)).

Le cadre de santé comme une ressource pour les professionnels est une position qui n'est pas partagée par tous dans les FG, certains y voit comme une opportunité et d'autres comme un risque dans la pratique. D'une part, c'est une opportunité, à savoir d'éviter un éloignement trop important avec l'équipe, dans la coordination des différents acteurs : « [...] *vous affrontez que sur du management ça ne tient pas la route, ça ne tient pas du tout la route !* » (FG3 – L100 (P)). D'autre part, cette position est une forme d'existence du cadre de santé, autre que sa position hiérarchique, dans le service : « [...] *tu as une forte expérience qui t'amène à te confronter à l'expertise des gens du terrain [...]* » (FG 3 – L107 (P)).

De l'autre côté, cette position du cadre comme personne ressource, comme professionnel porteur et responsable d'un savoir, d'une expertise est perçue comme un risque : « *Et bien pour moi, je n'avais pas de sens à ce que je faisais pourtant j'étais experte.* » (FG3 – L166 (R)). Il s'agit d'un risque car l'expertise, comprenant ici la culture soignante, se heurte à la nouvelle culture et l'entrecroisement, la cohabitation sont vus comme une confrontation occasionnant une perte de sens dans le cas où le professionnel se positionne sur une culture plutôt qu'une autre. Dans la culture cadre, le management constitue également un positionnement : « [...] *ce n'est pas sur cette expertise que je me suis appuyé en consultation et c'est là que le management a pris tout son sens.* » (FG 3 – L162 (R)).

L'identité hybride du cadre de santé par la cohabitation des deux cultures est un équilibre ou un déséquilibre dans une pratique positionnée au quotidien. Toutefois, cette hybridation de l'identité repose aussi sur l'environnement du cadre de santé. Soumis à de profonds changements, le déséquilibre dans le positionnement identitaire peut être une menace : « *Si tu as des difficultés d'acquisition tu pourras avoir toutes les connaissances cliniques que tu veux, être un super infirmier mais il arrivera un moment où ta position de cadre de santé ça ne tiendra pas.* » (FG1 – L577 (R)). Malgré une histoire ancrée, dans une profession « source », une culture « d'origine », cette position de « professionnel ressource » est requestionnée par l'évolution même de la profession cadre de santé : « [...] *Mais peut-être qu'on est dans une phase de transition et que justement, on est peut-être plus des personnes ressources [...]* » (FG2 – L810 (C)).

3.3.2 Cadre de santé : entre accord et désaccord sémantique

L'identité professionnelle repose en grande partie sur une triple approche interactionniste. Revenant sur les travaux de Dubar dans son ouvrage *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* (Dubar, 2000), l'identité professionnelle se construit dans notre propre regard, dans le regard des autres et dans le regard que l'on imagine que les autres portent sur nous. L'identité professionnelle du cadre de santé doit faire sens pour le professionnel lui-même, pour les autres et pour le professionnel dans ce qu'il voit, ce qu'il suppose renvoyer à l'autre. De cette conception interactionniste de l'identité, la nomination de soi, de sa profession est un caractère important dans la construction identitaire. Comment je me nomme professionnellement ? Comment les autres me reconnaissent dans cette dénomination ? Être nommé c'est être reconnu, identifié, identifiable au travers de son identité professionnelle.

Pour autant, si le terme de « cadre de santé » est identifiable pour les individus plus ou moins proches de l'univers du soin, fait-il sens pour les cadres de santé ? Dans cette approche identitaire par la sémantique, les FG ont été révélateurs d'un désaccord profond sur la notion même de « cadre de santé ».

Tout d'abord, être cadre de santé, c'est être au contact de l'autre. Autrui se compose de professionnels, de patients, de familles dans le cercle professionnel. Il se compose aussi d'amis et de familles dans le cercle privé. Dans le quotidien, auprès des professionnels, la dénomination de « cadre de santé » dépend de la pratique, du positionnement revenant à la notion de « professionnel ressource » : « [...] *cadre hospitalier, ça correspondrait le mieux mais je ne suis pas cadre de santé avec eux.* » (FG1 – L503 (S)). En dehors de l'hôpital, dans le cercle privé, le terme de cadre de santé peut souffrir d'un manque d'identification : « *Mais ça ne parle pas, pour les gens qui ne sont pas de l'hôpital ça ne parle pas cadre de santé.* » (FG 2 – L168 (A)).

Le cadre de santé est une profession qui se vit individuellement. Sur ce plan individuel, le professionnel donne sens ou non à cette dénomination. Cela peut être dans une logique de positionnement identitaire : « [...] *moi je me reconnais plus dans la profession de cadre infirmier que de cadre de santé. Si je devais choisir sur ma blouse, je préférerais qu'il y ait écrit cadre infirmier.* » (FG 1 – L438 (P)). Cela peut également être dans une logique biographique, faisant référence aux anciennes dénominations : « *Il fait quand même plus sens que surveillant, enfin, moi je ne me sens pas du tout surveillante.* » (FG2 – L163 (I)). Le terme de « cadre de santé » est accepté, modifié voire rejeté : « [...] *je n'aime pas cadre de santé, je trouve que ça ne veut rien dire.* » (FG 1 – L413 (R)).

Enfin, exception faite aux cadres de santé exerçant une mission de formation en institution pour lesquels je retrouve un vécu individuel du terme de « cadre de santé » mais dans sa distinction : « [...] *c'est très large parce que moi des fois il m'arrive de me présenter en tant que cadre de santé formatrice.* » (FG3 – L15 (D)). Une distinction dans un univers sémantique jugé flou. Par cette manœuvre, elle précise la fonction : « [...] *en tant que formateur, c'est plus notre fonction formateur mais notre métier, c'est cadre de santé.* » (FG3 – L32 (B)). Dans sa forme la plus poussée, la distinction va jusqu'à réinventer la dénomination pour ne laisser de place qu'à la fonction : « [...] *on est tous des cadres de santé d'accord, mais on n'a pas grand-chose de cadre de santé. Ça ne veut plus rien dire cadre de santé, on est des enseignants.* » (FG3 – L726 (P)). Par cette distinction à plusieurs niveaux, les cadres de santé exerçant une fonction de formation peuvent être définis, comme décrit dans le cadre conceptuel, dans ce que

Rue Buscher et Anselm Strauss nomment un « *segment professionnel* » à savoir une particularité identitaire au sein d'un groupe professionnel, les cadres de santé.

Tout compte fait, il semble complexe pour les cadres de santé de se retrouver autour d'une dénomination commune. Celle-ci ne semble plus faire sens pour eux. Ils réadaptent constamment cette dénomination dans un but de cohésion identitaire. Le contexte environnant est un axe central dans la construction identitaire du cadre de santé que j'aborderai dans le prochain chapitre.

3.3.3 Cadre de santé : une identité contextualisée

Le cadre de santé est amené à exercer différentes fonctions, que ce soit de formation, de management, en transversalité, ou d'expertise, pour reprendre l'étude de Mme De Singly dans son rapport ministériel de 2009 sur les cadres hospitaliers. Son identité professionnelle est soumise à un contexte multiple qui connaît de fortes tensions dans sa pratique quotidienne mais aussi dans son environnement de travail. Comment s'adapte son identité dans un contexte de travail qui peut s'avérer complexe par sa multiplicité et sa mobilité permanente ?

S'adapter au contexte pour le cadre de santé, c'est dans un premier temps, en définir les contours. Lors de son affectation sur une mission, dans un service, le cadre de santé peut identifier si son expertise, sa culture soignante, sera un levier dans sa pratique : « *En pensant à ça, justement vu que j'ai plusieurs équipes notamment avec une « équipe sur le centre d'exploration du sommeil » donc je peux voir la différence, je ne peux pas être une cadre de santé car je ne connais pas.* » (FG 1 – L494 (S)). Cette approche situationnelle et contextuelle est d'autant plus importante que le cadre de santé est de plus en plus positionné en transversalité avec parfois plusieurs unités à coordonner. À cette position transversale, s'ajoute une hétérogénéité des fonctions sur un même poste : « *Par contre, après, l'affectation d'un cadre de santé n'est pas forcément reliée au management d'une équipe donc ça ne peut pas être résumé à une notion de management.* » (FG1 – L26 (M)).

L'approche contextuelle du cadre de santé est primordiale dans son activité quotidienne mais aussi dans sa construction identitaire. Nécessitant d'identifier les autres pour s'établir dans son identité professionnelle, la pluralité de ses missions et affectations possibles complexifie son positionnement identitaire. Par cette approche, l'identité hybride est d'autant

plus une adaptation pragmatique au contexte de travail qu'elle peut être scindée en plusieurs secteurs du construit identitaire.

3.3.4 Cadre de santé : une identité scindée

Continuant dans cette interprétation du cadre de santé comme un professionnel acculturé transitant entre culture soignante et culture cadre, entre identité professionnelle ancrée et identité professionnelle contextualisée, comment le cadre de santé conçoit-il ses deux cultures ? Comment les associe-t-il ou les dissocie-t-il dans sa pratique ?

Devenir cadre de santé, c'est valider auprès de la direction des soins un projet cadre de santé. L'institution a donc une part importante dans la définition même du cadre de santé. Toutefois, la notion de « cadre de santé » semble se détacher de celle de « manager » : « *C'est juste que je sais que je suis les deux car mon institution m'appelle les deux.* » (FG2 – L85 (N)). Ce qui se comprend dans un premier temps par une cohabitation semble être une scission : « *On nous a mis dans des fonctions managériales donc faut savoir aussi manager des choses, manager dans le sens décider, organiser, contrôler c'est ça aussi et puis je suis manager dans cette institution parce que je suis cadre de santé et que du coup c'est aussi faire appel ... à nos connaissances infirmières si on est voilà. Donc du coup je me dis que ça fait des ponts entre ces deux, entre ces casquettes.* » (FG2 – L139 (N)). Cadre de santé est distingué d'un côté par les connaissances infirmières, les connaissances du soin et donc de la culture soignante et de l'autre par le management qui comprend l'animation et la coordination du collectif de travail et de ce fait de la culture cadre.

D'ailleurs, dans cette culture cadre, les cadres de santé identifient clairement le poids d'un domaine de travail qu'ils qualifient d'administratif : « *Certains peuvent complètement se faire happer par l'administratif, être de moins en moins le cadre de santé de proximité. D'autres pourront squeezer les demandes des directions et ne pas être vu comme le bon élève pour pouvoir être focus sur ce qu'il se passe au niveau de l'unité. De façon générale, on essaie de jongler avec les deux. Finalement, on n'est bien d'aucun des deux côtés.* » (FG1 – L246 (M)). Une fois de plus, la proximité semble être le curseur d'adaptation du cadre de santé. Un cadre de santé en proximité est un cadre au cœur de l'unité voire au cœur des soins tandis qu'un cadre administratif perd cette proximité.

Concernant cet aspect administratif, ce dernier peut être perçu, au contraire, comme une certaine protection contre les « affects » : « *Mais moi, des fois, ça me simplifierait la tâche,*

je suis une vraie administrative allez on trace, on ne pose pas de questions. Il en manque une la nuit ? Allez, hop, et bien vous ferez sans et ce sera comme ça. Et des fois, ce serait bien moins compliqué pour nous. » (FG2 – L135 (A)). Il s'agit bien d'affects dans le sens où le cadre de santé, issu de la culture soignante, sans l'oublier, l'écarter complètement, comprend et interprète aisément les difficultés rencontrées par les professionnels encadrés dans certaines situations : « *Moi, des fois, ce qui peut me mettre en difficulté, c'est justement de connaître leur charge de travail, leurs difficultés, tu n'as rien à leur proposer et si des fois, je ne connaissais pas leur difficulté ça me déculpabiliserait un peu.* » (FG2 – L111 (A)). L'administratif est perçu comme une distance, une protection vis-à-vis de la culture d'origine : « *[...] après un manager loin du terrain, il ne se posera pas la question. Il aura un nom, une ligne, et puis voilà !* » (FG2 – L480 (C)).

Pourtant, semblant départager plusieurs aspects de leur identité professionnelle à savoir l'expertise, la clinique, la proximité, l'administratif, le management, n'est-ce pas en soi une forme d'hybridation de l'identité, d'entrecroisement dans lequel le cadre de santé se positionne en fonction de ses missions, de ses affectations ? Toutes ces composantes de l'identité professionnelles sont-elles contraires ou complémentaires ?

3.3.5 L'identité « inter-venante » du cadre de santé : deuxième niveau du processus d'acculturation

L'ensemble des composantes de l'identité professionnelle du cadre de santé constituent autant d'éléments qui sont le fruit de sa culture d'origine, la culture soignante et de sa culture réceptrice, la culture cadre. Au travers des différents aspects de l'identité, cités dans les chapitres précédents, le cadre de santé est un professionnel de « l'entre ». En effet, Jacques et Rosette Bonnet dans leur ouvrage *Du manager novice au manager expert* (Bonnet & Bonnet, 2006) parle d'un professionnel dans « l'inter-venir ». Si le cadre de santé ne peut être réduit à sa fonction managériale, cette dynamique « d'inter-venir » dans les différents « mondes » de l'hôpital mais aussi entre les composantes de son identité professionnelle est une sorte de « polymorphisme identito-culturel » du cadre de santé.

Dans ses fonctions, le cadre de santé est amené à travailler en polyvalence entre différentes responsabilités : « *Ce qui va avec la responsabilité, c'est effectivement la polyvalence et le fait de répondre à des sollicitations très larges ou effectivement des patients,*

des familles, des équipes, mais aussi de la direction, des services techniques, de la pharmacie, donc c'est la polyvalence de la responsabilité » (FG1 – L17 (R)). Cette polyvalence se décline en polycompétence qui est résumée par les interviewés en côté « multifonctions » : « *Le côté multitâche, on touche à tout je trouve ça hyper intéressant [...]* » (FG1 – L40 (P)). Si cette sollicitation sur des fonctions multiples peut avoir des aspects stimulants, elle est également ressentie de manière négative : « *[...] on fait beaucoup de secrétariat, on est les petites mains de tout le monde.* » (FG3 – L307 (B)). Il se détache ici une vision interactionniste du groupe professionnel, reprenant les travaux d'Everett Hughes, cités par Claude Dubar, Valérie Boussard et Pierre Tripier (Dubar et al., 2015), sur les *faisceaux de tâches* et plus précisément la distinction entre les tâches dites *prestigieuses* et le *sale boulot*.

Cependant, cette multiple sollicitation du cadre de santé, tantôt prestigieuse tantôt vécue comme du *sale boulot* ne peut se faire sans la libération d'autres tâches ou fonctions du quotidien. En cela, quelles sont les activités que le cadre de santé a déléguées ? Quels impacts sur son quotidien ? Quels impacts dans son positionnement identitaire ?

Force est de constater que le cadre de santé est un professionnel mobilisé, sur de nombreuses missions, qu'ils possédaient déjà voire qui se rajoutent au fur et à mesure de l'évolution de son environnement de travail. Parmi ses missions, l'une d'entre elle semble s'être reportée sur ses collaborateurs et notamment celui que je pourrai qualifier de plus proche à savoir l'infirmier. Cette mission est la coordination du « flux patient » c'est-à-dire l'organisation des entrées, sorties, mutations des patients : « *Pas en tant que tel parce que j'ai un infirmier de coordination que de 8h à 16h. Donc que, c'est-à-dire qu'à 16h je fais le relais d'activité de proximité donc quand il y a des demandes après 16h c'est vers le cadre de santé. Donc j'ai quand même ce lien d'organisation, je suis moins en proximité, mais j'ai quand même cette organisation du point de vue patient, [...]* » (FG 2 – L38 (L)). La coordination des parcours patients voit émerger une profession, l'infirmière coordinatrice. Déjà mentionnée plus tôt dans ce travail d'initiation à la recherche, ceci confirme le renforcement des missions de cette professionnelle mais vient également compléter le tableau de bouleversement identitaire pour le cadre ressentant par là une perte de proximité avec le patient. Toutefois cette *délégation de tâches* semble acceptée par le groupe professionnel d'autant plus qu'elle est projetée dans l'avenir de la profession : « *[...] moi, le cadre de demain, je le vois avec quelqu'un qui est à côté qui gère le flux.* » (FG2 – L779 (L)).

Pour conclure, l'identité professionnelle du cadre de santé, comporte de multiples composantes qui, dans son quotidien, établissent une cartographie identitaire allant d'une

identité ancrée, une identité contextualisée à une identité scindée. En somme, ces différents positionnements identitaires sont les caractéristiques d'une identité hybride. Au centre d'un processus d'acculturation professionnelle, il est soumis à de fortes pressions de par son rôle d'interface, de pivot, d'articulation. Ainsi comme l'avance Hervé Marchal dans son ouvrage *L'identité en question* : « *Quand l'individu fait face à des contradictions entre prescriptions, les unes provenant de la culture d'accueil, les autres de la culture d'origine, là aussi des stratégies sont possibles : s'isoler dans l'une ou l'autre identité culturelle, épouser de façon pragmatique les situations, ce qui suppose une alternance successive des codes tout en se gardant de les confronter entre eux.* » (Marchal, 2021a). Loin d'établir un dogme, ce qui n'est pas le but d'une démarche de recherche en sciences humaines, le cadre de santé dans son ensemble, avec son bagage culturel, sa pratique professionnelle, son identité hybride est une réelle plus-value pour les établissements de santé dans l'articulation et la coordination des différents acteurs du soin. Alternant entre culture soignante et culture cadre, il possède une vision globalisée du parcours de soins du patient et des actions à mettre en œuvre, pour améliorer la qualité et la sécurité des soins. Cette deuxième étape de cohabitation identitaire dans ce processus d'acculturation est-il pour autant une fin en soi ? C'est-à-dire le cadre de santé se satisfait-il de sa position dans les établissements de santé ? Cette transversalité tant dans les missions que dans les cultures professionnelles de l'hôpital est-elle reconnue en tant que telle ? L'identité professionnelle du cadre de santé est-elle la seule dimension à prendre en compte dans sa pratique ? Je tenterai de répondre à ces interrogations dans le chapitre suivant.

3.4 DE LA VERTICALITÉ À LA TRANSVERSALITÉ : L'ESSOR D'UN MANAGEMENT CLINIQUE

Rappel de l'hypothèse n°3 :

L'identité professionnelle du cadre de santé s'orienterait vers une reconnaissance de sa position transversale dans les institutions et donc vers une reconnaissance de ses missions de coordination, de coopération et de collaboration. L'identité professionnelle ne découle plus de sa position verticale dans l'institution et donc, autrement dit, de son statut. C'est dire si, d'une façon ou d'une autre, l'identité personnelle est une dimension à prendre en compte dans les processus de négociation identitaire.

Être cadre de santé, c'est une identification en tant que tel par l'institution, la hiérarchie, les pairs. C'est par le parcours du projet de cadre de santé, évoqué précédemment,

que le professionnel, une fois diplômé, vient à devenir cadre de santé au sein d'un établissement. Sa position dans les organisations est identifiée dans les organigrammes. Cependant, si cet outil précise les liens hiérarchiques et fonctionnels du cadre de santé, prend-il en compte la dimension réelle de sa pratique ? Comment, aujourd'hui et encore plus qu'hier, identifier les missions, l'impact, la dynamique du cadre de santé dans les organisations ? Comment peuvent être valorisées ses compétences ? Comment s'expriment-elles au travers de son identité professionnelle ? Enfin, peut-on réduire la cartographie identitaire du cadre de santé à son identité professionnelle ?

3.4.1 Le cadre de santé dans l'organisation : une identité figée

Au sein des organisations, le cadre de santé est souvent décrit comme un rouage, un pivot essentiel de l'articulation des différents acteurs identifiés dans le parcours de soins. Sur le papier, que ce soit dans le référentiel de compétences ou dans les profils de postes établis, l'ensemble de ses champs d'actions n'y sont pas pris en compte. Ce constat renvoie à la conception du travail prescrit et travail réel que je ne traiterai pas dans cette démarche d'initiation à la recherche car nécessitant des axes d'analyse supplémentaires. Il est tout de même important d'apporter une autre vision sur ce constat, celui du travail invisible.

L'identification des missions réelles du cadre de santé n'épouse pas l'ensemble de ses actions, de son impact sur les organisations de soins : « [...]il y a une évaluation initiale de la charge du travail qui est assez floue. » (FG1 – L156 (M)). Cette approche semble figée, bloquée, ne prenant pas en compte les mutations de la profession : « Y en a qui n'ont pas vu l'évolution hein. Y en a qui sont encore avec la cadre de proximité qui suit la visite et voilà alors que le métier évolue et que les attentes ne sont plus les mêmes et ils ont du mal à comprendre que l'on s'éloigne un peu plus du soin parce que l'on a d'autres missions et que pour le coup ça peut déranger. » (FG2 – L173 (C)). Cette difficulté d'appréhension de la profession dans son entièreté n'est pas uniquement le fruit d'une institution complexe, elle se fait également dans le regard des pairs. Effectivement, les groupes professionnels se définissent par eux-mêmes mais aussi par autrui. L'identité professionnelle se construit en interne du groupe professionnel mais aussi dans le regard de l'autre. L'autre est partenaire dans la construction de l'identité professionnelle. Cette difficulté d'appréhension, de compréhension de la réalité de travail vient toucher une question de reconnaissance : « [...] la reconnaissance c'est bien pour dire que la reconnaissance du merci n'est pas suffisante. Ce n'est plus suffisant

par rapport à l'investissement fourni et à l'intensité de la charge de travail [...] » (FG1 – L180 (R)).

Cette position figée ne saurait contenir, englober, encadrer l'ensemble des missions du cadre de santé. D'autant plus, il est intéressant d'interroger l'intérêt d'une vision figée de la profession. Certes, d'un côté, elle peut être sécurisante dans le sens où ses activités sont défendues et protégées de ce qui est appelé le « dépassement de tâches » mais elle protège également les activités du groupe professionnel dans une dynamique de *juridiction*, reprenant les travaux d'Andrew Abbott cité par Claude Dubar, Valérie Boussard et Pierre Tripier (Dubar et al., 2015). Cependant, l'identité figée est majoritairement défavorable aux cadres de santé car elle n'entrevoit pas l'évolution de la profession ainsi que la dynamique des groupes professionnels voisins comme l'émergence des infirmières coordinatrices ou la création des IPA. Mais aussi, elle ne prend pas en compte l'évolution des organisations, des parcours et des techniques de soins, l'universitarisation de la profession, etc. Cette identité figée, défaillante sur le plan fonctionnel, vient également questionner une forme d'autonomie identitaire : « [...] *le cadre qui était effectivement de proximité dans son équipe, qui était interface avec le reste du monde hospitalier et aujourd'hui où on est des cadres d'une institution et plus vraiment, on a une équipe en responsabilité, un service mais effectivement, on est un peu plus institutionnalisé, malléable, utilisable [...] » (FG1 – L52 (R)). Une fois de plus, ce sentiment de perte d'autonomie vient questionner la proximité des cadres de santé, point névralgique d'une pratique en évolution : « *Et donc quand on est éloigné physiquement les gens ça vient questionner comment on va pouvoir les accompagner au mieux [...] » (FG2 – L340 (N)).**

L'identité figée, sécurisante d'un côté, n'est toutefois pas en mesure de prendre en compte réellement l'évolution de la profession et donc l'ensemble des revendications identitaires du cadre de santé. De surcroît, cette identité figée vient questionner l'autonomie sur le plan fonctionnel, des compétences, mais aussi sur le plan identitaire.

3.4.2 Le cadre de santé : une identité statutaire entre autonomie et prescription

Autre élément d'une identité figée du cadre de santé, conçue par autrui, son statut. Sans parler des statuts public-privé, fonctionnaire-salariat, je viens ici questionner le statut dans l'idée de la stature. Non seulement le cadre de santé a une stature de responsabilité hiérarchique mais il incarne également, comme il a pu être identifié lors du cadrage contextuel, une stature de par son historicité professionnelle. Étant donné qu'il est un interlocuteur privilégié entre professionnels du soins et instances décisionnaires, allant de la direction aux professionnels

administratifs et techniques, sa stature lui confère également une responsabilité d'actions. Or, cette responsabilité s'en suit-elle d'une réelle autonomie dans sa pratique quotidienne ?

La responsabilité renvoie à une forme de « polycompétence » que j'ai pu caractériser dans les chapitres précédents. Auparavant abordée sur le plan du *prestige de tâches*, cette responsabilité est en lien direct avec l'autonomie : « *Certes, on est un couteau suisse mais la boîte à outils est de plus en plus vide. Tous les leviers que l'on peut activer sont à la dépendance d'une décision d'une hiérarchie qui tient le gouvernail [...]* » (FG1 – L296 (M)). Garantir l'autonomie du cadre de santé, c'est d'un côté agir sur la reconnaissance du champ de compétences réel et d'un autre côté, prendre en compte son identité professionnelle. Ce constat ne fait pas exception aux cadres de santé formateurs : « *[...] c'est de l'autonomie, de la confiance dans leurs capacités, dans leurs compétences, la restauration de ces éléments qui font qu'un enseignant il doit être, seul, capable de dire s'il est sur la bonne route ou sur la mauvaise route [...]* » (FG3 – L852 (P)).

En soi, la stature vient directement questionner l'autonomie réelle à la fois dans les compétences, les capacités d'actions, de décisions mais également sur une reconnaissance de l'identité professionnelle. Celle-ci ne dépend pas que d'un seul acteur qui serait, à la tête d'une organisation, omniscient et omnipotent pour dessiner les identités professionnelles. Il s'agit d'une relation permanente avec les pairs.

Le cadre de santé, dans ses missions quotidiennes, son approche du collectif de travail, de l'organisation, est de fait un professionnel en relation permanente avec les pairs. Cette constante imprégnation avec et par autrui dessine les contours de son identité professionnelle : « *[...] pour mon équipe, je suis un cadre de santé et pour ma direction, je suis un cadre ... Les deux n'ont pas la même vision de nos missions et ça fait qu'on doit essayer de jongler, c'est là qu'il y a le couteau suisse, entre ces deux visions différentes et répondre aux attendus de chacun [...]* » (FG1 – L256 (M)). Cette double identification n'est pas une fin en soi pour définir et sceller l'identité professionnelle : « *Je ne sais pas si faut appeler ça un levier, de quelque chose d'utile pour dire que oui, on est identifié comme cadre infirmier d'unité donc on est un supérieur hiérarchique mais que ce n'est pas la fonction et le grade qui fait que l'on sait [...]* » (FG1 – L589 (P)).

Cette double relation avec les pairs et l'institution au travers des liens hiérarchiques entretenus directement ou indirectement avec les professionnels est une des composantes de l'identité statutaire du cadre de santé. De cette façon, elle est également une identité figée, se

transformant peu à peu, ne suivant pas complètement les évolutions et ne prenant en compte que des liens opérationnels et fonctionnels. Néanmoins, il y a bien une relation à autrui, que le cadre de santé ne peut ignorer, à la fois de par ses missions, son histoire, c'est la relation médecin-cadre. Comment cette relation est-elle ancrée dans la construction identitaire du cadre de santé ?

Ayant abordé la verticalité du cadre de santé par son statut, aussi bien dans les organigrammes qu'au quotidien dans ses relations avec les pairs, il ne peut être ignoré la verticalité du cadre de santé dans sa relation avec le médecin. Il est souvent abordé cette dynamique communicationnelle comme étant la « relation médecin-cadre ». Souhaitant continuer avec des métaphores physiologiques, qui, dans le domaine de la santé, prennent tout leur sens, la relation médecin-cadre est une association digne d'un « cœur-poumon », l'un ne va pas sans l'autre. Cette relation est primordiale dans l'articulation des parcours de soins, dans la définition des besoins des patients mais aussi des professionnels. Comme il a pu être reconnu récemment dans la législation, cette relation est à remettre au cœur d'une gouvernance des établissements de santé. Toutefois, quelle est la place réelle du cadre de santé dans cette dynamique de travail ? Précisément, comment se construit la dynamique identitaire dans cette relation ? M'appuyant sur le cadrage contextuel, le cadre de santé a hérité d'une histoire, le liant à sa profession « source », l'infirmière. S'il existe un rôle propre, à savoir des prescriptions infirmières, une partie non négligeable du travail se fait sur prescription médicale : *« Avec toutefois des choses qui se retrouvent dans ces évolutions, c'est que l'on reste tout de même garant de la qualité et de la sécurité des soins et de la mise en œuvre des prescriptions médicales parce que, sans prescriptions médicales, on ne fait pas grand-chose. »* (FG1 – L17 (N)). Non lié directement par une prescription médicale, le cadre de santé semble également être lié à cette relation « prescrite ». Par conséquent, il peut interroger l'impact de cette dimension prescriptive dans la construction identitaire du cadre de santé. Qui plus est, il est ressenti un déséquilibre dans le pouvoir d'actions et donc d'autonomie : *« [...] ce qu'un médecin décide la direction le suivra [...] »* (FG3 – L535 (R)).

Cette relation médecin-cadre ne se retrouve pas en tant que tel chez les cadres de santé formateurs, même s'ils peuvent avoir des liens avec le corps médical dans la construction de séquences pédagogiques. La dimension prescriptive se retrouve ailleurs. Elle est identifiée dans le cadre législatif en l'occurrence du référentiel de formation : *« On ne fait rien ici sans référentiel et d'ailleurs on invite à chaque fois qu'elles (sous-entendu les nouvelles arrivantes cadre de santé formatrice) arrivent à se plonger dans le référentiel à voir pourquoi on mobilise*

telles ou telles connaissances dans tel type d'UE à tel niveau de formation et vraiment le référentiel, c'est un peu la pierre d'achoppement de la construction des trois années de formation donc on ne peut pas se départir du référentiel pour dire comment on envisage notre fonction. » (FG3 – L343 (P)).

La verticalité du cadre de santé, autrefois gage d'une identité professionnelle unifiée, reconnue, n'est plus en capacité d'appréhender pleinement une évolution identitaire marquée par de profondes mutations. Qu'ils soient en unités de soins ou en institut de formation, les cadres de santé sont des professionnels d'interface, de la relation, de « l'entre » et donc soumis à une grande variabilité de l'environnement de travail. Une identité figée, statutaire, ne peut contenir l'identité professionnelle du cadre de santé dans son intégralité : « *L'institution nous donne un truc qui est tronqué d'avance donc à nous de trouver des pistes de faire autrement.* » (FG2 – L356 (N)). En définitive, là où la verticalité trouve ses limites, la transversalité est une distinction identitaire à saisir pour le cadre de santé.

3.4.3 L'héritage soignant : une approche managériale qui se distingue

Distinguer verticalité et transversalité revient à comparer une vision figée, ancrée dans une dimension organisationnelle, à une dimension fonctionnelle et multidimensionnelle. Effectivement, la verticalité suppose des niveaux de décisions, des niveaux d'actions : une action, majoritairement venue du niveau supérieur, qui s'applique au niveau inférieur. Cette dynamique *top-down*, prend en compte de manière limitée les éléments du terrain, leurs différences. En cela, l'héritage d'une culture soignante pour le cadre de santé n'est-il pas un vecteur de transversalité ?

La culture soignante, ancrée chez les professionnels de santé, dans la profession infirmière et de ce fait chez le cadre de santé, émane au quotidien de sa pratique : « *Je pourvois à la santé dans les équipes paramédicales [...]* » (FG1 – L427 (P)). Il s'agit d'un transfert d'une culture à une autre, sans pour autant dénaturer l'ancienne culture : « *Alors on prend soin des autres différemment [...]* » (FG2 – L92 (L)). Par cette prise en soin, point central de la culture soignante, le cadre retrouve cette proximité, indirecte, avec le patient : « *[...] moi, mon rôle est plutôt de prendre soin des équipes pour qu'ils arrivent à prendre soin des patients.* » (FG2 – L97 (L)). Cette culture est vue également comme protectrice. Certes avec un côté protecteur du savoir mais surtout protectrice de réorganisations jugées antinomiques aux valeurs et donc à

l'identité professionnelle : « *Eh bien, notre fibre soignante, le prendre soin d'une équipe, le prendre soin du patient c'est ça. Et c'est pour ça qu'on est des gardes fous [...]* » (FG2 – L488 (I)). Parmi la catégorisation générale du « prendre soin », se retrouve des capacités propres à la culture soignante et donc aux cadres de santé qui en font une distinction professionnelle : « *Pour moi, le cadre de santé prend soin d'une équipe, bienveillant avec une équipe* » (FG2 – L94 (L)). Du point de vue de la dynamique professionnelle, dans la construction identitaire, la distinction est intéressante car elle permet de faire émerger et d'asseoir une identité professionnelle propre et d'autre part d'en contrôler les contours : « *[...] la bienveillance, j'ose espérer qu'on l'a tous, normalement quand on a accédé à cadre de santé, c'est parce qu'on nous a prétendu ces compétences-là [...]* » (FG3 – L784 (R)). Prendre soin signifie de se rendre disponible, de montrer à autrui que le cadre de santé est un professionnel qui n'est plus référent en terme de savoirs mais référent en terme d'accueil et d'écoute : « *[...] la porte est ouverte quasiment tout le temps dans la journée ce qui veut dire n'hésitez pas si vous avez besoin, si vous avez un souci rentrez.* » (FG2 – L510 (A)).

Outre sa culture soignante qui, malgré un processus d'acculturation demeure fortement ancrée dans sa pratique quotidienne, le cadre de santé se structure en transversalité au travers d'un collectif. Dépassant la relation aux collaborateurs, à l'institution, le collectif cadre de santé n'est-il pas également une des caractéristiques de la transversalité du cadre de santé dans les organisations ?

Tout d'abord, peut-il être envisagé un collectif élargi à savoir de cadres hospitaliers, ou plus restreint de cadres de santé ? Un collectif cadre de santé est une forme de groupe professionnel avec ses « *dynamiques d'observation* » décrites par Léonie Hénaut (Hénaut, 2011). De cette observation, les cadres de santé construisent leur identité professionnelle : « *[...] on parle plus facilement de ce qu'on voit et ce qu'on vit au quotidien et donc, c'est difficile de se projeter, d'identifier ce qui se passe dans d'autres types de fonctions ou d'affectations pour les cadres de santé ou nos collègues cadres au niveau de l'administration [...]* » (FG1 – L370 (M)). Ce collectif est non seulement sécurisant mais il est aussi un repère identitaire pour les professionnels : « *[...] un collectif cadre de notre pôle qui nous emmène, qui nous forge et qui nous aide à être comme on est avec nos équipes [...]* » (FG2 – L704 (L)). Comme tout collectif, tout groupe d'un point de vue sociologique, il n'échappe pas aux règles de gestion et de normalisation du groupe : « *[...] mais parce que on essaye quand même d'être sympa entre nous, d'avoir une espèce de fidélité professionnelle et puis humaines [...]* » (FG1

– L177 (P)). Dans cette dynamique de groupe, le cadre supérieur de santé est également un partenaire privilégié dans la construction et la consolidation d'un collectif cadre : « [...] *c'est aussi que le cadre supérieur de santé y participe donc pour un collectif cadre [...]* » (FG2 – L753 (N)).

Après tout, le collectif cadre, repère identitaire et sécurisant pour les professionnels ne se restreint pas aux cadres de santé même, il s'articule autour des cadres supérieurs de santé, qui peuvent l'impulser sur le plan institutionnel. Toutefois, il est encore complexe de définir un collectif cadre hospitalier tant l'identité professionnelle, soumise à une culture soignante forte, imprègne le dit collectif. Une fois de plus, la dualité culture et identité est nettement marquée dans la pratique quotidienne du cadre de santé. Sa culture d'origine, la culture soignante comme base identitaire revient à mobiliser le concept d'une identité professionnelle par la « *transaction biographique* » (Dubar, 1992) c'est-à-dire d'une construction identitaire projective tenant compte ou non des éléments du passé. En conséquence, la culture soignante et le collectif cadre forment ce que Claude Dubar appelle une « *identité de métier* » ou une « [...] *identité communautaire qui suppose donc l'existence d'une « communauté » au sein de laquelle se transmettent des « manières de faire, de sentir et de penser » qui constituent à la fois des valeurs collectives (la « conscience fière ») et des repères personnels (« un métier dans les mains »).* » (Dubar, 2003). Tout bien considéré, culture soignante et collectif cadre fondent-ils pour autant une culture cadre de santé claire, unifiée et reconnue ? Par quoi cette culture s'exprime-t-elle ? Comment se distingue-t-elle ?

3.4.4 La culture cadre de santé par les compétences

Les compétences représentent l'expression visible d'une culture professionnelle. Elles sont liées à l'identité professionnelle dans le sens où c'est l'individu qui construit, développe et maintient ses compétences, par une formation ou accompagné dans un environnement dit apprenant. Le groupe professionnel a un rôle central à jouer dans la reconnaissance des compétences. Il définit un tronc commun de compétences, les faisant valider sur le plan législatif, voyant par-là une garantie du monopole d'actions, notamment au travers d'un référentiel de compétences.

Si les compétences du cadre de santé sont identifiées et enseignées au sein des IFCS, celles-ci peuvent, dans la pratique quotidienne, différer quelque peu de leur base initiale. Dans

cette démarche d'initiation à la recherche, j'ai pu relever différentes compétences venant enrichir une culture professionnelle, la culture cadre de santé.

Premièrement, j'ai pu relever une compétence d'anticipation : « *Après une grande partie de notre travail c'est anticiper. En effet, c'est d'anticiper, de faire les plannings, d'anticiper tout un tas de choses, les façons dont on va faire évoluer les directions de l'équipe, là où on veut prioriser le travail de l'équipe, les montées en compétences, les travaux de l'institution, etc.* » (FG1 – L272 (R)). Le cadre de santé, responsable hiérarchique et fonctionnel de proximité, est à même de prendre des décisions au plus proche de la personne soignée. Dans ce sens, l'adaptation revient à cet adage « prévenir, c'est diriger ». Diriger non pas dans l'idée de réguler, contrôler mais dans une signification d'accompagnement, de conduite : « *C'est-à-dire que le cadre d'unité, c'est quelqu'un qui est capable d'anticiper avant tout, anticiper les besoins de son équipe [...]* » (FG3 – L115 (P)).

Deuxièmement, un cadre de santé est un professionnel qui s'adapte. Effectivement, comme j'ai pu le décrire précédemment, il est au cœur des mutations profondes de l'environnement de travail, au centre névralgique des relations interprofessionnelles. C'est pour cela que son adaptation est la garantie d'un service des soins, d'un enseignement pour un cadre de santé formateur au plus proche des besoins : « *[...] et puis, après, on s'adapte au contexte, il n'y a pas le choix, il faut s'adapter [...]* » (FG1 – L463 (N)). Il s'adapte en fonction des éléments recueillis sur le terrain : « *C'est-à-dire que je peux l'organiser différemment en fonction de ce que je vais entendre, écouter.* » (FG2 – L409 (L)).

Troisièmement, le cadre de santé est un professionnel de la construction du sens. Étant donné la complexification des organisations de santé, il est un relai de première ligne pour objectiver, coordonner, évaluer, accompagner le changement : « *[...] il doit être capable d'expliquer [...]* » (FG1 – L490 (N)). Cette constatation est identique et se retrouve également du côté des cadres de santé formateur : « *[...] quand tu enseignes, tu donnes le sens, hein l'enseignement, c'est donner le sens, tu donnes le sens.* » (FG3 – L617 (P)).

Quatrièmement, ce qui constitue une compétence majeure du cadre de santé, c'est sa capacité à observer. Il est nécessaire d'avoir ce « pas de côté » pour entrevoir une situation dans sa globalité, murir sa réflexion en vue d'une décision : « *Comme je suis au cœur de l'unité, je fais plusieurs passages dans la journée, pour voir les équipes, dans les environnements de patient, les portes ouvertes, ça permet de voir en passant les ambiances de travail, d'entendre, etc.* » (FG2 – L372 (L)). Il est un thermomètre des environnements de travail par sa capacité d'analyse d'un collectif de travail : « *Il y a pleins de petits signes que l'on développe avec le temps mais c'est sûr qu'il faut être attentif.* » (FG2 – L380 (L)).

Cinquièmement, s'appuyant sur cette compétence d'observation, le cadre de santé par ce recul sur l'activité de travail, conçoit le parcours de soin dans sa globalité : « [...] là, je maîtrise à peu près tous les tenants et les aboutissants de ce qu'il se passe dans le service [...] » (FG1 – L625 (S)). Sans pour autant tomber dans un contrôle total des éléments d'entrée et de sortie de l'activité de travail, basculant ainsi dans l'autoritarisme, il est le fluidifiant des articulations et des rouages des organisations de soins : « Effectivement, je te rejoins complètement, sans les cadres de santé, une institution, je parle de celle-là, la nôtre, voilà, il n'y aura pas grand-chose qui fonctionnent, vraiment. » (FG2 – L153 (N)).

Au total, les compétences du cadre de santé ne peuvent se résumer à un référentiel d'activités qui en soi constitue la prescription et donc une identité professionnelle conçue. Sur un plan réel de son activité de terrain, de sa pratique, l'identité professionnelle du cadre de santé dépasse les frontières de compétences normées, techniques et conçoit une première partie de sa culture, une culture cadre de santé. Pour autant, si ces compétences constituent le « faire » de l'action, sur quoi se basent-elles ? Sur quelles réflexions, connaissances et approches s'appuient-elles ?

3.4.5 La culture cadre de santé par la clinique

Le cadre de santé est un responsable hiérarchique et fonctionnel au plus proche de l'activité de soins. Non seulement, il est issu de cette culture du soin mais encore, il est en position de coordination des activités de soins. Or, cette vision ne peut être acquise indéfiniment. Pouvant être amené à encadrer des professionnels soit qui ne sont pas de sa profession d'origine ou dans un domaine n'y ayant encore jamais exercé, cette situation peut mettre en difficulté certains cadres de santé. D'un point de vue global, il lui est nécessaire d'appréhender rapidement l'ensemble de l'organisation de soins, d'en comprendre les rouages, d'en percevoir sa dynamique. Par quelle approche le cadre de santé peut-il entrevoir cet environnement de travail dans sa globalité ?

Un cadre de santé repéré comme expert dans sa pratique soignante et exerçant dans ce même domaine d'activité n'aura pas forcément besoin d'effectuer cette approche. À l'inverse, loin d'une certaine zone de confort, il doit adopter une dynamique managériale : « C'est-à-dire que si on prend un poste mais que l'on ne fait pas d'immersion auprès des équipes, des temps flash auprès des équipes même en étant infirmière, on peut complètement passer à côté de son

équipe. » (FG2 – L125 (L)). Cette immersion est permise par cette compétence d'observation. Le but est de recueillir le maximum d'informations pour concevoir le collectif de travail, d'en dessiner les contours, « *l'encadrer* » : [...] *dès que j'aurai compris l'organisation, je me sens capable de le faire [...]* » (FG2 – L738 (I)). Encadrer, c'est une manière d'appréhender le groupe mais c'est aussi d'identifier individuellement ses collaborateurs, dans leur personnalité : « *En fait, c'est de d'observation aussi, de l'observation on va à un moment observer donc on va apprendre à connaître et du coup comme on connaît un petit peu, on sait comment la personne elle fonctionne, donc en allant la saluer, lui dire bonjour, on check.* » (FG2 – L423 (N)). C'est également les identifier individuellement et collectivement dans leur profession : « [...] *après ça sous-entend [...]* *d'aller à la découverte de l'autre métier mais ce n'est pas infaisable, irréalisable, ça peut se faire.* » (FG3 – L43 (D)). Cette approche est d'autant plus utilisée par le cadre de santé que le domaine d'exercice est distant de la profession d'origine, de la culture d'origine : « [...] *je n'étais pas experte dans le domaine en orthophonie où je n'y connaissais rien où je me disais « mais qu'est-ce qu'ils racontent dans leur métier ». Il a fallu que j'apprenne leur métier.* » (FG3 – L193 (R)).

Au final, cette approche par la découverte de l'autre dans son individualité, dans sa professionnalité est un levier pour l'exercice du cadre de santé. Si cela constitue une forme « d'intercompréhension », définie dans le cadrage contextuel, elle est au final une approche clinique de l'environnement de travail. Reprenant son origine latine *clinice*, c'est-à-dire au chevet du malade, au pied du lit du patient, le cadre de santé n'est-il pas ce professionnel d'encadrement de proximité qui analyse au cœur de l'activité de soins, au cœur des relations interprofessionnelles et interdisciplinaires ? Voyant ici un héritage franc de sa culture d'origine, il a emmené avec lui, dans son parcours d'acculturation, une caractéristique essentielle de son identité professionnelle, la clinique.

3.4.6 Le management clinique : troisième niveau du processus d'acculturation

Le management est un dénominateur commun à l'ensemble du groupe professionnel cadre de santé. Même si les cadres de santé formateurs peuvent former un « *segment professionnel* » avec des activités spécifiques qui ne se retrouvent pas chez les cadres de santé en unité de soins, le management peut être vu comme un construit commun. En soi, le management n'est-il pas la mobilisation de ressources en vue de la réalisation d'un projet ? Ainsi le cadre de santé en unité manage par la coordination des différents professionnels en vue

de la réalisation du projet de service lui-même inclus dans un projet d'établissement. De même que le cadre de santé formateur manage lorsqu'il mobilise les ressources, les compétences des étudiants en vue de la réalisation d'un projet pédagogique lui-même découlant du référentiel de formation. Par conséquent, je n'opposerai pas cadre de santé en unité de soins et cadre de santé formateur dans cette analyse de la culture cadre de santé par un management clinique tant la finalité de leurs activités sont similaires.

Les notions de clinique et proximité sont intimement liées et renvoient à cette approche que peut avoir le cadre de santé auprès des professionnels : « *pour moi le cadre de santé reste quand même la particule de santé, parce que c'est vraiment son identité professionnelle du soin.* » (FG3 – L86 (D)). Cette approche est un engagement, une norme de professionnalité qui régule le groupe professionnel : « *[...] c'est ce qui a fait notre engagement professionnel c'est-à-dire l'attention qu'on doit porter à l'autre qui est, pas en difficulté mais en fragilité, quand tu es malade tu es en fragilité, quand tu es étudiant tu es en fragilité, tu te construis et quand tu te construis, tu risques de te déconstruire. Tu dois être avant tout, c'est quelqu'un qui est capable d'écouter l'autre et de l'entendre. Si tu n'as pas ces capacités, ces valeurs-là ce n'est pas la peine, tu passes ta route quoi !* » (FG3 – L768 (P)). Le cadre de santé accompagne des étudiants qui sont en situation de fragilité dans un environnement d'études, de développement de compétences. Cette vision peut se transposer aux unités de soins. Les environnements de travail sont pour le professionnel des milieux potentiellement traumatiques et il appartient donc au cadre de santé d'accompagner, de veiller, de sécuriser ses collaborateurs. Cette sécurisation passe par l'identification des besoins : « *[...] après il y a aussi le côté compétence, l'individu, ses besoins [...]* » mais aussi, plus largement, une caractérisation de l'individu au travail : « *Enfin oui, comme on le fait avec les infirmiers où on identifie, on identifie les compétences, on identifie beaucoup leurs personnalités, comment ils fonctionnent comment ils peuvent réagir, notre encadrement il fait la même chose.* » (FG1 – L728 (S)). Cette caractérisation de l'individu est d'autant plus importante que la barrière vie privée et vie professionnelle présente une forme de porosité : « *[...] les équipes avec qui on bosse elles viennent échanger des choses sur leur vie privée [...]* » FG2 – L792 (I). Une fois de plus, la référence du cadre de santé n'est plus dans une expertise soins mais dans une personne ressource, d'écoute et de bienveillance : « *[...] il y a des gens comme ça, des personnes ressources dans la société et donc du coup dans le travail les gens sont habitués à beaucoup plus faire venir, intervenir leur sphère personnelle [...]* » (FG2 – L501 (N)).

En résumé, les contours du management clinique ne sont pas d'aborder le cadre de santé comme un thérapeute managérial. Effectivement, loin de moi cette idée qui au contraire serait néfaste pour le collectif de travail. Le management clinique est bien plus qu'une approche bienveillante reprenant ainsi le concept de « *management bienveillant* ». Le management clinique, c'est concevoir le collectif de travail ou le collectif d'apprentissage, comme une matière vivante. De là, c'est avoir une approche multidimensionnelle afin d'en comprendre ces dynamiques. Elles peuvent être des dynamiques positives (montée en compétences, réalisation de projets) ou des dynamiques négatives (conflit interne, *turn-over*). Elles permettent d'entrevoir l'environnement de travail, du contexte global de l'institution. En somme, l'objectif est d'avoir une approche systémique du collectif de travail.

Cette approche multidimensionnelle ne serait-elle pas une exception faites aux cadres de santé ? Navigant entre culture d'origine et culture réceptrice, il crée par cette approche une néo-culture, la culture cadre de santé : « *C'est très différent en terme d'identité, de culture, d'appartenance, de projections, tu n'as pas les mêmes codes pour comprendre les situations mais c'est aidant [...]* » (FG3 – L250 (D)). Par là, le cadre de santé se distingue : « *C'est vrai que c'est très différent, la culture est super différente.* » (FG3 – L249 (P)). Se distinguer c'est sortir du lot, exister, marquer une empreinte dans un environnement collectif. Le management clinique est l'expression franche de l'identité professionnelle du cadre de santé, de sa culture propre. Il constitue un niveau supplémentaire dans ce processus d'acculturation. Reprenant Linton, Redfield et Herskovits, Hervé Marchal décrit ce niveau d'acculturation comme suit : « *[...] processus à la suite duquel, des deux cultures en relation, naît une nouvelle culture. Celle-ci peut-être soit une véritable synthèse, soit une configuration éclectique adaptable selon les situations.* » (Marchal, 2021a). Ainsi de la comparaison à la cohabitation entre culture soignante et culture cadre naît une culture cadre de santé, une identité professionnelle qui lui est propre et dont il se distingue par sa particularité.

Cependant, le cadre de santé ne peut se résumer à son identité professionnelle qui représente une part de son identité personnelle. D'autant plus dans un processus d'acculturation où la culture originelle n'est pas le seul refuge, la seule ressource de sa pratique professionnelle, de son vécu, de son analyse des situations de travail. Par conséquent, schématiser l'importance de l'identité personnelle est une manière de s'assurer une analyse complète du construit identitaire et des dynamiques en action.

3.5 LE PROCESSUS DE NÉGOCIATION INTRA ET INTERPERSONNEL DU CADRE DE SANTÉ

Rappel de l'hypothèse n°4 :

L'identité personnelle, non réductible à l'identité sociale / professionnelle, deviendrait une composante incontournable dans les processus de négociation identitaire et donc dans les façons de manager. Plus encore, l'identité personnelle se trouverait au centre des projections identitaires, de soi, et donc du sens que l'on donne à son métier.

Dans notre société actuelle, industrialisée, mondialisée, la question de l'identité individuelle est au cœur d'enjeux politiques et idéologiques. La frontière entre individualité et collectivité s'est nettement réduite créant de part et d'autre des formes porosités. Il ne paraît plus possible de distinguer clairement un individu dans une collectivité et parfois une collectivité d'un individu. En d'autres termes, l'identité professionnelle semblerait ne plus pouvoir être scindée, dissociée de l'identité personnelle. Par conséquent, l'identité personnelle est une composante essentielle dans l'approche globale de l'individu dans un environnement de travail. C'est le cas du cadre de santé qui a connu de profondes mutations d'une part de sa profession et d'autre part des organisations dans lesquelles il est amené à travailler. Force est de constater que l'identité personnelle du cadre de santé sera déterminante dans sa pratique professionnelle. Dans ce sens, quelle place constitue l'individualité du cadre dans un univers collectif ? Quelles sont les dynamiques en présence dans sa construction identitaire personnelle ? Enfin, en quoi ce processus identitaire est-il une construction personnelle et collective ?

3.5.1 Cadre de santé : une individualité identitaire dans la collectivité

Parler d'individualité dans une collectivité revient à questionner l'inter-influence des sphères professionnelles et privées. Prenant exemple du numérique, son essor accentue l'impact du monde professionnel sur la vie personnelle des individus. L'environnement de travail que constitue l'hôpital, s'est fortement numérisé au cours de ces vingt dernières années. La rapidité d'information que confère les NTIC matérialise d'autant plus la porosité entre la barrière vie privée et vie professionnelle. L'adage qui revient à dire que « les problèmes personnels restent au vestiaire et sont repris en fin de poste » ne semble plus être d'actualité. J'entends ici par « problèmes personnels » l'individualité du professionnel, son identité personnelle. De ce

postulat, comment le cadre de santé appréhende cette inter-influence entre vie privée et vie professionnelle ?

Amené à maîtriser les outils numérisés dans sa pratique quotidienne, le cadre de santé est en première ligne d'une problématique de porosité vie personnelle – vie professionnelle. Entre autre, les mails sont une expression parfaitement visible d'une TIC qui peut être présente dans sa sphère personnelle et inversement dans sa sphère professionnelle : « *Le « je » individu est présent aux missions du quotidien en tant que cadre de santé et le « je » cadre de santé est présent presque au quotidien dans notre vie privée et nous accompagne aussi à l'extérieur.* » (FG1 – L749 (M)). Il est intéressant de comparer une sphère à cette composante de l'identité. Elle est un construit, un ensemble contourné de limites. Cette relation est perçue comme une forme d'équilibre : « *[...] il y a un changement d'équilibre sociétal où la vie privée qui passe avant le travail maintenant alors qu'avant c'était le travail qui passait avant la vie privée [...]* » (FG2 – L514 (L)). Si équilibre il y a, alors il peut également y avoir déséquilibre : « *[...] mon attitude c'est de vérifier que je garde un équilibre vie perso et vie professionnelle.* » (FG2 – L588 (N)). Cet équilibre dans la relation vie personnelle-vie professionnelle est une forme d'homogénéité. Elle sous-entend que l'identité professionnelle est une partie intégrante de l'identité personnelle.

Cependant cette double relation identitaire demeure complexe dans la gestion de l'équilibre : « *Des fois ce serait peut-être plus facile de pouvoir être complètement hors notre personnalité, parfois moins dangereux.* » (FG1 – L737 (P)). L'équilibre est d'autant plus important à conserver qu'il structure notre personnalité, notre professionnalité : « *[...] nous on peut arriver fortement contrarier, un peu en vrac ce jour-là et qu'on va se donner les moyens de ne pas trop montrer ça.* » (FG2 – L438 (N)).

Cette notion d'équilibre à préserver est également importante dans le sens où le cadre de santé exerce dans un univers multidimensionnel comme j'ai pu le décrire dans les parties précédentes. Il est une individualité dans l'animation, la coordination d'une collectivité. En soi, il constitue une forme de personne publique. Non pas dans le sens de l'intérêt public, mais à savoir qu'il est amené à coordonner plusieurs acteurs, à prendre des décisions qui seront discutées, débattues, comprises et parfois incomprises. Dès lors, cet équilibre individuel est primordial dans un environnement collectif. Un potentiel déséquilibre serait une menace : « *Tu prends beaucoup de risques en tant que cadre.* » (FG2 – L690 (I)). Le cadre de santé ne peut échapper à cette notion d'équilibre, l'identité ne pouvant être parfaitement scindée : « *Même si ce n'est pas dit, et c'est sûr que de venir en tant que réel sujet pour moi c'est plus fragilisant*

que d'essayer de paraître ce qu'on est pas et de ce dire que rien ne nous blesse, rien ne nous offusque, rien ne nous fait rire. » (FG1 – L745 (P)). Ainsi comment apporter de son individualité dans un univers collectif qui peut paraître menaçant pour sa propre identité personnelle ?

L'individualité face à la collectivité c'est venir interroger la notion d'intersubjectivité. En effet, dans la relation, l'individu ne peut pas définir comment il est identifié par autrui : *« Moi je sais qui je suis, quelles sont mes valeurs et comment je viens travailler et tout ça mais après ça dépend par qui c'est perçu et pourquoi c'est utilisé. »* (FG1 – L692 (P)). Dans cette incertitude de l'intersubjectivité, le cadre de santé peut alors s'appuyer sur une approche du collectif par l'authenticité : *« J'adapte le discours en fonction de l'interlocuteur, évidemment, avec en maintenant ma personne. Je suis, je pense que l'on m'entend comme je suis, je suis identifiable. »* (FG1 – L721 (R)). Cette authenticité constitue une forme de repère pour les acteurs dans la relation : *« [...] moi c'est mon cheval de bataille et je sais qu'elles vont chercher là-dedans [...] »* (FG2 – L242 (I)). Cette approche identitaire par l'authenticité est bien plus vécue dans une posture de cadre de santé par son positionnement central dans les organisations : *« [...] enfin je pense être authentique, mais je pense que je l'étais moins en tant qu'infirmière. Je pense que dans un collectif, tu vois, il y a quelque chose, j'ai l'impression qu'il y a quelque chose qui t'amène à jouer un rôle social dans le groupe. »* (FG2 – L681 (N)).

Au fond, l'identité personnelle du cadre de santé est une composante essentielle dans sa pratique professionnelle et dans sa gestion du collectif de travail. Conscient d'une inter-influence entre vie privée et vie professionnelle, entre identité individuelle et identité professionnelle, il est amené à construire et conforter une base identitaire dans cette double relation. Après tout, le construit identitaire ne repose pas uniquement sur la dynamique d'un groupe professionnel ou sur sa relation au collectif de travail. De cette façon, comment se structure l'identité personnelle du cadre de santé, en quoi se distingue-t-elle ?

3.5.2 Cadre de santé : une identité par l'expérience personnelle et interpersonnelle

La recherche permanente d'un équilibre entre vie privée et vie professionnelle peut également se transposer à ce qui a été relevé lors de cette analyse à savoir la culture professionnelle. Abordant progressivement la question des valeurs, la culture en est également porteuse. « Inter-venant » entre deux cultures, le cadre de santé entre alors dans une « stratégie

identitaire ». Selon Hervé Marchal la « *stratégie identitaire* » intervient lorsqu'il y a « *hétérogénéité culturelle dans un même lieu.* » (Marchal, 2021a) Le lieu, l'environnement de travail du cadre de santé, qui comme détaillé en début de ce travail, est soumis à de profondes mutations. Soumis lui-même à des bouleversements dans sa pratique professionnelle, le cadre de santé peut avoir d'autant plus recours à des stratégies identitaires que sa base identitaire, issue de sa culture soignante, est remise en question. Il peut alors se retrouver dans des refuges, qu'il connaît, qui le sécurise. Ce qui constitue un refuge, une identité personnelle, se construit dans la relation avec les pairs : « *Le Moi se fabrique donc, mais en compagnie des individus, proches ou lointains, qui constituent son univers.* » (Marchal, 2021a).

Au travers de son parcours de professionnalisation, de la validation de son projet à sa diplomation, le cadre de santé rencontre ses pairs, il se modélisent à leur rencontre : « [...] *la première interface que l'on a en face de nous c'est le cadre de santé, du moins la projection se fait forcément ou la possible identification et puis la construction et la maturation d'un projet de devenir cadre de santé elle se fait par le vécu au quotidien avec ces personnes-là [...]* » (FG1 – L543 (M)). La construction identitaire s'établit dans l'expérience : « [...] *on va chercher écho dans des expériences passées ... on va se souvenir de gens qui pour nous ont été modélisant [...]* » (FG 2 – L227 (N)).

Cependant la notion de modèle renvoi à une interprétation du cadre de santé. Elle est notamment présente dans la période de professionnalisation du faisant fonction cadre de santé comme le note Sophie Divay dans son article *La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : entre réglementation et cooptation* (Divay, 2018). Elle parle ainsi « *d'identification positive ou négative* ». Il s'agit avant tout d'une fonction modélisante : « *C'est sûr que pour arriver au poste de cadre il y a forcément l'histoire du modèle positif ou négatif.* » (FG1 – L521 (R)).

Cela constitue une première forme de négociation identitaire et semble essentiel dans le parcours de professionnalisation : « *Quand même ma pratique je l'ai beaucoup construite en miroir avec cet espèce ... que ça existe encore, de compagnonnage, j'avais mes modèles positifs, mes modèles négatifs évidemment.* » (FG1 – L453 (N)). L'expérience du cadre de santé se renforce par cette étape de modélisation : « [...] *t'interprètes les choses en fonction de ton expérience, de ce que tu as vu, de ce que tu as aimé, pas aimé et donc c'est très personnel dans la façon de réaliser cette fonction.* » (FG1 – L410 (R)). L'interprétation est avant tout individuelle : « *On se disait alors ça jamais ! Ça ouai ce n'est pas mal ... Donc après il y a eu une espèce de mimétisme.* » (FG1 – L521 (P)).

L'expérience qu'elle soit positive ou négative renforce le processus de construction identitaire du cadre de santé. Elle est une première échelle de la négociation identitaire. Dans ce sens elle constitue une négociation interpersonnelle c'est-à-dire qu'elle se développe dans la relation à autrui. Autrui est modélisant dans le critère négatif, alors je renforce les contours de mon identité, ses limites. Autrui est également modélisant dans le critère positif alors je développe la « forme » de mon identité. Néanmoins, la négociation identitaire ne s'appuie pas que sur ce qui est acceptable ou non de l'extérieur. Elle est également un processus interne faisant référence aux valeurs du professionnel : « [...] *parce que ta personnalité c'est quand même une espèce de socle qui ne bouge pas énormément au cours de la vie et puis après il y a aussi tout ce qu'on fait avec notre expérience, tous les rôles qu'on endosse [...], les faire évoluer tout en gardant quelque part ce socle de ta personnalité. Enfin tu peux, je pense qu'il y a moyen de moduler tout ça à part tes valeurs profondes [...]* » (FG1 – L776 (N)). En effet, les valeurs propres à l'individu semblent être un socle dans la négociation identitaire que je détaillerai dans le dernier chapitre de cette analyse.

3.5.3 Le négociation identitaire : quatrième niveau du processus d'acculturation

Le groupe professionnel, dans sa dynamique, défend des activités, des tâches et des compétences comme j'ai pu le détailler, mais il défend surtout une identité. Par elle, des valeurs se transmettent aux professionnels. Toutefois, le groupe professionnel des cadres de santé peut être soumis à de fortes tensions dans son environnement de travail ce qui rend ses construits identitaires communs limités face à des questionnements identitaires profonds. Dans ce qui constitue un processus d'acculturation, le cadre de santé s'en remet alors d'autant plus à ses valeurs personnelles, voyant ainsi ses valeurs soignantes pouvant être bouleversées. Son « refuge identitaire » soignant est freiné voire en contradiction avec sa pratique de cadre de santé : « *ici prévaut une continuité articulée autour de valeurs auxquelles l'individu s'est identifié et accorde une signification importante.* » (Marchal, 2021a). Préserver une forme d'homogénéité dans un univers professionnel en constante évolution revient au cadre de santé à se référer à une base moins impactée par ces changements, son identité personnelle. Afin d'assurer cette continuité, il dessine le « cadre » de ce qui pour lui est conforme à sa vision du cadre de santé : « *Et ça c'est aussi l'avenir de définir des choses qui sont acceptables.* » (FG2 – L821 (L)). Ce qui lui sert pour définir cette vision demeure dans son identité personnelle, dans ses valeurs.

Concevoir le cadre de santé sur le plan de l'individualité c'est apercevoir une d'approches : « *Après je pense qu'il y a autant de façons d'être cadre que de personnalités puisque c'est un métier qui est vraiment lié intrinsèquement aux valeurs que l'on porte, aux valeurs auxquelles tu adhères et avec une vision qui t'es propre [...]* » (FG1 – L408 (R)). La question des valeurs dans la pratique professionnelle est centrale : « *[...] après comment est-ce que l'on vit cette fonction. C'est une question qui est induite par nos valeurs propres.* » (FG1 – L134 (M)). Certes, elles définissent les manières d'agir et de penser du cadre de santé dans sa pratique quotidienne, mais elles sont également un point d'ancrage primaire dans un processus de négociation : « *Alors après il y a quand même nos propres valeurs, moi dans mon management il y a des choses que je défends quelque soit les postes occupés parce que ce sont mes valeurs. Dans une équipe par exemple, il y a quelque chose dont je me suis toujours battu, c'est l'équité.* » (FG2 – L239 (I)). Elles constituent une base solide, ce qui va définir ce qui est négociable et non négociable. Définir ces critères est primordial afin de conserver une certaine unicité de l'identité personnelle : « *Je trouve que l'on a un métier qui nous renvoi déjà tellement de choses, des fois pas faciles à gérer donc on a plutôt intérêt à être en accord avec nous-même.* » (FG2 – L250 (I)). Ce socle primaire semble être la base de toute négociation identitaire, il en sécurise les limites, il assure une certaine continuité de l'identité : « *Il y a un fil de conduite sur lequel il ne faut pas se perdre. Il y a un fil conducteur dans tout ça et quand ça répond à nos valeurs en fil conducteur, c'est-à-dire que l'on peut très bien avoir fait des erreurs, louper quelques choses etc. Mais ça fait sens avec nos valeurs.* » (FG2 – L255 (L)).

En résumé, la présence du « je » dans la construction identitaire est essentielle dans l'appréhension d'une pratique professionnelle d'autant plus lorsque celle-ci est soumise à de fortes tensions dans un environnement de travail complexe. Prendre en compte cette dimension identitaire personnelle est primordial afin « d'encadrer » le cadre de santé, d'en dessiner les contours. Ainsi, avoir une approche globale du cadre de santé dans une identité personnelle non réductible à l'identité professionnelle est une composante majeure dans la définition actuelle et future de la profession tant sur le plan individuel que collectif.

3.6 CONCLUSION DE L'ANALYSE

En somme, la professionnalisation du cadre de santé, entendant par-là une distinction entre *professionnalisme*, ce qui est attendu de moi, et *professionnalité*, ce que j'attends personnellement, est un parcours complexe et dynamique. La vision purement statique, figée du cadre de santé, de son identité professionnelle n'est plus envisageable tant son environnement de travail est soumis à de profondes mutations. De plus, aborder la profession par le prisme de l'interactionnisme c'est prendre en compte l'aspect multifactoriel de la dynamique des groupes professionnels et de l'identité.

En résumé, le cadre de santé, au travers de son identité, entre dans un processus d'acculturation identitaire. Il est un véritable professionnel de « *l'entre* ». Il navigue d'un « *monde* » à l'autre, du *care* au *control*, d'une identité professionnelle à une identité personnelle, d'une culture soignante à la culture cadre. Toutefois cette navigation n'est pas sans remous. Chaque niveau d'acculturation, interprété au cours de cette analyse, ne correspond pas à des étapes. En effet, au regard des éléments recueillis, je ne peux pas affirmer avec certitude qu'il s'agit d'un processus dans lequel le cadre de santé franchirait des étapes les unes après les autres. Il est avant tout question d'un processus avec des niveaux de construction identitaire dans la profession. Cette construction s'effectue dans une relation duelle entre identité et culture. Comme décrit précédemment, ces deux concepts sont proches et dépendent l'un de l'autre. De ce point de vue, il est intéressant d'effectuer une sous-analyse du processus d'acculturation. En d'autres mots, l'acculturation conduit l'individu à la recherche de repères identitaires. En soi, n'est-ce pas des « *supports identitaires* » (Marchal, 2021a) que chaque professionnel mobilise avec plus moins de différence ? Comme définis par Hervé Marchal dans son ouvrage *L'identité en question*, les « *supports identitaires* » constituent de réels point « d'ancrages identitaires » qui servent à la fois à la construction et à la définition de son identité dans un cadre collectif, dans un cadre individuel. Ainsi reprenant ces travaux, il me paraît intéressant de compléter cette analyse par une vision croisée entre niveau d'acculturation identitaire et « *supports identitaires* ».

Dans le premier niveau d'acculturation, le cadre de santé est issu d'une culture d'origine, la culture soignante et accède à une nouvelle culture, la culture cadre. Pouvant être vécu comme un « choc de culture », il passe du « prendre soin » à une approche managériale avec des pratiques ancrées historiquement dans les organisations de travail, dans le « contrôle

de la qualité » et le « contrôle de l'activité. » Ainsi, le vécu pouvant être négatif voire traumatique, le cadre de santé peut s'en remettre à un « *un support identitaire commun ou culturel* » : c'est-à-dire qui « [...] renvoi à une vision du monde générale issue de notre histoire collective [...]. » (Marchal, 2021a). En effet, la culture soignante est un construit collectif, une histoire professionnelle collective ancrée que le professionnel ne peut ignorer. Il peut toutefois, choisir de le mettre en avant ou de l'atténuer.

Dans un deuxième temps, en présence de ces deux cultures, à la fois dans le vécu individuel mais aussi collectif dans sa gestion des différents acteurs du soin, le cadre de santé « inter-vient » dans une cohabitation identito-culturelle. Dans un même environnement de travail, il fréquente à la fois des professionnels du soin, de la gestion, de la logistique, de la technique, etc. L'hôpital est parfois comparé à une « fourmilière » dans lequel il « grouille » une multiplicité de groupe professionnels, de « cadres identitaires ». Dans ce sens, le cadre de santé peut avoir recours à « *un support identitaire significatif : renvoie à un autre proche ou à un univers social fréquenté régulièrement plus ou moins connu de l'intérieur.* » (Marchal, 2021a). Néanmoins, il est important de noter qu'il peut être complexe pour le cadre de santé d'avoir une certaine adaptation identitaire en fonction des personnes rencontrées tant les profils diffèrent.

Dans un troisième temps le cadre se distingue par une identité professionnelle, une culture cadre de santé qui lui est propre, le management clinique. Effectivement, l'identité professionnelle d'un cadre de santé figée, ancrée dans une position verticale, hiérarchique ne vient pas reconnaître sa réalité de travail. Ce constat est accentué par le manque de visibilité des cadres d'un point de vue opérationnel. Durant mon expérience professionnelle, j'ai pu entendre à plusieurs reprises, que les cadres de santé sont des professionnels de l'ombre, qu'ils agissent dans les coulisses faisant également référence au travail invisible. C'est par le travail dans les coulisses que leur rôle de traduction est primordial. Mais encore, de ces coulisses les cadres de santé comprennent l'importance de leur approche managériale et clinique sur les organisations de travail. Ainsi il mobilise « *un support identitaire fictionnel : [...] intègre au contraire dans l'analyse la possibilité pour chacun d'imaginer un ailleurs, de dessiner les contours d'identités groupales – des ethnoscapes – en dehors d'ancrages territoriaux [...].* » (Marchal, 2021a). Les cadres de santé se distinguent par cette culture cadre de santé, par ce management clinique. Ils projettent cette néo-culture, cette néo-identité dans un univers complexe et entrevoient toute l'importance du développement et de la préservation de cette pratique qui semble si spécifique aux cadres de santé.

Enfin, appuyé par un contexte de porosité vie-personnelle et vie professionnelle, les cadres de santé ne peuvent pas se résumer à une identité professionnelle. Elle est avant tout une part de leur identité personnelle qui en constitue le socle principal. De ce fait, ils mobilisent ici « *un support identitaires biographique : [...] des situations qui nous ont marquées de façon positive ou négative [...].* » (Marchal, 2021a). Il s'agit d'un construit identitaire qui vient conforter ce socle de l'identité personnelle, pour ensuite venir enrichir l'identité professionnelle et donc participer à la construction du sens que l'individu attribue à sa profession.

Au final, le cadre de santé entre dans un processus d'acculturation identito-culturelle dans lequel s'entremêlent identité personnelle et identité professionnelle. Ce n'est pas un processus en terme d'étape, l'une devant être franchie pour accéder à la suivante mais bien de niveaux d'acculturation. Dans ce sens, le cadre de santé est dans une forme de négociation par un positionnement identitaire. Effectivement, il se positionne, dans telle ou telle expression de son identité, amenant plus ou moins son identité personnelle dans une identité professionnelle renforcée par des « *supports identitaires* ». En somme, c'est un positionnement dynamique et ambivalent dans une forme de cohabitation. Culture soignante, culture cadre, culture cadre de santé et valeurs personnelles sont les caractéristiques principales de cette ambivalence identitaire. En soi, elle constitue l'individu contemporain, l'individu d'aujourd'hui.

CONCLUSION

Le cadre est-il encore de santé ? Cette question m'est venue à l'esprit, au début de cette démarche d'initiation à la recherche. Principalement issue de ma situation d'appel, elle est avant tout pour moi un moyen de comprendre les évolutions de la profession, de la comprendre en elle-même. Au final, cette démarche a été pour moi l'occasion d'esquisser les contours de la profession mais surtout de ma relation à celle-ci. La conjugaison des savoirs expérientiels, contextuels, conceptuels et empiriques est venue enrichir ma vision. L'ensemble des éléments recueillis m'ont permis d'analyser mes expériences passées, actuelles et celles à venir.

Être cadre de santé, c'est hériter d'une histoire professionnelle. Dans une société mondialisée, globalisée, numérisée, nombreuses sont les professions qui évoluent, émergent voire qui disparaissent. Cependant, au regard de la transformation des organisations de soins, le cadre de santé ne semble pas sur le point d'être remplacé tant ses compétences cliniques, managériales, pédagogiques sont essentielles pour l'accompagnement des différents acteurs. S'engager dans un parcours de professionnalisation en vue d'exercer une nouvelle profession c'est prendre conscience d'un avant et d'un après. À la fois sur le plan individuel, c'est-à-dire les compétences que je vais mobiliser et celles que je vais développer dans cette nouvelle voie, mais aussi sur le plan collectif, à savoir de prendre conscience de la genèse de cette profession et de son avenir. Par conséquent, il est important de se questionner sur son historicité. En soi, c'est déjà se fixer un premier repère comme pourrait être le geste d'un grimpeur en escalade. Le long d'une falaise il s'assure, il plante des points d'ancrage afin de progresser plus haut, sans risque.

Être cadre de santé, c'est intégrer un groupe professionnel en constante évolution. L'environnement de travail des cadres de santé a connu de profondes mutations qui ont une influence directe sur sa structuration professionnelle. D'une part, sur ses compétences, ses tâches, qui sont amenées à être redéfinies, certaines se voyant déléguées à d'autres professions voisines et d'autres confortées dans une stratégie de monopolisation. D'autre part, sur ses relations aux différents acteurs du soin, point central de sa pratique quotidienne. Sa position transversale fait du cadre de santé un acteur privilégié des projets actuels et futurs au sein des établissements de santé. Enfin, sur son identité professionnelle qui, d'autant plus aujourd'hui, ne peut être isolée de son identité personnelle.

Être cadre de santé c'est entrer dans un processus d'acculturation dans lequel identité personnelle et professionnelle seront profondément bouleversées dans une dynamique de négociation avec un positionnement identitaire. Aborder la profession cadre de santé au travers de l'identité, c'est avoir une approche multidimensionnelle de sa composante identitaire. La question de l'identité est d'autant plus importante que les activités du cadre de santé sont amenés à évoluer. Celles-ci viendront à nouveau créer un processus de négociation identitaire chez un professionnel issu d'une culture historiquement prégnante et se distinguant par une culture en devenir, la culture cadre de santé.

S'interroger sur l'identité du cadre de santé mais aussi, après analyse des données, sur sa culture professionnelle c'est esquisser vision globale de la profession. Néanmoins, il serait intéressant d'approfondir ces caractéristiques par une étude comparative avec des cadres de santé issues de différentes filières paramédicales, voire des cadres hospitaliers au sens plus large et peut-être même, avec des cadres non-hospitaliers.

Enfin, être cadre de santé c'est accompagner ses pairs dans un processus de professionnalisation. Cela correspond à une piste de réflexion issue de verbatim récurrents sur la construction identitaire du FFCS. Ces éléments viennent du terrain et vont venir nourrir ma pratique professionnelle. En soi, le terrain m'a informé, il me forme, il m'apporte.

Tout compte fait, accompagner les FFCS dans ce parcours de professionnalisation c'est les sécuriser dans une pratique jusqu'ici inconnue, c'est leur garantir une « transition identitaire » personnelle et professionnelle : « [...] *il faut déjà se construire soi-même en tant que professionnel, tu recommences ton travail, de construction professionnelle parce que c'est un autre métier. Oublier qui tu étais pour reconstruire autre chose avec tes propres valeurs personnelles et dirai-je une chose, c'est qu'ici plus qu'ailleurs, quand tu arrives tu ne peux pas faire autrement que de t'appuyer sur tes valeurs personnelles pour reconstruire qui tu dois être parce qu'autrement tu meurs professionnellement ! Tu n'existes plus.* » (FG3 – L734 (P)).

En dernier lieu, cette démarche d'initiation à la recherche a participé à ma construction identitaire de cadre de santé. Elle est venue affiner ma vision de la profession. Je ne cherche pas à remplir ma « boîte à outils » pour reprendre la symbolisation d'un cadre de santé recueillie lors de l'enquête terrain. Je cherche avant tout à étayer, comprendre, schématiser les processus en jeu dans ma situation d'appel. En soi, c'est ouvrir de nouveaux espaces de réflexion qui, par la suite, définiront ce que j'engage dans ma pratique professionnelle à savoir mon identité.

BIBLIOGRAPHIE

- Audebert, H. (2001). Le développement de l'expertise institutionnelle : Une nouvelle fonction transversale à l'hôpital ? *Gestions Hospitalières*, 403, 96-99.
- Baribeau, C. (2009). Analyse des données des entretiens de groupe. *Recherches Qualitatives*, 28, 133-148.
- Bauvet, S. (2019). Les compétences transversales ou soft skills. *Education Permanente*, 218, 11-20.
- Bernard, O. (2015). *Communication (in) pertinente pour managers formateurs stressés— Comment passer de la transmission de savoirs à la co-naissance* (VA Press Editions).
- Boltanski, L. (1982). *Les cadres : La formation d'un groupe social* (Les Editions de Minuit).
- Bonnet, R., & Bonnet, J. (2006). *Du manager novice au manager expert* (Lavoisier).
- Bootz, J.-P., & Schenk, E. (2014). L'expert en entreprise, proposition d'un modèle définitionnel et enjeux de gestion. *Revue Management & Avenir*, 67, 78-100.
- Chauveau, S. (2011). Quelle histoire de l'hôpital aux XXème et XXIème siècles ? *Les tribunes de la santé*, 33, 81-89.
- Connan, P.-Y., Le Saulnier, G., & Verdier, B. (2021). La mise en (in)visibilité des groupes professionnels : Eléments pour une approche communicationnelle. *Questions de communication*, 39, 9-22.
- De Singly, C. (2009). *Rapport de la mission cadres hospitaliers* (N° 1; p. 124).
- Demailly, L. (2013). Le nouveau management public et les particularités des secteurs d'action publique : Le cas de la santé en France. *Education et sociétés*, 32, 75-91.
- Demazière, D., & Gadea, C. (2009). *Sociologie des groupes professionnels. Acquis récents et nouveaux défis*. (La Découverte).
- Divay, S. (2017). De la surveillance au management. *Objectif Soins Management*, 255, 2-6.

- Divay, S. (2018). La nouvelle fabrique de la carrière des cadres de santé à l'hôpital : Entre réglementation et cooptation. *Sciences sociales et santé*, 36, 39-64.
- Divay, S., & Girard, L. (2019). Eléments pour l'ébauche d'une socio-histoire du groupe professionnel infirmier. Un fil conducteur : La formation des infirmières et de leurs cheffes. *Recherche Soins Infirmiers*, 139, 64-83.
- Dubar, C. (1992). Formes identitaires et socialisation professionnelle. *Revue française de sociologie*, 505-529.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles* (3ème édition). Armand Colin.
- Dubar, C. (2003). *La crise des identités : L'interprétation d'une mutation* (Presses Universitaires de France).
- Dubar, C., Tripier, P., & Boussard, V. (2015). *Sociologie des professions* (Armand Collin, Vol. 4).
- Duchesne, S., & Haegel, F. (2008). *L'entretien collectif* (Armand Collin).
- Duplus, J.-P. (2013). La plus-value de l'expertise soins au service de la décision opérationnelle et stratégique. *Gestions Hospitalières*, 529, 481-486.
- Durkheim, E. (2013). *Education et Sociologie* (PUF).
- Eggers, J. (2008). Une histoire d'encadrement : Approche historique et juridique. In I. Sainsaulieu, *Les cadres hospitaliers : Représentations et pratiques* (Lamarre, p. 1-45). *Étude prospective des métiers sensibles de la fonction publique hospitalière : Tome 2. Monographies de 10 métiers et groupes métiers sensibles* (p. 329). (2007). Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports.
- Feroni, I., & Kober-Smith, A. (2005). La professionnalisation des cadres infirmiers : L'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 46, 469-494.

- Fray, A.-M., & Picouveau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : Une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management & Avenir*, 38, 72-88.
- Girard, L., & Rigaux, C. (2021). Qu'est-ce qu'un groupe professionnel ? In H. Marchal, *Initiations à la sociologie : Questions pour apprendre à devenir sociologue—Sous la direction d'H. Marchal* (Editions Universitaires de Dijon, Vol. 1, p. 252).
- Glouberman, S., & Mintzberg, H. (2001). Managing the Care of Health and the Cure of Disease – Part I & Part II. *Aspen Publishers*, 58-86.
- Havard, C. (2015). L'adoption d'une structuration polaire à l'hôpital : Quelles articulations des logiques professionnelles ? @GRH, 16, 91-125.
- Hénaut, L. (2011). Capacités d'observation et dynamique des groupes professionnels. *Revue française de sociologie*, 52, 71-101.
- Jeanguiot, N. (2006). Des pratiques soignantes aux sciences infirmières. *Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 87, 75-135.
- Lanoë, L. (2019). *L'organisation contre le management : Le rôle de régulation du manager de proximité et ses empêchements* [Université de Nantes]. <https://hal.archives-ouvertes.fr/tel-02262190v2>
- Laude, L. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers—Tome 2 : Cadres de santé : Faire face aux contradictions* (p. 87-92). Ministère de la santé et des sports.
- Marchal, H. (2021a). *L'identité en question* (Ellipses).
- Marchal, H. (2021b). Qu'est-ce que l'identité ? In *Initiations à la sociologie : Questions pour apprendre à devenir sociologue—Sous la direction d'H. Marchal* (Editions Universitaires de Dijon, Vol. 1, p. 252).
- Marchal, H., Godfroid, T., & Biaudet, J. (2016). Les directives anticipées : Un analyseur privilégié d'un rapport social inédit à la mort. *Ethique et Santé*, 13, 143-148.

- Marchal, H., & Marcel, J.-C. (2021). Qu'est-ce que la culture ? In *Initiations à la sociologie : Questions pour apprendre à devenir sociologue—Sous la direction d'H. Marchal* (Editions Universitaires de Dijon, Vol. 1, p. 252).
- Massiera, B. (2003). *La culture d'entreprise en France : Entre globalisation et localisation du management*. 1-17.
- Michaux, L. (2015). *Cultures et valeurs dans l'univers du soin* (Seli Arslan).
- Mintzberg, H. (1984). *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* (Edition d'Organisation).
- Obradovic, I., & Palle, C. (2012). Comment améliorer l'attractivité d'un dispositif ciblant de jeunes consommateurs de drogues ? L'apport d'une démarche par Focus Group. *Psychotropes*, 18, 77-100.
- Rappin, B. (2018). Qu'est-ce que le management ? *Gestions Hospitalières*, 573, 101-104.
- Roux, G., & Roché, S. (2016). Police et phénomènes identitaires dans les banlieues : Entre ethnicité et territoire. *Revue française de science politique*, 66, 729-750.
- Safon, M.-O. (2019). *Les réformes hospitalières en France—Aspect historiques et réglementaires* (p. 57) [Synthèse]. IRDES.
- Sarfati, F. (2003). A la lisière des parquets. *Actes de la recherche en sciences sociales*, 146-147, 80-92.
- Schweyer, F.-X. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers—Tome 2 : Eléments pour une histoire des cadres hospitaliers* (p. 70-81). Ministère de la santé et des sports.

ANNEXES

- ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENREGISTREMENT AUDIO DE L'ENTRETIEN COLLECTIF
- ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN COLLECTIF
- ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN COLLECTIF
- ANNEXE IV : GRILLE DE LECTURE

ANNEXE I : FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR L'ENREGISTREMENT
AUDIO DE L'ENTRETIEN COLLECTIF

Promotion 2021-2022

Dans le cadre du Diplôme de Cadre de Santé, je réalise un travail d'initiation à la recherche sur la thématique suivante : « **Le cadre est-il encore « de santé » ?** ».

Afin d'étayer cette thématique, je réalise des entretiens collectifs ou focus group auxquels vous avez accepté, oralement, de participer.

Ce présent formulaire vient vous informer que cet entretien sera audio-enregistré à des fins de recherches et que cette méthode requiert votre consentement. L'ensemble des éléments enregistrés subiront une anonymisation et serviront uniquement à ce travail d'initiation à la recherche.

Les enregistrements seront détruits après retranscription.

Je soussigné(e), (NOM, Prénom) :

.....

Reconnais avoir pris connaissance du présent formulaire et accorde l'enregistrement audio de cet entretien collectif.

Fait à

Le

Signature

ANNEXE II : GUIDE D'ENTRETIEN COLLECTIF

Installation des participants :

- Se présenter aux participants
- Remerciement de la participation
- Rappel du temps fixé
- Listing des consignes
 - Présentation des règles du jeu :
 - Respect du temps de parole
 - Importance de la participation de chacun,
 - Echange avec les autres et non avec moi
 - Valorisation de la parole par rapport à l'objet d'étude,
 - Respect des opinions, nécessité d'une pluralité d'opinions,
 - Droit d'être en désaccord en expliquant pourquoi,
 - Garantie des conditions anonymes de l'étude,
 - Nécessité d'enregistrement de l'étude.
- Présentation de l'étude
 - Intérêt pour moi de cette étude
 - Evolution de la profession cadre de santé, de son environnement de travail
- Tour de présentation des participants :
 - Nom, prénom
 - Expériences professionnelles en tant que soignant, infirmier (durée)
 - Expériences professionnelles en tant que cadre de santé (durée)
 - Quelle motivation pour la participation à l'étude ? Quel intérêt pour vous ?

Questions :

- ✓ Comment définiriez-vous le cadre de santé ?

Relances :

- *Vous définiriez-vous plutôt manager ou soignant ?*
- *Le terme de cadre de santé fait-il sens pour vous ? Pour autrui ?*

- ✓ Comment définiriez-vous votre pratique de cadre de santé ?

Relances :

- *Quel est votre vécu dans votre pratique ?*
- *Sur quoi repose votre pratique ?*
- *Selon vous, de quelle autre profession le cadre de santé se rapproche-t-il ?*

- ✓ Comment s'est-elle construite ?

Relances :

- *Comment dans votre expérience professionnelle mais aussi personnelle s'est construite votre pratique ?*
- *Quels ont été les repères les plus importants dans cette construction ?*

- ✓ Vous sentez-vous entendu dans ce que vous êtes ? (En tant que personne)

Relances :

- *Quelle part de personnalité est présente dans votre pratique de cadre de santé ?*
- *Comment agissez-vous pour intégrer cette part dans votre pratique ?*

- ✓ Comment imaginez-vous votre pratique à l'avenir ?

Relances :

- *Quelles seraient les raisons de l'évolution du cadre de santé ?*
- *Comment caractériseriez-vous cette évolution ?*

Clôture du FG :

- Elaboration d'une synthèse
- Soumission de la synthèse à validation
- Collecte de questions supplémentaires si nécessaire

ANNEXE III : GRILLE D'ENTRETIEN COLLECTIF

Travail d'initiation à la recherche : Le cadre est-il encore « de santé » ?

Questions :

- ✓ Comment définiriez-vous le cadre de santé ?
- ✓ Comment définiriez-vous votre pratique de cadre de santé ?
- ✓ Comment s'est-elle construite ?
- ✓ Vous sentez-vous entendu dans ce que vous êtes ? (En tant que personne)
- ✓ Comment imaginez-vous votre pratique à l'avenir ?

ANNEXE IV : GRILLE DE LECTURE

Grille de lecture				
Hypothèses de recherche	Catégorie primaire	Catégorie secondaire	Sous-catégorie	Questions
L'identité professionnelle du cadre de santé se détacherait du « cœur de métier » soignant pour intégrer un « cœur de métier » formateur/manager dans un processus de rejet ou de compromis de la fonction soignante.	Identité culturelle	Soignant	Histoire	Quelle est l'influence de l'identité culturelle dans la pratique du cadre de santé ?
			Infirmier	
			Approche	
		Manager / Formateur	Proximité	En quoi l'héritage soignant donne-t-il une spécificité à la pratique du cadre de santé ?
			Evaluation	
			Réflexion	
« L'identité de lisière » (Sarfaty 2003) du cadre de santé est une forme « d'identité hybride » lui permettant de s'adapter aux diverses situations rencontrées, de gagner en autonomie, en responsabilité.	Identité hybride	Clinique	Référence	En quoi la maîtrise clinique primerait-elle sur la maîtrise managériale ?
			Patient	
			Pathologie	
		Management / Formation	Posture	En quoi la maîtrise managériale primerait-elle sur la maîtrise clinique ?
			Equipe	
			Administratif	
		Polycompétence	Projet	Pourquoi la polycompétence du cadre de santé est-elle à la fois un avantage et un inconvénient ?
			Projection	
		L'identité professionnelle du cadre de santé s'orienterait vers une reconnaissance de sa position transversale dans les institutions et donc vers une reconnaissance de ses missions de coordination, de coopération, de collaboration. L'identité professionnelle ne découle plus de sa position verticale dans l'institution et donc autrement dit de son statut. C'est dire si, d'une façon ou d'une autre, l'identité personnelle est une dimension à prendre en compte dans les processus de négociation identitaire.	Management clinique	Verticalité
Institution				
Profane				
Statut / Grade				
Transversalité	Missions			Comment cadre de santé fait-il sens pour vous ?
	Valorisation			
	Pairs			
	Compétences			
	Réel			
L'identité personnelle, non réductible à l'identité sociale / professionnelle, deviendrait une composante incontournable dans les processus de négociation identitaire et donc dans les façons de manager. Plus encore, l'identité personnelle se trouverait au centre des projections identitaires, de soi, et donc du sens que l'on donne à son métier.	Négociation intra et interpersonnelle	Rôles	Forces-Menaces	Quelle part de vous-même engagez-vous dans votre pratique au quotidien ?
			Authenticité	
		Valeurs	Modèles	En quoi vos valeurs impactent-elles votre relation personnelle à la profession ? Aux pairs ?
			Interdépendance	

Titre du mémoire : LE CADRE EST-IL ENCORE « DE SANTÉ » ?

Résumé :

Le cadre de santé est appelé à sortir des frontières jusqu'ici délimitées par les soins. Dessiner les contours de cette profession, c'est étudier son passé, définir son présent et entrevoir son avenir. Du surveillant infirmier au cadre de santé de nos jours, l'environnement de travail a eu un impact déterminant dans la réécriture des pratiques professionnelles.

Afin d'appuyer cette esquisse du cadre de santé, la sociologie des professions constitue un levier dans la compréhension et l'analyse des dynamiques en jeu. Intégrant une profession en perpétuelle mutation et inscrit dans un groupe professionnel, quelle est l'identité professionnelle du cadre de santé aujourd'hui ? En quoi est-elle le fruit d'un processus de négociation ?

Pour tenter de répondre à ces questions, la parole a été mobilisée auprès de cadres de santé exerçant dans différents domaines, au travers d'une approche interactionniste par le focus group. De ces échanges ont émergé des éléments porteurs de sens profonds.

L'identité du cadre de santé est à la fois un marqueur temporel des évolutions constantes des organisations mais est aussi la résultante d'une transmutation identito-culturelle.

Mots clés : Environnement de travail, profession, groupe professionnel, identité

Auteur : X

Sous la direction de : X

Année de formation : 2021/2022