

Académie de Montpellier
Université Montpellier II
Sciences et techniques du Languedoc
Institut d'Administration des Entreprises

DESS Certificat d'Aptitude à l'Administration des
Entreprises

Mémoire soutenu le 21/09/2000

**L'autonomie professionnelle dans les
secteurs sanitaire et médico-social:
influence de l'organisation et de
l'encadrement**

Bénédicte Goulet de Rugy
Année 1999/2000

Sous la direction de Madame Sylvie Desq

Mots-clés : autonomie professionnelle, secteurs sanitaire et médico-social, organisation, encadrement.

Résumé :

Les secteurs sanitaire et médico-social ont pour objectifs de favoriser le développement (ou le maintien) de l'autonomie de leurs usagers/clients. Cela ne suppose-t-il pas que les intervenants soient eux mêmes autonomes sur le plan professionnel ? Le processus de construction de l'autonomie est dynamique et se déroule en interaction avec l'environnement. L'encadrement a-t-il une influence sur ce processus ? Dispose-t-il des moyens nécessaires ou rencontre-t-il des obstacles pour favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle?

Après une réflexion sur les types d'organisation des secteurs sanitaire et médico-social et sur une définition de l'autonomie professionnelle, nous avons effectué une étude auprès de cadres de ces secteurs. Nous proposons ensuite quelques réflexions concernant la formation des cadres.

Sommaire

I.	<i>L'autonomie professionnelle dans le contexte des secteurs sanitaire et médico-social</i>	4
I.1.	Les secteurs sanitaire et médico-social : des institutions en changement	5
I.1.1.	Une mission : l'offre de soins pour un besoin de santé :	5
I.1.2.	Des contraintes et tendances qui entraînent le changement :	7
I.1.3.	Quelles organisations pour ces institutions ?	10
I.1.4.	Synthèse : une prise d'initiative indispensable	22
I.2.	L'autonomie professionnelle :	24
I.2.1.	L'autonomie personnelle :	25
I.2.2.	L'autonomie professionnelle :	26
I.2.3.	L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social :	30
II.	<i>II. Place de l'encadrement dans ce contexte : étude de terrain et propositions</i>	33
II.1.	L'influence de l'encadrement sur l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social :	34
II.1.1.	Méthodologie :	35
II.1.2.	Résultats :	37
II.2.	Quel est l'impact du type d'organisation, sur quelle autonomie professionnelle ?	45
II.2.1.	L'autonomie professionnelle peut-elle se développer dans les organisations des secteurs sanitaire et médico-social ? :	45
II.2.2.	A quelle définition correspond l'autonomie professionnelle décrite par les personnes interrogées ?	49
II.2.3.	Quel rôle pour l'encadrement ?	50
II.3.	Propositions	51
III.	<i>Conclusion</i>	55
IV.	<i>Bibliographie</i>	59
V.	<i>Annexes</i>	61
	Sommaire des annexes	1

Introduction

Contrairement aux entreprises, la plupart des établissements des secteurs sanitaire et médico-social proposent des services non marchands. Ceci ne les dispense pas de subir de fortes contraintes économiques, ni de devoir, pour continuer à remplir leurs missions, s'adapter aux évolutions des besoins de leurs usagers. La gestion des ressources humaines présente, dans ce contexte, des caractéristiques particulières qui la soumettent à des questionnements spécifiques. Celui de l'imbrication des différents degrés d'autonomie professionnelle n'est pas le moindre (autonomie de l'institution, de la hiérarchie, des professionnels, des usagers).

Les professionnels de ces secteurs ont pour objectif de favoriser le développement (ou le maintien) de l'autonomie des usagers/clients¹ de leurs services. Cet objectif figure dans certains textes de loi qui régissent le fonctionnement des institutions, comme dans les décrets de compétences de certaines professions de ces secteurs. Il apparaît aussi dans bon nombre de projets de services ou d'établissements.

Etudier la propre autonomie professionnelle des intervenants et le rôle de leur hiérarchie dans l'expression et le développement de cette autonomie est donc d'autant plus pertinent. En effet, comment prétendre accompagner l'utilisateur/client vers plus d'autonomie si l'on n'en dispose pas soi-même ? Cette question semble particulièrement importante dans ces secteurs et elle renvoie à l'autonomie de l'institution et à celle de l'encadrement, et à la manière dont ceux-ci cherchent à la développer, à leur niveau et au niveau des professionnels.

Compte tenu d'un contexte de changements importants et rapides de ces secteurs, imposant des modifications profondes des organisations et des relations entre professionnels, l'autonomie professionnelle des acteurs est d'autant plus primordiale. Par exemple, le travail en réseaux ou l'implication plus importante de l'utilisateur/client dans la planification des interventions qui le concernent se pratiquent de plus en plus. Parallèlement, la spécialisation des professionnels s'accroît, les contraintes et réductions financières s'imposent parfois. L'encadrement doit donc concilier des facteurs qui s'opposent et les professionnels s'investir dans un changement dont ils n'ont pas souhaité tous les différents aspects. L'autonomie professionnelle constitue un soutien indispensable dans ce contexte. Elle permet à chacun de

¹ Usager/client : ce terme a été choisi par défaut d'un mot qui conviendrait à la fois pour désigner, sur le plan économique, le client d'un service qui, en revanche, n'est pas considéré comme tel, sur le plan médical et social, mais comme usager (avec lequel il n'y a, en principe, pas d'échange d'argent direct). Les mots « patient » ou

se définir sur le plan professionnel, mais aussi de définir ce qu'il peut ou ne peut pas faire, et comment il envisage ses interventions dans son environnement professionnel.

L'individu autonome au plan professionnel est celui qui génère son comportement et les règles qui y correspondent (donc ses propres stratégies d'actions) en réponse aux sollicitations, informations et contraintes du milieu professionnel. Cette réponse maintient et caractérise l'identité, les particularités, l'unicité de l'individu sur le plan professionnel. Elle s'élabore dans un processus continu et dynamique d'interactions entre l'individu et son milieu professionnel, entre lui et les autres.

L'encadrement a-t-il une place dans ce processus ? Les responsables des services sanitaires et médico-sociaux veulent-ils et peuvent-ils favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle de leurs subordonnés ? Quels sont les facteurs favorisant et les freins qu'ils rencontrent, de quels moyens disposent-ils ?

Peuvent-ils faire en sorte que cette autonomie soit cohérente avec les objectifs de l'institution et qu'elle s'inscrive dans un processus de croissance positive, tant au niveau individuel que collectif ?

Nous avons souhaité situer ce travail dans les secteurs sanitaire et médico-social, mais plus particulièrement dans les structures où le maintien ou le développement de l'autonomie des usagers/clients fait (ou devrait faire) partie des missions principales. Il s'agit d'établissements/lieux de vie (pour personnes âgées, enfants, adolescents ou adultes handicapés), de centres de rééducation et de réadaptation ainsi que des structures d'aide à domicile (associations gérant des services d'aide à domicile, d'information, d'accompagnement vers la vie sociale ...). La raison de ce choix tient d'une part à notre meilleure connaissance de ces structures du fait de notre expérience professionnelle et d'autre part à l'imbrication des différentes autonomies (usagers/clients, institution, encadrement, professionnels) qui nous semble représenter un contexte particulièrement intéressant pour ce type de réflexion. Ce choix explique aussi pourquoi nous avons regroupé dans une même étude le secteur sanitaire et le secteur médico-social : les structures citées relevant de ces deux secteurs. Elles disposent par ailleurs, outre leur objectif de développement de l'autonomie des usagers/clients, de nombreuses caractéristiques communes.

Une première partie envisage l'autonomie professionnelle dans le contexte particulier des secteurs sanitaire et médico-social. Une section présentera les missions de ces secteurs et les principales contraintes et tendances auxquelles ils doivent répondre et s'adapter. Ces secteurs doivent évoluer et changer pour

« malade » ne nous semblent plus correspondre, de façon définitive, à l'implication indispensable, responsable et

correspondre aux besoins de leur public et aux contraintes économiques. Ce contexte particulier modifie les rapports des professionnels entre eux et avec les usagers/clients. Il influence aussi les modes d'organisation et de coordination au sein de ses institutions. C'est pourquoi nous présenterons aussi dans cette section, les différents types d'organisations qui correspondent aux différentes institutions des secteurs sanitaire et médico-social. Nous utiliserons le modèle de Mintzberg² qui nous a paru le mieux décrire ces secteurs.

A travers diverses approches théoriques de l'autonomie et de sa construction, nous donnerons, dans une deuxième section, une définition de l'autonomie et de l'identité professionnelles. Leurs développements évoluent conjointement et l'autonomie se base et se construit sur l'identité qui la caractérise. Nous relèverons ce qui distingue l'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social.

Dans une deuxième partie, nous envisagerons l'influence de l'encadrement dans ce contexte, grâce à une étude de terrain (première section) qui nous permettra d'établir le parallèle avec les modèles et les définitions de la première partie (deuxième section), pour aboutir à une réflexion sur la formation de l'encadrement (troisième section).

Dans cette première section, l'étude réalisée auprès de cadres des secteurs sanitaire et médico-social sera décrite. Nous analyserons leurs conceptions de l'autonomie professionnelle et du rôle qu'ils considèrent avoir dans son expression et son développement.

Dans la deuxième section nous étudierons quel peut être l'impact, d'après les résultats du questionnaire, du type d'organisation sur le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle. Ces mêmes résultats nous permettront aussi de déterminer si notre définition de l'autonomie professionnelle correspond aux conceptions des acteurs de terrain.

Ces résultats et leur analyse évoquent quelques réflexions et des propositions qui seront développées dans la troisième section. Nous nous interrogerons en particulier sur la formation des cadres et la nécessité, pour eux de pouvoir analyser, argumenter et installer des relations de qualité. Dans un objectif d'expression et de développement de l'autonomie professionnelle, il n'est, en effet, pas envisageable de contraindre, manipuler ou nier l'identité de l'autre. Mais il est aussi nécessaire d'explicitier les objectifs, préparer les changements et harmoniser les interventions.

autonome au programme d'interventions le concernant .

² MintzbergH., « Le management, voyage au centre des organisations », Editions d'Organisation, Paris, 1989

I. L'autonomie professionnelle dans le contexte des secteurs sanitaire et médico-social

I.1. Les secteurs sanitaire et médico-social : des institutions en changement

Avant de s'interroger sur l'autonomie professionnelle des professionnels des secteurs sanitaire et médico-social, il convient de définir ces secteurs et de rappeler quelles sont leurs missions, ainsi que les contraintes et tendances particulières auxquelles ils sont confrontés : ceci fera l'objet d'une première partie. Ces contraintes et tendances, ainsi que les histoires et cultures de ces secteurs expliquent leur évolution ainsi que bon nombre des choix organisationnels qui ont été faits. Nous présenterons ensuite ces organisations et leurs caractéristiques principales à partir du modèle proposé par H. Mintzberg.³

I.1.1. Une mission : l'offre de soins pour un besoin de santé⁴:

L'offre de soins en France est caractérisée par l'existence de deux grands domaines : le domaine sanitaire (établissements de santé) et le domaine médico-social (institutions sociales et médico-sociales). Les premiers relèvent de la loi de juillet 1991⁵ (portant réforme hospitalière) et des ordonnances d'avril 1996⁶ (réforme de la protection sociale : réforme de l'hospitalisation publique et privée, maîtrise médicalisée des dépenses de santé, organisation de la sécurité sociale). Ces textes de lois ont entraîné des changements importants dans le champ sanitaire, dont certains sont encore en cours d'application. Le domaine médico-social relève de la loi de juin 1975⁷. Cette loi étant en cours d'actualisation, des modifications vont être apportées au mode de fonctionnement des structures de ce secteur.

Ces deux domaines participant tous deux à l'offre de soins, nous avons choisi de les traiter ensemble. Ils présentent des similitudes importantes : contexte de changement, contraintes budgétaires, évolution vers une prise en compte plus globale des usagers/clients. Les professionnels sont amenés à intervenir de façon de plus en plus transversale entre ces deux domaines pour obtenir de meilleurs résultats. Il devient donc nécessaire de les envisager

³ Mintzberg H., « Le management, voyage au centre des organisations », Editions d'Organisation, Paris, 1989

⁴ Cette partie a été rédigée, en grande partie et après actualisation, d'après les interventions des docteurs Bouzigues et Piglowski, (respectivement médecins conseil régional à la Sécurité Sociale et inspecteur en chef à la DRASS) à l'Institut de Formation de Cadres de Santé de Montpellier, en 1996-1997.

⁵ Loi n° 91-748 du 31 juillet 91

⁶ Ordonnance n° 96-344 et 96-345 du 24 avril 96

⁷ Loi n°75-534 du 30 juin 75

sous le même angle de cette offre de soins, sans gommer leurs différences (histoire, cultures, pratiques, répartition des différents professionnels, gestion et composition des services).

- **Le champ sanitaire : les établissements de santé :**

La loi les définit de la façon suivante : « les Etablissements de Santé, Publics et Privés, assurent les examens de diagnostic, la surveillance et le traitement des malades, des blessés et des femmes enceintes, en tenant compte des aspects psychologiques du patient ». Ils participent à des actions de santé publique et notamment à toutes les actions médico-sociales coordonnées, à des actions d'éducation pour la santé et la prévention.

Ils dispensent, avec ou sans hébergement, des soins de courte durée, des soins de suite et de réadaptation, des soins de longue durée.

Le Service Public Hospitalier (SPH) :

- _ Ses missions : il assure les missions communes à l'ensemble des établissements de santé, mais en plus il concourt à l'enseignement universitaire et post-universitaire ; à la formation continue des praticiens hospitaliers et non hospitaliers ; à la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique ; à la formation initiale et continue des sages-femmes et du personnel paramédical ; aux actions de médecine préventive et d'éducation pour la santé et à leur coordination ; conjointement avec les praticiens et autres professionnels de santé, personnes et services concernés, à l'aide médicale urgente ; dans certaines conditions : aux soins des détenus.
- _ Ses obligations : les établissements du SPH ont l'obligation de garantir l'égal accès de tous aux soins qu'ils dispensent ; d'être ouverts à toutes les personnes dont l'état requiert leurs services, sans aucune discrimination entre les malades en ce qui concerne les soins ; d'accueillir de jour, de nuit, éventuellement en urgence ou d'assurer l'admission dans un autre établissement ; de dispenser aux patients les soins préventifs, curatifs ou palliatifs et de veiller à la continuité des soins à l'issue de leur séjour.

- _ Le SPH est assuré par :
 - a) Les établissements publics de santé
 - b) Les établissements de santé privés
 - c) Les établissements psychiatriques

(Pour plus de détails sur ces établissements, voir l'annexe 1)

- **Les institutions sociales et médico-sociales :**

La loi les définit comme : « tous les organismes publics ou privés qui, à titre principal et de manière permanente :

- † Mènent avec le concours de travailleurs sociaux, d'équipes pluridisciplinaires, des actions à caractère social ou médico-social, notamment des actions d'information, de prévention, de dépistage, d'orientation, de soutien ;
- † Accueillent, hébergent ou placent dans des familles des mineurs ou des adultes qui requièrent une protection particulière ;
- † Reçoivent des jeunes travailleurs ;
- † Hébergent des personnes âgées.
- † Assurent, en internat ou dans leur cadre ordinaire de vie, l'éducation spéciale, l'adaptation ou la réadaptation ou l'aide par le travail aux personnes mineures ou adultes, handicapées ou inadaptées. »

(Pour plus de détails sur ces établissements et services, voir l'annexe 1).

I.1.2. Des contraintes et tendances qui entraînent le changement :

Le système de soins français serait le meilleur du monde, selon une étude de l'Organisation Mondiale de la Santé présentée en juin 2000. Cela ne signifie pas qu'il soit parfait ni qu'il soit adapté dans tous les cas aux besoins de ses usagers/clients.

La contrainte majeure est une demande de soins en augmentation constante, ainsi qu'une demande d'une meilleure couverture sociale, alors que les ressources sont limitées et les dépenses contrôlées par des tutelles appliquant des règles strictes. Ceci se produit dans un contexte de recherche d'optimisation de l'organisation sanitaire et sociale.

Les tendances dites « lourdes » du système de l'offre de soins en France :
(ces tendances sont dites « lourdes » car elle se retrouvent dans la plupart des pays développés et devraient demeurer constantes pendant les décennies à venir).

- ★ **La crise de financement du système** : la spécificité du financement principal de ce système français n'explique pas à elle seule cette crise du financement (même si la situation semble s'être améliorée, les interrogations sur l'avenir demeurent). La totalité des systèmes de santé occidentaux est rentrée dans une période de ressources rares.
- ★ **Le progrès scientifique** : principalement marqué par l'innovation technique et la spécialisation. Ces deux tendances sont liées car il est nécessaire de former des spécialistes quand la technologie se développe. L'obsolescence des technologies, des matériels et des savoirs survient de plus en plus rapidement, ces deux tendances représentent donc un coût sans cesse en augmentation.
- ★ **Le vieillissement de la population et l'augmentation de la gravité de certaines déficiences** : ce phénomène est maintenant bien connu, avec le développement corrélatif de la dépendance et de la consommation médicale. Les atteintes sont aussi de plus en plus complexes : à une déficience donnée peuvent correspondre des handicaps variés, touchant plusieurs domaines. Les personnes atteintes revendiquent, à juste titre, d'avoir accès aux mêmes habitudes de vie que leurs concitoyens et refusent l'exclusion. Ces exigences légitimes justifient elles aussi l'approche globale.
- ★ **La situation paradoxale de certains professionnels** dont l'objectif est de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie d'usagers/clients qui sont en fait isolés de leur environnement initial, soumis à des contraintes fortes de vie en collectivité, parfois dépossédés de possibilité de décision et en partie exclus de la vie sociale « ordinaire ».
- ★ **Le développement des services ambulatoires et à domicile** : cette évolution répond en partie à la précédente contrainte. Elle est irréversible tant elle correspond à un besoin des usagers/clients et au maintien d'une meilleure qualité de vie. Elle nécessite une réorientation profonde des structures et des pratiques car c'est une remise en cause de la place accordée à chacun. L'évaluation du coût de ces structures n'est pas

maîtrisée parfaitement, ni sa comparaison avec les autres modes de prises en charge. Cette évolution nécessite aussi une réelle prise en compte de la personne dans son environnement (physique, matériel, social...) donc une approche globale⁸ véritable.

★ **L'introduction des procédures d'évaluation** : elles sont encore peu développées dans le médico-social, ou relèvent d'initiatives ponctuelles, mais des procédures d'accréditation (évaluation externe) comparables au secteur sanitaire, commencent à se mettre en place ainsi que les référentiels correspondant. Ces évaluations devraient être conduites, dans le médico-social par des structures compétentes du type des Centres Régionaux pour l'Enfance et l'Adolescence Inadaptées. Dans le domaine sanitaire, les accréditations ont été confiées à l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. Plusieurs missions incombent à cette agence : la conduite des démarches d'accréditation des établissements de santé ; la production d'avis scientifiques et techniques indépendants sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont remboursés par l'assurance maladie ; l'évaluation des actions et des programmes de santé publique ; l'évaluation des pratiques professionnelles en libéral. Elle organise et labellise des « recommandations pour la pratique clinique » et des « conférences de consensus » sur des grands thèmes cliniques, diagnostiques et thérapeutiques.

Ces trois dernières tendances conduisent, en partie, à notre interrogation sur l'autonomie professionnelle. Pour gérer cette situation paradoxale, adopter une réelle approche globale et réaliser des évaluations valides, l'autonomie de chaque professionnel ne représente-t-elle pas un atout majeur ?

Afin de permettre l'adaptation à l'ensemble de ces nouvelles situations, les textes de lois ont été modifiés. Ils sont en cours d'application dans le domaine sanitaire, avec des difficultés diverses et des réticences importantes de la part des acteurs. La loi de 1975

⁸ **L'approche globale** se base sur une définition de la santé comme équilibre et harmonie de toutes les possibilités de la personne humaine (biologiques, psychologiques et sociales) ; ce qui exige d'une part la satisfaction des besoins fondamentaux de l'homme (qualitativement les mêmes pour tous les êtres humains) et d'autre part l'adaptation sans cesse remise en question, de l'homme à un environnement en perpétuelle mutation. Cela nécessite donc, pour les services de santé, de définir l'action en fonction d'un individu précis et particulier, en lui reconnaissant sa place, son rôle et ses droits. Il doit être alors déterminé, impliqué et actif et considéré comme une personne en interaction avec son environnement.

régissant le fonctionnement des établissements médico-sociaux est en cours de modification et un nouveau texte devrait paraître prochainement. Ces secteurs sont donc caractérisés par l'importance des changements auxquels ils sont ou seront confrontés.

I.1.3. Quelles organisations pour ces institutions ?

La comparaison suivante entre le modèle de Mintzberg et les secteurs sanitaire et médico-social résulte d'observations ou de conclusions de visites d'établissements sanitaires ou médico-sociaux, des expériences professionnelles qui y ont été vécues, d'entretiens avec les professionnels qui y travaillent, qui correspondent à un vécu personnel. Cette comparaison est donc empirique, même si elle est parfois corroborée par les résultats des travaux réalisés par les auteurs cités.

- **Comment se coordonnent les niveaux de hiérarchie ?**

- † **Les niveaux de hiérarchie :**

Il est d'emblée possible de noter que toutes ces institutions présentent l'image classique en pyramide des niveaux hiérarchiques décrite par H. Mintzberg. L'auteur distingue cinq composantes fondamentales à cette hiérarchie, correspondant aux tâches à accomplir :

<i>Composantes définies par Mintzberg (niveaux de hiérarchie) :</i>	<i>Correspondance dans les secteurs sanitaire et médico-social :</i>
Le centre opérationnel	Il s'agit de tous les professionnels quotidiennement en contact avec l'usager/client du service : soignants (médicaux, paramédicaux), aides, travailleurs sociaux.
Le sommet stratégique	Responsable dirigeant assurant les relations avec l'extérieur et les organismes de tutelle, la gestion et la recherche des ressources, le contrôle, la mise en place des stratégies et des partenariats.
La ligne hiérarchique	Plus ou moins développée et étendue suivant la taille des structures, elle joue le rôle d'intermédiaire entre le sommet stratégique et le centre opérationnel. Elle appartient parfois aussi au centre opérationnel : certains cadres continuent à assurer des tâches de soignants.

La technostructure	Elle aussi de taille variable, elle assure les fonctions de standardisation, planification, contrôle. (Par exemple : comptable, responsable des formations du personnel...). Certaines institutions du sanitaire ou du médico-social présentent la particularité de regrouper le sommet stratégique et la technostructure sur une seule et même personne.
La fonction de support logistique	Elle procure les services nécessaires à la réalisation des activités (restauration, entretien...). De plus en plus de ces services sont externalisés, y compris dans les petites structures.

† Les différents modes de coordination entre ces niveaux de hiérarchie, dans les secteurs sanitaire et médico-social :

Selon Mintzberg, le mode de coordination existant entre ces différentes composantes (et à l'intérieur) caractérise l'organisation et définit son principe de fonctionnement. L'auteur identifie cinq modes principaux de coordination qui sont tous utilisés dans les secteurs sanitaire et médico-social, à des degrés divers selon les structures, les tâches à accomplir, les domaines d'exercices, les personnes et leurs pratiques professionnelles.

<i>Modes de coordination définis par Mintzberg</i>	<i>Correspondance dans les secteurs sanitaire et médico-social</i>
L'ajustement mutuel : il consiste à s'accorder par une communication informelle.	Ce mode de coordination existe dans ces secteurs comme dans tous les autres puisqu'il s'agit du mode de coordination informel. Il est absolument indispensable pour répondre aux imprévus, pour permettre les ajustements, mais aussi pour maintenir une relation que l'on pourrait qualifier de « base », entre tous les acteurs. Par exemple, à la prise de travail le matin, les professionnels s'ajustent souvent mutuellement pour répartir les tâches : qui va aider quel usager/client à faire sa toilette, qui prépare les petits déjeuners... Ce mode de coordination est plus ou moins développé suivant les structures, mais très rarement prédominant. Dans les rares cas où l'ajustement mutuel est le mode de coordination principal, cela peut être mal vécu par les acteurs qui se plaignent alors de ne pas savoir « qui fait quoi », ni « pourquoi ». Cette situation se trouve plus couramment dans le secteur médico-social. Mais les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social sont plutôt habitués à intervenir selon un schéma minimum des actions.
La supervision directe : un responsable hiérarchique donne les consignes et les instructions et contrôle le travail.	Ce mode de coordination est peu développé dans ces secteurs et concerne essentiellement la supervision des personnels peu qualifiés, débutants, intérimaires ou en remplacement (agents de services hospitaliers, contrats emplois solidarité, emplois jeunes...).

<p>La standardisation des procédés : les méthodes de travail, les procédés ont été déterminés à l'avance. Les exécutants suivent cette programmation pour réaliser leur travail.</p>	<p>Ce mode de coordination concerne des domaines très spécifiques de ces secteurs et rejoignent la standardisation des qualifications car il s'adresse à des professionnels particuliers. Il peut s'agir, par exemple, de la standardisation du déroulement d'une intervention chirurgicale mise au point par une équipe chirurgicale particulière, d'un bilan d'évaluation orthopédique élaboré par une équipe de rééducateurs... et qui sont ensuite utilisés uniquement dans leur établissement. Il est surtout rencontré dans le secteur sanitaire.</p>
<p>La standardisation des résultats : ce sont les résultats à obtenir qui ont été spécifiés à l'avance, ou les objectifs, sans que les méthodes pour y parvenir soient forcément déterminées.</p>	<p>Ce mode de coordination est fréquent dans ces deux secteurs qui utilisent la planification par les objectifs. La prévision des sorties d'hôpital correspond souvent à un objectif réalisé : appareillage, diagnostic, stabilisation de l'état de santé... Dans le médico-social, les projets individuels sont aussi rédigés en terme d'objectifs, par exemple : « dans un délai x, la personne concernée devra être capable de... ». Les professionnels sont considérés comme en mesure de connaître et utiliser les moyens et les méthodes pour obtenir ces résultats. (Ils ne sont pas soumis à une obligation de résultats, mais à une obligation de moyens).</p>
<p>La standardisation des qualifications : la coordination des différents types de travail est réalisée par le biais de la formation spécifique de ceux qui réalisent ce travail. Les résultats et les méthodes sont difficilement définissables par avance.</p>	<p>Ce mode de coordination est le mode principal de ces deux secteurs où la majorité du personnel est qualifiée, voire hautement qualifiée. Mintzberg cite d'ailleurs comme exemple le chirurgien et l'anesthésiste, au bloc opératoire, qui se répondent presque automatiquement dans le cadre de procédures standardisées. Le contenu des formations est standardisé (et régit par des textes de loi) au niveau national (et maintenant européen). Quelques variables mineures existent, et elles peuvent se développer au cours de l'exercice professionnel, mais on peut considérer que tous les professionnels de santé et du secteur social reçoivent des formations équivalentes. Un responsable de service sait donc, en principe, ce qu'il peut demander à chaque titulaire d'un de ces diplômes. Il reste qu'il est difficile d'adapter le contenu pratique et théorique de ces formations aux évolutions rapides des besoins des usagers/clients et de leurs pathologies. La formation sur le terrain et en cours d'emploi reste très importante pour permettre cette adaptation. Mais elle fait elle aussi l'objet d'une standardisation. On peut citer comme exemple le travail de l'ANAES⁹ qui propose, au moyen de ses « conférences de consensus » et « recommandations pour la pratique clinique », un conseil sur les meilleures méthodes à utiliser pour des pathologies données.</p>
<p>La standardisation des normes : ce sont les normes qui définissent le travail, elles doivent être intégrées par les</p>	<p>Ce mode de coordination est très présent dans les structures issues du monde associatif où les valeurs sont très importantes et doivent être intégrées par le personnel. Les secteurs sanitaire et médico-social faisant encore souvent appel à des personnes qui disent avoir la « vocation » de venir en aide aux autres,</p>

professionnels et sont établies et contrôlées pour l'organisation dans sa totalité.	cette valeur reste très prégnante et guide bon nombre d'interventions. Ce mode de coordination n'est cependant plus suffisant (mais encore souvent nécessaire) compte tenu de la spécialisation des professionnels et du haut niveau technique de leur interventions.
---	---

Ces différents mécanismes de base de la coordination laissent des possibilités de prise d'initiatives variables, plus ou moins de responsabilités et de liberté dans l'exercice professionnel. Le besoin de communication et d'information va en décroissant (de l'ajustement mutuel à la standardisation par les normes).

- **Les différents types d'organisation des secteurs sanitaire et médico-social :**

Le modèle de Mintzberg permet de décrire les différents types d'organisations dans les secteurs sanitaires et médico-social. Cet auteur a utilisé quatre variables (la structure et le mode de coordination, le marché, les buts et le pouvoir) qui lui ont permis de définir sept formes d'organisation parmi lesquelles l'organisation missionnaire, la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie correspondent plus spécialement aux institutions sanitaires et médico-sociales.

⇒ **L'organisation missionnaire :**

Nous détaillerons peu cette forme d'organisation car les institutions des secteurs sanitaire et médico-social qui y correspondaient ont pour la plupart évolué vers l'une des deux formes suivantes d'organisation. Elle permet cependant de mieux comprendre certaines cultures et certains modes de fonctionnement car elle est le fondement historique de nombreux services, essentiellement dans le médico-social (nombreuses associations), mais aussi dans le sanitaire (Hôtel-Dieu, les Quinze-Vingt...).

L'organisation missionnaire est centrée sur l'idéologie et les valeurs de l'organisation. La coordination est basée sur la standardisation des normes : ce sont les normes et les croyances (les valeurs) qui dictent le travail, qui sont contrôlées et établies par l'organisation dans sa totalité. Les acteurs sont libres d'organiser leur travail au plan local, mais ils ont intégré les normes et les valeurs de l'organisation. C'est parce qu'ils adhéraient fortement aux mêmes idéaux qu'ils l'ont rejointe. La culture, dans ce type d'organisation, est forte.

Dans les secteurs sanitaire et médico-social, les buts de l'organisation sont parfois directement en corrélation avec ses valeurs (c'est plus souvent le cas dans les structures gérées par des associations) et les professionnels sont recrutés parce qu'ils y adhèrent aussi. Sans être toujours définis, les buts sont alors implicites. Par contre la standardisation par les

normes tend à disparaître au profit de la standardisation par les qualifications. Ces services répondant à une clientèle de plus en plus instable et complexe, il est devenu indispensable que le centre opérationnel soit constitué de professionnels, le bénévolat étant réservé généralement à la technocratie, aux fonctions de support logistique ou au sommet opérationnel (conseil d'administration des associations gérant des établissements). Ces bénévoles sont même, de plus en plus, soit des anciens professionnels à la retraite, soit formés par l'organisation (ce qui permet de maintenir l'adhésion à l'idéologie).

Valleau a étudié plus précisément les associations (la majeure partie des établissements médico-sociaux sont gérés par des associations). Selon lui, elles utilisent principalement la coordination par ajustement mutuel (coordination correspondant aux organisations de type adhocratique). En cas d'échec, elles se tournent en revanche vers plus de contrôle et de dirigisme, se rapprochant alors des bureaucraties, ou vers un choix de personnel plus formé et plus professionnel, donc vers la bureaucratie professionnelle.¹⁰

En ce qui concerne le pouvoir, dans certaines organisations gérées par les associations, les décisions peuvent être imposées par un conseil d'administration qui est à la fois juge et partie. Par exemple, des membres de ce conseil peuvent avoir un enfant dans l'établissement que gère leur association. Des décisions peuvent donc avoir un caractère plus affectif que de gestion professionnelle. Pour pallier cet inconvénient, les formations mises en place pour les bénévoles ou volontaires permettent de mieux comprendre les interventions des professionnels et de prendre plus de recul par rapport à leur situation personnelle.

Ces organisations de type missionnaire des secteurs sanitaire et médico-social ont donc évolué vers d'autres formes plus adaptées à leur marché.

Cabin décrit l'évolution d'une association du stade de l'organisation missionnaire vers la bureaucratie à partir du moment où elle doit se développer en taille, dispose de plus de moyens, doit remplir plus de fonctions. « *Progressivement la compétence l'emporte sur l'adhésion aux valeurs de l'organisation comme critère principal de recrutement.* ».¹¹

⇒ **La bureaucratie professionnelle**

Les acteurs sont ici hautement qualifiés. Pour réaliser leur travail, ils se réfèrent à leurs savoirs et à leur savoir-faire, acquis durant la formation initiale. Cette caractéristique

¹⁰ Valleau P. ; « *La gestion de l'autonomie avec les autres formes de coordination : l'expérience des associations* », dans : AGRH, actes du 10^{ème} congrès : « *La GRH : autonomie et contrôle* », FNEGE, Lyon, 1999, p 96.

¹¹ Cabin P. ; « *Amnesty International : de l'organisation missionnaire à la bureaucratie* », dans : « *Les organisations* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, p 36.

correspond bien aux secteurs sanitaire et médico-social où la plupart des acteurs sont effectivement hautement qualifiés.

La structure :

Dans la bureaucratie professionnelle, **le travail est fortement divisé**, comme c'est le cas dans de nombreux établissements des secteurs sanitaire et médico-social. Les différents intervenants travaillent dans des créneaux étroits en mettant en œuvre leurs qualifications élevées et spécifiques. Les différents professionnels de ces deux secteurs sont d'ailleurs souvent très vigilants à ce que les autres professionnels ne réalisent pas des tâches qui leur incombent et correspondent à leur décret de compétences. Il leur est possible, dans certains cas, de poursuivre sur le plan pénal celui qui exercerait leur profession sans en posséder les qualifications (exercice illégal de la médecine, de l'ergothérapie, de la kinésithérapie, du métier d'assistante sociale...). Cette division du travail est surtout importante sur le plan horizontal. Au niveau vertical, les opérateurs conçoivent la plupart du temps, et en grande partie eux-mêmes, les tâches qu'ils effectuent.

Cette division du travail s'explique aussi par le modèle réductionniste d'intervention qui a été prédominant pendant de longues années, essentiellement dans le secteur sanitaire. Il est d'ailleurs une réponse cohérente à l'étendue de la déficience humaine et de ses conséquences, même s'il ne donne pas toute satisfaction, essentiellement au niveau de la réadaptation. Ce modèle induit une nécessité de spécialisation des intervenants. L'utilisateur/client passe plus souvent de l'un à l'autre des professionnels qu'il ne bénéficie d'interventions concertées d'un groupe. Si tel est le cas (opération chirurgicale, par exemple) la standardisation des qualifications fait la plupart du temps, que chacun réalise les tâches pour lesquelles il a été formé. Citons par exemple une conception (qui tend heureusement à disparaître) selon laquelle les kinésithérapeutes s'occuperaient principalement du membre inférieur et les ergothérapeutes du membre supérieur, ou bien les structures dans lesquelles il n'y a que peu de lien entre le personnel paramédical et le personnel éducatif, ou la séparation entre les secteurs psychiatriques et fonctionnels. Certains professionnels sont spécialisés dans certaines pathologies, réduisant encore leur créneau d'intervention.

Dans le milieu sanitaire, même si les interventions se font sur prescription médicale, le professionnel conduit son travail selon ses conceptions et habitudes, et même s'il doit rendre des comptes sur ce qu'il a réalisé, il est peu contrôlé dans son travail effectif auprès de l'utilisateur/client. De façon générale on a donc affaire à une prise en charge plus

pluridisciplinaire qu'interdisciplinaire¹². Le terme « intradisciplinaire » conviendrait d'ailleurs mieux car les professionnels relevant d'une autre discipline que médicale sont peu ou pas sollicités. Dans ce cas, certains auteurs préfèrent d'ailleurs utiliser les termes pluriprofessionnels et intraprofessionnels¹³. La coordination s'opère donc particulièrement par une standardisation des qualifications (la plupart des professionnels sont titulaires de diplômes d'Etat), accompagnée éventuellement d'une transmission d'informations. L'ajustement mutuel reste toutefois toujours nécessaire et possible, notamment pour la gestion des imprévus, fréquents dans ces secteurs.

Le marché¹⁴ :

Quand la standardisation des qualifications représente le mode principal de coordination du travail, elle induit une stabilité temporelle, les qualifications étant principalement acquises lors de la formation initiale. Le marché doit donc être **stable** dans une bureaucratie professionnelle. Dans les secteurs sanitaire et médico-social ce marché est stable si l'on considère qu'il s'agit d'une clientèle dont la caractéristique permanente est de demander des soins, une prise en charge ou un accompagnement correspondant à une déficience et à ses conséquences.

Les clients qui s'adressent à l'organisation de type bureaucratie professionnelle ont des caractéristiques proches et des demandes prévisibles. Ces demandes nécessitant par contre des niveaux élevés de savoirs et de savoir-faire, ce marché est aussi **complexe**. Ainsi, dans les secteurs sanitaire et médico-social la grande disparité des déficiences et de leurs conséquences entraîne une complexité : chaque personne est différente et malgré les tentatives de modéliser les réponses (par exemple dans les conférences de consensus) il est nécessaire que les savoirs et les savoir faire s'adaptent à cette complexité. En revanche, de nouvelles pathologies peuvent apparaître (par exemple le VIH) ou des diagnostics s'affiner (autisme) et supposer la mise en place de nouvelles thérapeutiques ou modes d'accompagnement : une partie du

¹² **Le pluridisciplinaire** concerne une démarche à laquelle plusieurs disciplines sont associées, sans qu'il n'y ait de coordination et de régulation (acceptées, reconnues et régulières) des différentes interventions, ni que l'utilisateur/client ne soit sollicité pour définir ces interventions. Cela n'exclut pas l'ajustement mutuel éventuel. **L'interdisciplinaire** nécessite une mise en commun des savoirs et des compétences des intervenants et de l'utilisateur/client, sans qu'il n'y ait de prédominance de l'un sur l'autre. Cela permet une prise en compte globale de la personne, une coordination et une harmonisation des interventions selon une méthodologie commune.

¹³ Guihard J.P., « *L'interprofessionnalité au risque du CHS* » mémoire cadre de santé, IFCS Croix Rouge, Paris, 1999

¹⁴ (Bien que ce terme ne soit pas tellement employé dans les secteurs sanitaire et médico-social pour désigner l'ensemble des usagers/clients, nous le conserverons afin de rester fidèle au modèle de Mintzberg).

marché est donc instable de ce point de vue. Cela pose le problème de l'adaptation rapide des formations initiales à cette évolution, mais aussi à l'apparition de nouveaux besoins, de nouvelles techniques : la standardisation par les qualifications paraît de plus en plus illusoire, surtout au plan de la formation initiale, les professionnels de ces secteurs devant se former encore plus de manière continue, sur leur lieu de travail et en dehors. Mais peut-être, et surtout, en confrontant leurs pratiques et leurs résultats avec d'autres professionnels et d'autres disciplines. Les anciennes formes d'organisation et la bureaucratie professionnelle ne semblent plus alors convenir pour satisfaire ce marché instable.

Les buts :

Dans la bureaucratie professionnelle, chaque catégorie professionnelle (parfois chaque professionnel), poursuit des buts spécifiques qui correspondent plus à des préoccupations professionnelles (voire personnelles) qu'aux missions propres de l'organisation. Chaque professionnel étant libre d'organiser son travail, les buts généraux sont peu définis. Leur formulation est ambiguë et peu opérationnelle. Il est difficile de savoir si ces buts sont atteints ou non.

Cette situation correspond à de nombreuses institutions des secteurs sanitaire et médico-social où le corporatisme est encore très présent en dépit des tentatives de parvenir à plus d'interdisciplinarité. En effet, le professionnel s'identifie parfois plus comme appartenant à une profession déterminée que comme faisant partie de l'organisation. Dans certaines structures, on observe ainsi une totale différence, voire incohérence, entre les buts des professionnels, les buts des équipes et les buts de l'institution en général, sans que ces buts soient clairement énoncés. Ces buts peuvent même être difficilement conciliables avec les besoins des usagers/clients.

Les buts de l'organisation sont parfois peu définis, mais la plupart du temps ils le sont (ou de façon très implicite, ou par les décrets de lois) sans que cela ne modifie ceux des professionnels. Ceux-ci disposent d'une telle latitude pour leurs interventions qu'une éventuelle incohérence est rarement relevée, tant qu'elle reste dans des proportions « tolérables ». Il y a parfois aussi une telle disproportion entre les buts et les moyens que les professionnels s'adaptent difficilement à cette double contrainte, la plupart du temps par des processus d'évitement.

Les récentes dispositions pour la maîtrise des dépenses de santé, les mises en place de nouvelles tutelles et les mesures d'accréditation (qui devraient bientôt aussi concerner le

médico-social) ont, entre autres ambitions, celle de relever ces incohérences. Il est encore trop tôt pour dire si elles y parviendront.

Le pouvoir :

C'est dans la bureaucratie professionnelle que le centre opérationnel a le plus de poids sur la prise de décision, même pour les décisions importantes ou à caractère stratégique. Le pouvoir est donc fortement décentralisé. Les dirigeants de l'organisation n'en sont pas dépourvus, mais ils exercent un pouvoir qui ne s'appuie pas sur une autorité réellement formelle mais qui repose sur les contacts entretenus entre la direction et les acteurs extérieurs à l'organisation, sur la capacité à arbitrer les conflits, les tensions entre les différents groupes de professionnels. Les acteurs extérieurs ont peu d'influence sur l'organisation (par exemple les propriétaires ou les pouvoirs publics). La qualification élevée des professionnels leur permet de résister à cette influence en arguant du manque de compétence de ces acteurs extérieurs pour prendre des décisions.

Dans les secteurs sanitaire et médico-social le **pouvoir est centralisé**, surtout en ce qui concerne les décisions d'ordre administratif et d'organisation. Le **centre opérationnel** dispose cependant, ici aussi, d'un **contre-pouvoir fort**, du fait de sa qualification et de sa spécialisation. Il lui est tout à fait possible de résister passivement à certaines décisions dont l'exécution est difficile à contrôler pour des néophytes. Dans les structures de taille importante, la répartition du pouvoir suit un mode complexe qui n'est pas le reflet exact de la ligne hiérarchique, comme dans toute grande organisation : pouvoir de ceux qui ont le savoir, la technique, des syndicats, des groupes divers de pression...en fonction aussi d'éventuelles alliances locales et politiques.

Dans d'autres institutions, le pouvoir est très centralisé et fort, et les dirigeants ont les moyens de faire appliquer leurs décisions (par exemple dans le secteur sanitaire privé et lucratif), les professionnels peuvent se garder des « zones d'incertitude ¹⁵» mais elles restent limitées.

Dans certaines institutions le pouvoir peut être décentralisé, mais il s'agit la plupart du temps de petites organisations. Dans les plus grandes, les tentatives de solliciter la participation de tous les acteurs pour la prise de décision restent souvent expérimentales, parfois décevantes, sans effet réellement général ou elles ne parviennent pas à impliquer la majorité.

A. Mucchielli et Hart relèvent ces mêmes caractéristiques générales de système de santé : « Les établissements de santé ont des spécificités bien connues : extrême spécialisation en unités de production indépendantes entre elles, quoique dépendantes d'une coordination et d'une coopération : coexistence conflictuelle de cultures et de logiques professionnelles différentes, résultats des actions très peu mesurables... »¹⁶

En réponse au problème de cette difficile coordination entre les différents services et spécialités, l'approche globale devient de plus en plus fréquemment la référence pour les interventions des professionnels, (elle a fait son apparition dans les textes officiels). Mais elle demeure difficile à mettre en œuvre du fait des bouleversements qu'elle nécessite. Les clivages entre professionnels sont encore très forts : travailleurs sociaux/travailleurs médicaux ou paramédicaux, fonctionnel/ psychiatrie... Ces clivages se sont traduits par des organisations séparées, avec des modes de fonctionnement, des cultures (langage et jargon) éloignés. Mais les demandes et les besoins des usagers/clients imposent une évolution vers cette réelle approche globale de la personne, avec ses déficiences et ses conséquences, et surtout en tenant compte de tout son environnement. L'exemple de l'épidémie due au VIH est significatif. Les malades ont parfois développé des atteintes autant physiques que psychiques, ajoutées souvent à des problèmes sociaux importants. Le système de santé français s'est montré incapable, dans la majorité des cas complexes, de proposer un accompagnement global de la personne. Celle-ci a dû passer de service en service, tentant d'assurer elle-même la coordination, quand elle en était capable et quand la maladie lui en a laissé le temps.

Afin de parvenir à une vision plus globale, de nombreuses institutions tentent d'évoluer vers l'adocratie (ou tout du moins d'en adopter certaines caractéristiques) et les services créés récemment cherchent plutôt à correspondre à ce type d'organisation.

⇒ **La configuration adocratique ou organisation innovatrice :**

Les travailleurs de cette organisation travaillent par groupe-projet dont l'objectif collectif est de répondre au mieux aux besoins des clients ; d'où la racine « ad hoc » du terme.

¹⁵ Crozier M., Friedberg E. : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977

¹⁶ Mucchielli A., Hart J. ; « *Soigner l'hôpital* », Editions Lamarre, Paris, 1994, p 8.

La structure :

Les professionnels sont ici aussi très qualifiés, mais se réfèrent plus à des savoirs et savoir-faire acquis lors de formations complémentaires que lors de leur formation initiale. Ces formations continues sont suivies en fonction de l'évolution du secteur. Il existe aussi une possibilité de développer ses compétences dans le cadre même du travail, en particulier par l'échange avec d'autres. Cette situation existe dans certaines organisations des secteurs sanitaire et médico-social qui font le choix financier de former de manière permanente et importante leur personnel. Elle reste cependant rare et les dispositifs de formation continue conventionnels restent insuffisants pour permettre à ces secteurs de s'adapter en temps réel aux évolutions de leur marché. La formation en situation de travail et par l'échange est par contre souvent possible grâce à la qualification déjà importante de la majorité des intervenants qui sont aptes à saisir ces occasions lorsqu'elles se présentent.

Dans l'adhocratie, la **coordination** du travail se fait principalement par **ajustement mutuel**, il n'y a pas de contrôle contraignant. La communication se fait à l'intérieur de petites unités (l'ajustement mutuel devient impossible dans des structures de trop grande taille), mais elle existe aussi à d'autres niveaux de la structure : **mécanismes de liaison reposant sur des individus désignés pour cette fonction** (cadres intégrateurs, coordonnateurs, postes de liaison...) soit sur des comités réunissant des membres de différentes unités, soit encore sur une structure matricielle.

Certains services des secteurs sanitaire et médico-social parviennent à réaliser cet accompagnement global et proposent à la personne de planifier avec elle (ou ses représentants) les interventions des professionnels en fonction de ses besoins et de son projet individuel. La coordination entre les membres peut se faire alors sur le mode de la standardisation des résultats : on fixe les objectifs à atteindre ; par exemple dans les démarches PIPO (planification des interventions par objectifs) ; PSI (plan de services individualisés) ; PII (plan d'intervention individualisé)...mais il s'agit toujours d'un projet différent. Mais au quotidien et en réalité, la coordination se fait aussi beaucoup par ajustement mutuel, tant il est difficile pour les intervenants de suivre des plans, compte tenu des aléas qui se produisent dans toute histoire humaine. De nombreux services, réseaux de soins ou médico-sociaux, utilisent une personne coordonnatrice pour harmoniser les interventions sans que celle-ci occupe forcément une position hiérarchique.

Dans l'adhocratie, **la division du travail est faible**, aussi bien au niveau horizontal que vertical. Au plan vertical, la réalisation des projets implique une prise d'initiatives importante

des acteurs. Au plan horizontal, leur polyvalence est nécessaire car ils doivent passer d'un projet à l'autre, et donc réaliser des tâches sensiblement différentes.

Dans les services des secteurs sanitaire et médico-social qui cherchent à mettre en place des réseaux et une approche plus globale, l'interdisciplinarité devient nécessaire. Elle ne signifie pas la polyvalence, mais une connaissance de chacun, du travail et du rôle de tous. Elle entraîne aussi un besoin de coordination et d'harmonisation des interventions où l'utilisateur/client est acteur et participe à la planification des interventions. De plus en plus de services s'orientent vers ce type de pratique.

Le marché :

La clientèle de l'adhocratie exige des savoirs et des savoir-faire élevés, le marché est donc **complexe**. Il est aussi **instable** car les caractéristiques de la clientèle et ses demandes peuvent varier de façon imprévisible. Elle demande que toutes les compétences soient mises en œuvre simultanément et non pas les unes après les autres, comme cela peut être le cas dans la bureaucratie professionnelle. Il s'agit bien là des caractéristiques actuelles de la clientèle des services des secteurs sanitaire et médico-social qui évolue vers une instabilité du fait de sa demande de prise en charge globale, donc vers une grande diversité des besoins, chaque histoire de vie étant différente. Le travail en réseau et avec des services extérieurs à l'institution, représente, ici aussi, une réponse à cette complexité du marché.

Les buts :

Ils sont **rarement très opérationnels** dans l'adhocratie du fait des tâches complexes effectuées par des acteurs qualifiés et aussi de l'imprévisibilité du marché. Ils le sont néanmoins plus que dans la bureaucratie professionnelle car de puissants mécanismes de liaison assurent une **certaine convergence** entre les buts spécifiques des différentes unités.

Dans les établissements et services des secteurs sanitaire et médico-social qui évoluent vers une pratique plus globale, les **buts sont souvent mieux définis, clairs et identifiés**. Ils sont présentés aux usagers/clients, et dès leur embauche, aux professionnels. Ces usagers/clients, comme ces professionnels peuvent d'ailleurs être régulièrement associés aux réflexions concernant ces buts, leur adéquation aux besoins et aux moyens, leur définition ou leur redéfinition.

Le pouvoir :

Pour les prises de décisions peu importantes concernant l'adhocratie, le pouvoir est localisé dans les équipes regroupant les professionnels qualifiés, il existe donc une certaine décentralisation. Les dirigeants de l'organisation assurent un rôle plus actif que dans la configuration bureaucratique car il assurent la coordination de l'ensemble des actions et leur cohérence. Ce sont eux qui prennent les décisions stratégiques, même s'il le font en concertation avec les acteurs, ils ont souvent la possibilité d'influencer l'issue : c'est donc la centralisation qui caractérise la prise de décisions importantes. Dans les services des secteurs sanitaire et médico-social qui présentent cette forme d'organisation on retrouve aussi ce mode de répartition du pouvoir. Les dirigeants ont souvent une compétence reconnue pour la prise de ces décisions car ils connaissent de façon plus précise le contenu des tâches du centre opérationnel, dont ils ont parfois fait partie avant d'être responsable.

Les établissements ou services qui essaient de prendre les décisions de manière collective sont encore peu nombreux. Du fait du manque de personnel, à peu près constant dans ces secteurs, il est souvent considéré par l'ensemble des acteurs comme préférable que le centre opérationnel se consacre quasi-exclusivement au service des usager/clients, même s'il reste souvent possible de le consulter, directement ou par l'intermédiaire de ses représentants.

I.1.4.Synthèse : une prise d'initiative indispensable

Il apparaît donc que les organisations du secteur sanitaire et médico-social présentent des caractéristiques correspondant aux bureaucraties professionnelles, et d'autres aux adhocraties, décrites par Mintzberg. Certaines restent encore empreintes d'un côté « missionnaire », mais elles évoluent, du fait du changement du marché vers plus de complexité, et s'approchent aussi de ces deux premiers types d'organisation. **Ces deux types d'organisation présentent la caractéristique commune, pour des raisons différentes, d'exiger des prises d'initiatives importantes et fréquentes des acteurs.** Ils doivent, en effet, dans les deux cas, concevoir eux-mêmes une partie importante de leur travail. Par exemple, le rééducateur qui reçoit une prescription de soin a, la plupart du temps, une assez grande latitude dans le choix des techniques et des outils, la planification de la progression de leur application, le mode d'évaluation. Par ailleurs, les professionnels se retrouvent fréquemment seul avec l'utilisateur/client.

S : correspondant surtout au secteur sanitaire ; M-S : correspondant surtout au secteur médico-social ; X : correspondant aux deux secteurs

Le modèle de Mintzberg, semble bien correspondre aux différentes formes d'organisations des secteurs sanitaire et médico-social. Mais la critique, parfois adressée à cet ensemble théorique, est qu'il postule, pour ces organisations, une adaptation à l'environnement quasi permanente et une cohérence entre les structures internes et les objectifs des dirigeants. Cette critique est ici aussi valable. L'observation de ces secteurs montre en effet une grande difficulté à s'adapter à l'environnement, aux changements de société : besoins de la clientèle, aspirations des professionnels, contraintes économiques ... Cette adaptation constitue cependant une préoccupation importante pour des institutions de plus en plus nombreuses. Quant à la cohérence, elle est bien souvent remise en question, tant par les usagers/clients, par les organismes de tutelle, que par les différents acteurs de l'institution.

D'autres approches permettent de préciser l'éclairage de la théorie de Mintzberg. Il s'agit de l'analyse stratégique dont Crozier et Friedberg sont les principaux auteurs, et des analyses en terme d'identité (développée principalement par Sainsaulieu) et de culture. Ces approches renvoient à l'autonomie des acteurs, que nous développerons dans la partie suivante.

1.2. L'autonomie professionnelle :

Etymologiquement, le terme autonomie est constitué de deux racines : « *auto* » (soi-même) et « *nomos* » (la loi), il signifierait littéralement : *se gouverner selon sa propre loi*. Mais comment se définit cette « propre loi », comment se construit-elle et quelle est l'influence de l'environnement dans cette construction ? D'autre part, quel est le lien entre l'autonomie personnelle et l'autonomie professionnelle, et comment définir cette dernière ? Nous tenterons de répondre à ces questions dans les définitions de cette 2^{ème} partie. Nous aborderons ensuite la construction de cette autonomie professionnelle dans le contexte des secteurs sanitaire et médico-social, en fonction des caractéristiques retenues dans le premier chapitre.

I. 2.1. L'autonomie personnelle :

L'autonomie professionnelle est indissociable de l'autonomie personnelle. Les processus de construction sont semblables, même s'ils interviennent bien entendu à des moments de la vie et dans des environnements différents.

Sur le **plan psychologique**, Piaget¹⁸ décrit le phénomène de développement de l'intelligence par l'adaptation, représentant l'équilibre progressif entre deux types d'échanges : les échanges assimilateurs et les échanges accommodateurs de l'organisme avec le milieu.

Cette adaptation est un ensemble de « comportements propres cognitifs » qui caractérisent l'individu. Selon Varella¹⁹, ce n'est pas faire violence à Piaget que de reformuler ces opérations cognitives en terme « d'organisation autonome ».

Pour Piaget, l'assimilation et l'accommodation sont les deux processus fondamentaux dont la combinaison permet d'assurer cette adaptation, cet équilibre toujours meilleur entre l'organisme et le milieu.

L'assimilation représente le processus par lequel le sujet impose ses structures propres, qui préexistent en lui, à un élément du milieu ou à un objet. Il s'agit de l'intégration de données extérieures dans les structures du sujet. Ce terme auquel Piaget donne un sens très général peut s'appliquer aussi bien à l'assimilation physiologique d'aliments (transformation d'aliments issus du milieu extérieur en nutriments, ayant la même structure que ceux existant déjà dans l'organisme) qu'à l'assimilation psychologique du scientifique qui, devant des données empiriques extérieures assimile un phénomène à ses structures mentales personnelles.

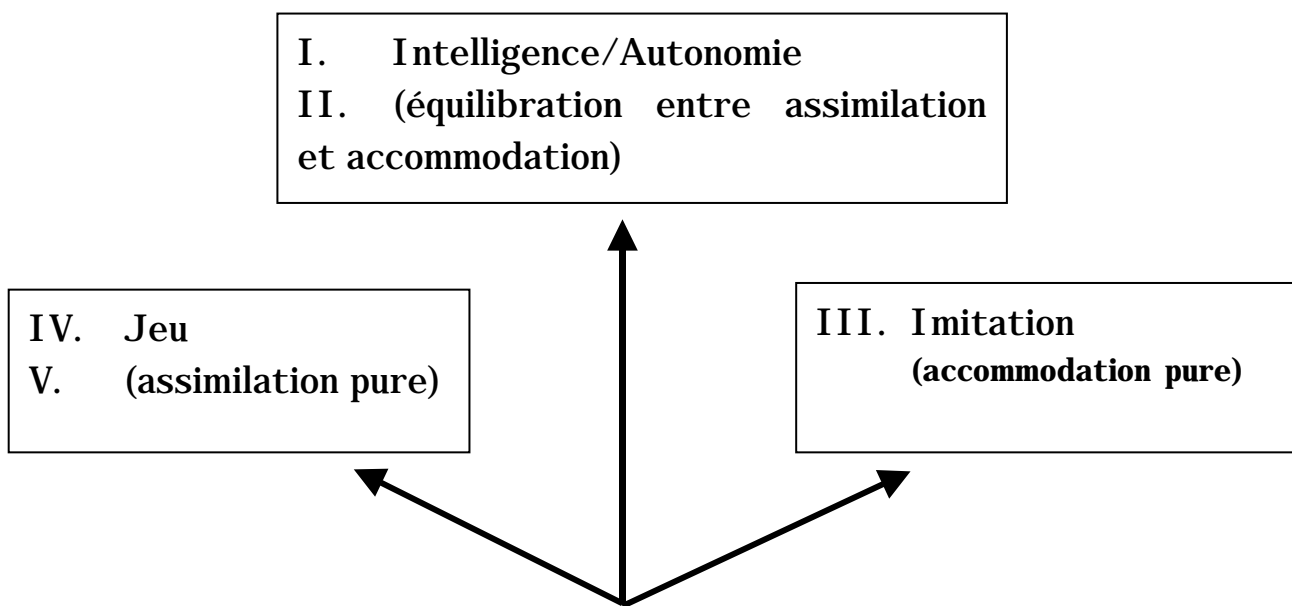
L'accommodation constitue le processus par lequel le sujet modifie ses structures propres, en tenant compte de la résistance que le milieu ou les objets opposent à leur assimilation. Cette accommodation permet de surmonter cette résistance.

L'assimilation et l'accommodation sont deux processus paradoxaux. L'accommodation présuppose l'assimilation, la complète et la corrige, et en est aussi l'inverse. Dans l'assimilation, le sujet agit sur l'objet (ou le milieu), dans l'accommodation, l'objet (ou le milieu) oblige le sujet, par la résistance qu'il lui oppose, à s'aligner sur lui.

¹⁸ Piaget J., « *Psychologie de l'intelligence* », Armand Colin, Paris, et : « *Biologie et connaissance* », Gallimard, Paris,

¹⁹ Varella F., « *Autonomie et connaissance* », Seuil, Paris, 1989, p 167

Piaget interprète cette adaptation dans un cadre systémique. Il s'agit d'une équilibration concernant le système de relations entre un organisme et son milieu. Pour Piaget, dans la conduite intelligente (ou autonome), le sujet s'adapte **le** monde (assimilation) en s'adaptant **au** monde (accommodation). Il y a des étapes et des degrés différents dans cette équilibration qui se situe entre deux extrêmes définies par Piaget comme le jeu (assimilation pure) et l'imitation (accommodation pure). Cela peut se représenter sur le schéma suivant²⁰ :



Dans le jeu, le monde est ramené à soi, transfigurant les situations et les objets pour les plier à la loi du désir subjectif. Dans l'imitation pure, c'est la soumission à un modèle extérieur qui triomphe.

I.2.2. L'autonomie professionnelle :

Les deux extrêmes décrits par Piaget, évoquent d'emblée des types de comportements que l'on peut rencontrer tant sur le plan personnel que professionnel. Cette équilibration que

²⁰ Cours de M. Fronty « *Psychologie du développement* », Université Toulouse le Mirail, 1978 - 1979

chacun tente de construire, en permanence, concerne aussi le domaine professionnel, puisque l'individu s'y trouve confronté aux contraintes du milieu, qu'il doit adapter à lui-même et auxquelles il doit s'adapter.

Sur le **plan sociologique**, Sainsaulieu²¹ a décrit cette équilibration, en situation de travail, comme la construction de l'identité professionnelle. Cette identité qui fait que chaque individu est unique, se construit selon deux dimensions : « *celle de l'ipséité (soi-même) où le moi demeure fondamentalement le même à travers tous les changements de l'histoire du sujet, et la dimension d'une expérience dynamique entre l'individu et les autres qui font partie de son environnement* ». Pour Sainsaulieu, cette expérience dynamique est essentielle dans l'accès à l'identité : c'est la façon dont le sujet gère le conflit relationnel qui permet de le « définir » comme unique. L'identité s'entend comme sociale, et comporte donc une part professionnelle. Elle se construit, comme l'autonomie, en faisant appel à l'équilibration permanente entre soi et les autres (l'environnement). Selon l'auteur, « *l'individu adulte est largement constitué par un grand nombre d'identifications présentes et passées dont il n'est pas toujours conscient* », mais sa position sociale offre « *des occasions non seulement de conflits, mais aussi de ressources de pouvoir donnant le moyen (...) d'imposer sa différence* ». L'identité désigne la part du système de cet individu qui réagit en permanence à la structure du système social, pour s'y inclure comme pour s'en différencier (voire pour tenter de le faire évoluer). Si l'élaboration de l'autonomie s'entend dans un environnement plus large que le seul environnement social, elle s'appuie en grande partie sur la construction de cette identité, sur le plan personnel comme sur le plan professionnel. Les processus de construction de l'identité et de l'autonomie sont donc indissociables : c'est parce que chacun se définit comme différent, mais appartenant à un milieu commun qu'il peut définir ses propres actes dans ce milieu.

Pour Crozier, l'autonomie professionnelle se traduit par « *la capacité de l'acteur à élaborer, choisir et mettre en place des stratégies en prenant en compte les contraintes et les opportunités* » et non pas seulement par « *sa capacité à résister aux injonctions extérieures* »²². Crozier et Friedberg²³ insistent sur le comportement stratégique de l'agent pour atteindre les objectifs personnels qu'il se fixe, considérant qu'en situation

²¹ Sainsaulieu R., « *L'identité au travail* », Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 3^{ème} édition, 1993.

²² Crozier M., Friedberg E., « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, 1977, cités par : Bremond Le Flanchec A. : « *L'autonomie des acteurs* », dans « La GRH : contrôle et autonomie », 10^{ème} congrès de l'AGRH, 1999²²
Crozier M., Friedberg E. : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977

professionnelle, il n'y a pas d'objectifs communs, mais des objectifs partagés. D'une part du fait de la division du travail qui implique la fixation d'objectifs intermédiaires, et d'autre part parce qu'il existe toujours, pour ces auteurs, une certaine compétition entre les membres d'une même organisation. Tout processus de construction de l'identité/autonomie, de personnalisation suppose que l'individu ait accès à différentes sources de pouvoir, à des possibilités alternatives de comportement et d'utilisation de ces possibilités. Ce processus de construction individuelle ne peut se dérouler, pour Crozier et Friedberg, que dans un apprentissage collectif qui permet d'inventer et de fixer ensemble « *de nouvelles façons de jouer le jeu social de la coopération et du conflit* » et d'acquérir « *les capacités cognitives, relationnelles et organisationnelles correspondantes* ». L'environnement a donc une grande influence sur cette construction. Les relations entre les différents acteurs y occupent une place prépondérante car elles seules sont significatives du degré de reconnaissance accordé à l'autre. Pour ces auteurs, cette capacité à élaborer, choisir et mettre en place ses stratégies propres se développe donc aussi sur la base de la construction de l'identité professionnelle : la façon de chacun de jouer le jeu social avec les autres lui permet de développer et d'acquérir l'ensemble des capacités qui caractérisent l'autonomie professionnelle.

Comme Sainsaulieu, Crozier et Friedberg considèrent que ces relations (en particulier les « *relations de pouvoir*²⁴») sont réciproques, mais déséquilibrées, et évoluent de façon continue et contingente. Elles sont déséquilibrées car tout le monde n'a pas les mêmes ressources ni les mêmes capacités pour réaliser cet apprentissage, mais aussi parce que « *les conditions d'accès et de défense de sa propre identité sont très inégales suivant les situations de travail* »²⁵.

Compte tenu des interactions que nous avons relevées comme intervenant dans son expression et son développement, nous pouvons à présent élaborer une définition de l'individu autonome sur le plan professionnel :

L'individu autonome sur le plan professionnel est celui qui génère son comportement et les règles qui y correspondent (et donc ses propres stratégies d'action) en réponse aux sollicitations, informations et contraintes du milieu professionnel. Cette réponse

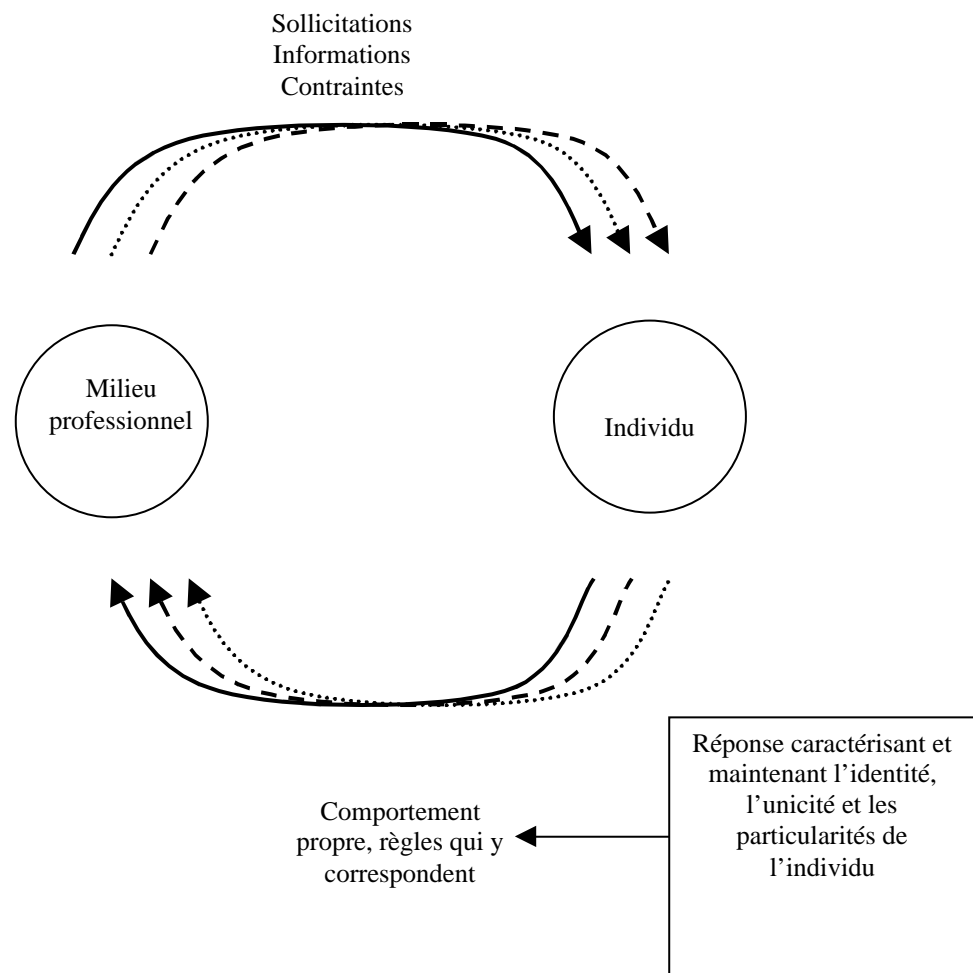
²³ Crozier M., Friedberg E. : « *L'acteur et le système* », Editions du Seuil, Paris, 1977

²⁴ « Le pouvoir est donc une relation et non pas un attribut des acteurs. Il ne peut se manifester – et donc devenir contraignant pour l'une des parties en présence - que par sa mise en œuvre dans une relation qui met aux prises deux ou plusieurs acteurs dépendants les uns des autres dans l'accomplissement d'un objectif commun qui conditionne leurs objectifs personnels. » « Les relations de pouvoir sont d'ailleurs tout aussi inséparables des mécanismes de la constitution et de l'affirmation de la personnalité (et indispensables pour ceux-ci) ». (Crozier et Friedberg, ouvrage cité)

²⁵ Sainsaulieu R. : « *L'identité au travail* », Presse de la fondation nationale des sciences politiques, Paris, 3^{ème} édition, 1993

caractérise l'identité, l'unicité, les particularités de cet individu sur le plan professionnel. Elle s'élabore dans un processus continu et dynamique d'interactions entre l'individu et son milieu professionnel, entre lui et les autres. Elle est variable selon les ressources et les capacités d'apprentissage de l'individu, selon celles de l'environnement et selon les conditions particulières qu'offre cet environnement.

Ce processus peut se schématiser sur le schéma suivant ²⁶:



Pour Sainsaulieu²⁷, l'importance dans la position sociale, de la position professionnelle, s'est fortement modifiée ces dernières années. Les changements dans l'organisation du travail et dans la gestion des ressources humaines, dus aux évolutions de la société, ont transformé les processus de construction des identités et donc de l'autonomie professionnelles. L'influence et la part des institutions de socialisation primaire (famille, école, religion) ont régressé. Le milieu du travail est, lui, le dispensateur d'une socialisation secondaire forte

²⁶ Pour simplifier ce processus est représenté en boucle, mais il conviendrait mieux d'utiliser la spirale pour signifier son caractère continu, dynamique et non clos, bien que le caractère croissant ne soit pas constant puisqu'il peut aussi y avoir régression (par exemple aliénation).

(identité sociale, réseau de relations), désiré fortement, mais aussi craint, tant il peut se transformer en « *véritable machine à exclure de la société* ».

Comment cette influence de l'environnement professionnel s'exerce-t-elle dans les secteurs sanitaire et médico-social ?

I.2.3. L'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social :

La crainte de la perte de son emploi n'est pas ressentie de manière générale dans ces secteurs, comme elle peut l'être dans des entreprises. Elle existe cependant dans certains établissements privés (certains sont à but lucratif) et pour les professionnels du secteur public, tant qu'ils ne sont pas titularisés.

Les secteurs sanitaire et médico-social se situent en revanche dans un contexte particulier, subissent des contraintes différentes de celles des entreprises : quel est le retentissement sur l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle des acteurs (dont nous avons vu qu'elle s'appuie sur l'identité) ? Le caractère majoritairement non marchand des services, l'objectif d'autonomisation de l'utilisateur/client, ainsi que l'ensemble des caractéristiques de ces organisations représentent-ils des facteurs facilitants ou contraignants dans la construction et la défense de l'identité des professionnels (donc de leur autonomie) ?

Sainsaulieu ²⁸ définit quatre modalités principales d'accès à cette identité professionnelle et à la reconnaissance de soi et des autres dans l'expérience contemporaine des salariés. Il s'agit de l'appartenance, de l'œuvre, de la trajectoire et de l'affrontement.

L'appartenance à une structure donnée correspond à la fierté annoncée de faire partie d'un organisme dynamique, de qualité. « *L'individu se définit ici, par l'identification à une sorte de communauté d'appartenance (...) fortement intégratrice pour ses membres.* » Certaines structures hospitalières de « pointe », ou qui sont reconnues pour leur haute technicité spécialisée offrent cette possibilité à leur personnel. Nous pouvons évoquer ici l'hôpital de Garches pour la rééducation fonctionnelle, le centre Propara à Montpellier ou l'Association Française contre les Myopathies. Mais cette fierté d'appartenance n'est pas définitivement acquise. Il arrive que certains services, pour diverses raisons, voient leur

²⁷ Sainsaulieu R., « *La construction des identités au travail* » dans : « Les Organisations », Editions Sciences Humaines, Paris, 1999, p 293.

²⁸ Idem

« réputation » ternie et la capacité à maintenir chez leurs membres cette fierté d'appartenance disparaît alors.

L'œuvre est une deuxième modalité identitaire, ancienne et valorisée. Elle peut se combiner à la première, surtout dans ces secteurs. Elle repose sur la fierté des acteurs à participer, individuellement ou de façon collective à la réalisation d'une œuvre. Les professionnels des secteurs sanitaire et médico-social sont souvent reconnus pour cette participation à une œuvre très valorisée par le public. Leurs compétences, leurs performances, mais aussi parfois des critères plus subjectifs et plus affectifs comme leur dévouement, leur patience, voire leur abnégation, sont admirés et vantés comme des qualités professionnelles qu'on leur attribue volontiers. Cela contribue à renforcer l'identité de ces professionnels, qu'ils soient ou non dotés de ces qualités, ils se sentent impliqués dans la réalisation de l'œuvre de santé.

Le troisième processus identitaire est certainement moins fréquent dans les secteurs sanitaire et médico-social, il s'agit de la trajectoire. Il concerne essentiellement les personnes les plus qualifiées qui cherchent à réaliser une progression dans leur parcours professionnel en termes de promotion, de spécialisation ou d'amélioration de leurs compétences. Il faut reconnaître que ces secteurs n'offrent pas la possibilité de trajectoire à forte croissance et que la progression y est en général prédéfinie par l'ancienneté.

La quatrième voie de définition identitaire, l'affrontement, procure une reconnaissance dans la capacité de l'individu à résister ou à dire « non » dans une situation dangereuse. Elle se retrouve principalement dans l'expérience ouvrière. Dans ces secteurs, même si elle existe, elle est limitée et elle ne présente pas de caractéristiques particulières.

A ces processus identitaires, favorisés par les missions des secteurs sanitaire et médico-social, s'ajoute l'influence des différents types d'organisations. Les professionnels d'une organisation de type missionnaire construiront bien entendu leur identité professionnelle plutôt par la réalisation de l'œuvre. Pour la bureaucratie professionnelle, certains auront un accès à la reconnaissance par l'appartenance, d'autres par l'affrontement.

Les modes de coordination les plus fréquemment pratiqués dans les secteurs sanitaire et médico-social influencent aussi certainement l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle. En effet ils impliquent des modes de communication différents entre les niveaux hiérarchiques. Les « *relations de pouvoirs*²⁹ » ne sont alors pas les mêmes

²⁹ Crozier M. Friedberg E. : ouvrage cité

et nous avons vu que l'environnement intervient dans la construction de l'autonomie professionnelle.

Dans la première partie de ce travail, nous avons aussi signalé que la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie sanitaires ou médico-sociales exigent une prise d'initiative importante des acteurs. Ceci relève du fait de leur formation élevée, des modes de coordination, de la structure du travail, du manque de définition des buts et de leur caractère peu opérationnel. Le caractère « missionnaire » dont ses organisations sont encore souvent empreintes, accentue cette exigence. L'adhésion aux mêmes valeurs que l'institution entraîne la coordination par les normes. Celle-ci dispense de définir les buts (ils sont considérés comme évidents et implicites), de répartir et coordonner les interventions : la « vocation », ou tout au moins la fameuse « conscience professionnelle », guidant les actions de chacun. Nous avons vu que les nouvelles structures, fonctionnant en réseau, et qui se rapprochent donc plus du type adhocratique, demandent aussi une prise d'initiative et une communication importantes.

Du fait de leur types d'organisation et de leurs objectifs, les secteurs sanitaire et médico-social exigent donc de leurs différents intervenants qu'ils expriment une autonomie professionnelle forte. Ils doivent en effet être capables de se définir, ainsi que leurs comportements professionnels, en réponse à des informations, contraintes et sollicitations de leur milieu professionnel. Ces informations, contraintes et sollicitations, variées et changeantes, imposent une réponse adaptée, précise et souvent rapide, de la part des acteurs. Ceci se vérifie, que les institutions de ces secteurs tentent d'innover ou qu'elles soient encore marquées par leur histoire (les deux ne sont pas incompatibles).

Ces intervenants, et particulièrement les cadres, des secteurs sanitaire et médico-social, dont l'objectif est de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie des usagers/clients de leurs services, perçoivent-ils cette exigence ? Retiennent-ils notre définition de l'autonomie professionnelle ? Ce processus d'élaboration de l'autonomie professionnelle étant dynamique et interactif, comment chaque acteur conçoit-il et perçoit-il son rôle dans ce processus ?

La « position médiane » du cadre tentant de relier les « intérêts trop souvent contradictoires »³⁰ des usagers/clients, des membres du centre opérationnel et de

³⁰ Boltanski L. : « *Les cadres. La formation d'un groupe social* », Seuil, Paris, 1998, cité par Dubar C., Tripiier P., « *Sociologie des professions* », Armand Colin, Paris, 1998, (p 175), 256 p.

l'institution/sommet stratégique, est à ce titre particulièrement significative de cette interaction complexe.

Pour rendre compte de la réalité perçue par les personnes concernées, nous avons interrogé des cadres des secteurs sanitaire et médico-social sur ce sujet. C'est le résultat de cette étude qui sera présenté dans la partie suivante.

II. II. Place de l'encadrement dans ce contexte : étude de terrain et propositions

II.1. L'influence de l'encadrement sur l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social :

Le rôle du cadre ou du manager est d'animer et de coordonner, « de conduire, dans un contexte donné, un groupe d'hommes et de femmes ayant à atteindre en commun des objectifs conformes aux finalités de l'organisation d'appartenance ». ³¹ Cette définition du métier de manager sous-entend que celui-ci doit faire en sorte que la façon dont s'exprime l'autonomie professionnelle des individus soit cohérente avec les finalités de l'organisation. Ces autonomies professionnelles doivent aussi être « compatibles » entre elles pour permettre de réaliser ensemble les objectifs. Cela est d'autant plus indispensable que l'on se réfère à l'approche globale qui exige une vision élaborée en commun de la situation et des objectifs à atteindre pour l'utilisateur/client (travail interdisciplinaire et non seulement pluridisciplinaire). De plus, les cadres des secteurs sanitaire et médico-social sont soumis à l'exigence des types d'organisation de ces secteurs d'un fort degré d'autonomie professionnelle des acteurs.

La finalité de l'étude présentée ici est donc de découvrir quelles conceptions ont les cadres des secteurs sanitaire et médico-social de l'autonomie professionnelle, s'ils pensent exercer une influence sur l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle des membres du centre opérationnel et quels sont les autres facteurs d'influence éventuels. Comment se situent ces cadres dans le système sommet stratégique/hiérarchie intermédiaire/centre opérationnel et dans ce processus d'élaboration de l'autonomie professionnelle des intervenants ? Rencontrent-ils des facteurs favorisants et des obstacles, de quelles origines ? Où situent-ils ces facteurs favorisants et obstacles éventuels : au niveau de l'institution, à leur niveau ou au niveau de chaque individu de l'équipe ? A quels types de conceptions de l'organisation peut-on rattacher l'ensemble de ces réponses ? Sont-elles cohérentes avec les missions des secteurs sanitaire et médico-social ?

³¹ Alecian S., Foucher D. ; « *Guide du management dans le service public* », Editions d'Organisation, Paris, 1994, p 19

II.1.1. Méthodologie :

Pour répondre à ces questions nous avons choisi d'interroger des cadres qui sont tous en contact direct et fréquent avec les membres du centre opérationnel de leur établissement, répartis dans toute la France, de formations de base et de cadre variées (pour éviter les influences « d'école ») et intervenant dans le secteur sanitaire, comme dans le médico-social, dans des structures de taille variable. Ces structures ont toutes comme objectif de favoriser l'expression ou le développement de l'autonomie des usagers/clients. Il s'agit de centres de rééducation et de réadaptation, de lieux de vie qui accueillent des personnes âgées, des enfants , des adolescents ou des adultes handicapés, ainsi que des structures d'accompagnement à domicile, comme nous l'avons déjà mentionné plus haut.

_ **La méthode :**

Compte tenu du temps disponible pour réaliser cette étude, et de la répartition géographique des personnes concernées, nous avons opté pour l'envoi d'un questionnaire auto-administré. (Voir le questionnaire en annexe 2). Le choix de procéder à l'envoi de ces questionnaires, un peu inhabituel dans ce type d'étude qui utilise plutôt les entretiens, était aussi justifié par la connaissance des capacités rédactionnelles des personnes interrogées qui ont pu ainsi s'exprimer sans être influencées par la présence de l'enquêtrice ou par la crainte de son jugement éventuel.

L'élaboration de ce questionnaire s'est déroulé en deux temps :

★ Vérification, au moyen d'entretiens préliminaires auprès de cinq professionnels, que ce sujet correspondait à une de leurs préoccupations. Ces professionnels sont cadres dans les secteurs sanitaire et médico-social et exercent par ailleurs des fonctions de formateurs ou de consultant.

★ Elaboration d'un questionnaire avec questions fermées et questions ouvertes, testé auprès de dix professionnels pour vérifier :

- la facilité de compréhension des questions et l'absence d'équivoque
- la tolérance à la longueur du questionnaire
- le besoin ou non d'espace de commentaire

- la pertinence et la clarté des questions, c'est à dire si les questions appelaient des réponses que la personne interrogée était capable de donner.

Les personnes qui ont répondu à ce test sont des cadres des secteurs sanitaire et médico-social ayant fait des formations complémentaires (Evaluation, Psychologie du travail, Sciences de l'Education..), des formateurs maîtrisant les différentes méthodes de recherches en Sciences Sociales, ou des cadres sans autre formation. Le questionnaire, à la suite de ce test, a été modifié, puis soumis une dernière fois à l'approbation de trois personnes plus particulièrement qualifiées, avec un choix définitif pour un mélange de questions ouvertes et fermées, en donnant la possibilité de commenter les questions fermées. (Voir le questionnaire en annexe n° 2). Les questions fermées proposent une échelle de 1 à 5, entre « pas du tout » et « tout à fait ».

Exemple :

Dans votre situation professionnelle, avez-vous la possibilité de favoriser le développement et l'expression du personnel dont vous êtes responsable ?

Pas du tout					Tout à fait
1	2	3	4	5	

L'analyse des résultats et réponses au questionnaire a été transmise à toutes les personnes qui avaient répondu en leur proposant de transmettre leurs remarques éventuelles.

- **Structure du questionnaire :**

Les questions proposent à la personne interrogée d'analyser les facteurs influençant le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle sur les trois niveaux de hiérarchie existant dans ces secteurs, décrits par Mintzberg : le centre opérationnel (l'individu), la hiérarchie intermédiaire (l'encadrement ou la personne interrogée), le sommet stratégique (l'institution).

1. Niveau de l'encadrement :

Choix de définition de l'autonomie professionnelle à partir de quatre propositions correspondant à des conceptions différentes de l'organisation, définition personnelle.

Influence de la personne interrogée (donc le cadre) sur le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle du personnel :

Avis sur la cohérence de l'autonomie professionnelle exprimée par rapport aux objectifs de l'institution

Possibilité ou non, pour l'encadrement, de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle

Moyens et obstacles rencontrés

Influence sur la façon de recruter

2. *Niveau de l'institution :*

Souhait de l'institution de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle (déclaratif)

Mise en œuvre de facteurs favorisants (effectif)

Moyens

Obstacles

3. *Niveau du centre opérationnel (les individus) :*

Souhait d'exprimer et développer son autonomie professionnelle (déclaratif)

Mise en œuvre et expression réelle (effectif)

4. *Récapitulatif sur la place de chacun : institution, cadre, individu dans l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle du personnel.*

II.1.2. Résultats :

(voir en annexe n° 3 les tableaux détaillés de résultats et les différents commentaires apportés aux questions).

57 questionnaires ont été envoyés, 41 ont été remplis et retournés, dont 3 sont inexploitable (2 incomplets et 1 parvenu hors-délai). Le taux de retour est donc de 72 %. La période d'envoi (juin – juillet) est peu favorable compte tenu de la charge de travail

augmentée à cette époque de l'année pour l'encadrement (congés annuels, participation à des jurys d'examens, ...). Malgré cela, ce taux de retour important confirme l'intérêt des personnes interrogées pour ce sujet.

Description de l'échantillon :

Les réponses prises en compte pour l'analyse des résultats concernent 38 cadres ou directeurs des secteurs sanitaire et médico-social.

Composition de l'échantillon	Sanitaire	Médico-social	Autres	Total et (%)
Directeur/trice	1	5	7	13 (34%)
Cadre	16	8	1	25 (66%)
Total et (%)	17 (45%)	13 (34%)	8 (21%)	38

Ils assurent l'encadrement d'équipes ou de structures de petite taille, pour la majorité d'entre-eux. D'âge moyen de 45 ans, de formation de base principalement paramédicale (mais aussi sociale), 27 d'entre eux ont suivi une formation de cadre.

Formation de base

	Sanitaire	Médico-sociale	Autres	Total et (%)
Paramédicale	17	4	3	24 (65%)
Sociale	0	7	2	9 (24%)
Autres	0	1	3	4 (11%)
Total et (%)	17 (46%)	12 (32%)	8 (22%)	37

(1 non réponse)

Ancienneté du diplôme de base

	- de 5 ans	De 5 à 10 ans	+ de 10 ans	Total et (%)
<i>Paramédical :</i>				24 (67 %)
Infirmier	0	0	2	2 (5%)
Kinésithérapeute	0	0	7	7 (19%)
Ergothérapeute	0	1	14	15 (42%)
<i>Social :</i>				9 (25%)
Assistant(e) social (e)	0	0	1	1 (2%)
Educateur	0	0	8	8 (22%)
Autres	0	1	2	3 (8%)
Total et (%)	0	2 (5%)	34 (94%)	36

(1 non réponse)

L'ancienneté du diplôme de base s'explique principalement par le fait que les cadres de ces secteurs font rarement partie de l'encadrement d'emblée et ont souvent exercé une autre profession avant d'occuper cette fonction. Parmi les personnes interrogées, une seule (avec une formation de cadre initiale) est à son premier poste en tant que directeur.

Formation de cadre et ancienneté du diplôme

	- de 5 ans	De 5 à 10 ans	+ de 10 ans	Total et (%)
CAFDES	1	1	0	2 (8%)
Cadre de santé	8	2	5	15 (60%)
DESS	2	1	0	3 (12%)
Autres	2	0	3	5 (20%)
Total et (%)	13 (52%)	4 (16%)	8 (32%)	25

(CAFDES : Certificat d'aptitude aux fonctions de direction d'établissement social ; DESS : diplôme d'études supérieures spécialisées)

2 personnes n'ont pas donné la date de leur diplôme de cadre et 11 n'ont pas de diplôme de cadre. Ici, les diplômes sont plus récents puisqu'ils ont été, pour la plupart, préparés en cours d'emploi, après l'exercice d'une autre profession.

(Voir en annexe n° 3 , les tableaux donnant les autres détails sur la composition de l'échantillon interrogé).

_ Limites :

Le petit nombre de personnes interrogées n'a pas permis de déterminer de différences significatives entre le secteur sanitaire et le secteur médico-social, entre les différentes formations (de base ou de cadre) ou selon l'âge, mais ce n'était pas l'objectif principal recherché. Pour obtenir ces renseignements, il conviendrait de réaliser une étude similaire sur un échantillon plus important, ce qui n'était pas possible pour ce travail.

Les réponses sur la taille de la structure n'ont pas pu être exploitées. Du fait du manque de clarté de la question, les personnes n'ont pas compris s'il s'agissait du nombre de lits, d'usagers/clients par année, dans le service ou dans l'ensemble de l'institution.

Les personnes interrogées se sont peu, spontanément, questionnées sur leur propre autonomie professionnelle. Une question plus précise sur ce sujet aurait peut-être permis de recueillir leurs appréciations. Pour ce qui concerne les moyens et les obstacles qu'elles rencontrent, elles n'ont invoqué que ceux relevant de l'institution ou du personnel. Cette limite reste la plus importante à notre avis tant cette autonomie professionnelle de l'encadrement nous semble liée à celle des professionnels. Il est difficile de déterminer si cette limite relève d'une faille dans la conception du questionnaire, d'une difficulté des personnes interrogées à s'auto-évaluer ou du fait qu'elles considèrent leur autonomie professionnelle comme définitivement acquise !

– **Analyse des réponses :**

1° L'autonomie professionnelle : une notion envisagée dans l'environnement :

<i>Définitions proposées :</i>	<i>Moyenne des résultats obtenus sur l'échelle de 1 à 5 :</i>
a) Capacité de prendre des initiatives et des décisions en situation de travail	4,8
b) Capacité à élaborer, choisir et mettre en place ses activités en prenant en compte les contraintes et les opportunités du milieu professionnel	4,6
c) Capacité d'agir selon ses propres règles, en l'absence de contrôle régulier	2,3
d) Possibilité d'exécuter ses tâches professionnel seul	3,5

Parmi les quatre définitions de l'autonomie professionnelle proposées, celles qui mentionnent l'environnement (avec ses contraintes et ses opportunités) ou la situation de travail, obtiennent les moyennes les plus élevées (proches de 5). Ces définitions font référence à des modèles systémiques de l'organisation. Les personnes interrogées prennent donc en compte l'environnement du professionnel pour définir son autonomie.

Les deux dernières définitions sont plus restrictives et correspondent à des théories de l'organisation plus anciennes (organisation scientifique du travail et courant des relations humaines). La proposition : « *possibilité d'exécuter ses tâches professionnelles seul* » correspond à une définition de l'indépendance, notion qui est fréquemment confondue avec l'autonomie, principalement dans le secteur sanitaire, ce qui pourrait expliquer son score relativement important (3,5). La définition qui oppose le contrôle à l'autonomie a la moyenne la plus basse : 2,3. Les personnes interrogées, dans leur ensemble, n'adhèrent pas à l'idée d'un contrôle qui ne s'adresserait qu'aux personnes non autonomes ou que l'autonomie dispense de contrôle régulier.

Ces notions se retrouvent dans les définitions personnelles des 22 personnes interrogées qui en ont proposé une : elles font appel, pour la plupart, à l'environnement professionnel, qu'il soit humain, (équipe, institution, hiérarchie, juridique, culture) ou matériel. (Voir le tableau des définitions proposées en annexe 2). L'individu autonome se

conforme aux règles en cours dans cet environnement (lois, décrets, fiches de poste, cadre d'exercice), mais l'éthique personnelle doit être cohérente avec ces règles : « *s'assumer, assumer sa fonction dans le respect complet de l'environnement aussi bien humain que matériel : choix éthiques* ». Ces règles émanent de l'environnement et peuvent être considérées comme certaines contraintes ou opportunités rencontrées dans le milieu professionnel. Pour les personnes interrogées, l'autonomie professionnelle ne peut se réaliser que dans le respect de ces règles.

Ces réponses traduisent l'évolution des secteurs sanitaire et médico-social vers une prise en compte des personnes (usagers/clients comme professionnels) dans leur environnement et non plus comme des individus isolés et séparés de cet environnement.

2°) Une autonomie cohérente avec les objectifs de l'institution :

Le score moyen à cette question est de 3,8. Une seule personne ayant répondu 2. Les personnes interrogées considèrent donc, en majorité, que l'autonomie professionnelle manifestée par le personnel est cohérente avec les objectifs de leur institution. Les commentaires font cependant ressortir l'influence de facteurs individuels (formation, ancienneté, désir d'indépendance, de s'impliquer ou non) et de facteurs institutionnels (définition et clarté des objectifs, allocation de moyens suffisants, vision à long terme). L'environnement et son interaction avec l'individu influence (positivement ou non) la cohérence de l'autonomie professionnelle manifestée par le personnel.

3°) L'encadrement peut favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle, si l'institution et les individus le permettent :

Le score moyen de la quatrième question est de 3,9. Deux personnes ont répondu 2, toutes les autres 3 ou plus. La majorité des personnes interrogées considère donc qu'elle a la possibilité de favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle du personnel. Les facteurs influençant sont très souvent les mêmes, une saturation des réponses a été obtenue. Les facteurs les plus fréquemment cités (favorisants lorsqu'ils existent, obstacles lorsqu'ils sont absents) se retrouvent là encore principalement aux plans individuel et institutionnel. Peu de personnes interrogées les situent à leur propre niveau (une personne qui le fait cite sa propre formation, ses recherches professionnelles et son implication dans des réflexions et groupes de recherches extérieurs à son institution).

Au niveau institutionnel, les facteurs les plus importants sont : la formation permanente (niveau et fréquence), la clarté de la définition des objectifs et des projets, la qualité de la communication (écoute, dialogue, possibilité d'expression), la concertation/implication pour la définition des objectifs et les projets, la possibilité d'impliquer, déléguer, responsabiliser. Les personnes mentionnent aussi souvent la nécessité de disposer de moyens suffisants (humains et matériels). Une personne se dit limitée par le harcèlement et le désir d'aliénation qui émane de la direction à l'encontre de l'ensemble du personnel. Ce cas, bien qu'unique, montre que les secteurs sanitaire et médico-social n'échappent pas à ce grave problème.

Au niveau individuel, les cadres interrogés relèvent à nouveau l'importance de la formation (initiale et continue). Ils citent plus d'obstacles que de facteurs favorisant. Les comportements négatifs comme l'individualisme, le corporatisme, l'usure/habitude, le manque de motivation ou l'absentéisme représentent des freins au développement et à l'expression de l'autonomie professionnelle. Mais la peur de l'avenir ou du risque, la soumission à la parole médicale, le manque du désir de s'affirmer ou certains mécanismes de défense, qui peuvent traduire un manque de maturité, font partie des obstacles les plus fréquemment évoqués. Ces notions font référence à des défauts d'identité, individuelle ou professionnelle. Cette identité serait donc bien nécessaire à la construction de l'autonomie professionnelle, d'après les réponses recueillies.

Les moyens existants et les obstacles rencontrés, qu'ils soient institutionnels ou individuels influencent la façon de recruter de la majorité des personnes interrogées puisque seulement 6 ont répondu avec un score inférieur ou égal à 2 et que la moyenne des réponses est de 3,8. En plus de la formation de base indispensable, les cadres recherchent des personnes motivées, aptes à communiquer sur ce qu'elles font, dotées de capacités relationnelles et de conceptions compatibles avec celles de l'institution ou de l'équipe.

4°) Institution comme individus : une différence entre le déclaratif et l'effectif :

D'après les personnes interrogées et du point de vue déclaratif, l'institution souhaite l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle : la moyenne obtenue à cette question est de 3,3. Ce score est cependant peu élevé. (Alors que les personnes interrogées n'ont pas hésité à utiliser les notes les plus hautes pour les autres questions). Le personnel

souhaiterait aussi exprimer et développer cette autonomie, de façon plus marquée, la moyenne est de 3,8.

En revanche, au niveau de la réalité (ou de l'effectif), les cadres interrogés considèrent que les choses sont un peu différentes : les scores moyens ne sont plus que de 2,8 pour l'institution et de 3,2 pour le personnel. Le score supérieur à 3 pour le personnel peut signifier que la majorité des personnes interrogées considère que cette autonomie professionnelle s'exprime et se développe réellement, plutôt grâce aux individus eux-mêmes qu'à l'institution.

Ces questions ont appelé plus de commentaires que toutes les autres, les réponses sont plus variées, et les scores les plus bas ont plus souvent été choisis. (Voir le tableau des réponses en annexe n° 3).

Institution :

Les 12 personnes qui considèrent que l'institution ne souhaite pas, ni ne met en œuvre ou ne favorise l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle, signalent plusieurs moyens manquants ou obstacles. Il s'agit principalement, comme pour les questions précédentes, d'un manque de définition de la politique et des objectifs généraux, de difficultés relationnelles variées (manque de confiance, de reconnaissance, de communication, d'information), de moyens insuffisants. Ces obstacles se retrouvent dans les réponses suivantes. Même les personnes qui ont attribué des scores élevés les citent parfois. Mais lorsque ces données existent, les cadres interrogées les mentionnent alors comme facteurs favorisant. La responsabilisation des intervenants semble nécessaire à l'expression et au développement de leur autonomie professionnelle, ainsi que les échanges entre professionnels.

Professionnels :

Le déclaratif est ici aussi différent de l'effectif, mais seulement 3 personnes considèrent que le personnel dont elles sont responsables ne souhaite pas, ni ne met en œuvre l'expression ou le développement de son autonomie professionnelle. Les personnes interrogées relèvent cependant une difficulté à généraliser à l'ensemble du personnel, étant donné des variations individuelles importantes. Il semble donc que l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle de chacun soit aussi dépendante de sa personnalité, de sa formation, de sa motivation, de son ancienneté. Certaines personnes semblent se complaire dans une situation où les décisions sont prises pour elles, comme si le fait de ne pas être autonome pouvait apporter une sorte de confort.

Mais la majorité des cadres interrogés a cependant attribué une note assez élevée pour l'ensemble du personnel dont elle est responsable. La valorisation, la possibilité d'expression, la régulation et la reconnaissance du travail effectué sont cités comme facteurs favorisant l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle.

5°) De l'institution, de l'encadrement et de l'individu, c'est l'individu qui dispose de plus de facteurs favorisants, mais il ne peut rien sans l'interaction avec un environnement favorable !

La dernière question cherchait à déterminer à quel niveau se trouvent principalement les facteurs favorisant le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle, d'après les personnes interrogées. Elles ont attribué une moyenne de 3,6 au niveau de l'institution, de 3,8 à leur propre niveau et de 4,4 au niveau de chaque individu. Celui-ci disposerait donc de plus de facteurs favorisants, mais les commentaires insistent sur la nécessaire interaction entre individu et environnement pour favoriser l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle.

Nous pouvons à présent établir les parallèles entre les résultats du questionnaire et les caractéristiques des organisations des secteurs sanitaire et médico-social, ainsi qu'avec notre définition de l'autonomie professionnelle.

II.2. Quel est l'impact du type d'organisation, sur quelle autonomie professionnelle ?

II.2.1. L'autonomie professionnelle peut-elle se développer dans les organisations des secteurs sanitaire et médico-social ? :

Les résultats de ce questionnaire font apparaître quatre principaux facteurs influençant l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle des acteurs de ces secteurs. Il s'agit principalement :

De la formation professionnelle
De la définition des objectifs³² de l'institution
Du mode de coordination
Du mode de répartition du pouvoir

Ces quatre facteurs correspondent à certaines caractéristiques des types d'organisation décrits par Mintzberg : la structure (formation et mode de coordination), les buts (définition des objectifs), le pouvoir (mode de répartition du pouvoir).

Pour les personnes interrogées, ces facteurs favorisent l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle d'autant plus que :

Le niveau de formation initiale est élevé et la formation continue fréquente et de qualité

La définition des objectifs est claire

Le mode de coordination permet l'expression et la prise d'initiative de chacun, en concertation avec les autres (préparation de l'action en commun).

Le mode de répartition du pouvoir permet l'implication, la responsabilisation de chacun

Nous ne reviendrons pas sur les caractéristiques de l'organisation missionnaire. Celle-ci tend en effet à disparaître au profit de la bureaucratie professionnelle et de l'adhocratie, dans les secteurs sanitaire et médico-social. (Il faut cependant garder à l'esprit qu'elle représente une part importante de leur histoire qui continue souvent à influencer leurs cultures et parfois même leurs pratiques). Dans ces deux types d'organisation les plus fréquents nous avons relevé que :

_ La formation :

En ce qui concerne le niveau de la formation initiale, il est élevé aussi bien dans la bureaucratie professionnelle que dans l'adhocratie, mais cette dernière favorise plus la

³² Les personnes interrogées utilisent le terme d'objectif, qui nous semble effectivement plus adapté que celui de but, mentionné par Mintzberg. La définition du but est généralement trop vague pour qu'il puisse être opérationnel. Il s'agit souvent d'une simple déclinaison des missions de l'institution (cf 1^{ère} partie). Les buts sont d'ailleurs connus, de façon implicite ou explicite, par chacun. L'objectif traduit ces buts en actions concrètes et observables.

formation continue. Le facteur de la formation reste cependant très lié aux moyens financiers de l'institution (mais aussi à certains choix stratégiques).

_ La définition des objectifs de l'institution :

Dans la bureaucratie professionnelle, comme dans l'adhocratie, les objectifs sont peu définis et leur formulation peu opérationnelle. Dans l'adhocratie, les mécanismes de liaison (entre autres l'ajustement mutuel) permettent cependant d'assurer la convergence des actions vers des objectifs implicites. La définition régulière d'objectifs pour les usagers/clients renforce cette convergence. La difficulté pour atteindre ces objectifs existe malgré cela, car la progression des individus ne se prévoit pas.

_ Le mode de coordination :

La bureaucratie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social se fonde principalement sur un mode de coordination par la standardisation des qualifications. Ce mode de coordination dispense souvent les personnels de concertation véritable. L'initiative de chacun est possible mais les initiatives de tous ne sont pas harmonisées entre elles. Ce manque de concertation peut faire défaut entre professionnels d'une même discipline (rééducateurs, par exemple), mais encore plus entre professionnels de services ou d'établissements différents (médical/social, par exemple).

Dans l'adhocratie, la coordination par ajustement mutuel sous-entend en principe cette concertation, cette préparation de l'action en commun. Certaines démarches, comme les divers plans d'intervention proposés aux usagers/clients, se basent sur cette concertation. Mais elle doit permettre l'expression et la prise d'initiative de chacun : cela ne peut se réaliser que si la relation entre les acteurs est bonne et permet le consensus.

_ Le mode de répartition du pouvoir :

Dans les bureaucraties professionnelles, le contre pouvoir des intervenants est fort, renforcé par leur qualification. Il s'agit cependant plutôt d'un pouvoir de « blocage » (ne pas appliquer les décisions prises par la hiérarchie, par exemple) et non d'un pouvoir de décision. Le pouvoir sera plus facilement accordé au dirigeant qui fait preuve de capacités pour gérer les ressources humaines et qui saura argumenter et expliquer les décisions.

Dans l'adhocratie sanitaire ou médico-sociale, les décisions importantes sont prises en concertation et les équipes et professionnels disposent de la possibilité de prendre un certain nombre de décisions. Cette implication et cette responsabilisation peuvent cependant poser des problèmes relationnels quand ils interviennent dans des cadres mal définis.

Nous pouvons résumer dans le tableau suivant les caractéristiques des organisations des secteurs sanitaire et médico-social qui correspondent aux facteurs qui ont un impact sur le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle (A.P.) :

	La structure		Les buts	Le pouvoir
	Formation	Mode de coordination	Définition des objectifs	Mode de répartition du pouvoir
Bureaucratie professionnelle	Elevée, spécialisée, mais surtout formation initiale	Par la standardisation des qualifications, coordination rarement centralisée	Peu définis, formulation peu opérationnelle	Contre pouvoir important des intervenants, pouvoir du dirigeant fonction de sa capacité à gérer les ressources humaines
<i>Impact sur l'A.P.</i>	Favorable	Variable	Peu favorable	Variable
Adhocratie	Elevée, mais formation continue et en situation professionnelle importante	Ajustement mutuel	Peu définis, mais cohérence assurée par de puissants mécanismes de liaison, formulation peu opérationnelle	Localement, les équipes peuvent prendre des décisions peu importantes, les décisions importantes sont prises en concertation, avec le pouvoir final au dirigeant
<i>Impact sur l'A.P.</i>	Très favorable	Favorable	Variable	Assez favorable

Auparavant, nous avons mentionné le fait qu'en réponse aux nouvelles contraintes les institutions des secteurs sanitaire et médico-social s'orientent vers un type d'organisation adhocratique. Cette organisation facilite en effet le changement et l'adaptation à l'évolution des besoins et particulièrement à l'évolution de l'environnement, d'où le choix de ce terme

par Mintzberg. « C'est l'environnement qui prend le pas . Il conduit l'organisation qui doit lui répondre continuellement ».³³ C'est aussi ce type d'organisation dont les caractéristiques correspondent aux facteurs stimulant le développement de l'autonomie professionnelle. L'adhocratie favorise alors, par sa prise en compte de l'environnement, la pratique de l'approche globale, devenue nécessaire du fait des situations de plus en plus complexes des usagers/clients. Cette approche, pour être réellement globale, nécessite un travail vraiment interdisciplinaire, où aucune discipline ne prend le pas sur l'autre, où les méthodologies s'élaborent en commun. Actuellement, les structures fonctionnant entièrement avec ce type d'organisation sont encore peu nombreuses, mais elles sont de plus en plus à approcher ce travail interdisciplinaire en réseau. L'interdisciplinarité nécessite que les professionnels développent leur autonomie professionnelle, l'adhocratie dispose de certaines caractéristiques qui favorisent ce développement. Quelles doivent être ces interactions entre les professionnels et leur environnement pour que leur autonomie se développe et quelles en sont les conditions? La définition que nous en avons donné correspond-elle à la conception des personnes interrogées ?

II.2.2. A quelle définition correspond l'autonomie professionnelle décrite par les personnes interrogées ?

Les personnes interrogées ont insisté, tout au long de leurs réponses et commentaires, sur l'importance de la relation, sur l'influence de la clarté de la communication et sur les nécessaires interactions individu/encadrement/institution et la nécessité d'un désir commun d'exprimer et développer l'autonomie professionnelle. Cette autonomie professionnelle se construit bien sur la base d'une identité solide, dans les interactions individu/environnement. Dans ces interactions la qualité et la clarté de la relation sont primordiales. Le professionnel doit savoir quels sont les objectifs de l'institution, ce qu'on attend de lui, quel est le cadre dans lequel il peut évoluer professionnellement. La formation (de base et continue) constitue un appui pour la construction de cette identité et donc de l'autonomie. Les échanges doivent pouvoir se réaliser entre individus de différentes professions, chacun doit pouvoir s'exprimer et être responsable d'actions et de choix précis. La régulation et ces échanges permettent de

³³ Mintzberg H., op cité, p 312.

déterminer le retentissement des actes de chacun : c'est la reconnaissance de l'autre qui permet de construire l'identité et donc l'autonomie.

Les différentes personnes interrogées reconnaissent la valeur du travail d'équipe pour cette construction. L'action à plusieurs permet effectivement, en plus de l'apprentissage technique, l'élaboration de significations, des confirmations ou réfutations d'hypothèses personnelles. Elle impose à chacun de jouer sur les interactions, les échanges contradictoires et leurs effets sur la pensée et l'action des individus et du groupe.

Les réponses à ce questionnaire correspondent donc bien à notre définition de l'autonomie professionnelle et ont affirmé l'importance des interactions environnement/individu.

II.2.3. Quel rôle pour l'encadrement ?

D'après cette synthèse, nous pouvons considérer que l'adhocratie sanitaire ou médico-sociale constitue le type d'organisation dans lequel l'autonomie professionnelle des acteurs peut se développer le plus facilement. Dans la bureaucratie professionnelle, comme dans l'adhocratie, nous pouvons noter que l'ensemble des facteurs, et le fait qu'ils deviennent favorisants, sont intimement liés à la qualité de la relation et de la communication entre acteurs. Ceci se vérifie peut-être moins pour la formation, quoique le choix de l'embauche d'un professionnel, l'attribution ou non d'une formation ou d'un budget formation relèvent souvent d'une négociation où la communication est aussi primordiale. La construction de l'autonomie professionnelle de l'individu se déroulant dans les interactions avec son environnement, l'ensemble de ces facteurs peuvent devenir contraintes ou opportunités. L'individu a le choix de les affronter ou de les saisir, en s'appuyant pour cela sur son identité professionnelle.

Mais quel rôle véritable l'encadrement joue-t-il dans ce processus ? Peu de responsables interrogés ont abordé leur propre autonomie professionnelle, leur formation, leurs relations avec le personnel. Ils occupent pourtant cette place particulière et médiane où ils doivent harmoniser les interventions des professionnels pour réaliser les objectifs de l'institution. Dans les secteurs sanitaire et médico-social ces objectifs doivent répondre aux

besoins des usagers/clients et leur permettre de réaliser leur projet de vie. Il s'agit donc d'une mission valorisante mais ambitieuse !

Comment l'encadrement peut-il favoriser le développement et l'expression d'une autonomie professionnelle qui soit compatible avec ces objectifs et qui permette elle-même d'accompagner l'utilisateur/client dans la construction de sa propre autonomie ? Que doit-il mettre en œuvre pour qu'existent ces relations de qualité qu'il considère nécessaires entre les différents acteurs du système de soins ? Peut-il intervenir pour que chacun reçoive une formation qui permette l'élaboration d'une identité professionnelle solide? Quelle est l'importance de ses propres formations, autonomie professionnelle et capacités relationnelles ?

Nous n'avons pas l'ambition de répondre à toutes ces questions, mais il nous semble indispensable que chaque responsable des secteurs sanitaire et médico-social puisse s'interroger sur son rôle dans ce système de soins en pleine mutation.. Sur la base de ces conclusions, nous allons, dans la partie suivante, proposer quelques pistes de réflexion sur la pratique des cadres des secteurs sanitaire et médico-social, et sur leur formation en particulier.

II.3. Propositions

Nous avons relevé les principaux facteurs favorisant l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle. Comment l'encadrement peut-il intervenir sur ces facteurs ?

La formation :

L'encadrement des secteurs sanitaire et médico-social participe parfois aux formations initiales des professionnels. Les diplômes de cadre de santé comportent d'ailleurs un programme de pédagogie pour préparer les futurs cadres à l'enseignement, mais ce n'est pas le cas, à notre connaissance, pour les autres diplômes de cadre de ces secteurs. Il paraît évidemment intéressant de faire intervenir, dans les instituts de formation, des professionnels en fonction en collaboration avec les enseignants permanents. Certains cadres accueillent aussi des stagiaires en cours de formation dans leurs services . Ces échanges, outre l'apport de connaissances pratiques et théoriques, favorise, par la confrontation aux autres et à

l'environnement du travail, la construction de l'identité et de l'autonomie professionnelles, nous l'avons déjà mentionné.

L'encadrement, sur son lieu d'exercice, peut aussi intervenir sur le choix de la formation des professionnels : embauche de personnes qualifiées et expérimentées, élaboration des plans de formation, choix des personnes ou des services pouvant en bénéficier.

Dans ces deux cas, outre sa disponibilité, les capacités d'argumentation et de négociation du cadre sont indispensables. Est-ce que sa propre formation le prépare à cela ou doit-il seulement faire appel à ses qualités relationnelles personnelles ?

Mode de coordination, de répartition du pouvoir, définition des objectifs :

Nous regroupons ces trois facteurs tant il nous semble, ici encore, que par sa place particulière et médiane, les capacités du cadre à expliciter, harmoniser les interventions, argumenter et négocier sont largement sollicitées et indispensables. Il lui faudrait en effet fréquemment décliner les buts de l'organisation en objectifs, justifier et présenter des décisions. Il devrait aussi coordonner les interventions des professionnels, parvenir à les impliquer et les responsabiliser. Cette « lourde tâche », si elle était accomplie, favoriserait la construction de l'autonomie professionnelle, c'est bien ce qu'ont mentionné les personnes interrogées. L'encadrement doit également gérer des conflits (la répartition du pouvoir n'étant jamais définie une fois pour toute), permettre l'expression de chacun et favoriser la prise d'initiative. Bien sûr tout ceci requiert la participation des individus et de l'institution, mais, là encore, la propre formation du cadre l'a-t-elle préparé à assumer toutes ces fonctions ? Chaque cadre dispose-t-il de toutes les capacités indispensables à cet exercice, et si non, peut-il les développer ?

De nombreux auteurs se posent de plus en plus souvent ces questions. Les « recettes » de management proposées par le passé ont en effet, pour la plupart, montré leurs limites, voire leurs dangers. Pour Mintzberg, elles nous ont conduits à « éliminer le jugement et l'intuition »³⁴. Selon Crozier, « il est plus intéressant de travailler en profondeur sur la préparation des décisions, la recherche, l'anticipation et l'analyse des problèmes réels que de jongler avec des solutions, aussi brillantes qu'inefficaces »³⁵. Il n'est pas question ici de remettre en cause la légitimité du management participatif, de l'organisation qualifiante ou

³⁴ Mintzberg H., op cité, p 504.

³⁵ Crozier M., « La crise de l'Intelligence, essai sur l'impuissance des élites à se réformer », InterEditions, Paris, 1995, p 187.

d'autres démarches qui permettent à l'autonomie professionnelle de se développer (dans la mesure où elles s'accompagnent de réflexions adaptées au contexte et ne s'appliquent pas comme des recettes). Nous considérons, comme Breton que « l'exercice de la responsabilité implique (...), plus que jamais, une éthique du **renoncement** à la force, à la puissance du verbe, à l'efficacité des procédés manipulatoires. En retour se dessine un lien social où chacun serait aussi l'acteur de la liberté (et de l'autonomie ?) d'autrui. »³⁶. Mais il faut se méfier d'autres pratiques qui tentent d'imposer une morale ou une éthique nouvelle, sous couvert que la crise de la morale serait à l'origine du mal-être des sociétés. « Invoquer les valeurs perdues ou les morales en faillite est devenue la routine consolatrice à une modernité qui ne sait plus où elle en est mais se rassure à peu de frais »³⁷. Cela nous conduit aujourd'hui à réfuter le terme de « savoir être » qui était devenu un composant obligé de la nouvelle compétence professionnelle. « Cette notion mélange allègrement le plan professionnel et personnel, renvoie pêle-mêle aux comportements, valeurs, sentiments et se prête à de multiples usages et manipulations »³⁸. Or, nous savons que la manipulation prépare l'aliénation, l'hétéronomie³⁹ qui sont le contraire de l'autonomie. Le management individualisé a parfois aussi conduit à des effets pervers. Il gomme la possibilité de distance entre l'individu et l'organisation à laquelle il est amené à s'identifier.

Comment l'encadrement peut-il alors parvenir à argumenter sans manipuler, expliciter les règles de l'organisation sans aliéner ?

Rappelons qu'il lui est indispensable, compte tenu des missions des secteurs sanitaire et médico-social de construire sa propre autonomie professionnelle, comme de favoriser le développement de celle des autres professionnels. Pour y réussir, il nous semble primordial de disposer de capacités d'analyse et d'argumentation, qui, facilitant la communication, favoriseront les relations interprofessionnelles.

La personne autonome est aussi celle qui sait à partir de quel moment elle doit intervenir pour tenter de faire évoluer les règles qui, jusqu'alors s'imposaient à tous mais ne sont plus acceptables. L'acquisition de ces capacités de jugement, d'analyse et d'argumentation ne font pourtant partie d'aucun programme de formation de cadre des secteurs sanitaire et médico-social. (Certains Instituts de formation ou certains enseignants

³⁶ Breton P., « *La parole manipulée* », La Découverte/essais, Paris, 1997, p 198.

³⁷ Guillebaud J.C., « *La refondation du monde* », Seuil, Paris, 1999, p 13.

³⁸ Le Goff J.P., « *La barbarie douce* », La Découverte, Paris, 1999, p 32.

³⁹ L'individu hétéronome est celui qui reçoit de l'extérieur les lois qui régissent sa conduite, au lieu de les trouver en soi.

choisissent d'insister sur ces domaines, mais cela relève de leur choix et de leur libre arbitre). Ceci est d'autant plus regrettable que les professionnels qui suivent ces formations, ont, pour la plupart, déjà une expérience professionnelle. La formation pourrait représenter une occasion privilégiée, pour chacun, d'analyser cette expérience et de la confronter à l'analyse des autres, d'apprendre à présenter et défendre ses positions en dehors de la pression du terrain.

De nombreux auteurs relèvent cette nécessité. Mintzberg la développe dans son chapitre « Une société devenue ingérable »⁴⁰. Comme Crozier qui cite comme levier de changement « la formation des cadres et des dirigeants à un autre mode de raisonnement », pour « investir dans une nouvelle intelligence sociétale et humaine, c'est à dire qui cherche à comprendre l'homme dans la société. Intelligence de la complexité des systèmes humains et en même temps de la liberté de l'homme »⁴¹. Parmi ses suggestions de formation pour les managers, Le Goff⁴² propose de développer les capacités d'analyse, de synthèse, de communication et d'argumentation par une formation en situation de travail et une formation de culture générale (donnant une place plus importante aux sciences humaines). Selon lui cela permettrait de comparer sa pratique avec d'autres, d'analyser son expérience. Cette mise en jeu permettrait l'acquisition de mécanismes de formalisation, d'ordonnancement, mais aussi le recul réflexif et le décentrement nécessaires à l'analyse.

Pour Breton, le modèle de cette formation existe : « la rhétorique des Anciens ». « Il faut y revenir pour le dépasser, l'adapter aux conditions de notre époque (...) pour (...) apprendre à débattre, à argumenter, à connaître les limites du respect de l'autre »⁴³. Cela semble indispensable pour ces secteurs où les usagers/clients sont plus fragiles du point de vue de l'influence et du risque de manipulation, que leurs professionnels élaborent cette « nouvelle rhétorique »⁴⁴. Cela permettrait à chacun de développer son autonomie, avec les autres et dans le respect de tous.

L'encadrement aurait alors la possibilité, grâce à ses capacités d'analyse, de faire en sorte que chacun, lui comme l'institution, les professionnels ou les usagers/clients œuvre de telle manière que les facteurs que nous avons cités favorisent l'expression et le développement de l'autonomie de tous.

⁴⁰ Mintzberg H., op cité.

⁴¹ Crozier M., op cité, p 189.

⁴² Le Goff J.P, « *Les illusions du management* », La Découverte/ Essais, Paris, 1996.

⁴³ Breton P., op cité, p 208.

⁴⁴ Idem

III. Conclusion

Dans des secteurs où l'autonomie des usagers/clients doit représenter une préoccupation et l'objectif principal des professionnels, nous avons souhaité nous interroger sur la propre autonomie professionnelle des différents acteurs. L'encadrement occupe-t-il une place qui lui permet de favoriser l'expression et le développement de cette autonomie professionnelle ? Quels sont les moyens dont il dispose, les obstacles qu'il rencontre ? Intervient-il dans ce processus dynamique de construction de l'autonomie professionnelle ?

Les secteurs sanitaire et médico-social se situent dans un contexte particulier du fait de leurs missions de santé et d'offre de soins, mais aussi par les tendances et contraintes actuelles qui les conduisent à modifier l'organisation de leurs structures. La crise de financement du système, le progrès scientifique, le vieillissement de la population et l'augmentation de la gravité de certaines déficiences, la demande paradoxale faite aux professionnels, le développement des services ambulatoires et à domicile et l'introduction des procédures d'évaluation constituent ces principales tendances et contraintes. Elles entraînent des modifications dans l'organisation concernant les interactions entre tous les acteurs : institution, hiérarchie intermédiaire, professionnels, usagers/clients. Cette organisation, dans les secteurs sanitaire et médico-social présente donc des particularités mais aussi des constantes qui permettent de la rattacher à un modèle. Nous avons choisi celui de Mintzberg qui nous semblait le plus adapté à ce domaine.

Ce travail nous a permis de présenter les deux principaux types d'organisation de ces secteurs : la bureaucratie professionnelle et l'adhocratie, qui gardent souvent des caractéristiques de l'organisation missionnaire, dont elles sont issues sur le plan historique. Nous avons envisagé le modèle de Mintzberg selon les variables relevées par l'auteur, la structure et le mode de coordination, le marché, les buts et le pouvoir.

Ces deux types d'organisation exigent, de la part des acteurs une prise d'initiatives importante, de même que tout secteur en changement demande que chacun de ces acteurs sache se définir sur le plan professionnel pour se situer dans le domaine d'intervention qui correspond à ses compétences.

Nous avons donc été conduits à définir l'autonomie professionnelle et son mode d'expression et de développement dans les secteurs sanitaire et médico-social. Cette autonomie professionnelle s'élabore dans un processus continu et dynamique d'interactions

entre l'individu et son milieu professionnel. Elle va permettre à cet individu de se définir comme unique et particulier, grâce à la reconnaissance par les autres. Dans les secteurs sanitaire et médico-social, l'appartenance à une structure et la participation à une œuvre représentent les deux principales modalités d'accès à cette reconnaissance de soi et des autres. A ces deux voies de définition identitaire, décrites par Sainsaulieu, s'ajoutent, de façon plus ponctuelle, l'affrontement et la trajectoire.

Dans cette construction de l'autonomie professionnelle où l'environnement intervient de manière si prégnante, il nous a paru que l'encadrement occupait une place particulière. Nous avons donc souhaité réaliser une étude auprès de cadres des secteurs sanitaire et médico-social afin d'analyser leurs conceptions de l'autonomie professionnelle et l'influence qu'ils pensent exercer sur son expression et son développement. Cette étude souligne l'importance de l'environnement professionnel et du type d'organisation sur la construction de l'autonomie professionnelle. Elle relève quatre principaux facteurs l'influençant : la formation, les modes de coordination et de répartition du pouvoir et la définition des objectifs. Mais cette étude n'a pas permis de définir les moyens « intrinsèques » dont l'encadrement dispose pour faciliter l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle, il s'agit de la principale limite de ce travail.

Les facteurs relevés par les cadres interrogés, mais aussi la mise en évidence de cette limite, soulignent la nécessité, pour l'encadrement, de posséder des capacités importantes sur le plan relationnel, de l'analyse et de l'argumentation. Elles sont indispensables à la mise en place des facteurs favorisant l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle (pour l'encadrement comme pour les autres acteurs), mais aussi pour permettre l'adaptation aux contraintes et tendances des secteurs sanitaire et médico-social et le changement vers une organisation adaptée.

Nous avons vu que certaines institutions des secteurs sanitaire et médico-social évoluent vers un fonctionnement en réseau, correspondant en partie à l'adhocratie décrite par Mintzberg. En effet, les missions de ces secteurs et leur obligation de s'adapter à l'évolution des besoins des usagers/clients, les conduit à adopter, de plus en plus, une démarche basée sur l'approche globale. Cette approche globale, qui signifie de prendre en compte la personne dans son environnement complet, nécessite un travail réellement interdisciplinaire, permet et induit le fonctionnement en réseau. Cette interdisciplinarité exige, elle, de la part des professionnels, qu'ils disposent d'un degré d'autonomie professionnelle important. Cela

signifie de mettre en commun les savoirs, les compétences de tous, sans prédominance d'une discipline sur l'autre (ni d'un individu), afin d'obtenir cette vision globale de la situation de l'utilisateur/client et d'élaborer une méthodologie partagée. Cela n'est possible que si chaque acteur parvient à définir et à générer ses propres stratégies d'action dans son milieu professionnel, de façon à ce qu'elles soient compatibles avec celles des autres et avec les objectifs communs. Cela permet alors de mettre en place, et de maintenir, les types d'organisation correspondant aux besoins des utilisateurs/clients. Ces types d'organisation, eux-mêmes, favorisent l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle.

L'encadrement occupe une place privilégiée autant que difficile pour harmoniser cette mise en commun des savoirs, des compétences et des interventions. Il doit aussi veiller à la cohérence des objectifs des utilisateurs/clients, de l'institution et de ses différents acteurs.

Cette position de coordonnateur nous paraît relever plus d'une autorité (au sens des Grecs anciens : « qui aide à faire grandir ») que d'une hiérarchie de contrôle. Mais il lui est alors nécessaire, pour obtenir cette cohérence et cette harmonie, de développer des qualités humaines (relationnelles et d'analyse), comme sa propre autonomie professionnelle. Il lui faut définir, en permanence, ce lien de coopération véritable qui évite l'aliénation (ou l'hétéronomie) par la manipulation, l'anomie par le retranchement ou l'évitement. Pour y parvenir, il faut reconnaître cette interdépendance de tous les acteurs (utilisateurs/clients, institution, professionnels) qui les « oblige(nt) à s'organiser et à se coordonner pour réussir leur coopération »⁴⁵. C'est dans cette interdépendance que chacun élabore son autonomie, qui ne doit se confondre ni avec l'individualisme, ni avec l'indépendance.

Si l'encadrement dispose des capacités d'analyse lui permettant de comprendre la logique des stratégies, il sera en mesure, alors, de participer de façon positive à la croissance de chacun. Ces capacités relationnelles et d'analyse peuvent s'acquérir et se développer au cours d'un apprentissage en situation et grâce à de meilleures cultures générale et connaissances des sciences humaines.

Une réflexion sur une formation (initiale et continue) différente pour les cadres des secteurs sanitaire et médico-social paraît indispensable pour préparer ces changements, et en particulier leur permettre d'élaborer une identité professionnelle « d'acteur de

⁴⁵ Friedberg E., « *La dynamique de l'action organisée* » dans : Cabin P (dir), « *Les organisations, état des savoirs* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, p 51

l'interdisciplinarité ». Cela suppose, dès la formation initiale, de s'ouvrir à d'autres disciplines. La sociologie et la philosophie de la santé, par exemple, n'existent pas (ou très peu), en France. Elles sont pourtant bien implantées dans d'autres pays où elles contribuent à cette nécessaire prise de recul pour une meilleure analyse des pratiques des professionnels. La formule qui conviendrait aux secteurs sanitaire et médico-social français reste à inventer. Celles qui existent à l'étranger ne sont pas transposables en l'état à la France, mais pourraient peut-être l'inspirer.

Les acteurs de terrain parviennent heureusement à gérer des situations imprévues ou difficiles, à répondre à des besoins de plus en plus complexes. Il n'en reste pas moins qu'ils souhaiteraient certainement disposer des moyens nécessaires et d'éventuels soutiens pour pouvoir, épisodiquement, profiter du « décentrement et du recul réflexif »⁴⁶ que conseille Le Goff. Une étude complète et rigoureuse des besoins en formation (initiale et continue) de cet encadrement des secteurs sanitaire et médico-social, en fonction des réalités du terrain et des souhaits des acteurs concernés, permettrait de déterminer quelles modifications et innovations sont nécessaires dans ce domaine. A notre connaissance cette étude reste à faire, les bouleversements que ces secteurs ont connu ces dernières années la justifient.

⁴⁶ Le Goff J.P., « *Les illusions du management* », La Découverte, Paris, 1996, 135 p.

IV. Bibliographie

- ⇒ AGRH : actes du congrès 1999, « *La GRH : Autonomie et Contrôle* », FNEGE, Lyon 1999, 965 p.
- ⇒ Alecian S., Foucher D., « *Guide du management dans le service public* », Editions d'Organisation, Paris, 1994, 430 p.
- ⇒ Amadiou J.F., Cadin L., « *L'organisation qualifiante* », Economica, Paris, 1996, 110 p.
- ⇒ Boltanski L., « *Les cadres. La formation d'un groupe social* », Seuil, Paris, 1998, cité par Dubar C., Tripiet P., « *Sociologie des professions* », Armand Colin, Paris, 1998
- ⇒ Bremond Le Flanchec A., « *L'autonomie des acteurs* » dans : AGRH : actes du congrès 1999, « *La GRH : Autonomie et Contrôle* », FNEGE, Lyon 1999, p 199.
- ⇒ Breton P., « *La parole manipulée* », La Découverte/essais, Paris, 1997, 220 p.
- ⇒ Cabin P (dir), « *Les organisations, état des savoirs* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, 411 p.
- ⇒ Cabin P., « *Amnesty International : de l'organisation missionnaire à la bureaucratie* » dans : Cabin P (dir), « *Les organisations, état des savoirs* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, 411 p.
- ⇒ Castoriadis C., « *Pour un individu autonome* », dans : « *Penser le XXème siècle* », Manière de voir, Le Monde Diplomatique, 2000, 52 :14-17
- ⇒ Crozier M., Friedberg E., « *l'Acteur et le Système* », Seuil, Paris, 1977, 500 p.
- ⇒ Crozier M., « *La crise de l'intelligence : essai sur l'impuissance des élites à se réformer* », InterEditions, Paris, 1995, 200 p.
- ⇒ Dubar C., Tripiet P., « *Sociologie des professions* », Armand Colin, Paris, 1998, 256 p.
- ⇒ Guihard J.P., « *l'interprofessionnalité au risque du CHS* », Mémoire cadre de santé, IFCS Croix Rouge, Paris, 1999, 91 p.
- ⇒ Guillebaud J.C., « *La refondation du monde* », Seuil, Paris, 1999, 366 p.
- ⇒ Le Goff J.P., « *La barbarie douce* », La Découverte, Paris, 1999, 126 p.
- ⇒ Le Goff J.P., « *Les illusions du management* », La Découverte, Paris, 1996, 135 p.
- ⇒ Malherbe J.F., « *Pour une éthique de la médecine* », Ciaco, Bruxelles, 1990, 207 p.
- ⇒ Michea J.C., « *L'enseignement de l'ignorance* », Micro-climats, Castelnau-le-lez, 1999, 140 p.
- ⇒ Mintzberg H., « *Le management : voyage au centre des organisations* », Editions d'Organisation, Paris, 1989, 570 p.
- ⇒ Muchielli A. ; Hart J., « *Soigner l'hôpital* », Lamarre, Paris, 1994, 187 p.
- ⇒ Piaget J., « *Psychologie de l'intelligence* », Armand Colin, Paris
- ⇒ Piaget J., « *Biologie et connaissance* », Gallimard, Paris
- ⇒ Ruano-Borbalan J.C. (dir), « *L'identité : l'individu, le groupe, la société* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1998, 394 p.
- ⇒ Sainsaulieu R., « *L'identité au travail* », Références, Paris, 1993, 477 p.
- ⇒ Sainsaulieu R., « *La construction des identités au travail* » dans : Cabin P (dir), « *Les organisations, état des savoirs* », Editions Sciences Humaines, Auxerre, 1999, 411 p.
- ⇒ Turlan N., « *Autonomie, approche conceptuelle pour une meilleure pratique* », Journal d'ergothérapie, 1999 ; 21 :72-75
- ⇒ Valteau P., « *La gestion de l'autonomie avec les autres formes de coordination : l'expérience des associations* », dans : AGRH : actes du congrès 1999, « *La GRH : Autonomie et Contrôle* », FNEGE, Lyon 1999, p 96.
- ⇒ Varella F., « *Autonomie et connaissance : essai sur le vivant* », Seuil, Paris, 1989, 248 p.

V. Annexes

Sommaire des annexes

Pages :

- **Annexe 1 :**

- Les établissements et structures des secteurs sanitaire et médico-social**

- 1. Le champ sanitaire 3
 - 2. Les institutions sociales et médico-sociales

- **Annexe 2 :**

- Questionnaire sur l'autonomie professionnelle 5**

- **Annexe 3 :**

- Résultats de l'étude 9**

- ⇒ Tableau de synthèse 9

- ⇒ Généralités, composition de l'échantillon 10

- ⇒ Réponses aux questions sur l'autonomie professionnelle 12

Les établissements et structures des secteurs sanitaire et médico-social

1. Le champ sanitaire : les établissements de santé :

– Le Service Public Hospitalier est assuré par :

d) Les établissements publics de santé :

Définition : (art L 714-1 du Code de Santé publique) ce sont des personnes morales de droit public ; dotés de l'autonomie financière et administrative, mais leur objet principal n'est ni industriel, ni commercial ; créés par décret ou arrêté préfectoral après avis du CNOSS ou du CROSS⁴⁷ ; administrés par un conseil d'administration ; dirigé par un directeur nommé par le ministre ; soumis au contrôle de l'Etat. Ils sont financés par une dotation globale.

Catégories : (art L711-6) les Centres Hospitaliers Régionaux (vocation régionale liée à leur haute spécialisation, assurant en outre les soins courants à la population proche) ; les Centres Hospitaliers Universitaires (ayant passé une convention avec une université comportant une ou plusieurs unités de formation et de recherche médicale, pharmaceutique ou odontologique) ; les Hôpitaux Locaux (dispensent, avec ou sans hébergement : des soins de courte durée en médecine, des soins de suite et de réadaptation) ; les Centres Hospitaliers (ceux qui ne figurent ni sur la liste des CHR, ni des HL).

e) Les établissements de santé privés :

Les établissements à but non lucratif : ils peuvent être admis à participer à l'exécution du SPH. Il sont alors financés par dotation globale.

Les établissements à but lucratif : ils peuvent conclure un contrat de concession pour l'exécution du SPH.

Tous ces établissements sont soumis à une autorisation d'ouverture par arrêté préfectoral (ou ministériel) à la suite d'un avis du CROSS (ou du CNOSS). Certains de ces établissements, à but lucratif ou non, ne participent pas au SPH.

f) Les établissements psychiatriques :

L'organisation de la lutte contre les maladies mentales est caractérisée par son organisation en secteurs psychiatriques géographiques. Tout habitant d'un secteur doit pouvoir y être pris totalement en charge en ce qui concerne la psychiatrie, mais il reste libre de son choix et peut donc avoir aussi accès à des établissements non rattachés à son secteur, publics ou privés (le public étant nettement prédominant dans le domaine de la psychiatrie).

2. Les institutions sociales et médico-sociales :

– L'enfance inadaptée : les établissements régis par les annexes XXIV du décret de 1956, accueillent des enfants et adolescents présentant : des déficiences intellectuelles ou des troubles du comportement ; des déficiences motrices ; des handicaps graves associant

⁴⁷ CNOSS : comité national d'organisation sanitaire et sociale ; CROSS : comité régional d'organisation sanitaire et sociale.

déficience motrice et déficience mentale sévère ou profonde ; des déficiences auditives ou visuelles graves. Ils leur assurent à la fois une éducation spéciale et les soins nécessités par leur état. Certaines de ces institutions fonctionnent en cure ambulatoire.

- Les adultes handicapés : les établissements reçoivent les personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie et dont l'état nécessite une surveillance médicale et des soins constants. Ils sont financés par l'Assurance Maladie (tout ou partie) et éventuellement par le département avec la participation des personnes hébergées.
- Les personnes âgées : les maisons de retraite et les foyers logement reçoivent les personnes âgées dont le maintien à domicile n'est plus possible ou souhaité. Ils peuvent être médicalisés ou non : les sections de cure médicale permettent, à l'intérieur de ces établissements d'accueillir les personnes qui ont perdu la capacité d'effectuer seuls les actes ordinaires de la vie, ou qui sont atteints d'une affection somatique ou psychique stabilisée. Les services de soins à domicile assurent, sur prescription médicale, des soins infirmiers et d'hygiène. Ils s'ouvrent de plus en plus à d'autres bénéficiaires que les seules personnes âgées.

Annexe 2

Questionnaire sur l'autonomie professionnelle

Bénédicte Goulet de Ruggy
Passage de l'Androne
F. 30200 St Laurent de Carnols
T : 04 66 82 73 78
Email : benedicte.goulet_de_ruggy@libertysurf.fr

Cher(e) collègue ,

Ergothérapeute cadre de santé, je prépare un DESS CAAE (Certificat d'aptitude à l'administration des entreprises) à l'IAE de l'Université Montpellier 2. Dans ce cadre, j'ai choisi de réaliser un mémoire de gestion des ressources humaines sur **l'autonomie professionnelle dans les secteurs sanitaire et médico-social, et l'influence de l'encadrement sur l'expression et le développement de cette autonomie**. Je me permets donc de vous solliciter pour remplir un questionnaire sur ce sujet.

Ce questionnaire sera bien entendu traité de façon anonyme et confidentielle et je m'engage à ne communiquer aucune réponse individuelle dont on pourrait identifier l'auteur.

Je vous ferai parvenir mon analyse de l'ensemble des réponses dès que possible, n'hésitez pas par la suite à me transmettre vos réflexions sur cette analyse. Si vous désirez consulter l'ensemble de mon travail lorsqu'il sera terminé (septembre 2000), donnez-moi une adresse email à laquelle je pourrai vous l'expédier.

Je vous remercie par avance pour votre aide et le temps que vous voudrez bien consacrer à cette réflexion.

Cordialement,

Indications pour remplir ce questionnaire :

Pour remplir ce questionnaire, il vous est demandé de réfléchir sur l'autonomie professionnelle des personnes dont vous êtes responsable (salariés de la structure dont vous êtes directeur ou directrice, salariés qui composent l'équipe que vous encadrez).

Pour les questions comportant l'échelle chiffrée, entourez le chiffre qui correspond à votre opinion. Pour les autres, n'hésitez pas à développer sur le verso de la feuille si vous le souhaitez (en indiquant le numéro de la question concernée) ainsi qu'à faire des commentaires.

Si vous ne pouvez répondre à une question (parce que vous ne vous sentez pas concerné, parce que vous ne la comprenez pas, ou autre raison), merci d'indiquer les causes de votre non réponse.

Merci de retourner le questionnaire renseigné à l'adresse ci-dessus.

Généralités :

1. Vous exercez dans un établissement ou une structure :

Sanitaire :.....
Médico-sociale :.....
Autre :.....

2. Nombres d'usagers de votre structure (pour les ESVAD, SRAI ou structures d'aide à domicile: par an).....

3. Vous êtes :

Directeur, directrice (ou équivalent) :.....
Cadre (autre que directeur) :.....

4. Nombres de salariés sous votre responsabilité :.....

5. Dans quel département se trouve votre structure.....

6. Quelle est votre formation de base et année du diplôme :

.....

7. Si vous avez une formation de cadre, indiquez laquelle et l'année d'obtention du diplôme:.....

.....

8. Quel est votre âge ?.....

Questionnaire sur l'autonomie professionnelle

(les espaces entre les questions ont été supprimés pour une présentation plus facile)

1. Selon vous, les définitions suivantes s'appliquent-elles à l'autonomie professionnelle ? :

	Pas du tout				Tout à fait
a) capacité de prendre des initiatives et des décisions en situation de travail :	1	2	3	4	5
b) capacité à élaborer, choisir et mettre en place ses activités en prenant en compte les contraintes et les opportunités du milieu professionnel :	1	2	3	4	5
c) capacité d'agir selon ses propres règles, en l'absence de contrôle régulier	1	2	3	4	5
d) possibilité d'exécuter ses tâches professionnelles seul	1	2	3	4	5

2. Avez-vous une autre définition de l'autonomie professionnelle ? :

3. L'autonomie professionnelle manifestée par le personnel est cohérente avec les objectifs de votre structure :

Pas du tout Tout à fait

1 2 3 4 5

Commentaires :

4. Dans votre situation professionnelle, avez-vous la possibilité de favoriser le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle du personnel dont vous êtes responsable ? :

Pas du tout Tout à fait

1 2 3 4 5

5. Donnez les moyens principaux qui vous permettent de favoriser le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle du personnel:

6. Indiquez les obstacles principaux que vous rencontrez pour favoriser le développement et l'expression de l'autonomie professionnelle du personnel:

Commentaires :

7. Le fait que vous disposiez de ces moyens et que vous rencontriez ces obstacles influence-t-il votre façon de recruter le personnel ? :

Pas du tout Tout à fait

1 2 3 4 5

Commentaires :

8. Votre institution souhaite l'expression et le développement de l'autonomie professionnelle du personnel :

Pas du tout Tout à fait

Annexe 3

Résultats de l'étude

Tableau 1 : synthèse des réponses

N°	1S	1MS	1A	3D	3C	4nb	6D	6AnD	7DC	7AnDC	8â	1a	1b	1c	1d	3	4	7	8	9	12	13	14is	14ca	14id
1	1				1	22	DE	91	CSE	99	36	3	5	1	1	2	5	5	3	2	1	2	5	4	4
2	1				1	14	DE	70	CSE	84	51	5	5	2	4	3	4	4	4	4	4	4	5	5	5
3	1				1	19	DE	69	CSE	82	53	4	5	3	3	4	4	4	4	2	4	4	4	4	4
4			1	1		19	Licence	91			33	5	5	1	1	4	4	2	4	4	2	4	5	5	5
5			1	1		450			DessGRH	94	29	5	5	2	3	4	4	5	5	5	4	2	4	4	5
6	1				1	18	DE	77	DessEv	98	47	5	4	1	1	3	4	3	2	2	4	3	4	4	5
7		1			1	80	DEES	73			49	5	5	1	5	5	5	5	5	3	3	4	4	4	3
8		1		1		100	DEES	69	ENSP	83	55	5	5	1	3	4	4	4	3	3	4	4	4	4	4
9		1			1	17	DEES	76	autre	83	51	5	5	1	3	4	4		4	3	4	4	4	4	3
10	1				1	20	DK	75			50	4	3	2	2	4	2	3	3	2	3	3	3	3	4
11		1		1		33	DI	73	Cafdes	94	49	4	4	2	5	4	4	3	4	4	5	3	1	4	4
12			1	1		5	DEES	81	autre	98	43	4	4	1	3	4	3	3	3	2	4	4	3	3	4
13	1				1	15	DK	77	CSK	84	48	5	5	2	2	4	4	1	4	4	4	3	3	3	3
14	1				1	10	DK	88	CSK	98	36	4	3	1	4	4	4	3	1	1	3	4	2	4	5
15	1				1	17	DK	88	CSK	97	36	4	4	1	4	3	5	5	1	1	3	3	2	5	2
16		1		1		40	DEES	74	Cafdes	97	53	5	4	2	3	3	5	5	5	4	3	4	4	4	5
17		1			1	8	DAS	86			36	4	2	4	3	4	5	5	3	3	4	4	4	4	5
18		1			1	23	DEES	67	autre	65	56	5	5	3	4	4	3	4	3	4	3	3	3	4	4
19	1				1	5	DE	74	CSE	99	47	5	5	2	3	3	4	1	3	3	4	3	5		5
20	1				1	15	DK	81	CSK	97	41	5	5	3	5	4	4	5	4	2	4	4	2	5	5
21			1	1		5	DE	81			41	5	5	5	5	4	3	5	3	3	5	5	5	5	5
22	1				1	14	DE	84	CSE	93	38	5	5	4	4	4	4	5	2	2	5	5	3	5	5
23			1	1		43	DK	74	CSK	97	46	5	5	1	5	3	4	5	5	4	4	3	4	4	5
24			1	1		5	DEES	75			49								4	4	3	3	4	4	3
25			1		1	6	DE	77			46	5	5	3	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4
26		1			1	9	Bac	68			53	5	4	4	5	5	3	5	4	3	4	2	5	3	5
27		1		1		5	DE	80	Cafdes	0	42	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	4	4	4
28	1			1			DE	81	CSE	94	42	5	5	5	5	5	5	5	1	1	3	1	5	1	5
29			1	1		61			autre		40	4	4	1	1	3	3	1	4	3	2	2	3	3	4
30		1		1		5	DE	79			45	5	5	2	2	5	4	5	5	5	4	4	4	4	5
31	1				1	3	DE	70	CSE	82	55	4	5	1	2	4	4	3	3	3	5	4	2	4	4
32		1			1	34	DEES	84	autres	99	42	5	5	1	2	3	3	4	4	3	4	4	5	4	4
33		1			1	14	Licence	72			48	5	5	1	3	3	1	4	3	2	4	2	2	3	4
34		1			1	11	DI	89	DessCaee	97	34	5	5	1	3	3	4	3	4	2	3	3	5	3	4
35	1				1	17	DE	82			38	5	5	1	3	3	4	5	3	1	3	3	5	1	5
36	1				1	4	DE	81	CSE	97	41	5	5	2	3	4	3	2	1	1	5	2	1	5	5
37	1				1	20	DE	77	CSE	84	45						4	2	4	3	5	3	5	5	5
38	1				1	12	DK	78	CSK	97	48	5	5	3	5	4	5	5	5	4	3	3	4	5	5
	17	13	8	13	25	32	=Moy		Moyenne	=	45	4,8	4,6	2,3	3,5	3,8	3,9	3,8	3,3	2,8	3,8	3,2	3,6	3,8	4,4
						15	=Média		Médiane	=	46	5	5	2	3	4	4	4	4	4	3	4	3	4	4,5

N° : ordre de réception

1S : sanitaire ; 1MS : médico-social ; 1A : autres

3D : directeur ou directrice ; 3C : cadre ; 4nb : nombre de salariés dont la personne a la responsabilité

6D : diplôme de base ; 6AnD : année du diplôme de base ; DE : diplôme d'Etat d'ergothérapeute, DEES : diplôme d'Etat d'éducateur spécialisé, DK : diplôme d'Etat de kinésithérapeute, DI : diplôme d'Etat d'infirmier(e), DAS : diplôme d'Etat d'assistant(e) de service social,

7DC : diplôme de cadre ; 7AnDC : année du diplôme de cadre ; CSE : cadre de santé ergothérapeute, DessGRH : diplôme d'études supérieures spécialisées en gestion de ressources humaines, DessEv : Dess missions et démarches d'évaluation, ENSP : école nationale de la santé publique, Cafdes : certificat d'aptitude aux fonctions de directeur d'établissement social, CSK : cadre de santé kinésithérapeute, Dess Caee : Dess certificat d'aptitude à l'administration des entreprises

8â : âge

1a, 1b, 1c, 1d : propositions de définitions de l'autonomie professionnelle de la question n°1(voir questionnaire)

3, 4, 7, 8, 9, 12, 13 : n° des questions

14is ; 14ca ; 14id : question n° 14 : institution, cadre, individu

Médiane : valeur pour laquelle 50% des réponses sont en dessus et 50% en dessous

Généralités :

57 questionnaires ont été envoyés, 41 ont été remplis et retournés, dont 3 sont inexploitable (2 car incomplets, 1 reçu hors délai) ce qui représente un taux de retour de 72%.

En ce qui concerne les réponses exploitables, elles émanent de professionnels représentés dans les tableaux suivants :

Tableau 2 : composition de l'échantillon

	Sanitaire	Médico-social	Autres	Total et (%)
Directeur/trice	1	5	7	13 (34%)
Cadre	16	8	1	25 (66%)
Total	17	13	8	38

Tableau 3 : nombre de salariés dont la personne interrogée est responsable

	De 5 à 10	11 à 50	51 à 100	Plus de 100
Nombre de salariés	12	21	3	1

(1 non-réponse)

- ★ Le nombre de personnes placées sous la responsabilité de la personne interrogée varie de 3 à 450, avec une médiane de 15 et une moyenne de 32.
- ★ Géographiquement, les personnes interrogées sont réparties sur tout le territoire français, avec une majorité dans les départements : 13, 30, 69.
- ★ Les formations de base et de cadres sont regroupées dans plusieurs domaines, avec une majorité de formation paramédicales dans le sanitaire et sociales dans le médico-social :

Tableau 4 : formations de base des personnes interrogées

Formation de base	Sanitaire	Médico-sociale	Autres	Total et (%)
Paramédicale	17	4	3	24 (65%)
Sociale	0	7	2	9 (24%)
Autres	0	1	3	4 (11%)
Total et (%)	17 (46%)	12 (32%)	8 (22%)	37

(1 non-réponse)

- ★ Ancienneté du diplôme :

Tableau 5 : ancienneté du diplôme de base

	- de 5 ans	De 5 à 10 ans	+ de 10 ans	Total et (%)
Paramédicale :				24 (67%)
Infirmier	0	0	2	2 (5%)
Kinésithérapeute	0	0	7	7 (19%)
Ergothérapeute	0	1	14	15 (42%)
Sociale :				9 (25%)
Assistant(e)	0	0	1	1(2%)

social(e) Educateur	0	0	8	8 (22%)
Autres	0	1	2	3 (8%)
Total et (%)	0	2 (5%)	34 (94%)	36

★ Formation de cadre et ancienneté du diplôme :

Tableau 6 : diplôme de cadre et ancienneté du diplôme

	- de 5 ans	De 5 à 10 ans	+ de 10 ans	Total et (%)
Cafdes	1	1	0	2 (8%)
Cadre de santé	8	2	5	15 (60%)
Dess	2	1	0	3 (12%)
Autres	2	0	3	5 (20%)
Total et %	13 (52%)	4 (16%)	8 (32%)	25

2 personnes n'ont pas donné la date de leur diplôme de cadre

11 personnes n'ont pas de diplôme de cadre

★ Age :

Médiane = 46 ans, moyenne = 46 ans

Réponses aux questions sur l'autonomie professionnelle :

Question n° 2 : Avez-vous une autre définition de l'autonomie professionnelle (AP) ?
Ne pas être psychopathe ou introverti
Sens de l'équipe et respect de tous des règles de fonctionnement
S'assumer, assumer sa fonction dans le respect complet de l'environnement aussi bien humain que matériel : choix éthiques
Capacité à s'auto-évaluer, à proposer des projets institutionnels compatibles avec la culture de l'entreprise et basés sur la culture institutionnelle
Responsabilité et engagement personnel
Bien maîtriser son rôle, sa fonction et le projet global dans lequel on est inscrit pour être en mesure de prendre seul des décisions qui s'inscrivent sans difficulté dans le cadre institutionnel
Sentir ce qu'il est nécessaire d'entreprendre pour réaliser « sans ordre » l'essentiel de son travail
Capacité d'élaborer et mettre en place ses activités dans le cadre de ses compétences, dans le respect des compétences et activités des autres et en concertation avec à la fois l'équipe à laquelle on est intégré et la hiérarchie
Capacité à choisir, élaborer et mettre en place ses activités en concertation avec l'équipe dans la limite de son décret de compétences et dans le respect des limites définies par le cadre rééducatif
Capacité à anticiper sur les conséquences d'une autonomie professionnelle, ce qui n'exclut pas l'évaluation
Marge de manœuvre laissée à un professionnel par son institution
Autoriser à prendre des initiatives, à mettre en œuvre un projet et à rendre compte
Capacité à exercer sa profession du mieux possible tout en respectant la culture de l'entreprise
Capacité à élaborer, choisir, agir selon les règles ministérielles (quotas agents, catégories professionnelles, décret de compétence) et d'exécuter des tâches en transdisciplinarité
Capacité à s'adapter à toute situation ne débordant pas le cadre défini par sa fiche de poste
Capacité de prendre des initiatives et des décisions en situation de travail et de discerner quand son propre positionnement conditionne celui des autres, discerner les points dont il faut référer au responsable et ceux que chacun gère
Autoévaluation des résultats en regards des objectifs définis après évaluation intégrée dans un travail psychiatrique interdisciplinaire de reprise
Capacité à agir seul mais avec soutien et une réflexion régulière (équipe et suivi d'équipe)
Définition b) avec prise en compte du patient
Définition a) et b) en ajoutant « en collaboration avec le collègue directorial et le directeur du service du personnel de l'institution »
L'a.p. ne se définit pas uniquement par les compétences ou les capacités d'un professionnel à l'être. L'a.p. est une combinaison entre le professionnel, la situation dans laquelle il travaille, le degré de liberté décisionnelle ou d'utilisation des moyens qu'il a choisi pour atteindre l'objectif fixé et le système d'autorité pratiqué dans son milieu professionnel.
En kinésithérapie : référence au décret de compétence d'octobre 96 et au diagnostic Kiné de juin 2000

Question n° 3 :L'AP manifestée par le personnel est cohérente avec les objectifs de votre structure (échelle 1 à 5).

Réponse Q° n° 3	Commentaires :
< 3	Le poids de l'institution dans le secteur psychiatrique. Le désir d'indépendance et non d'autonomie qui renvoie à la responsabilité de l'institution et à la culpabilité personnelle. Personnes qui préfèrent qu'on décide pour elles : sclérosées, chroniques.
= 3	<p>L'AP manifestée est cohérente avec les objectifs annoncés mais incompatible avec les enjeux stratégiques</p> <p>Pas toujours et souvent en rapport avec les difficultés liées aux handicaps des usagers</p> <p>Manque d'organisation général donne l'impression qu'on peut faire ce que l'on veut</p> <p>Difficulté pour le personnel à trouver les limites de ce qui se passait avant et de ce qui est possible aujourd'hui</p> <p>Les objectifs sont souvent pensés à court terme. Il est quelquefois nécessaire de réajuster pour que l'action résultant de cette autonomie corresponde à une visée à plus long terme</p> <p>Elle reflète la nécessité d'une clarification et d'un objectif de cohérence</p> <p>Dépend de l'ancienneté des professionnels de la structure et = ou – des métiers (psychologue plus autonome que l'assistante sociale).</p>
> 3	<p>Trouver son autonomie en respectant les décisions de l'institution, si cela entraîne un problème éthique cela doit s'exprimer</p> <p>Objectif général étant l'émancipation des personnes accueillies et accompagnement du projet de vie</p> <p>Oui, car l'objectif de rééducation et de réadaptation est compris par la majorité du personnel</p> <p>Mais plus de délégation car de nombreux risques encourus et responsabilités à assumer</p> <p>Mais environ 1/3 prend des initiatives en dehors de ses compétences avant d'effectuer correctement les tâches inhérentes à sa mission</p> <p>L'APF attend une mobilisation quasi-militante. Les travailleurs sociaux sont en général très autonomes dans leurs missions</p> <p>Le projet de l'institution vise à développer l'autonomie des usagers</p> <p>Tout le monde n'ayant pas le même niveau de compétence, de responsabilité, d'ancienneté, il est difficile de généraliser</p> <p>Manque moyens pour atteindre les objectifs</p> <p>Aucun travail théorique psychiatrique d'évaluation des besoins et de validation du travail fourni</p> <p>Variable selon la catégorie professionnelle, nécessité d'un encadrement + important pour les personnes les moins qualifiées</p> <p>Les changements et les opportunités professionnelles ne sont pas toujours assimilés et exploités comme il conviendrait de la faire</p>

Question n° 4 : dans votre situation professionnelle, avez-vous la possibilité de favoriser le développement et l'expression de l'AP du personnel dont vous êtes responsable ? (échelle de 1 à 5)

Réponse Q° n° 4	Question n° 5 : donnez les moyens principaux qui vous permettent de favoriser le développement et l'expression de l'AP du personnel : Question n° 6 : indiquez les obstacles principaux que vous rencontrez pour favoriser le développement et l'expression de l'AP du personnel
> ou = 4	5 : soutien fort direction, amour propre : que le service ne fasse pas honte, formations du cadre (cadre, sciences éducation, personnelles, histoire) réflexion sur profession en dehors, participation à des groupes de réflexion et de travail 6 : formation faible du personnel, peur du chômage dans le privé, absence de curiosité, manque de culture, culture d'entreprise pesante, hiérarchie pyramidale
	5 : formation professionnelle, entretien annuel d'évaluation, formations internes dans l'entreprise, participation au comité de direction 6 : absentéisme, réductions budgétaires
	5 : zones de responsabilité bien définies : dans les unités de soins, dans l'équipe, dans les engagements de recherche de la structure 6 : manque de personnel, le personnel
	5 : formation, élaboration de projet et mise en place 6 : faiblesse du budget de formation
	5 : délégation, participation à la définition des objectifs et des moyens pour les atteindre, entretiens annuels 6 : faible formation des personnes simples exécutants, professionnalisation du secteurs en cours, pas d'autonomie professionnelle des responsables, anciens exécutants aussi
	> ou = 4 5 : compléter et légitimer les bases professionnelles disponibles (concepts, bilans), exprimer en groupe ce qui est professionnellement correct ou non, travailler cet aspect en entretien annuel d'évaluation 6 : mécanismes de défense, soumission à la parole médicale, dérapages institutionnels : médico-mécanisto-administratifs
	5 : travail d'équipe, travail sur projet, les écrits, le respect de chaque fonction et à la complémentarité 6 : usure, habitude, frilosité devant le risque et tendance de l'époque à ouvrir les parapluies
	5 : clarté du projet global et rôle de chacun dans ce projet, possibilité d'expression et débat 6 : difficulté à maintenir la cohérence des différentes interventions
	5 : gestion de l'horaire compte tenu de l'horaire de base et des besoins du service, contacts divers avec des correspondants extérieurs (famille, tutelle, administration) 6 : difficulté des transmissions d'information quand l'équipe de travail est importante, difficulté pour les personnes de terrain de gérer l'administratif
	5 : délégation, responsabilité, projet, objectif et anticipation des besoins 6 : peur de la prise de risque face à la responsabilité
	5 : responsabilisation des intervenants, délégation 6 : objectif et plan de formation associatif trop ciblé et rigide
	5 : concertation, formation, information, précision du cadre dans lequel s'exerce l'autonomie professionnelle 6 : manque de temps, multiplicité des activités, pesanteurs hiérarchiques ou corporatisme
	5 : responsabilisation vis à vis d'une formation à assurer pour l'ensemble du personnel, travail sur une plaquette, réunion, projet de prévention 6 : quantité des tâches à accomplir limite la créativité
	5 : management participatif, information complète et transparente (il faut avoir les éléments de réflexion pour décider), décision finale claire et nette du cadre, sit consensus équipe, soit tranchée par cadre si pas d'accord 6 : le management participatif est chronophage, travail supplémentaire sans « récompense » sauf la reconnaissance du chef (salaire insuffisant)
	5 : projet institutionnel où le personnel est impliqué, fiche de poste, faire le point régulièrement sur les tâches de chacun 6 : manque de clarté dans la définition des tâches, pas de support établi au départ, pas de travail d'équipe, individualisme
	5 : délégation, travail social collectif animé par un membre du personnel 6 : comment garder la cohérence, comment superviser sans tout contrôler ?
	5 : l'éducateur référent est garant de la mise en œuvre du projet professionnel, responsabilité du groupe, des camps, des budgets...

	6 : autonomie : pas toujours responsabilité assumée, autonomie et travail d'équipe pas facile à gérer, autonomie implique une vraie acceptation de son domaine de compétence, trouver l'équilibre entre toute puissance et irresponsabilité : exige du travail
> ou = 4	5 : projet de service, réunion d'information et de mise au point 6 : le responsable ne comprend pas toujours le travail, même s'il le respecte, décisions prises à des réunions où n'est pas toujours invité
	5 : responsabilisation, projet professionnel, écoute 6 : esprit fonctionnaire, manque de maturité individuelle, salaires trop bas
	5 : organisation même du travail, formation, supervision 6 : éloignement, manque de structure
	5 : délégation des fonctions d'encadrement, responsabilisation, amélioration de la connaissance de la profession 6 : manque de connaissance de la profession, corporatisme, manque de moyens humains et financiers, décret de compétence obsolète
	5 : explication fonctionnement et objectifs du centre : financement, démarche qualité, contraintes des tutelles, plan de formation
	5 : prise en compte des désirs du personnel, temps d'information sur les décisions prises, respect du dialogue sur les objectifs choisis, budget formation : supervision, analyse de la pratique 6 : blocage d'ordre relationnel : besoin de temps pour les débloquent, temps d'implication personnel : manque de recul
	5 : formation, responsabilisation, connaissance de l'entreprise de son fonctionnement, de ses objectifs, fixer des objectifs pour motiver, évaluer les réalisations 6 : manque de moyens pour augmenter la formation, manque de temps pour expliquer fonctionnement entreprise et rôle de chacun dans l'entreprise, manque d'information pour créer esprit d'équipe et dynamique d'équipe
> ou = 4	5 : définition précise de la mission de chacun et de ses limites dans l'équipe, moyens d'information et de communication, entretien régulier (tous les mois) individuel de suivi de l'activité menée, projet de service clair, formation entretien annuel d'évaluation 6 : manque de savoir faire et de savoir être pour certains membres de l'équipe, parfois objectifs association flous, ne permettent pas e savoir ce qui est attendu donc difficulté à être autonome dans le cheminement pour atteindre ces objectifs
	5 : formation, dialogue, reconnaissance 6 : blocage par hiérarchie infirmière, prise en charge en ergothérapie à visée occupationnelle, ergothérapie pas utilisés à leur juste valeur professionnelle : volonté affirmée
	6 : motivation en baisse, manque de désir de s'affirmer
	5 : entretiens individuels, suivi d'équipe, réunion sur dossiers, travail en groupe sur thème 6 : le temps
	5 : traitements ou objectifs de rééducation libres , bonne communication, entente de l'équipe, travail interdisciplinaire médical cohérent, formation professionnelle : régulière, individuelle ou collective, liberté dans l'organisation de la journée de travail 6 : qualifications en baisse, corporatisme entre services, petite taille de la structure, place du travail administratif importante
	5 : un cadre clair, quand il existe, est pour moi le moyen le plus simple pour permettre cette expression 6 : manque de confiance du directeur dans son personnel, je suis limité dans cette possibilité là par rapport au champ d'action que je peux laisser aux employés
	5 : déléguer, responsabiliser 6 : les décisions des supérieurs hiérarchiques et l'évolution de l'environnement imposent une certaine retenue
> ou = 4	5 : liberté d'investissement dans la formation, liberté de recherche de moyens adéquats à de nouvelles techniques dans le travail avec les patients 6 : non désir du personnel qui préfère cultiver râlerie et ras-le-bol, pas de promotion salariale possible, pas d'évolution de l'institution (promotion entre autres), peu d'initiatives individuelles
	5 : entretien annuel d'évaluation associé à la définition du projet professionnel en relation avec le projet de service, chaque professionnel est responsable du choix des moyens qu'il va utiliser pour répondre aux besoins des personnes. Il est maître de son plan d'intervention. 6 : hiérarchie qui relie l'autorité au pouvoir qu'elle peut avoir sur les individus, le harcèlement, les pressions, les menaces de renvoi, la déresponsabilisation complète des professionnels bascule dans un système où l'autonomie professionnelle n'aura plus sa place. Avant quand on faisait un sourire,

	<p>c'était par plaisir, maintenant c'est par obligation : cela ne ressemblerait-il pas à un début d'aliénation ?</p> <p>5 : formation professionnelle continue, rotation des postes dans la structure, création de postes innovants à l'extérieur, référents par secteurs</p> <p>6 : surcharge de travail quotidien, organigramme stéréotypé ne prévoyant que 2 situations : ou ergothérapeute ou chef.</p>
	<p>5 : formation continue, suivi assuré pour les réunions d'équipe, utilisation des PII (plan d'intervention individualisé) pour une meilleure cohérence et un travail par objectifs</p> <p>6 : tous les freins habituels aux changements : (routine, facilité, ...), dans certains cas des carences dans l'approche pluri et/ou interdisciplinaire</p>
<3	<p>5 : prise en charge individuelle des patients, liberté d'organiser et programmer les soins</p> <p>6 : nombres de documents à remplir, pagaille médicale (pouvoir), réglementation (vis à vis de la sécurité)</p> <p>5 : possibilité de déléguer des missions, formation collective</p> <p>6 : champ des responsabilités non précisé et fluctuant, hiérarchie existante mais non repérée ni utilisée, étapes, cadres et contenu de la délégation non précisés et/ou non respectés (information, définition des missions, planification des tâches, contrôle et évaluation)</p>

Question n° 7 : le fait que vous disposiez de ces moyens et que vous rencontriez ces obstacles influence-t-il votre façon de recruter le personnel ?

Réponse Q° n°7	Commentaires :
> 3	<p>Formation, fonction conception du travail, de sa formation complémentaire, de sa vision du monde, du discours théorique : exigence de sa vision du monde</p> <p>Procédure stricte de recrutement</p> <p>Recherche engagement personnel, disponibilité plus que qualification (nécessaire mais non suffisante)</p> <p>Recherche des personnes aptes au travail en équipe</p> <p>Recherche implication possible ou non, échanges sur mission de l'association, projet institutionnel, travail en équipe et évaluation</p> <p>Cherche équilibre entre personne très autonome, et celui plus exécutant</p> <p>Motivation et projet de vie</p> <p>Recherche adaptabilité, compétences +++, qualités relationnelles, diplomatie, efficacité pour entraîner une meilleure reconnaissance de la profession, capacité de charge de travail importante</p> <p>Recherche compétence hors du village (tout le personnel est issu du lieu)</p> <p>Capacité à se prendre en charge, capacité à parler de sa pratique, travailler en lien avec les autres, de ses observations et de ce qui est difficile à vivre dans le cadre du travail</p> <p>Expérience dans le même secteur</p> <p>Personnel administratif et infirmier n'est pas conscient des possibilités professionnelles des ergothérapeutes ; personnel médical absent</p> <p>Je cherche dans entretien d'embauche (qui se déroule avec directeur et membres de l'association) à faire mettre en valeur à la personne ses capacités d'action pour les faire valoir ensuite</p> <p>Recherche de personnel motivé au départ, compréhension à mon niveau de leurs sources de motivation, besoin de personnel qui va de l'avant, qui crée et qui soit généreux, vu la non-reconnaissance officielle des efforts fournis</p>
= 3	<p>Prend en compte le pesanteur des autres membres de l'équipe</p> <p>Recherche capacité d'organisation et calme devant situation difficile</p> <p>Plutôt choix sur facilité d'intégration dans l'équipe, flexibilité, adaptabilité nécessaire à la prise en charge et à la maîtrise de la technique, caractère, motivation, autonomie professionnelle dans conduite du dossier</p> <p>Une personne qui aurait l'habitude de travailler de façon tout à fait autonome pourrait-elle s'adapter à une manière de travailler plus rigide ?</p>

< 2	Ce ne sont pas les moyens ou les obstacles qui influencent le recrutement, mais les capacités intrinsèques des personnes à l'autonomie qui sont recherchées de façon générale par l'association
	Choisi en concertation avec les collègues, doit être accepté par médecin directeur, qui en général fait confiance
	Le recrutement pour ma part est toujours le même, mais je préviens du contexte particulier

Question n° 8 : votre institution souhaite l'expression et le développement de l'AP du personnel :

Question n° 9 : votre institution met en œuvre et favorise l'expression et le développement de l'AP du personnel :

Réponses aux Q° n° 8 et 9	Question n° 10 : donnez les moyens principaux qui favorisent, de la part de l'institution, l'expression et le développement de l'AP : Question n° 11 : indiquez les obstacles principaux qui freinent, eu niveau de l'institution, l'expression et le développement de l'AP :
8=1 9=1	11 : l'institution n'a d'intérêt que pour taux de remplissage du service et satisfaction des patients sur questionnaire
8=1 9=1	Ne se pose pas la question, mais n'empêche pas l'autonomie professionnelle de se développer 10 : laisse entière capacité d'action et responsabilité du résultat au cadre, + par méconnaissance du sujet rééducation/ réadaptation, donc par nécessité que par réelle volonté 11 : l'institution ne s'intéresse qu'aux résultats d'activité et à la satisfaction des patients (pas un obstacle en soi). Manœuvres politiques internes entre différents corps (infirmières, médecins, rééducateurs) soit de l'institution, mais trouvent leur sources dans les ambitions personnelles : le plus gros frein au niveau institutionnel
8=1 9=1	10 : reconnaissance, travail transversal lié à la qualité, reprise institutionnelle 11 : peur des résultats individuels et catégoriels, peur de l'investissement professionnel
8= ? 9=1	10 : cette donnée nous est inconnue : tantôt oui, tantôt non, tout dépend de l'intérêt du moment et des retombées que cela pourrait avoir pour l'institution 11 : institution qui permet de tout faire ou de ne rien faire, sans contrôle, si ce n'est celui, individuel, qui émane d'un chef de service sans soutien de la part de la direction, pas de système de récompense/ punition
8=1 9=1	10 : aucun 11 : déresponsabilisation complète de chaque membre de l'équipe. Malgré une équipe ayant une dynamique d'autonomie professionnelle, le contexte hiérarchique est en train de faire basculer au niveau de l'ensemble de l'institution une évolution vers une maturité vers une régression menée par la crainte

8=2 9=2	Peu de réflexion autour de cette problématique : peut être le rôle des cadres ? 10 : responsabilisation des thérapeutes sur les prises en charge, sur actes dédiés, sur suivi des patients 11 : absence de réflexion sur cette question ; peut être démarche qualité et accréditation vont entraîner amorçage des réflexions (filiales de prise en charge, pluridisciplinarité, dossier et définition d'un dossier cohérent et concerté)
8=2 9=2	Institution souhaite ne pas avoir de problème 10 : accréditation ? 11 : insuffisance de personnel
8=2 9=2	10 : cadres de santé différents pour ergothérapeutes / kinésithérapeutes / soins, protocoles, processus, procédures, budgets mieux fixés par rubriques 11 : besoin de coordinateur entre médecins et agents, décharge des médecins sur le coordinateur, non respect des prestations envisageables dans catégories professionnelles différentes de celles du cadre de santé à la coordination
8=3 9=2	souhait d'autonomie limité : plutôt volonté promotion de l'institution 10 : soutien du service par l'institution fort et exprimé, moyens financiers et humains corrects 11 : absence de visibilité politique, difficultés relationnelles infirmier général/corps médical, médecins/direction absence de visibilité même à court terme, incertitude de l'avenir de l'institution
8=3 9=2	10 : liberté de proposition, indépendance dans adaptation prescription, possibilités d'échanges entre professionnels 11 : liberté de réalisation n'existe pas vraiment (administration : limite par les horaires), responsabilité = charge donc peur et refus autonomie professionnelle par peur du jugement
8=3 9=2	10 : participation des membres de l'équipe à de nombreux chantiers institutionnels

	11 : condition de mise en place des 35 heures
8=3 9=2	développement sans doute souhaité mais les moyens ne sont pas forcément mis en œuvre 10 : cf délégation et ses étapes 11 : champ des responsabilités non précisé et fluctuant, hiérarchie existe mais pas systématiquement repérée et utilisée, étapes, cadres et contenus de la délégation non précisés et/ou non respectés (information, définition des missions, planification des tâches, contrôle et évaluation), une liste de missions trop exhaustive dans un cadre mal repéré, besoin de clarifier les niveaux de délégation, de représentation de service rendu aux personnes
8=3 9=3	Difficulté à trouver équilibre entre projet établissement , action globale cohérente et autonomie individuelle
8=3 9=3	Laisse marge de manœuvre, mais le souhaite-t-elle ? 10 : l'institution demande aux salariés de lui indiquer les situations des personnes pouvant faire l'objet d'une revendication 11 : absence d'une mission clairement définie, manque de possibilités de promotion interne
8=3 9=3	10 : choix du mode de fonctionnement interne au service, matériel, sorties extérieures 11 : manque d'organisation générale de la direction, besoin de tout contrôler, peu d'initiative en définitive dans les grands projets
8=3 9=3	10 : participation aux groupes de travail, réflexion, plan de formation interne
8=4 9=2	10 : cela dépend des niveaux de l'institution : oui au niveau local, non au niveau national qui souhaite plus tout standardiser, non décision du supérieur hiérarchique oblige à l'autonomie professionnelle 11 : rigidité de certains cadres : par exemple utilisation d'un outil imposé qui ne correspond pas à une activité, précarité du financement : ne permet pas ou peu de développer de nouvelles manières de fonctionner, propres à l'autonomie professionnelle, surcharge de travail : empêche la créativité, la responsabilisation
8=4 9=3	Différence entre l'institution médicale et administrative (médecin : non, administration : oui) 10 : réunion pluridisciplinaire, concertation, soutien des actions engagées 11 : pas de soutien des médecins, positionnements contradictoires
8=3 9=3	10 : favorisé par médical : confiance du médecin dans le choix des techniques de rééducation, des objectifs 11 : administration : organisation du travail administratif, peu de responsabilisation (pointage, horaires, vacances récupération)
8=4 9=3	10 : refus de se cacher derrière prétexte sécuritaire, responsabilisation des personnes par le directeur, projet de la structure présentés à l'avance aux services, permettant aux personnes d'apporter leur concours, idées, critiques, déplacements hors institution facilités 11 : projets imposés, contrôle systématique du quotidien
8=3 9=4	10 : lieu de parole, analyse, élaboration du projet, projet de groupes indépendants, planning élaborés par les intéressés 11 : nécessité de tenir compte des autres intervenants (organisation difficile), insécurité importante pour certains, risque de passage à l'acte, demande reconnaissance et maturité de l'équipe
8=4 9=3	10 : circulation de l'information, confiance, encouragement initiatives et créativité, gratification 11 : complexité réglementation et évolution très rapide qui nécessite une adaptation permanente des procédures pour gérer les différents dossiers, qu'ils soient administratifs, techniques ou généraux, rigidité réglementation ne permet pas de gérer les gratifications personnalisées en fonction de l'autonomie professionnelle développée par chaque agent
8=4 9=3	10 : proposition d'activités : mise en place de transfert, démarche auprès des prestataires, mises en place du règlement d'unité 11 : suspicion du directeur que le personnel emploie cette autonomie à des fins personnelles, relation compliquée dans la délégation qui n'est pas saisie, ni favorisante
8=4 9=3	10 : démarche qualité très participative 11 : rigidité des organisations pyramidales par pathologies
8=4 9=4	10 : démarche qualité, commission transdisciplinaire, PIII autour du patient 11 : pas de répression de l'absentéisme, limitation budgétaire : suppression des projets de services : démobilisation du personnel
8=4 9=4	10 : formation, statut du personnel favorisant les mutations internes de réseau associatif
8=4 9=4	10 : réunions régulières, séminaire, formations adéquates 11 : manque de formalisation par l'écriture, manque d'une bibliothèque de culture institutionnelle
8=4 9=4	10 : modes d'organisation, commissions, groupes de travail

		11 : conflits internes, crainte par rapport à l'avenir de l'établissement, de la santé
8=4	9=4	10 : confiance, formation, cohérence institutionnelle, place de l'utilisateur 11 : objectifs mal définis, manque de moyens, mauvaise évaluation
8=4	9=4	10 : formation, fiche de poste, projet associatif bien défini 11 : objectifs qui restent peu précis
8=5	9=4	+ l'autonomie professionnelle est importante, + elle permet l'implication des professionnels dans la réalisation des objectifs fixés 10 : travail de régulation permet d'évaluer les difficultés, la formation permet d'acquérir une connaissance qui va favoriser l'autonomie professionnelle 11 : qualifications trop diverses, manque de concertation entre les différents professionnels, cadre de la mission trop imprécis
8=5	9=4	10 : formation, écoute 11 : inquiétude par rapport au projet de changement
8=5	9=4	10 : travail collectif à projet établissement, séances analyse de la pratique, temps de concertation formels et informels sur organisation, suivi éducatif 11 : manque de temps : de + en + pris par tâches matérielles : diminution du temps de rencontre (amplifié par passage aux 35 h)
8=5	9=4	10 : moyens injectés pour la formation, participation du plus grand nombre aux différents groupes de travail sur l'accréditation, volonté de développer les échanges et politique de décloisonnement des services 11 : inquiétude face au changement et de « toujours plus », passivité, peur de se mettre en avant, quels retours ?
8=5	9=5	11 : aucun
8=5	9=5	10 : travail d'équipe, travail sur projet écrit, respect de chaque fonction et complémentarité 11 : usure, habitude, confort statutaire, frilosité devant risque et ouverture du parapluie
8=5	9=5	10 : formation, information 11 : inquiétude pour l'avenir du métier

Question N° 12 : selon vous, les professionnels dont vous êtes responsable souhaitent exprimer et développer leur AP : (échelle de 1 à 5)

Question n° 13 : selon vous, les professionnels dont vous êtes responsable expriment et développent leur AP : (échelle de 1 à 5)

Commentaires :
12=1 Valable pour tous sauf 2 : dur de rendre compte et de rendre des comptes 13=2 Certains expriment des revendications qui n'ont rien à voir avec l'autonomie professionnelle, mais plus par rapport à l'indépendance, à relier avec statut d'une personne syndicaliste et de l'entraînement des autres
12=3 L'autonomie pour travailler mieux ou pour continuer à faire semblant sans trop de fatigue ? 13=1 Manque de volonté institutionnelle à exiger une ergothérapie efficace et reconnue
12=3 Avec des fluctuations selon les périodes et les membres présents 13=3 Sans doute on peut attendre mieux
12=3 Les degrés de résistance, d'accoutumance au confort, de prise de risques, etc... sont variables suivant les personnes 13=3 Rien n'est jamais acquis...

12=3 Il y a les beaux discours : il faudrait que...
13=3 Ce sont ceux qui font le moins de discours sur ce sujet qui l'expriment et la développent le plus
12=3 Pas certain que le message passe bien et doutes sur la volonté des membres de l'équipe à exprimer et développer une autonomie professionnelle 13=3 Ils attendent encore trop de la hiérarchie ou du pouvoir médical. Très variable en fonction de la personnalité du médecin chef de service
12=4 Oui, dans la mesure où cela les valorise, les responsabilise 13=2 Ils expriment et développent leur autonomie professionnelle dans la mesure des capacités qui leur sont propres et des capacités qu'ils ont acquises
12=4 13=2
12=3 Paradoxalement, il me semble que ce n'est pas du tout quand les responsabilités liées sont lourdes ou pas intéressantes et tout à fait quand c'est l'inverse 13=3 Niveau moyen car dépend des personnes ++

12=3 Une partie seulement c'est à dire les jeunes recrues mais pas les anciens 13=3 idem
12=4 Je crois que c'est le cas pour la majorité, mais certains ne souhaitent pas quitter le nid confortable de l'absence d'autonomie professionnelle 13=3 Ce qui peut les faire évoluer, ce sont les appropriations de modèles méthodologiques et conceptuels assez lente à faire
12=3 La majorité des personnes trouve un intérêt à limiter son activité à des tâches définies par avance pour empêcher tout débordement sur sa vie personnelle ou toute création d'obligation 13=4 L'équipe exprime une certaine autonomie par obligation du fait du management participatif, mais n'y tient pas tellement
12=3 Pas tous, ont besoin d'un cadre très précis et l'autonomie angoisse si elle n'est pas bien définie (possibilités, limites, responsabilités, compétences) 13=4 Une régulation à travers une réunion hebdomadaire permet de valider ou non cette prise d'autonomie
12=4 Oui, mais ne veulent pas d'histoire, assez dociles dans l'ensemble 13=3 Pourraient mieux faire
12=4 Plus manifestée par le personnel peu diplômé que par les formations supérieures 13=3 La définition des tâches, la formation, apportent à priori une valorisation, la délégation aussi
12=4 Le problème est là : ils ne le souhaitent pas toujours 13=4 J'y travaille !!
12=4 Certains 3, certains 5 13=4 Certains 5 : c'est très agréable, certains 3 : ils demandent plus d'encadrement par manque d'assurance, de formation
12=4 Vrai pour la plupart, pas d'intérêt manifesté par quelques uns, le travail ne jouant qu'un rôle alimentaire 13=4
12=4 Dans ce qui leur plaît 13=4 Prise de parole libre dans les réunions hebdomadaires et internes au service
12=4 13=4 pour certains
12=4 Quelques fois se satisfont d'une relation paternaliste qui ne leur plaît pas mais dont ils se contentent 13=4
12= 5 Demande qui est d'autant plus importante sur le plan médical avec un besoin d'autonomie quant au suivi du patient (prise en charge, techniques utilisées, choix des objectifs, suivi de réadaptation) 13=4 Autonomie qui est limitée par la rigidité administrative et par le poids de + en + important (en travail et en temps de travail) des demandes de cette autorité administrative représentée par les tutelles avec mise en place d'un travail de + en + réglementé : protocoles, PMSI, informatisation
12=5 13=5 Motivés