

Croix-Rouge Française
Institut de Formation des Cadres de Santé
Rééducation
Paris

Université de Provence Aix-Marseille I
U.F.R. de Psychologie et Sciences de l'Éducation
Département des Sciences de l'Éducation

Cadres de santé : du groupe à l'équipe

Mémoire réalisé dans le cadre de la validation
pour l'obtention du diplôme de cadre de santé
et de la licence en Sciences de l'Éducation

Directrice de mémoire
Madame Françoise Bizouard

Velot Jean-Pierre
2002-2003

Année universitaire

Tout au long de cette année d'exil, j'ai rencontré sur mon chemin des personnes...

Elles m'ont accompagné sur le chemin qui mène à ce travail de mémoire...

J'ai trouvé auprès d'elles soutien, solidarité, confiance et nourriture...

Je les remercie pour ce bout de chemin parcouru ensemble...

Grand merci

Aux collègues étudiants,

Aux enseignants de l'IFCS Croix-Rouge et de l'Université d'Aix-en-Provence,

À tous ceux rencontrés, parfois trop brièvement, au cours des stages,

À madame Bizouard, ma patiente directrice de mémoire,

À Yannick.

Merci

À l'équipe de Direction du CHS Albert Bousquet

de m'avoir permis de vivre cette expérience.

Voilà, maintenant je vais rentrer au pays où m'attendent Gisèle, Romain et Marion...

Sommaire

1. Introduction	1
2. Problématique Pratique	3
2.1 L'environnement politique	3
2.2. Particularisme législatif de la Nouvelle-Calédonie et influence sur le Centre Hospitalier Spécialisé	4
2.3 L'environnement institutionnel	4
2.3.1 Le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet	5
2.3.2 Les services hospitaliers	5
2.4 Démarche personnelle	5
2.5 Les Cadres de Santé	6
2.5.1 Les rééducateurs	7
2.5.2 Les cadres infirmiers	7
2.5.3 Interférences	8
3. Problématique théorique	10
3.1 Le groupe	10
3.1.1 Survol historique	10
3.1.2 Définitions	11
3.2 L'équipe	14
3.2.1 Définitions	14
3.2.2 Les éléments constitutifs d'une équipe	15
3.3 Fonctionnement de l'équipe	19
3.3.2 La dimension relationnelle	22
3.3.3 La dimension contextuelle	24
3.3.3.1 Aspect matériel	25
3.3.3.2 La relation à la hiérarchie et aux lois	26
3.4 Synthèse	27
3.5 Hypothèse	28
4. Méthodologie de recherche	29
4.1 Choix de l'outil questionnaire	29
4.2 Le questionnaire	29
4.3 La population étudiée	30
4.4 Traitement des données	30
4.5 Méthode d'analyse	30
4.6 Critique méthodologique	32
5. Analyse des réponses	34
5.1 Analyse descriptive	34
5.1.1 la profession d'origine et le sexe.	34
5.1.2 la profession d'origine et la nature du service d'exercice	35
5.1.3 la profession d'origine et le « pays » d'exercice	35
5.2 Analyse en fonction de l'hypothèse de recherche	36
5.2.1 Analyse Globale	38
5.2.2 Analyse en fonction du sexe	39

5.2.3 Analyse en fonction de la profession d'origine	40
5.2.4 Analyse en fonction du service d'activité	42
5.2.5 Analyse en fonction de l'année du diplôme de cadre	43
5.2.6 Analyse en fonction du « pays »	44
5.3 Synthèse	45
5.4 Discussion	47
6. Perspectives	50
Bibliographie	52
Annexes	54
Annexe I	I
Annexe II	II
Annexe III	III
Annexe IV	IV
Annexe V	V
Annexe VI	VIII
Annexe VII	XII

1. Introduction

L'hôpital dans lequel j'exerce, à Nouméa, est divisé en trois services : pédopsychiatrie, psychiatrie adulte, unité de personnes âgées. Ces services se divisent à nouveau en unités de soins : consultations externes, suivi à domicile, hôpital de jour, hospitalisation, etc... Dans chaque unité de soins, différents professionnels de santé interviennent de façon directe ou indirecte, pour et/ou avec le patient : médecin, infirmier(e), assistante sociale, rééducateurs, psychologue, secrétaire... Sans oublier les différents agents administratifs.

La personne souffrante est amenée, parfois, à transiter pour des temps variables, par ces différents lieux. Un risque rencontré, avec la multiplicité d'intervenants, est une juxtaposition d'interventions sans concertation. Il existe un risque de « découpage » du patient dans le temps et dans l'espace.

L'une des missions du cadre de santé est de veiller à ce que les différents intervenants coordonnent leurs actions, après en avoir partagé les regards, afin de préserver des liens par-delà le temps et l'espace. Pour cela le cadre de santé doit, pour ne pas fonctionner de façon disjonctive, travailler en équipe ; plus précisément en équipe interprofessionnelle de cadres de santé afin d'éviter le cloisonnement catégoriel préjudiciable, *in fine*, au patient.

L'être humain, pour reprendre l'expression d'Aristote, est « *un animal social* » qui, pour vivre, a besoin d'être en interrelation avec ses congénères. L'homme vit en relation, est dans un réseau quasi permanent d'interférences avec son environnement. L'équipe de cadres n'est qu'un cas particulier d'un regroupement d'êtres humains qui mettent en commun des savoirs, des compétences au service d'une institution, l'hôpital, et ici plus précisément, au service d'autres humains souffrants.

L'isolement professionnel, comme l'isolement social, ne peut mener qu'à végéter ou à la mort. « (...) *une vie sans parole et sans action (...) est littéralement morte au monde ; ce n'est plus une vie humaine, parce qu'elle n'est plus vécue parmi les hommes. C'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain et cette insertion est comme une seconde naissance dans laquelle nous confirmons et assumons le fait brut de notre apparition physique. (..) Elle peut être stimulée par la présence des autres dont nous souhaitons peut-être la présence.* » (Arendt, 1961, p. 233).

Si l'on pressent la richesse d'une équipe, car « *le tout est quelque chose de plus que la somme des parties* », « *c'est-à-dire que le tout a un certain nombre de qualités et de propriétés qui n'apparaissent pas dans les parties quand elles sont séparées* » (Morin, 1999), la collaboration attendue n'est pas toujours au rendez-vous.

Dans les services hospitaliers, la notion d'équipe est pourtant un « allant-de-soi », très souvent au centre de débats, d'espérances mais aussi de désillusions (Legros, 1980, p. 39). Ce « *tout* », cet ensemble de personnes réunies, suffit-il à former ce qui est habituellement qualifié d'équipe ? Le rassemblement dans un même lieu, l'hôpital, d'un ensemble de personnes ayant le même statut (cadre de santé), s'il peut former un groupe, suffit-il à constituer une équipe ? Quels sont les éléments qui permettent le fonctionnement en équipe ?

Je commencerai par exposer mon contexte de travail dans la problématique pratique avant d'aborder, dans un deuxième temps, la problématique théorique qui apportera des éclairages au questionnement évoqué ci-dessus.

À partir de ce questionnement, une hypothèse de recherche sera exposée.

Un troisième volet sera consacré à une enquête afin de valider ou non l'hypothèse de recherche.

J'aborderai, dans une dernière partie, les perspectives de réflexion et d'actions rendues possibles par ce travail de mémoire.

2. Problématique Pratique

Il s'agit là de mon expérience avec tout ce que cela peut comporter de subjectivité.

Cette expérience est liée à une terre particulière, la Nouvelle-Calédonie, et à mon lieu d'exercice, un hôpital psychiatrique, le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet, dont l'origine remonte au temps du bagne.

À partir de cette expérience singulière il m'est possible d'avoir une démarche de recherche, c'est un repère permettant un départ et une recherche.

2.1 L'environnement politique

La « Nouvelle » chantée par Aristide Briand fut terre d'exil et de bagne aussi bien pour des repris de justice que pour les Kabyles d'Algérie révoltés ou certains « communards ». Terre de peuplement, elle reçut également des familles venant s'installer espérant sinon y faire fortune du moins y vivre mieux qu'en France. Au gré des besoins de main-d'œuvre elle reçut une population asiatique ou océanienne importante. Ces arrivées successives se sont réalisées au détriment de la population indigène kanake qui s'est trouvée dépossédée de ses terres et cantonnée dans des régions limitées portant l'appellation de « réserve ».

En 1958, avec les lois dites Defferre, la Nouvelle-Calédonie et Dépendances choisit de devenir un Territoire d'Outre-mer, se démarquant alors de l'évolution de la Métropole.

La Nouvelle-Calédonie est depuis 1988 (« *Accords de Matignon et d'Oudinot* »), et plus encore depuis 1998 (« *Accords de Nouméa* »), sur la voie d'une plus grande autonomie vis-à-vis de la Métropole, voire vers une relative indépendance tout en conservant une intégration à la communauté européenne par l'intermédiaire de la France. Cette nouvelle perspective fait suite à plus d'un siècle de colonisation marquée par des affrontements violents entre la population kanake réclamant à partir des années 1970 une plus grande autonomie, puis une indépendance, et les tenants du maintien dans la République Française.

À la suite d'années dramatiques (1984-1988) et du drame d'Ouvéa (mai 1988) un accord fut conclu entre l'État, les indépendantistes et les anti-indépendantistes pour un rééquilibrage des pouvoirs. « *Une accession à la pleine souveraineté* » est prévue à l'issue d'un processus s'étalant sur 20 à 30 ans. Depuis 1998 tous les domaines de l'État sont progressivement transférés à la Nouvelle-Calédonie, qui n'est plus un *Territoire*, mais, notion encore imprécise, un *Pays*. Au terme de ce premier processus de transfert de compétence,

l'État devrait garder les domaines de la justice, de la monnaie, des affaires étrangères et de l'armée.

2.2. Particularisme législatif de la Nouvelle-Calédonie et influence sur le Centre Hospitalier Spécialisé

La Nouvelle-Calédonie ayant depuis 1958 un statut de Territoire d'Outre-Mer les Lois de la République, autre que régaliennes, ne s'appliquent pas systématiquement et certaines "bénéficient" d'un aménagement local. Les TOM relèvent de l'article 74 de la Constitution française. Celui-ci stipule : « *Les TOM de la République ont une organisation particulière tenant compte de leurs intérêts propres dans l'ensemble des intérêts de la République.* » Les décrets métropolitains servent de référence dans la pratique professionnelle courante, mais leur application est entourée d'un flou, source de tensions. Ainsi, pour n'aborder que l'aspect sanitaire, ne s'appliquent pas :

- La loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, dite loi Évin de janvier 1991 ;
- La loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière et les autres textes la complétant parus depuis ;
- Les textes réglementant les professions paramédicales ;

Parfois quelques lois sont applicables, il en est ainsi de la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients... alors que les différents textes élaborés et promulgués précédemment ne l'étaient pas !

2.3 L'environnement institutionnel

Il existe une Direction Territoriale des Affaires Sanitaires et Sociales chargée, entre autres, de la coordination des services et de l'élaboration de la réglementation sanitaire et sociale de la Nouvelle-Calédonie. À la suite des accords de Matignon-Oudinot, le Territoire a été divisé en trois provinces ayant des prérogatives en matière d'organisation et d'équipement dans le domaine sanitaire et social.

2.3.1 Le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet

L'hôpital était dirigé par des médecins militaires jusqu'en 1991. L'un d'eux assurait les fonctions de directeur administratif et de médecin-chef. Depuis 1990, date de l'autonomie de gestion, 3 médecins chefs "civils" se sont succédé en psychiatrie adulte, chacun ayant des orientations institutionnelles différentes. Le CHS, érigé à Nouméa, est un Établissement Public territorial ayant vocation à intervenir sur l'ensemble de la Nouvelle-Calédonie. Il est le seul établissement psychiatrique du territoire. Bien qu'un schéma territorial de la santé mentale n'existe qu'à l'état de projet, le CHS a entamé une démarche de projet d'établissement impliquant tous ses acteurs.

2.3.2 Les services hospitaliers

Le Centre Hospitalier Spécialisé Albert Bousquet comporte trois grands services avec trois médecins chefs de services :

- **La pédopsychiatrie**, avec deux centres de consultations médico-psychologiques (CMP), un hôpital de jour et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP). Un cadre infirmier est affecté à ce service.

- **La psychiatrie générale** avec :

- Une partie intra-hospitalière située sur les lieux historiques du bagne, avec trois axes de prises en charges (moyen long séjour, court séjour, pavillon fermé accueillant des patients placés sous contrainte) et quatre cadres infirmiers,

- Une partie extra hospitalière : un CMP, base du secteur, un hôpital de jour, un centre d'accueil et de thérapie en Alcoologie. Deux cadres infirmiers sont affectés à ces unités de soins.

- **L'unité de personnes âgées**, située en intra-hospitalier avec trois cadres infirmiers.

Deux cadres infirmiers ont une fonction transversale de coordination entre les services intra-hospitaliers. Les cadres de santé infirmiers sont placés sous l'autorité d'une Infirmière Générale.

2.4 Démarche personnelle

À la suite d'une démarche personnelle j'ai été nommé "faisant fonction de cadre de santé" ayant en charge l'ensemble des rééducateurs du CHS. Jusqu'à ma nomination les

rééducateurs étaient hiérarchiquement rattachés à la Direction des Ressources Humaines. Ils se répartissaient ainsi :

- pédopsychiatrie : 3 psychomotriciens et 1 orthophoniste interviennent sur 2 sites géographiques en ville ;
- gériatrie : 2 kinésithérapeutes interviennent en intra-hospitalier ;
- psychiatrie générale : 1 psychomotricien intervient en intra hospitalier et sur 2 sites en ville, 2 ergothérapeutes et 4 animateurs d'ergothérapie interviennent en intra hospitalier mais sur deux unités différentes

La direction m'avait également confié la mission de réorganiser le service d'ergothérapie avec ses deux pôles :

- Un pôle baptisé *ergothérapie* accueillant du lundi au vendredi des patients hospitalisés ; la majorité des patients sont en longs séjours ;
- Un pôle baptisé *atelier thérapeutique* recevant des patients uniquement en hospitalisation de jour.

Depuis trois ans, l'ergothérapie n'avait plus d'encadrement et les médecins ne s'y investissaient plus. Une tentative fut faite, en 2001-2002, d'affecter deux cadres infirmiers l'un s'occupant du pôle intra-hospitalier et l'autre de l'extra hospitalier. Une réflexion fut menée sur plusieurs mois pour construire un projet de service, mais ce travail de réflexion et d'écriture n'a pas abouti. Au moment de ma prise de fonction, le service est en « *roue libre* ». Le personnel continue d'accueillir des patients mais il n'existe aucun soutien médical.

2.5 Les Cadres de Santé

Étant le seul cadre rééducateur de l'institution, il me fut proposé, pour ne pas être isolé, par l'équipe de direction (Directeur, Directrice des Ressources Humaines et Infirmière Générale) d'être « *invité permanent* » aux réunions des cadres infirmiers. Le Directeur restait mon supérieur hiérarchique. Proposition qui m'agréait, car non seulement j'étais novice et inexpérimenté dans la fonction, mais je ne concevais pas, de toute façon, ma fonction de cadre rééducateur sans concertation avec les collègues cadres infirmiers. En effet, les services intra ou extrahospitaliers sont composés principalement d'équipes infirmières. Celles-ci assurent une grande partie du suivi des patients et donnent leur avis pour des prises en charge en rééducation. Il ne me semblait pas opportun d'opérer une scission au sein de l'ensemble

des soignants de l'hôpital même si les rééducateurs peuvent rencontrer des problèmes particuliers et sont en quête d'une place reconnue et officialisée,

Ma démarche, soutenue par l'ensemble des rééducateurs, malgré quelques réticences manifestées lors de ma nomination, visait à une reconnaissance d'un groupe de soignants rééducateurs quelque peu coincé entre deux « *ogres* » que représentent ceux des infirmiers et des médecins. Avoir une place reconnue sans s'isoler était une obligation.

Cette invitation permanente permettait une position d'apprentissage, d'observation, de concertation, d'échange et, tout en démarquant le travail de rééducation, de ne pas être exclu de la dynamique institutionnelle. À partir d'une place reconnue, au moins officiellement, il devenait possible d'apporter un point de vue différent dans les débats institutionnels, dans les prises en charge de patients : celui des rééducateurs.

En parallèle, l'hôpital entrait pour la première fois dans une démarche de « *projet d'établissement* » à laquelle j'étais étroitement associé, en étant, avec un cadre infirmier, coordonnateur des groupes de travail. Ma place était reconnue par la majorité même si certains cadres me rappelaient, de temps en temps, que je n'étais : *que faisant fonction*.

2.5.1 Les rééducateurs

La relation avec les différents rééducateurs ne fut pas en fin de compte ce qui me posa le plus de difficultés, ni même la remise en route d'une réflexion et l'élaboration de projet de service en ergothérapie. Nous découvrons et construisons ensemble la relation, nouvelle pour l'hôpital, rééducateurs - cadre rééducateur

Actuellement, les rééducateurs de l'hôpital ne forment pas une équipe, les liens entre eux sont ténus du fait de l'histoire institutionnelle, des rythmes de travail propres à chaque service et des lieux d'exercice assez éloignés les uns des autres : il fut possible de mettre en place une réunion mensuelle réunissant les rééducateurs de pédopsychiatrie plus le psychomotricien du service adulte de mars à août 2002. Cela étant le début d'une construction d'un lien, qui reste à parfaire, entre les rééducateurs du CHS.

2.5.2 Les cadres infirmiers

Ce qui très rapidement m'interrogea ce fut ma perception qu'il n'y avait pas une « *équipe* » de cadres mais une juxtaposition d'éléments sous la houlette d'une Infirmière Générale. Chaque cadre infirmier était préoccupé par ses propres intérêts et essayait de faire fonctionner, à juste titre, au mieux son secteur d'activité. Pour moi il n'y avait pas une vision globale et solidaire du soin. Il y avait une absence de visée commune, de partage de valeurs

de façon explicite. Mais c'était plutôt un accord sur un consensus « mou » et, pour reprendre le texte proposé à l'épreuve écrite d'admissibilité à l'Institut de Formation de la Croix-Rouge : le consensus se faisait non sur « *l'accord des sujets moraux à partir de valeurs communes admises par tous* » mais « *comme un accord faite de valeurs* » ce qui « *ouvre la porte, à toutes les lâchetés et à toutes les compromissions.* » (Folscheid, 1998). Les cadres se réfugiaient, du fait d'un malaise général, dans une activité de mise en place de procédures, de protocoles, de gestion des planifications et du matériel, le tout sur un fond de plainte générale.

À un seul moment il m'a semblé que quelque chose se construisait et qu'un début d'équipe naissait lorsqu'en mars 2002, une semaine de formation a réuni l'ensemble des cadres autour d'un thème : les valeurs soignantes ! Mais une fois la semaine écoulée, chacun est reparti dans son quotidien !

2.5.3 Interférences

Au cours des réunions peu de cadres participaient de façon active et si l'un d'eux était en difficulté vis-à-vis d'une proposition de l'Infirmière Générale, il se retrouvait bien souvent seul, personne n'essayant d'avoir une approche médiatrice de conciliation des points de vue... Après les réunions les plaintes étaient à nouveau sur le devant de la scène ou alors chacun rejoignait son unité fuyant tout échange. En réorganisant le service d'ergothérapie j'entraï en conflit avec les équipes infirmières car nos modifications d'accueil des patients bouleversaient les habitudes. Le conflit n'était pas ouvert mais quelques « petites remarques » portaient sur la surcharge de travail que nous allions apporter aux équipes infirmières. Nous demandions à ne recevoir les patients que sur la base d'un projet de vie du patient et de soins accompagnés d'une prescription médicale.

Le projet mis en place en ergothérapie était en même temps utilisé par l'Infirmière Générale pour tenter de modifier les pratiques des cadres infirmiers : « *l'ergothérapie ne peut pas fonctionner parce que vous ne voulez pas changer vos modes de travail et ceux de vos équipes !* » Je courais le risque d'être manipulé, instrumentalisé pour asseoir un pouvoir alors que mon souci était d'être reconnu par les cadres infirmiers de façon sereine et non d'être désigné comme perturbateur ! Les seules références de cadres de santé que je connaissais étaient là devant moi et ces « soignants » souffraient psychologiquement autant que les personnes hospitalisées ! Elles vivaient un éclatement ! Il n'y avait pas un « corps » de cadres et pas d'équipe ! Une certaine illusion tombait !

Qu'est ce qui fait que des cadres de santé n'arrivent pas à former une équipe et à mettre en œuvre leurs compétences de façon concertée mais ont tendance à travailler de façon plutôt individualiste et centrée sur leur service ? Comment participer à cette équipe qui n'existe pas ? Et comment aider à la « construction » d'une équipe de cadres ?

Certains éléments peuvent apporter un éclairage pour essayer de comprendre cette difficulté à fonctionner sereinement :

- la structure du CHS : architecture des bâtiments, leur répartition dans l'espace sans oublier l'histoire des lieux ;
- les conditions de travail : pathologie des patients, moyens matériels, relations avec la hiérarchie, communication ;
- la citoyenneté tant en intra qu'en extra hospitalier avec l'investissement de lieux internes (réunions, CME, CHSCT,...) ou externes (associations, syndicats professionnels) sans oublier l'avenir du pays ;
- les cadres de santé eux-mêmes : origine professionnelle, histoire(s) dans l'institution, partage de valeurs communes, décalage entre les missions assignées et les missions que l'on se donne, le rôle joué, la représentation que le groupe a de lui-même avec le problème d'identité professionnelle, de reconnaissance et de rapport au pouvoir et à l'autorité.
- la nature des relations établies entre les cadres et l'existence d'un « esprit d'équipe ».

Dans le cadre de ce mémoire, tous ces thèmes ne peuvent être abordés aussi je vais porter mon approche théorique sur les points suivants :

Quels sont les éléments qui différencient un groupe d'une équipe ?

Quels sont les éléments qui permettent à un ensemble de cadres de santé de se constituer en équipe de travail ?

3. Problématique théorique

Nous allons dégager de différents ouvrages ce qui distingue, d'une manière générale, le groupe de l'équipe puis approfondir quelques éléments constitutifs d'une équipe.

3.1 Le groupe

3.1.1 Survol historique

Avant de s'intéresser au groupe proprement dit, différents penseurs et intellectuels ont cherché à comprendre, tout au long du XIX^e siècle, le fonctionnement des foules. Au cours de ce siècle, l'Europe a vécu un bouleversement social important lié aux différentes révolutions, guerres, industrialisations et urbanisations de ses pays. La foule, constituée de « gens peu éduqués » issus des campagnes, inquiétait par sa capacité à se déchaîner et à descendre dans la rue (Aebischer, Oberlé, 1998, p. 5). À partir de ces travaux sur les foules se développe, fin XIX^e - début XX^e siècle, une recherche pour comprendre comment le lien communautaire se construit et se développe.

Émile Durkheim met en évidence que les faits sociaux exercent une contrainte sur l'individu et ne peuvent s'expliquer que par d'autres faits sociaux irréductibles aux faits psychologiques individuels (Filloux, 2002, p. 449 et suivantes).

Charles Horton Cooley défend l'idée de l'importance de l'interaction de l'enfant avec son entourage pour la construction d'un lien communautaire et, plus particulièrement, le petit groupe familial qu'il qualifie de « *groupe primaire* » (Aebischer, Oberlé, 1998, p. 23).

Cooley, (cité par Muchielli, 1975, p.14), propose donc, en 1909, le terme de « *groupe primaire* » pour définir une entité composée de personnes qui partagent des valeurs et des croyances communes. Ces personnes sont en relation directe d'interdépendance les unes avec les autres ; elles créent leurs règles d'échanges nécessaires à leurs objectifs, enjeux et valeurs. Elles vont former ce que Cooley désigne comme un « *nous* » ou chacun vit avec le sentiment d'appartenance à un tout. Au contraire dans un « *groupe secondaire* » les relations entre les personnes sont de nature plus distantes, les engagements sont limités et rationalisés.

Freud, reprenant les travaux de Darwin, dans « *Totem et Tabou* » (1913, p.163 et suivantes), décrit une première réunion d'humains comme une « *horde primitive* » soumise à un père tyrannique. Le meurtre du père, les renoncements des fils, l'avènement de lois font advenir une « *organisation sociale* » et « *une communauté fraternelle* ». Freud fait reposer le

sentiment social sur la transformation d'un sentiment hostile en un attachement positif avec des croyances communes (totémisme) permettant l'identification mutuelle. Il notera plus tard que : « *la vie en commun ne devient possible que lorsqu'une pluralité parvient à former un groupement plus puissant que ne l'est lui-même chacun de ses membres, et à maintenir une forte cohésion en face de tout individu en particulier.* » (1929, p. 44).

Elton Mayo, (Aymard,2002, p.138), en 1933, redécouvre le fonctionnement des groupes primaires en s'intéressant à des ouvrières de la Western Electric Company.

Kurt Lewin, (Abric,1999, p. 62) dans la même période, conceptualise la dynamique des groupes et met en évidence que :

- le comportement d'un individu ou d'un groupe est déterminé par son environnement psychologique et social ;
- le groupe est un ensemble de personnes interdépendantes et non pas une juxtaposition d'individus.

Ainsi, progressivement du XIX^e au XX^e siècle, les travaux des différents chercheurs dans les domaines des sciences humaines ont fait émerger la notion de groupe de celle de foule. Après ce survol de quelques auteurs, nous allons nous intéresser à des travaux plus récents sur le groupe.

3.1.2 Définitions

Le terme de *groupe* fait partie des notions si évidentes qu'il ne paraît plus nécessaire de le définir. C'est pourtant, ce que nous allons essayer de faire, en puisant dans une littérature abondante les éléments les plus significatifs.

Le dictionnaire *Petit Robert* donne du mot **GROUPE** les définitions suivantes :

- *De l'italien gruppo, groppo « nœud, assemblage », d'origine germanique kruppa « masse arrondie » ;*
- *Réunion de plusieurs personnages, de plusieurs éléments figurés, formant une unité organique dans une œuvre d'art (peinture, sculpture) :*
- *Un certain nombre de personnes réunies, rapprochées dans un même lieu, et/ou ayant des caractères en commun indépendamment de leur présence au même endroit ;*
- *Ensemble ayant une cohérence de nature ou spatiale ;*
- *Ensemble d'éléments formant un tout fonctionnel.*

Cette première définition nous met sur la piste d'un certain nombre de personnes rapprochées dans un même lieu et/ou ayant des caractères en commun et formant un tout fonctionnel cohérent. Apparaît aussi de cette définition les sens :

- de lien avec « *nœud* », « *assemblage* », « *réunies* », « *un tout* », « *rapprochées* », « *commun* », « *cohérence* » ;
- et de ce qui retient, lie, emprisonne : « *nœud* », « *assemblage* ».

Pour **Aymard** (2003, p. 136) le terme est porteur « *d'une signification en tension* » mettant en jeu la nature des rapports entre les parties elles-mêmes, une partie et le tout, les parties et le tout.

Pour **Leclerc** (1999, pp 13 et 32) les caractéristiques les plus fréquemment citées pour définir le groupe sont :

- Le nombre limité de personnes ;
- La nécessité d'interactions face-à-face directes ;
- Le développement de liens interpersonnels et la possibilité d'influences réciproques ;
- Le sentiment d'appartenance à un tout distinct de la somme des parties ;
- L'exigence d'une raison d'être ensemble et l'engagement des membres dans la définition et la poursuite d'une cible commune ;
- Le développement de processus de structuration, l'émergence d'une culture groupale, avec un système de rôles et de normes qui permettent l'autorégulation du groupe comme champ dynamique.

Toutefois pour cet auteur (pp 25-27) la « *recherche d'objectifs communs est une utopie* », en effet « *la vie collective se fonde autant sur la rivalité, la compétition ou des désirs de différenciation que sur des désirs d'affiliation et de solidarité.* » Ainsi, coexistent des objectifs individuels et collectifs plus ou moins conscients. L'éclairage de Nuttin (1980, p. 171 et suivantes) révèle également que toute personne oscille entre un désir d'autonomie et un désir d'identification à autrui. Il existe une comparaison sociale permanente, sur un mode de rivalité ou d'affiliation, permettant l'intégration en société. Les objectifs individuels (autonomie, reconnaissance, stratégie individuelle, satisfaction de besoins) coexistent avec les objectifs du groupe (dans notre cas le soin des patients).

Leclerc (1999, p. 30) donne une définition fonctionnelle du groupe : « *Le groupe est un champ psychosocial dynamique constitué d'un ensemble repérable de personnes dont l'unité*

résulte d'une certaine communauté du sort collectif et de l'interdépendance des sorts individuels. Ces personnes, liées volontairement ou non, sont conscientes les unes des autres, interagissent et s'influencent directement ». Cette définition repose sur trois caractéristiques fondamentales :

a - Le groupe implique une reconnaissance d'appartenance à une identité collective repérable.

Cette « caractéristique renvoie à la possibilité pour les individus de se percevoir (de l'intérieur) ou d'être perçu (de l'extérieur) comme membre d'une même entité sociale. »

Leclerc parle de frontière, ce qui nous fait penser à l'existence d'une peau imaginaire délimitant un dedans (appartenance) et un dehors (reste du monde, autre groupe). Cette idée de peau renvoyant aux travaux de Didier Anzieu : « *il n'y a de groupe que par une peau commune, par une enveloppe contenant qui rend possible aux membres l'existence d'un SOI groupal.* » (Anzieu, 1986, p. 109).

b - Le groupe se fonde sur une certaine communauté du sort collectif et sur l'interdépendance des membres.

Pour Leclerc, il existe une interdépendance des objectifs car les individus constatent l'impossibilité de réaliser leurs désirs sans la contribution des autres, ou se trouvent dans l'impossibilité de se soustraire à l'effet des autres sur eux. Dans un groupe, chaque individu a un ensemble de désirs, de fragilités sociales, de projets et de besoins ainsi que des ressources à offrir. C'est l'échange qui va marquer la dynamique des liens que l'on noue, ou que l'on rompt, au fur et à mesure de l'évolution de l'action collective et des motivations de départ.

c – Le groupe permet l'interaction directe entre ses membres, la communication peut se faire de personne à personne sans intermédiaire.

Pour Leclerc, les critères de durée, de nombre maximal de personnes, de proximité ne sont que des indices de l'interaction. De même, le développement d'un processus de structuration est la conséquence du regroupement de personnes interdépendantes. Ce n'est pas une condition d'existence du groupe. **Watzlawik, Helmick Beaven et Jackson** (1967, p. 46), indiquent que l'« *on ne peut pas ne pas avoir de comportement.(...) dans une interaction, tout comportement à la valeur d'un message* », d'une communication, et donc on ne peut pas ne pas communiquer. De ce fait, tout a valeur de message : action ou inaction, parole ou silence. De tels comportements vont influencer les autres qui, en retour, ne peuvent pas ne pas réagir à

ces communications. Ils vont alors, à leur tour, communiquer. Ainsi, de même qu'on ne peut pas *ne pas* communiquer, le groupe ne peut pas *ne pas* se structurer et voire apparaître rôles, normes, régulations, pouvoirs.

3.2 L'équipe

Ce terme *équipe* est régulièrement employé dans la vie courante institutionnelle d'un hôpital. Son usage est réservé aux professionnels alors que celui de *groupe* est attribué aux patients, comme dans *groupe de parole*, par exemple. Toutefois il existe des soignants « *chefs de groupe* » ayant un rôle intermédiaire entre celui du cadre de santé et un ensemble restreint de soignants. L'emploi du mot *groupe* indique les limites de la fonction.

Nous trouvons dans le Code de la Santé Publique (cf. annexe I) un emploi du mot *équipe* :

« *Lorsqu'une personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.* »

D'autres textes officiels évoquent l'équipe :

- L'article 4 du décret portant statut particulier du corps des cadres de santé (cf. annexe II) stipule que celui-ci exerce des fonctions « *consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles...* ».
- L'article 4 du décret relatif au directeur des soins (cf. annexe III) stipule que celui-ci est « *membre de l'équipe de direction* ». Ce même décret, à l'article 5, aborde l'encadrement de « *l'équipe de formateurs.* »

Ces extraits de textes officiels mettent en évidence l'importance de l'équipe dans un système de soins. Expression signifiante, porteuse de sens, mais faisant partie des évidences quotidiennes que l'on oublie de définir, d'interroger.

3.2.1 Définitions

Dans tous les ouvrages que nous avons lus, le terme *équipe* est souvent assimilé au groupe, ou n'est défini que comme une variante du groupe, un *groupe primaire* particulier. À propos du mot *équipe* le *Petit Robert* donne les définitions suivantes :

- *Pourvoir un navire de ce qui est nécessaire à la navigation ;*
- *Petite flottille appartenant à un même batelier ; chargement de ces bateaux ;*
- *Groupe de personnes unies dans une tâche commune ;*
- *Esprit d'équipe, animant une équipe dont les membres collaborent en parfait accord ;*
- *Groupe de personnes qui agissent, se distraient ensemble.*

Le professeur Lafon, cité par Muchielli R. (1975, p. 12), fait dériver le mot équipe du vieux français « *esquif qui désignait une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes ou des chevaux* ». Il évoque ainsi un lien qui unit :

- les bateaux entre eux ;
- des hommes ou des chevaux entre eux mais aussi ce couple bateau-homme et cela pour réaliser une action commune.

Ce mot contient ainsi un lien, un but commun à atteindre ensemble avec pour cela une organisation, un dynamisme venant aussi bien de la tête que de l'ensemble. L'origine maritime du mot nous renvoie également à un ensemble de bateaux, de personnes mais évoque aussi le contenu de ce même ensemble. Si une « *petite flottille* » se caractérise par un ensemble de navires et son chargement négociable, une équipe peut alors se caractériser non seulement par les personnes mais aussi parce qu'elle porte en elle des valeurs.

Après cette définition générale nous allons préciser le concept d'équipe en faisant référence à quelques auteurs.

3.2.2 Les éléments constitutifs d'une équipe

Pour Anzieu et Martin (1968, p. 36), « *équipe* » est l'un des nombreux termes désignant un groupe primaire. Elle se caractérise par les points suivants :

- « *nombre restreint de membres, tels que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres perçus réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ;*
- *Poursuivre en commun et de façon active, des mêmes buts, dotés d'une certaine permanence, assumés comme buts du groupe, répondant à divers intérêts des membres et valorisés ;*
- *Relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathies, antipathies, etc....) et constituer des sous-groupes d'affinités ;*

- Forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité ; union morale de membres du groupe en dehors des réunions et des actions en commun ;
- Différenciation des rôles entre les membres ;
- Constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code du groupe).»

Le fait que les auteurs indiquent (p. 37) que « toutes ces caractéristiques ne sont pas nécessairement présentes à la fois dans le même groupe » amène à penser que la définition du groupe et de l'équipe pourrait être simplifiée comme le proposait Leclerc.

Muchielli (1975, pp. 12,13) relève, en s'appuyant sur divers auteurs, sept caractéristiques constitutives d'une équipe :

- 1 - Le petit nombre, imposé par l'exigence d'efficacité ;
- 2 - La qualité du lien interpersonnel : l'équipe est un réseau de liens vivants où la relation inter humaine joue un rôle essentiel, où les personnes ont un sentiment d'appartenance et possèdent une culture commune.
- 3 - L'engagement personnel : chacun apporte sa science mais également sa personne dans une complémentarité d'action.
- 4 - Une unité particulière, non seulement une unité d'esprit mais aussi une unité sociale où toute modification d'une relation, ou d'un élément entraîne une modification des autres relations ou éléments.
- 5 - Une intentionnalité commune vers un but collectif accepté et voulu. Il n'y a « pas d'équipe sans orientation de tous vers un but ». Sans but commun, on ne parlera pas d'une équipe mais d'un agglomérat de personnes. « L'équipe est une coopération entre un nombre limité de professionnels différents (dans un même champ d'action) se considérant collectivement responsable d'une réalisation, ayant une intentionnalité commune, et étant en situation à l'intérieur d'une structure définie, dans un cadre stable et organisé ». (Lafon cité par Muchielli, 1975, p. 13)
- 6 - Des contraintes pour les membres : les personnes doivent renoncer à un certain degré de liberté, ne pas « jouer un jeu personnel », coordonner leurs efforts.
- 7 - Une organisation impliquant une distribution des rôles et des tâches.

Pour cet auteur l'équipe est autant centrée sur le groupe lui-même que sur la tâche à accomplir. Entre ces deux positions, elle recherche, un « *point d'équilibre* ». L'équipe est un groupe primaire typique où dominant l'unité d'esprit, la cohésion, les liens inter-humains, l'engagement personnel et l'adhésion totale des membres au groupe restreint auquel ils s'identifient.

L'une des caractéristiques de l'équipe est l'action. Il n'est d'équipe *que de travail* avec comme but objectif une activité commune. Ce travail va imposer sa loi, ses exigences, son programme, ses moyens. Le travail d'équipe se définit également, par la multidisciplinarité réunissant des professionnels de catégories différentes obligés pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns, des autres. Ainsi, « *l'équipe est une variété originale du groupe primaire qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles de face à face, une caractéristique : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune* ». (Muchielli, 1975)

Erving Goffman (1973, p. 81) parle d'« *équipe de représentation* » qu'il abrège en « *équipe* » pour désigner « *tout ensemble de personnes coopérant à la mise en scène d'une routine particulière.* » La routine est, pour l'auteur, un rôle, une action préétablie que l'on développe durant une représentation, c'est-à-dire l'activité déployée par une personne pour influencer les autres participants au cours d'interactions sociales.

Dans une équipe, il existe une coopération voire une complicité, un arrangement, entre les acteurs, chacun étant occupé à donner sa propre représentation, à poursuivre ses propres objectifs. Le point important est que ces représentations s'accordent les unes aux autres et soient complémentaires afin que se produise une impression d'équipe au moins devant un public. Ce public peut se définir simplement, pour les cadres, par tous ceux qui ne sont pas officiellement diplômés cadres de santé. L'équipe est constituée de membres placés en étroite relation d'interdépendance mutuelle. Chaque membre « *a le pouvoir de vendre la mèche et de casser le spectacle par une conduite inappropriée. Chaque équipier est obligé de compter sur la bonne conduite de ses partenaires, qui à leur tour, sont obligés de lui faire confiance. Il en résulte nécessairement un lien de dépendance réciproque qui unit les équipiers les uns aux autres* » (Goffman, 1973, p. 83).

Toutefois, lorsque les membres d'une équipe ont un statut différent, la représentation tend à dépasser ce clivage. Par exemple, une équipe de service se composera du médecin, du cadre, de l'infirmière, du rééducateur, de l'aide-soignante. Le public sera, dans ce cas, principalement composé des patients. Si l'équipe doit donner à son public une impression de

cohérence et de solidarité, faire preuve d'une certaine complicité il en va différemment lorsque les membres se retrouvent entre eux. Étant tous « initiés » « *il n'est pas possible de maintenir une certaine façade* » devant ses pairs (Goffman, 1973, p. 84). Il existera entre les membres une certaine familiarité, une intimité sans chaleur, système de rapport bien réglé, automatiquement étendu à un individu et accepté par lui dès lors qu'il prend place dans l'équipe.

La loyauté de chacun des membres envers l'équipe et ses équipiers est un élément important pour l'auteur. Le désaccord ne doit pas être public : après une décision chacun doit s'y conformer. Il y a nécessité de présenter une façade unie devant des personnes extérieures. Il existe une solidarité envers l'extérieur, une façon de bien se tenir. (Goffman, 1973, p. 91). « *Une équipe peut se définir comme un ensemble de personnes dont la coopération très étroite est indispensable au maintien d'une définition donnée de la situation pour que la représentation ait de l'effet, il est important que l'on tienne secrètes l'ampleur et la nature de la coopération qui permet cette représentation* ». Une équipe n'est donc pas sans analogie avec une société secrète (Goffman, 1973 p. 103) mais elle s'en distingue par le fait qu'aucun effort n'est fait pour se cacher. Il est même évident qu'un lien unit les personnes mais ils gardent le secret sur la façon dont ils coopèrent. Cette notion de secret est effectivement présente dans un certain nombre de réunions, pas forcément de façon explicite, mais « il va sans dire » que les délibérations des réunions doivent garder une certaine confidentialité et que face à l'extérieur une solidarité, au moins de façade, est de mise. « *Les secrets que les professionnels se créent* », pour reprendre le titre du mémoire de Sandrine Chelot¹, est un facteur de cohésion permettant la délimitation d'un champ clos, d'un « corps de cadres », un « esprit de corps » par opposition au monde extérieur au public, pris dans un sens large. Cette maîtrise du secret permet une marge de manœuvre, pour l'équipe et constitue une zone d'incertitude pour les autres partenaires extérieurs.

Il existe une forte **solidarité** dans la mesure où les personnes en relation ont « *conscience d'une communauté d'intérêts, qui entraîne, pour un élément du groupe, l'obligation morale de ne pas desservir les autres et de leur porter assistance* » (Le petit Robert). Cette démarche, cette capacité à faire **confiance** avec la certitude ne pas être dénoncé est, comme le notent Crozier et Friedberg (1977, p. 19), un « *construit social* » qui permet aux acteurs de poursuivre leurs intérêts propres sans se nuire mutuellement. Elle n'est pas spécifique au monde hospitalier, mais c'est l'un des endroits où le secret est reconnu comme faisant partie de la profession et intégré dans la culture des soignants.

¹ Mémoire pour l'obtention de la licence en sciences de l'éducation et du diplôme de cadre de santé, IFCS de la Croix-rouge, 1999-2000.

La difficulté d'intégration des cadres « faisant fonction » peut en partie s'expliquer par ce qui précède. Ils ne sont pas tout à fait membres de l'équipe, ils sont à la marge. Leur avenir est incertain, on ne sait pas si on peut compter sur leur loyauté, ils sont encore trop liés à un autre monde... Bref, ils n'appartiennent pas à la famille des initiés, ils n'ont pas subi l'épreuve initiatique du diplôme !

Pour **Blondel** (2002) une équipe est un petit nombre de personnes orientées vers un but commun, motivées pour atteindre l'objectif, le résultat visé, avec une répartition des rôles et des tâches en ayant conscience de la complémentarité des uns et des autres. Ces personnes communiquent pour une coopération dans l'action. Elles ont un fonctionnement organisé, des règles, des références. Elles reconnaissent une autorité qui coordonne les efforts. Et enfin ce qui fait la cohésion d'une équipe c'est la confiance de chacun dans les autres membres et dans la capacité de l'équipe en tant qu'équipe. Pour l'auteur, quatre comportements révèlent un authentique esprit d'équipe :

- La reconnaissance : l'acceptation d'autrui par la reconnaissance des compétences et des contributions de chacun.
- La solidarité : l'équipe fait « corps » dans les réussites comme dans les difficultés individuelles et collectives.
- La confrontation : source d'une meilleure compréhension des autres, sans vouloir systématiquement s'opposer.
- La loyauté de chacun envers tous et de tous envers chacun par le respect des règles de fonctionnement que l'équipe s'est données librement.

Leclerc (1999, p. 20) emploie le mot *équipe* dans l'expression « *l'équipe de travail* » qui pour elle est un groupe formel, une entité organisationnelle fondée sur des liens institutionnels prescrits de l'extérieur. Ces liens ne se traduisent pas nécessairement par la mobilisation des membres, leur engagement et leur loyauté de cœur. Chantal Leclerc note avec pertinence que « *la participation à ces équipes, si appréciée soit-elle par les membres, n'est pas volontaire. Elle relève d'un rattachement institutionnel* »

3.3 Fonctionnement de l'équipe

Leclerc fait référence aux travaux du psychanalyste anglais Bion. Celui-ci, après 1940, avait utilisé la dynamique du groupe dans une visée thérapeutique. Il avait mis en évidence

que celui-ci fonctionne sur deux niveaux complémentaires : celui de la tâche et celui des émotions. Ces deux niveaux sont en permanence présents et suivant les moments de la vie, ou les moments institutionnels l'un prend le pas sur l'autre sans l'effacer complètement. Leclerc (1999, p. 43) nomme ces deux niveaux : dimensions instrumentale et relationnelle. Pour elle ces deux niveaux sont indissociables et s'y ajoute un troisième niveau : celui du contexte dans lequel évolue l'équipe. Nous allons reprendre ces trois niveaux pour les appliquer à l'équipe de cadres de santé, en les complétant par nos recherches chez d'autres auteurs.

3.3.1 la dimension instrumentale

C'est celui de la tâche, du travail à accomplir, il est ce qui réunit officiellement les personnes dans une équipe. C'est de l'ordre de l'explicite, du rationnel, du conscient, en lien avec la réalité objective (Aebischer, Oberlé 1998, p. 30).

Il existe une organisation des tâches et des systèmes de communications requis pour la réalisation de celles-ci. Cette première fonction, explicite, est une fonction de production (Lewin cité par Abric, 1999, p. 63).

Cette dimension correspond également à l'efficacité, aux procédures mises en œuvre pour atteindre l'objectif formel (Leclerc, 1999, p. 43). Pour ce dernier auteur, l'accent est mis, dans cette dimension, sur :

- 1- la détermination, la clarification et la prise en compte des priorités des buts personnels et collectifs,*
- 2- l'efficacité de la distribution des rôles et des responsabilités entre les membres ;*
- 3- la recherche de moyen et l'application de procédures permettant de progresser vers la réalisation de la mission explicite du groupe ;*
- 4- la clarification des messages qui s'échangent, d'un point de vue instrumental (contenu).*

Dans cette dimension instrumentale se situent les actions comme les réunions de travail, de concertation, de synthèse à propos du patient ou de l'amélioration du fonctionnement et du service rendu (projet de service, d'établissement, accréditation). C'est à ce niveau que se situent les résolutions de problèmes, l'échange d'informations, la mise en place de procédures, la recherche de moyens, la détermination de priorités. La distribution des rôles et des responsabilités au sein de l'équipe est limitée, encadrée par les fiches de fonction ou de

poste, de chaque individu délimitant son champ d'action au sein de l'institution et/ou du service d'affectation.

Les procédures aident à l'échange, à une certaine cohésion de l'équipe pour atteindre un but fixé. L'absence de procédures peut créer une insécurité, une confusion et donc une inefficacité de l'équipe par manque de repères. Il en va de même de la loi, du règlement intérieur. L'établissement de procédures, de protocoles, fait parti du projet programmatique c'est-à-dire de la mise en forme logique de ce qui a été anticipé. (Ardoino, 2000, p. 140).

Le *projet-visée*, autre face du projet, est en rapport avec le sens politique, culturel, de la démarche il est plus porteur de « *signifiante que de cohérence* ». Le projet programmatique doit être « *la traduction stratégique, méthodologique, opérationnelle, économique de la formulation plus philosophique ou politique du projet-visée, entraînant la conversion de finalités en objectifs.* » (Ardoino, 2000, p. 143).

Les procédures sont des contraintes nécessaires donnant une cohérence d'action. Leur application stricte risque d'entraîner un manque de spontanéité, de recherche, de questionnement et d'engagement des individus. Le système va fonctionner, mettre en œuvre des procédures, appliquer des protocoles, par des agents qui deviennent interchangeables. La procédure est appliquée sans s'engager. Cela peut entraîner un certain autoritarisme où le cadre de santé est assujéti, c'est-à-dire soumis, premier sens du terme sujet, et devient agent d'exécution. Un conflit avec une situation de blocage, l'absence de *projet-visée* peuvent entraîner de la part des personnes la recherche d'applications des règles. C'est une manière de contrer l'arbitraire pour se protéger lors de situations de faiblesse. Pour certains acteurs, le discours de la rationalité peut constituer une arme supplémentaire dans la défense de leur identité collective (Sainsaulieu, 1977, pp 375-377).

Le discours professionnel, s'appuyant sur des procédures, réifiant l'individu, le patient, prend le risque de voir disparaître la dimension humaine des rapports de travail, d'équipe (Sainsaulieu, 1977, pp. 375-379). De ce fait l'institution hôpital prend le risque de fonctionner comme une machine, sur un modèle cybernétique, en mettant en place des procédures (Vial, 1999) économisant ainsi tout effort de réflexion sur les valeurs qui l'animent, les finalités de son existence. Il est vrai que c'est reposant « *que de se soustraire à la persistante question que l'homme pose à l'homme, quelle commodité aussi d'éluder la complexe interférence de la réalité affective dans la réalité tout court. Mais aussi quelle mort !* » (Ardoino, 1999, p. 122).

Du fait de toutes ces sollicitations évoquées plus haut, l'équipe est « *un organisme sous tension* » (Abric, 1999, p. 63) pouvant s'apparenter à un organisme vivant qui naît, se développe et peut mourir (Saint-Arnaud, 2002, p. 29). Notons, pour clore ce chapitre, que

Saint-Arnaud (1989, p. 39) décrit la production et la circulation d'énergie lorsque des personnes sont réunies. Pour lui dans la dimension instrumentale, tournée vers la production, le groupe va produire une énergie de production. L'énergie est produite par les interactions et l'œuvre commune et elle concerne principalement les individus.

L'objectif à atteindre, la tâche à accomplir sont de l'ordre de l'explicite. Mais cela ne doit pas faire oublier non seulement les enjeux affectifs et relationnels, mais également ceux qui relèvent de la politique, de la stratégie individuelle ou collective.

3.3.2 La dimension relationnelle

Elle est de l'ordre de l'implicite, des émotions, du lien social, de désirs inconscients, du fantasme. Du fait de sa gestion difficile elle est souvent négligée, voir niée dans les relations d'équipe.

Anzieu (1968) puis **Kaës** (1999), à la suite des travaux de Bion, mettent en évidence que le groupe mobilise des processus psychiques propres ; il s'agit d'une « *fonction d'entretien* » visant à la survie et à la pérennité du groupe et se décline en deux composantes :

- « *une fonction de facilitation, centrée sur les échanges dans le groupe et qui vise l'expression et la participation de l'ensemble des membres ;*
- *la fonction régulation visant le règlement des conflits internes au groupe ou du moins leur maintien à un niveau acceptable pour permettre aux fonctions de facilitation et production de se réaliser.* » (Lewin repris par Abric, 1999, p. 63)

Durkheim a, dans ses travaux, régulièrement abordé la question du groupe social, du collectif et du « *vouloir vivre ensemble* ». Durkheim s'intéresse au comment se construit le groupe social, à ce qui fait, qu'à partir d'individus en contact, apparaissent des caractéristiques de la vie en groupe et du groupe. Durkheim, cité par Filloux (2003, p. 450), dans les *Leçons de sociologie*, écrit : « *Quand des individus qui se trouvent avoir des intérêts communs s'associent, ce n'est pas seulement pour protéger ces intérêts, c'est aussi pour le plaisir de ne faire qu'un avec plusieurs, de ne plus se sentir perdu au milieu d'adversaires, pour le plaisir de communier, c'est-à-dire, en définitive pour pouvoir mener ensemble une même vie morale.* »

« *Le plaisir de communier* » évoque ce que Anzieu et Martin (1968) décrivent comme « *illusion groupale* », c'est-à-dire la création fantasmatique d'un groupe idéal et bon en opposition au monde extérieur vécu comme potentiellement hostile.

Pour **Maisonneuve** (1969, p. 81), le rapprochement des personnes serait en lien avec « *une angoisse d'abandon, de séparation, de solitude* ». Ce rapprochement, pour un travail de groupe, n'est qu'un moyen pour lutter contre cette angoisse. Chaque individu cherche à aimer et à être aimé et, seule la relation interpersonnelle peut répondre à cette demande.

Dans une situation d'équipe ce n'est pas ce critère affectif qui est au premier plan. Les individus sont réunis en raison de leurs compétences par rapport à un objectif à atteindre en commun et non en fonction d'une élection particulière de personnes.

Saint-Arnaud (1989, p. 40) utilise le terme de **solidarité**, ce qui n'exclut pas des liens d'amitiés, pour expliquer les relations de groupe. Pour lui le groupe va utiliser une partie de son énergie (« *énergie de solidarité* ») de façon spontanée pour créer « *des liens de solidarité entre les personnes engagées dans la poursuite d'une cible commune, quelle que soit la nature de cette cible* ». Ce processus peut être considéré comme inhérent à tout groupe constitué. Pour ce même auteur (p. 111) il est important que les membres d'un groupe manifestent sinon leur solidarité, du moins le désir et l'intention de se solidariser. Cela se traduit lorsqu'un membre :

- *manifeste ouvertement, de façon verbale ou non verbale, qu'il donne du support à un membre du groupe ;*
- *s'informe des émotions et des sentiments des autres membres par rapport à ce qui se passe dans le groupe « ici et maintenant » ;*
- *exprime la satisfaction qu'il éprouve à la suite d'une intervention d'autre autre membre ;*
- *s'intéresse aux membres qu'il perçoit comme satellites, en exprimant à l'occasion l'intérêt qu'il aurait à connaître leur point de vue ;*
- *accueille chaleureusement un membre en retard plutôt que de le culpabiliser ;*
- *partage avec les autres les émotions ou les sentiments qui auraient comme effet de le désolidariser du reste du groupe.*

Si dans une équipe les personnes se retrouvent réunies par une tâche commune, le partage affectif, tel que décrit par Saint-Arnaud, rencontrera des limites : celles des individus eux-mêmes avec leur désir, ou non, d'aller plus avant dans la relation ou au contraire d'en rester à distance. Ce niveau implicite de la dimension relationnelle est la part d'incertitude avec laquelle doit composer l'organisation hospitalière. Elle dépend de chaque individu, de sa propre histoire et de ses projets individuels. À ce niveau les actions des individus sont

centrées sur le groupe lui-même. Elles visent à sa conservation et à la création ou au maintien de liens. Il en va ainsi de toute action qui vise à développer la solidarité, la confiance, le développement d'une culture et d'un langage communs, la recherche de valeurs communes. Cette démarche contribue à la constitution de ce que nous avons évoqué plus haut : un « nous » ou encore « une peau » imaginaire contenant du groupe

3.3.3 La dimension contextuelle

Aux dimensions instrumentales et relationnelles s'ajoute une dimension contextuelle. En effet, une équipe n'existe que parce qu'elle a une mission à remplir. Cette dernière est étroitement liée non seulement à l'environnement géographique et politique mais également à la constitution même de l'équipe, son lieu d'intervention, les modalités de rencontre de ses membres. L'équipe appartient à un ensemble hospitalier qui lui-même dépend de directives politiques extérieures dépendant de l'histoire et de la géographie du lieu de son implantation. Les directives ministérielles en passant par divers relais, Agence Régionale d'Hospitalisation, Conseil d'Administration, Direction, Commission Médicale d'Établissement, par exemple, vont s'imposer à l'équipe.

Tous ses éléments sont des contraintes de la réalité qui, par leur mise en relations et donc en tension, vont influencer le fonctionnement de l'équipe. Celle-ci va appliquer ou interpréter ces prescriptions en fonction de ses propres intérêts. Elle va adapter son « jeu » pour régler sa coopération institutionnelle (Crozier, 1977, p. 113). Ces facteurs qualifiés d'extrinsèques par Maisonneuve (1969, p. 24) sont des données qui s'imposent au groupe. Ils le définissent de l'extérieur alors que les dimensions d'actions et de liens abordées précédemment, définissent le groupe de l'intérieur. La rencontre de ces diverses sollicitations de sens opposés, définit et délimite l'équipe.

Certains aspects de cette dimension contextuelle peuvent paraître « *anodins et basement matériels* » (Leclerc, 1999, p. 50) mais ne doivent pas être négligés car ils peuvent mettre en évidence un certain intérêt ou désintérêt porté au travail de l'équipe par les instances supérieures ou par l'équipe elle-même. Ces éléments sont : la taille de l'équipe, l'espace, le temps. Un autre élément est important : la relation au supérieur hiérarchique immédiat et par conséquent à la loi. Nous allons développer ci-dessous ces aspects matériels et la relation à la hiérarchie.

3.3.3.1 Aspect matériel

Sur la taille de l'équipe, la seule certitude que l'on puisse extraire des textes consacrés à ce sujet, c'est qu'elle doit permettre des interactions directes entre les différents membres. Sinon, le risque est de noter un appauvrissement des interactions et de voir naître des sous-ensembles. Le nombre critique semble se situer autour de douze personnes. Dans un hôpital, la taille d'une équipe de cadres, placée sous une même autorité hiérarchique, n'est pas une donnée aisément modifiable. Cela fait partie d'une réalité avec laquelle il faut composer. Leclerc (1999, p. 52) note à ce sujet qu'une intervention pour réduire une équipe peut entraîner un effet inverse à celui attendu et être interprété comme « *violence symbolique causant plus de tort que de bien.* »

L'espace dont disposent les cadres pour se rencontrer va influencer leurs relations et leur qualité de travail. Un lieu non adapté, par son espace trop grand ou trop petit, éloigné des lieux habituels de travail influence la qualité des échanges. La proximité spatiale, mais aussi sociale et culturelle, des membres d'un groupe est un facteur de cohésion. (Maisonneuve, 1969, p. 25).

Le temps, comprenant la fréquence, la durée, le moment des rencontres, et leur qualité, va être un indicateur de la vie de l'équipe tant sur le plan affectif que sur sa capacité à produire et à être efficace.

Les espaces et les temps de rencontre se présentent de façon formelle ou informelle. À un niveau formel, nous relèverons toutes les réunions à rendez-vous dans un lieu précis avec un horaire donné, auxquelles participent les cadres de santé. Ces réunions portent des noms variables en fonction des sujets abordés et des institutions : réunions de coordination, de synthèse, d'équipe, de service, staff, conseil de service, etc...

Au niveau informel, il s'agit des rencontres de « hasard » : dans un couloir, une allée, un ascenseur, à la pause autour d'un café, d'un repas, d'un « pot », et mille autres occasions. Ces « *espaces intersticiels* » s'insinuent entre deux activités institutionnelles définies, structurées et vécues comme telles (Roussillon 2000,p.165). Ils peuvent se situer en dehors de l'institution elle-même (restaurant, bistrot). Ces espaces, hors cadre officiel, permettent de recueillir, de donner des informations, de tisser des liens. Ce sont des lieux et des temps « *transitionnels* » (Winnicott,1971) entre espace de travail et espace privé permettant des régulations psychiques interindividuels et inter-groupales (Roussillon 2000,p 165).

3.3.3.2 La relation à la hiérarchie et aux lois

Jusqu'à présent nous avons mis l'accent sur l'équipe dans une dimension horizontale, les cadres de santé, afin de repérer ce qui de l'intérieur de l'équipe pouvait créer du lien. Un élément contextuel important doit être développé ici : celui de l'existence et de la place du cadre supérieur. Nous entendons par cadre supérieur tout cadre placé, hiérarchiquement, directement au-dessus des cadres de santé. Nous n'aborderons pas ici les modes de management mais comment cette fonction est intégrée ou non dans la dynamique d'une équipe de cadres et qu'elle peut être son impact.

Le **cadre supérieur** n'est pas une émanation de l'équipe, mais il a été nommé par le directeur de l'hôpital. Il appartient, suivant son statut et son lieu d'exercice, à l'équipe de direction. Il reçoit du directeur une délégation de pouvoir statutaire, formelle, explicite qui s'impose à l'équipe de cadres de santé. Cette fonction doit s'accompagner d'une efficacité opérationnelle et d'une influence effective sur ceux qui reçoivent des directives. Celles-ci doivent être acceptées et diriger les conduites des cadres de santé (Maisonneuve, 1969, pp. 62-63). Si cette légitimité est importante encore faut-il que le cadre supérieur soit crédible. Ainsi, selon **Enrègle** (1993, p. 86) une « *équipe gagnante* », attentive à l'attitude de son supérieur hiérarchique, sera plus particulièrement en attente sur les points suivants :

- la connaissance et la **fixation d'objectifs** avec des délais et des moyens pour l'atteindre ;
- les **critères d'évaluation** pour apprécier les résultats du travail accompli, l'évaluation du travail effectué ;
- l'**attitude** du supérieur lors de l'exécution de la mission et lors de difficultés éventuelles ;
- son système de valeur, son **code éthique**, sa conception de son rôle et la relation au quotidien.

Cela ne doit pas faire oublier les différents pouvoirs du cadre supérieur. **Pouvoir de récompense** avec la valorisation des actes. **Pouvoir de coercition** avec contrôle et sanction, **Pouvoir légitime** avec sa place dans la hiérarchie et le droit de diriger. **Pouvoir d'expertise** avec ses connaissances, ses compétences techniques. **Pouvoir de référence** relevant d'un processus identificatoire allant de l'admiration affective à la reconnaissance de qualités. **Pouvoir d'information** avec la capacité de faire circuler ou de bloquer l'information. **Pouvoir à la relation**, capacité relationnelle aussi bien avec l'équipe, chaque personne et vers

l'extérieur (direction, réseaux). **Pouvoir de majorité** en étant le garant des décisions votées. (Leclerc, 1999, pp 193-194).

Ce qui est finalement attendu d'un cadre de santé par rapport à son cadre supérieur c'est la détermination, pour reprendre la formulation de Enrègle, de : « à *quel jeu allons nous jouer ensemble et selon quelles règles* » ? Si la relation hiérarchique est déséquilibrée par définition, le cadre de santé ne se considère pas pour autant comme simple agent d'exécution. Le cadre reçoit, quel que soit son niveau hiérarchique, des directives bien souvent en des termes généraux à appliquer à des situations jamais complètement prévues par les autorités supérieures (Sainsaulieu, 1977,p. 211). Une connaissance des lois, règlements régissant aussi bien le fonctionnement de l'hôpital que les différentes professions est indispensable pour pouvoir connaître les « règles du jeu² », avoir des espaces de liberté, réduire ses zones d'incertitude, adosser ses propositions et combattre les abus éventuels. Ce repérage permet de ne pas tomber dans les deux écueils fréquemment rencontrés : celui de la superficialité des échanges et celui de la confrontation permanente. Cette réglementation avec ces règles du jeu, ce droit légal, opposé au droit du plus fort, est un acte de civilisation (Freud, 1929,p. 44). C'est également un principe de réalité et un principe organisateur (Kaës,1999 p. 84).

La mise en commun de moyens semble devoir passer par la coordination d'un « *organisme supra-individuel* » (Maisonneuve,1969, p. 64), capable de coordonner les actes de chacun. Cette coordination institutionnellement et socialement réglementée afin de rendre les efforts humains efficaces (Nuttin, 1980,p. 19) est un des rôles attendu du cadre supérieur. La reconnaissance de la place de chacun, de son rôle, de ses pouvoirs et des lois est « *une condition de lucidité de l'action collective.* » (Leclerc, 1999, p. 192).

3.4 Synthèse

Nous pouvons, à la suite de ces différentes lectures, noter que pour pouvoir appeler *équipe* un rassemblement humain, différents éléments doivent être présents, ceux du groupe et quelques éléments spécifiques :

- **Les éléments du groupe primaire** que nous reprenons, en raison de leur simplification éclairante, à Chantal Leclerc (1999, p. 33) :

- Un champ psychosocial constitué d'un ensemble repérable de personnes ;

² Le *jeu* étant aussi l'*espace ménagé* pour avoir un *mouvement aisé*, ou un *libre jeu d'articulation* (Dictionnaire le Petit Robert)

- Une unité résultant d'une certaine communauté du sort collectif et de l'interdépendance des sorts individuels. Nous incluons ici la loyauté des membres avec sa part de secret ;
- Une interaction directe entre les membres.
- **Les éléments spécifiques à l'équipe** que nous emprunterons à différents auteurs :
 - Un rattachement non volontaire et institutionnel (Leclerc) ;
 - Une organisation stable et organisée avec une distribution des rôles et des tâches (Muchielli)
 - La multidisciplinarité réunissant des catégories de professionnels de différentes origines (Muchielli) ;
 - L'existence d'un public (Goffman).

Nous avons également mis en évidence que le fonctionnement de l'équipe de cadres de santé s'articule autour de trois dimensions :

- l'une instrumentale avec les actions, les tâches à accomplir.
- une deuxième, relationnelle, tournée vers la constitution de lien à l'intérieur de l'équipe.
- une troisième contextuelle, prenant en compte la relation à l'environnement, à la hiérarchie.

Les deux premières dimensions relèvent du fonctionnement en groupe et la troisième plus particulièrement du fonctionnement en équipe.

3.5 Hypothèse

Nous supposons que chaque cadre va privilégier, à titre personnel, l'une de ces dimensions en fonction de sa propre identité. De ces choix individuels va se dessiner une typologie particulière du cadre liée à certains paramètres comme le sexe, la profession d'origine, etc...C'est ce que nous avons souhaité explorer et nous posons l'hypothèse de recherche suivante :

Le cadre de santé, en fonction de facteurs liés au sexe, à la profession d'origine, au service d'exercice ou de son année de diplôme, privilégie un niveau de relations instrumentales, relationnelles ou contextuelles.

4. Méthodologie de recherche

L'hypothèse posée précédemment est une « *réponse provisoire à la question de départ de la recherche et la valeur de cette réponse se doit d'être confrontée à des données d'observations, à des faits* » (Quivy, Van Campenhout, 1995, p. 136). Afin de valider ou d'invalider l'hypothèse posée j'ai effectué une enquête par questionnaire auprès de cadres de santé.

4.1 Choix de l'outil questionnaire

L'enquête par questionnaire « *consiste à poser à un ensemble de répondants, le plus souvent représentatif d'une population, une série de questions relatives à leurs situations sociale, professionnelle, familiale, à leurs opinions, leurs attitudes à l'égard d'options ou d'enjeu humains et sociaux, à leurs attentes, (...)* » (Quivy, Van Campenhout, 1995, p. 190).

Il s'agit d'un questionnaire d'administration directe rempli par le répondant. Le questionnaire présente l'avantage de quantifier de multiples données et de procéder à des analyses de corrélations. La superficialité des réponses, choix orienté présente l'inconvénient d'une simple description sans pouvoir aborder les processus en jeu.

4.2 Le questionnaire

Le questionnaire se compose de trois parties (cf. annexe V) :

1 – Je me présente et situe le contexte de ma démarche. Je propose d'adresser le résultat de cette enquête aux personnes qui le souhaitent.

2 – Une partie avec des variables descriptives, distinctives des individus, c'est-à-dire les variables d'identification des sujets répondants (Rude, Retel, 2000, p. 44).

3 – le questionnaire lui-même. Il a été conçu de manière à y répondre rapidement et se compose de deux questions :

- l'une ouverte portant sur les *valeurs professionnelles*
- l'une fermée proposant un choix de 5 items sur 16 portant sur le fonctionnement en équipe. Les répondants ont la possibilité d'inclure dans leur choix 2 items supplémentaires

Les questions ont été élaborées à partir des éléments issus de mon expérience professionnelle, des échanges lors des stages et de la problématique théorique.

Ce questionnaire a été testé auprès de 3 cadres de santé, ce qui a permis de modifier quelques formulations.

4.3 La population étudiée

Les questionnaires ont été adressés à des cadres de santé travaillant de préférence dans le même établissement. L'adressage s'est effectué par l'intermédiaire de personnes relais pour optimiser les retours. J'ai essayé d'avoir une population d'origines géographiques diverses pour mettre en évidence d'éventuelles différences.

Les questionnaires ont été adressés à :

- 5 Centres Hospitaliers Universitaires ou Régionaux en France dont 1 hôpital psychiatrique ;
- 1 Centre Hospitalier Universitaire en Suisse ;
- 2 Centres Hospitaliers Universitaires aux Antilles ;
- 1 Centre Hospitalier Spécialisé en Nouvelle-Calédonie.

Des contacts ont été pris avec La Réunion mais n'ont pas abouti.

Le site www.cadredesante.com a été contacté pour servir de relais.

4.4 Traitement des données

Un numéro d'ordre a été attribué à chaque questionnaire dans l'ordre de retour.

Les données ont été saisies sur ordinateur avec le logiciel Excel de Microsoft. (Cf. annexe n° VII).

4.5 Méthode d'analyse

Après une première analyse descriptive (sexe, profession, etc.) des réponses, j'ai opté pour une analyse à partir de statistiques inférentielles, c'est-à-dire la recherche de l'existence de différences ou non entre des populations (Rude, Retel, 2000, p. 135). Notre analyse portera sur les réponses à la deuxième question :

Parmi les propositions suivantes quelles sont les 5 qui pour vous sont importantes pour pouvoir fonctionner en équipe pluriprofessionnelle de cadres de santé ? (...) Classez-les de 1 (la plus importante) à 5 (la moins importante relativement).

Nous avons demandé aux cadres de choisir et de classer par ordre d'importance 5 items.

Pour chaque population une première grille recense le nombre de fois où tel item apparaît à telle position. Il s'agit là d'une analyse quantitative fondée sur la fréquence d'apparition de certains items. L'approche quantitative « *obtient des données descriptives par une méthode statistique. Elle semble, grâce au décompte systématique, plus précise, plus objective, plus fiable et fidèle, car l'observation y est davantage contrôlée. Rigide cependant, elle est utile dans les phases de vérification des hypothèses.* » (Rude, Retel, p 147)

L'ordre de classement est important : un item classé en première position n'a pas la même valeur, le même poids que s'il était placé en cinquième position.

De ce fait les items n'ont pas la même valeur suivant leur rang de classement.

L'apparition en place 1 est donc plus importante que l'apparition à un rang 2,3,4 ou 5 et celle en place 2 est moins importante qu'en place 1 mais plus qu'en place 3, 4 ou 5.

Aussi pour tenir compte de ce classement, un système de pondération est utilisé :

Un item placé en 1^{ère} position est affecté d'un coefficient 5

Un item placé en 2^{ème} position est affecté d'un coefficient 4

Un item placé en 3^{ème} position est affecté d'un coefficient 3

Un item placé en 4^{ème} position est affecté d'un coefficient 2

Un item placé en 5^{ème} position est affecté d'un coefficient 1

Pour chaque population une deuxième grille fait apparaître les pondérations et l'importance de chaque item. Par exemple : tel item classé 2 fois en 1, 3 en 2, 0 en 3, 1 fois en 4, et 5 fois en 1 aura un poids total de : $(2 \times 5) + (3 \times 4) + (0 \times 3) + (1 \times 2) + (5 \times 1) = 27$

Les items proposés par les répondants, seront soit intégrés dans les items existants (en cas de proximité de sens) soit intégrés dans un item *autre lien, autre tâche, ou autre contexte*.

À partir de ce relevé pondéré j'effectue deux calculs statistiques :

1°) ρ de Spearman

Pour chaque population et à chaque item un rang est attribué en fonction de son poids. Cela nous permet d'avoir une première approche sur les choix globaux des populations étudiées.

En cas d'ex-aequo la procédure indiquée par Beaufile (1996,p.123) est appliquée. Ainsi, si 4 items ont le même poids et se situent après la 12^{ème} position, on considère que s'ils étaient légèrement différents ils prendraient les rangs 13,14,15 et 16. On leur attribue à chacun un rang moyen correspondant à $(13 + 14 + 15 + 16)/4 = 14,5$.

Chaque population repérée aura, suivant l'hypothèse posée, un classement singulier. Le **rho de Spearman** permet de vérifier s'il existe ou non une relation entre les classements (Beaufils, 1996, p. 186).

$$\rho = 1 - \frac{6 \sum d^2}{N(N^2-1)}$$

d est la différence entre le rang obtenu pour la première variable et celui obtenu pour la seconde ;

N le nombre d'items ; (N = 18).

Si $\rho = 1$ les deux classements sont strictement identiques ;

Si $\rho = -1$ les deux classements sont strictement inverses.

2°) Regroupements et pourcentage

Dans cette partie nous regroupons pour chaque population les 16 items pondérés proposés en trois catégories :

- La dimension relationnelle : items 6,7,9,12,14, et 16
- La dimension instrumentale : items 1,2,3,4,5 et 10
- La dimension contextuelle : items 8, 11,13 et 15

Puis est calculé le pourcentage de chaque catégorie pour chaque population. Cela permet de comparer, ainsi des populations aux nombres différents.

Nous avons considéré qu'il existait une différence significative entre deux items lorsque nous pouvions constater une différence très proche de 5 points ou de plus de 5 points entre les pourcentages pondérés calculés de chaque item.

4.6 Critique méthodologique

La construction du questionnaire s'est faite trop tôt par rapport à la recherche théorique. Le temps imparti par la formation et la réalisation du mémoire ne m'ont pas permis d'affiner les questions, de choisir et de construire de façon plus pertinente les questions à poser. De ce fait, certaines questions se sont avérées inexploitable en raison de l'imprécision des réponses induites par des questions inadaptées.

- *Date d'entrée dans le dernier poste de cadre* : cette question par elle-même n'apporte rien dans la problématique étudiée. L'idée de départ était de comparer des groupes homogènes en poste de façon stable. Il manque en fait l'histoire de la carrière.

- *Collaborez-vous avec des cadres de santé placés sous une autre autorité hiérarchique que la vôtre ?*

- *Quelles sont les diverses origines professionnelles des cadres de santé placés sous cette autorité ?*

Ces deux dernières questions auraient dû permettre de comparer ou non l'habitude de travailler en interprofessionnalité avec une ouverture sur d'autres services avec la problématique étudiée.

- **La question sur les valeurs** professionnelles est également un signe d'une difficulté à se limiter dans la recherche ! Au cours des stages les personnes rencontrées abordaient souvent les notions de valeurs comme lien important dans une équipe. Les définitions ou les valeurs avancées par chaque cadre ne correspondaient pas toujours à celles des autres cadres. Je souhaitais dans le cadre de ma recherche, affiner cet aspect. Cette question posée en premier a peut-être influencé le choix des items à la deuxième question.

- **La question portant sur le fonctionnement en équipe.**

Les items ne sont pas suffisamment mêlés. Il apparaît des suites d'items portant sur un seul thème ; les items ne sont pas en nombre égal dans chaque catégorie.

Certains items auraient été proposés si ma recherche théorique avait été plus avancée :

- Connaître l'histoire du service,
- Connaître l'histoire de l'hôpital,
- Échanger sur les pratiques professionnelles de cadre,
- Connaissance partagée des textes de lois, règlements, régissant la profession,
- Connaissance partagée des textes de lois, règlements régissant l'hôpital.

5. Analyse des réponses

Sur les 80 questionnaires envoyés 53 sont revenus. Parmi ceux-ci 2 n'étaient pas exploitables en raison d'une incompréhension de la consigne sur le choix et le classement des items à la deuxième question. Il a été possible de contacter 1 personne en reformulant la consigne. Par l'intermédiaire du site www.cadredesante.com, 2 personnes ont répondu à mon appel et ont servi de relais pour un retour total de 8 questionnaires.

Au final **61 questionnaires sont exploitables**, 1 ne l'est pas.

L'ensemble des résultats est regroupé dans un tableau placé en annexe (Annexe V). Les noms et villes des hôpitaux d'exercice ne sont pas indiqués afin de conserver l'anonymat promis mais uniquement le type de service : Médecine Physique et de Réadaptation (MPR), Psychiatrie (Psy), etc...

Nous allons, dans un premier temps, décrire la nature de l'échantillon étudié (sexe, profession, service d'exercice, lieu géographique), puis, dans un deuxième temps nous nous attacherons à vérifier ou invalider notre hypothèse de recherche.

5.1 Analyse descriptive

Répartition des cadres de santé suivant :

5.1.1 la profession d'origine et le sexe.

	Hommes		Femmes		Totaux	
	nombre	%	nombre	%	H+F	H+F %
Ergothérapeute	1	5,26	1	2,38	2	3,28
Masseur kinésithérapeute	6	31,58	12	28,57	18	29,51
Orthophoniste	0	0,00	3	7,14	3	4,92
Psychomotricien	0	0,00	1	2,38	1	1,64
Infirmier	6	31,58	20	47,62	26	42,62
Infirmier de secteur psy	6	31,58	2	4,76	8	13,11
IBODE	0	0,00	1	2,38	1	1,64
Manipulateur radio	0	0,00	1	2,38	1	1,64
Technicien de laboratoire	0	0,00	1	2,38	1	1,64
Totaux	19	100,00	42	100,00	61	100%
répartition H/F en %	19	31,15%	42	68,85%	61	100%

5.1.2 la profession d'origine et la nature du service d'exercice

services Origine prof.	MPR	Psychiatrie	Gériatrie	autre	totaux
Ergothérapeute	1	1			2
Masseur kinésithérapeute	18				18
Orthophoniste	3				3
Psychomotricien	1				1
Infirmier	9	6	2	9	26
Infirmier de secteur psy		6	1	1	8
Technicien de labo				1	1
Manipulateur radio				1	1
IBODE				1	1
totaux	32	13	3	13	61
Totaux en %	52,46	21,31	4,92	21,31	100%

Ces 2 tableaux montrent :

- Une forte représentation des femmes (68,85 %) en lien avec la féminisation des professions de santé ;
- Une forte représentation des cadres de santé d'origine professionnelle infirmière (infirmiers + infirmiers de secteur psychiatrique + infirmier de bloc opératoire) (57,37 %) et masseurs-kinésithérapeutes (29,51 %) ;
- une forte représentation des services de Médecine Physique et de Réadaptation (52,46 %).

5.1.3 la profession d'origine et le « pays » d'exercice

Lieu géo. Origine prof.	France	DOM-TOM	Suisse	totaux
Ergothérapeute	2	0	0	2
Masseur kinésithérapeute	17	1	0	18
Orthophoniste	3	0	0	3
Psychomotricien	1	0	0	1
Infirmier	10	11	5	26
Infirmier de secteur psy	4	4	0	8
Technicien de labo	1	0	0	1
Manipulateur radio	1	0	0	1
IBODE	1	0	0	1
totaux	40	16	5	61
Totaux en %	65,57	26,23	8,20	100%

La part importante des réponses issues de France métropolitaine s'explique par la plus grande facilité de contact et d'échange avec ces lieux au cours de la formation.

Remarques

5 personnes (fiches 1,4,13,22,48) ont proposé 7 items complémentaires regroupés ainsi :

- item 17 : dimension relationnelle autre

* *Se rencontrer dans un cadre professionnel en dehors de l'hôpital ;*

* *Échanger.*

- item 18 : dimension instrumentale autre

* *Partager la tâche de travail ;*

* *Se relayer lors des absences ;*

* *S'entraider, échanger sur les organisations ;*

* *Avoir des objectifs communs ;*

* *Négocier.*

Il n'y a eu aucune proposition quant à la dimension contextuelle.

Il est à noter que 3 items n'ont reçu aucune réponse :

- **Item n° 4 :** *Mettre en place un colloque, un séminaire, etc...*

- **Item n° 11 :** *Participer à une association professionnelle commune ;*

- **Item n° 13 :** *Avoir eu la formation de Cadre dans le même IFCS.*

5.2 Analyse en fonction de l'hypothèse de recherche

Notre hypothèse de recherche, posée à la fin de la problématique théorique, est que : **Le cadre de santé, en fonction de facteurs liés au sexe, à la profession d'origine, au service d'exercice ou de son année de diplôme, privilégie un niveau de relations instrumentales, relationnelles ou contextuelles.**

Si cette hypothèse se vérifie nous devrions obtenir des résultats, consignés dans les tableaux suivants, différents suivant les cas de figure examinés. Le rho de spearman (ρ) devrait alors tendre vers 0.

En cas d'invalidation de notre hypothèse le ρ de Spearman tendra vers 1 en cas de corrélation positive et de -1 en cas de corrélation négative.

(Nous avons colorié les items en fonction de leur rattachement à une dimension : blanc pour instrumentale, gris clair pour relationnelle, gris plus foncé pour contextuelle)

5.2.1 Analyse Globale

Tableau synthétique des réponses

item n°	items	réponses par item		items pondérés		
		global	%	global	%	Rang
1	Participer régulièrement à des réunions de travail	39	12,79	96	10,49	6
2	Échanger autour de textes de lois, d'auteurs, d'articles	3	0,98	4	0,44	13,5
3	Mettre en place des projets communs	47	15,41	140	15,30	2
4	Mettre en place un colloque , un séminaire, etc ...	0	0,00	0	0,00	17
5	Effectuer un travail collectif d'écriture pour parution	2	0,66	4	0,44	13,5
6	Avoir un langage commun	32	10,49	108	11,80	5
7	Être solidaire	41	13,44	123	13,44	3
8	Avoir le même supérieur hiérarchique	5	1,64	16	1,75	9,0
9	Prendre régulièrement des repas en commun	4	1,31	9	0,98	12
10	Échanger ses points de vues à propos d'un patient	22	7,21	52	5,68	7
11	Participer à une association professionnelle commune	0	0,00	0	0,00	17
12	Être en confiance	37	12,13	118	12,90	4
13	Avoir eu la formation de Cadre dans le même IFCS	0	0,00	0	0,00	17
14	Partager les mêmes valeurs professionnelles	48	15,74	184	20,11	1
15	Participer ensemble aux mêmes formations continues	5	1,64	14	1,53	10
16	Partager la même culture professionnelle	13	4,26	33	3,61	8
17	dimension relationnelle autre	2	0,66	3	0,33	15
18	dimension instrumentale autre	5	1,64	11	1,20	11
totaux		305	100	915	100	

Nous pouvons constater que l'item **relationnel n° 14** relatif aux **valeurs professionnelles** et l'item **instrumental n° 3** relatif à **la mise en place de projets commun** sont cités pratiquement autant de fois l'un que l'autre : respectivement 48 et 47 fois. Leur pondération, en fonction des choix de classement effectués par chaque cadre, les différencie en faveur du premier : 184 soit plus de 20 % du poids total de l'ensemble des items, contre 140 et 15 %. Le classement fait apparaître que les items classés aux 7 premiers rangs, (dans l'ordre : 14,3,7,12,6,1,10) représentent près de 90 % du poids total.

Les items relationnels 6,7,12 et 14 représentant 58,25 %

Les items instrumentaux 1, 3, et 10 représentant 31,47 %

Le premier item contextuel (n° 8) n'apparaît qu'en 9^{ème} position, cité 5 fois avec un poids de 1,75 %.

Tableau synthétique des réponses suivant les 3 dimensions

Dimensions	répartition des items par rang							items pondérés						
	rangs					totaux		pondération				totaux		
	1	2	3	4	5	cités x	%	5	4	3	2	1	totaux	%
relationnelle	49	36	25	27	27	164	53,77	245	144	75	54	27	545	59,56
instrumentale	8	20	33	31	26	118	38,69	40	80	99	62	26	307	33,55
contextuelle	4	5	3	3	8	23	7,54	20	20	9	6	8	63	6,89

Ce tableau nous permet de constater que la majorité des cadres de santé, quelque que soit leur sexe, leur profession d'origine, leur lieu d'exercice **privilégie la dimension relationnelle** dans leur travail et cela dans une proportion de 59,5 % contre environ 33,5 % pour la dimension instrumentale et 7 % pour la dimension contextuelle.

(Tableau détaillé en annexe n° VIII)

5.2.2 Analyse en fonction du sexe

N°	Items	19 Hommes				42 Femmes			
		total réponses	réponses pondérées	% pondéré	Rang	total réponses	réponses pondérées	% pondéré	Rang
1	Participer régulièrement à des réunions de travail	10	23	8,07	6	29	73	11,59	6
2	Échanger autour de textes de lois, d'auteurs, d'articles	1	2	0,7	14	2	2	0,32	14
3	Mettre en place des projets communs	12	44	15,44	2	34	93	14,76	3
4	Mettre en place un colloque, un séminaire, etc ...	0	0	0	17	0	0	0	17
5	Effectuer un travail collectif d'écriture pour parution	0	0	0	15	2	4	0,63	12,5
6	Avoir un langage commun	12	32	11,23	3	21	79	12,54	5
7	Être solidaire	11	26	9,12	5	30	97	15,4	2
8	Avoir le même supérieur hiérarchique	3	10	3,51	9	2	6	0,95	11
9	Prendre régulièrement des repas en commun	2	5	1,75	11	2	4	0,63	12,5
10	Échanger ses points de vues à propos d'un patient	6	19	6,67	7	16	33	5,24	7
11	Participer à une association professionnelle commune	0	0	0	17	0	0	0	17
12	Être en confiance	11	27	9,47	4	26	91	14,44	4
13	Avoir eu la formation de Cadre dans le même IFCS	0	0	0	17	0	0	0	17
14	Partager les mêmes valeurs professionnelles	17	75	26,32	1	31	109	17,3	1
15	Participer ensemble aux mêmes formations continues	1	2	0,7	14	4	12	1,9	9
16	Partager la même culture professionnelle	6	15	5,26	8	7	18	2,86	8
17	dimension relationnelle autre	1	2	0,7	14	0	0	0	15
18	dimension instrumentale autre	2	3	1,05	12	4	9	1,43	10
totaux		95	285	100		210	630	100	

Le ρ de Spearman calculé sur les rangs est égal à 0,99 soit très proche de 1.

Il n'existe pas de différence significative dans le classement des 3 dimensions entre les hommes et les femmes.

Le tableau ci-dessous nous montre que les dimensions privilégiées pour travailler en équipe sont dans les mêmes proportions pour les hommes et les femmes.

Dimension \ Sexe	Hommes	Femmes
	relationnelle	59%
instrumentale	32%	34%
contextuelle	9%	6%
total	100%	100%

Nous considérons que la différence est significative quand elle voisine 5 points ou plus. Nous pouvons constater une différence dans le choix des items :

- **L'item 14** portant sur les **valeurs professionnelles** est choisi en premier par les deux catégories mais de façon plus importante par les hommes : 26,32 % contre 17,3 %, soit une différence de 9,02 points

- **L'item 7** portant sur la **solidarité** est plus important pour les femmes (15,8 %) que pour les hommes (9,8 %) soit 6,28 points de différence ;

- **L'item 12** portant sur la **confiance** est également plus important pour les femmes (14,44 %) que pour les hommes (9,47 %) soit 4,97 points de différence.

5.2.3 Analyse en fonction de la profession d'origine

n° item	8 Infirmiers de secteur psy				26 infirmiers DE				18 Masseurs kinésithérapeutes			
	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	Rang	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	Rang	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	Rang
1	6	14	11,67	4	15	41	10,51	5	13	28	10,37	5
2	0	0	0,00	16	2	3	0,77	12	0	1	0,37	11
3	4	14	11,67	4	20	55	14,10	3	17	52	19,26	2
4	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16
5	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16	1	1	0,37	11
6	6	20	16,67	2	15	54	13,85	4	8	24	8,89	6
7	1	1	0,83	13	21	66	16,92	2	13	35	12,96	4
8	2	5	4,17	8,5	2	10	2,56	9	0	0	0,00	16
9	0	0	0,00	16	1	2	0,51	13	1	1	0,37	11
10	2	5	4,17	8,5	10	20	5,13	7	7	20	7,41	7
11	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16
12	5	14	11,67	4	15	37	9,49	6	11	43	15,93	3
13	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16
14	7	31	25,83	1	21	82	21,03	1	14	53	19,63	1
15	2	2	1,67	11,5	2	4	1,03	11	1	3	1,11	9
16	2	9	7,50	7	4	11	2,82	8	3	9	3,33	8
17	1	2	1,67	11,5	0	0	0,00	16	0	0	0,00	16
18	2	3	2,50	10	2	5	1,18	10	0	0	0,00	16

Les différents ρ de Spearman calculés sont à 0,81 pour IDSP/IDE, 0,69 pour IDSP/MK et 0,86 pour IDE/MK.

Nous ne pouvons pas conclure à une différence significative dans le classement en fonction de la profession d'origine. Les échantillons sont faibles et les ex aequo nombreux. Nous pouvons simplement noter une petite différence entre le classement des cadres d'origine IDSP et ceux d'origine MK.

À nouveau nous constatons les mêmes proportions dans la répartition des dimensions de travail quelle que soit la profession d'origine.

Dimension \ Origine prof.	IDSP	IDE	MK
relationnelle	57%	62%	58%
instrumentale	30%	32%	38%
contextuelle	13%	6%	4%
total	100%	100%	100%

Nous pouvons constater que la dimension contextuelle atteint une proportion de 13 % chez les cadres de santé ayant comme formation initiale celle d'infirmier de secteur psychiatrique. Ce pourcentage plus important est dû à l'**item 8** relatif au **cadre supérieur**.

Certains items (cf. tableau ci-dessous) sont choisis de façon différente et significative, suivant la profession d'origine.

n° item \ Origine	choix pondéré en %		
	IDSP	IDE	MK
3	11,67	14,10	19,26
6	16,67	13,85	8,89
7	0,83	16,92	12,96
12	11,67	9,49	15,93
14	25,83	21,03	19,63

Ainsi pour l'**item 3**, relatif aux **projets communs**, nous pouvons noter une différence significative (7,59) entre les cadres d'origine IDSP et ceux d'origine MK., elle est de 5,26 points entre les IDE et les MK.

Pour l'**item 6**, relatif au **langage commun**, la différence est de 7,78 entre IDSP et MK et de points entre IDE et MK.

Pour l'**item 7**, relatif à la **solidarité**, la différence est encore plus forte entre les cadres d'origine IDSP et ceux d'origine IDE (différence de 16,09 points) et ceux d'origine MK (différence de 12,13 points).

L'item 12, relatif à la **confiance**, a plus d'importance pour les cadres d'origine MK (près de 16 %) que pour les IDSP (11,67 % soit une différence de 4,26 points) et les IDE (9,49 % soit une différence de 6,44 points).

L'item 14 relatif aux **valeurs professionnelles** est l'item qui arrive en première position quel que soit le cas de figure. Toutefois nous notons une différence : cet item représente près de 26 % des pondérations pour les cadres d'origine IDSP ; puis 21 % pour les cadres IDE (différence de - 4,80 %) et de moins de 20 % pour ceux d'origine MK (différence de - 6,20 % par rapport aux premiers.)

5.2.4 Analyse en fonction du service d'activité

Nous n'avons retenu que les services d'activité où le nombre de personnes comptabilisées pouvait être significatif.

item n°	MPR - 32 personnes				psychiatrie - 13 personnes			
	réponses		% pondéré	rang	réponses		% pondéré	rang
	totales	pondérées			totales	pondérées		
1	20	44	9,17	6	10	22	11,28	4
2	1	1	0,21	13	1	2	1,03	12
3	26	79	16,46	2	10	31	15,90	2
4	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	16
5	1	1	0,21	13	0	0	0,00	16
6	17	58	12,08	5	8	28	14,36	3
7	23	64	13,33	4	6	20	10,26	5
8	0	0	0,00	16,5	3	10	5,13	8
9	2	3	0,63	10,5	2	6	3,08	9,5
10	13	30	6,25	7	2	6	3,08	9,5
11	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	16
12	21	77	16,04	3	6	14	7,18	6
13	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	16
14	26	99	20,63	1	11	41	21,03	1
15	1	3	0,63	10,5	1	2	1,03	12
16	5	12	2,50	8	4	11	5,64	7
17	1	1	0,21	13	0	0	0,00	16
18	3	8	1,67	9	1	2	1,03	12

Le ρ de Spearman calculé sur les classements est égal à 0,86 soit proche de 1

Il n'existe pas de différence significative dans le classement des 3 dimensions entre les personnes travaillant en service de MPR et celles travaillant en psychiatrie.

La répartition dans les 3 dimensions conserve les mêmes proportions que dans les analyses précédentes comme le montre le tableau ci-dessous.

Service \ Dimension	MPR	Psy
relationnelle	63%	56%
instrumentale	34%	32%
contextuelle	3%	12%
total	100%	100%

Toutefois une analyse du choix des items fait apparaître que :

- L'**item 8** portant sur le **supérieur hiérarchique**, n'est cité que par les cadres travaillant en psychiatrie. Le peu de choix (3 sur 13, et une proportion pondérée de 5,13 %) ne permet pas d'en tirer de conclusion. Toutefois la LOI, réelle ou symbolique, est une référence de travail et de soins vis-à-vis des patients en milieu psychiatrique.

- L'**item 12** : portant sur la **confiance** est choisi par les cadres travaillant en MPR dans une proportion de 16,04 % contre 7,18 % pour ceux travaillant en psychiatrie, soit une différence de 8,86 points.

5.2.5 Analyse en fonction de l'année du diplôme de cadre

n° item	Items	avant 1995 - 28 cadres				après 1995 - 25 cadres			
		total réponses	réponses pondérées	pondéré %	Rang	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	Rang
1	Participer régulièrement à des réunions de travail	15	37	8,81	6	18	42	11,20	6
2	Échanger autour de textes de lois, d'auteurs, d'articles	1	1	0,24	14	1	2	0,53	13,5
3	Mettre en place des projets communs	19	60	14,29	2	18	54	14,40	3
4	Mettre en place un colloque , un séminaire, etc ...	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	17
5	Effectuer un travail collectif d'écriture pour parution	1	3	0,71	11	1	1	0,27	15
6	Avoir un langage commun	14	42	10,00	5	13	46	12,27	5
7	Être solidaire	20	51	12,14	3	15	55	14,67	2
8	Avoir le même supérieur hiérarchique	3	6	1,43	10	2	10	2,67	8
9	Prendre régulièrement des repas en commun	1	2	0,48	12,5	3	7	1,87	11
10	Échanger ses points de vues à propos d'un patient	12	28	6,67	7	6	14	3,73	7
11	Participer à une association professionnelle commune	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	17
12	Être en confiance	16	50	11,90	4	17	52	13,87	4
13	Avoir eu la formation de Cadre dans le même IFCS	0	0	0,00	16,5	0	0	0,00	17
14	Partager les mêmes valeurs professionnelles	25	102	24,29	1	20	70	18,67	1
15	Participer ensemble aux mêmes formations continues	4	12	2,86	9	1	2	0,53	13,5
16	Partager la même culture professionnelle	8	24	5,71	8	4	8	2,13	10
17	dimension relationnelle autre	0	0	0,00	16,5	2	3	0,80	12
18	dimension instrumentale autre	1	2	0,48	12,5	4	9	2,40	9

Nous n'avons pas retenu les 5 cadres de santé suisses. 3 cadres n'ont pas renseigné cette question.

Le ρ de Spearman calculé sur les rangs est égal à 0,99 soit proche de 1

Il n'existe pas de différence significative dans le classement des 3 dimensions entre les cadres ayant eu leur diplôme avant la réforme de 1995 et ceux l'ayant obtenu après.

Cette analyse en fonction de l'année d'obtention du diplôme est aussi à mettre en lien avec l'âge des personnes. Les personnes ayant eu leur diplôme avant 1995 sont, en moyenne, plus âgées (47 ans) que celles l'ayant passé après, au moment de répondre au questionnaire (40 ans).

La répartition dans les 3 dimensions conserve sensiblement les mêmes proportions que dans les analyses précédentes comme le montre le tableau ci-dessous.

Dimension	année	avant 1995	après 1995
	relationnelle		59%
instrumentale		31%	33%
contextuelle		10%	5%
	total	100%	100%

Nous pouvons noter que les cadres ayant obtenu leur diplôme avant la réforme des études accordent un peu plus d'importance à :

- l'**item 14** relatif aux **valeurs professionnelles** : 24,29 % contre 18,67 % soit une différence de +5,62 points,
- la **dimension contextuelle** (+5 points).

5.2.6 Analyse en fonction du « pays »

n° item	Suisse (5)				DOM-TOM (16)				France métropolitaine (40)			
	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	rang	total réponses	réponses pondérées	pondéré %	rang	total réponses	réponses pondérées	pondér é %	rang
1	2	8	10,67	5	10	22	9,17	5	27	66	11,00	5
2	0	0	0,00		1	2	0,83	12	2	2	0,33	15
3	3	11	14,67	3	12	32	13,33	3	31	94	15,67	2
4	0	0	0,00		0	0	0,00	16	0	0	0,00	17
5	0	0	0,00		0	0	0,00	16,0	2	4	0,67	13
6	3	8	10,67	5	13	46	19,17	2	17	57	9,50	6
7	5	13	17,33	2	10	28	11,67	4	27	86	14,33	4
8	0	0	0,00		2	7	2,92	9	3	9	1,50	10,5
9	0	0	0,00		1	2	0,83	12	3	7	1,17	12
10	2	4	5,33	8	4	8	3,33	8	16	40	6,67	7
11	0	0	0,00		0	0	0,00	16	0	0	0,00	17
12	3	8	10,67	5	7	19	7,92	6	27	91	15,17	3
13	0	0	0,00		0	0	0,00	16	0	0	0,00	17
14	4	17	22,67	1	14	57	23,75	1	30	110	18,33	1
15	1	1	1,33	9	1	3	1,25	10	3	10	1,67	9
16	2	5	6,67	7	4	12	5,00	7	5	12	2,00	8
17	0	0	0,00		0	0	0,00	16,0	2	3	0,50	14
18	0	0	0,00		1	2	0,83	12	4	9	1,50	10,5

Le ρ de Spearman a été calculé uniquement sur les rangs se rapportant aux DOM-TOM et à la France métropolitaine. Le faible échantillon suisse ne permet pas une comparaison fiable. Le rho est égal à 0,99 soit proche de 1.

Il n'existe pas de différence significative dans le classement des 3 dimensions entre les cadres quel que soit le « pays » d'exercice.

La répartition dans les 3 dimensions conserve sensiblement les mêmes proportions que dans les analyses précédentes comme le montre le tableau ci-dessous.

Dimension \ pays	Suisse	DOM-TOM	France
relationnelle	61%	63%	59%
instrumentale	31%	28%	36%
contextuelle	8%	9%	5%
total	100%	100%	100%

Nous pouvons noter une différence de choix pondéré entre les DOM-TOM et la France métropolitaine à propos des items 7 et 12.

L'**item 7** relatif à la **solidarité** a un poids de 19,17 % aux DOM-TOM contre 9,50 % en France. Soit une différence assez significative de 9,67 points.

L'**item 12** relatif à la **confiance** a un poids de 15,13 % aux DOM-TOM contre 10,22 % en France. Soit une différence de 4,91 points.

5.3 Synthèse

Dans notre enquête, nous n'avons pas mis en évidence de différence significative des dimensions relationnelles, instrumentales ou contextuelles privilégiées par les cadres de santé quelles que soient les variables observées (sexe, profession d'origine, service, année du diplôme, pays). Nous avons retrouvé, approximativement, la même proportion de choix :

- 60 à 65 % pour la dimension relationnelle,
- 30 à 35 % pour la dimension instrumentale
- 5 à 10 % pour la dimension contextuelle.

Notre hypothèse de départ est donc invalidée.

Toutefois nous pouvons relever des différences significatives lorsque les items sont examinés séparément.

- **item 3 : mettre en place des projets communs ;**

Cadre/IDSP : 11,67 %, Cadre/MK : 19,26 % soit une différence de 7,59 points ;

- **item 6 : avoir un langage commun ;**

Cadre/IDSP : 16,67 %, Cadre/MK : 8,89 % soit une différence de 7,78 points

- **item 7 : être solidaire ;**

Hommes : 9,8 % ; Femmes 15,8 % soit une différence de plus de 6 points ;

Cadre/IDSP : 0,83 %, Cadre/IDE : 16,92 % soit une différence de 16,1 points ;

Cadre/IDSP : 0,83 %, Cadre/MK : 12,96 % soit une différence de 12,13 points ;

DOM-TOM : 19,17 %, France : 9,5 % soit une différence de 9,67 points.

- **item 8 : avoir le même supérieur hiérarchique ;**

Cet item n'est cité que par les Cadres travaillant en psychiatrie.(3 fois avec 5,13 %) et non par ceux travaillant en MPR.

Notons que cet item est également noté par une IDE travaillant en chirurgie et par une manipulatrice en radiologie.

- **item 12 : être en confiance ;**

Hommes : 9,47 % ; Femmes 14,44 % soit une différence de près de 5 points ;

Cadre/MK : 15,93 %, Cadre/IDE : 9,49 % soit une différence de 6,44 points ;

DOM-TOM : 15,13 %, France 10,22 % soit une différence de 4,91 points.

- **item 14 : partager les mêmes valeurs professionnelles ;**

Hommes : 26,32 % ; Femmes 17,3 % soit une différence de 9,01 points ;

Cadre/IDSP : 25,83 %, Cadre/MK : 19,63 % soit une différence de 6,2 points

Nous avons 1 item de nature instrumentale (n° 3), 1 de nature contextuelle (n° 8) et 4 de nature relationnelle (n° 6, 7, 12 et 14).

Les items 3, 6, 7, 12 et 14 représentent un poids de 75 % dans le choix des cadres (cf. aussi le § 5.2.1).

Nous pouvons également remarquer que l'item 10, relatif au patient, est faiblement choisi : 5,68 % (cf. tableau au § 5.2.1). Cela montre que la place du cadre n'est plus dans une approche clinique du patient. Il se situe dans un soin que nous pouvons qualifier d'indirect, par l'intermédiaire des différents soignants.

5.4 Discussion

La mission officielle d'un cadre de santé est déterminée par une fiche de fonction décrivant des actions de dimension instrumentale : gérer, organiser, entretenir, assurer, organiser, maîtriser, établir, encadrer, etc... Si, effectivement ces actes sont importants pour une organisation hospitalière l'enquête nous montre que ce n'est pas sur cette dimension instrumentale que vont s'appuyer les cadres de santé pour travailler en équipe mais de façon prépondérante sur une dimension relationnelle. Si celle-ci est investie dans une même proportion, quel que soit le sexe, le lieu d'exercice ou la profession d'origine, nous avons pu constater quelques différences dans le choix pondéré des items. Une enquête par questionnaire montre ici ses limites : nous ne pouvons que constater un fait sans pouvoir comprendre les processus à l'œuvre. Chaque item nécessiterait une recherche particulière.

Toutefois le choix préférentiel d'un item par une catégorie de cadre, par rapport à une autre, attire notre attention sur chaque problématique repérée. S'agit-il du signe d'une absence, par exemple, de confiance, de solidarité au sein d'une équipe et donc d'un souhait exprimé ? Ou, au contraire, s'agit-il du constat qu'il existe effectivement un climat de solidarité, de confiance, que cela est remarqué et mis en avant dans les réponses ? L'importance de la dimension relationnelle est-elle un moyen de lutte contre la solitude du cadre face à ses responsabilités, ses choix, ses décisions ?

L'échange avec les collègues cadres permet de recueillir des informations, de se positionner dans l'organisation, de se raconter, d'expliquer ses actes, de clarifier ce que l'on a compris, de se poser comme sujet dans une organisation hospitalière paradoxalement « froide » pour ses agents (de la fonction publique), avec ses contraintes administratives, financières, matérielles et légales alors qu'il est attendu de « *l'humain* » pour les patients.

Nos actes s'accompagnent d'un discours qui va leur donner du sens. Mais du fait de la polysémie, de l'équivoque du langage nous devons régulièrement vérifier que nous sommes compris, que nous appartenons toujours à l'équipe. « *C'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain* » écrivait Hannah Arendt ; Jacques Lacan a créé le concept de « *parlêtre* » pour montrer l'importance du parler pour être au monde. Le langage nous engage et nous fait exister comme sujet et c'est par cet échange permanent que nous vérifions au quotidien que non seulement nos actions sont cohérentes dans l'ensemble hospitalier mais que nous avons notre place dans la communauté des hommes avec qui nous tentons de partager un langage commun. Plus prosaïquement le programme des études menant

au diplôme de cadre de santé parle de « *favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs (...) afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations.* » (cf. annexe IV). Cet objectif semble atteint ou en voie de l'être.

Par contre je suis assez surpris que l'aspect contextuel soit si peu pris en compte. Il est vrai que mes questions abordaient peu cette dimension. Des questions plus précises relatives aux lois et règlements, l'histoire de l'hôpital ou du service manquaient. L'item 2, (*Échanger autour de textes de lois, d'auteurs, d'articles*), a été classé dans la dimension instrumentale, renvoyant à un moyen pour mener à bien une mission. Son classement, en raison de l'emploi du mot « *lois* » dans la dimension contextuelle, ou dans la dimension relationnelle en raison du mot « *échanger* » n'aurait eu qu'une influence négligeable dans les résultats finaux. En effet, cet item n'est cité que 3 fois pour un poids de 0,44 %.

Dans cette même dimension contextuelle, la présence d'un supérieur hiérarchique pour les cadres ne semble pas être un facteur pris suffisamment en compte pour fonctionner en équipe. C'est pourtant un élément de la réalité quotidienne mais, est-ce un élément si évident qu'il ne mérite pas d'être retenu ? S'agit-il du désir illusoire, de fonctionner, uniquement entre pairs, confraternellement, sans chef ? Ou, s'agit-il d'une résistance à un type de fonctionnement avec une primauté donnée au médecin, chef de service ? Régulièrement, au cours de mes stages, le cadre désignait le médecin comme son supérieur hiérarchique !!! Méconnaissance des textes mais parfois acte de soumission pour ne pas « faire de vagues ».

Les éléments spécifiques constitutifs d'une équipe relèvent en grande partie d'une dimension contextuelle, donc indépendants du cadre de santé. Il semble que leur identification et intégration dans un fonctionnement d'équipe soulèvent quelques réticences. Pourtant ces aspects sont nécessaires pour fonctionner en équipe et non en groupe. Le groupe privilégie les dimensions relationnelles et instrumentales, certes importantes, mais trop liées à la subjectivité et au rapport de force. Les éléments contextuels relatifs à la hiérarchie, à la loi, à l'environnement historique et géographique sont à revaloriser et à faire vivre pour rester en prise avec la réalité et éventuellement travailler à en modifier certains aspects négatifs.

En effet « [...] pour changer la réalité il est impératif de la connaître, non de la nier. Le donquichottisme peut devenir une lutte stérile s'il s'agit d'éviter le monde extérieur en fuyant, en rêvant que tout est possible. Il y a des choses, rappelle Marc Aurèle³, que nous ne pouvons changer et qu'il faut accepter. C'est cela la loi de la castration. Il y en a d'autres que nous

³ Seigneur, donnez nous la force d'accepter ce que nous ne pouvons pas changer, le courage de changer ce qui peut l'être et la lucidité d'en faire la différence.

pourrons changer si nous nous en donnons la force. La lucidité première est de savoir en faire la différence. Or le donquichottisme consiste à investir une énergie considérable dans la défense des causes perdues d'avance. C'est en cela que Don Quichotte refuse la condition humaine." (Barbier,1987, p. 15).

Le cadre de santé grâce à sa place intermédiaire entre les différentes logiques, médicales, soignantes, rééducatives et administratives peut et doit faire vivre ces trois dimensions (relationnelle, instrumentale, contextuelle) de façon plus équilibrée. Une relation adaptée à ses collègues cadres, une connaissance appropriée du contexte dans lequel il évolue permet au cadre de préparer des projets en lien avec la réalité et donc plus en adéquation avec le service au patient. L'équipe de cadres de santé me semble non seulement un moyen de mener à bien les missions liées aux soins qui sont attendues de nous mais également un lieu d'où peuvent émerger des propositions d'amélioration de fonctionnement de l'hôpital. Pour cela il reste à prendre conscience de l'existence de cet outil puissant qu'est une équipe tout en sachant aussi que l'équipe n'est jamais constituée mais toujours en devenir sinon à prendre le risque d'être un état final de la vie. (Anzieu,1968). L'équipe peut être un lieu de mise en tension des valeurs, des objectifs amenant cette même équipe à se transformer, à s'altérer comme l'écrit Ardoino. L'altération ne pouvant avoir lieu que s'il y a regards et apports extérieurs venant, entre autres, par l'intermédiaire du cadre supérieur, de la cité avec ses lois.

Plus que la somme des parties comme le notait Durkheim, elle est « une totalisation en cours » mais totalisation jamais atteinte et en dehors de l'équipe. (Anzieu,1968).

6. Perspectives

J'ai souhaité, avec cette année de mise en retrait du quotidien hospitalier, comprendre le fonctionnement d'une équipe de cadres de santé, ce qui l'anime. Ce qui est souvent mis en avant de façon officielle, comme nous l'avons vu plus haut, c'est le service du patient, c'est l'activité concrète, visible, matérielle, quantifiable en actes et file active. Or l'enquête montre que la dimension relationnelle est importante pour fonctionner en équipe.

Il est important de repérer la manière dont fonctionne une équipe sur ce qui est le plus explicite et quantifiable, la tâche. Certes... Mais il est tout aussi important de repérer la dimension relationnelle, qui relève souvent de l'implicite, d'une économie souterraine, afin de ne pas être dans un consensus « mou », voire une illusion que tout va bien puisque la tâche est effectuée. C'est une dimension difficilement quantifiable, à l'heure du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information !

En terminant ce mémoire je viens de relire des fiches de fonction concernant des infirmiers, des aides-soignants et des agents de service hospitalier. À la rubrique *capacités souhaitées* est indiqué : « *avoir l'esprit d'équipe* ». À la même rubrique, pour le même hôpital, cette capacité n'est pas mentionnée pour les cadres de santé. **Aurais-je travaillé sur une illusion ?**

En fait il me semble que le cadre de santé en tant que tel a encore une difficulté à se constituer en « corps social » : il se situe entre le personnel soignant et le personnel administratif, à l'articulation de logiques soignantes et administratives. Du fait de cette place difficile la tendance est parfois de se rassurer du côté de son ancien métier plutôt que du côté de ses nouveaux pairs eux aussi en recherche d'une place affirmée.

Une façon de se constituer en « corps » de cadres serait de revaloriser, les temps liés au travail de recherches, de réflexions sur les pratiques du cadre . Réflexions personnelles ou de petits groupes soumises à la critique de ses pairs par un travail d'exposition orale, d'écriture, de publication. Travail qui devrait être également soumis au regard d'un tiers, d'un autre, extérieur à l'institution avec sa présence, sur un rythme à déterminer, lors de réunions portant sur l'analyse des pratiques.

J'ai privilégié une approche horizontale à un niveau de cadre de santé mais ces réflexions et propositions peuvent se transposer à un niveau hiérarchique différent : cadre de santé et rééducateurs.

Il est demandé au cadre de santé, si j'en crois une fiche de poste, entre autres de « *gérer et déterminer les besoins de personnels, de matériels, de produits, etc...* » et de contrôler « *les activités de soin, des personnels, des stocks.* », Dois-je cogérer les ressources humaines, comme on gère une matière épuisable ? comme le pétrole ? L'administration, même **hospitalière**, a sa propre logique de fonctionnement. Je pense que l'un des rôles du cadre est de **prendre soin** de ses collaborateurs afin que ceux-ci puissent être disponibles dans le soin porté au patient, à celui qui souffre. Prendre soin c'est faire vivre la dimension relationnelle au service de la dimension instrumentale mais c'est aussi rappeler la réalité contextuelle, la loi.

Ma nouvelle fonction de cadre de santé ayant la responsabilité d'encadrement des rééducateurs du CHS Albert Bousquet me permettra ainsi de commencer à répondre à une vieille question : comment passer d'une dispersion des rééducateurs vers la constitution d'un groupe identifié et progressivement vers une équipe ?

Tous ces éléments mis en évidence au cours de ce mémoire restent des problématiques à travailler. Travail renvoyant pour moi non seulement à la notion de torture que j'interprète comme mise en tension, mais aussi au travail de la parturiente donnant vie, sans oublier la maïeutique de Socrate.

Ces activités concrètes, ces possibilités d'échanges, de projets me ramènent, en cette fin de mémoire, à nouveau vers Hannah Arendt (1961,p. 240) : « *L'action et la parole, dirigées vers les humains, ont lieu entre humains, et elles gardent leur pouvoir de révélation-de-l'agent même si leur contenu est exclusivement "objectif" et ne concerne que les affaires du monde d'objets où se meuvent les hommes, qui s'étend matériellement entre eux et d'où proviennent leurs intérêts du-monde, objectifs, spécifiques. Ces intérêts constituent, au sens le plus littéral du mot, quelque chose d'inter-est, qui est entre les gens et qui par conséquent peut les lier. La plus grande part de l'action et de la parole concerne cet entre-deux, qui varie avec chaque....* » équipe.

Bibliographie

- Aebischer V., Oberlé D.**, 1998, *Le groupe en psychologie sociale*, Paris, Dunod.
- Abric J.-C.**, 1999, *Psychologie de la communication*, Paris, Armand Colin.
- Ardoino J., de Peretti A.**, 1998, *Penser l'hétérogène*, Paris, Declée de Brouwer.
- Ardoino J.**, 1999, *Éducation et politique*, Paris, Anthropos.
- Ardoino J.**, 2000, *Les avatars de l'éducation*, Paris, PUF.
- Arendt H.**, 1961, *Conditions de l'homme moderne*, Paris, Calmann-Lévy.
- Anzieu D., Martin J.Y.**, 1968, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Presses universitaires de France.
- Anzieu D.**, 1986, *Une peau pour les pensées*, Paris, Éditions Clancier-Guénaud.
- Aymard A.**, 2002, Groupes, in *Vocabulaire de psychosociologie*, Ramonville Saint-Agne, Eres.
- Barbier D.**, 1987, *Don Quichottisme et psychiatrie*, Toulouse, Privat.
- Blondel, J.-L.**, 2002, *Manager votre équipe*, Paris, INSEP consulting.
- Crozier M., Friedberg E.**, 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil.
- Enrègle Y.**, 1993, *Précis de gestion sociale ou le pouvoir, de la manipulation à l'autorité*, Paris, Les Éditions d'Organisation.
- Filloux J.-C.**, 2002, Durkheim Émile in *Vocabulaire de psychosociologie*, Ramonville Saint-Agne, Eres.
- Folscheid D.** ; 1998, Le conflit des valeurs, in *Courrier de l'évaluation en santé*, n°13, mai.
- Freud S.**, (1913, 1973), *Totem et Tabou*, Paris, Payot
- Freud S.**, (1929, 1971), *Malaise dans la civilisation*, Paris, PUF.
- Goffman E.**, 1973, *La mise en scène de la vie quotidienne, la représentation de soi*, Paris, Les Éditions de Minuit.
- Kaës R.**, 1999, *Les théories psychanalytiques du groupe*, Paris, PUF.
- Leclerc C.**, 1999, *Comprendre et construire les groupes*, Québec, Presse de l'Université Laval.
- Legros M.**, 1980, *Sociologie et santé publique*, Paris, Éditions Études Vivantes.

Maisonneuve J.,1969, *La dynamique des groupes*, Paris, PUF.

Morin E., 1999, *Relier les connaissances, le défi du XXI^e siècle*, Paris, Seuil.

Muchielli R., 1975, *Le travail en équipe*, Issy-les-Moulineaux, ESF. (8^e édition, 2002),

Nuttin J. ; 1980, *Théorie de la motivation humaine*, Paris, Presses universitaires de France. (5^e édition, 2000).

Roussillon R.,1987, *Espaces et pratiques institutionnelles. Le débarras et l'interstice*, in *L'institution et les institutions*, Paris, Dunod, 2^e édition 2000.

Sainsaulieu R., 1977, *L'identité au travail*, Paris, Presse de la fondation nationale des sciences politiques. (3^e édition, 1988).

Saint-Arnaud Y., 2002, *Les petits groupes, participation et communication*, Boucherville (Québec), Gaëtan Morin éditeur

Vial M. ; 1999, *Le projet : une occasion de faire autrement*, colloque international IUFM-Uniméca Le projet en éducation technologique, 24/27 novembre, Marseille, <http://lambesc.educaix.com>, (site consulté en janvier 2003).

Watzlawick P., Helmick Beaven J., Jackson D.D., 1967 (1972), *Une logique de la communication*, Paris, Éditions du Seuil.

Winnicott D.W., 1971,1975, *Jeu et réalité*, Paris, Gallimard.

Textes officiels

Code la Santé Publique, article L 1110-4. Texte faisant partie d'un chapitre préliminaire « droits de la personne » introduit par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. JORF n° 1 du 1 janvier 2002, page 38.

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n° 95 du 23 avril 2002, page 7187.

Annexes

	page
Annexe I I <i>préliminaire « droits de la personne »</i> introduit par la Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. (Extrait).	
Annexe II II Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. JORF n° 1 du 1 janvier 2002, page 38. (Extrait).	
Annexe III III Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière. JORF n° 95 du 23 avril 2002, page 7187. (Extrait).	
Annexe IV IV Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé. JORF n°193 du 20 août 1995. Page 12 469. (Extrait).	
Annexe V V Questionnaire adressé aux cadres de santé pour l'enquête	
Annexe VI VIII Premier questionnaire élaboré	
Annexe VII XI Résultats de l'enquête	
Annexe VIII XVIII Synthèse des réponses au questionnaire par item.	

Annexe I

Code de la santé publique Chapitre préliminaire : Droits de la personne Article L1110-4

(inséré par Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 3 Journal Officiel du 5 mars 2002)

(extrait)

Toute personne prise en charge par un professionnel, un établissement, un réseau de santé ou tout autre organisme participant à la prévention et aux soins a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant.

Excepté dans les cas de dérogation, expressément prévus par la loi, ce secret couvre l'ensemble des informations concernant la personne venues à la connaissance du professionnel de santé, de tout membre du personnel de ces établissements ou organismes et de toute autre personne en relation, de par ses activités, avec ces établissements ou organismes. Il s'impose à tout professionnel de santé, ainsi qu'à tous les professionnels intervenant dans le système de santé.

Deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent toutefois, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible. **Lorsque la personne est prise en charge par une équipe de soins dans un établissement de santé, les informations la concernant sont réputées confiées par le malade à l'ensemble de l'équipe.**

Afin de garantir la confidentialité des informations médicales mentionnées aux alinéas précédents, leur conservation sur support informatique, comme leur transmission par voie électronique entre professionnels, sont soumises à des règles définies par décret en Conseil d'Etat pris après avis public et motivé de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine les cas où l'utilisation de la carte professionnelle de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale est obligatoire.

Phrase soulignée par nous.

Annexe II

Décret portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2001-1375 du 31 décembre 2001

NOR:MESH0124158D

Page 38

(extrait)

Article 4

Les agents du grade de cadre de santé exercent :

1° **Des fonctions correspondant à leur qualification et consistant à encadrer des équipes dans les unités fonctionnelles, services, départements ou fédérations des établissements ;**

2° Des missions communes à plusieurs services ou de chargé de projet au sein de l'établissement ;

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

Phrase soulignée par nous.

Annexe III

Décret portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Décret n° 2002-550 du 19 avril 2002

NOR:MESH0220702D

Page 7187

(extrait)

Article 4

Le directeur des soins, coordonnateur général des soins, est nommé par le chef d'établissement. Il exerce, sous l'autorité de ce dernier, des fonctions de coordination générale des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. **Il est membre de l'équipe de direction et dispose par délégation du chef d'établissement de l'autorité hiérarchique sur l'ensemble des cadres de santé.**

A ce titre :

1° Il coordonne l'organisation et la mise en oeuvre des activités de soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques et en assure l'animation et l'encadrement ;

2° Il élabore avec l'ensemble des professionnels concernés le projet de soins, le met en oeuvre par une politique d'amélioration continue de la qualité ;

3° Il participe, en liaison avec le corps médical et l'encadrement des services administratifs, logistiques, socio-éducatifs et techniques, à la conception, l'organisation et l'évolution des services et des activités de soins ;

4° Il participe à la gestion des personnels des activités de soins dont il propose l'affectation ;

5° Il contribue à l'élaboration des programmes de formation et est responsable des étudiants lors de leurs stages au sein de l'établissement. Le cas échéant, il est membre de droit des conseils techniques des écoles ou instituts de formation des professionnels de soins de l'établissement ;

6° Il favorise le développement de la recherche, détermine une politique d'évaluation des pratiques de soins et collabore à la gestion des risques ;

7° Il remet au directeur un rapport annuel d'activité des services de soins, qui est intégré au rapport annuel d'activité de l'établissement présenté aux différentes instances.

Phrase soulignée par nous.

Annexe IV

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

J.O n° 193 du 20 août 1995

NOR: SANP9502094A

Pages 12469-14475

(extrait)

A N N E X E I

PROGRAMME

Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de **gestion des équipes** et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles. La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition **de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs** à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les **relations de travail** et les **coopérations** entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en oeuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en oeuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles. La formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel. Ainsi l'objectif de décroisement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle. La formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Elle les prépare à assumer pleinement ces dernières dans l'exercice de leurs futures fonctions, notamment par l'étude des outils techniques et d'évaluation propres à chaque filière professionnelle. Dans le respect du programme institué, elle est organisée et dispensée en fonction des besoins des candidats et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. Le travail personnel de recherche et de documentation et le travail de **groupe** seront notamment utilisés au maximum afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité des étudiants. »

Certains passages ont été soulignés par nous.

Annexe V

Questionnaire définitif adressé aux cadres de santé

Jean-Pierre Velot
IFCS – rééducation
Croix-Rouge Française
9, rue de Berri
75384 Paris cedex 08

Madame, Monsieur, futur(e) collègue

Au cours de la formation menant au diplôme Cadre de Santé et à la licence en Sciences de l'Education, nous devons réaliser un mémoire s'appuyant sur une enquête.

Le questionnaire qui suit ne devrait vous prendre que peu de votre temps qui est, je le sais, précieux !!!

Une fois rempli vous pouvez me le remettre directement ou me l'adresser ou encore le remettre à M.....

Si vous souhaitez recevoir le résultat de l'enquête et son analyse **je m'engage** à vous le transmettre (à partir de juillet) si vous me laissez vos coordonnées (courriel de préférence).

Je peux également vous transmettre le texte du mémoire mais uniquement par courriel .

Les résultats publiés dans le mémoire seront bien évidemment anonymes

Avec tous mes remerciements pour votre aide

Jean-Pierre Velot

jpvelot@wanadoo.fr

Pour recevoir

➔ L'analyse de cette enquête ()

➔ Le mémoire par courriel uniquement ()

PC () Mac ()

Nom, prénom, adresse

Mel :

1 – Vous et votre environnement professionnel

Sexe : () Masculin ()

Année de naissance : 19

Profession d'origine :

Infirmier ()>>> de secteur psychiatrique ()

Ergothérapeute () Masseur Kinésithérapeute ()

Pédicure podologue () Psychomotricien ()

Orthophoniste () Diététicienne ()

Autre(s) :

Date d'obtention du diplôme professionnel : 19.....

Date d'obtention du diplôme de Cadre :

Date d'entrée dans le dernier poste de Cadre :

Type d'établissement :

Vocation du service dans lequel vous exercez :

Quelle est votre autorité hiérarchique directe ? (cochez 1 case - merci)

Cadre supérieur ()

Infirmier(e) Général(e) ()

Directeur-trice de Soins Infirmiers ()

Directeur-trice de soins ()

Directeur-trice des Ressources Humaines ()

Autre : ()

Combien de Cadres de Santé êtes-vous sous cette même autorité ? :

Quelles sont les diverses origines professionnelles des cadres placés sous cette même autorité ?

..... Infirmier(s) dont de Secteur Psychiatrique

..... Ergothérapeute(s) Kinésithérapeute(s)

..... Pédicure(s) podologue(s) Psychomotricien(s)

..... Orthophoniste(s) Diététicien(s)

Autre(s) :

Collaborez-vous avec des Cadres de Santé placés sous une autre autorité hiérarchique que la votre ?

Oui ()

Non ()

Quelles sont les diverses origines professionnelles des Cadres de Santé placés sous cette autorité ?

..... Infirmier(s) dont de Secteur Psychiatrique

..... Ergothérapeute(s) Kinésithérapeute(s)

..... Pédicure(s) podologue(s) Psychomotricien(s)

..... Orthophoniste(s) Diététicien(s)

Autre(s) :

2. Questionnaire

2.1 – Quelles sont pour vous, en un mot, les 5 valeurs professionnelles que doivent partager les membres d’une équipe pluri professionnelle de Cadres de Santé ?

1 -

2 -

3 -

4 -

5 -

2.2 - Parmi les propositions suivantes quelles sont les 5 qui, pour vous, sont importantes pour pouvoir fonctionner en équipe pluri professionnelle de Cadres de Santé ?

Dans la liste proposée, vous pouvez ajouter 2 items importants pour vous mais non cités.
Classez les de 1 (la plus importante) à 5 (la moins importante relativement)

- () Participer régulièrement à des réunions de travail
- () Échanger autour de textes de lois, d’auteurs, d’articles
- () Mettre en place des projets communs
- () Mettre en place un colloque, un séminaire, etc ...
- () Effectuer un travail collectif d’écriture pour parution
- () Avoir un langage commun
- () Être solidaire
- () Avoir le même supérieur hiérarchique
- () Prendre régulièrement des repas en commun
- () Échanger ses points de vues à propos d’un patient
- () Participer à une association professionnelle commune
- () Être en confiance
- () Avoir eu la formation de Cadre dans le même IFCS
- () Partager les mêmes valeurs professionnelles
- () Participer ensemble aux mêmes formations continues
- () Partager la même culture professionnelle
- ().....
- ().....

Annexe VI

Questionnaire testé

1. Renseignements concernant le Cadre de Santé et son environnement professionnel

Sexe : Féminin Masculin

Année de naissance : 19

Profession d'origine :

Infirmier >>>

de secteur psychiatrique

Ergothérapeute

Masseur Kinésithérapeute

Pédicure podologue

Psychomotricien

Orthophoniste

Diététicien

Autre(s) :

Date d'obtention du diplôme professionnel : 19...

Date d'obtention du diplôme de Cadre :

Nom de l'établissement :

Public

Privé à but lucratif

Privé à but non-lucratif

Dénomination et vocation du service dans lequel vous exercez :

Date d'entrée dans le dernier poste de Cadre :

Nombre de paramédicaux encadrés :

Soit

..... Infirmier(s) dont

.....de secteur psychiatrique

..... Ergothérapeute(s)

..... Kinésithérapeute(s)

..... Pédicure(s) podologue(s)

..... Psychomotricien(s)

..... Orthophoniste(s)

..... Diététicien(s)

Autre(s) :

Quelle est votre autorité hiérarchique directe ?

Cadre supérieur

Infirmier(e) Général(e)

Directeur-trice de Soins Infirmiers

Directeur-trice de soins

Directeur-trice des Ressources Humaines

Combien de Cadres de Santé êtes-vous sous cette même autorité ? :

Quelles sont les diverses professions de cadres sous cette même autorité ?

Cadres d'origine

..... Infirmier(s) dontde Secteur Psychiatrique

..... Ergothérapeute(s)
..... Pédicure(s) podologue(s)
..... Orthophoniste(s)
Autre(s) :

..... Kinésithérapeute(s)
..... Psychomotricien(s)
..... Diététicien(s)

2. Questionnaire

Parmi les valeurs suivantes quelles sont les 5 qui pour vous sont importantes :

Classez les de 1 (la plus importante) à 5 (la moins importante)

Dans la liste proposée, vous pouvez ajouter 2 valeurs importantes pour vous mais non-citées.

- | | |
|-------------------------------------------------|---------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Écoute | <input type="checkbox"/> Respect de l'autre |
| <input type="checkbox"/> Équité | <input type="checkbox"/> Rigueur |
| <input type="checkbox"/> Sens de l'organisation | <input type="checkbox"/> Confiance |
| <input type="checkbox"/> Ouverture d'esprit | <input type="checkbox"/> Responsabilité |
| <input type="checkbox"/> Tolérance | <input type="checkbox"/> Engagement |
| <input type="checkbox"/> Compétence | <input type="checkbox"/> Objectivité |
| <input type="checkbox"/> Communication | <input type="checkbox"/> Créativité |
| <input type="checkbox"/> Loyauté | <input type="checkbox"/> Respect de la Loi |
| <input type="checkbox"/> Humanisme | <input type="checkbox"/> Autonomie |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

D'une manière générale les réunions regroupant les cadres sont vécues par vous plutôt comme.... : (cochez 2 cases - merci)

- Ennuyeuses
- Stériles
- Perte de temps
- Nécessaires
- Efficaces
- Enrichissantes
- Autre :.....

Commentaire éventuel :

.....

Pour vous le travail en équipe pluri professionnelle de Cadres est :

(cochez 1 seule case – merci)

- Un enrichissement
- Une perte de temps
- Nécessaire
- Autre :.....

Commentaire éventuel :

.....

Travaillez-vous avec 1 ou plusieurs Cadres de Santé issus d'autres professions que la vôtre ...? (cochez 1 seule case – merci)

- | | | | |
|-----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|
| Tous les jours | <input type="checkbox"/> | | |
| Dans la semaine | <input type="checkbox"/> | régulièrement | <input type="checkbox"/> |
| | | ponctuellement | <input type="checkbox"/> |
| Dans le mois | <input type="checkbox"/> | régulièrement | <input type="checkbox"/> |
| | | ponctuellement | <input type="checkbox"/> |
| Dans l'année | <input type="checkbox"/> | régulièrement | <input type="checkbox"/> |
| | | ponctuellement | <input type="checkbox"/> |

Pour vous les réunions de Cadres facilitent les démarches de soins avec les Cadres de Santé issus d'une autre profession que la vôtre ?

oui non

Pour vous d'une manière générale un Cadre hiérarchiquement supérieur, encadrant donc plusieurs Cadres de Santé est :

Une source d'information

oui non

Garant de la cohésion de l'équipe des Cadres

oui non

Garant du projet d'établissement

oui non

Un lien avec l'Administration

oui non

Garant de la qualité des soins

oui non

Parmi les propositions suivantes quelles sont les 5 qui pour vous sont importantes pour pouvoir fonctionner en équipe pluriprofessionnelle de Cadre :

Classez les de 1 (la plus importante) à 5 (la moins importante)

Dans la liste proposée, vous pouvez ajouter 2 items importantes pour vous mais non-citées.

- Se rencontrer lors de réunions
- Echanger autour des textes de lois, d'auteurs, d'articles
- Mettre en place des projets communs
- Mettre en place un colloque
- Travail de réflexion, d'écriture personnel lu par les collègues
- Travail collectif d'écriture pour parution
- Présence d'un Cadre hiérarchiquement supérieur
- Prendre régulièrement des repas en commun
- Echanger ses points de vues à propos d'un patient
- Participation à des associations professionnelles communes
- Participer à un syndicat commun
- Formation de cadre dans même école
- Partager les mêmes valeurs
- Participer ensemble aux mêmes formations continues
- Fêter les anniversaires
- Accepter une invitation chez un collègue

Annexe VII

Résultats de l'enquête Tableaux

Annexe VIII

Synthèse des réponses au questionnaire par item