

Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française
Rue Saint-Brice, 53
7500 Tournai.
Enseignement Supérieur Paramédical
Cadres en soins de santé.

L'investissement de l'infirmier en chef dans les soins, une
opportunité ?

Présenté par : Staelens Sophie

En vue de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé

Année scolaire : 2013-2014

Remerciements

Merci à ceux qui, dès les premiers instants, ont cru en moi et m'ont encouragée à suivre ce processus de formation : mes parents, mes amis et particulièrement mon frère qui m'a si souvent inspirée.

Merci aux professeurs pour leurs enseignements et spécialement à Monsieur Vantomme pour ces commentaires mémorables ; Ils m'ont poussée à me dépasser.

Merci ensuite aux représentants des institutions et aux infirmiers en chef qui ont accepté de se prêter au jeu des interviews et ont ainsi largement contribué à ce travail.

Merci à Bernard de m'avoir apporté son soutien et son avis extérieur.

Et merci à mes filles, Zoé et Marie. Leurs chamailleries et leurs rires m'ont ménagé de précieux instants de répit, m'offrant ainsi le recul parfois nécessaire pour mieux avancer...

TABLES DES MATIERES

Introduction	1
1. Chapitre 1 : L'identité.	4
1.1 La construction de l'identité.....	5
1.2 La reconnaissance de l'identité et l'appartenance au groupe	5
1.3 Identité ou identités?	6
1.4 Un mot sur la Personnalité.....	7
1.5 L'identité professionnelle.....	8
1.6 L'identité au travail	9
1.7 Identité, communication et influence sociale.....	10
1.8 La conversion identitaire	12
1.9 La crise identitaire	13
1.10 Le deuil	15
2. Chapitre 2 : La place de l'infirmier en chef	18
2.1 Le cadre de proximité.....	19
2.2 Des opportunités ?	20
2.3 Trouver sa place	22
2.4 Conclusion de la première partie	27
3. Chapitre 3 : Partie opérationnelle	28
3.1 Méthodologie	28
3.2 Dispositif de recherche :	28
3.2.1 Population	28
3.2.2 Modalités des entretiens	29
3.2.3 Préparation à l'élaboration des questions	30
3.2.4 Question inaugurale	31
3.2.5 Questions suivantes	31
3.2.6 Questions de relance	32
3.2.7 Autocritiques méthodologiques	33
3.3 Analyse des interviews.....	35
3.3.1 Les différentes catégories	36
3.3.1.1 La communication.....	37
3.3.1.2 La transmission de savoir	39
3.3.1.3 L'autonomie	41
3.3.1.4 Le transfert de valeurs	43
3.3.1.5 L'aide	47
3.3.1.6 L'organisation	49
3.3.1.7 L'évaluation	52

3.3.1.8	Le soutien	54
3.3.1.9	L'adaptation	55
3.3.1.9.1	L'adaptation dans le temps	55
3.3.1.9.2	L'adaptation aux besoins individuels des soignants.....	56
3.3.1.9.3	L'adaptation aux situations de crise	57
3.3.1.10	Les soins	59
3.3.1.11	L'identité	61
3.4	Réflexions autour du volet pratique.....	64
4.	Conclusions générales et perspectives	67

Introduction

Le **choix** dont il est question se profile lorsqu'un infirmier décide de donner un tournant à sa carrière en aspirant à devenir cadre en soins de santé.

Sa représentation de la fonction d'infirmier en chef est tirée de ses modèles, de ses contre-modèles, de ses aspirations et de ce qu'il s'estime capable d'accomplir. Avec le temps, la formation, les expériences qu'il mènera ainsi que les confrontations avec la réalité du travail, cette représentation sera remise en question et évoluera. Il sera alors confronté à de nombreux deuils. Premièrement, le deuil de sa représentation idéalisée du métier d'infirmier en chef. Citons ensuite le deuil de sa position au sein de l'équipe soignante qui renvoie à la solitude du chef, mais venons-en au domaine que nous avons choisi d'aborder : le deuil de sa fonction soignante. Mais doit-il seulement y **renoncer**, en faire le deuil ?

Nous savons que l'infirmier en chef est responsable de l'organisation des soins¹. Il n'est plus tenu d'effectuer quotidiennement des actes infirmiers mais leur pratique ne lui est pas expressément interdite. Dès lors qu'il entre dans sa fonction de cadre, il investit naturellement la plupart de son temps à l'organisation de l'unité et à la conduite de projets. Si on utilise généralement l'expression de « passer du faire » au « faire faire » lorsqu'on devient cadre, on peut cependant constater qu'il n'est pas rare de voir un infirmier en chef dispenser des soins. Son identité évolue, les valeurs au nom desquelles il travaille se diversifient. Cela se traduit dans ses actes même si son rapport au patient évolue. Ce que nous défendons dans ce travail est que la pratique des soins peut revêtir un intérêt managérial si elle est utilisée à bon escient. Nous parlerons donc ici d'**investissement** dans les soins.

Cet investissement représente en soi une marge de manœuvre de l'infirmier en chef. Certains infirmiers en chef choisiront d'y consacrer plus de temps, d'autres moins, en fonction de facteurs tels que la culture institutionnelle, les valeurs individuelles, le type de service peut-être,... Notre but ne sera pas de quantifier la contribution aux soins des infirmiers en chef. Au moyen d'une approche qualitative, nous nous attacherons plutôt à déterminer l'impact de cet investissement.

¹ AR du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef, MB du 28 août 2006

Dans le jargon de la finance, l'investissement se fait sous la forme de placements. Nous verrons que dans le domaine des soins infirmiers, le placement que représente l'investissement dans les soins par l'infirmier en chef peut s'avérer tantôt rentable, tantôt infructueux voire dommageable. Au-delà des valeurs et des motivations qui peuvent le pousser à la pratique des soins, le cadre va pouvoir se servir du moment des soins comme d'un outil. Nous verrons qu'il devra alors apprendre à le manier avec parcimonie s'il veut en tirer un maximum de profit.

Ce travail prendra la forme d'une épreuve intégrée finalisant la formation de cadre en soins de santé que nous avons suivie.

Comme il nous a été difficile de trouver de la littérature directement en lien avec la problématique, nous nous sommes orientés vers des notions qui y semblaient liées. Voici un bref aperçu de la réflexion que vous découvrirez dans ce travail.

L'attribution de nouvelles fonctions peut, selon les points de vue, être considérée comme évolution ou comme réorientation de carrière. La résultante commune étant une modification de **l'identité professionnelle**.

Dans un premier chapitre, nous définirons l'identité dans son abord général. Ce prérequis nous permettra ensuite de cibler plus aisément notre champ qui est celui de l'identité professionnelle. Nous l'envisagerons sous l'angle constructiviste en évoquant la construction de soi et l'influence de l'environnement. Enfin, nous aborderons la question de l'identité professionnelle dans un contexte de développement. A cette occasion nous verrons que tout changement implique des renoncements. Si certains renoncements semblent évidents, faciles, d'autres s'avèrent plus délicats et nécessitent un travail de **deuil** d'intensité et de durée plus ou moins marquée. Nous parlerons alors de **crise identitaire**. Nous verrons que l'infirmier en chef peut éprouver des difficultés à se détacher de ses rôles antérieurs et que les soins peuvent, à cette occasion, faire office de comportement refuge alors que survient la peur liée au changement.

Dans un second chapitre, nous nous poserons la question de « la place de l'infirmier en chef dans une équipe ». Y a-t-il une juste place? Comment trouver sa place? A cette occasion nous explorerons l'appellation « cadre de proximité » et verrons que les soins peuvent être considérés comme un moyen de maintenir cette proximité. Nous verrons également que le coaching peut aider l'infirmier en chef à se positionner alors que de nombreux choix s'offrent à lui, notamment celui de son implication dans les soins. Enrichis de nos références théoriques et de nos représentations, nous continuerons alors la réflexion sur les opportunités que le chef d'unité peut avoir à se distancier ou à

investir dans les soins. Nous tenterons aussi de voir comment il peut parvenir à se positionner, à trouver une juste place vis-à-vis des soins.

Enfin, le troisième chapitre sera consacré à l'exploration de notre problématique au moyen d'une approche clinique auprès d'infirmiers en chef. Celle-ci nous permettra de compléter et nuancer notre volet conceptuel tout en envisageant de nouvelles perspectives concernant les opportunités liées à l'investissement dans les soins par l'infirmier en chef.

1. Chapitre 1 : L'identité.

De nombreuses sciences humaines s'intéressent à la notion d'identité ; Philosophie, sociologie, psychologie, théologie,... chacune d'elles permet d'affiner notre conception de la notion d'identité. S'il existe des abords et des idées contraires sur le sujet, le but de ce travail n'est pas d'en dresser une liste exhaustive. Comme point de départ de la réflexion, nous avons choisi de prendre la définition que nous offre le dictionnaire²

L'identité est définie comme : *«le caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe ; elle fait son individualité, sa singularité / L'ensemble de données de fait et de droit qui permettent d'individualiser quelqu'un : nom, prénom, date et lieu de naissance, ...»*

Nous retrouvons bien là la notion de singularité à laquelle s'ajoute celle de permanence que nous remettons en question. Cette définition peut être nuancée par une approche sociologique du sujet qui rend la notion de permanence discutable. Selon les courants, l'identité est décrite comme substantialiste ou constructiviste et interactionniste. La vision substantialiste annonce l'identité comme une essence et une réalité durable, acquise par le processus de socialisation. Dans la vision constructiviste on considère l'identité en perpétuelle évolution par un processus de construction, déconstruction, reconstruction ; on parle alors d'altération permanente. On y associe l'interactionnisme car les évolutions sont les résultantes d'interactions avec autrui et de confrontations entre l'individuel et le collectif.

Dans le constructivisme, *la réalité n'est pas immédiatement connaissable mais construite par l'esprit humain*³. Cette construction se fait par l'apprentissage. L'identité est alors vue comme *une construction de soi dans un contexte mouvant*⁴.

Nous garderons une vision constructiviste tout au long de cet ouvrage car nous admettons qu'un individu évolue lorsqu'il confronte ses représentations à autrui ou à l'avis normatif d'un groupe. Pour nous, l'identité ne revêt pas un caractère permanent mais plutôt évolutif.

² Dictionnaire Dixel, Edition Le Robert, 2010

³ Piaget, 1923, cité par B Dumora & T Boy : « constructivisme et constructionnisme : fondements théoriques » in identité et orientations, 2008, page 347 à 363

⁴ ibidem page 347 à 363

1.1 La construction de l'identité

Si le mot identité vient du latin *idem* (le même), c'est aussi dans l'altérité qu'elle se crée. L'identité se forge donc par similitude via un processus d'identification mais aussi par différenciation car c'est la différence par rapport à autrui qui amène la prise de conscience du caractère unique de chaque individu.

Les normes, valeurs, comportements sont transmis à l'individu par ses différents groupes d'appartenance. La socialisation est le processus par lequel il les intériorise. Les premiers codes sociaux sont transmis dans le groupe familial, il s'agit de la socialisation primaire. Par la suite, au contact d'autres groupes on parle de socialisation secondaire telle qu'à l'école, dans les mouvements de jeunesse, l'église,... Nous remarquons que l'intégration des codes par l'individu résulte de sa compréhension, mais aussi parfois d'oppositions ou contestations, leur résultante est l'individuation: la distinction d'un individu par rapport aux autres.

Il s'agit donc bien du sens qu'un individu donne aux choses, de représentations et de sa propre représentation de lui-même, de ce qu'il sait faire et fait, de son savoir, de ces émotions, de ces besoins et valeurs. Ces composantes, en interaction et évolution constante, rendent l'individu singulier et le guident dans ces choix. C'est en cela que l'on peut dire que l'identité est une construction de l'esprit humain.

1.2 La reconnaissance de l'identité et l'appartenance au groupe

Nous avons évoqué la dualité similitude/altérité dans la construction de l'identité. Une autre dualité se trouve dans la reconnaissance de l'identité ; On dit qu'elle est à la fois interne et externe. On parle de reconnaissance interne lorsque l'appartenance est reconnue par les membres d'un groupe; la reconnaissance externe correspond à la reconnaissance des autres par la différence. Il y a donc double reconnaissance car les similitudes d'un individu lui permettent d'être inclus dans un groupe, et ses particularités le rendent singulier au sein même de ce groupe d'appartenance. Le groupe d'appartenance étant un de ceux dont l'individu est membre. On parle plutôt de groupe de référence lorsqu'un individu s'y identifie sans pour autant en faire partie. Pour illustrer ceci prenons l'exemple de l'infirmier *aspirant cadre*. Un de ces groupes d'appartenance est bien celui des infirmiers. A l'intérieur de ce groupe, une de ces singularités est le fait qu'il soit *aspirant cadre*. Un de ces groupes de référence : les cadres car il n'en fait pas encore partie à proprement parler. L'individu en question a sans aucun doute aussi développé d'autres particularités qui le rendent

singulier telles que son habileté pour un soin bien précis, sa facilité à entrer en contact avec les personnes âgées ou à rédiger des notes structurées,....

Il y a donc double reconnaissance car les similitudes d'un individu lui permettent d'être inclus dans un groupe et ses particularités le rendent singulier au sein de ce même groupe.

1.3 Identité ou identités?

Le groupe n'existe que lorsque plusieurs personnes se rassemblent. Et l'individu ne se construit que grâce aux groupes. La diversité des groupes auxquels il appartient fera toute la complexité de son identité, elle fera son individualité. On peut parler d'identité au singulier mais aussi d'identités au pluriel selon le groupe au travers lequel on observe la personne. On admet alors la dimension interactive de l'identité et on parle d'identités « situationnelles » ou « circonstancielles » qui varieront en fonction de l'implication dans le rôle observé. Comme un individu fait partie de plusieurs groupes, on admet alors plusieurs identités situationnelles mais on peut singulariser le tout sous le terme d'identité sociale via le processus d'individuation. Ce processus sera d'autant plus complexe si les différents groupes d'appartenance de l'individu véhiculent des messages contradictoires. Pour illustrer la complexité de ce processus, prenons l'exemple de l'infirmier en chef, élément charnière, membre de la hiérarchie mais également de l'équipe de soins. En tant que soignant il semblerait destiné à véhiculer des messages axés avant tout sur la qualité des soins et à ne prendre qu'en seconde intention le coût en considération. Sa hiérarchie prônerait d'avantage l'efficacité voir la rentabilité et attendrait de lui que ce critère soit sa priorité. Le fait de recevoir des messages divergents poussera chaque infirmier en chef non seulement à se positionner de façon circonstanciée mais aussi à se créer sa propre hiérarchie de valeurs. Celle-ci signera sa singularité, son identité. A travers de telles contraintes ou opportunités, nous rejoignons DUMORA & BOY qui postulent que *les carrières d'aujourd'hui sont imprévisibles, évolutives et faites de courtes étapes réactives aux contraintes ou aux opportunités de l'environnement.*⁵

Les modèles de développement professionnel centrés sur la stabilité plutôt que sur la flexibilité et la mobilité sont devenus obsolètes (SAVICKAS, 2007).

Construction de soi, évolution de carrière liée aux contraintes ou aux opportunités de l'environnement, mobilité et flexibilité, sont là des éléments de nature à nous permettre de développer notre chapitre sur l'identité professionnelle. En préambule, une digression sur la personnalité, identité et personnalité étant souvent confondues ou amalgamées.

⁵ B Dumora & T Boy op cit pg 347 à 363

1.4 Un mot sur la Personnalité

Le dictionnaire de psychologie⁶ définit la personnalité comme « *un ensemble de comportements et d'attitudes qui caractérisent un individu* »

L'organisation mondiale de la santé nous offre une définition plus précise et définit la personnalité comme « *les patterns implantés de pensée, sentiment et comportement qui caractérisent le style de vie particulier à un individu et son mode d'adaptation* »

Le concept de personnalité fait appel à des modes de fonctionnements que la psychologie clinique et expérimentale a permis de classifier en différentes typologies. Les différents instruments ainsi créés permettent d'amener l'individu à la prise de recul nécessaire à une meilleure compréhension de ces modes de fonctionnements. Une telle réflexion apporte une prise de conscience des difficultés et favorise le développement personnel et des changements dans les comportements. Le but de ce travail n'est pas d'aborder la complexité de l'être humain, ou d'en venir à une typologie de comportements. C'est pourquoi nous ne nous attacherons pas à développer le concept de personnalité qui de surcroît, est selon certains auteurs immuable. Voilà pourquoi le concept central de notre travail est bien celui de l'identité. Celui-ci nous permettra de nous focaliser sur une recherche de sens par rapport aux actes de soins en lien avec l'identité professionnelle du cadre plus qu'avec sa personnalité. C'est également pour cela que nous nous focaliserons principalement sur leurs effets et non sur les motivations à les effectuer. Nous garderons cependant à l'esprit que la personnalité de chacun influera inévitablement sur ses choix car comme le dit clairement la définition de la personnalité, l'individualité se manifeste dans les comportements.

Nous parlerons ici donc bien d'identité et d'identités. Les termes singulier ou pluriel n'étant pas en soi contradictoires mais plutôt dépendants de l'angle d'observation. Le nôtre est professionnel. Nous allons donc nous y consacrer et découvrir qu'identité professionnelle et identité au travail se distinguent.

⁶ www.psychologies.com › [Dico Psycho](#), consulté le 21/12/2013

1.5 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle, comme son nom l'indique, relève de l'appartenance à un corps professionnel. C'est celle transmise durant une formation professionnalisante. Elle trouve également son sens via les associations professionnelles. DUBAR⁷ la considère comme une manière de se situer dans le champ professionnel. Elle fait référence à des visions de soi et des autres qui peuvent être appelées catégorisations subies car elles renvoient à l'identification par autrui, des identifications construites. L'identité professionnelle, à même titre que le parcours professionnel, sont déterminant de la construction de soi. L'individu s'identifie souvent à sa vie professionnelle, tout comme à son statut matrimonial ou parental. L'identité professionnelle de l'infirmier en chef est en pleine construction car historiquement le poste d'infirmier en chef n'a été rendu obligatoire avec diplôme/certificat de cadre ou licence en sciences hospitalières ou assimilée qu'en 1987. A l'heure actuelle force est de constater que coexistent des infirmiers en chef nommés sans être formés et d'autres ayant suivi une formation professionnalisante qui contribue à la création et à la diffusion de cette identité.

Les infirmiers en chef sont comme nous l'avons relevé, influencés par la culture de l'entreprise dans laquelle ils travaillent mais de plus, ils ne disposent pas de suffisamment de recul afin de pouvoir affirmer une identité professionnelle forte. Cela contribue au fait qu'ils disposent de marges de manœuvre, source d'opportunités

Toujours selon Dubar, les identités professionnelles étaient autrefois produites collectivement, mais les « *individus les bricoleraient aujourd'hui selon leur vécu personnel, donnant priorité au je plutôt qu'au nous* ». Il attribue cet individualisme aux exigences de compétitivité liées au contexte économique actuel et cela nous renvoie à l'identité au travail que nous allons également aborder. Nous adhérons à cette réflexion lorsque nous mettons la profession d'infirmière à la lumière de l'évolution actuelle : Les organisations actuelles sont en effet de plus en plus axées sur la productivité, elles induisent de ce fait l'hyperspécialisation voire la multi-spécialisation ce qui nous semble être au détriment de l'identité professionnelle de l'infirmière.

⁷ Dubar C., *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Armand Colin, 1995.

1.6 L'identité au travail

L'identité au travail est transmise par le terrain, bien souvent une institution hospitalière pour l'infirmière. Elle est de ce fait liée à la culture d'entreprise, à l'influence des groupes et sous-groupes qui y existent et surtout aux valeurs que véhiculent les membres de ces groupes. Valeurs qui peuvent être sensiblement différentes d'une institution à l'autre mais aussi d'un département à l'autre, d'un service à l'autre, et parfois même dans une même équipe : d'un sous-groupe à un autre. C'est ainsi que d'un groupe à un autre nous pouvons constater des disparités dans les habitudes de travail et dans les valeurs qui les guident. La personnalité et l'identité de chaque individu qui la constituent rend chaque équipe singulière.

Mais au-delà des tendances personnelles de chaque individu, nous ne pouvons pas faire abstraction de l'influence de la culture d'entreprise, de département, de service, de sous-groupes existants au sein d'une unité... Nous ne pouvons en définitive pas faire abstraction de l'influence sociale à laquelle nous consacrons le point suivant.

1.7 Identité, communication et influence sociale.

Nous l'avons dit, l'identité a une dimension dynamique. Sa construction et sa reconnaissance passent par les rapports sociaux. Lors des échanges, elle sera tantôt confirmée, tantôt remise en question. L'enjeu identitaire est donc de taille lors de la communication. S'exprimer c'est bien affirmer son identité et la soumettre au regard de l'autre qui renvoie ou pas une image cohérente avec celle que l'individu se fait de lui-même. Ainsi, selon les situations, l'individu cherchera un consensus entre ses besoins d'affirmation, de reconnaissance, d'individualisation, de similitude et de protection de soi. Autrement dit, toute communication marque les besoins d'existence, d'intégration, de valorisation, de contrôle de son image et d'individuation.

Si le besoin de différenciation semble à présent évident, il ne faut pas occulter le besoin d'intégration au groupe et d'approbation par celui-ci. Par peur du rejet, de l'exclusion, il n'est pas rare qu'émerge une tendance au conformisme par rapport aux normes groupales. On parle d'influence majoritaire, qui est une tendance au conformisme. C'est à dire une recherche d'adéquation avec le comportement majoritaire du groupe, on l'appelle communément conformisme. La pression est implicite car bien souvent ni l'individu, ni les autres membres du groupe n'en ont conscience. L'influence sociale agit sur les comportements ou croyances d'un individu, de façon volontaire ou non, par pression réelle ou imaginaire. Cette influence se distingue de l'obéissance qui fait appel à l'autorité. Notons que Moscovi⁸ décrit aussi la possibilité d'une influence minoritaire qui se retrouve dans des situations minoritaires mais existe cependant. Il ne s'agit alors pas de déviance mais plutôt d'innovations.

Toute personne est en définitive inévitablement influencée dans ses choix par ces rapports sociaux. Nous devons donc admettre que le choix de l'infirmier en chef par rapport à son implication dans les soins peut être influencé par ses pairs car la culture d'entreprise et l'influence de ceux-ci se répercutent inévitablement sur nos décisions. Lorsque nous viendrons à parler de coaching, nous verrons qu'un travail de réflexion personnel permet d'arriver à un positionnement réfléchi source de bien-être. Cette réflexion peut s'apparenter à un cheminement. On parle d'ailleurs de « *processus identitaire*⁹ ». L'infirmier qui devient infirmier en chef s'inscrit dans une démarche identitaire car son identité professionnelle va changer. Nous allons donc à présent parler de la

⁸Moscovi cité par Edmond Marc et Dominique Picard :, « Relations et communications interpersonnelles » ed les topos, 2^{ème} édition, septembre 2008

⁹http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=250&Itemid=85 consulté le 13 janvier 2013

conversion identitaire. Conversion qui comme nous l'avons déjà évoqué, induit des deuils. Nous ne parlerons pas de deuil identitaire car nous considérons l'identité comme un continuum en permanente évolution. Nous choisirons plutôt de parler de deuils professionnels, sources de changement.

1.8 La conversion identitaire

Comme nous admettons l'évolution de l'identité dans le temps, nous parlerons de projet identitaire puis de conversion identitaire. Ces appellations laissent une fois encore la possibilité de concevoir l'identité comme cohérente et unique dans un même continuum ou plurielle si l'on considère qu'il peut s'agir d'identités successives.

Selon nombre d'auteurs, la carrière doit être considérée comme une succession de courts cycles d'apprentissage et de changements identitaires¹⁰ où il devient souvent difficile de distinguer les étapes « avant » et « après ». En fonction des théories, différentes étapes peuvent être différenciées mais les auteurs s'accordent généralement à dire qu'elles ne sont pas forcément linéaires ; certains niveaux peuvent être sautés, volontairement ou non.

Ces théories semblent de prime abord avoir attiré à l'évolution des valeurs et motivations professionnelles dans un même poste au cours d'une carrière. La question qui se pose alors est de savoir si le fait de passer du rôle d'infirmier à celui d'infirmier en chef est à considérer comme une évolution de carrière ou comme une réorientation de carrière? Notre culture soignante et nos connaissances du milieu infirmier sont certes des atouts qui permettent d'avoir une vue globale utile au management en milieu hospitalier ; il ressort d'ailleurs d'une obligation légale d'être diplômé en soins infirmiers afin de pouvoir accéder au poste d'infirmier en chef. Sur ces considérations, ce poste pourrait donc être considéré comme une évolution. Mais au-delà de cela, même si le milieu est identique, les rôles changent sensiblement. D'ailleurs, ne nous dénomme-t-on pas aussi manager ? Après la formation cadre en soins de santé ne pourrions-nous pas aspirer à devenir chef dans d'autres milieux ? Et si la réponse à cette question est affirmative, un manager extérieur au domaine infirmier ne ferait-il pas un aussi bon chef ? Selon nous se poseraient alors des questions telles que la crédibilité ou l'évaluation même si l'on peut espérer qu'une période d'acculturation pallierait à ces difficultés. Si nous n'avons trouvé d'argument tranchant sur la question, nos recherches nous ont cependant toutes dirigées vers des notions communes telles que le changement, les transition et *in fine* le deuil que nous approcherons de suite après avoir exploré la notion de crise identitaire.

¹⁰ <http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2005dubouloy055.pdf> consulté le 21 mars 2012

1.9 La crise identitaire

Nous l'avons évoqué, tout individu peut passer par une série de deuils durant sa carrière : le deuil d'un diplôme, d'une promotion.... Plus précisément pour l'infirmier en chef nous pouvons citer le deuil de sa place dans l'équipe, celui lié aux représentations du métier de cadre, celui de l'équipe parfaite ou d'une amplitude de pouvoir,... Voyons en quoi ces deuils sont liés à la crise identitaire.

L'identité d'un individu se forge sur des normes et des codes transmis par les différents groupes dont il fait partie. Leur intégration se fait en fonction de représentations propres, d'émotions positives et négatives. La multiplication des milieux, des rencontres, la confrontation des valeurs peuvent provoquer une évolution de l'identité qui peut se faire avec plus ou moins de facilité. On parle de conversion identitaire lorsqu'un individu modifie son identité. Le terme de crise identitaire peut être défini comme « *une perturbation de la définition que la personne se donnait à elle-même* »¹¹. Tout changement peut en être la source, comme une redéfinition des rôles dans le cadre d'un changement professionnel. La perte de repères, le stress, la peur, la frustration liés à l'incertitude, nécessitent alors une adaptation comportementale, cognitive et émotionnelle qui aboutit à une restructuration de l'identité.

Pour illustrer cela, HUGUES cite trois mécanismes qui peuvent surgir lors d'un changement d'emploi :

- « *Le passage à travers le miroir* » : correspond à l'immersion dans la culture professionnelle. Les rôles, normes de la carrière peuvent entrer en contradiction avec l'image anticipée de soi dans le métier.
- Ensuite, une dualité s'installe entre un modèle idéal et un modèle pratique lié aux tâches quotidiennes et aux « *durs travaux* ».
- « *l'ajustement de la conception de soi* » correspond à la reconstitution de l'identité en y intégrant des choix de carrière compte tenu de capacités physiques, mentales et personnelles, goûts et dégoûts.

Nous reparlons donc bien de représentations. Représentations sociales du métier profane, intégrées par l'individu et source d'intentions d'action. Vient alors le moment où tombent ces représentations ; le choc de la réalité, moment de crise plus ou moins éprouvant. Les facteurs individuels comme l'attachement aux rôles antérieurs, le changement de fonction qu'il soit désiré ou non, préparé ou non, ainsi que la nature des rapports entre les groupes d'appartenance peuvent

¹¹ Dubar C., « *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles* », Armand Colin, 1995

influer sur l'ampleur de ce conflit identitaire. DUBAR¹² reprend d'ailleurs le modèle de HUGUES et propose des moyens facilitateurs de passage de ces étapes ; tels que la qualité de la formation ou la référence à un groupe de professionnels en place dans la fonction profane. Il les appelle les « *autrui significatifs* » qui tendent à éviter un choc trop brutal avec la réalité. L'idée de pouvoir bénéficier d'une aide nous amène à penser au passeur incarnant le guide qui vient en aide aux entités bloquées entre deux mondes. Celui-ci renvoie à nouveau vers des pratiques plus modernes telles que la guidance, la supervision, le coaching,...

Lorsque nous parlons de conflit identitaire, de crise, nous convenons que ces mots sont généralement utilisés avec une connotation péjorative mais nous savons que tout changement peut également être une opportunité. Il en est de même pour la dispense de soins par l'infirmier en chef ; A ce stade de la réflexion, nous supposons que ce moment des soins peut représenter une opportunité pour l'infirmier en chef. Mais nous admettons que peut survenir une crise, plus ou moins marquée, liée à des difficultés d'abandon ou plutôt de prise de distance vis-à-vis de facteurs d'attachement à la profession initiale. Nous parlons alors de deuil professionnel.

¹²Dubar C op.cit

1.10 Le deuil

Etymologie : Du bas latin: *dolus*, douleur. De l'ancien français: duel

Le dictionnaire définit le deuil tout d'abord au sens le plus couramment utilisé : celui de la « *perte, du décès d'un parent, d'un ami, de quelqu'un,... et de la douleur, de l'affliction provoquée par cette perte* ». La définition est ensuite élargie au « *processus psychique mis en œuvre par le sujet à la perte d'un objet d'amour externe.* »

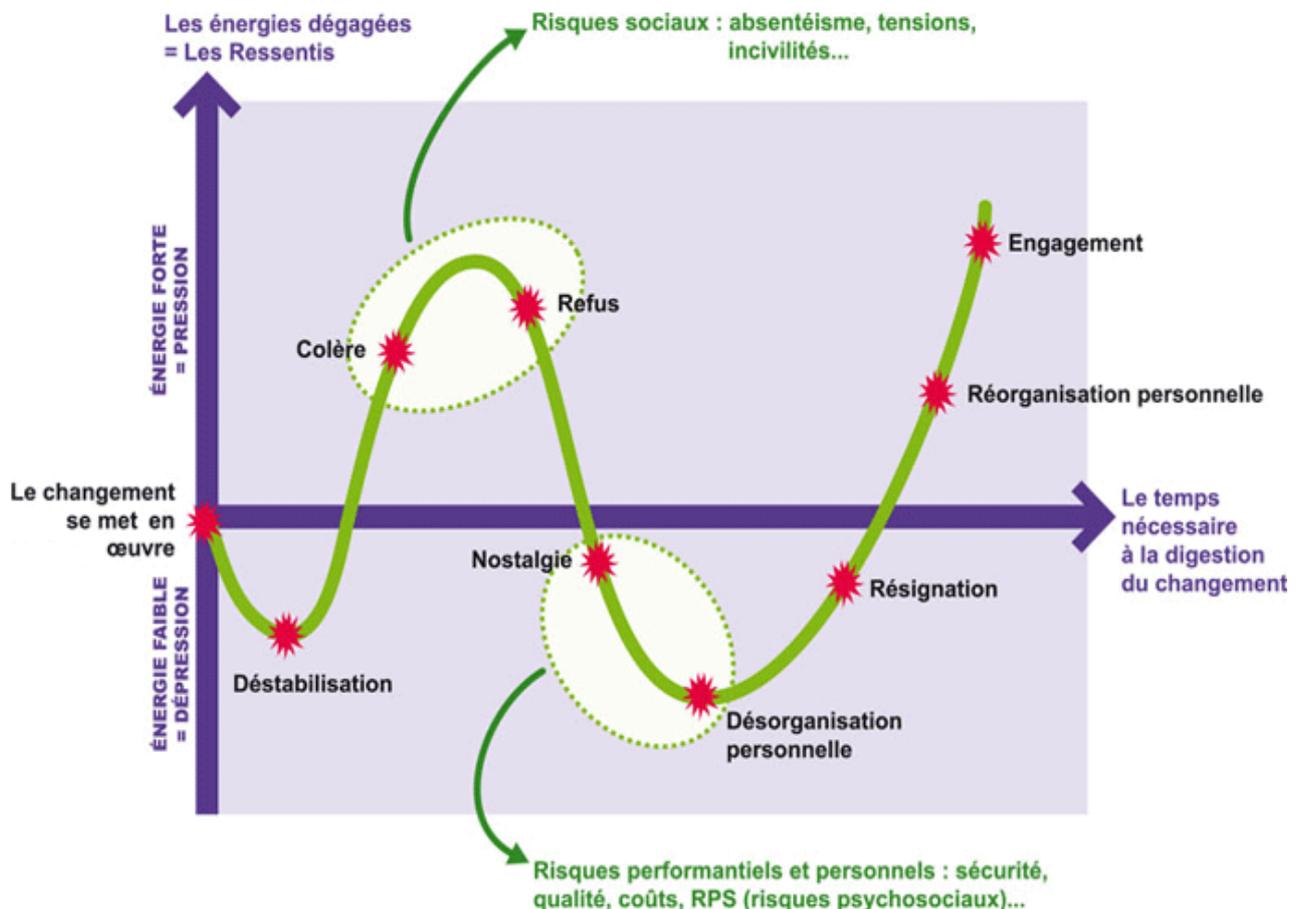
Le deuil relatif aux soins pourrait dans ce travail être défini comme le processus psychique accompagnant la cessation de l'action de soigner. Il s'agit donc bien d'un processus qui permet de s'adapter au changement en se libérant d'investissements passés dans le but de pouvoir investir de l'énergie dans des projets futurs. Durant la crise identitaire professionnelle, ce processus psychique peut être soudain, clairement identifiable, et de courte durée ou il peut se manifester de façon plus graduelle et nécessiter des réajustements successifs. C'est Freud¹³ qui apporte la notion d'objet d'attachement. Pour lui, le deuil est « *le processus intrapsychique qui permet de se détacher d'un objet d'attachement* ». Les soins nous apparaissent ici comme un objet d'attachement à la profession initiale d'infirmière. Les raisons de cet attachement pour les infirmières ne font pas l'objet de notre recherche. Nous chercherons plutôt à déterminer les opportunités qui peuvent découler de cet attachement ou de ce détachement.

Nous avons choisi d'introduire la notion de deuil au départ des travaux d'E. Kubler-Ross car ceux-ci sont enseignés et connus par de nombreux infirmiers. E. Kubler-Ross ne s'intéressait pas au deuil professionnel en premier lieu mais les travaux qu'elle a réalisés ont par la suite été appliqués aux autres formes de perte. Elle distingue 5 phases successives durant le deuil : *Le déni, la colère, le marchandage, la dépression, l'acceptation.*

Les différents auteurs qui ont exploré le thème du deuil dans un contexte de changement professionnel sur base, entre autres, des travaux d'ELISABETH KUBLER-ROSS s'accordent généralement à dire que ces différentes étapes peuvent être vécues avec une intensité variable et sur un période plus ou moins longue. Si la durée moyenne du deuil d'un être cher est généralement estimée à un an, dans le contexte professionnel celle-ci est ramenée à 6 mois. Le cycle présenté ci-

¹³ Zins-Ritter M, « *Le deuil vu par la psychanalyse* », Communication orale faite lors d'une journée de formation continue pour les médecins généralistes dans le cadre d'un programme pluri annuel de formation à la psychiatrie, Nantes le 11 octobre 2007. <http://www.alphapsy.com/deuil-et-psychanalyse.php> consulté 18 décembre 2012

dessous¹⁴ permet de visualiser les différentes étapes d'un deuil lié au changement ainsi qu'un très bref aperçu des risques liés aux différentes étapes de ce deuil. Ces risques sont présentés à titre informatif vu qu'ils ne font pas l'objet de notre recherche.



Les théories et courbes de deuil illustrent usuellement le processus de deuil dans le cadre d'un changement non désiré. Notre application de celle-ci au cheminement qui permet au cadre de prendre de la distance vis à vis des soins nécessite donc un développement.

Accéder à un poste d'infirmier se fait sur base d'une réflexion, d'un cheminement incluant le suivi d'une formation professionnalisante et donc sur base d'un choix, certes. Mais « *choisir c'est renoncer* » Les choix, même délibérés et motivés, ne peuvent-ils pas aussi, en certains points, être source de renoncement ? Sur cette considération, nous soutenons que le cycle du deuil présenté ci-dessus est applicable à notre réflexion. C'est d'ailleurs sans doute ce qui rend le deuil personnel à chacun ; chaque infirmier a ces propres motivations pour entamer le parcours de cadre. Il a donc en

¹⁴http://94.23.24.62/~adeios/fr/index.php?option=com_content&view=article&id=8:dossier-repere-06&catid=5:dossier&Itemid=13 consulté le 10 décembre 2012

contrepartie ces propres deuils à effectuer, en fonction des difficultés que cela représente pour lui. Les courbes de deuil s'appliquent d'ailleurs également dans le cadre d'études menées sur la résistance au changement où sont mis en évidence le désir de changement mais aussi la crainte du changement. Les capacités d'adaptation de chacun ont un impact direct sur l'intensité et la durée des deuils. Nous retiendrons en tant que facteurs facilitateurs : des forces personnelles comme les croyances ou les sentiments d'auto efficacité, d'estime de soi, les compétences sociales et interpersonnelles, les expériences passées, le soutien ou les attentes de l'environnement. Amherdt Ch-H¹⁵ estime que la résilience professionnelle est liée au savoir devenir et donc à la capacité à se projeter dans l'avenir, d'avoir une vision claire de ce que l'on attend de sa carrière.

Ces derniers propos nous renvoient une nouvelle fois à des variantes personnelles telles que les valeurs, les représentations, en définitive à l'identité. Dans un contexte de changement professionnel, l'individu est amené à faire le point sur son identité présente et ses facteurs d'attachement actuels. Cette démarche permet de définir clairement la carrière désirée afin de lui donner du sens, de trouver sa place. Mais si nous reprenons une vision plus macroscopique, nous admettrons que l'identité peu marquée de l'infirmier en chef complique la démarche. Alors qu'il se trouve au carrefour d'attentes parfois incompatibles, y a-t-il pour lui une seule juste place ? Et finalement qu'est-ce qu'une *juste place* ?

¹⁵<http://www.quebec.ca/capres/Publications/FBM/Doc-complet-FR/Resilience-programmes-detudes-mars07.pdf> ,
consulté le 21 mars 2012

2. Chapitre 2 : La place de l'infirmier en chef

Le mot « place » est défini comme « *le territoire occupé à partir duquel un individu peut se déployer autant qu'il est juste pour lui.* »¹⁶

Nous comprenons d'emblée qu'il s'agit d'une notion très subjective vu qu'il est question d'interprétation. En effet, ce qui est juste pour l'un, sera différent pour l'autre, il s'agit d'un construit psychique.

Par « *trouver sa place* » J. ALLAIS et D. GOUTMAN¹⁷ entendent trouver une cohérence entre ce que nous sommes en tant qu'individu et ce que nous pouvons être dans un collectif en mouvement. Pour nous, cela sous-entend la connaissance de soi même et la prise en compte des contraintes et limites de l'environnement professionnel. Ils insistent sur l'importance d'une exploration personnelle qui permettra de mettre en évidence l'identité propre, les savoir-faire, les talents, aspirations, besoins de reconnaissance, ... autant de variantes qui font que « *nous ne partons jamais du même endroit même si nous paraissions semblables dans ce que nous sommes* ».

Effectivement, nos missions sont les mêmes, les résultats attendus de nous sont les mêmes, mais notre individualité va faire la différence. Il n'est donc plus ici question d'identité professionnelle mais bien d'identité individuelle, au travail.

La notion de mouvement fait référence aux évolutions du milieu professionnel et aux évolutions personnelles. La place trouvée n'est jamais définitive, elle progresse en fonction des attentes personnelles et des évolutions de l'environnement. Elle est le résultat d'une confrontation permanente entre l'individuel et l'environnement. La profession elle-même a d'ailleurs subi une évolution marquée depuis le temps où l'hôpital, était lieu d'accueil, d'assistance pour les pauvres et gouverné par des religieux. A l'époque, les surveillants étaient nommés à l'ancienneté, mais à présent les cadres sont diplômés et ont des missions¹⁸ managériales décrites dans les textes de lois. Elles s'étalent du développement de la politique infirmière de l'hôpital au contrôle et à l'évaluation, en passant par l'élaboration de procédures de travail, la création d'une ambiance de travail favorable, le soutien de l'équipe, le développement professionnel de ses membres ainsi que de leur motivation. Les infirmiers chef doivent également pouvoir donner leur avis sur les ressources, sur la construction et/ou la rénovation de l'hôpital tout en restant des interlocuteurs privilégiés des

¹⁶<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>, consulté le 10 février 2013

¹⁷J. Allais et D. Goutman : « Trouver sa place au travail » éditions eyrolles, collection comprendre et agir, 2012, 212 p

¹⁸A.R. 13 juillet 2006, MB du 28 août 2006, op cit

patients, familles, médecins, paramédicaux, autres professionnels de santé et maîtres de formation clinique,...

On attend à présent plus du cadre ; il se trouve tiraillé entre logique administrative, médicale, financière, les droits et besoins du patient. On dit alors qu'il occupe une position charnière entre les différents interlocuteurs. C'est à ce titre qu'on le dénomme usuellement « cadre de proximité » car on attend de lui qu'il soit proche de chacun d'eux. Une appellation parmi d'autres car nous constatons que les appellations de la profession se sont sur peu de temps succédées au gré des nuances qu'elles ont pour chacune apportées à la fonction : infirmier en chef, manager, leader, gestionnaire d'équipe, cadre en soins de santé,... Nous avons choisi de nous arrêter plus longuement sur l'appellation « cadre de proximité » afin de développer un lien qui semble évident avec l'objet de notre recherche.

2.1 Le cadre de proximité

Ce terme renvoi évidemment à la question de la proximité mais avec qui ? Et y a-t-il une juste proximité ? Nous avons évoqué les différents intervenants qui gravitent autour de l'infirmier en chef. Pour chacun d'entre eux, le cadre devra apprécier et trouver la proximité nécessaire à un bon fonctionnement. Parmi eux, le patient. Nous l'avons dit, et l'A.R. sur la fonction d'infirmier en chef le souligne, celui-ci est un interlocuteur privilégié du patient. Dès lors, les soins peuvent-ils être considérés comme un moyen parmi d'autres pour créer du lien, pour maintenir la proximité ?

D'autre part, nous pensons aussi à la proximité avec le personnel soignant. La formation première de l'infirmier en chef est une formation en soins infirmiers. Il a baigné dans la culture infirmière pendant un nombre indéfini d'années, et s'est ainsi forgé son identité professionnelle, avec ses valeurs et représentations. Par la suite, en tant que cadre, il remplit ses missions de façon plus ou moins marquée par cette culture professionnelle d'origine. Il garde une certaine « proximité » avec son groupe d'appartenance originel. L'intensité de ce lien est plus ou moins marquée par des facteurs personnels certes, mais aussi par les opportunités qu'il attribue à la réalisation de soins. En effet, de par la proximité avec les soignants nous estimons qu'il peut changer la représentation purement administrative de l'infirmier en chef, transmettre des valeurs et affirmer son leadership. Le moment des soins pourrait alors être considéré comme outil de management et offrir de nombreuses opportunités.

2.2 Des opportunités ?

La participation aux soins du cadre de proximité se justifie parfois par une surcharge occasionnelle de travail ou des difficultés organisationnelles ponctuelles. Dans ce contexte nous pouvons aisément imaginer que cette aide ponctuelle puisse être vécue comme un soutien de la part des soignants et avoir une incidence sur la charge psycho-sociale.

L'intérêt d'une immersion pour mieux cerner les possibilités d'amélioration de qualité est envisageable.

La proximité établie pourrait revêtir un but formatif ; il est d'usage qu'un infirmier en chef se forme régulièrement et puisse transmettre le fruit de son savoir à ces subordonnés. Nous ne pouvons de surcroît pas éluder l'importance de l'exemplarité du chef ; c'est souvent le chef qu'on appelle en tant qu'expert lorsqu'un patient est difficile à piquer, un pansement compliqué,... Comment peut-il dès lors garder sa crédibilité s'il n'entretient pas sa dextérité, ces compétences infirmières ?

On peut sans doute y trouver un intérêt en matière d'évaluation du personnel car l'investissement dans les soins pourrait faciliter l'observation des compétences des collaborateurs et d'autre part une évaluation de la charge réelle de travail qui peut, sur le terrain, s'avérer différente du travail prescrit.

Si tous ces arguments peuvent pousser l'infirmier en chef dans la réalisation de soins, nous allons à présent essayer de mettre en évidence les raisons qui peuvent l'amener à s'en distancier.

Premièrement, nous avons parlé de l'influence de la culture d'entreprise. Une institution où l'aspect économique serait mis en avant pourrait- à juste titre- considérer le coût financier qu'induit la réalisation des soins par un infirmier en chef plutôt qu'un infirmier. Elle pourrait également prôner cette position à d'autres égards, en considérant par exemple que le cadre doit davantage s'investir dans de nouveaux projets. Elle diffuserait alors, de façon explicite ou non, un avis réprobateur.

Par ailleurs, le fait de laisser l'exclusivité des soins aux infirmières pourrait être une façon de les reconnaître en valorisant leur travail et cela favoriserait leur responsabilisation. En effet, la présence peu marquée, voire l'absence d'un responsable auprès des soignants, oblige les soignants à se mobiliser lors des situations de travail difficiles. Cette responsabilisation favorise dès lors l'autonomie dans le travail.

Nous pensons de même en ce qui concerne la gestion des conflits. L'autonomie et l'intimité conservées grâce au retrait du cadre, peuvent induire la mobilisation des membres d'une équipe afin de résoudre les conflits. Ceci améliore la cohésion et permet de ménager les susceptibilités de chacun en évitant les rapports systématiques à la hiérarchie. Par son retrait, le manager peut donc

montrer la confiance qu'il porte en son équipe et son autorité légitime pourrait en être plus aisément reconnue.

Avec cette distance, il pourrait également prendre plus facilement le recul nécessaire à l'évaluation du fonctionnement global de l'unité.

Ensuite, tout comme dans un esprit de délégation, le fait de s'en tenir aux tâches qui nous incombent réellement permet d'avoir plus de temps et d'énergie disponible à redistribuer autrement : réflexion, projets, création d'autres indicateurs de qualité que l'observation par immersion dans les soins.

Et puis, finalement, certaines questions qu'il faut oser se poser à l'heure où le terme de vocation semble être remis en question chez les infirmières : Est-il toujours aussi évident de soigner ? Pour diverses raisons, l'infirmier en chef ne pourrait-il pas simplement éprouver un soulagement à se distancier des soins ? Ou même juste de certains soins ?

Nombreuses sont les pistes à explorer avant de pouvoir se positionner et nous ne prétendons pas les avoir toutes citées. Nombreux sont aussi les facteurs facilitateurs ou limitatifs à l'expression d'un choix qui idéalement devra de toute façon être remis en question ou adapté aux circonstances et interlocuteurs du moment. A même titre que la juste proximité n'existe pas, trouver en toute circonstance la juste place nous semble une utopie. Aussi, lorsque nous avançons que le cadre devrait parvenir à trouver la juste proximité, nous entendons parvenir à trouver un rapport implication/distanciation qui lui permettra d'entretenir des interactions productives avec les divers intervenants qui gravitent autour de lui. Cette juste proximité lui permettra en outre d'apporter le soutien, la reconnaissance et l'autonomie dont l'équipe a besoin. Il optera alors pour du management situationnel en adaptant son comportement à la situation telle qu'elle se présente mais aussi aux besoins des individus qui l'entourent.

En définitive, nous pensons que les soins peuvent être considérés comme un moyen. Le moyen de créer de la proximité, tant avec le patient qu'avec le personnel soignant. Il incombe alors à chaque infirmier en chef de trouver de façon individuelle « la juste proximité » ; celle qui lui permettra de trouver un équilibre entre les avantages liés à la proximité et ceux liés à la prise de distance d'avec l'équipe, les patients et les soins.

2.3 Trouver sa place

Lorsqu'un infirmier envisage une évolution professionnelle et s'engage en ce sens, on peut dire qu'une modification de « l'avoir » (ses connaissances) va modifier « l'être ». Nous l'avons vu, le futur infirmier en chef, passe par l'étape de crise identitaire, de façon plus ou moins consciente et plus ou moins marquée. Intégrer ses nouveaux rôles, se les représenter, leur attribuer des valeurs qu'il confrontera avec ses valeurs actuelles lui permettront d'entrer dans un processus d'individuation nécessaire à l'élaboration de sa nouvelle identité. Il devra notamment se positionner face à son implication dans les soins car en tant qu'infirmier son rôle principal et spécifique était de soigner. En tant qu'infirmier en chef, il est chargé d'organiser les soins et est responsable de leur qualité mais n'est pas tenu d'y participer. La fonction de soins ne fait plus partie de ses attributions.

L'institution peut jouer un rôle central de régulation par les normes qu'elle impose mais il est rare de constater qu'une institution hospitalière se positionne de façon tranchante par rapport à l'implication de l'infirmier en chef dans les soins. Cependant, elle peut de façon parfois implicite véhiculer une certaine conception, qu'elle soit positive ou négative vis à vis de la participation de l'infirmier en chef dans les soins. Il arrive même que l'on constate une disparité des attentes entre la ligne hiérarchique de l'infirmier en chef et les médecins chefs. Nous pouvons également citer la dynamique d'équipe comme facteur pouvant faciliter ou freiner le changement. Nous imaginons qu'un infirmier en chef faisant partie d'une équipe où la dynamique de groupe est fluide, ouverte au dialogue et à la compréhension de l'autre, prendra sa décision et l'affirmera avec plus de facilité que dans une équipe où la dynamique pose problème. Et ce, quelle que soit sa décision, en faveur des soins ou de leur deuil si tant est qu'il faille faire un choix aussi peu nuancé.

Trouver sa place au travail permet de trouver la souplesse et l'aisance utiles pour rendre les obligations moins pesantes, les frustrations plus acceptables, les difficultés plus faciles à résoudre¹⁹. Cela conditionne le bien-être au travail et nous ramène une nouvelle fois à la souffrance que ALLAIS & GOUTMAN considèrent comme indicateur précurseur de changement.

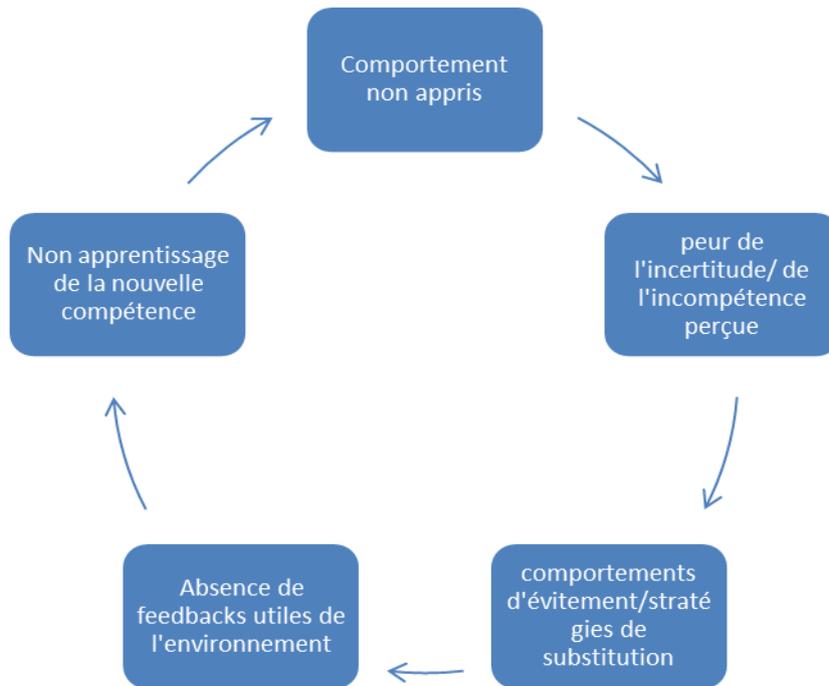
Nous avons parlé de la souffrance lorsque nous avons développé la notion de deuil. Nous aurions pu l'explorer d'avantage mais nous tenions à rendre à la souffrance et au deuil, leur juste place ; C'est-à-dire celle d'un indicateur pour la première et celle d'une étape vers le changement pour le second. Durant nos recherches, nous n'avons cependant pas pu nous empêcher de chercher à comprendre

¹⁹J. Allais et D. Goutman op cit

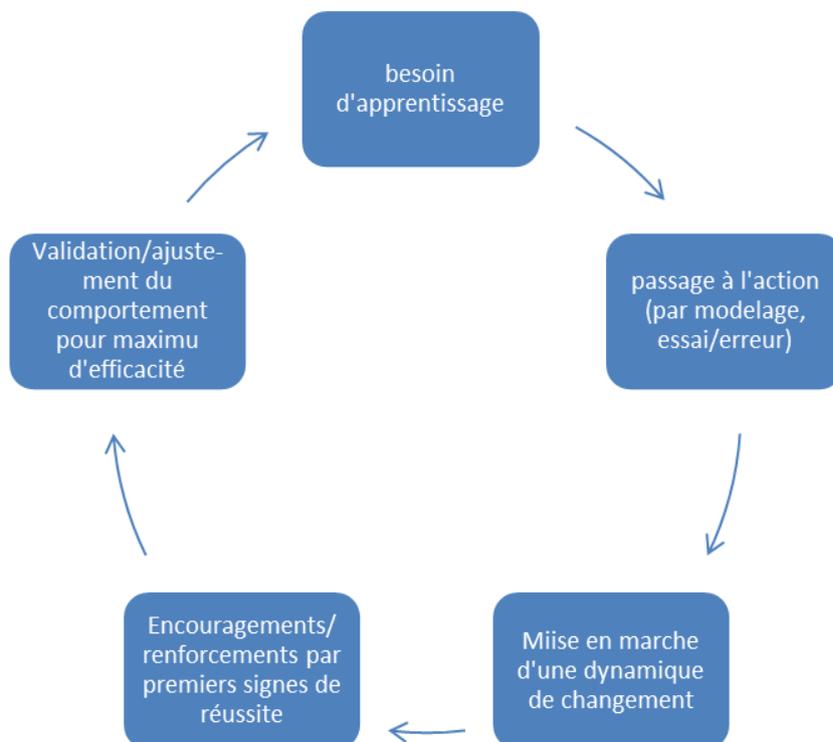
pourquoi certains individus pouvaient rester bloqués à cette étape. Nous pensons que certains cadres peuvent éprouver des difficultés à réaliser pleinement le processus de deuil et qu'il pourrait s'agir d'une raison qui les pousse à continuer à s'impliquer fortement dans les soins. Voici le résultat de ces investigations.

Revenons à l'adage « choisir c'est renoncer ». Ici, choisir c'est accepter d'avancer vers l'inconnu en renonçant, tout au moins en partie aux soins. Même si de nos jours le futur cadre de proximité arrive riche d'un bagage théorique enseigné sur les bancs de l'école, le doute et la crainte de ne pas être reconnu dans sa nouvelle identité peuvent survenir. Une dualité peut alors s'installer entre l'envie d'être reconnu dans ces nouveaux rôles et le réconfort que pourraient lui assurer ses compétences actuellement reconnues d'infirmier. L'hypothèse du soin en tant que comportement refuge nous est donc apparue.

L'infirmier passe de la posture d'expert à celle de novice lorsqu'il devient cadre. L'idée de ce changement génère des craintes, de l'anxiété en lien avec l'incertitude : Serais-je compétent en tant qu'infirmier en chef? Serais-je reconnu en tant que tel ? Le cas échéant suis-je prêt à laisser mon statut actuel « d'expert » en soins infirmiers de côté ? Si la loi prévoit qu'un chef d'unité passe du « faire » au « faire faire », posture organisationnelle, elle ne lui interdit pas pour autant l'accès à l'art infirmier. Comme le jeune cadre n'a pas forcément beaucoup d'occasions de recevoir de signes de renforcement positif de son environnement par rapport à ses compétences managériales, nous pouvons concevoir qu'il trouve du réconfort en la pratique des soins, son domaine d'expertise. Dans cette hypothèse, les soins peuvent alors être considérés comme un comportement refuge. Toutefois, de façon contiguë, le jeune cadre sera appelé à mettre en pratique des techniques managériales et si il en récolte les fruits au travers des feed-back positifs, il se sentira encouragé à persévérer dans cette voie et même à apprendre de nouveaux comportements. Pour illustrer ceci voici deux schémas inspirés d'une approche comportementaliste en psychologie. Le premier correspond à un cycle vicieux qui apparaît lorsqu'un individu résiste au changement par crainte de l'incertitude.



Le second correspond à un cercle vertueux où le changement est encouragé par des renforcements positifs. Via ces cycles²⁰, nous comprenons dès lors que nous revenons à un besoin fondamental de tout individu : la reconnaissance.



²⁰ Amar P., « 50 petites expériences de psychologie du manager pour mieux réussir au travail », Ed Dunod, 2012, 246p.

La reconnaissance permet à l'individu de renforcer son identité. Le cheminement d'un changement d'identité se fait en interdépendance avec les autres, comme déjà évoqué précédemment. C'est au regard de ce que nous sommes et de ce que nous voulons devenir que nous évoluons mais également au travers des autres.

Parmi ceux-ci, les « nouveaux » pairs sont porteurs d'identité professionnelle et la transmettent. Nous constatons qu'en pratique, certaines personnes désignées tantôt mentor, tantôt tuteur, coach,...effectuent ce rôle de façon plus formelle. A l'image d'un passeur, ces personnes accompagnent le nouveau venu, le guident dans leur parcours initiatique. Ce nouveau chemin est jalonné de rites ; activités codifiées, répétitives et structurées qui permettent d'instaurer des règles structurantes. Ces rites déterminent les normes et les transmettent tout en permettant de contenir la violence ou d'exprimer ce qui ne se dit pas verbalement. Chaque entreprise instaure ces propres rites. Ceux-ci structurent les relations dans le temps ou entre les personnes, la circulation de l'information,... nous les retrouvons par exemple à l'occasion des recrutements, entretiens de fin d'année, pauses café, réunions,... Les rites de passages quant à eux, sont des épreuves qui aident à franchir des étapes dans le but de devenir semblable aux membres du groupe. Ces épreuves prennent souvent leur source dans les incertitudes de l'environnement, les contradictions ou la compétition. Elles accompagnent et légalisent le passage d'un groupe social vers un autre. Ainsi VAN GENEP²¹, leur accorde 3 fonctions : elles séparent du milieu antérieur, agrègent au milieu actuel, tout en réintégrant dans le milieu général. Ils apportent ainsi une vision globale. Comme ils permettent de se familiariser avec le groupe et de transmettre un idéal fort, ils facilitent le changement identitaire. Ils offrent un espace transitionnel, donnent un sens symbolique dans les moments difficiles, et permettent de rendre supportable la souffrance liée à la séparation. Certains éléments sont constants dans le rite : le lieu consacré, le temps, l'assemblée, le célébrant, les gestes et paroles. On parle de manipulation symbolique du temps.

Comme Charon, le nocher des enfers, créait du lien entre deux mondes, les passeurs, mentors, coach, guides, permettent un retour vers le passé dans le but de préparer l'avenir. Ils aident, appuient, orientent, rassurent dans les moments difficiles. Une fois de plus, leurs différentes appellations apportent chacune une nuance dans le rôle joué. Ainsi, certains seront plus « guide » que source de développement personnel ; ils apporteront des vérités ou pousseront plutôt à se découvrir, à explorer les compétences propres au novice. Nous pensons que le coaching offre un cadre sécurisant nécessaire à l'épanouissement personnel. Cette pratique nous semble plus à même de susciter l'épanouissement. L'entreprise qui privilégie la pratique du coaching verra selon nous,

²¹ <http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2005dubouloy055.pdf> consulté le 15 décembre 2012

émerger des avis très différents dans divers domaines et notamment dans celui qui nous intéresse à savoir la pratique des soins par l'infirmier en chef. Le questionnement amené par le coach apporterait des réponses plus variables.

Notons que ces compagnons de routes, mentors, ...peuvent disparaître au profit du réseau, chargé de la socialisation, de transmettre les normes et valeurs. Mais les personnes qui constituent ce réseau sont paradoxalement souvent des rivaux potentiels vis-à-vis des postes à pourvoir, ce qui ouvre la porte aux manipulations et stratégies. Nous ne pensons pas qu'en soi, les soins puissent être utilisés à des fins de manipulation. Par contre nous pensons pouvoir parler de stratégie managériale. En effet, il nous paraît indéniable que l'infirmier en chef peut tirer profit de son implication dans les soins; Il s'agit alors selon nous d'une stratégie professionnelle voir d'un outil professionnel dont nous allons à présent chercher à développer un peu plus l'intérêt au travers de la seconde partie de ce travail.

2.4 Conclusion de la première partie

Une carrière professionnelle est un cheminement, une suite d'étapes parcourues qui font appel à l'évolution, au changement et donc à l'adaptation. Une carrière est également ce trou dans le sol d'où on extrait des pierres ou minéraux de construction. Lorsqu'une personne tombe dans un trou, il lui est parfois difficile d'en sortir. Cette image illustre bien les difficultés qu'un infirmier peut éprouver lorsqu'il décide de faire carrière et qu'arrive le moment où il sort de la tranchée qu'il s'était creusée. Son identité change et même si il a fait le choix d'avancer en ce sens, il sera contraint de renoncer - tout au moins en partie - à des objets d'attachement à son identité préexistante lorsqu'il deviendra infirmier en chef.

Nous avons décidé dans ce travail de parler des soins infirmiers. Nous les considérons comme un attribut de l'infirmière et aussi comme un objet d'attachement, dont l'infirmier en chef peut éprouver des difficultés à se détacher. Nous pensons que la liberté de choix laissée au cadre par les institutions à l'égard de son implication dans les soins, constitue en soi une marge de manœuvre qui mérite qu'on s'y attarde. Afin de conceptualiser notre problématique nous avons choisi de faire appel au concept d'identité. Nous avons considéré la dimension évolutive de celle-ci et avons donc parlé de crise identitaire et de deuil, en nous focalisant sur le champ qui est le nôtre: le champ professionnel. Puis enfin, après avoir développé l'hypothèse de l'attachement et du comportement refuge, nous avons voulu approcher de façon plus constructive notre problématique. Nous avons cherché à mettre en évidence les intérêts qui, pour un manager, pourraient découler d'un investissement ou d'une prise de distance vis à vis des soins.

Afin d'étayer cette réflexion nous allons à présent confronter ce travail à une recherche clinique auprès d'infirmiers en chef, en vue d'identifier leurs propres représentations et les opportunités qu'ils attribuent aux soins dans le cadre de leur fonctions.

3. Chapitre 3 : Partie opérationnelle

Après avoir défini le cadre de référence théorique, nous allons tenter de compléter, d'affiner, et peut être aussi de nuancer nos représentations actuelles via un volet plus pratique dont voici la méthodologie.

3.1 Méthodologie

Le but de notre démarche n'est pas de fournir une liste exhaustive des intérêts qu'aurait le cadre à pratiquer ou non des soins, ni de pouvoir quantifier ou hiérarchiser quoi que ce soit puisqu'il s'agit bien d'une recherche qualitative. Dans notre volet conceptuel, nous avons été confrontés à la difficulté de trouver de la littérature directement en lien avec l'objet de notre recherche. Notre réflexion s'est construite de façon très intuitive. Nous nous dirigeons à présent vers d'autres cadres, aux domaines d'expertises et aux expériences différentes, afin de la remettre en question. La recherche clinique interroge les pratiques systématiques et de standardisation. Nous avons donc pris ce chemin et décidé de nous orienter vers des entretiens semi-directifs avec comme objectif de rassembler d'avantage d'informations sur l'opportunité d'un investissement dans les soins par et selon l'infirmier en chef. Pour cela, au travers des interviews nous désirons collecter des données sur :

- Les opportunités qu'ils attribuent à leur investissement dans les soins
- Les opportunités qu'ils attribuent à leur retrait vis-à-vis des soins
- La notion d'adaptation de leur investissement dans les soins
- Les actes qu'ils choisissent de réaliser.

3.2 Dispositif de recherche :

3.2.1 Population

Nous avons choisi de nous adresser à des cadres en fonction depuis plus de 1 an.

Nous savons à présent que la période d'un deuil professionnel est estimée à 6 mois. Nous pensons qu'il est nécessaire de nous orienter vers des cadres qui ont suffisamment de recul pour avoir mené

leur propre réflexion sur le sujet, et avoir dépassé cette période transitoire plus ou moins marquée. Pour cela seront exclus les cadres ayant moins de 1 an d'ancienneté

Conscients de l'influence de la culture d'entreprise, nous mènerons des entretiens dans différentes institutions. Nous ne chercherons pas à mettre cette influence en avant en nous adressant à différentes institutions mais plutôt à minimiser le risque de biais que celle-ci représente. Trois institutions ont été sélectionnées sur base de leur proximité géographique et de la diversité des spécialités représentées.

Les institutions concernées sont le Centre Hospitalier de Wallonie Picarde (CHWAPI) de Tournai, Le Centre Hospitalier de Mouscron (CHM), le Centre Régional de soins Psychiatrique (CRP) *Les Marronniers* de Tournai. Respectivement 2 infirmiers en chef ont été interviewés au sein du CHWAPI, 2 au CHM et 1 au CRP, soit un total de 5 interviews. Le CHWAPI est une ASBL privée, le CHM est également une ASBL privée. Le CRP quant à lui est un Organisme d'Intérêt Public (OIP), subventionné par la Région Wallonne.

3.2.2 Modalités des entretiens

Les responsables des institutions ont été contactés afin de motiver la demande et de leur adresser une liste des questions d'interview.

Le choix des interviewés a ensuite été effectué de façon aléatoire, sur base d'une liste des cadres répondant au critère d'ancienneté de 1an minimum. Pour chaque institution cette liste a été fournie par la direction des ressources humaines.

Les infirmiers en chef sélectionnés correspondant au profil ont été contactés par téléphone. Nous présentions alors notre sujet comme « La participation du chef d'unité dans les soins directs au patient ». Il leur était annoncé que la durée moyenne d'une entrevue était estimée à 30 minutes et il leur était demandé leur accord pour être enregistré.

Un point générateur de biais était celui lié à l'anonymat. Nous avons vu et rappelé l'impact de la culture d'entreprise. Nous savons dès lors que des institutions pourraient prôner une certaine position à laquelle il serait inconvenant pour un cadre de déroger. L'anonymat et la transparence vis-à-vis de la procédure de sélection nous ont semblées impératifs pour minimiser ce biais. Ces deux points étaient donc abordés dès ce premier contact. Toujours pour la raison d'anonymat, l'initiale des personnes interviewées a été modifiée.

3.2.3 Préparation à l'élaboration des questions

Le but final de notre recherche étant de mettre à jour nos connaissances, nous nous sommes dirigés vers des entretiens semi-directifs et avons voulu formuler des questions ouvertes, avec le plus de neutralité possible.

Celles-ci sont tirées de notre recherche conceptuelle mais aussi et de nos interprétations personnelles. Si nous avons eu l'occasion de les expliciter davantage dans la première partie de ce travail, il nous à présent semblé utile de les rassembler afin de pouvoir les confronter et les compléter avec les données obtenues en interviewant d'autres infirmiers en chef. Ils constituent nos attendus théoriques. Voici les catégories pour lesquelles nous pensons que la position de l'infirmier en chef peut avoir un impact :

- soutien en cas de surcharge de travail
- évaluation de la charge réelle de travail et reconnaissance de celle-ci
- plus de temps pour la communication avec le patient et l'équipe
- transfert de savoir
- évaluation des compétences
- mobilisation du personnel
- autonomie
- cohésion d'équipe
- responsabilisation

Dans un souci de clarté lors de nos investigations, nous avons différencié les moments d'implication et ceux de retraits vis-à-vis des soins. Nous avons ensuite nuancé nos propos en prônant plutôt l'adaptation de l'infirmier en chef aux personnes et circonstances. Idéalement, le niveau d'investissement serait donc variable d'un moment à l'autre, d'une situation à l'autre, afin de tirer un maximum de bénéfices liés au degré d'implication. Dans ce volet opérationnel, nous nous attendons donc à constater des opportunités différentes dans certaines catégories, en fonction de la position du chef d'unité. Nous recueillerons les éléments concernant l'adaptation au contexte et aux personnes.

Enfin, nous nous envisageons de retrouver des éléments en rapport direct avec les différents soins effectués.

Nous n'avons pas désiré reprendre chaque item de nos attendus théoriques pour en faire une question en tant que telle. Nous avons effectué un premier pré-test, dont nous avons déduit qu'il serait compliqué de formuler des questions ouvertes très ciblées sur un item sans induire de réponse toute faite. Nous voulions par ailleurs laisser aussi place à de nouveaux éléments.

3.2.4 Question inaugurale

Avant d'en venir aux questions, nous avons décidé d'amorcer notre problématique en l'assimilant à une notion légale afin de ne pas laisser deviner de quelconques à priori de notre part. Le principal biais que nous avons ainsi tenté de déjouer était celui de la désirabilité sociale. L'introduction était la suivante :

« L'infirmier en chef se charge de l'organisation des soins mais il n'est pas légalement tenu à leur réalisation. A moins qu'il n'en fasse le choix délibéré. »

Cette introduction était directement suivie par la question inaugurale *« Pouvez-vous m'expliquer la façon dont vous vous positionnez généralement par rapport aux soins en tant qu'infirmier en chef ? »*

De par l'interprétation de la question de départ nous espérions amener en premier lieu à la narration d'un vécu quotidien. De ce vécu découleraient des argumentations sans doute plus abouties que si elles n'avaient pas été illustrées. Nous estimions cette démarche plus bénéfique que d'amener d'emblée à un positionnement en faveur ou non d'une implication dans les soins. De plus, même s'il nous était difficile d'imaginer qu'un infirmier en chef puisse se positionner totalement en dehors des soins, il nous semblait que débiter par la narration du quotidien mettrait plus en confiance que d'attendre un positionnement d'emblée.

3.2.5 Questions suivantes

Nous tenions à envisager de façon distincte les moments où un infirmier en chef s'implique d'avantage dans les soins, et ceux où il s'en distancie, quelles que soient les motivations à se positionner.

« *Quelles conséquences observez-vous lorsque vous vous impliquez dans les soins ?* »

« *Quelles conséquences observez-vous lorsque vous prenez de la distance vis-à-vis des soins ?* »

Ensuite, nous avons recherché des éléments de contextes pour explorer davantage la notion d'adaptation que nous prônons dans la partie conceptuelle de ce travail :

« *Y a-t-il des conditions ou des contextes dans lesquels vous pratiquez plus souvent les soins ?* »

Nous poursuivons avec la question « *Y a-t-il des soins que vous pratiquez plus fréquemment ?* » A la recherche d'éléments plus pratiques, de type organisationnels, avec la possibilité que des aspects plus affectifs en lien avec l'identité individuelle soient évoqués.

Enfin, nous ouvrons un peu plus grand la porte à la recherche de l'inconnu :

« *Enfin, dans la continuité de cette recherche, y aurait-il des éléments que vous trouveriez utile d'ajouter ? Si oui, lesquels* »

En laissant entrevoir la fin de l'entretien, cette question fermée suivie d'une ouverture dans l'optique d'une réponse affirmative, invite l'interlocuteur à rassembler ses idées, les reformuler parfois de façon plus concise et/ou apporter de nouveaux éléments en lien avec la problématique.

Pour terminer, nous clôturons définitivement l'entretien en remerciant l'interlocuteur pour sa disponibilité.

3.2.6 Questions de relance

Plutôt qu'un guide d'entretien, nous avons choisi de laisser place à la reformulation ainsi qu'à des questions de relance au cas où certains items seraient évoqués sans être approfondis. En voici la structure type :

« Vous me parliez de..., pourriez-vous développer ? »

« Une phrase que j'ai relevée c'est..., vous pourriez m'en dire d'avantage ? »

Notre recherche n'était pas quantitative. Elle ne portait donc pas sur le nombre de répétition des éléments, et nous ne cherchions pas à rendre explicite chacun de nos items auprès de chaque infirmiers chef interrogé mais plutôt à investiguer ce qui spontanément était évoqué. A ce titre, il n'importait pas de respecter un certain ordre pour les questions de relance. Cette façon de procéder visait à faire étayer leurs propos aux interviewés en les invitant à approfondir leur idées. Idées qui

auraient été peu voire pas développées dans la première partie de ce travail car non soupçonnées ou minimisées.

3.2.7 Autocritiques méthodologiques

L'analyse et le recul nous ont permis de pointer un biais lié à la reformulation dans le sens où nous constatons qu'il aurait été profitable de relever certains éléments que nous avons minimisés durant les entretiens. Les relever nous aurait permis d'aller plus loin dans la réflexion pour certaines catégories. Il s'agit bien entendu d'un biais involontaire, de sélection de l'information.

L'ensemble des questions ci-dessus résulte d'une adaptation après un premier pré-test. Un second pré-test, suivi d'un échange avec l'interviewé au sujet de la méthodologie nous a dans un premier temps confortés par rapport à l'adéquation des questions. Cependant, nous avons peu eu l'occasion de nous familiariser avec l'entretien, en tant qu'outil de recueil des données durant notre cursus. Un deuxième pré-test nous a aidés, mais nous avons cependant vite constaté que chaque entrevue était singulière. Certains infirmiers en chef étant très explicites, d'autres nettement moins. Par ailleurs, l'introspection ne semble pas toujours être évidente à effectuer spontanément. Pour certains, il aurait peut-être été profitable d'annoncer plus précisément dès le premier contact l'objectif de l'entrevue, mais nous avons choisi de ne pas le faire par crainte d'obtenir des discours préformés.

Le nombre total d'interviews qui entrent en considération pour ce travail est bien de 5 mais nous avons dû prendre 6 rendez-vous pour y parvenir. Une de celles-ci ne pouvait entrer en considération pour notre recherche, faute de préparation adéquate ; Une arrivée tardive au rendez-vous, cumulée à un défaut de matériel ont selon nous contribué à un mauvais départ délicat à rattraper en cours d'interview.

Nous avons décidé d'exclure de notre recherche les infirmiers en chef travaillant dans des structures type maison de repos. Il nous semblait évident que dans de telles institutions, la marge de manœuvre du cadre est moins étendue. En effet, nous présumons que l'organisation même de telles institutions laisse peu de place à un choix à poser par l'infirmier en chef en ce qui concerne son implication dans les soins.

A contrario, un autre de nos présumés n'est pas devenu critère d'exclusion. Nous supposons qu'il s'avère plus difficile de se distancier des soins lorsqu'ils sont en lien avec une spécialisation suivie par le cadre alors qu'il était infirmier. Nous avons conscience qu'il s'agit bien là d'une représentation qui nous est propre et nous n'avons pas cherché à la confirmer ou l'infirmier durant

nos investigations pratiques. Pour le choix de nos interviewés nous avons décidé de ne pas prendre en considération la spécialisation car nous n'avions pas suffisamment d'éléments pour en faire un critère d'exclusion. Nous avons de ce fait volontairement choisi d'interviewer un infirmier en chef travaillant en psychiatrie au CRP. Pour les 4 autres entrevues, nous avons décidé de laisser cours au hasard dans les deux autres institutions qui disposent de services généraux mais aussi de services sujets à spécialisation. Si le hasard nous a mené à réaliser nos entrevues dans des services à priori non sujets à spécialisation, nous serons toutefois amenés à revenir sur cette question lors de l'analyse de nos interviews car plusieurs infirmiers en chef étaient en fait spécialisés. Nous n'avons pas réalisé de talon préalable aux entrevues, il s'agissait d'un choix méthodologique visant à préserver l'anonymat. Avec le recul, nous pensons cependant qu'il aurait été profitable d'objectiver les questions de la spécialisation et du nombre d'années d'expérience en tant que cadre. Nous aurons l'occasion d'y revenir par la suite et d'expliquer le raisonnement qui nous a conduits à cette dernière réflexion.

3.3 Analyse des interviews

Selon Mucchielli²², analyser le contenu c'est « *rechercher les informations qui s'y trouvent, dégager le sens ou les sens de ce qui y est présenté, formuler, classer tout ce que contient ce document ou cette communication* ». Elle peut alors prendre trois directions :

L'analyse logico-esthétique porte sur le vocabulaire, l'ordre des mots, les hésitations,....

L'analyse sémantique structurale : porte sur l'organisation du discours, les relations qui structurent les éléments : enchaînements, associations, exclusions.

L'analyse logico-sémantique : porte uniquement sur le contenu manifeste.

Les deux premières nous ont semblées plus difficilement accessibles étant donné notre manque d'expertise dans le domaine de l'analyse du discours. Il nous semblait délicat d'interpréter des hésitations, de comparer le poids des mots utilisés par les différents orateurs. En fonction de la richesse de vocabulaire, de la culture, ou de l'éducation, nous pensons que les termes peuvent sensiblement varier. De plus, nous imaginons que l'approche des interviews aurait dû être différente si nous avions pris de telles options. Il en va de même pour l'organisation du discours. Si par moments, nous nous sommes surpris à nous essayer sur des commentaires logico-esthétiques ou sémantiques structurels, notre analyse portait principalement sur le contenu manifeste à savoir les thèmes, mots clés, prises de positions. Le contenu latent : non-dits, signification de la place des arguments,... nous semblant hors de notre portée en tant que novice et par ailleurs, d'autant plus subjectif.

Afin de mettre en avant le signifié immédiat nous avons dans un premier temps réalisé une analyse thématique en déterminant les unités significatives et en les catégorisant sur base de nos attendus théoriques. Ensuite, l'analyse de positionnement nous a permis d'attribuer une direction aux observations des infirmiers en chef : opportunités liées à l'investissement dans les soins versus opportunités liées au retrait vis-à-vis des soins. Enfin, une analyse fréquentielle pointait les répétitions dans un même discours ou de façon transversale. Nous nous sommes cependant principalement focalisés sur une analyse qualitative étant donné le nombre d'interviews réalisées et le fait que selon nous, les répétitions pouvaient tantôt être significative de l'importance donnée à une catégorie ou tantôt, être dues à des hésitations, reformulations nécessaire ou résumés.

²² <http://www.analyse-du-discours.com/l-analyse-de-contenu-du-discours> consulté le 02 février 2014

En plus de nos attendus théoriques, nous avons ajouté une rubrique supplémentaire pour la découverte de nouveaux éléments. Au cours des analyses, nous avons décidé de réunir des rubriques étant donné qu'un lien entre elles se clarifiait. Certaines se sont nuancées grâce au propos recueillis, d'autres n'ont que très peu été développées.

Nous avons recherché autant de rigueur dans l'élaboration de nos questions que dans la retranscription des entretiens. A présent, nous en venons à la partie la plus subjective de ce travail ; Au-delà du classement, nous nous essayons à commenter les résultats obtenus.

3.3.1 Les différentes catégories

Comme évoqué dès le début de ce travail, nous n'avons pas cherché à hiérarchiser les différentes opportunités que nous allons mettre en évidence. Par l'utilisation du terme « hiérarchiser » nous entendons attribuer un poids à chacune des catégories. Poids qui pourrait correspondre à une fréquence d'implication dans les soins, selon l'objectif visé. Nous estimons qu'il serait inexact de le faire sur base de nos interviews. D'une part car leur nombre est restreint. D'autre part, nous estimons qu'une méthodologie différente aurait mieux servi une telle ambition. Enfin, parce que nous n'avons pas posé la question en tant que telle. Nous convenons que plusieurs répétitions dans un discours ou de façon transversale à plusieurs discours, peuvent laisser supposer qu'une catégorie a plus d'importance qu'une autre. La question qui se pose alors est si nous parlons bien de fréquence d'investissement ou de l'importance qu'elle représente aux yeux de ceux qui en parlent ? On peut en effet passer peu de temps à faire quelque chose, tout en y accordant beaucoup d'importance.

L'ordre d'apparition des catégories n'est donc en aucun cas le reflet de l'importance de celles-ci. Il s'agit plutôt d'un agencement qui permet de visualiser certains des liens qui unissent les catégories entre elles.

3.3.1.1 La communication

Nous avons vu dans notre partie conceptuelle que l'infirmier en chef est l'interlocuteur privilégié des patients, familles, médecins, paramédicaux, autres professionnels de santé et maîtres de formation clinique. De là, nous envisageons que les soins pouvaient de façon indirecte être un moyen pour entretenir la proximité avec ses différents intervenants.

Nous relevons plusieurs propos qui relient les soins et la notion de proximité :

Mme F « Par rapport aux patients, j'ai l'impression que ça leur fait plaisir que le chef s'implique un peu plus »

Mr B « Je pense que c'est important pour les malades d'être de temps en temps en contact avec le chef infirmier, savoir qu'on est disponible même si ils ne nous voient pas forcément tous les jours, que si il y a quelque chose d'important ils peuvent toujours m'appeler »

Comme dans beaucoup des autres rubriques, aucun des infirmiers en chef n'a explicité le fait que le soin soit le seul moyen pour parvenir à remplir une de leurs missions. Les termes utilisés : « contact » « disponibilité » « s'impliquer » sont associés à leur action de soigner.

Alors que les soins dont il est question ne mettent théoriquement que deux acteurs en œuvre - l'infirmier en chef et le patient - nous relevons des informations qui font du soin un outil en tant que support à la communication avec le patient mais aussi avec l'équipe, principalement en ce qui concerne l'aspect relationnel.

Mme C « j'ai pu faire passer des messages sur comment on prend en charge un patient en psychiatrie, le recul qu'on prend dans certaines situations que je ne pourrais pas faire si je ne suis pas là car je ne sentirais pas tout, je ne comprendrai pas tout ce qui se passe. Tandis que là je peux quand même donner des explications »

Mme C « C'est l'occasion de vraiment renvoyer ça quand on l'a vécu avec la personne »

Mr B « approcher un malade en fin de vie, et sa famille c'est pas toujours évident donc si il y a pas un expert qui est là avec quelqu'un d'un peu plus novice... Je me met un peu en support, pour encadrer cette personne. Pour qu'elle puisse observer un tout petit peu comment elle fonctionne et lui faire comprendre, lui expliquer comment faire la prochaine fois ».

Il s'agit d'une opportunité de communication qui selon nous, serait effectivement difficilement accessible sans observation et participation active à la relation soignant - soigné. Nous reviendrons à la communication lorsque nous aborderons la catégorie transmission de valeurs.

L'investissement dans les soins est ici considéré comme une opportunité pour communiquer d'une part et pour transmettre un savoir en matière de communication d'autre part. Cet apport peut être mis en lien avec l'appellation « cadre de proximité » que nous avons développée dans notre volet conceptuel. Les soins peuvent ici être considérés comme un moyen de créer du lien, de maintenir une certaine proximité. L'espace temporel qu'ils suscitent crée l'opportunité, le support à la communication. Voyons à présent ce que nos entretiens nous apprennent de plus au niveau de la transmission de savoir.

3.3.1.2 La transmission de savoir

Chez tous les interviewés, nous avons relevé des éléments qui montrent que l'implication du chef dans les soins est propice au transfert de savoir. Cette démarche semble revêtir plus d'importance et être plus systématique chez l'un d'eux en particulier. Le mot « formateur », les verbes « stimuler, expliquer, accompagner, amener à » ou les adjectifs « hyper-important et primordial » ont particulièrement attiré notre attention durant l'entretien. Chez Mr A nous relevons aussi que les références au transfert de savoir sont amenées spontanément dès le début d'entretien et à de nombreuses reprises.

Mr A « Ce côté formateur à travers cette application c'est primordial comme aspect du chef de pouvoir accompagner et d'amener comme je disais tout à l'heure, son élément à un certain niveau d'expertise et le stimuler chaque fois, à chaque moment. Du début de sa carrière, jusqu'au moment où il atteint son expertise »

Mr A « pour amener l'autre « à ». A réussir ou à travailler à la manière que je pense être la meilleure. Nous on est là avec la jeune équipe en continuant à être leur formateur »

Mr A « j'essaie de leur apporter par l'expérience que j'ai mais en les laissant faire aussi. C'est hyper important- d'essayer d'acquérir cette expérience que moi j'ai pu acquérir »

Mr A « je ne dois pas non plus être de 8h à midi dans les soins mais il y a moyen de s'y inclure pour montrer un peu la ligne et voir si ils ont bien compris »

Le chef d'unité se met ici en position de guide. Nous verrons par la suite que de par son expérience ou sa spécialisation, il est détenteur d'informations et d'expertise qu'il semble utile de transmettre. Il est évident qu'il n'est pas le seul à détenir ce savoir et que la transmission pourrait dès lors être organisée via d'autres soignants, ou d'autres filières telles que les formations continues ou recyclages. Les soins représentent bien une des voies d'accès à cette transmission de savoir.

Chez Mme F, le savoir du chef pallie au manque de savoir des subordonnées. Son expertise et l'entretien de celle-ci semblent de ce fait prédominants au transfert de savoir :

Mme F « au niveau des soins, j'ai plutôt un rôle de référence. Quand les filles, pour un pansement, ne savent pas ce qu'elles doivent mettre, elles font appel à moi. Quand il y a quelqu'un qu'elles ne savent pas piquer, c'est moi qui vais piquer »

Mme F : « je vais lui dire il faut y aller mais je suis là aussi pour l'aider. C'est mon optique, je trouve qu'on est chef, on doit faire partie de l'équipe. Mais je vais plus lui dire aussi, regarde il y a un carnet de formation. On va regarder ce qui pourrait être utile pour toi et puis on va t'inscrire pour voir ce qu'on peut faire »

Mme F : « il y a plein de choses qu'on doit faire entre deux et parfois je me dis qu'une bonne mise à jour ça ferait du bien aussi parce qu'elles comptent tellement sur moi que si je ne me remets pas à jour... »

Nous constatons chez plusieurs d'entre eux un intérêt pour la réciprocité du transfert de savoir durant les soins.

Mme F : « Mais je pense qu'elles m'apportent autant que moi je leur apporte. Elles vont en formation, elles me disent quoi et puis on en discute »

Mr A : « Ils viennent avec leur esprit nouveau, fraîchement sorti de l'école et ils m'interpellent aussi »

Mme D « moi quand il y a des choses que j'ai plus utilisées comme les hémogluco-tests, c'est arrivé il y a pas longtemps, je leur dit explique moi parce que je ne sais plus. Donc voilà, je n'ai pas honte de dire quand je ne sais pas. Je ne suis pas la science infuse. Donc de ce côté-là ça se passe bien parce qu'elles savent très bien que moi aussi je peux aller leur demander des explications" »

A la lecture de ce dernier extrait, nous concevons que la démarche de l'infirmier en chef peut induire une certaine exemplarité dans le fait d'oser affirmer ses difficultés et demander des explications. Comme nous le devinons au travers des extraits de cette rubrique, l'expertise et l'autonomie sont liées au transfert de savoir. Voyons à présent les éléments relevés dans cette nouvelle catégorie.

3.3.1.3 L'autonomie

Un lien évident existe entre le transfert d'information et l'autonomie, il est mis en avant principalement dans les propos de Mr A, tant par le nombre de retours à la notion que dans le vocabulaire choisi « faire leurs armes, apprendre, seconde ligne, autogestion, adversité »

Mr A « avec un peu de retenue parce que d'un côté je n'ai pas envie de dire le chef est là pour être dans les soins et autant je ne peux pas prendre leur place parce qu'ils doivent faire leurs armes aussi »

Mr A « On doit aller piquer quelqu'un qui est difficile à piquer, bin ils doivent apprendre à piquer aussi les gens qui sont difficiles. Si c'est chaque fois dire ah bin chef tu peux piquer parce que... Non. Je dis essaie ; une fois, deux, fois, on ne va pas charcuter les patients non plus mais essaie, si ça ne va pas, je viens en seconde ligne »

Mr A « Je dirai que la suite de cette implication qui a été faite au préalable se ressent. Plutôt au travers des échos de ma hiérarchie en disant il y a eu des malades ou c'était les vacances mais ils ont super bien géré. C'est un signe que dans l'équipe ils arrivent à un certain niveau d'autogestion »

Mr A « Il faut de temps en temps aussi les laisser parce qu'on apprend aussi dans l'adversité »

Mme D « A mon avis elles savent très bien se débrouiller. Elles gèrent leurs soucis quand elles sont toutes seules »

Loin de pouvoir généraliser, l'infirmière en chef chez qui la notion de transfert de savoir était la moins présente, est aussi celle chez qui la notion de dépendance est la plus explicite. Nous gardons à l'esprit que d'autres facteurs influent probablement sur l'autonomie des infirmières dont il est question, ceux-ci n'ont pas été investigués dans le cadre de notre recherche.

Mme F : « Quand je suis là la semaine alors elles peuvent se reposer sur moi. Par contre le week-end je sais que parfois elles ne savent pas trop quoi faire. Ça leur arrive de m'appeler. C'est que du coup elles se reposent beaucoup plus sur moi. C'est moi qui induit ça probablement mais oui c'est vrai que quand je suis là et que je sais donner un coup de main au niveau des soins c'est le bienvenu »

Ce dernier témoignage appelle à la prudence vis-à-vis de l'implication dans soins, ce qui en soi fait émerger une dualité dans cette catégorie.

L'autonomie fait appel aux expériences vécues et suppose d'en tenir compte dans les actions futures. Il s'agit selon nous d'une compétence que l'on ne peut acquérir si les soins sont réalisés par l'infirmier en chef à la place de l'infirmière. Le cadre doit adapter son implication tantôt en adoptant une position de retrait vis-à-vis des soins, tantôt en s'investissant dans les soins dans une optique d'accompagnement. C'est au travers ses explications mais aussi des valeurs qu'il transmettra qu'il peut espérer avoir une influence sur le désir d'autonomie de son équipe. Voyons ce que nous apportent les cadres interviewés au sujet du transfert de valeurs.

3.3.1.4 Le transfert de valeurs

En dehors de l'implication du chef dans les soins, d'autres moyens existent pour former le personnel. Nous pensons qu'il ne suffit pas de transférer un savoir pour donner de l'autonomie. Le soignant doit décider de s'impliquer pour prendre cette autonomie. Selon nous, le transfert des valeurs influe de façon générale sur le comportement de celui-ci. C'est en tout cas le but escompté dans les propos suivants :

Mr B « si l'équipe voit que le chef se mouille, l'équipe se mouille aussi, elle y va, elle ne râle pas parce qu'elle sait très bien qu'elle ne peut pas me reprocher que le chef est toujours derrière son bureau, qu'il fait rien ».

Mme C « Pour essayer d'amener un esprit d'équipe où les gens ont envie de faire des choses, on a envie de montrer la philosophie avec laquelle on veut travailler »

Mme C « je sais que voilà, avec le temps ils ont compris la philosophie avec laquelle je voulais travailler donc c'est clair que je les laisse un petit peu plus »

Mme F « Puis par rapport au personnel, je trouve que si le chef s'investit et bien il y a aussi un peu plus d'investissement, de motivation pour le personnel à suivre les changements, les évolutions. C'est pas toujours évident d'accepter des changements dans les pansements, les habitudes et tout ça. Donc si je m'y implique, j'arrive plus à impliquer le personnel à s'investir davantage dans les soins»

Mr A « j'estime qu'à partir du moment où je fais raisonnablement bien mon travail, si on m'a mis à ce poste là j'estime que c'est parce que j'avais des qualités. Donc en amenant la personne à travailler un peu comme moi, je me dis qu'elle sera sur le bon chemin. »

Ces quelques extraits nous amènent au management par les valeurs, approche apparue dans les années 80. L'engagement, la collaboration, la responsabilisation sont au service du dynamisme individuel et collectif. Des notions que nous retrouvons dans les propos ci-dessus « investissement », « motivation », « implication », « se mouiller ».

Dans ce type de management, les valeurs, sont promues via des chartes ou affiches, tant en interne qu'en externe, dans le but de donner du sens aux actions²³. Ecrire ces valeurs n'est certes pas suffisant pour qu'elles soient intégrées. Il faut les démontrer par la mise en situation. L'exemplarité est alors considérée comme le préambule indispensable²⁴. Chez Mr A, nous retrouvons cette recherche de sens dans les soins et dans la formation continue.

Mr A « j'ai ce côté formateur qui est là et à mon avis inné chez moi de pouvoir expliquer les choses. Pour qu'ils ne travaillent pas de manière automatique en disant je dois faire une prise de sang, je fais la prise de sang point barre. Je sais pourquoi je dois faire une prise de sang, je sais expliquer au patient, à la famille. Je dis toujours, il est très simple de prendre quelqu'un dans la rue et de lui expliquer comment piquer. En une semaine, avec les explications, il piquera peut-être mieux qu'un jeune infirmier, mais la seule différence c'est que lui il ne saura pas pourquoi il pique. L'infirmier saura. »

Mr A « Je veux vraiment les inscrire dans cette dynamique, après 7 ans je continue à apprendre, à me former. Après 23 ans d'ancienneté chaque matin je viens travailler. Je ne viens pas travailler avec les pieds de plomb car je sais que je vais apprendre. J'apprends encore des choses »

Dans une des entrevues, nous n'avons relevé aucun élément pour la catégorie transfert de valeurs. Or, pour qu'une valeur puisse être utilisée en management, il faut qu'elle soit clairement définie, observable, et qu'elle serve de support à la communication lors de moments d'évaluation. La transmission de valeurs a dans ces conditions un impact sur la motivation, le dynamisme d'une équipe. Nous n'avons pas cherché à mettre le type de management en évidence chez les interviewés. Nous savons qu'une typologie est une démarche méthodique destinée à classer des réalités complexes et qu'il est illusoire de rechercher à figer une fois pour toute un acteur dans un comportement type. Plusieurs styles peuvent être utilisés par un même cadre en fonction de ses besoins, et ce de façon parfois plus intuitive que réfléchie. Suite aux entrevues, nous pensons que l'implication de l'infirmier en chef dans les soins peut être considérée comme un moment d'exemplarité où les valeurs sont mises en pratique, observées et évaluées. Le cadre peut alors, au travers de ces moments, espérer plus d'adhésion aux valeurs qui guident sa pratique.

²³ <http://www.innovationmanageriale.com/concepts/le-management-par-les-valeurs-mode-demploi/> consulté le 30/01/14

²⁴ <http://reseauexperts.over-blog.com/article-les-valeurs-et-les-vertus-dans-le-management-des-entreprises-87165737.html>, consulté le 30/01/2014

Cette catégorie faisant partie de nos nouvelles données. A posteriori nous nous disons qu'il serait intéressant de collecter plus d'informations sur les établissements dans lesquels nous avons réalisé nos interviews. Chercher par exemple à savoir si ces institutions diffusent une philosophie de soins écrite. Un présupposé plausible est que, suivant la structure juridique de l'hôpital, les missions assignées aux cadres peuvent être différentes. Dès lors on imagine que dans une structure privée, l'attention est d'avantage portée sur la rentabilité. Les rôles attendus plus difficilement modulables. Tandis que dans un hôpital privé qui est moins soumis à des impératifs de rendements économiques, les rôles attendus des cadres seraient assez modulables et pourraient permettre plus facilement qu'un infirmier en chef soit au chevet du patient. Nous n'avons pas cherché à vérifier cette hypothèse durant nos recherches. Par ailleurs, nous constatons que sur les 4 infirmiers en chef interviewés en milieu général, les deux infirmiers en chef faisant le plus référence à la notion transfert de valeurs provenaient d'institutions différentes.

Par extension, nous savons que la mise en commun des valeurs influe aussi sur la cohésion d'une équipe. Sans que cela soit clairement explicité, il apparaît que le chef d'unité espère avoir un impact sur la cohésion de l'équipe. Il évoque alors la notion de conflit qu'il relie à son investissement dans les soins, à sa proximité avec le personnel soignant.

Mme C « Quand je sens des tensions dans le groupe aussi, où là je sens que ma présence est nécessaire, pour réajuster ».

Toutefois, on peut aussi relever un appel à la prudence pour ce même thème, un appel à une distanciation parfois nécessaire.

Mr B « Et il faut aussi veiller aux conflits, à la motivation. Je caricature un peu mais pour moi un chef qui passerait les 4/5 de son temps dans son bureau à gérer ses horaires serait un chef lointain qui aura des problèmes de compréhension des soucis dans son équipe. Le fait d'être en soutien à l'équipe, on se rend aussi compte de ce qu'ils vivent, du vécu de chacun. Il vaut mieux comprendre ce que chacun vit pour mieux résoudre. Tout est dans le juste milieu ... prendre un peu de recul pour pouvoir analyser certaines situations problématiques dans une équipe. Dans toute équipe il y a parfois des soucis d'organisation, de tension, des besoins administratifs, il ne faut pas laisser tout ça de côté »

Enfin, chez Mme D, nous relevons aussi à plusieurs reprises, des observations en rapport avec la disponibilité.

Mme D « Et puis du coup j'ai une équipe sur qui je peux m'appuyer je vais dire. Au niveau des changements quand il y a un malade par exemple. Mais ça je crois que ça joue beaucoup aussi car

quand j'aide, je ne calcule pas les heures que je fais non plus ... Tout ça a un impact sur leur investissement. Ils savent qu'ils peuvent compter sur moi mais d'un autre côté moi en faisant ça et bien je sais que je peux compter sur eux aussi. C'est un donnant donnant. Un respect aussi certainement. »

Mme D « J'ai la chance de ne pas avoir beaucoup d'absent. Comme on agit grâce à ça au niveau motivation, là ça certainement un impact »

L'ensemble des propos relevés pour cette catégorie nous renvoi une nouvelle fois inévitablement à l'exemplarité que nous avons retrouvée dans plusieurs catégories déjà.

A présent venons-en à parler de l'aide, une des principales opportunités perçues par les cadres interviewés.

3.3.1.5 L'aide

L'opportunité d'aide que représente l'implication du chef dans les soins est annoncée rapidement et à plusieurs reprises dans chaque entretien. Mr A ouvre d'emblée le dialogue de la sorte :

Mr A « J'ai toujours pris le principe que mon implication dans les soins prends deux directions ; elle s'oriente dans la direction de l'aide,.... »

Nous avons choisi de ne pas hiérarchiser les opportunités relevées, cependant le poids de cette catégorie se fait incontestablement ressentir dans le fait que chaque infirmier en chef en parle, de façon rapide en milieu général tout du moins.

Mme F : « Parfois je fais mon tour de garde puis je reviens et je donne un coup de main au nursing quand ils ne sont pas assez. Mais c'est vrai que c'est des choses que si les stagiaires sont là, elles font. Les aides-soignantes sont là aussi donc c'est rare »

Chacun des infirmiers en chef interviewé consent à être une aide ponctuelle pour son équipe et ce, de façon plus ou moins intensive selon les besoins, nous y reviendrons dans la catégorie adaptation et relevons à présent un appel à la prudence pour cette catégorie.

Mr B « j'ai déjà remarqué qu'en cas de coup dur j'étais plus dans les soins, mais on me reprochait de ne pas encore avoir trouvé de solution pour remplacer un malade en fin de semaine et pour qui il fallait effectuer des changements »

Mr B « quand il m'arrive de m'investir parfois un peu plus de façon occasionnelle dans les soins, les collègues infirmiers pourraient m'en demander toujours plus. A ce moment-là, je dois parfois mettre un peu le frein. En disant : je t'ai aidé, maintenant je vais un peu me dégager parce que j'ai d'autres tâches à effectuer »

Si l'aide à proprement parler est une opportunité que tout un chacun pouvait imaginer, certains infirmier en chef ont amené la réflexion un peu plus loin en attribuant des effets indirects découlant de cette aide comme la reconnaissance ou le respect, tous deux emprunts de charge affective. D'autres cadres se défendent d'être animés par de telles motivations.

Mr A « j'ai l'impression que j'ai une équipe qui me dit en retour, le chef se mouille aussi et donc il y a une certaine forme de respect. Je veux dire, il y a pas le chef et le reste de l'équipe, je ne peux pas dire qu'on est sur le même pied d'égalité mais entre guillemets il y a une forme de respect »

Mme D « Généralement ils sont souvent fort reconnaissants; ils savent que je les laisse pas tomber »

Mr B « je ne m'implique pas dans les soins pour faire plaisir ou pour être bien vu par les collègues. J'essaie d'être optimal dans l'organisation de l'équipe.... Il faut pouvoir garder un peu de distance vis à vis de ça. Moi après 10 ans, cette idée d'être mieux apprécié en s'impliquant plus dans les soins c'est oublié. Je m'implique dans les soins quand c'est nécessaire »

Enfin, une réflexion est soulevée par Mr A ; réflexion à laquelle il accorde de l'importance puisqu'il y revient spontanément lorsqu'il résume ses propos en fin d'interview :

Mr A « par rapport à l'arrêté royal je me pose toujours la question de savoir en quoi l'infirmier en chef est toujours compris dans le staff malgré les multiples revendications syndicales et associatives en disant il faut détacher le chef des soins parce que trop souvent on arrive à des situations où on est trop court en personnel et parce qu'on veut soutenir son équipe on doit venir dans les soins. »

Mr A « en conclusion, cette histoire des 13 ETP, nous étant comptés dans le truc : Maintenant je me dis avec un peu de recul, je me dis que même si on était retirés, je ne sais pas si je ne me mettrai pas de temps en temps dans les soins quand même parce que ça apporte..."

La demande à laquelle fait référence Mr A est que l'infirmier en chef puisse être décompté des normes infirmières dans un service ; ce qui n'est pas le cas actuellement. Selon nous les résultats de cette recherche montrent effectivement que le chef d'unité s'investit dans les soins. A ce titre, il semble donc justifié qu'il soit considéré comme faisant partie intégrante des normes infirmières. Surtout s'il admet qu'il si investirait encore dans l'optique d'une révision des normes.

La charge de travail grandissante est souvent mise en avant pour appuyer cette demande et nous concevons qu'elle puisse rejaillir sur la qualité du travail fourni. Pour pallier à cela, on préconise souvent de revoir l'organisation. Pour cette catégorie nous avons récolté de nouveaux éléments inattendus.

3.3.1.6 L'organisation

Il semble que l'implication du chef d'unité soit par moment induite par l'organisation même. En effet, ce qui nous a interpellés en milieu général et qui diffère de la pratique que nous connaissons en psychiatrie au CRP, c'est que l'infirmier en chef accompagne de façon privilégiée le médecin durant ses visites au patient. Ce moment est propice à la réalisation de soins tels qu'une ouverture de pansement ou autre.

Le modèle en vigueur au sein du CRP consiste plutôt à organiser les rencontres patient-médecin en présence d'une infirmière, et il se justifie par le fait que cette même soignante sera garante du relais des informations et de la compréhension du patient. Nous convenons d'emblée que ce modèle pourrait s'avérer être infructueux en milieu général.

Mr B « il y a alors le tour avec les médecins. J'ai déjà essayé de faire changer le moment de ce tour mais ce n'est pas possible pour les médecins »

Au-delà de l'organisation, de l'importance est accordée à ne pas déformer l'équipe, que ce soit au moment du tour avec le médecin ou lors d'autres soins ponctuels à réaliser :

Mr B « pour ne pas déformer l'équipe d'après-midi, je suis souvent la quatrième personne de par mon horaire. Je suis alors en surplus pour assurer ce tour »

Mme D « ce matin il y avait un monsieur qui avait sa perf phlébitée, je lui ai dit qu'on allait lui enlever. L'infirmière était occupée, il n'a rien fallu me demander je l'ai fait moi-même. C'est des bêtes trucs mais je n'envisage même pas de ne pas le faire »

Mme D « Elles sont occupées, il n'y a personne dans le couloir, j'ai quelqu'un qui vomit, qui a mal, je dois le faire. Je le prends, je le parafe, ça coule de source pour moi »

Mme F « Les filles sont occupées à autre chose, j'accompagne l'autre médecin pour faire les soins. Là c'est aussi lié à la charge de travail. Moi je trouve que ça permet d'avoir une continuité parce qu'il y a souvent des choses à planifier et ça passe par moi de toute façon donc comme ça au moment du rapport je sais bien expliquer aux filles ce qui s'est passé »

Nous voyons qu'ils visent alors la continuité des soins car à brève échéance, leur implication évite de devoir interrompre un soin prodigué par une infirmière. De façon plus suivie, ils considèrent aussi que cela contribue à une meilleure continuité étant donné que leur présence journalière leur

permet de mieux observer, transmettre les évolutions et planifier leur organisation.

Mr B « *En étant plus au chevet du patient j'avais une vue plus précise. Les transmissions orales ne permettent pas toujours d'avoir autant de discernement parce qu'il y a une personne interposée justement* »

Mme F « *une plaie d'escarre qui évolue, et bien moi je suis là toute la semaine. Je vois vraiment une évolution. Et les filles se basent sur mon observation à moi. Je suis dans la continuité des soins. Et puis bon, les médecins quand ils ont une question à poser c'est à moi parce qu'il n'y a peut-être pas l'infirmière qui était là hier* »

Mme D « *Je sers donc de relais pour donner l'évolution du pansement et puis quand on a du personnel en temps partiel, ils ne sont pas toujours là, il faut savoir leur donner les informations aussi* »

Les cadres y voient aussi une opportunité afin d'observer l'organisation et de déceler des améliorations possibles, tant en ce qui concerne directement les soins, que pour leur organisation.

Mr B « *En allant sur le terrain il m'est parfois arrivé de me rendre compte qu'une amélioration de l'organisation est possible* »

Mr B « *Ça me permet, volontairement de pouvoir voir le travail du soir aussi. De pouvoir voir des choses qui ne vont pas ou qui vont en soirée. Ça permet d'avoir une vue plus globale de ce qui se passe dans l'unité* »

MrA « *Parce que parfois, c'est dans l'autre sens aussi. Ils viennent avec leur esprit nouveau, fraîchement sorti de l'école et ils m'interpellent aussi. On confronte les deux, pour trouver quelque chose qui va finalement pour tout le monde. Qui respecte entre guillemets les impératifs hospitaliers... Donc c'est un peu dans les deux sens, on essaie de trouver quelque chose qui va aux deux et qui est bon pour le service* »

Nous les savons et les propos ci-dessus le soulignent, la réorganisation passe par l'évaluation du fonctionnement actuel d'un service. Le cadre estime que son implication dans les soins y est

profitable. Une autre évaluation qui incombe au cadre est celle des compétences de ses collaborateurs. Voyons donc en quoi l'implication du chef d'unité dans les soins peut y être liée.

3.3.1.7 L'évaluation

Mr B « *quand je me rends compte par exemple qu'une procédure de soins ou un geste technique n'est pas réalisé correctement ou si je constate qu'il y a parfois du laisser aller dans les changements des troussees à perfusion, dans la réfection des pansements des choses comme ça* »

Mme C « *L'avantage c'est donc de pouvoir faire des évaluations plus pertinentes pour moi en voyant comment le personnel travaille dans les soins. Et pour ne pas paraître observateur forcément on participe aussi* »

Mme D « *Suivant le paraphe, je vois si le pansement a été fait selon les indications demandées ou si elle a fait à sa tête. L'aspect de contrôle donc de leur travail, de la qualité de leur travail. Si je dis que le pansement doit être fait deux fois par jour et qu'on me le paraphe je m'attends à ça. Je peux demander au patient si ça a été fait et puis je vois aussi de par la différence* ».

De leur implication dans les soins, tous les cadres interviewés s'accordent à dire que la réalisation des soins avec le soignant offre une opportunité de contrôle et d'évaluation. Les soins peuvent alors être un alibi afin d'observer les compétences et permettre plus de pertinence dans les appréciations. Ils permettent entre autre d'évaluer la compétence à définir des priorités.

Mme D « *c'est aussi une évaluation dans l'approche des priorités. On a parfois beaucoup, on va faire en sorte que ça aille. Mais il y a des personnes que je dois parfois recibler dans leurs priorités. Des fois elles carburent pour y arriver (en parlant des toilettes) puis je vais avoir quelqu'un à jeun à qui il faut des examens préopératoires et tout ça* »

Mme C « *Je pense à une situation où il fallait mettre le cadre, l'intention était là mais la manière n'y était pas ; elle n'était pas adaptée pour en tout cas calmer la situation. C'est l'occasion de vraiment renvoyer ça quand on l'a vécu avec la personne* »

Nous avons eu l'occasion de relever l'opportunité d'apprentissages dans la catégorie transfert de savoir, notamment au niveau de la communication avec le patient dans les situations délicates. Et bien entendu une évaluation préalable des compétences relationnelles du soignant est nécessaire

avant d'intervenir. L'implication du chef d'unité dans les soins prend du sens en particulier pour déceler des difficultés relationnelles.

Mr A « Parce que t'es un petit peu dans les soins, tu peux travailler avec quelqu'un, tu vois un peu comment elle fonctionne, comment elle parle au gens. Donc c'est aussi un moyen de pouvoir aller rechercher quelques petites choses par rapport à une évaluation qui pourrait arriver dans l'année. En disant tiens j'ai observé ça, fait attention à si...les actes d'hygiène ou la pudeur d'un patient. C'est toutes des petites choses que quand tu es dans ton bureau tu ne perçois pas »

Enfin, l'évaluation représente une source de reconnaissance du travail effectué et de soutien moral du soignant. Cet aspect a été abordé par plusieurs cadres infirmiers lorsque dans leurs discours s'est glissé le mot « soutien », souvent dans le contexte de l'aide physique, mais parfois aussi, il prend une dimension plus psychologique.

3.3.1.8 Le soutien

Nous l'avons vu, le chef d'unité vient au secours dans les situations de crise, montre la route aux novices, est une aide en cas de surcharge de travail. Par-là, il prend une position de support qui se veut exemplaire pour l'équipe car il transmet ainsi des valeurs telles que « *le travail à l'unisson* » « *un certaine dynamique de respect, d'entraide aussi* »

Sa présence dans les soins lui permet par ailleurs de percevoir certains conflits plus latents ou d'apporter la reconnaissance dont chacun de ses membres a besoin. Le soutien dans la gestion de conflits entre patients ou dans l'équipe a été à plusieurs reprises abordé par Mme C.

Mme C « La conséquence que j'ai moi interprété c'était qu'il se sentait moins soutenu » en parlant d'un membre de l'équipe qui lui faisait remarquer son retrait vis-à-vis des soins

Mme C alors qu'elle parle de tension dans l'équipe « *Donc je sais que là c'est un moment où il faut que j'aïlle pour qu'ils se sentent soutenus* »

.Mme C « j'essaie de me fixer comme objectif d'aller tout voir parce que justement en ne participant qu'au groupe parole ou des choses comme ça, alors d'autres peuvent avoir le sentiment que je ne suis pas intéressée par ce qu'ils font »

Mme D « Ils étaient au courant mais c'était une de mes jeunes infirmières. Elle était soulagée que c'était moi qui aille faire cette première injection de morphine. Je crois qu'elle s'est dit ouf c'est pas moi qui vais devoir supporter le regard de ces gens »

La lecture de ce dernier extrait nous amène à envisager le fait que les besoins peuvent varier d'une infirmière à l'autre. Cela nous amène à la notion d'adaptation que nous prôtons dans la partie conceptuelle de ce travail.

3.3.1.9 L'adaptation

Au décours de l'analyse réalisée jusqu'ici, nous avons eu un aperçu des situations dans lesquelles le cadre choisi de s'investir dans les soins. Ce n'est pas pour autant qu'il s'implique systématiquement dans les prises en charges quotidiennes car il estime cela dangereux.

Mr A « Maintenant comme je dis, je ne le fais pas de manière systématique parce que, via un week-end à l'autre, d'une équipe à l'autre, des équipes qui se diraient bin nous on va un peu ralentir de toute façon le chef il va, non. En maintenant un peu ce côté non systématique d'aller donner un coup de main, ils voient bien aussi que j'ai mon activité. »

Nous n'avons pas cherché à quantifier l'investissement. La seule démarche systématique que nous ayons relevée, du moins en milieu général, est celle de cadres accompagnant le médecin durant son tour des chambres ; moment pendant lequel il est amené à réaliser des soins. En dehors de cela, nous pouvons donc dire que l'infirmier en chef adapte généralement son investissement aux besoins qu'il perçoit.

La perception d'un besoin est assez dépendante de l'observateur. En effet, nous avons pu constater que certaines catégories n'avaient pas du tout été évoquées par certains cadres. Nous savons aussi que le chef d'unité peut, pour parvenir à un objectif, utiliser d'autres moyens que celui de l'investissement dans les soins, ce qui expliquerait le fait qu'une catégorie ne soit pas évoquée chez certains. Par ailleurs, beaucoup de catégories ont un impact l'une sur l'autre. Prenons le transfert de savoir et l'autonomie qui en découle. Ou l'aide et l'évaluation ; comme l'illustre une infirmière en chef lorsqu'elle parlait d'une soignante qui demandait trop souvent de l'aide pour piquer. S'impliquer dans un soin avec l'objectif de répondre à un besoin spécifique peut avoir une incidence sur un autre besoin, que cela soit perçu ou pas par l'infirmier en chef.

3.3.1.9.1 L'adaptation dans le temps

La notion d'adaptation dans le temps est souvent relevée en ce qui concerne la charge de travail : « admissions non prévues », « beaucoup de cas lourds ». Certaines périodes sont aussi mises en avant : période de maladie, de congés. Outre cela, les propos de Mr B illustrent bien l'importance de respecter une certaine organisation hospitalière.

MR B « Et puis, je surveille un peu l'heure. Une journée à l'hôpital est assez structurée d'un point de vue horaire. Si je vois que les soins vont se terminer tardivement- parce que mes collègues ont dû par exemple passer plus de temps avec l'un ou l'autre malade, une situation difficile - et que par conséquent ils n'ont pas pu bien avancer dans leur matinée de travail, alors à ce moment-là en surveillant un peu l'heure, je vais leur donner un petit coup de main pour clôturer les soins de fin de matinée »

Mr B « quand une personne est malade en dernière minute ou qu'elle n'est pas remplacée à son titre il me faut alors boucher certains trous dans les soins »

Mr A « Généralement juillet et août sont des périodes où on est un peu plus tranquille au niveau administratif, c'est des périodes où les horaires sont fait pour les deux mois donc je suis tranquille au niveau des horaires aussi. Donc j'ai un travail à côté qui me laisse un peu plus de liberté »

Cette adaptation est aussi mise en lien avec le désir de ne pas interrompre une autre prise en charge effectuée par les infirmiers, que ce soit comme nous le disions au motif de respecter la structuration d'une journée ou le bien-être du patient, les exemples de la douleur ou des vomissements ont été déjà été cités.

Mr A concernant les prises de sang "C'est l'heure à laquelle j'arrive. Eux sont dans les soins et souvent pour pas les déranger, interrompre, souvent je le fait. Je vais dire 8 fois sur 10 je le fait. Maintenant des périodes comme maintenant, au mois d'octobre on a beaucoup de stagiaires, je leur laisse"

3.3.1.9.2 L'adaptation aux besoins individuels des soignants

Nous pouvons voir que l'infirmier en chef s'adapte en fonction de difficultés individuelles liées au manque de pratique ou d'expertise, en procédant à un accompagnement spécifique.

Mr B « En fonction du profil horaire établi, je me rends compte qu'il y a des moments où je dois un peu plus m'impliquer. En fonction de l'expertise de chacun »

Mme D : « Surtout quand c'est des temps partiels ça arrive. Quand il y a longtemps qu'elles n'ont plus vu telle pompe à perfusion par exemple, parce qu'on ne l'utilise pas très souvent »

Mme D « Ou si il y a des choses plus spécifiques comme les drains thoraciques, ce sont des choses qu'elles ont un peu moins l'habitude de faire et pour lesquelles j'ai quand même mon expérience

d'avant donc je peux le faire avec elles. Mais je ne le fais pas automatiquement. Je le fais simplement si elles me le demandent ».

3.3.1.9.3 L'adaptation aux situations de crise

Mme F : « Si il y a une réa ou quoi c'est moi qui y vais »

Chacun des infirmiers en chef tient à se montrer disponible en cas de situation compliquée. Certains relatent le fait qu'on fait appel à eux systématiquement « *quand il y a une réa ou, quand il y a une urgence* », ou qu'ils interviennent de façon privilégiée en cas de « *soin compliqué* » ou de « *fin de vie* ». Les cadres interrogés et exerçant en milieu général nous ont tous à un moment donné, parlé de leur spécialisation ou expérience en soins intensifs. Cette similitude a soulevé chez nous des interrogations qui resteront en suspend à la fin de ce travail, nous tenions à les partager.

Mme D : « Quand il y a une réanimation. Généralement, le premier réflexe qu'ils ont c'est aussi de courir et venir me le dire »

Nous avons dans la partie méthodologique de ce travail, évoqué l'hypothèse que l'attachement au métier d'infirmier pouvait être d'autant plus marqué si une spécialisation entrainait en ligne de compte. Comme il s'agissait d'un pressenti, nous avons décidé de ne pas explorer cet aspect de la problématique et de n'en faire ni un critère d'exclusion, ni un talon car cela aurait pu représenter un risque au sujet de l'anonymat ou de la désirabilité sociale. De ce fait, nous avons décidé d'ouvrir la recherche à un seul infirmier en chef spécialisé, exerçant en psychiatrie. Le fait que les quatre chefs d'unités interviewés en milieu général fassent référence à une spécialisation ou à une expérience notable en soins intensifs pose question. Non seulement d'un point de vue méthodologique mais aussi au niveau des attentes qu'une direction peut avoir vis-à-vis d'un chef d'unité. La spécialisation en soins intensifs est à notre sens, une garantie de compétences pratiques et théoriques directement en lien avec l'action de soigner. Dès lors, comment interpréter le choix des directions ? Y-a-il des attentes directement en lien avec notre problématique à en déduire ? Ou la provenance des cadres est-elle plutôt liée à d'autres facteurs ? Quelle que soit la motivation à ce choix, si tant est qu'il ne s'agisse pas d'un hasard, nous pouvons imaginer que cela a un impact que nous ne serons pas en mesure de mettre en évidence au terme de ce travail.

En outre, nous avons remarqué que les cinq chefs interviewés relient leur investissement à leur expertise de terrain. Expertise qu'ils estiment utile d'entretenir.

Mme D « Au-delà de ma curiosité personnelle il y a mon évolution personnelle aussi. J'estime que comme ça je me tiens au courant de toutes les nouveautés, comme ça change beaucoup au niveau des pansements et des technologies »

Mme D « il faut que je me tiens au courant de ce qui s'y passe. Puis de toutes les nouveautés des pansements et autres »

Mme F : « ça me permet de garder un peu la main parce que je suis une chef de terrain quand même »

Si ses cadres sont effectivement experts en soins, que peut-on déduire des attentes de ceux qui les ont nommés à ce poste? La question reste en suspens. Nous allons à présent nous intéresser d'un peu plus près aux actes que l'infirmier en chef choisit de réaliser.

3.3.1.10 Les soins

Nous l'avons vu, l'infirmier en chef peut s'investir dans les soins en visant des objectifs très variables. Des interviews effectuées, nous pouvons déduire que le cadre investit de façon assez large dans les soins. Nous n'avons pas cherché à ce qu'ils s'expriment de façon exhaustive mais ils ont cité : toilettes, pansements simples ou compliqués, distribution de médicaments, pose de perfusion, sondages, ablation de drains, transferts, préparation d'opérés, entretiens de soutien, de recadrage, éducation au patient.

Parfois, l'un d'eux choisit aussi volontairement de prendre la place d'une infirmière le temps d'un poste. Sa contribution est alors étendue vu qu'il explique s'attacher tant aux soins directs aux patients qu'à la distribution des repas. Il nous décrit l'opportunité qu'il attribue à ce moment de soins mais aussi d'observation.

Mr B « Il m'arrive de temps à autre, de prester un horaire soir- ça c'était un souhait délibéré de ma part- je réalise en général un soir par semaine ou un soir par deux semaines. Ça me permet, volontairement de pouvoir voir le travail du soir aussi. De pouvoir voir des choses qui ne vont pas ou qui vont en soirée. Ça permet d'avoir une vue plus globale de ce qui se passe dans l'unité.... je fais partie de la norme qui est de 3 à ce moment-là »

Une des questions que nous nous sommes posées dans la partie conceptuelle de ce travail était de savoir si certains soins étaient privilégiés ou au contraire exclus par les chefs d'unité. En effet, nous envisagions qu'un cadre pouvait, de par sa position, prendre du recul vis-à-vis de soins pour lesquels il avait moins d'affinités et à contrario s'investir davantage dans d'autres soins. Nous n'avons pas obtenu d'information qui laisse penser que le chef d'unité s'exclut volontairement de certains soins pour des raisons plus personnelles.

Mme D « Je ne sélectionne pas des soins particuliers que j'aime, j'essaie de me rendre disponible quand c'est nécessaire »

Mr B « Il n'y a pas vraiment de soins que je ne pratique plus »

Sur ce sujet, nous sommes conscients que le cadre formel d'une interview n'est pas propice à de

telles confidences. Nous relevons par contre, une exclusion ou en tout cas un nouvel appel à la prudence pour les soins liés à l'élimination étant donné qu'ils se réalisent en deux temps.

Mr A « Les soins que je n'aime pas faire c'est les soins liés à l'élimination ou répondre à des sonnettes quand ils sont dans les soins. Parce que je sais très bien quand je vais pouvoir aller mettre la panne mais je ne sais jamais quand je pourrai aller l'enlever. Il suffit que je sois appelé ou que je fasse un tour avec une assistante sociale, une diététicienne, un assistant, donc ça, ça m'embête un peu »

Une nouvelle fois, nous estimons qu'investiguer sur la question de la spécialisation pourrait apporter une plus-value pour cette catégorie car les propos ci-dessous nous laissent imaginer qu'un cadre infirmier spécialisé peut garder un attrait particulier ou des facilités contribuable pour les soins liés à son domaine d'expertise.

Mr B « Et puis de par ma spécificité, je sors de 10 ans en soins intensifs où c'est vrai que j'ai quand même développé un côté technique, mais aussi relationnel spécifique et on m'appelle souvent aussi en dernier recours quand on n'a pas su piquer une voie périphérique à un patient »

Mme F : « J'ai travaillé dix ans en réa, donc les filles me connaissent déjà avant, donc quand il se passe quelque chose, elles savent bien que j'ai un bagage. C'est peut-être un biais parce qu'elles comptent franchement sur moi »

Mme D « si il y a des choses plus spécifiques comme les drains thoraciques, ce sont des choses qu'elles ont un peu moins l'habitude de faire et pour lesquelles j'ai quand même mon expérience d'avant donc je peux le faire avec elles »

Cette dernière réflexion nous renvoie à une notion explorée dans notre partie conceptuelle : l'identité. En effet, avant d'être chef d'unité, il faut être infirmier. Pour devenir ensuite infirmier en chef. Alors que ce travail arrive à sa fin, c'est avec un peu plus de certitudes que nous nous confortons dans l'idée que l'identité originelle perdure lorsque nous évoluons.

3.3.1.11 L'identité

De nos jours, lorsqu'ils parlent du métier d'infirmier, beaucoup remettent en question la notion de vocation. Il n'en reste pas moins que certains choisissent de devenir infirmier car ils sont animés par le désir de prendre soin de l'autre. Ce désir leur est propre et, parmi une multitude d'autres facteurs, marque leur identité.

Dans la partie conceptuelle de ce travail, nous convenions qu'un parcours jalonné d'interactions et d'expérience faisait évoluer l'identité. Nous remettons alors en question le caractère permanent de l'identité, en adoptant une position constructiviste. Notre démarche nous amène à constater que certaines valeurs ou motivations singulières à un individu perdurent alors qu'il évolue. Un de nos entretiens démontre particulièrement que la motivation à soigner peut perdurer, même après que la période deuil professionnel soit écoulée. Il s'agit de celui de Mme D qui utilise des mots et verbes chargés d'affect : « aimer », « avoir besoin de » lorsqu'elle évoque les soins :

Mme D « Je ne conçois pas de ne pas participer du tout aux soins, ça fait partie de moi, j'aurai beaucoup de mal à me cantonner uniquement à ce qui est administratif et ne plus du tout avoir accès aux soins. J'aime les soins. Je cherche même parfois à en faire. Même si c'est un bête truc. J'aime beaucoup ce côté-là de mon métier. Donc si j'aime bien l'aspect organisationnel que j'ai maintenant, celui des soins je l'aime beaucoup aussi »

Mme D « Je suis une infirmière. Pas qu'une chef, donc moi j'aime bien, donner à boire à un patient, des choses comme ça. J'aime beaucoup ça quand je fais mon tour. Réinstaller. Relever. L'aspect humain. Cet aspect-là, relationnel, j'en ai encore beaucoup besoin. Je crois que c'est d'abord pour ça que j'ai fait ce métier. Cet aspect-là relationnel, me manque encore donc je cherche à mon avis chaque petite occasion qui peut me faire soigner »

Nous relevons aussi que certaines compétences signent la singularité d'un individu au travers de sa carrière. Mr A, nous l'avons vu, porte un intérêt privilégié au transfert de savoir et de valeurs. Cette singularité, il la considère comme innée. Elle perdure également chez lui. Il en fait à présent un outil de management et l'exprime au travers de son implication dans les soins.

Mr A « C'est dans ma nature en fait je vais dire, j'ai toujours été quelqu'un de formateur. C'est

dans ma nature de pouvoir expliquer les choses aux gens et aux jeunes... Parce que j'aime bien que les gens comprennent ce qu'ils font quand ils travaillent. Et donc j'ai ce côté formateur qui est là et à mon avis inné chez moi de pouvoir expliquer les choses »

Nous revenons à présent sur une dualité. Dualité dans la reconnaissance de cette identité qui soumise au regard de l'autre, est renvoyée de façon cohérente ou pas avec l'image que l'on se fait de soi. Alors que nous avons rappelé le rôle de la communication dans l'évolution de l'identité, nous y mettons en valeur les besoins de reconnaissance et d'intégration. A plusieurs reprises durant les interviews, les notions de « respect », de « reconnaissance » vis-à-vis d'un chef qui s'implique ont été abordées. Nous l'avons déjà évoqué et y percevons à présent un lien avec l'identité de l'infirmier en chef.

Par ailleurs divers propos relevés amènent à penser que les rôles du chef ne sont pas toujours clairement connus ou appréciés selon les cadres. Il s'emble par extension possible que cela puisse avoir un impact sur l'investissement de certains chefs.

Mme C « j'aimerais bien être plus dans le pratico-pratique pour leur montrer que je ne suis pas sans rien faire. Mais le problème c'est qu'avec 8 patients c'est un peu compliqué vu que tout ce qui est plus pratique c'est vite fait »

Parmi les rôles du cadre, nous avons vu et illustré des propos d'infirmiers en chef pour qui la pratique des soins est une opportunité pour assurer la continuité des informations, observations.

Mme D « Parce que pour moi l'infirmière en chef c'est toujours le relais entre le médecin et le personnel soignant, la famille, le patient. »

Par ces propos, Mme D, nous renvoie à l'appellation cadre de proximité que nous avons développée et qui fait aussi partie de l'identité professionnelle de l'infirmier en chef. Par ailleurs, de l'image qu'il renvoie et des rôles qui lui sont conférés, découlent aussi un certain pouvoir. Ainsi, le simple fait de sa présence durant les soins semble instaurer une dynamique de qualité. Les cadres interviewés illustrent ceci en faisant parfois appel aux formules « *baguette magique* » ou « *présence magique* »

Mr A « ils font peut-être un peu plus attention quand on travaille avec eux »

Mme C « ce que j'entends parfois aussi de certains collègues c'est que quand ne je suis pas là les choses ne se sont pas faites comme quand je suis là. Même si je ne fais pas plus ni moins qu'eux mais le fait d'être là avec sa position de chef, il y a une certaine envie, une certaine motivation à vouloir bien faire devant le chef »

Plusieurs chefs ont ensuite fait référence à une évolution dans le temps de leur investissement dans les soins.

Mr B « Ma vision endéans les 10 ans a changé. Donc j'ai dû faire aussi j'imagine comme tout un chacun le deuil d'être infirmier. Entre guillemets je dirai. Je suis toujours infirmier. Mais je suis maintenant infirmier en chef donc il y a des choses d'un point de vue administratif ou d'un point de vue gestion d'équipe qu'il ne faut pas oublier et qui sont nécessaires et donc du coup j'essaie de, enfin avec les années, j'essaie d'adapter ma fonction au mieux »

Mme D, pousse la réflexion en posant l'hypothèse que l'investissement du chef d'unité dans les soins pourrait être décroissant dans le temps.

Mme D « Quand je vois les anciennes chefs, des fois je me dis elles sont un peu aigries comme ça. La fois passée je comptais. Et je me disais qu'il me reste quand même encore 15 ans à travailler. Comment je serai moi dans 15 ans? Ca fait qu'un peu plus d'un an que je suis chef et j'aime toujours autant. J'ai toujours cet aspect-là qui me manque autant »

Mme D : « Je ne conçois pas encore mon métier sans soins en tous cas »

Notre identité est en lien avec nos valeurs et nos rôles professionnels qui nous le savons sont en perpétuelle évolution. L'hypothèse ici formulée sur le sens de cette évolution est discutable mais ce qui semble indéniable c'est le fait même de cette évolution.

Les interactions avec notre environnement engendrent des changements, dans notre identité professionnelle et individuelle. De nos choix, de nos attitudes, découlent certains risques et certaines opportunités qu'il nous apparaissait utile de formuler dans ce travail.

3.4 Réflexions autour du volet pratique

En français, le verbe dispenser peut être compris dans deux sens diamétralement opposés. Dispenser des soins signifie les prodiguer ; en être dispensé signifie être autorisé à ne pas en faire, à en être exempté. La dispense des soins par l'infirmier en chef peut elle aussi revêtir plusieurs sens, répondre à des besoins distincts, générer plusieurs opportunités. Chaque cadre dispose d'une marge de manœuvre qui lui permet de s'investir dans les soins. Le résultat de cette implication dépendra en partie de l'objectif qui sera posé au moment de l'acte.

Pour qu'un objectif soit atteint il est souvent nécessaire qu'il soit connu, partagé, mais ce n'est pas toujours le cas. Une question en rapport avec l'annonce d'une démarche s'impose alors à nos yeux : si un objectif n'est pas posé en tant que tel, une démarche pas explicite, doit-on systématiquement en déduire qu'elle est absente ? Ou pour aller plus loin, si un objectif n'est pas perçu, aspiré, ne peut-on imaginer qu'il soit atteint ? Durant les interviews, un cadre identifiait clairement deux directions que son aide pouvait prendre ; celle de l'aide et celle du transfert de savoir. En poussant la réflexion, il en est venu au transfert de valeurs, à l'autonomie, ... mais à aucun moment il n'a abordé la reconnaissance du travail effectué. Peut-on pour autant dire qu'il n'y accorde aucune importance ? Ou alors, en adoptant un autre point de vue, affirmer que son équipe ne ressent pas de reconnaissance lorsqu'il s'implique dans les soins ? Nous pensons que les réponses à ses deux questions sont négatives. C'est en fait la subjectivité de l'interviewé que nous pointons, et par extension la subjectivité de cette recherche.

Nous l'avons déjà abordée durant ce travail mais il nous semble important de proposer des perspectives complémentaires et/ou différentes si nous voulons avoir une vue plus globale des opportunités liées à l'implication ou à la distanciation du chef d'unité vis-à-vis des soins. Le travail dont il est question ici reflète uniquement l'avis de ces 5 infirmiers en chef, et ne peut prétendre à la généralisation. Des interviews plus nombreuses apporteraient sans doute plus de nuances encore ou de nouveautés. En tant qu'abord différents, nous pourrions compléter par celui des soignants, celui des directions, celui des médecins, celui du patient ou même de sa famille. Il pourrait aussi être profitable d'utiliser d'autres façons d'investiguer, nous pensons notamment à l'observation qui permettrait par exemple de quantifier l'investissement.

Comparativement à notre volet conceptuel, des nouveaux éléments sont apparus, certains ont été nuancés, et l'un d'eux n'a pas été directement abordé ; il s'agit de la notion de responsabilisation. Nous pensons et restons convaincus du fait qu'un bon rapport implication, distanciation vis-à-vis des soins peut activer le processus de responsabilisation des membres d'une équipe. Cette notion

est finalement assez proche de l'autonomie à laquelle Monsieur A a beaucoup fait référence, lorsqu'il prônait le transfert de savoir et de valeurs. Le but n'est pas de faire le procès de notre volet conceptuel ni de le défendre à tout prix. Nous pensons cependant que la responsabilisation découle principalement de l'attitude du cadre. Et que durant les soins qu'il effectue, l'enjeu sera alors pour lui de définir clairement les attentes et montrer la confiance qu'il peut avoir en ses collaborateurs en se retirant ensuite. C'est en lâchant prise vis-à-vis des soins qu'il pourra espérer les amener à la responsabilisation. Car responsabiliser c'est aussi accepter de faire confiance à l'autre et donc ne pas passer systématiquement derrière lui. Cela n'exclut pas l'accompagnement et la supervision au contraire ; des retours ponctuels aux soins lui permettront de rediriger ou renforcer positivement les résultats probants. Ne pas le faire risquerait d'impacter sur la motivation ou le sentiment de reconnaissance des collaborateurs. Selon nous, la responsabilisation ne serait donc pas le fruit de l'implication, ni celui de la distanciation mais plutôt celui de la juste place, du passage de l'un à l'autre.

Nous nous devons aussi de souligner le fait qu'on ne peut attribuer l'exclusivité des opportunités citées à l'investissement du chef d'unité dans les soins. Il est important de se souvenir que les soins sont un moyen parmi d'autres pour parvenir à un objectif. Certains cadres évoquent d'ailleurs spontanément ces autres moyens comme l'observation.

Mr A « J'ai également des retours des médecins.... On a également les retours des familles aussi. En bien ou en mal. Ça c'est plus difficile à gérer parce qu'il y a le côté un peu émotif des familles. »

Mme D « généralement le matin quand je ne suis pas occupée avec le médecin ma porte reste ouverte. Comme ça j'entends toujours et j'arrive alors à recibler quand même. J'entends, je vois »

Mr A « Les retours se font beaucoup plus par les médecins et la direction quand i y a eu beaucoup de travail »

D'autres exemples n'ont pas été cités mais sont évidents. L'expertise peut être transmise à l'infirmière de terrain par d'autres de ses pairs ou par des formations, la transmission de valeurs insufflée à un moment différé par rapport aux soins, l'organisation des soins remise en question en dehors de la réalisation de ceux-ci,... Chacun de ces moyens mériterait une étude comparative avec celui de l'implication dans les soins par le chef d'unité, pour mettre leur efficacité et efficience respective en avant.

Nous nous accorderons donc à dire que nous voyons bien le soin comme une opportunité à un moment donné. Opportunité à saisir et à utiliser avec parcimonie.

Nous ne nous sommes à aucun moment arrêtés à redéfinir ce qu'est un soin. Alors que notre interview en milieu psychiatrique se montre plus axée sur des notions telles que la communication, la reconnaissance, la valorisation, nous estimons à présent approprié de nous attarder sur l'aspect relationnel du soin. Soigner quelqu'un ne s'arrête pas à la réalisation d'un acte technique. Le prendre soin s'inscrit dans une *tonalité soignante par essence humaniste*²⁵. Au-delà de l'acte technique, le soignant s'inscrit dans un système de valeurs humanistes où il rencontre le patient et tisse des liens avec lui afin de l'accompagner aussi dans les difficultés et inquiétudes liées à son affection. Si un infirmier se reconnaît et s'inscrit dans ses valeurs, qu'il travaille ou non en psychiatrie, nous sommes en droit de penser que ces valeurs peuvent perdurer alors qu'il devient cadre et qu'elles le poussent à continuer de prendre soin des patients, et chose plus nouvelle pour lui, à prendre soin des soignants dont il a la responsabilité. En cherchant à créer un lien, en leur apportant la reconnaissance ou l'aide dont ils peuvent avoir besoin ou en s'enquérant de leur développement. Une fois de plus, le soin peut représenter une opportunité, un moment privilégié pour parvenir aux objectifs qui ont été mis en évidence durant l'interview en psychiatrie mais également abordées dans les propos d'autres infirmiers en chef, en milieu général.

²⁵ Walter Hesbeen : « Le caring est-il prendre soin ? » in Perspective soignante, Ed Seli Arslan, Paris 1999, No4

4. Conclusions générales et perspectives

Au décours de nos interviews, nous avons pu affiner notre conception des opportunités que représente l'investissement dans les soins par l'infirmier en chef. Il semble à présent clair que le bilan se porte plutôt en faveur d'un investissement modéré et circonstancié.

Il apparaît primordial de doser cet investissement et de l'adapter aux situations.

Nous cherchions à mettre en évidence les opportunités liées à l'implication du cadre, ainsi que celles liées à sa distanciation vis-à-vis des soins. Il est évident que scinder ces deux aspects est souvent impossible étant donné que c'est généralement un bon rapport implication/distanciation qui permet de tirer un maximum de bénéfices liés à cet investissement. Aucun des infirmiers en chef rencontrés n'a déclaré qu'il ne réalisait plus de soins.

L'adaptation est donc un élément important de notre problématique. Nous pouvons parler de management situationnel, en fonction des besoins en accompagnement du personnel moins expérimenté, de l'absentéisme, de situations de crise ou bien évidemment de la charge de travail. Dans ces dernier cas, nous avons vu que les normes hospitalières pouvaient être remises en cause mais que l'implication du chef d'unité lui permettait aussi de soutenir moralement l'équipe et de reconnaître son travail.

De par la proximité établie avec ses collaborateurs au moment du soin, il trouve par ailleurs un temps supplémentaire de communication qui lui est précieux s'il veut transmettre un savoir-faire technique certes, mais aussi un savoir communiquer qu'il est plus difficile selon lui de percevoir et de transmettre hors contexte de soins. De façon plus générale, le chef d'unité peut espérer avoir un impact sur l'attitude de celui qu'il accompagne au travers de son exemplarité ou des valeurs qu'il choisira de transmettre. En instaurant un climat où les questions osent être posées, en donnant du sens aux actions, il rassemble l'équipe autour des mêmes objectifs, agissant ainsi sur leur dynamisme et peut-être sur leur motivation.

La présence du cadre durant les soins permet la réalisation d'évaluations plus objectives car elle est propice au contrôle du travail et à la mise en évidence du fonctionnement et des compétences des personnes dont il a la responsabilité. Pour les actes techniques bien évidemment mais aussi dans l'approche des priorités et de la relation aux patients et aux familles. Une participation active permet de masquer un aspect purement observateur, qui peut être gênant dans un tel contexte. Mais cette même présence peut aussi biaiser l'évaluation car la position de chef d'unité induit des comportements qui peuvent être sur joués. Il s'agit alors d'un biais pour l'évaluation mais en contrepartie d'une opportunité d'insuffler une dynamique de qualité qui par la suite, peut amener le soignant à plus d'autonomie et peut-être de responsabilité.

Son implication dans les soins lui permet également de créer une certaine proximité avec le patient et de montrer ainsi sa disponibilité.

L'implication de l'infirmier en chef est en partie expliquée par l'organisation hospitalière. Le "tour" avec le médecin se fait généralement en sa présence et nous savons que ce « tour » est propice à la réalisation de soins. Le cadre justifie cette organisation par la continuité des observations qu'il peut fournir et relayer étant donné sa présence quotidienne. Argument que notre expérience nous permet de remettre en question, même si notre modèle tiré d'un domaine psychiatrique gagnerait à être vérifié en milieu général. La notion de continuité est aussi mise en avant lorsque le cadre attribue à son implication une opportunité à ne pas déforcer ses collaborateurs ou interrompre l'un d'entre eux durant un autre soin.

Enfin, en s'impliquant le chef d'unité perçoit des améliorations possibles dans l'organisation ou la réalisation de soins et pour cette même raison, il accorde de l'intérêt à la réciprocité des apports que cela représente.

Les dangers d'un surinvestissement dans les soins ont également été mis en avant. Les conséquences les plus manifestes sont le manque d'autonomie possiblement induit dans une équipe, et le fait qu'elle puisse à long terme attendre de plus en plus d'aide du chef d'unité. A cet égard, de nombreux appels à la modération sont lancés.

Le recul est de surcroît perçu comme étant primordial à la gestion des conflits et à la réalisation des tâches spécifiques du cadre.

Le retrait vis-à-vis des soins a, somme toute, peu été développé quantitativement durant nos interviews, mais il faut bien admettre que parler d'une opportunité dans le fait de se dispenser d'actes équivaut à parler de toutes les autres opportunités qui s'offrent alors à la place. Et dans ce cas la liste est longue. Cela revient à parler d'investir d'autres projets tout en abordant les objectifs dont il est ici question d'une façon différente.

Nous considérons bien les soins comme un moyen parmi d'autres pour parvenir aux objectifs qui ont été développés. Il serait à ce titre intéressant pour chaque objectif, d'envisager les différentes voies qui y donnent accès en les développant une à une tout en réalisant une étude comparative avec l'implication du chef d'unité dans les soins. Nous mettons en doute la faisabilité d'une telle ambition.

Pour élargir la problématique, nous avons évoqué la possibilité de déterminer l'influence de la culture d'entreprise et de la spécialisation, ou de s'intéresser à d'autres points de vue comme celui des soignants, des patients ou des directions de structures hospitalières. L'idée de quantifier l'investissement avait également été relevée.

Enfin, nous avons parlé de l'identité du cadre infirmier. Nous savons à présent que celle-ci évolue bien sûr, mais que certaines compétences qui signent la singularité d'un individu perdurent alors qu'il évolue. Il peut les exprimer durant les soins et espérer ainsi les mettre à profit dans un but managérial. Nous l'avons découvert au travers de l'exemple des compétences didactiques.

Nous avons aussi pu constater qu'en dehors d'une exception citée pour les soins d'élimination, les soins effectués par le cadre sont très diversifiés. L'infirmier en chef s'implique tant dans les soins directs au patient que dans les soins plus indirects, comme la préparation de médicaments, la distribution de repas. L'éducation au patient, les entretiens d'aide ont également été relevés, nous avons donc évoqué que des valeurs humanistes puissent aussi persister et motiver l'infirmier en chef à « prendre soin » de son équipe. Une hypothèse survenue alors est l'évolution dans le temps de l'investissement du chef d'unité dans les soins. Elle mériterait aussi d'être vérifiée en comparant les propos d'infirmiers en chef plus expérimentés avec ceux d'infirmiers en chef ayant moins d'expérience. Un lien avec la reconnaissance ou le respect attendu par le cadre pourrait selon nous émerger à cette occasion, car durant nos recherches nous avons aussi relevé ces notions chez certains d'eux alors que l'un d'entre eux s'en défendait tout en admettant une évolution de ses attentes au fil des années.

En tenant compte des précautions explicitées au sujet de la non représentativité de l'échantillon et de la subjectivité de cette recherche nous pouvons conclure que selon les cadres interviewés, l'implication du chef d'unité dans les soins est bien une opportunité à saisir mais à manier avec parcimonie. Donner du sens à cet investissement permet d'en obtenir un maximum de bénéfice. Aussi, nous espérons que ce travail aura permis au lecteur de faire le point sur sa pratique actuelle et peut-être de percevoir de nouvelles opportunités dans sa pratique de soins.

Bibliographie:

Ouvrages

- AMAR P. *50 petites expériences de psychologie du manager pour mieux réussir au travail*, Ed Dunod, 2012, 246p.
- AUTISSIER D, BENSSEBAA F, BOUDIER F. *L'atlas du management*, Ed Eyrolles, 2010-2011, 530p
- BECKERS, J. *Compétences et identité professionnelles : L'enseignement et autres métiers de l'interaction humaine*, Bruxelles, Belgium: Ed De Boeck Université, 2007
- DUBAR C., *La Socialisation. Construction des identités sociales et professionnelles*, Ed Armand Colin, 1995.
- MARC E et PICARD D. *Relations et communications interpersonnelles* ed les topos, 2^{ème} édition, septembre 2008
- THALINEAU A, *L'individu, la famille et l'emploi*, Ed L'Harmattan, Logiques sociales, 2004. Pages 17 à 20 et 62 à 74.

Revue & articles

- DE GAULEJAC, V. « Identité ». In Vocabulaire de Psychosociologie. Références et positions BARUS-MICHEL, J., ENRIQUEZ, E., et LEVY, A. Paris : Erès (2002).
- HAISSAT S « La notion d'identité personnelle en sociologie. Analyse de la construction identitaire à partir du processus d'engagement », in revue ¿ Interrogations ?, N°3. L'oubli, décembre 2006
- ALTER N & LAVILLE JL « La construction des identités au travail » in Sciences Humaines, novembre 2010, Ed Sciences humaines
- ALLEMAND S « Identités professionnelles : le temps du bricolage, rencontre avec C Dubar » in Sciences Humaines, novembre 2010, Ed Sciences humaines
- BAUDRY P. « *Travail du deuil, travail de deuil* », Études 11/2003 (Tome 399), p. 475-482, article consulté en 18 novembre 2011

Cours & mémoires

- FLORIN C. « *Philosophie et Représentation des soins* » cours dispensé à l'école de promotion sociale de la communauté française, section cadre de santé, 1ère année, 2009-2010.
- FLORIN C. « *Analyse de la fonction de cadre* », école de promotion sociale de la communauté française, section cadre de santé 1ère année, 2009-2010.
- VANTOMME P. « *Affirmation de soi* » cours dispensé à l'école de promotion sociale de la communauté française, section cadre de santé, 1ère année, 2009-2010.
- ARTIELLE I « *L'assertivité est-elle une compétence favorisant le leadership* », Mémoire rédigé dans le cadre de l'obtention du diplôme de cadre en soins de santé. Ecole d'Enseignement et de Promotion Sociale de la Communauté Française, Tournai, 2007, pages 9 à 12

Legis

- AR du 13 juillet 2006 portant exécution de l'article 17bis de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, en ce qui concerne la fonction d'infirmier en chef, MB du 28 août 2006

Ressources en ligne

- <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais>
- <http://www.psychologies.com> consulté le 21/12/2013
- ZINS-RITTER M, *Le deuil vu par la psychanalyse*, <http://www.alphapsy.com/deuil-et-psychanalyse.php> consulté le 18 décembre 2012
- <http://www.manager-go.com/comment-manager/comment-responsabiliser-ses-collaborateurs>, consulté le 10 février 2013
- DESWARTE E « *de l'influence minoritaire à l'innovation* », http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=250&Itemid=85, consulté le 13 janvier 2013

- DUBOULOY M., « *Accompagnement des parcours professionnels et rites de Passage* » <http://www.reims-ms.fr/agrh/docs/actes-agrh/pdf-des-actes/2005dubouloy055.pdf>, consulté le 21 mars 2012, 15 décembre 2012
- LEFEVRE N *L'entretien comme méthode de recherche*, Master 1 SLEC – Méthodes et techniques d'enquête, http://staps.univ-lille2.fr/fileadmin/user_upload/ressources_peda/Masters/SLEC/entre_meth_recher.pdf
- FONDATION CANADIENNE POUR LE DEVELOPPEMENT DE LA CARRIERE, *Appliquer le concept de résilience au développement de carrière. Leçons à retenir pour le développement de programmes d'études*, 2007 <http://www.quebec.ca/capres/Publications/FBM/Doc-complet-FR/Resilience-programmes-detudes-mars07.pdf> , consulté le 21 mars 2012
- *reconnaissance des cadres infirmiers, cadre de santé et identité infirmière* <http://www.syndicat-infirmier.com/Cadre-de-sante-et-identite.html> , consulté le 26 mars 2012
- <http://www.analyse-du-discours.com/1-analyse-de-contenu-du-discours>, consulté le 02 février 2014
- http://94.23.24.62/~adeios/fr/index.php?option=com_content&view=article&id=8:dossier-repere-06&catid=5:dossier&Itemid=13 consulté le 10 décembre 2012
- <http://www.innovationmanageriale.com/concepts/le-management-par-les-valeurs-mode-demploi/> consulté le 30/01/14
- <http://reseauexperts.over-blog.com/article-les-valeurs-et-les-vertus-dans-le-management-des-entreprises-87165737.html>, consulté le 30/01/2014

Si on utilise généralement l'expression de « passer du faire » au « faire faire » lorsqu'on devient cadre, on peut cependant constater qu'il n'est pas rare de voir un infirmier en chef dispenser des soins. Nous savons que l'infirmier en chef est responsable de l'organisation des soins. Il n'est plus tenu d'effectuer quotidiennement des actes infirmiers mais leur pratique ne lui est pas expressément interdite.

Dans ce travail, nous tenterons de déterminer les opportunités managériales que représente l'investissement du chef d'unité dans les soins.

Ce travail s'articule autour des notions d'identité, d'investissement et d'opportunités.