

*Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil
Val de Marne*

Diplôme de Cadre de Santé



*Un management
personnalisé et
fédérateur :
Défi ou utopie ?*

Sandrine COSTA

2011-2012

DCS 11-12

Remerciements

Je remercie toutes les personnes ayant contribué, de près ou de loin, à l'élaboration de mon mémoire.

Je remercie particulièrement Mme Evelyne TERRAT, ma directrice de mémoire, pour ses conseils et son accompagnement tout au long de la réalisation du travail de recherche, de mes réflexions, mais aussi de mes doutes.

Je souhaite manifester ma pleine gratitude à Philippe, mon époux, pour son soutien et pour sa patience durant cette année de formation.

Sommaire

SOMMAIRE.....	1
AVERTISSEMENT PRATIQUE	3
INTRODUCTION	4
1 LE QUESTIONNEMENT.....	6
1.1 LE CONTEXTE.....	6
1.2 LA SITUATION DE DEPART	8
1.3 LA QUESTION DE DEPART.....	10
2 LE CADRE CONCEPTUEL	11
2.1 L'IDENTITE.....	11
2.1.1 <i>L'identité personnelle :</i>	11
2.1.2 <i>L'identité sociale</i>	11
2.1.3 <i>L'identité professionnelle</i>	12
2.1.4 <i>La sociologie du travail</i>	13
2.2 LE CONCEPT D'EQUIPE	16
2.2.1 <i>Le groupe</i>	16
2.2.2 <i>Les normes du groupe</i>	16
2.2.3 <i>Le statut et le rôle</i>	17
2.2.4 <i>L'équipe</i>	17
2.2.5 <i>La dynamique de groupe</i>	18
2.2.6 <i>La cohésion</i>	18
2.2.7 <i>Le conflit</i>	19
2.3 LES VALEURS	20
2.3.1 <i>Les valeurs professionnelles</i>	21
2.3.2 <i>Les valeurs collectives</i>	22
2.4 LE CONCEPT DU SOIN	25
2.4.1 <i>Définir le soin</i>	25
2.4.2 <i>L'ambivalence des soins, complémentarité ou paradoxe ?</i>	26
2.4.3 <i>La philosophie du soin</i>	28
2.5 LA RECIPROCITE : LE LIEN D'HUMANITE PAR L'ALTERITE.....	32
2.5.1 <i>Soi-même et l'Autre</i>	33
2.5.2 <i>L'intersubjectivité</i>	34
2.6 LE CONCEPT DE REFLEXIVITE	35

2.6.1	<i>La distanciation pour une objectivation critique</i>	35
2.6.2	<i>La démarche réflexive et l'agir professionnel</i>	35
2.6.3	<i>Du raisonnement clinique au questionnement professionnel</i>	37
2.6.4	<i>Le cadre accompagnateur entre éthique et réflexivité</i>	37
2.6.5	<i>La réflexivité et l'éthique pour une équipe soignante</i>	38
2.7	DU CADRE CONCEPTUEL A LA QUESTION DE RECHERCHE	39
3	L'ENQUETE	40
3.1	LA METHODOLOGIE	40
3.1.1	<i>Le choix de la méthode</i>	40
3.1.2	<i>Le choix des professionnels</i>	40
3.1.3	<i>Le recueil de données</i>	41
3.2	LE TRAITEMENT DES DONNEES	42
3.3	ANALYSE DES DONNEES :	53
3.3.1	<i>Prendre soin pour un cadre de santé, qu'est-ce à dire ?</i>	54
3.3.2	<i>Entre conception cadre et pratiques professionnelles soignantes</i>	57
3.3.3	<i>Les relations cadre-soignant-soigné : un concept analogique ?</i>	58
3.3.4	<i>L'autonomie de l'infirmière : entre liberté et limites</i>	60
3.3.5	<i>Le cadre entre une éthique de responsabilité et une sagesse pratique</i>	63
3.3.6	<i>Le management personnalisé et fédérateur des cadres de santé</i>	65
3.4	SYNTHESE DE L'ANALYSE	70
3.5	DE L'ANALYSE A LA QUESTION DE RECHERCHE	74
3.6	LES LIMITES DE L'ENQUETE	74
4	MES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES	75
	CONCLUSION	78
	BIBLIOGRAPHIE	80
	TABLE DES ANNEXES	

Avertissement pratique

Entendre partout :

- Pour cadres, cadres de santé ;
- Pour infirmier(s), infirmière(s) ;
- Pour aide(s)-soignant(s) aide(s)-soignante(s) ;
- Pour soignant(s) et l'équipe soignante ; infirmier(s), infirmière(s), aide(s)-soignant(s) aide(s)-soignante(s) ;
- Pour professionnel(s) ; professionnelle(s) ;
- Pour patient(s), patiente(s) ;

Introduction

L'enjeu du système de santé visant à l'amélioration de la qualité des soins dans un contexte de rigueur économique a introduit la notion d'efficacité dans les soins. Les exigences et la responsabilisation induites par les réformes hospitalières successives impactent notamment les différents acteurs intervenants dans le parcours de soins du patient, car placés au cœur de ce changement de paradigme, au quotidien, au sein de leurs pratiques professionnelles. L'alliance de la logique gestionnaire et de la conception humaniste des soins représente ainsi un paradoxe, au sein duquel se positionne le patient légitimant son statut d'utilisateur et sa place d'acteur dans son parcours de soins, ses demandes et ses besoins ayant évolué avec les progrès médicaux et technologiques.

Face à ces problématiques, il semble essentiel pour un cadre de santé de questionner sa place et son rôle pour garantir au patient une prise en soin holistique et accompagner les professionnels de santé dans les tensions culturelles provoquées par les exigences d'une culture de l'efficacité et de l'évaluation. La logique managériale et la logique soignante se croisent ainsi au travers d'une responsabilité juridique et morale, relative à l'application de la législation, notamment des recommandations des bonnes pratiques¹. Cependant, mes expériences professionnelles en tant que faisant fonction de cadre de santé m'ont permis d'observer et d'interroger ce croisement au quotidien, soulevant aussi la question d'une responsabilité éthique interrogée dès lors qu'il s'agit de situations de soins complexes, rappelant aux soignants, comme au cadre de santé, les valeurs humanistes qui fondent leurs identités professionnelles, permettant d'envisager chaque patient dans sa singularité.

Ma formation en Institut de Formation des Cadres de Santé et ce travail de recherche me permettent aujourd'hui de bénéficier d'une distanciation au regard de ma pratique antérieure. C'est pourquoi j'ai choisi de traiter une thématique en lien avec mon questionnement relatif à la place et au rôle du cadre de santé au sein de l'éthique soignante, dans le cadre de mon initiation à la recherche, permettant une articulation au regard de ma future prise de poste, la posture d'extériorité contribuant à l'évolution de mes représentations et de mes conceptions, donc à ma construction en tant que cadre de santé.

¹ Haute Autorité de Santé.- Recommandations des bonnes pratiques professionnelles.- [consulté le 23/03/12].- <[http://www.has-sante.fr / portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233)>.

J'exposerai tout d'abord le cheminement qui m'a conduit à approfondir ma réflexion au travers de la présentation d'une situation issue de mon parcours professionnel, me permettant ainsi de préciser le questionnement de départ de la recherche. Ces interrogations m'ont amené à construire ensuite un cadre théorique, qui fait l'objet de la seconde partie de ce travail, suivi de la formulation de la question de recherche, précisée grâce au développement des concepts abordés. Puis, l'enquête de terrain sera présentée, ainsi que l'analyse des données obtenues qui permettra d'apporter des éléments de réponses à la question de recherche. Enfin, j'exposerai mes perspectives professionnelles au regard de la réflexion menée.

1 LE QUESTIONNEMENT

1.1 LE CONTEXTE

Les relations humaines à l'hôpital ont souvent fait l'objet de mes interrogations, depuis mes premières expériences en tant qu'étudiante en soins infirmiers jusqu'à ma pratique en tant que faisant fonction de cadre de santé.

Afin de pouvoir choisir un thème, j'ai tout d'abord effectué un travail d'introspection basé sur l'empirisme depuis mon statut d'étudiante à l'Institut de Formation en Soins Infirmiers, puis les différents services et lieux dans lesquels j'ai exercé en tant qu'infirmière, et enfin mes différents postes et missions en tant que faisant fonction de cadre de santé. J'ai ainsi pu mettre en exergue tout d'abord des problématiques générales concernant la difficulté d'allier l'efficacité et la qualité des soins notamment ressentie par les soignants comme une dégradation des conditions de travail, au travers du vécu quotidien décrit comme une succession de tâches où prédomine le « *cure* » et la relation au « *corps objet*²», des relations interpersonnelles difficiles au sein des équipes soignantes, et une charge de travail exprimée comme coercitive risquant de conduire à une déshumanisation des soins. L'écart entre l'idéal professionnel et le vécu réel de la pratique soignante soulève la complexité dans laquelle la démarche éthique infirmière pour prendre soin de l'autre en tant que « *corps sujet*³ » tend à paraître fragilisée, et pourtant incontournable pour permettre une prise en soin holistique du patient. Je me suis alors questionnée :

Comment le cadre peut-il accompagner les soignants dans ce contexte?

La collaboration n'est pourtant pas toujours évidente, mes expériences professionnelles démontrent que conjuguer les attentes du patient avec les perspectives de l'infirmier, celles des autres professionnels de santé collaborateurs, de la hiérarchie et de l'institution complexifie les relations entre et avec tous. C'est dans ce système relationnel d'interdépendance que revient aux soignants la place prépondérante de proximité au patient, cette place même de proximité du cadre de santé auprès des équipes pour assurer une prise en charge optimale.

Prendre soin pour un infirmier occupe plusieurs dimensions qui lui confèrent différents degrés d'autonomie et des responsabilités inhérentes à sa fonction, ses rôles et

² HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.**- Paris : Masson.- 195p.

³ *Ibidem.*

ses missions. Ce socle commun à la profession trouve son individualité et sa singularité dans la relation au patient, créée différemment selon le soignant. Je me suis alors orientée sur le concept de créativité, en représentant l'approche individuelle du soignant comme créativité éthique mobilisée pour prendre soin. La créativité appelant l'innovation, le concept ne correspondait pas au cheminement effectué jusque-là. La réflexion s'est portée sur la « *création* » dans le soin, en termes de relation, d'accompagnement, que le soignant adaptera à la singularité du patient, au regard du contexte et de son identité professionnelle. Ce raisonnement a induit une nouvelle interrogation :

Que recouvre finalement la conception du prendre soin dans le soin infirmier qui pourrait expliquer ces approches personnalisées du point de vue soignant?

Parallèlement, mes lectures, mes recherches et des échanges avec des soignants et des cadres de santé, mis en parallèle avec des situations de soins empiriques m'ont amenée à l'approche infirmière telle qu'elle est perçue, vécue, la congruence de la pensée et de l'agir soignant qui pourraient expliciter ces divergences. La réflexion s'est progressivement portée d'une part sur les valeurs personnelles et professionnelles qui s'inscrivent au sein de chaque identité professionnelle et qui peuvent s'exprimer lors de situations de soins. D'autre part je me suis interrogée sur ce qui peut conduire un soignant ou plusieurs soignants à être en désaccord avec d'autres membres de l'équipe. En effet, paradoxalement il s'agit des soins infirmiers, au travers desquels les soignants se rencontrent et collaborent en équipe, dont la cohésion dépend d'une dynamique des interactions entre les membres basée sur un cadre règlementaire⁴, des normes et des valeurs où chacun se reconnaîtra soignant.

Les divergences sur l'approche infirmière en tant que soin « pensé » et « agit » ne relèvent donc pas ici du travail prescrit, mais de la globalité du travail réel incluant cet écart abstrait au travers duquel peut s'exprimer l'art infirmier, celui-là même où les

⁴ **Décret n°2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier.- Version consolidée au 08 août 2004.- [Consulté le 21/01/12].- < http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cid_Texte=LEGITEXT000005822264 >.- et **Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996**, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitalier.- [Consulté le 21 /01/12].- <<http://www.aidesoignant.com /article/ressources /legislation/as/legislation.>>.

infirmières peuvent trouver un champ d'autonomie pour œuvrer dans une relation responsable et éthique à l'autre, correspondant au rôle propre⁵ de la profession.

Mais cet aspect des soins qui peut être défendu par les professionnels, car source de motivation, de satisfaction et porteur de sens, fait l'objet de différences en fonction du soignant, et sa prise d'initiative, l'approche du soignant, peut impacter l'équipe et engendrer des réactions négatives, mettant à mal la cohésion.

Comment expliquer que, malgré des valeurs soignantes communes tournées vers l'altérité, le soignant puisse, en créant un lien à l'autre et en donnant un sens à la pratique du « prendre soin » trouver des limites face à l'équipe ?

1.2 LA SITUATION DE DEPART

Concrètement, la démarche clinique n'aboutit parfois pas à un projet de soins suivi par toute l'équipe soignante, observé dans le cadre de pratiques hétérogènes et/ou de désaccords pouvant mener à des conflits ouverts. Une situation de soins m'a alors semblée la plus opportune pour préciser ma réflexion :

Mme G., 80 ans, est admise en service de médecine pour douleurs abdominales. Elle vit seule, sans aide car autonome. Les résultats des premières investigations médicales sont négatifs et un traitement antalgique est prescrit. L'équipe soignante relève au 3^{ème} jour d'hospitalisation que « *la patiente se laisse aller, elle ne veut pas faire sa toilette seule alors qu'elle est autonome et communique peu* ». L'infirmière transmet ces observations au médecin pendant la visite qui demande une surveillance et l'avis du psychologue qui pourra intervenir le lendemain. Le bilan psychologique tend vers un risque important de syndrome de glissement. Le médecin prescrit à la suite de cet avis un antidépresseur et prévoit un retour à domicile dans 4 jours.

L'équipe soignante soulève quotidiennement que « *Mme G. ne fait rien toute seule* », et que « *c'est épuisant de la stimuler pour ses soins d'hygiène* », « *car elle va retourner chez elle et doit rester autonome* », ou « *pour récupérer l'estime de soi et conserver sa dignité* ». Un matin une infirmière rentre dans la chambre pour lui donner son traitement.

⁵ **Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004** relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code .- Version consolidée au 08 août 2004.- [Consulté le 14 mai 2012].- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=935150D02475C6A752FCE26873ED3C9F.tpdjo03v_2?cidTexte=LEGITEXT000005822264&dateTexte=20120514>.-et <<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>>.

Elle retrouve Mme G. seule, assise en chemise de nuit devant le lavabo de la salle de bains, la tête baissée. L'infirmière lui parle, Mme G. dit ne pas avoir de douleurs et qu'elle n'a besoin de rien. L'infirmière lui signifie qu'elle revient la voir rapidement. Effectivement, elle finit la distribution des traitements auprès des autres patients et revient vers Mme G. qui s'est recouchée. L'infirmière lui propose son aide pour la toilette, Mme G. soupire, se lève et va jusqu'à la salle de bains. Pendant les soins, la communication est difficile car Mme G. répond peu aux tentatives de dialogue de l'infirmière. Cette dernière raccompagne la patiente qui s'installe au fauteuil et se repositionne tête baissée. L'infirmière s'accroupit devant elle pour lui demander si elle désire quelque chose en particulier. Mme G. se met à pleurer et lui répond : *« je veux rentrer chez moi, je ne veux pas mourir ici »*. L'infirmière accompagnera la patiente le temps qu'elle s'apaise, puis retrouve une partie de ses collègues dans la salle de soins.

L'infirmière décrit aux autres soignants ce qui vient de se passer. Une soignante répond que *« ce n'est pas l'aider de tout lui faire, qu'elle veut rentrer chez elle donc qu'il faut la stimuler et là elle retrouvera le moral »*.

Aux transmissions, l'infirmière réexplique ce qui s'est passé avec Mme G. Elle signifie que l'accompagnement de Mme G. doit être poursuivi, que la prise en soin *« semble inadéquate car la stimuler pour les soins d'hygiène peut être mal vécu et elle a surtout besoin que l'on s'occupe de sa souffrance psychique »*. Des soignants ont commencé à exprimer qu'ils n'étaient pas d'accord, *« qu'au contraire tout lui faire revient à la rendre dépendante donc atteint sa dignité »*, d'autres que *« le traitement anti dépressif n'a pas eu le temps encore d'agir »*, que l'accompagnement pour cette patiente *« ne relève pas du rôle infirmier mais du psychologue et du médecin »*.

Des soignants semblaient gênés : certains ont signifié leur accord avec l'infirmière qui souhaitait que l'équipe adhère au changement de démarche, et d'autres ne se sont pas exprimés. Le cadre de santé présent aux transmissions ne s'était pas exprimé et a été sollicité pour donner son avis. Il semblait contraint de répondre et dit *« ne pas pouvoir trancher, que la situation était délicate et qu'en plus il fallait prendre en compte la sortie prochaine »*.

Pourquoi le jugement clinique de l'infirmière a-t-il suscité de telles réactions dans l'équipe? Quels sont les éléments qui ont pu induire une résistance ou un accord de la part de l'équipe?

Le cadre de santé s'inscrit dans une posture ambiguë, dans laquelle se mêlent la responsabilité au regard de ses missions⁶ et de celle de l'équipe, l'éthique soignante et la logique gestionnaire, sans prise de position ni prise de décision. Ces interrogations me permettent de préciser ma réflexion, en m'appuyant sur l'analyse de la situation évoquée.

1.3 LA QUESTION DE DEPART

Ces réflexions portent sur le souci commun du bien-être d'une personne, une finalité dont la démarche divise une équipe pourtant liée par une culture aux valeurs communes comme ici le respect et la dignité. L'analyse de cette situation révèle des professionnels attachés à leurs propres convictions d'accomplir leur engagement pour les soins les plus appropriés au patient, où même l'influence sociale normalement présente au sein d'une équipe ne permet pas de trouver la situation acceptable.

C'est la problématique pour le soignant du «comment faire», avec la mesure des conséquences possibles, de l'action de soi pour et envers l'autre, de celle de l'équipe avec soi, pour l'autre. Il s'agit de l'éthique soignante en lien avec la responsabilité, l'autonomie et l'absence de règles sur le choix de la meilleure décision relative à la singularité d'une situation de soins.

En quoi le cadre favorise-t-il ces approches singulières qui permettent au soignant de se réaliser au travers du sens donné à sa pratique, et jusqu'où pour préserver une démarche collective, cohérente et collaboratrice ?

L'accompagnement des soignants par le cadre de santé, vers un consensus basé sur un dialogue réflexif, peut-il leur permettre une distanciation par rapport aux conflits de valeurs ? Le cadre de santé peut-il faciliter l'ouverture sur la différence et ainsi favoriser la cohésion d'équipe ?

Il apparait important à ce stade de mon questionnement de rechercher les origines possibles des approches singulières soignantes, et donc de considérer tout d'abord le professionnel, l'individu, au travers du concept d'identité.

⁶ **Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990** portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s et **Annexe circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990**.- Fiche métier « *cadre de santé d'unité de soins* ». - [Consulté le 21/02/12].- <<http://www.metiersfonctionpublique.hospitalieresante.gouv.fr/pdf/metier.php?idmet=27>>.

2 LE CADRE CONCEPTUEL

2.1 L'IDENTITE

2.1.1 L'identité personnelle :

Selon le Larousse 2012, l'identité se définit comme « *caractère permanent et fondamental de quelqu'un, d'un groupe, qui fait son individualité, sa singularité* ⁷ ».

L'identité d'un individu se caractérise également en sociologie par « *un processus complexe et dynamique qui combine plusieurs dimensions* ⁸ », notamment par le fait que « *toutes les identités sont le produit de l'héritage d'un père, d'une mère et d'une religion que chacun interprète selon son contexte culturel* ⁹ ». En outre, la dynamique identitaire¹⁰ renvoie à la construction subjective de l'individu relative aux « *situations d'interactions sociales* ». Des modifications s'opèrent selon Claude DUBAR par l'identification à autrui, déclinant ainsi une « *identité pour soi* » et « *une identité pour autrui* ».

En revanche, l'identité personnelle individuelle se distingue de l'identité sociale dans l'approche psychosociale où « *l'identité personnelle désigne un processus psychologique de représentation de soi qui se traduit par le sentiment d'exister dans une continuité en tant qu'être singulier et d'être reconnu comme tel par autrui* ¹¹ ». L'identité personnelle ou le soi fait ainsi appel à l'estime de soi, à la reconnaissance et à la conscience de soi. Elle recouvre ainsi « *l'idée de personnalité de base* ¹² », c'est-à-dire une identité dépendant de « *l'appartenance à une collectivité sociale* », avec « *des manières de penser et de vivre* ».

2.1.2 L'identité sociale

Le concept évolue avec « *la notion de rôle social* », c'est-à-dire par la constitution d'une identité sociale liée « *à la place occupée par les individus à l'intérieur d'une structure sociale* ¹³ », en fonction de leurs appartenances sociales comme « *les valeurs* ».

⁷ Dictionnaire LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2012 (2011).- Edition limitée.- Paris : Larousse.

⁸ BLOESS Françoise, ETIENNE Jean, NORECK Jean- pierre, ROUX Jean-Pierre (2004).- **Dictionnaire de sociologie**.- 3ème édition.- Paris : Hatier.- 488p.

⁹ CYRULNIK Boris.- novembre 2001.- *Le Courrier de l'Unesco*.- [consulté le 12/01/12].- < <http://www.dicocitations.com/citations/citation-71211.php> >.

¹⁰ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- 318p.

¹¹ *Ibidem*. p.190.

¹² *Ibid*. p.200.

¹³ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.190.

internes d'un groupe », et « *par le type d'implication sociale* » de l'individu¹⁴. Plus précisément, « *l'identité sociale est le point où se focalisent les composantes sociales et psychologiques, à l'intérieur d'une structure affective et cognitive qui permet à l'individu de se représenter qui il est, et d'échanger avec le monde social qui l'entoure*¹⁵ ».

La notion de mouvance et de complexité caractérisant l'identité d'un individu fait l'objet de théories diverses, mettant en exergue des caractéristiques identitaires elles-mêmes définies dans une dynamique car suivant les « *changements vécus par l'individu, celui-ci n'a pas une seule, mais de nombreuses identités qui varient au cours de sa vie*¹⁶ ».

Pierre BOURDIEU a développé le concept d'« *habitus* », qui représente un « *ensemble de dispositions (goûts, aspirations, façons de penser) que les individus acquièrent à travers les milieux sociaux où ils vivent*¹⁷ ». L'« *habitus* » est « *le produit d'un apprentissage devenu inconscient qui se traduit ensuite par une aptitude naturelle à évoluer librement dans un milieu* », et moteur « *de l'action et de la pensée* », entre nos actions sous « *contraintes imposées* » et « *la fiction d'un individu autonome, libre et rationnel*¹⁸ ».

Cet aspect de l'identité qui la qualifie « *sociale* » mène à l'identité professionnelle, le contexte du travail à l'hôpital représentant un lieu privilégié et riche par la diversité des interactions sociales.

2.1.3 L'identité professionnelle

Pour Renaud SAINSAULIEU¹⁹, l'identité sociale induit la notion d'expériences socialisatrices. L'identité professionnelle se définit comme la « *façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes* ». Pour le sociologue, c'est par l'expérience des relations de pouvoir que se constitue l'identité professionnelle. Le sociologue détermine la dimension identitaire par l'accès au pouvoir de l'acteur, la norme du comportement relationnel et les valeurs issues du travail.

¹⁴ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.210.

¹⁵ *Ibidem*. pp.210-211.

¹⁶ *Ibid*. p.193.

¹⁷ DE TILLY Marine, **Pierre Bourdieu sociologue de combat**, *Le point Références*, septembre-octobre 2011, p.64.

¹⁸ DORTIER Jean-François, **l'œuvre de pierre Bourdieu**, *Sciences Humaines*, hors-série, n°15, février/mars 2012, pp.5-6.

¹⁹ SAINSAULIEU Renaud (1977).- **L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation**.- 2ème édition (1985).- Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.- 480p.

Renaud SAINSAULIEU décline ainsi quatre types d'identités au travail :

- « *l'identité fusionnelle* »: l'individu disparaît presque totalement. Le groupe a ses propres normes et valeurs, présente un fort investissement et engagement pour le métier ;
- « *l'identité de retrait* »: c'est un groupe passif, l'identité se crée hors du travail ;
- « *l'identité de négociation* »: le groupe se constitue lorsqu'il y a une finalité précise qu'il désire et se déconstruit ensuite ;
- « *l'identité affinitaire* »: c'est un groupe qui se conforme à la culture interne en recherchant les relations avec les collègues et la hiérarchie.

2.1.4 La sociologie du travail²⁰

Cette notion souligne l'existence de décalages persistants entre la tâche prescrite et l'activité réelle de travail : les consignes prescrivent les tâches mais ne couvrent pas les multiples situations inhérentes à leur réalisation, et leur interprétation s'avère variable, subjective et basée sur l'expérience, ce savoir d'action étant indispensable à mobiliser pour effectuer le travail réel.

Ainsi la sociologie permet de déterminer des groupes professionnels constitués au travers d'une identité collective en fonction de la place des individus au sein de l'organisation, qui leurs permet d'exister socialement au travail. Renaud SAINSAULIEU décrit également la dimension culturelle du travail. Sa théorie inscrit le concept de culture comme central car participant largement aux dynamiques identitaires qui permettent aux individus de supporter leur quotidien au travail.

Dans le courant de l'interactionnisme symbolique, Claude DUBAR²¹ décrit la notion d'identité sociale, au travers du champ de reconnaissance identitaire lié aux relations de pouvoir, à la place de l'individu et de son groupe d'appartenance. Les individus investissent au travail ou hors travail des espaces identitaires variés où ils se sentiront reconnus et valorisés. Cependant un individu peut ne pas trouver cet espace et

²⁰ LAVILLE Jean-Louis, Norbert alter, **Les nouveaux visages de la croyance-La construction des identités au travail**, rubrique *Classiques Renaud SAINSAULIEU (1935-2002)*, n° 149.- Mai 2004.- [consulté le 12/01/12].- <http://www.scienceshumaines.com/laconstruction-des-identites-au-travail_fr_4063.html>.

²¹ DUBAR Claude (1991).- **La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles**.- Paris : Armand Colin.- 278p.

donc ne ressentir ni reconnaissance, ni valorisation. Claude Dubar²² associe les processus biographiques de construction d'une « *identité pour soi* » et les mécanismes structurels de reconnaissances des « *identités pour autrui* ». Les identités dépendent des relations avec les autres et de la perception subjective de sa situation. Elles dépendent aussi des rapports au pouvoir dans des stratégies d'acteurs. L'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi, notamment au travers des relations avec les collègues et les supérieurs hiérarchiques entre autre.

Selon Marie-Françoise COLLIERES, dans la profession infirmière, c'est « *autour de l'infirmière que se façonne l'identité de sa pratique soignante suivant la force des influences auxquelles elle est soumise dans son milieu de travail et la prégnance des modèles sociaux qui s'y trouvent, ou suivant la prédominance des courants de connaissances qu'elle peut côtoyer[...]*²³ ».

La difficulté des soins infirmiers relève de l'ambiguïté des différents rôles, et rend complexe l'appropriation d'une identité par le fait notamment d'une pratique relative à son rôle propre historiquement opacifiée par la médicalisation des soins. Ainsi Marie-Françoise COLLIERES²⁴ explicite la difficulté à déterminer cette partie intégrante de la pratique soignante, et donc de l'identité professionnelle infirmière par « *l'estimation arbitraire de ce qui relève ou non des soins infirmiers* », qui « *est due à l'absence de repères significatifs pour étayer la pratique professionnelle infirmière* ». L'auteure poursuit en ajoutant une autre difficulté, celle de « *l'estimation systématique de tous les besoins, de toutes les fonctions* », cloisonnant l'investigation en risquant de ne pas révéler la réalité des problèmes de la personne soignée. Marie-Françoise COLLIERES poursuit sa réflexion²⁵ sur l'identité infirmière par le fait que l'infirmière se définit le plus souvent par ses rôles, « *sa garantie morale* » et par « *un ensemble d'attitudes requises pour soigner* ». C'est son rôle qui permet d'exprimer sa fonction, car c'est à travers ses rôles qu'« *est la manière d'agir, [...] de ressentir*²⁶ ». Définir ses rôles conduirait pour l'auteure à stéréotyper et enclaver les professionnels dans « *des comportements d'automates* », et à « *stériliser la*

²² DUBAR Claude.- (1994), **Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel**, in : DE COSTER Michel, PICHAULT François, **Traité de sociologie du travail**.- Bruxelles : De Boeck.- pp.377-378.

²³ COLLIERE Marie-Françoise (1982).- **Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers**.- Paris : Masson.- p.191.

²⁴ *Ibidem*. p.198.

²⁵ *Ibid.* p.235.

²⁶ *Ibid.* p.237.

*capacité de réflexion, de créativité, d'initiative*²⁷ ». Les écrits sont nombreux sur l'ambiguïté rendant difficile la légitimité identitaire de la profession infirmière.

Anne VEGA par son observation du quotidien des soignants²⁸ se rend compte que la légitimité du groupe professionnel est pratiquement impossible car « *l'ensemble des différentes catégories renvoie, par jeux de miroir, des idéaux professionnels contradictoires et mal assumés*²⁹ ». L'ethnologue cite ainsi l'ambivalence et la contradiction présentes par la valorisation du rôle relatif aux soins dits techniques et médicaux, effaçant le rôle propre notamment les soins de nursing, ainsi qu'une revendication de légitimer l'apprentissage en étant confronté directement au monde hospitalier, dévalorisant ainsi les savoirs théoriques de la formation. S'agit-il de crise identitaire ?

Le sociologue Claude DUBAR³⁰ souligne qu'il « *préfère l'expression « formes identitaires », car elle indique qu'il s'agit, d'abord, de formes langagières que l'on peut rencontrer dans d'autres champs et qui renvoient à des visions de soi et des autres, de soi par les autres mais aussi des autres par soi des catégorisations « subies » (identités pour autrui) et des identifications « construites » (identités pour soi) ».*

La pluralité des dimensions recouvrant le concept d'identité m'amène à m'interroger sur le fonctionnement d'un groupe, notamment celui d'une équipe soignante, dans laquelle s'articulent les interactions pour une collaboration autour de la prise en soin du patient, et au travers de leur quotidien au travail.

²⁷ COLLIÈRE Marie-Françoise (1982).- **Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers**.- Paris : Masson.- p.237.

²⁸ VEGA Anne (2000). - **Une ethnologue à l'hôpital: l'ambiguïté du quotidien infirmier**.- Paris : Editions des archives contemporaines.- 212p.

²⁹ *Ibidem*. p.95.

³⁰ ALLEMAND Sylvain, **Identités professionnelles : le temps du bricolage**, *Sciences Humaines*, n°114, mars 2001, [consulté le 13/02/12], < http://www.scienceshumaines.com/articleprint2.php?lg=fr&id_article=1194-article>.-.

2.2 LE CONCEPT D'ÉQUIPE

« *Le collectif ne trouve grâce qu'à la condition expresse qu'il ne subordonne pas l'individuel; c'est être « entre soi », certes...mais à condition que le « pour soi » n'y perde pas...³¹* ».

Afin de comprendre l'impact collectif sur le comportement d'un individu, et celui de l'individu sur le groupe, mon questionnement s'oriente sur la définition de l'équipe, notamment sur les éléments liés, favorisant ou altérant le lien sociale.

2.2.1 Le groupe

En psychologie sociale, le groupe se définit comme « *une entité sociale identifiable et structurée, caractérisée par un nombre restreint de personnes liées entre elles par des activités soit communes, soit interdépendantes et qui développent des interactions déterminées par des normes de conduites et des valeurs communes, dans la poursuite de ses objectifs³²* ».

2.2.2 Les normes du groupe

Elles concernent à la fois « *les règles et les attentes partagées par la majorité de ses membres* », relatives au « *comportement jugé désirable et acceptable³³* », au sein du groupe. Les normes du groupe sont évoquées en termes de régulation sociale, par des effets d'influence sur le comportement des membres du groupe. Ainsi, des théoriciens comme Emile DURKHEIM décrivent que « *les consciences individuelles agissent les unes sur les autres, le groupe devient producteur(s) d'idées et de sentiments qui se concrétisent en normes sociales s'imposant aux individus³⁴* ». Ainsi « *la stabilité de l'ordre sociale* » ne s'envisage qu'au travers des « *comportements des acteurs [...] orientés par des normes et valeurs communes³⁵* ».

³¹ MOTTA Jean Michel, **Travail en équipe : positionnement du cadre envers « l'Un-dividu » soignant 3^{ème} partie**, vendredi 17/10/2003, [consulté le 13/02/12], <<http://www.cadredesante.com/spip.php?article156>>.

³² FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4^{ème} édition.- Paris : Dunod.- p.219.

³³ *Ibidem.* p.227.

³⁴ BLOESS Françoise, ETIENNE Jean, NORECK Jean-Pierre, ROUX Jean-Pierre (2004).- **Dictionnaire de sociologie**.- 3^{ème} édition.- Paris : Hatier.- p.299.

³⁵ *Ibidem.* p.302.

2.2.3 Le statut et le rôle

Ces notions se complètent et permettent de comprendre le passage du comportement d'un individu vers « *la conduite sociale*³⁶ ».

Le statut « *peut-être occupé simultanément ou successivement par des individus différents*³⁷ ». De même, un individu peut avoir plusieurs statuts selon le type de relations sociales et génère donc différentes conduites.

Trois dimensions sont ainsi à prendre en compte et font l'objet pour coexister d'un « *compromis* » : « *les comportements de rôles prescrits normativement, les comportements de rôle attendus par les partenaires et les comportements de rôle effectivement joué par le titulaire du rôle*³⁸ ».

Pour le sociologue Robert MERTON, il existe une variabilité des comportements des individus dus à l'hétérogénéité des attentes et des conceptions des rôles. Ainsi, « *l'individu conserve donc toujours une certaine autonomie dans son comportement de rôle*³⁹ ».

Dans le cadre d'une organisation, « *tout écart entre le rôle joué et les prescriptions de rôles risque d'être sanctionné comme déviance*⁴⁰ ».

2.2.4 L'équipe

C'est un groupe secondaire, sa structure se situant « *à l'intérieur d'une organisation sociale* », « *où les relations sont davantage déterminées par des codes* », avec « *des relations plus ou moins imposées pendant la durée où ils sont ensemble*⁴¹ ».

L'équipe est également désignée en psychologie sociale comme un groupe formel, où « *l'organisation est définie ; les membres y ont une place assignée et des rôles prescrits, notamment par une structure hiérarchique*⁴² ».

Au sein de ce type de groupe peut se créer un groupe informel, caractérisé par son « *émergence imprévue* », une intégration des individus « *de leur plein gré* », où « *les rôles*

³⁶ BLOESS Françoise, ETIENNE Jean, NORECK Jean-Pierre, ROUX Jean-Pierre (2004).- **Dictionnaire de sociologie**.- 3ème édition.- Paris : Hatier.- p.369.

³⁷ *Ibidem*. p.369.

³⁸ *Ibid*. p.371.

³⁹ *Ibid*. p.371.

⁴⁰ *Ibid*. p.373.

⁴¹ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.222.

⁴² *Ibidem*. p.222.

joués par chacun ne sont pas imposés et le type d'interaction ne repose pas sur une structure hiérarchique⁴³ ».

Pierre Bourdieu qualifie l'évolution du lien social par le jeu des agents au sein d'« un champ », « un microcosme » qui fonctionne avec des « codes » et des « règles internes », que chaque individu doit maîtriser pour ne pas sortir du « champ⁴⁴ ».

2.2.5 La dynamique de groupe

Cette notion s'est développée dans le domaine de la psychologie sociale selon notamment une approche de Kurt LEWIN. Les membres d'un groupe agissent en interdépendance, au sein d'un champ dynamique de forces, reliant les membres entre eux et chaque membre au groupe. Selon l'environnement, le groupe se structure son « *champ dynamique*⁴⁵ », notamment en termes de canaux de communication et de barrières.

Claude FLAMENT (1965) a proposé une théorie des trois systèmes en jeu dans l'établissement d'un équilibre groupal dynamique favorable à la mise en route des canaux de communications entre les membres⁴⁶ :

- Le premier système est celui des exigences de la tâche;
- Le second est le système social établi dans le groupe ;
- Le troisième est celui des besoins interpersonnels (besoins d'inclusion dans le groupe, de contrôle sur le groupe, et d'affection de la part des autres).

Chacun recherche la satisfaction de ses besoins, cette recherche interfère avec celle des autres à l'intérieur d'un ensemble de communications.

2.2.6 La cohésion

Certains facteurs semblent favoriser la cohésion du groupe : l'homogénéité des statuts, la menace externe ralliant les membres autour d'un objectif commun, et la compétition intergroupe⁴⁷.

⁴³ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.222.

⁴⁴ DORTIER Jean- François, **l'œuvre de Pierre BOURDIEU**, *Sciences Humaines*, Hors-série, N°15, février/mars 2012, p.6.

⁴⁵ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.-Paris : Dunod.- p.233.

⁴⁶ LEDESMA Enrique, **La dynamique de groupe**, Master Management et Santé-EU 5.5, novembre 2011.

⁴⁷ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.-Paris : Dunod.- p.227.

Ce concept⁴⁸ « désigne d'une manière large l'ensemble des forces qui maintiennent un lien d'ensemble entre les individus dans un groupe ». Ces forces sont de « nature socio-émotionnelle » et représentent le « ciment d'un groupe ».

Les facteurs de cohésion sont « extrinsèques » c'est-à-dire préexistants à la formation du groupe, et « intrinsèques », qui sont identifiés comme « socio-affectifs » et « socio-opératoires » à l'intérieur du groupe. Selon ces facteurs, le groupe s'organise au travers de la coopération, où les membres ont « une capacité plus grande à résoudre les problèmes de relations humaines [...], ou de la compétition qui génère des comportements manifestant « un désintérêt aux suggestions des autres [...] »⁴⁹ ».

La cohésion est source de satisfaction professionnelle et d'efficacité par la force du collectif. Elle a un impact sur « la pensée du groupe », en termes de « mode de fonctionnement où la recherche à tout prix du consensus neutralise tout esprit critique et toute autre perspective que celle d'une unanimité⁵⁰ ».

La prise de décision dans le groupe a des conséquences sur sa structure et ses membres. Selon Kurt LEWIN, « la décision de groupe doit aboutir à des changements, [...] réduit la tension liée au changement pour permettre au groupe de modifier, par exemple, ses habitudes, et de parvenir à un nouvel équilibre⁵¹ ». Une décision collective semble donc représenter un facteur de cohésion, permettant ainsi aux membres d'une équipe de tendre vers un objectif commun : la qualité de la prise en charge du patient.

2.2.7 Le conflit

En sociologie, le conflit se définit comme « un blocage des mécanismes normaux de prise de décision de sorte qu'un individu ou un groupe éprouve des difficultés à opérer le choix de son action⁵² ».

Les sources de conflits⁵³ au sein d'un groupe peuvent concerner le plan professionnel (outils, méthodes de travail), les différentes fonctions de chaque membre de l'équipe, des rapports de pouvoir, des systèmes de valeurs différents.

⁴⁸ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.-Paris : Dunod.- p.239.

⁴⁹ *Ibidem*.p.241.

⁵⁰ *Ibid*.p.243.

⁵¹ *Ibid*.p.245.

⁵² LEDESMA Enrique, *La dynamique de groupe*, Master Management et Santé-EU 5.5, novembre 2011.

⁵³ CARRE Stéphane, CATANAS Marc, HASLEY Franck, RUFIN Frédéric, **Travail en équipe et gestion des conflits : rôle du cadre de santé**, mardi 6 mai 2003, [consulté le 13/02/12]. - <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article117&lang=fr>>.

Les deux types de conflit fréquemment rencontrés sont :

➤ *« Les conflits de valeurs : Ce sont des divergences d'opinions amenées par des croyances ou des goûts opposés, des types de personnalité ou des origines sociales différentes. Ils peuvent perturber la communication et créer des malentendus entre les membres de l'équipe, voire provoquer chez certains le sentiment d'être isolé et de ne pas participer à la cible et aux tâches communes ;*

➤ *Les conflits de besoins : Ils surgissent lorsque certains membres d'une équipe éprouvent des besoins contradictoires ou inconciliables. La définition des objectifs poursuivis, l'organisation du travail, le partage des responsabilités deviennent souvent des sources de conflit de besoins. La réalisation d'une tâche commune implique pourtant la participation active de tous et la convergence des efforts de chacun ».*

La nature des conflits semble donc à prendre en compte, impliquant différentes manières de les aborder, de repérer leur nature, afin de préserver la cohésion de l'équipe.

Pour cerner la relation singulière présente dans une dimension en lien avec le concept du soin, de l'identité professionnelle propre à chaque soignant, et de l'équipe, la question du sens donné à la pratique professionnelle infirmière se pose ici, en termes de « penser » et d'« agir » soignant. Les approches mises en œuvre par chaque soignant convergent vers une action collective, cohérente, mais peuvent aussi faire l'objet de divergences. Ces différences de points de vue, d'opinions, voire de principes et de convictions, comme l'illustre la situation décrite plus haut, mènent à interroger la place des valeurs professionnelles individuelles du soignant dans sa pratique quotidienne, et leurs impacts au sein d'une équipe, qui devrait œuvrer selon des valeurs collectives. Quelle légitimité accorder lors de jugement relatif à une confrontation des valeurs individuelles et collectives ? En quoi les valeurs professionnelles et les valeurs collectives peuvent-elles présenter des divergences et impacter sur l'action du soignant ?

2.3 LES VALEURS

Selon le Dictionnaire Le Petit Larousse 2012⁵⁴, « valeur » provient du latin classique « *valor, valoris* », issus de « *valere* », c'est-à-dire « valoir », et se définit comme : « *Ce qui est posé comme vrai, beau, bien, selon des critères personnels ou sociaux, et sert de référence, de principe moral : partager les mêmes valeurs.* » Cette

⁵⁴ DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2012 (2011).- Edition limitée.- Paris : Larousse.

définition rejoint la notion d' « *échelle des valeurs* » qui représente une « *hiérarchie établie entre les principes moraux* ».

2.3.1 Les valeurs professionnelles

Les valeurs professionnelles issues de la culture soignante forment un socle commun, un sentiment d'appartenance à un groupe professionnel, et s'attacher à ce cadre « idéologique », collectif de « qualités » qui seraient requises pour correspondre à la représentation de la profession infirmière, de ce savoir-être, donnerait implicitement une reconnaissance par l'autre d'être un professionnel « complet », compétent.

Ces valeurs humanistes collectives présentes au sein des équipes soignantes se distinguent de valeurs individuelles, « *qui participent des attachements imaginaires et qui permettent une dynamique identitaire, de ce qui relève du « sentiment intime », ces croyances qui assurent, au contraire une clôture identitaire au sujet*⁵⁵ ».

Le lien peut ici être fait avec l'idéal professionnel et le sens que prend son engagement pour chaque professionnel, entre son propre système de valeurs et celui de son groupe de référence. Les interactions avec les autres membres de l'équipe déterminent le comportement socialement « acceptable » du soignant au sein du groupe, mais chaque professionnel en faisant référence à ses valeurs aura le choix sur la façon dont ses actions auront un impact sur le groupe, qui peut alors devenir pour lui un cadre contraignant. La référence à ses valeurs professionnelles est liée au soin, entre morale et éthique, en naissant dans les rapports au patient, aux collaborateurs, cette relation à l'autre qui sous-entend le savoir être commun aux soignants, représentant des professionnels qui prennent soin de l'humain.

Pour Frédéric VENAUT⁵⁶, cadre de santé, le concept de valeur renvoie au « *principe idéal auquel se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder leur jugement, pour diriger leur conduite* ». Les valeurs sont inhérentes à la morale, au regard d'un choix entre « *la conformité de nos actions à des normes et des valeurs* » et « *l'évaluation des conséquences pratiques de nos actes* ». En philosophie⁵⁷, à la base de cette légitimité de nos choix et de nos actes, « *elles ont bien pour origine des subjectivités,*

⁵⁵ VIAL Michel, **Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser**, *Soins Cadres*, n° 53.- février 2005.- pp. 29-30.

⁵⁶ VENAUT Frédéric, **Donner du sens aux valeurs soignantes**, 14 juillet 2003, [consulté le 13/02/12]. - <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142>>.

⁵⁷ ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, corpus 23, *valeurs*, section philosophie, p 296.

elles ne s'imposent à nous qu'une fois qu'elles ont été fixées par les résultats d'échanges collectifs ».

Dans la situation évoquée qui m'a conduite à mon objet de recherche, l'infirmière a pensé et agit différemment des autres membres de l'équipe. En confrontant son approche aux autres soignants malgré les divergences de point de vue, elle a ainsi révélé ce qu'elle considérait comme important et ce qui lui paraissait non acceptable. Elle a choisi la conformité de ses actions par rapport à ses valeurs, jugeant la pratique de l'équipe inadaptée, au regard de l'évaluation qu'elle-même avait effectué par rapport à l'état psychologique de la patiente, tel qu'il s'est présenté après une approche singulière personnalisée, empreinte de sa conception du soin. L'équipe était divisée sur des valeurs communes de respect, d'accompagnement et de dignité, pour lesquelles chaque soignant n'y donnait pas le même sens et n'y accordait pas la même importance ou priorité.

2.3.2 Les valeurs collectives

Selon Charlaïne DURAND⁵⁸, les valeurs dans l'activité des soins touchent aux dimensions éthique, morale et par conséquent déontologique. *« Lorsque les valeurs viennent à créer un conflit entre elles, en nous, nous avons recours alors à l'éthique ».* Pour l'auteure, *« l'éthique intervient [...] dans toutes les situations où le savoir et le pouvoir pourrait prendre le pas sur l'intérêt individuel »*, c'est *« l'initiative individuelle de bien faire, basée sur les valeurs personnelles de l'individu »*. Historiquement, l'auteure rappelle que les valeurs humanistes sont issues de principes religieux, d'actions « bonnes » ou « mauvaises », c'est-à-dire se basant sur une morale, celle-ci *« étant l'expression des normes socialement admises »*. L'évolution vers la laïcité et le changement de paradigmes relatifs à l'hôpital, mais conservant une nature du soin toujours fondée sur des valeurs humanistes, conduisent l'émancipation des professionnels de santé vers une éthique qui émerge par *« la recherche de sens à travers les différentes situations »*, et semble être pour ces professionnels *« une tentative d'obtenir un peu de maîtrise sur la situation qui s'imposent à eux »*.

Certaines valeurs communes à la profession d'infirmière s'orientent ainsi vers la déontologie, mais un code qui relèverait de cette dimension peut trouver ses limites dans la

⁵⁸ DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, 15 octobre 2007.- [consulté le 12/02/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>>.

pratique quotidienne, comme l'explique Charlaïne DURAND⁵⁹ : « *il se présente toujours des situations où l'application des normes professionnelles peut aller à l'encontre de l'intérêt réel du patient* ». La déontologie « *est la mise en application de principes moraux à appliquer dans un exercice professionnel* ».

Pour la profession infirmière, en France, ces actions sont en lien avec un référentiel de normes règlementaires, mais ne détient pas de code de déontologie formalisé⁶⁰. La part d'autonomie et ses actions créatrices de savoir notamment dans le cadre de son rôle propre sont pourtant des éléments pourvoyeurs de la science infirmière, appuyant une démarche de prise en charge holistique du patient. Les choix et les actions infirmières sont ainsi imprégnés des valeurs professionnelles, au niveau individuel et collectif, transmises notamment aux futurs professionnels dans le cadre de la formation initiale. Il existe pourtant dans ce champ entre autonomie et hétéronomie des situations où les décisions imposent de se questionner. Philippe SVANDRA cite Jacques DERRIDA pour décrire ce phénomène : « *c'est au moment du « je ne sais pas quelle est la bonne règle » que la question éthique se pose. C'est au moment où je ne sais pas quoi faire, où je n'ai pas de normes disponibles, où je ne dois pas avoir de normes disponibles, mais où il me faut agir, assumer mes responsabilités, prendre parti*⁶¹ ». Philippe SVANDRA parle alors de l'existence d'un « *ethos soignant* », qui représente les valeurs communes aux soignants, comme la bienveillance et l'universalisme. Cependant, l'« *ethos soignant s'exprime différemment suivant les services et les catégories professionnelles de santé*⁶² ».

Les valeurs collectives sont considérées comme des valeurs partagées par le groupe, la profession infirmière créant autour et à travers ses valeurs un savoir spécifique infirmier, avec un sentiment d'appartenance au groupe professionnel émanant d'« *une culture professionnelle* » qui « *s'est construite au chevet des patients*⁶³ ».

⁵⁹ DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, 15 octobre 2007.- [consulté le 12/02/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>>.

⁶⁰ Un code international de déontologie de la profession infirmière existe depuis 1953 et révisé en 2005, [consulté le 14 mai 2012].-< <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/7service-f/pdf/icncodef.pdf>>.- et en France un projet de code de déontologie a été validé le 09/02/10 par le Conseil National de l'Ordre Infirmier.-[consulté le 14 mai 2012].-<http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf/projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf>.

⁶¹ Propos cités in : SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin une éthique au cœur de la vie**.- Paris : Seli Arslan.- p.28.

⁶² SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.58.

⁶³ DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, 15 octobre 2007.- [consulté le 12/02/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>>.

Pour Philippe SVANDRA⁶⁴, afin d'évoquer « *les valeurs collectives de base* », « *une collectivité a besoin de normes morales pour assurer une certaine cohérence entre ses membres* ». Mais « *il s'agit de reconnaître l'individu comme un être libre et autonome possédant une dignité inaliénable* », et même « *s'il existe dans nos pays européens un large consensus sur les questions des droits de l'Homme et de la démocratie, les références personnelles peuvent être en revanche parfois très différentes* ». Philippe SVANDRA, pour caractériser les valeurs individuelles, fait référence à un psychologue américain, Milton ROKEACH. Ce dernier a classé les valeurs en les distinguant selon leur nature : elles peuvent être « *téléologiques* » ou « *terminales* », en renvoyant au « *but de l'existence* », ou peuvent être de nature « *déontologique* », ou « *instrumentales* », en référence au « *mode de conduite* ». Les comportements de « *violation des premières suscite des remords, celle des secondes de la honte*⁶⁵ ».

Philippe SVANDRA⁶⁶ relie le principe de bienfaisance avec celui de l'autonomie et de la justice. En s'appuyant sur la représentation de Paul RICOEUR sur les interactions présentes au sein du triangle éthique⁶⁷, il souligne qu'« *il ne saurait y avoir d'éthique individuelle sans dimension collective* », dans le sens où « *la pratique soignante individuelle éthique* » permet « *le système collectif de soin* ». Il poursuit sa réflexion sur « *la cohérence entre actes et convictions*⁶⁸ », qui correspond à la « *volonté d'agir en accord avec soi-même indépendamment de tout regard ou jugement d'autrui [...]* ».

Pour la valeur professionnelle, elle représente une part subjective dans une approche psychodynamique du travail, en lien avec les postures professionnelles. Ainsi, « *il y a dans le travail, des dimensions qui ne se mesurent pas. Il y en a, par exemple, qui sont tellement subjectives et personnelles que, pour d'aucuns, elles sont absolument sans intérêt, alors que pour d'autres, leur déni est ressenti comme une agression particulièrement vive. C'est le cas de la valeur que le salarié accorde à son travail et surtout celle qu'il accorde au regard que les autres (collègues, hiérarchie, famille, amis...) portent sur ses postures professionnelles*⁶⁹ ».

⁶⁴ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- Chapitre 6.- p.57.

⁶⁵ *Ibidem*.

⁶⁶ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie**.- Paris : Seli Arslan.- p.207.

⁶⁷ *Ibidem*. p.207.

⁶⁸ *Ibid*. p.261.

⁶⁹ **Charge mentale accrue = troubles psychosociaux plus fréquents et plus graves ?- Travailler plus pour gagner plus de considération ou de reconnaissance**, 6^{ème} paragraphe, *Conditions de travail*, [consulté le 12/02/12].- < http://www.ecosociosystemes.fr/charge_travail.html#aaa >.

Penser et agir en soignant peut dès lors être considéré comme être au travers de l'agir, et l'agir permettant d'être, de se construire, d'évoluer, dans l'ambiguïté d'une identité sociale personnelle et d'une identité professionnelle, où cohabitent les valeurs individuelles et les valeurs collectives.

Cet agir est pourtant particulier pour le soignant : entre autonomie et responsabilité, son activité créatrice au sein du travail réel est basé sur un concept à la fois si naturel mais aussi si complexe, cette complexité relevant de la subjectivité d'une mise en œuvre singulière et unique dans la relation entre le soignant et le soigné. Ce concept est le soin, et il fait le lien entre les concepts jusqu'ici abordés.

Comment le soignant conçoit-il le soin? Existe-il des conceptions différentes voire totalement divergentes ?

En quoi cette homogénéité ou cette hétérogénéité a-t-elle un impact sur les pratiques professionnelles et les comportements ?

2.4 LE CONCEPT DU SOIN

"La manière dont une société prend soin des plus faibles de ses membres témoigne de son degré d'humanité." Philippe SVANDRA

2.4.1 Définir le soin

Ma première interrogation vise à déterminer s'il s'agit de conceptualiser « *le soin* », ou « *les soins* ». Les définitions du terme au singulier ou au pluriel ne sont pas identiques.

Selon Le Larousse 2012⁷⁰, le soin peut signifier une « *attention que l'on porte à faire quelque chose avec propreté, à entretenir quelque chose* », ou encore un « *souci de bien faire, effort, peine scrupuleuse que l'on se donne* », et enfin une « *charge, devoir de veiller à quelque chose, de s'en occuper* ». Autant « *l'attention* » et le « *souci de...* » et « *devoir de veiller, de s'en occuper* » sont des caractéristiques relationnelles attendues pour cette définition, autant la référence « *à quelque chose* » qui peut aussi être une « *charge* » et donner « *une peine scrupuleuse* » questionne. Et pourtant, le patient confiant son être aux soignants ne devient-il pas un patient « pris en charge » ?

⁷⁰ DICTIONNAIRE LE LAROUSSE.-[Consulté le 20/01/12].-< <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/soin>>.

Si le soin comporte une définition paradoxale, entre une connotation d'attention rigoureuse et l'idée de labeur, le terme employé sous forme d'expression rend alors un sens reconnu dans les pratiques soignantes : « *avoir, prendre soin de quelque chose, de quelqu'un* », qui signifie « *s'en occuper, veiller sur lui* ».

Les soins⁷¹ se définissent comme des « *actes par lesquels on veille au bien-être de quelqu'un* », ou des « *actes de thérapeutique qui visent à la santé de quelqu'un, de son corps* ». Ici se perçoit l'activité des soignants, avec la représentation d'une dimension bienveillante dans la recherche du bien-être pour autrui, mais aussi avec une dimension curative relative à l'aspect curatif des soins, agissant sur la santé et sur le corps.

Ces dimensions prennent-elles le même sens pour les soignants ? Est-ce la même signification pour les soignants que de veiller au bien-être d'autrui ?

Œuvrer pour « la santé de quelqu'un » relève-t-il de mêmes approches ?

Comment s'opère dans les pratiques soignantes cette ambivalence des soins ?

2.4.2 L'ambivalence des soins, complémentarité ou paradoxe ?

Philippe SVANDRA caractérise le soin au travers de ses origines : « *le caractère fondamental du soin a toujours été de donner, maintenir et développer la vie*⁷² ». Les soins sont ainsi passés d'une conception induite par le dévouement des religieuses au 18^{ème} siècle, soignant les corps et veillant au salut de l'âme, à une conception laïque due à l'entrée dans les hôpitaux des médecins, les progrès médicaux et le changement culturel. Cette évolution marque le début des infirmières assistant le médecin, base à l'époque de la professionnalisation infirmière⁷³. Il peut être alors plus compréhensible de retrouver les soignants ainsi positionner entre l'ambiguïté d'un rôle propre souvent légitimé au sein de la délégation, et d'un rôle prescrit historiquement lié au pouvoir médical.

Le verbe anglo-saxon⁷⁴ « *to cure* » (traiter) donne le fondement de la logique curative médicale, alors que « *to (take) care (of)* » (prendre soin, faire attention) englobe à la fois la sollicitude et la responsabilité de l'autre. Le soin pourrait alors se définir comme « *prendre soin* », selon sa finalité : « *chercher à satisfaire au bien-être de la personne d'un point de vue physique, psychologique, social et spirituel* ». Enfin pour l'auteur, il ne s'agit

⁷¹ DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2012 (2011).- Edition limitée.- Paris : Larousse.

⁷² SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

⁷³ *Ibidem*. p.64.

⁷⁴ *Ibidem*. p65.

pas que de relation pour décrire le soin, mais « *il s'agit aussi d'agir, de faire preuve de compétence professionnelle* ».

Pour Marie Françoise COLLIERE⁷⁵, « *soigner n'est pas traiter* », et signifie alors « *retrouver le sens originel des soins, c'est prendre en compte, donner du sens à tout ce qui peut contribuer à mobiliser, développer la vie [...] en sachant discerner les limites et les seuils inhérents à chaque situation* ». Ainsi pour Marie Françoise COLLIERE, « *pas d'avantage ne peuvent être considérés comme soins les tâches d'hygiène accomplies de façon systématiques et routinières*⁷⁶ ». Dans les pratiques soignantes, l'auteure décrit toute situation de soins comme le départ d'un questionnement pour « *situer ce qui rend les soins nécessaires*⁷⁷ ». Elle centre alors la démarche du soignant sur la personne, par une approche anthropologique, qui consiste pour le soignant à se distancer d'une relation enseignée « *habituellement imprégnée de moralisation* » afin de pouvoir « *apprendre à lire et à conscientiser ce qui relie différents aspects d'une même situation de soins*⁷⁸ ». Afin de conduire cette démarche, Marie Françoise COLLIERE⁷⁹ préconise de « *se dessaisir de cadres conceptuels tout fait* », de « *sortir des généralisations* », de « *nommer, d'explicitier ce que l'on pense avoir compris* », de « *se sortir de mécanismes comportementaux* » et de « *construire un savoir* ». Elle voit cependant un risque dans ce type d'approche qui, mal conduite amène à une « *prédominance de l'interrogation sur l'objet « soins » et le sujet soigné, au détriment d'une interrogation sur le vécu des soins, tant pour le soigné que pour le soignant*⁸⁰ ».

Au regard de cet agir, le soin se situe entre la morale et l'éthique, faisant référence à la norme, au plan moral, et ainsi introduit dans les situations de soins une « *éthique soignante* » qui peut se fonder entre « *un agir communicationnel*⁸¹ » idéaliste pour l'obtention du consensus et la prise d'initiative ouverte à la créativité, en terme de « *prudence* » et de « *sagesse pratique*⁸² ». Rejoignant Marie-Françoise COLLIERE, Philippe SVANDRA explicite que soigner ne visent pas seulement à situer la personne

⁷⁵ COLLIERE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie.**- 2ème édition.- Paris : Masson.- p.116.

⁷⁶ *Ibidem.* p.138.

⁷⁷ *Ibid.* p.139.

⁷⁸ *Ibid.* p.139.

⁷⁹ *Ibid.* p.167.

⁸⁰ *Ibid.* p.427.

⁸¹ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- p.129.

⁸² *Ibidem.* p.132.

dans ses besoins, mais visent à « *aider à vivre*⁸³ », selon le principe d'une démarche soignante holistique.

Marie Françoise COLLIÈRE préfère employer les soins. Elle définit la nature des soins comme « *ce qui caractérise le ou les genres de soins à apporter ou à mettre en œuvre en rapport avec la ou les finalités qu'ils se proposent d'atteindre*⁸⁴ ». Elle précise « *ce qui relève directement de la décision et de l'initiative infirmière*⁸⁵ », en soulignant l'invisibilité de ses soins primaires, qui, quand bien même sont encadrés sous l'égide de « *rôle propre*⁸⁶ », restent des soins sortis du contexte de « *l'auxiliarat médical*⁸⁷ », et qui méritent d'être pensés, partagés, reconnus comme une pratique infirmière mobilisant des compétences spécifiques développées dans ce champ de responsabilité et d'autonomie.

Philippe SVANDRA évoque le soin au travers de la pratique soignante comme une sagesse pratique⁸⁸, en référence à la prudence entre la prise de décision et l'action. Concrètement, devant la particularité de chaque situation, le soignant par cette sagesse pratique sera en capacité de faire face à l'imprévisibilité, qui induit la créativité dans le soin, en choisissant « *une manière d'agir juste* ».

2.4.3 La philosophie du soin

➤ *Prendre soin*

Pour Walter HEESBEN⁸⁹, prendre soin relève d'une valeur et offre « *un espace de liberté pour la réflexion et l'action* ». La dimension humaine d'une approche attentive et particulière permet ainsi de dépasser la recherche d'une démarche soignante modélisée, opacifiant la singularité des situations rencontrées. Walter HESBEEN⁹⁰ qualifie ainsi le soin infirmier comme « *une multitude de petites choses* », et « *l'attention à ces petites choses manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre, dans son existence* », et

⁸³ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- p.104.

⁸⁴ COLLIÈRE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie.**- 2ème édition.- Paris : Masson.- p.192.

⁸⁵ *Ibidem.* p.213.

⁸⁶ En référence au décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique.

⁸⁷ COLLIÈRE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie.**- 2ème édition.- Paris : Masson.- p.216.

⁸⁸ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- p.132.

⁸⁹ HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.**- Paris : Masson.- p.38.

⁹⁰ *Ibidem.* p.45.

ainsi « *participe pleinement à sa santé* ». L'auteur conceptualise le soin⁹¹ non pas qu'en tant qu'acte qui le réduirait au geste technique, mais comme la manière dont ce « *geste prend du sens pour la personne* », et ainsi permet « *d'être aidant pour elle, de contribuer à son bien-être* ». En donnant du sens à l'action, le professionnel opère une différenciation entre « *le corps que le patient est ou corps- sujet [...], et le corps que le patient a ou corps-objet*⁹² », suggérant ainsi le clivage entre le « *care* » et le « *cure* ». En inscrivant le soin dans une relation interpersonnelle, l'auteur décrit le soin infirmier comme un art et « *la pratique de cet art suppose [...] d'approprier, par une démarche singulière, artisanale, des connaissances et d'habiletés, afin qu'elles soient porteuses de sens et aidantes*⁹³ » pour la personne soignée. Ainsi, pour créer cette approche singulière, la démarche de soins renvoie à la « *capacité d'inférence* » du soignant. Le professionnalisme est alors défini comme « *la capacité d'établir des liens entre une multitude d'éléments et d'agir de façon éclairée, subtile et adaptée à chaque situation de vie rencontrée*⁹⁴ ». S'approprier une telle démarche s'inscrit dans une dynamique de « *savoir-devenir* », où « *il convient pour rendre une expérience, parfois longue, riche de connaissances réelles et pas seulement d'habiletés manuelles ou d'habitudes, de marquer un temps d'arrêt pour l'observer, l'analyser, la critiquer, la discuter...*⁹⁵ ».

➤ *De la vulnérabilité à la sollicitude*

La dimension relationnelle des soins soulève les questions de vulnérabilité et de dignité. Le soignant en prenant soin est responsable, garant de reconnaître chez l'autre, le patient, que son état nécessite toute l'attention du professionnel. La vulnérabilité renvoyée par les besoins, la maladie, demande alors considération, respect et dignité. Les différentes approches des soignants reposeront à chaque rencontre ces questions pour prendre soin de la façon la plus adaptée qu'il soit. La vulnérabilité est donc liée à la notion de responsabilité qui incombe au soignant, mais également à l'autonomie relevant du soignant comme du soigné. Le soin apparaît pour Philippe SVANDRA « *comme une action organisée qui va permettre de redonner des capacités à une personne vulnérable [...]*⁹⁶ ».

⁹¹ HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**.- Paris : Masson.- p.62.

⁹² *Ibidem*. p.62.

⁹³ *Ibid*. p.95.

⁹⁴ *Ibid*. p.102.

⁹⁵ *Ibid*. p.109.

⁹⁶ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie**.- Paris : Seli Arslan.- p.147.

Jean-Claude BESANCENEY décrit la sollicitude comme « *ce qui ne peut s'apprendre mais peut s'acquérir* » c'est-à-dire « *les attitudes personnelles, liées à ses propres valeurs, et affinées au contact des réalités* ». C'est une éthique visant « *à être compatissant, à dépasser le légalisme, devenir créatif et apprivoiser l'incertitude comme réalité de la condition humaine*⁹⁷ ».

Pourtant ce souci de l'autre, cette sollicitude soulève la relation humaine dans toute sa réciprocité. Des paroles et des gestes inadaptés, des demandes et des comportements de patients mal interprétés, allant de l'automatisme au désinvestissement par l'exécution de tâches considérées habituelles, suggèrent non seulement la rupture culturelle et historique du dévouement inconditionnel représenté au travers du soignant, mais également « *la traduction du mal-être de certains soignants surchargés de travail, déprimés, peu soutenus dans cette confrontation quotidienne avec la maladie grave et la menace de la mort qui pèse sur leurs patients*⁹⁸ ».

Marie de HENNEZEL décrit ainsi « *des soignants vulnérables*⁹⁹ » par la condition humaine qui les lie au quotidien avec le patient. L'affect et les émotions sont donc convoqués en fonction du soignant, du patient et de la situation de soins. Pour l'auteure, la difficulté dans ce prendre soin et cette sollicitude vient du fait que « *l'altruisme, le don de soi ne sont pas compatibles avec la technicisation des soins* », devenant « *un compromis inextricable entre une certaine idée de soi inatteignable et la réalité, avec son cortège de débordements et de situations non maîtrisables*¹⁰⁰ ». Marie de HENNEZEL relate également l'existence d'infirmières « *relationnelles* », avec une « *prise en charge différenciée*¹⁰¹ » qui les conduit au risque d'être exclues de l'équipe, car renvoient ainsi aux membres du groupe leurs difficultés ou leurs incapacités à prendre soin avec une telle approche, ou dépassent la norme culturelle du soignant fort qui pourrait compatir sans souffrir. Il existe pourtant des différences aussi à l'échelle des services¹⁰² : « *la culture du soin varie considérablement d'un service à l'autre* », entre autre des services « *qui ont une culture forte* » avec « *des modalités de partage dans la restitution de l'information et dans la prise de décision* ».

⁹⁷ BESANCENEY Jean- Claude (dir.) (1996).- **L'éthique et les soignants**.- Paris : Lamarre.- pp.154- 155.

⁹⁸ DE HENNEZEL Marie (2005).- **Le souci de l'autre**.- Paris : Pocket Robert Laffont.- p.52.

⁹⁹ *Ibid.* p.80.

¹⁰⁰ *Ibid.* p.83.

¹⁰¹ *Ibid.* p.90.

¹⁰² *Ibid.* p.160.

➤ ***Une empathie hétérogène ?***

Les différentes approches soignantes sont également décrites par Anne Vega¹⁰³ lors de son immersion au sein d'un service de soins. Les soignants de la « *salle* » interprètent le comportement de leurs collègues, des patients et confient leur propre mode de pensée sur leurs pratiques. Les dysfonctionnements, les conflits et le rythme saccadé de leur quotidien est analysé par l'ethnologue, qui découvre derrière l'hétérogénéité des approches (infirmière qui se déclare technicienne ou relationnelle) la complexité de la relation au patient, expliquant que « *les toilettes, la distribution des repas sont autant de soins peu valorisés en ce qu'ils exposent directement les professionnels aux émotions et aux épisodes douloureux vécus par les patients* ¹⁰⁴ ». L'ethnologue de ces observations conclue que « *les blouses blanches se différencient bel et bien en fonction de leur empathie à l'égard des malades* ¹⁰⁵ ». Il semble d'autant plus difficile au quotidien pour les soignants d'exposer ces souffrances, ou d'y répondre si elles sont relatées par un membre de l'équipe. ANNE VEGA retranscrit un dialogue illustrant ces attitudes, entre une aide-soignante et une infirmière¹⁰⁶ : « *Au fait je trouve que le n°5 a le moral à zéro. Il n'arrête pas de pleurer.* » L'infirmière lui répond alors « *ce sont des choses qui arrivent* ». Puis, alors que l'aide-soignante exprimera à une autre collègue la « *pitié* » qu'elle ressent, l'infirmière conclura que « *les aides-soignantes se sentent trop responsables des malades* ».

➤ ***Le soin comme devoir, obligation***¹⁰⁷

Philippe SVANDRA situe le soin comme « *d'abord une relation interindividuelle de nature singulière* ». Ainsi, « *cette attention particulière à l'autre souffrant, nous pousse intuitivement à agir, ne se négocie pas* », et inscrit les notions de devoir et d'obligation au regard du contexte règlementaire régissant la profession infirmière. Philippe SVANDRA rappelle ainsi que le soin relève du non jugement personnel et moral, « *sens premier d'un engagement soignant éthique* ».

¹⁰³ VEGA Anne (2000).- **Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier**.- Paris : Editions des archives contemporaines.- 212p.

¹⁰⁴ *Ididem*. p.82.

¹⁰⁵ *Ibid*. p.76.

¹⁰⁶ *Ibid*. p.76.

¹⁰⁷ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

2.5 LA RECIPROCITE : LE LIEN D'HUMANITE PAR L'ALTERITE

La relation soignant-soigné induit donc de concevoir les soins dans une perspective de soi à soi et de soi à l'autre. Au travers de la réciprocité, les soins agissent comme pourvoyeurs de bien-être mais aussi comme une nouvelle épreuve, à chaque rencontre, de la limite du don de soi et de la distance thérapeutique bienveillante nécessaire à la préservation clairvoyante des notions de respect, de liberté et de dignité. Philippe SVANDRA¹⁰⁸ qualifie ainsi le soin comme « *un don* », car « *s'adressant à la vie* », et qui prend tout son sens dans « *l'intentionnalité* ». L'auteur met ainsi en exergue la question morale des moyens et des fins, s'opposant ainsi à une vision utilitariste possible en prolongement du conséquentialisme. C'est donc l'intention qui donnera au soin un caractère donateur, distinguant ainsi « *afin de* » et « *en raison de*¹⁰⁹ ». La réciprocité dans la relation soignant-soigné relève d'un échange social de « *don* » « *contre-don*¹¹⁰ », et renvoie ainsi au concept d'altérité ainsi qu'à la notion de reconnaissance qui se situe sur l'acte de don ou au travers d'un retour attendu qui annihilerait le caractère du don¹¹¹. C'est cette réciprocité bâtie dans une relation de confiance censée guider quotidiennement notre agir, notre pensée, notre parole dans la visée éthique de la « *vie bonne avec et pour autrui*¹¹² ».

Les soins nécessitent d'être envisagés au travers des interrogations qu'ils suscitent par leur identité, et cette « *identité ne peut se concevoir que par rapport à l'altérité*¹¹³ », car c'est ainsi « *leur reconnaître des caractéristiques permanentes qui auront à s'ajuster dans des situations changeantes*¹¹⁴ ».

L'altérité fait référence à « autrui ». Selon le Larousse 2012¹¹⁵, « Autrui » signifie : « *Toute personne autre que soi, l'ensemble des hommes, en dehors de soi-même* », et l'« *altérité* » : « *Caractère de ce qui est autre, différence* ». L'altérité est également définie en philosophie¹¹⁶ au travers d'« Autrui » comme « *Un autre, les autres* ».

¹⁰⁸ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- pp.75-76.

¹⁰⁹ ARENDT Hannah ARENDT Hannah (1983).- **Condition de l'homme moderne.**- Paris : Calmann-Lévy.- p.207.- (Collection Pocket-agera).

¹¹⁰ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- p.84.

¹¹¹ *Ibidem.* p.88.

¹¹² RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre.**- Paris : Edition du Seuil.- p.202.

¹¹³ COLLIERE Marie-Françoise (1982).- **Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.**- Paris : Masson.- p.239.

¹¹⁴ *Ibid.* p.240.

¹¹⁵ DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2012 (2011).- Edition limitée.- Paris : Larousse.

¹¹⁶ DICTIONNAIRE de Philosophie.- [consulté le 21/03/12].- <<http://la-philosophie.com/autrui-definition-philosophique>>.

hommes, le prochain ». En psychologie sociale « l'Autre » peut signifier « le semblable, l'autrui, l'étranger, le lointain, voire le déviant ou la minorité¹¹⁷ ».

2.5.1 Soi-même et l'Autre

Pour Paul RICOEUR¹¹⁸, chaque individu possède une identité propre, ou « *mêmeté* », juxtaposée à une ipséité, cette dernière relevant du soi. Passer du « je » (même) au « soi » (idem) permet une ouverture à l'altérité, pour devenir alors « *soi-même comme un autre* ». Ainsi, « *soi-même* » serait « *l'autre* » constituant l'identité propre. C'est la valeur de « *l'universalité* » projetée dans « *la pluralité* » qui est « *source de la norme sociale*¹¹⁹ ». Cette approche est liée au souci d'autrui, l'altérité constituant ainsi « *l'ipséité* », c'est à dire « *soi-même en tant qu'autre* ». Le souci de l'autre permet ainsi de s'ouvrir à l'altérité mais suggère une distanciation en se questionnant sur qui « je suis », avec ses valeurs. Le rapport à moi-même, à soi et à l'Autre soutend une signification de l'ordre de la morale¹²⁰, où « *la promesse* », l'intention face à l'altérité relève de « *l'obligation de se maintenir soi-même* » afin de « *répondre à une attente [...], voire à une requête venue d'autrui* ».

Paul RICOEUR évoque ainsi l'altérité par la notion d'engagement. Cette « *promesse*¹²¹ » renvoie alors au « *principe de réciprocité fondé dans la sollicitude* », et « *la sagesse pratique consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle* ». C'est cette sollicitude qui, « *soucieuse de l'altérité des personnes [...] que le respect renvoie* », lorsqu' « *il est lui-même source de conflits*¹²² ».

¹¹⁷ Marchand Gilles, **L'Autre. Regards psychosociaux**, [consulté le 21/03/12].-

< http://www.scienceshumaines.com/l-autre-regards-psychosociaux_fr_5020.html/>.

¹¹⁸ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- 424p.

¹¹⁹ Marchand Gilles, **L'Autre. Regards psychosociaux**, [consulté le 21/03/12].-

< http://www.scienceshumaines.com/l-autre-regards-psychosociaux_fr_5020.html/>.

¹²⁰ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- p.311.

¹²¹ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- p.312.

¹²² *Ibid.* p.318.

2.5.2 L'intersubjectivité

Le philosophe Emmanuel LEVINAS inscrit le concept d'altérité¹²³ dans « *l'intersubjectivité* » de la rencontre, un « *face à face* » avec le « *visage* » d'autrui, car « *lorsque la relation intersubjective est présentée comme une relation spéculaire où chaque sujet se trouve face à la liberté de l'autre, l'altérité est encore pensée à partir de l'identité du moi* ». L'auteur voit dans cette relation entre le sujet et l'autre « *un rapport dissymétrique* », où le « *moi ne se met pas en question, il est mis en question par l'autre*¹²⁴ ». Ce phénomène du moi le « *porte aux limites de lui-même* », mais c'est justement cette « *subjectivité humaine* » qui induit le sujet « *comme responsable de l'autre et devant l'autre*¹²⁵ ». Emmanuel LEVINAS n'y voit pas seulement une dimension coercitive, car « *sa présence peut-être rencontre et amitié et, par-là, l'humain tranche sur une autre réalité*¹²⁶ ». En évoquant des conflits politico-religieux, le philosophe décrit l'altérité comme « *non pas l'élan spontané et facile, mais le dur travail sur soi : aller vers l'Autre [...] dans la contradiction radicale de son altérité [...]*¹²⁷ ».

Les concepts du soin et de l'altérité révèlent l'engagement soignant et la complexité avec laquelle il est envisagé et ressenti dans la relation à l'autre. Le cadre de santé est à la fois impliqué dans ces interactions, mais opère également une distanciation pour garantir la qualité et la sécurité des soins et veiller à la cohérence des pratiques professionnelles, au travers des approches soignantes individuelles et collectives. Afin d'accompagner l'équipe dans cette dynamique, il semble intéressant de questionner le positionnement du cadre et son rôle. En effet, comment le cadre peut-il s'inscrire dans ce que Paul RICOEUR nomme la « *sagesse pratique* » ? Comment peut-il accompagner les soignants au travers des questionnements que peuvent susciter les soins et la relation à l'autre ? Ceci m'amène à considérer la prise en compte dans les pratiques managériales de l'éthique soignante comme potentiel de réflexivité et de cohésion.

¹²³ LEVINAS Emmanuel (2006).- **Altérité et transcendance**.- préface de Pierre HAYAT.- Edition 03.- Paris : Librairie Générale Française.- p.12.

¹²⁴ *Ibidem*. p.13.

¹²⁵ *Ibid*. p.14.

¹²⁶ LEVINAS Emmanuel (2006).- **Altérité et transcendance**.- Edition 03.- Paris : Librairie Générale Française.- p72.- (collection le livre de poche).

¹²⁷ *Ibid*. chapitre 2, *philosophie du dialogue et philosophie première*, p.101.

2.6 LE CONCEPT DE REFLEXIVITE

La réflexivité est définie ¹²⁸comme une propriété caractérisant une relation réflexive. Elle est liée à la réflexion qui représente l'« *action de réfléchir, d'arrêter sa pensée sur quelque chose pour l'examiner en détail* ». En ce qui concerne l'adjectif « réflexif ¹²⁹», il « *se dit, en philosophie, de la conscience qui se prend elle-même pour objet* ».

2.6.1 La distanciation pour une objectivation critique

Une des théories concernant la réflexivité est que « *postuler la réflexivité limitée consiste à reconnaître aux agents la capacité, activée sous certaines conditions (première limitation), à déconstruire les règles et interroger leurs croyances, sans jamais s'en affranchir complètement (seconde limitation). La théorie de la réflexivité limitée traite autant des relations justifiées que des rapports de force¹³⁰* ».

Pierre Bourdieu a ainsi opposé une logique de pratique, c'est-à-dire l'individu dans l'action, et la logique théorique par l'extériorisation de l'observation. L'habitus renvoie à des « *régularités de comportement sans les concevoir comme le résultat d'un calcul systématique de stratégie optimale, ni de l'application mécanique d'une règle préétablie, ni même de l'interprétation délibérée d'une règle¹³¹* ». L'action spontanée est non conscientisée, de par son caractère empirique, et non théorique car issue du « *champ* » structurant « *l'habitus* ».

2.6.2 La démarche réflexive et l'agir professionnel

La réflexivité en sciences humaines¹³² se définit ainsi : « *renvoyant au reflet, au réflexe ou à la réflexion de la pensée, le préfixe «re-» de la notion polysémique de la «réflexivité» indique toujours, d'une façon ou d'une autre, un retour du sujet sur l'objet par lequel le sujet se tourne vers ses propres opérations pour les soumettre à une analyse critique* ».

¹²⁸ Dictionnaire Le Larousse.-[consulté 23/03/12].-< <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/REFLEXION>>.

¹²⁹ Ibidem. < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/REFLEXIF>>.

¹³⁰ BESSIS Franck, *La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Économie des conventions et la Théorie de la Régulation*, Cahiers d'économie Politique, n° 54, 2008/1, pp.27-56.- [consulté le 23/03/12].-< <http://www.cairn.info/revue-cahiers-d-economie-politique-2008-1-page-27.htm>>.

¹³¹ Idem.

¹³² Dictionnaire des Sciences Humaines.- [consulté le 23/03/12].-< http://www.puf.com/wiki/Dictionnaire:Dictionnaire_des_sciences_humaines/R%C3%89FLEXIVIT%C3%89_ET_MODERNIT%C3%89>.

Donald Alan SCHÖN¹³³ a permis une approche épistémologique de la pratique professionnelle et de la réflexion émanant des savoirs, notamment « *la découverte étape par étape de la situation, la prise en compte des particularités du problème avant de lui trouver une solution* », en utilisant avec discernement le savoir tacite et les compétences, afin de prouver que la réflexion permet au professionnel de développer et d'étendre les savoirs inhérents à son champ de pratiques. Il s'agit de la méthode du praticien réflexif sur l'action, qui « *est constante dans ceux qui confrontent à des situations singulières, des cas difficiles, des dilemmes, des problèmes nouveaux* », et qui est constituée par « *la réflexion avant, durant et après l'action, la régulation de la conduite en temps réel, l'anticipation des situations ou leur analyse dans l'après-coup* ».

Donald Alan SCHÖN¹³⁴ explique donc « *le processus d'apprentissage à partir de l'expérience en permettant une prise de recul du praticien sur ses pratiques et une explicitation des fondements de ses actes* ». Ainsi, « *le praticien adopte ainsi une posture d'extériorité en mettant à distance sa situation de travail. Il se donne la possibilité de la questionner, de l'analyser, de l'alimenter en explicitant d'une part, ses propres savoirs implicites et en prenant appui, d'autre part, sur des savoirs formalisés par ailleurs* ».

L'agir professionnel¹³⁵ est implicite et il est donc complexe de pouvoir l'envisager « *conscientisé et objectivé* », la posture de distanciation étant « *rendue possible par une démarche délibérée de recherche que le praticien réflexif apprend à développer. La réflexivité se décompose en deux mouvements complémentaires s'alimentant l'un l'autre, et contribuant à leur enrichissement et leur capitalisation mutuels : la réflexion en cours* ».

¹³³ Résumé fiche de lecture de Donald Alan SCHON (1994).- **Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel.**- Montréal : Les Éditions Logiques.-[consulté le 23/03/12].- <<http://societe-et-moeurs.oboulo.com/donald-alan-schon-praticien-reflexif-recherche-savoir-cache-agir-professionnel-66384.html>>.

¹³⁴ BIEMAR Sandrine, DEJEAN Karine, DONNAY Jean, **Un dispositif de formation universitaire pour des enseignants centré sur la co-construction de savoirs et le développement mutuel des chercheurs et des praticiens**, [consulté le 23/03/12].-<<http://tice.det.fundp.ac.be/spip/IMG/doc/Calais-partie-SB-KD-vfF1.doc>>.

¹³⁵ DROZ Jean-Paul, **Le développement des compétences dans un dispositif hybride de formation, selon les approches praxéologique et située des compétences**, Université de Rouen.- Master 2 sciences de l'éducation, ingénierie et conseil en formation 2008, [consulté le 23/03/12].- <http://www.memoireonline.com/02/09/2009/m_Le-developpement-des-competences-dans-un-dispositif-hybride-de-formation-selon-les-approches-praxeo5.html>.

d'action et la réflexion sur l'action ». Donald Alan SCHÖN¹³⁶ établit ainsi qu'aucune action ne pouvait être « *une action impensée, produit d'un pur automatisme* ». L'individu effectue « *un jugement professionnel* » qui lui permet de prendre une décision résultant d'une réflexion. Les savoirs pour l'auteur « *sont souvent implicites, tacites* » et « *cachés dans l'agir* », « *mais ils ne sont pas nécessairement partagés ou verbalisés au sein de la profession* ». Le philosophe fait ici référence à l'expérience et à la réflexion qui se porte sur l'action après l'action pour être réemployée avant une prochaine action.

2.6.3 Du raisonnement clinique au questionnement professionnel

Le raisonnement clinique est constitué de l'observation et de la perception permettant l'évaluation du professionnel au regard de la situation de soins. Une démarche inductive et déductive en corrélation avec l'inférence des savoirs permet ensuite d'entrer en posture réflexive. La réflexivité dans la pratique professionnelle induit le questionnement du professionnel, par un « *processus de métacognition*¹³⁷ ».

Cette démarche individuelle pour Thérèse PSIUK¹³⁸ fait ensuite l'objet d'un « *partage* » pour un « *projet de soins collectif* », sur la base d'une « *collaboration riche et féconde* ». Cette collaboration induit une démarche collective, ouvrant sur la notion de participation de différents acteurs pour une réflexion commune autour du projet de soins du patient.

2.6.4 Le cadre accompagnateur entre éthique et réflexivité

L'accompagnement d'une équipe, selon soignante Pascale CHRISTOPHANI¹³⁹, requiert pour le cadre de santé de s'interroger sur « *le sens et l'éthique de la multiplicité des figures qu'il revêt sur les terrains professionnels* ». Le cadre abordant cette complexité se réfère à Maela PAUL qui a déterminé « *trois modèles traditionnels : l'initiatique, le maïeutique et le thérapeutique* ». Pour le modèle initiatique, le cadre en accompagnateur « *visé le changement intérieur de la personne à travers la relation et cette*

¹³⁶ PERRENOUD Philippe, **Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation**, *Cahiers Pédagogiques*, n° 390, janvier 2001, pp.42-45.[consulté le 23/03/12] .-<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html>.

¹³⁷ PSIUK Thérèse, **Du raisonnement clinique à la pratique infirmière**, fiche 9/10, *Soins*, n° 750, Novembre 2010, pp.17-18.

¹³⁸ PSIUK Thérèse, **Du raisonnement clinique à la pratique infirmière**, fiche 10/10, *Soins*, n° 751, Décembre 2010, pp.19-20.

¹³⁹ CRISTOPHANI Pascale, **Valoriser l'art soignant dans un contexte d'efficience : un enjeu majeur pour le cadre de santé en gériatrie**, samedi 19 juin 2010, [consulté le 23/03/12].-<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article418>>.

transformation permet l'accès à l'autonomie, à la maturation et à l'intégration dans une communauté ». Pour le modèle maïeutique, « *l'initiateur aide à naître à la connaissance de soi et il est le médiateur de ce processus chez l'initié* », par « *un partage de l'expérience* » et permet « *de développer chez l'autre la capacité à se découvrir lui-même* ». Quant au modèle thérapeutique, il se transpose telle une situation où il est question de « *restaurer un équilibre* » en incitant à « *développer de l'énergie pour y parvenir* ».

Pascale CHRISTOPHANI décrit ces modèles selon deux axes : « *Le premier se réfère à la tradition et se comprend comme un ensemble de règles qui régissent les comportements des individus dans un groupe social tendant à des valeurs universelles d'humanité* » et « *le deuxième prône un discours autour de l'acquisition de l'autonomie par le sujet à travers des expériences* ». Le cadre accompagne ainsi le professionnel dans « *l'improvisation autour de situations particulières* », « *en se servant de sa propre expérience* ». Ainsi, par « *un travail de proximité quotidienne, le cadre peut contribuer à développer une posture réflexive chez les soignants* » et « *participe aussi au bien-être des soignants qui, dans cette démarche, peuvent continuer à exercer leur profession au plus près de leur idéal soignant* ».

2.6.5 La réflexivité et l'éthique pour une équipe soignante

Michel Vial¹⁴⁰ évoque la distanciation par « *la pragmatique ou pensée par projets* », « *conscience de l'évolution de ses références dans l'agir professionnel* ». Ainsi, « *le travail sur les valeurs consiste à les « dénaturer » et conduit à la prise de conscience que ce n'est pas le fait d'être différents qui nous octroie mille possibilités de différences. On peut travailler le pluriel qui nous constitue [...]* » parce qu'il donne différents « *angles de prise de vue pour tenir dans la professionnalité* ». Ce travail permet de « *développer un questionnement éthique* », dans « *l'ouverture des possibles* ».

Cette extériorité¹⁴¹, la distanciation possible pouvant relever de la réflexivité, est évoquée en référence à une posture devant « *la pluralité des ensembles de croyances* », et « *la possibilité de mettre en œuvre la critique dépend [...] de la possibilité d'avoir accès à une extériorité depuis laquelle il est possible de se désengager de la situation présente* ».

¹⁴⁰ VIAL Michel, **Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser**, in : *Soins cadres*, n°53, février 2005, p.30.

¹⁴¹ BESSIS Franck, **La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Économie des conventions et la Théorie de la Régulation**, in : *Cahiers d'économie Politique*, n° 54, 2008/1, pp.27-56. [Consulté le 23/03/12].-< <http://www.cairn.info/revue-cahiers-d-economie-politique-2008-1-page-27.htm>>.

pour porter sur elle des jugements ». L'extériorité permet ainsi une mise à distance avec les croyances et les jugements emprunts de subjectivités multiples.

Cette distanciation peut permettre au soignant de s'inscrire¹⁴² « *dans un projet collectif en tant qu'acteur légitime, c'est à dire qu'il puisse mobiliser ses compétences* », par une « *présence réelle entière* » et « *avec une distance suffisamment bonne pour reconnaître la singularité de la demande* » (de soins). Le cadre de santé peut accompagner une démarche éthique dans « *son rôle d'initiateur de la dimension créatrice de la pratique des professionnels* », où le respect passe par le « *souci d'autrui* » comme un « *engagement éclairé vis-à-vis de l'autre* ».

Ainsi, entre singularité et collectif, entre sollicitude et réflexivité, « *cette éthique clinique doit-elle s'appuyer conjointement sur un savoir et sur l'expérience professionnelle pour constituer in fine une éthique téléologique (qui vise le bien) mais aussi de générosité, de tolérance et de responsabilité interpellant la raison plus que les émotions*¹⁴³ ».

Le cheminement de départ se clarifie au travers des concepts précisés jusque-là, la réflexion délimitant ainsi la recherche sur un paradoxe, auquel le cadre de santé est confronté au cours de son accompagnement auprès des équipes soignantes.

2.7 DU CADRE CONCEPTUEL A LA QUESTION DE RECHERCHE

Légitimer la place et le rôle du cadre de santé au sein des approches soignantes revient ainsi à se questionner sur la dynamique complexe dans laquelle il s'inscrit, au travers de son management, à savoir à la fois reconnaître l'implication singulière de l'individu, et permettre de préserver une dynamique collective constructive. Le travail de recherche s'ouvre ainsi sur l'étude de la question suivante :

En quoi le cadre de santé favorise-t-il la cohésion d'équipe tout en valorisant l'engagement individuel professionnel infirmier au sein de la pluralité des approches soignantes?

¹⁴² GRAVELEAU Marie-Thérèse, **Le souci d'autrui : une responsabilité éthique**, avril 2009, Espace éthique APHP, [Consulté le 23/03/12].-<http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=346>.

¹⁴³ SAUVIGNET Jacques, **Une éthique infirmière**, mercredi 30 janvier 2008, [consulté le 23/03/12].-<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article371>>.

3 L'ENQUETE

Au regard de la question de recherche, et afin de tenter d'y répondre, l'enquête permettra de croiser le cadre théorique et un cadre empirique, celui des professionnels de terrain. Afin de comprendre la démarche suivie, il convient d'explicitier la construction de cette étape de la recherche. La méthodologie sera donc tout d'abord exposée, pour comprendre les choix de l'outil d'enquête, le recueil de données, et le choix de la population enquêtée. Ensuite les éléments obtenus seront présentés au travers de leur traitement et de leur analyse, suivis des limites et des difficultés rencontrées lors de l'enquête. Enfin, la question de recherche sera considérée au regard des résultats de cette dernière.

3.1 LA METHODOLOGIE

Les choix stratégiques pour poursuivre la recherche s'expliquent par l'objectif de rester en cohérence avec les concepts abordés dans le cadre théorique et la question de recherche révélant une approche essentiellement psychosociologique.

3.1.1 Le choix de la méthode

Le cadre théorique évoquant l'équipe soignante et le cadre de santé, il est tout d'abord apparu qu'il convenait de rencontrer les deux populations. Pourtant, les concepts ouvrent sur une dimension psycho-affective et subjective, celle-ci risquant d'éloigner de l'objet de la recherche. Il était également nécessaire d'aborder l'approche individuelle et collective, et de confronter les pratiques managériales qui devaient être explicitées, qu'elles soient formalisées ou non. La méthode de l'entretien semblait permettre une rencontre à l'image de la thématique évoquée au sein du cadre conceptuel. Cette méthode permettrait d'éviter de sortir du champ de la recherche, et de pouvoir réorienter si besoin vers des précisions enrichissantes concernant les éléments questionnés.

3.1.2 Le choix des professionnels

Des échanges avec ma directrice de mémoire se sont déroulés pour déterminer si les infirmiers et les cadres de santé devaient être interrogés en parallèle. La question de recherche portant sur les pratiques managériales au regard des approches soignantes, et prenant en compte la portée subjective des concepts et des représentations évoquées dans le cadre théorique, j'ai choisi de réaliser les entretiens auprès de 5 cadres de santé.

J'ai tout d'abord catégorisé les cadres interrogés selon une typologie de service dans lequel ils exerçaient, à savoir type MCO¹⁴⁴ et SSR¹⁴⁵. Je recherchais également à rencontrer des cadres de santé présentant une diversité d'expériences professionnelles et d'ancienneté dans la filière infirmière ainsi que dans la fonction cadre de santé. L'hétérogénéité des statuts des établissements où les cadres de santé exerçaient était aussi ciblée, à savoir dans un établissement public de santé, un établissement de santé privé d'intérêt collectif et un établissement privé. Ces critères permettent de connaître les pratiques de cadres de santé de proximité selon des services offrant une grande diversité de soins mais avec peu de risque de rencontrer une culture communautaire ou une prise en charge spécifique (type bloc opératoire, réanimation...), encadrant des équipes soignantes de taille modérée et composées de 10 à 20 soignants, et dans des établissements de proximité.

3.1.3 Le recueil de données

La préparation des entretiens a fait l'objet de la construction d'une grille d'entretien¹⁴⁶. J'ai échangé avec ma directrice de mémoire afin d'élaborer un outil favorisant le traitement des données et la conduite de l'entretien. Ainsi j'ai construit un guide d'entretien semi directif, avec des questions de relance. Chaque question rappelait ainsi sous forme de tableau l'objectif recherché pour chaque axe abordé. Les questions ainsi élaborées favorisaient les échanges et permettaient de pouvoir réinterroger sous forme de relance en fonction de l'atteinte des objectifs correspondants, dans le but d'enrichir les notions abordées en suivant la progression et l'approfondissement de thématiques du guide.

Devant les critères de catégorisation choisis, j'ai rencontré des cadres de santé qui ont pu être des personnes ressources, pour m'orienter vers les cadres de santé correspondant à la délimitation du champ de l'enquête. J'ai pris un premier contact par téléphone avec tous, en exposant le thème de la recherche, et j'ai obtenu des rendez-vous sans difficulté.

Pour la réalisation effective de l'enquête, j'ai pu bénéficier de l'accord de tous les cadres de santé pour l'enregistrement sur dictaphone des entretiens, qui ont duré 1h30 pour

¹⁴⁴ Lire partout : Médecine-Chirurgie-Obstétrique.

¹⁴⁵ Lire partout : Soins de Suite et de Réadaptation.

¹⁴⁶ Cf. Annexe 1 : Grille d'entretien.

l'un, et 45 minutes à 1 heure pour les quatre autres. Tous se sont déroulés dans des lieux calmes, et sans interruption.

3.2 LE TRAITEMENT DES DONNEES

Les entretiens réalisés ont fait l'objet d'une retranscription intégrale¹⁴⁷. La retranscription s'est effectuée selon les questions semi-directives du guide d'entretien. Un premier traitement des données sera présenté selon les 5 axes de la grille, au sein desquels les éléments de réponses ont été classés selon les congruences ou les divergences mises en avant par les acteurs interrogés.

Chaque cadre sera numéroté de 1 à 5, et citer selon la pertinence des réponses qui seront les plus représentatives des thématiques abordées. Ce premier traitement des données fera ensuite l'objet d'une analyse croisée avec le cadre conceptuel de départ, pour permettre d'envisager à nouveau la question de recherche et tenter d'y apporter des réponses.

➤ La première question « *Quel est votre parcours professionnel ?* » permettait de récolter des données à traiter en transversalité au regard des thématiques abordées au cours des entretiens, ce croisement pouvant ainsi amener des éléments pertinents dans le cadre de l'analyse¹⁴⁸.

Les réponses révèlent que tous les cadres ont une expérience infirmière supérieure ou égale à 10 ans. Les cadres n°1, 3, 4 et 5 ont exercé en MCO et SSR. Le cadre de santé n°2 cependant décrit une carrière de 30 ans en bloc opératoire et n'a donc pas d'expérience en tant qu'infirmière dans un service type MCO où elle exerce actuellement en tant que cadre de santé. Les cadres de santé n°1, 2, 3, et 4 ont une expérience en tant que cadres de santé comprise entre 2 et 4 ans, le cadre n°2 précisant qu'elle « *n'a pas assez de recul* » pour expliquer son environnement et le cadre n°1 décrivant que c'était « *trop précoce* » par rapport à sa pratique managériale, lors des entretiens. En revanche le cadre de santé n°5 exerce cette fonction depuis 10 ans, avec une expérience antérieure relative à des missions d'encadrement.

¹⁴⁷ Cf. Annexe 2 : Retranscription de l'entretien avec le cadre de santé n°1.

¹⁴⁸ Cf. Annexe 3 : Tableau récapitulatif des parcours professionnels des cadres de santé interrogés.

➤ A la question « *Quel sens donnez-vous au prendre soin dans le cadre des soins infirmiers ?* » :

Les cadres de santé n°1, 3, 4, 5 ont tous répondu d'emblée à cette question. Le cadre n°2 semble avoir été mis en difficulté par la notion abordée, exprimant après un long silence et après ma question de relance que ce n'était « *pas facile de répondre* », évoquant sa longue expérience en bloc opératoire « *pendant 30 ans* » auprès « *des gens endormis* », au sein « *du bloc qui est une communauté* ».

Tous les cadres ont évoqué comme l'a signifié le cadre n°1 une « *prise en charge globale du patient* », et, « *pour un but commun et unique* ». Le cadre n°1 est le seul ayant précisé que la prise en charge devait être « *interdisciplinaire* ». Cette prise en charge globale suggère la notion de parcours de vie pour le cadre n°2, par la prise en compte « *de son passé* » et de « *son devenir* ». Tous les cadres ont mentionné la nécessité de lier le prendre soin avec l'organisation et la coordination du parcours de soins du patient, comme l'a signifié le cadre n°2 : « *de l'arrivée* » au « *départ* » du patient, « *il faut que l'accueil se passe bien, le déroulement aussi bien sûr, mais aussi la sortie extrêmement bien gérée* ».

La notion de « *bien-être* » est énoncée par le cadre n°5, retrouvée dans les propos des cadres n°1, 3, et 4. Tous s'accordent sur la recherche de « *confort* », terme cité et suggéré par tous, notamment au travers de recherche « *des besoins du patient* », comme l'a expliqué le cadre n°3.

La dimension relationnelle du soin et l'empathie sont décrites par les cadres n°1, 3, 4 et 5. Le cadre n°3 a décrit la nécessaire prise en compte du patient dans « *ce qu'il ressent* », « *ce qu'il attend du soignant* », et le « *besoin d'être accompagné* », et le cadre n°4 a confié : « *je me suis toujours mise à la place du patient* ». La sollicitude est suggérée par tous sauf le cadre n°2, qui a ensuite nuancé par rapport à son expérience d'infirmière au bloc en disant « *les patients se raccrochaient quand même à nous [...] c'était intense ce lien, bref, mais fusionnel* ». Ainsi le cadre n°1 présente dès le début de l'entretien le prendre soin par « *on va se soucier du patient* », et le cadre n°5 décrit au sujet de la prise en charge des patients: « *je cherche les détails qui peuvent gêner ou qu'ils apprécient* », le prendre soin étant pour les patients « *du relationnel surtout, les écouter, communiquer, s'adapter au patient, faire en sorte qu'il soit bien* ».

La dimension du soin relatif à la maladie est énoncée par 3 cadres sur 5. Le cadre n°1 ainsi dès le début de l'entretien a exprimé « *on va se soucier du patient, de la*

maladie pour laquelle il est rentré chez nous ». Le prendre soin au travers de la maladie motivant l'hospitalisation du patient est en revanche tempéré par les cadres l'ayant évoqué, car ils le représentent comme une partie de la prise en charge, comme le cadre n°2 lorsqu'il a expliqué : « *le prendre soin ce n'est pas seulement lui offrir des soins médicaux adaptés* ».

Le prendre soin relatif aux soins techniques est évoqué par 2 cadres sur 5. Le cadre n°2 a relié cette dimension du soin en faisant référence à son expérience en bloc opératoire, au début de l'entretien, lors de sa difficulté à expliquer sa conception du prendre soin, évoquant « *la technique* », « *le matériel* », « *la traçabilité* », « *l'hygiène* » et « *la sécurité* ». Le cadre n°3 a décrit cet aspect du prendre soin par « *un bon équilibre entre le relationnel et la technique* ».

La conception du prendre soin a également été évoqué par 3 cadres sur 5 vis-à-vis de la relation du cadre envers l'équipe. Le cadre n°5 d'emblée m'a questionnée sur les acteurs pouvant bénéficier du prendre soin, pour finalement englober les patients comme les soignants dans ses représentations, précisant « *c'est de tous en fait ! Les équipes je les coucoune* ». Ainsi les 3 cadres ont mentionné aussi le prendre soin des équipes soignantes, dans un but de « *bien-être* » clairement annoncé par le cadre n°5, pour que, dit-il, « *tous soient bien dans leur travail* ».

Les valeurs des cadres de santé au regard de leur conception du prendre soin ont été évoquées lors de cette première question. Ainsi, 3 cadres ont exprimé ou suggéré les valeurs sur lesquelles se fondent le prendre soin : le cadre n°1 a exprimé une approche complémentaire, collective et participative par « *l'interdisciplinarité* », ouvrant le prendre soin à « *un échange actif entre les personnes* », « *c'est faire ensemble* », « *pour une mise en commun pour un but unique* ». Cette approche collective et participative est reprise par le cadre n°4, évoquant le prendre soin au travers de « *la décision de tous* », et précisant également fonder sa conception sur « *la rigueur, l'implication* ». Le cadre n°5 a rapidement annoncé dès le début de l'entretien au sujet du prendre soin des soignants « *c'est ma valeur- une priorité- c'est le travail !* ».

➤ La seconde question « *votre conception vous semble-t-elle proche des pratiques professionnelles des équipes soignantes ?* » a fait l'objet d'une relance systématique « *pourquoi ?* » et « *intervenez-vous ?* »:

3 cadres de santé sur 5 ont pu répondre positivement à cette question : les cadres n°3, n°4 et le cadre n°5. Le cadre n°3 a nuancé en expliquant les pratiques de certaines infirmières ancrées dans la dimension relationnelle comme proche de celles de son expérience infirmière, mais cependant pense que sa conception a changé par rapport à la fonction d'encadrement, argumentant par le fait que « *les infirmières qui sont surtout dans la technique sont aussi appréciées par les clients, ils ont confiance, c'est ça qui compte aussi* ». Le cadre n°4 a affirmé d'emblée ne pas avoir modifié sa conception du prendre soin, en répondant : « *non, non ! C'est pareil !* », et le cadre n°5 a répondu : « *non, j'étais déjà sur les mêmes idées* ».

En revanche, le cadre n°1 a immédiatement confirmé le changement de conception par rapport à son expérience infirmière, liée dit-elle « *au mémoire que j'ai fait* », « *ma formation cadre et le retour ici à ma prise de poste* ». Le cadre n°2 a éprouvé des difficultés pour répondre, comparant le prendre soin en bloc opératoire ciblé « *plus sur l'intervention* », et qui « *maintenant en médecine [...] a pris une autre dimension* », et exprimant par des rires et sans finir sa phrase, comme une limite à préciser sa réflexion, par « *ce n'est pas facile de répondre à cette question ! C'est vrai qu'en plus pour moi avec mon expérience au bloc...* ».

Cependant, tous les cadres de santé ont évoqués leur positionnement vis-à-vis de l'équipe, induit par ma question concernant leur intervention inhérente à l'adéquation ou non de leur conception du prendre soin avec les pratiques soignantes. Pour expliquer l'absence ou la présence d'un écart entre la conception des soins du cadre de santé et les pratiques professionnelles des soignants, les valeurs des cadres ont pu être exprimées pour 4 d'entre eux. Le cadre n°1 a de nouveau évoqué « *l'interdisciplinarité* » et l'approche collective, pour décider d'une démarche commune, et a illustré une de ses interventions pour atteindre cette finalité, lorsqu' « *une aide-soignante était complètement en décalage avec ce qu'on voulait faire pour le patient, elle avait mal compris, j'ai dû la voir après discrètement* ». Le cadre n°3 a expliqué qu'elle les « *laisse agir comme elles le sentent* », et partir « *du principe que le respect est primordiale, et que les soins doivent être faits selon les bonnes pratiques* ». Le cadre n°4 a insisté au sujet de ses interventions auprès des

soignants, basées semble-t-il sur le principe de délégation, en précisant : « *je leur confie des missions, pour renforcer leur implication dans leur fonction* », et le cadre n°5 a précisé qu'en cas de « *manque de rigueur et de professionnalisme, je fais un entretien avec l'agent, ça, ça ne passe pas, [...], je corrige le plus vite possible* ». Les approches professionnelles individuelles et collectives font donc l'objet d'intervention de la part du cadre de santé, en lien avec ses valeurs et sa conception du prendre soin.

L'intervention des cadres au sujet des pratiques soignantes a également induit des éléments de réponses concernant la relation cadre-soignant, fondée sur les valeurs et les expériences individuelles professionnelles, au travers de la représentation de leur rôle dans la prise en charge du patient.

Le cadre n°1 s'est représenté comme agent de lien opérant une relation de proximité et de distanciation, par « *le fait de pouvoir se dégager puisqu'on n'est plus tout à fait dans l'équipe et on doit y être tout en leur laissant leur autonomie* », semblant ainsi intervenir auprès de l'équipe. En outre, les cadres affirmant une similitude de conception avec les soignants sont les mêmes cadres qui ont décrits une conception du prendre soin tant envers les patients qu'envers les équipes, cette relation cadre-soignant suggérant une relation de proximité et de réciprocité, un lien créé au travers de la communication, voire une représentation du positionnement cadre au sein de l'équipe. Le cadre n°4 a ainsi exprimé « *je vis tout ça avec l'équipe, j'en fais partie parce que c'est notre rôle de créer un esprit, un lien de confiance, avec tous, même les patients et l'entourage* », en décrivant même se faire « *phagocyter par l'équipe* », et a expliqué un interventionnisme régulier dans les pratiques soignantes au travers de cette relation : « *elles m'appellent toujours pour avoir mon avis, sur les soins [...]* », « *les infirmières se reposent beaucoup sur moi* ». Le cadre n°5 a précisé « *si elles ont besoin c'est à moi de le capter, de les accompagner* », confirmant ainsi une participation active du cadre dans les pratiques soignantes au travers de la relation cadre-soignant.

Tous les cadres ont évoqué leur implication dans les pratiques professionnelles au travers de ce qui semblent être des leviers managériaux et institutionnalisés. Le cadre n°1 a décrit les réunions présentées comme des synthèses cliniques interdisciplinaires, dans lesquelles il décrit un rôle d'animateur, le cadre n°2 a évoqué les réunions pluridisciplinaires instaurées pour le suivi des patients en soins palliatifs, le cadre n°3 a expliqué sa participation aux transmissions, le cadre n°4 a appuyé ses interventions au travers des réunions hebdomadaires pluridisciplinaires, et le cadre n°5 a expliqué planifier

des réunions de service selon la demande de l'équipe et pratiquer un « *management participatif* ».

La relation cadre-patient a également été évoquée par 3 cadres de santé pour définir leur intervention dans les pratiques soignantes. Le cadre n°5 a décrit en particulier « *c'est important d'aller voir les patients, faire mon tour le matin, mettre un visage sur un nom, suivre l'évolution [...] parce qu'aussi j'ai par le patient une vision des soins que l'équipe lui apporte au quotidien* ». Le cadre prend soin du patient selon ses représentations, qui lui permet également de porter un regard sur les pratiques soignantes.

Le cadre n°2 n'a pas répondu à cette question, pourtant modifiée au cours de l'entretien devant la difficulté du cadre a exprimé sa conception du prendre soin. La raison invoquée semble être des échanges peu fréquents entre les soignants et avec le cadre qui précise : « *il n'y a pas de transmissions inter équipe ici, elles sont en 12h, donc les transmissions sont seulement le matin et la nuit, du coup, j'ai rarement assisté* », suggérant des limites dans la communication entre les acteurs, liés à l'organisation sectorisée du service et au temps de travail non propice aux échanges entre professionnels.

➤ A la troisième question concernant la conception du cadre de santé relative « *à la part d'autonomie et la prise d'initiative exploitée par l'infirmière ?* » dans le cadre du rôle propre, à « *l'espace de liberté* » ou « *les limites* » qui en découlent, et à la représentation du cadre en conséquence, au regard de sa pratique managériale :

En ce qui concerne la part d'autonomie, tous les cadres de santé ont orienté leurs réponses sur une autonomie relative à l'équipe, et non individuelle, qui peut-être liée aux valeurs concernant la prise de décision commune. Cette autonomie collective est recherchée par 4 cadres sur 5, le cadre n°4 évoquant un bénéfice individuel du soignant par « *elles sont autonomes et elles y trouvent leur compte* ». Les cadres n°1 et n°4 évoquent toutefois au travers du rôle propre une part d'autonomie individuelle du soignant, le cadre n°1 exprimant une conception positive du rôle de l'infirmière au travers de sa représentation du prendre soin : « *le rôle propre [...] cette zone-là, l'infirmière peut l'embellir pour vraiment agir dans le prendre soin* » et ainsi « *s'approprier ce rôle pour se réaliser en tant que personne* ». Le cadre n°4 a décrit l'autonomie individuelle dans le cadre du rôle propre infirmier au travers des compétences individuelles exploitées dans la prise en charge du patient et faisant partie de l'organisation autonome informelle de

l'équipe, la complémentarité étant soutenue par le cadre : « *c'est pour exploiter d'autres dimensions de la prise en charge, j'ai un exemple en tête, c'est une infirmière qui a un DU Soins Palliatifs et du coup prend en charge les patients plus au niveau douleur et l'accompagnement en fin de vie [...] elle passe énormément de temps par rapport à ça* ». Pour ces deux cadres l'engagement dans le soin et l'espace de liberté et de créativité est mis en avant dans le cadre du rôle propre, même en ayant une représentation de la part d'autonomie exploitée par l'infirmier selon une approche collective.

Du binôme infirmier-aide-soignant, à l'équipe dans laquelle s'inclut le cadre, l'autonomie individuelle a pu être d'avantage développée au regard de la question de la prise d'initiative, engendrant la notion de prise de décision et de conséquence pour l'équipe et la prise en charge du patient.

La prise d'initiative semble être acceptée par tous les cadres, qui mettent en corrélation l'autonomie présente dans les équipes qu'elles encadrent. Le cadre n°3 semble encourager les soignants dans ce sens par ses propos : « *au contraire, il faut qu'elles prennent des initiatives !* ».

Les limites de cette dimension des pratiques professionnelles semblent être la nécessité d'une approche collective et un risque pour la cohésion d'équipe et pour la cohérence de la prise en charge pour 2 cadres sur 5 (cadres n°1 et 3), le cadre n°3 précisant « *ça ne doit pas être de l'automatisme, et ça doit rester dans le cadre de l'équipe. Si une infirmière prend une décision, qu'elle n'en parle pas à sa collègue, qui elle ne fera pas forcément pareil, souvent ça passe, mais quelques fois ça donne des malentendus dans l'équipe* ». Les deux cadres ont signifié intervenir en cas de désaccord au sein de l'équipe sur des pratiques, au travers d'une demande de l'équipe d'une prise de décision par le cadre, qui semble devenir le médiateur et l'agent de lien communicationnel. Les deux cadres accompagnent alors différemment : le cadre n°1 a plusieurs reprises a déclaré avoir un rôle de « formateur », voire fait appel au professionnel expert du domaine relatif à la pratique questionnée, donc semblant s'appuyer sur les compétences légitimant la décision ; le cadre n°3 intervient lui-même, en initiant ce qui paraît être une démarche réflexive « *en ramenant le contexte et pourquoi le patient est là [...] avec ce côté mise à distance* », en essayant de « *leur faire prendre conscience qu'elles n'ont pas de bonnes ou de mauvaises façon de faire, et qu'il faut rester cohérent* ».

Concernant les 3 autres cadres, 2 ont évoqués (cadres n°4 et n°5) une autorégulation émanant des membres de l'équipe, basée sur un lien de communication développée, pour réorienter le groupe sur des pratiques communes. Ainsi le cadre n°5 a décrit « *une équipe très soudée* », avec « *des conduites de famille, unanimes, elles s'entendent, elles communiquent, elles savent l'exprimer* ». Le cadre n°2 n'a pas répondu directement à cette question, questionnant le rôle du cadre en demandant « *mais à quel sujet alors en tant que cadre peut-on voir différentes approches ?* », cette interrogation pouvant être en lien avec son expérience récente en MCO, et avec la représentation de sa place de cadre veillant à l'organisation du service où les soins sont prodigués par des soignants autonomes, corroborée par cette réponse « *je leur laisse beaucoup d'autonomie et je suis là s'il y a besoin* ».

La quatrième question permettait de clarifier et/ou d'enrichir les notions abordées précédemment, de préciser celle de l'engagement individuel soignant et également les conséquences d'une démarche individuelle du soignant sur la prise en charge du patient et sur la cohésion d'équipe, pour ensuite pouvoir mettre en avant les pratiques managériales des cadres interrogés. La question posée était la suivante :

➤ ***L'approche individuelle infirmière a-t-elle un impact ou des conséquences sur la prise en charge du patient ? sur la cohésion d'équipe ? Sur le professionnel lui-même ? Sur son engagement ?***

La notion d'approche individuelle infirmière a été reprise par 3 cadres sur 5, les cadres n°1, 3 et 4 décrivant un aspect positif sur la prise en charge du patient, mais nécessitant pour 2 d'entre eux (cadre n°1 et 3) l'intervention du cadre de santé pour favoriser l'intégration de ces approches auprès de l'équipe afin de préserver la cohésion, le cadre n°4 posant une limite en précisant qu' « *il faut quand même qu'un cadre soit posé, il faut rigidifier les contours de la marge de manœuvre [...] pour éviter les débordements, pour l'infirmière déjà et s'assurer que la prise en charge se fasse correctement* ». Le cadre n°1 a relaté : « *une aide-soignante a signalé qu'une patiente démente répondait mieux, coopérait sans être agressive si on l'appelait par son prénom. Pour moi c'est essentiel [...] qu'il faut partager entre équipes pour que ça facilite la relation avec la patiente [...] mais ce n'était pas noté au final dans la synthèse et quand j'en ai parlé à l'infirmière, elle m'a*

dit qu'elle n'avait pas compris que c'était important. D'autres ont dit que ce n'était pas légal, ou éthique, mais je leur ai répondu que ça valait le coup [...] quand ça devient un soin, le droit est adapté, c'est l'équipe qui le définit ». Le cadre a ajouté : « *je leur laisse une marge de liberté avec un cadre de référence* », en expliquant que pour la cohésion d'équipe « *c'est obligatoire sinon on va encore tomber dans « moi je fais comme ci et elle pas comme ça »* ». L'approche individuelle du soignant semble pouvoir être valorisée par le cadre, selon ses valeurs et sa conception du prendre soin, mais induit une intervention managériale pour poser des limites à l'action individuelle pour ne pas entraver une approche commune fédératrice. Le cadre n°3 a évoqué la nécessité de prendre en considération « *quand les soignants sont seuls, certains apprécient et d'autres le vivent moins bien* », et semble valoriser l'approche individuelle en décrivant « *la relation avec un seul soignant sera évidemment plus intime, [...], c'est un face à face, et le fait de n'y avoir personne d'autre, permet d'être un peu plus soi-même* ». L'approche individuelle semble donc avoir une connotation positive pour la prise en charge du patient, dans sa dimension de relation « authentique », pour le soigné comme pour le soignant, mais le cadre nuance cette valorisation par le fait qu' « *en équipe, il faut quand même penser qu'on collabore, on fait ensemble* », suggérant une mesure des conséquences de l'approche individuelle du soignant vis-à-vis de la cohésion d'équipe.

L'impact sur la cohésion d'équipe est relevé par tous les cadres, dont ceux n'ayant pourtant pas évoqué les approches individuelles. Mais l'approche individuelle ne semble pas être intégrée par tous les cadres de santé, ni au sein de l'équipe, mais plutôt comme devant s'adapter aux approches collectives, au travers notamment du fonctionnement de l'équipe. Ainsi le cadre n°2 a évoqué une approche différente des « *jeunes infirmières* » qui pensent « *rôle infirmier, c'est le rôle sur prescription* » et qui « *ont du mal à travailler à deux* », semblant décrire un clivage intergénérationnel portant sur des conceptions différentes du soin et du travail en équipe vis-à-vis du travail « *en binôme* », par les « *anciennes qui aiment ce fonctionnement, ce partage* », qui « *collaborent comme ça et c'est quelque chose qu'elles apprécient* ». L'intégration de nouveaux professionnels dans l'équipe semble conforter une conception priorisant les normes fondatrices du groupe, car à l'arrivée, les soignants « *se font gentiment* » et « *rentrent dans l'équipe qui est bienveillante* ». Le cadre de santé poursuit en suggérant les approches individuelles confrontées au collectif dans le cadre de réunion pluridisciplinaire « *pour les soins palliatifs* », où « *tout le monde donne son avis* », qui « *ne sont pas si*

communs que ça, mais ils en ont tous un en commun contre l'acharnement et le respect de la volonté du patient ». Le partage collectif auquel participe le cadre permet de communiquer ses valeurs au travers des approches individuelles et de réorienter sur les valeurs communes de l'équipe sur lesquelles peuvent se fonder la cohésion.

La dernière question du guide d'entretien était relativement proche de la question de recherche, permettant de synthétiser les notions abordées par les cadres de santé, et de solliciter ces derniers à se positionner, ainsi qu'à développer leur pratique managériale fondée sur leurs expériences et leurs valeurs. Ainsi, la question principale était suivie de la question de relance permettant le lien avec la demande relative au management.

➤ ***Finally, le cadre peut-il favoriser la cohésion d'équipe et valoriser l'engagement individuel ? Comment ?***

➤ ***La pluralité des approches est-elle compatible avec la cohésion d'équipe ? Pourquoi ?***

➤ ***Quel est le rôle et la place du cadre ?***

Tous les cadres ont décrit l'engagement individuel du soignant lié à la cohésion d'équipe, dans le sens d'une ressource renforçant le lien collectif.

Ainsi, 3 cadres sur 5 (les cadres n°1, 3, et 4) semblent représenter l'engagement individuel comme porteur de développement à la fois individuel et collectif. Ainsi le cadre n°3 précise que *« c'est une question de choix et de courage de travailler à proximité les uns des autres, de composer avec les différences de chacun [...] la personnalité du soignant est à prendre en compte, pourquoi il soigne, pourquoi telle chose lui plaît au quotidien, pourquoi au contraire c'est usant »*, et décrit que face à cet engagement *« les autres avec leur propre manière d'être, de penser, peuvent aussi créer des ouvertures »*.

Les cadres n°2 et 5 en revanche ont décrit l'esprit fédérateur d'une équipe favorisant l'engagement de chacun de ses membres. Le cadre de santé n°2 a précisé dans ce sens : *« l'engagement individuel vient je pense de cette force de l'équipe, de cette cohésion, c'est ça qui porte »*, et le cadre n°5 a évoqué : *« quand il y en a une qui a fait une formation, elle est en charge de la passer aux collègues, elles partagent sur les soins, sur l'amélioration, elles sont engagées et ça aide pour la cohésion »*.

Le sens de la réciprocité du lien entre l'engagement individuel et la cohésion d'équipe semble être représenté différemment selon les cadres de santé. Malgré le fait que l'impact sur l'équipe et sa cohésion soient évoqués par tous, l'engagement semble signifier une implication du professionnel au travers de dimensions hétérogènes. Au-delà de la dimension de l'engagement individuel dans le soin, donc pour le patient, il semble que le soignant conçoive son engagement à travers l'équipe, avec l'équipe et envers le lien collectif.

Concernant la pluralité des approches et la cohésion d'équipe, 3 cadres sur 5 ont évoqués un lien positif entre les deux notions. Le cadre n°5 a ainsi présenté le fait que, « *les agents sont tous complémentaires, et c'est chacun, mais aussi la complémentarité, les différences qui font cette cohésion* », ajoutant qu' « *avec les regards neufs c'est pointer, et tout le monde participe* ». La notion d'ouverture sur la pluralité des approches favorisant la cohésion d'équipe est aussi suggérée par les cadres n°3 et 4, ce dernier valorisant les temps de partages collectifs autour « *de réflexions personnelles* », « *un temps pour ça, pour elles, pour ce qu'elles conçoivent du soin, de la pris en charge [...] ça suffit à désamorcer beaucoup* ».

Tous les cadres de santé ont énoncé des leviers managériaux afin de concilier l'engagement individuel soignant et la cohésion d'équipe, ces leviers étant liés aux représentations du lien de réciprocité que chacun avait évoqué.

Ainsi les cadres n°1, 3 et 4 ont décrit des pratiques managériales permettant une reconnaissance individuelle du soignant visant également à être un potentiel fédérateur pour l'équipe. Afin d'appuyer cette idée, le cadre n°1 a énoncé « *l'évaluation des compétences* », car elle « *peut permettre au cadre d'encourager la personne, c'est ce qui va prouver au soignant qu'il est reconnu [...] et c'est grâce à cet accompagnement qu'il y aura au final une cohésion d'équipe* ». Le cadre n°3 a expliqué « *faire beaucoup de micro entretiens individuels, en binôme, ou en équipe* », pour « *aider l'équipe ou le soignant tout seul à désamorcer, prendre un temps d'arrêt et partager* », semblant ainsi reconnaître les soignants en tant qu'individus et en tant que membres d'une équipe, par un rôle de soutien et de médiateur. Le cadre n°4 a évoqué la nécessité d'exploiter « *les entretiens individuels* » qui permettent « *d'être proche des agents* » pour « *au fil du temps croiser les comportements avec l'équipe et seul* », « *pour savoir qui s'investit dans quoi, et être là à côté ou être moteur parfois, il faut parfois initier les choses pour que tout le monde trouve sa place, car le quotidien peut être violent au niveau personnel et a niveau professionnel* ».

La reconnaissance individuelle semble ainsi être le rôle du cadre, pour que l'individu soit reconnu en tant que soignant et membre d'une équipe.

Le cadre n°2 a repris un levier permettant une relation duelle cadre-soignant, l'entretien individuel annuel, mais semble-t-il pour accompagner le soignant dans un engagement vers l'équipe, en lien avec ses représentations de l'engagement individuel qui prend « *cette force dans l'équipe* ». Il a ainsi précisé au sujet de cette cohésion qui « *porte* » : « *quand on voit les agents surtout en évaluation annuelle à chaque fois je leur dit, parce qu'on a tous des difficultés, des situations difficiles* ». Le cadre n°5 a décrit avoir « *un cheval de bataille, la mobilité, c'est un levier, ça évite les clivages, ça évite les services d'un tel ou un tel, [...] il faut travailler ensemble, c'est à mon avis un levier pour la cohésion, pour que chacun puisse se sentir un professionnel dans une grosse équipe, dans un pôle, dans un tout !* ». Le soignant semble être accompagné par le cadre de santé vers une « fusion » avec ce « tout » que représente l'équipe, pour une cohésion au travers de la mobilité.

3.3 ANALYSE DES DONNEES :

Au regard des données recueillies, une analyse croisée avec le cadre conceptuel de départ permet de mettre en avant les convergences et/ou les divergences relatives aux éléments empiriques apportés par les cadres rencontrés, et ainsi envisager des éléments pertinents pouvant répondre à la question de recherche :

En quoi le cadre de santé favorise-t-il la cohésion d'équipe tout en valorisant l'engagement individuel professionnel infirmier au sein de la pluralité des approches soignantes?

L'analyse portant sur des conceptions et des représentations complexes à travers la diversité des parcours des cadres de santé et de leurs regards, chaque thématique du guide d'entretien est reprise, afin de clarifier le développement de la réflexion.

3.3.1 Prendre soin pour un cadre de santé, qu'est-ce à dire ?

La conception du prendre soin est majoritairement centrée sur la prise en charge du patient depuis la vision relative à la fonction d'encadrement. La qualité du parcours de soins du patient au travers de la globalité de la prise en charge, pour l'atteinte d'une finalité commune évoque le principe unificateur des cadres, recherché envers les différents acteurs intervenants auprès du patient. Ces acteurs ne sont évoqués qu'à travers la notion d'« *interdisciplinarité* » pour un des cadres, qui peut être lié à sa pratique managériale en MCO et SSR gériatrique, et leur participation déduite par le séquençage de l'hospitalisation décrite par tous. Les cadres de santé se positionnent au sein du concept du prendre soin, à leur niveau de la prise en charge et au regard de leurs activités, un des cadres fait évoluer le statut du patient vers le statut de personne, lorsqu'elle emploie « *le parcours de vie* » du patient, rappelant ainsi Philippe SVANDRA caractérisant l'origine du soin comme « *ce qui a toujours été de donner, maintenir et développer la vie*¹⁴⁹ ». L'identité sociale selon G-N FISCHER¹⁵⁰ est un concept émergent dans les représentations des cadres au sujet du prendre soin, car au travers des premiers éléments apportés, les cadres de santé se positionnent selon leur rôle et la place qu'ils occupent dans l'institution et dans la participation au prendre soin du patient. Malgré la diversité d'expériences et d'ancienneté dans la fonction d'encadrement, qui engendre pour certains une expérience encore proche en tant que soignant, c'est par l'identité sociale d'encadrant que ce sont exprimés les cadres de santé, la durée de l'expérience dans la fonction cadre ne semble donc pas avoir de lien avec la conception cadre du prendre soin.

En revanche, d'autres dimensions des soins sont abordées en parallèle et révèlent qu'une logique soignante imprègne les représentations des cadres, pouvant être attribuée à leur filière infirmière. Il est d'ailleurs à relever que le cadre de santé issu d'une longue expérience en bloc opératoire (cadre n°2) ait été le seul à évoquer le patient en tant que personne, notion relative au « *corps-sujet* » de Walter HESBEEN¹⁵¹, mais ayant présenté des difficultés à s'exprimer sur sa conception. Le frein peut être attribué à une identité professionnelle fondée au sein d'une communauté où la communication et la technicité sont corrélées à des normes et des codes spécifiques, et où la culture du « *corps-objet*¹⁵²»

¹⁴⁹ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

¹⁵⁰ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- 318p.

¹⁵¹ HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**.- Paris : Masson.- 195p.

¹⁵² *Ibidem*.

est induite par la présence de « *patients endormis* », et rend tacite les formes d'expression de valeurs individuelles, ce qui ne permet donc pas de conclure à une conception réductrice du soin, mais peut suggérer une notion d'intimité aux valeurs ne pouvant être divulguées.

Ainsi, pour les cadres ayant eu des expériences professionnelles infirmières en services de soins non spécialisés, prendre soin est également représenté selon sa définition même, par les termes de « *bien-être* » et de « *confort* », reprenant la connotation de la prise en charge globale du patient, où la finalité du soin devient selon Philippe SVANDRA¹⁵³, celle de prendre soin à travers la recherche du bien-être du patient. Le concept est ensuite approfondi sur la dimension relationnelle, l'empathie et la sollicitude. Le « *care* » est révélé dans sa dimension humaine singulière, et le « *souci de l'autre* » fait référence à la considération et à la responsabilité du soignant envers le patient, selon Marie De HENNEZEL¹⁵⁴, auxquelles les cadres de santé se rattachent. Cette dimension relationnelle du soin, notamment par « *les détails* » recherchés par le cadre de santé n°5, rappelle l'approche décrite par Walter HESBEEN¹⁵⁵ lorsqu'il définit le prendre soin comme « *l'attention à ces petites choses* » qui « *manifeste le souci du professionnel à l'égard de l'autre* ». Les approches différentes entre le cadre n°2 et les autres cadres de santé peuvent renvoyer à l'ambiguïté décrite au sein de l'identité professionnelle infirmière, selon Anne VEGA¹⁵⁶.

La dimension du soin relative au « *cure* » partage les points de vue. L'ambiguïté de l'identité professionnelle infirmière semble être encore présente au sein de l'identité sociale et professionnelle des cadres de santé, qui, soit rejoignent pour une minorité Marie Françoise COLLIERES lorsqu'elle explique que « *soigner n'est pas traiter* »¹⁵⁷, et considèrent que prendre soin relève du rôle propre, soit comme le cadre n°3 recherchent un « *équilibre entre le relationnel et la technique* », l'identité professionnelle des cadres de santé révélant une construction de leur dynamique identitaire fondée sur leur expérience infirmière et le vécu ambigu des rôles¹⁵⁸.

¹⁵³ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.65.

¹⁵⁴ DE HENNEZEL Marie (2005).- **Le souci de l'autre**.- Paris : Pocket Robert Laffont.- 192p.

¹⁵⁵ HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**.- Paris : Masson.- p.45.

¹⁵⁶ VEGA Anne (2000).- **Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier**.- Paris : Editions des archives contemporaines.- 212p.

¹⁵⁷ COLLIERE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie**.-2^{ème} édition.- Paris : Masson.- p.116.

¹⁵⁸ COLLIERE Marie-Françoise (1982).- **Promouvoir la vie : De la pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers**.- Paris : Masson.-391p.

La conception des soins explicitée par 3 des cadres de santé met en exergue le concept d'altérité et la notion de réciprocité, en corrélation avec la responsabilité du cadre, car selon Paul RICOEUR, face à l'altérité se trouve « *l'obligation de se maintenir soi-même* » pour « *répondre à une attente [...] venue d'autrui*¹⁵⁹ », faisant ainsi référence à la relation cadre-soignant et cadre-équipe, par analogie à la relation soignant-soigné, notion qui sera développée plus loin. Le « *bien-être* » des soignants est exprimé comme recherché, voire pour un cadre de santé il s'agirait de « *maternage* ». Le prendre soin peut donc être équivoque, et le cadre de santé n'est plus au chevet du patient mais situe sa place dans le souci de l'autre, cet autre pouvant donc être le patient, le soignant et l'équipe.

Enfin la question des valeurs suggérées par les cadres au cours du développement de leurs conceptions comportent des éléments de réponses similaires, et évoquent les valeurs communes de la culture soignante, celle de « *l'ethos soignant*¹⁶⁰ », comme le respect et l'universalisme, la volonté d'une dynamique identitaire collective proche de la dimension culturelle du travail décrite par Renaud SAINSAULIEU, en lien avec leurs expériences professionnelles. L'approche collective est unanime, suggérant la collaboration, l'implication et l'ouverture, comme « *l'interdisciplinarité* » évoquée par le cadre n°1, qui renvoie « *au système collectif de soins*¹⁶¹ » décrit par Philippe SVANDRA, au concept d'équipe dont les membres sont en relation d'interdépendance autour d'un « *projet de soins collectif* » selon l'approche de Thérèse PSIUK¹⁶². Le cadre de santé n°5 se démarque en citant à plusieurs reprises sa valeur prioritaire, le travail. Il peut être établi un lien avec le fait que ce même cadre de santé affirme accompagner l'équipe au travers d'un maternage, la part d'affect et de subjectivité suggérée, croisée avec le professionnalisme, pouvant signifier un engagement professionnel fort à travers ce que Claude DUBAR nomme le champ de reconnaissance identitaire, lié aux relations de pouvoir et à « *l'identité pour autrui*¹⁶³ ».

¹⁵⁹ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- p.311.

¹⁶⁰ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.58.

¹⁶¹ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie**.- Paris : Seli Arslan.- p.207.

¹⁶² PSIUK Thérèse, **Du raisonnement clinique à la pratique infirmière**, *Soins*, n° 750, Novembre 2010, pp. 17-18.

¹⁶³ DUBAR Claude (1991).- **La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles**.- Paris : Armand Colin.- 278p.

3.3.2 Entre conception cadre et pratiques professionnelles soignantes

L'approche des cadres semble imprégnée de la culture soignante, en lien avec la construction de leur dynamique identitaire. Certains cadres de santé ont verbalisé la conscientisation de l'ancrage identitaire soignant. Pourtant, au regard de leur pratique quotidienne, les expériences des cadres démontrent des perceptions hétérogènes sur la présence ou l'absence de différences entre la conception individuelle du cadre relative au soin et la conception des soignants perceptibles au travers de leurs pratiques professionnelles.

L'écart est concrétisé par les interventions des cadres auprès des équipes qu'ils accompagnent, et semble lié au positionnement du cadre vis à vis des soignants. Ce positionnement se personnalise selon les valeurs individuelles de cadres évoquées auparavant, qui sont véhiculées au travers de l'accompagnement réalisé auprès des soignants, et étroitement lié au croisement de la logique soignante et de la logique managériale. Ces logiques se présentent de façon dissymétrique, situationnelle, et la prédominance de l'une ou de l'autre au sein des expériences des cadres, semble en lien avec une alliance entre leur responsabilité qui induit une distanciation et une proximité pour veiller au respect des valeurs professionnelles prioritaires pour le cadre. Ainsi, pour le cadre de santé n°1 « *une aide-soignante [...] en décalage* » s'éloigne en réalité de l'approche collective fondant la conviction du cadre sur sa conception d'une équipe et du soin, et semble une déviance à la norme du groupe permettant de justifier l'intervention du cadre de santé. Le cadre n°3 évoque une ouverture vers d'autres représentations, en s'appuyant sur son expérience professionnelle. Cette évolution de conception peut effectivement être en lien avec la diversité de son parcours professionnel, rejoignant le concept d'« *habitus* »¹⁶⁴ de Pierre BOURDIEU.

Les interventions relatées par les cadres de santé tendent vers une posture alternative, selon les deux axes décrits par Pascale CHRISTOPHANI¹⁶⁵, relatifs aux questions du sens et de l'éthique posées dans l'accompagnement d'une équipe soignante, à savoir un style managériale s'appuyant sur les normes traditionnelles du groupe fondées par les « *valeurs universelles d'humanité* », et un autre modèle basé sur « *l'acquisition de*

¹⁶⁴ DORTIER Jean-François, **L'œuvre de Pierre Bourdieu**, *Sciences Humaines*, hors-série, n°15, février/mars 2012, pp.5-6.

¹⁶⁵ CRISTOPHANI Pascale, **Valoriser l'art soignant dans un contexte d'efficience : un enjeu majeur pour le cadre de santé en gériatrie**, samedi 19 juin 2010, [consulté le 23/03/12].- <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article418>.

l'autonomie par le sujet à travers des expériences ». Ce dernier modèle est retrouvé à travers le principe de délégation du cadre de santé n°4, qui « *confie des missions* » aux soignants, « *pour renforcer leur implication dans leur fonction* », mais qui décrit également des valeurs humanistes en exprimant faire partie de l'équipe pour créer « *un lien de confiance, avec tous même avec l'entourage* ».

3.3.3 Les relations cadre-soignant-soigné : un concept analogique ?

Evoquée implicitement lors des descriptions par les cadres de leurs conceptions relatives au soin et aux pratiques soignantes, la relation entre le cadre et l'équipe se situe entre un management individualisé et un management tourné vers une approche collective, par un jeu de proximité et de distance, permettant une analogie avec cette juste distance dans la relation soignant-soigné, comme le cadre n°1 l'explique par « *le fait de pouvoir se dégager puisqu'on est plus tout à fait dans l'équipe et on doit y être tout en leur laissant leur autonomie* ». Afin de pouvoir s'impliquer dans la prise en charge des patients, la majorité des cadres de santé se positionne à l'intérieur du groupe, pour permettre semble-t-il de garantir « *la stabilité de l'ordre sociale*¹⁶⁶ », en participant aux interactions, dans un lien d'interdépendance, favorisant la construction et la préservation des normes au travers de valeurs individuelles et communes qui animent les acteurs. Ce positionnement vis-à-vis de l'équipe est décrit au travers de leviers managériaux et institutionnalisés, pour tous les cadres selon une approche collective, comme les réunions pluridisciplinaires et les synthèses cliniques, rejoignant Emile DURKHEIM sur les effets d'influence et sur les comportements des membres du groupe, lorsque « *les consciences individuelles agissent les unes sur les autres*¹⁶⁷ ».

La communication et la proximité entre le cadre de santé et les soignants au sein de la même « *entité sociale*¹⁶⁸ » semble permettre au cadre de s'assurer d'une conduite homogène soignante, par « *un comportement jugé désirable et acceptable*¹⁶⁹ », au regard de sa responsabilité relative au respect des « *bonnes pratiques* », comme le signifie le cadre n°3, mais aussi en lien avec une volonté pour certains de s'inscrire dans les prises de

¹⁶⁶ BLOESS Françoise, ETIENNE Jean, NORECK Jean-Pierre, ROUX Jean-Pierre (2004).- **Dictionnaire de sociologie**.- 3ème édition.- Paris : Hatier.- p.302.

¹⁶⁷ *Ibidem*. p.299.

¹⁶⁸ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.219.

¹⁶⁹ *Ibidem*. p.227.

décisions relevant de rôle propre infirmier, où la part d'autonomie devient l'espace de partage des valeurs et conceptions du soin. Le cadre n°4 explicite en ce sens : « *les infirmières m'appellent toujours pour avoir mon avis* », la proximité allant parfois jusqu'à la fusion du cadre de santé dans le groupe pour 2 cadres, comme le cadre n°4 qui décrit être « *phagocyté par l'équipe* », rejoignant le concept d'identité au travail de Renaud SAINSAULIEU¹⁷⁰, de type « *identité fusionnelle* », qui représente des professionnels avec un fort engagement pour le métier, en corrélation avec les valeurs d' « *implication* » du cadre de santé et sa conception du soin. La relation de proximité rejoint le concept d'altérité et la notion de réciprocité dans le soin. Pour 2 cadres, il s'agit de rechercher le « *bien-être* » des soignants, prendre soin de l'équipe semblant permettre aux soignants une reconnaissance et une implication dans les pratiques professionnelles, favorisant un climat social propice à se sentir au sein de la « *subjectivité humaine* » selon Emmanuel LEVINAS¹⁷¹, c'est à dire « *responsable de l'autre et devant l'autre* » pour au mieux prendre soin des patients. Les cadres réalisant cette transposition du concept du soin empreinte de sollicitude poursuivent également une relation cadre-soigné, pour semble-t-il exprimer leurs valeurs relatives au soin, le contact avec le patient démontrant la volonté de conserver une approche humaniste de la prise en charge du patient.

La distanciation dans cette relation triangulaire s'opère lorsque le cadre de santé intervient auprès des soignants au sujet des différentes approches soignantes, évoquée déjà plus haut. Il reprend une posture distante pour lui permettre de questionner les pratiques soignantes évaluées. En outre, les approches collectives par les réunions pluridisciplinaires ou les synthèses et transmissions auxquelles participent les cadres de santé suggèrent une distanciation par rapport au patient et à la prise en charge dont il bénéficie. Le patient n'est pas là physiquement, mais est au centre de la démarche réunissant les professionnels. La confrontation des approches individuelles lors de ces temps communs et la présence du cadre de santé en tant qu'acteur à la fois extérieur et interne au groupe renvoie au concept de réflexivité et à la notion de distanciation de Michel VIAL¹⁷², par « *la pragmatique ou pensée par projets* », permettant le partage des différents « *angles de prise de vue pour tenir dans la professionnalité* ».

¹⁷⁰ SAINSAULIEU Renaud (1985).- **L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation**.- 2ème édition.- Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.- 480p.

¹⁷¹ LEVINAS Emmanuel (2006).- **Altérité et transcendance**.- Paris : Librairie Générale Française.- p.14.

¹⁷² VIAL Michel, **Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser**, *Soins Cadres*, n° 53.- février 2005.- p.30.

Le cadre de santé n°2 en revanche semble s'inscrire dans une relation à distance de l'équipe, et participe aux réunions pluridisciplinaires relatives aux patients relevant des soins palliatifs. Afin de pouvoir tenter d'analyser cette divergence au-delà de la prégnance d'une identité professionnelle construite d'après une expérience longue dans une spécialité et au sein d'une communauté spécifique, il conviendra de reprendre ces éléments au regard de la poursuite des axes de l'analyse.

3.3.4 L'autonomie de l'infirmière : entre liberté et limites

L'autonomie est conçue par tous les cadres selon une représentation collective de l'exploitation du rôle propre infirmier. Les valeurs individuelles et communes, ainsi que les conceptions des cadres issues d'une identité professionnelle forgée sur une logique soignante avec des expériences du travail en collaboration, semblent être la source de cette représentation. L'expérience en tant que cadre de santé, et les décisions communes recherchées dans les pratiques managériales ont pu opacifier la représentation d'une autonomie individuelle du soignant, excepté pour le cadre n°1, qui décrit au travers du rôle propre infirmier et par inférence à sa propre expérience professionnelle une approche singulière du concept, se surprenant elle-même à exprimer de nouveau sa conception du prendre soin.

Il semble se dégager de sa description une dimension valorisante de l'autonomie individuelle dans le cadre du rôle propre infirmier, et notamment pour le soignant ce qui permet de « *se réaliser en tant que personne* ». Le cadre de santé suggère ici que la part d'autonomie du rôle propre infirmier laisse place à un espace de liberté où le professionnel accède à la réalisation de soi, en référence au concept d'identité personnelle et sociale, inscrite dans le cadre de la profession. Il semble alors que la liberté suggérée permet le développement personnel et professionnel, et est pris en compte par le cadre, au travers de « *cette zone-là* » que « *l'infirmière peut embellir pour vraiment agir dans le prendre soin* », les termes « *vraiment agir* » connotant un impact fort, une implication importante du professionnel. Le cadre n°4 individualise également le rôle propre infirmier dans lequel le professionnel « *exploite d'autres dimensions de la prise en charge* », en illustrant l'engagement dans la prise en charge du patient au travers de compétences spécifiques. Ces dernières permettent au professionnel d'accéder à cette part d'autonomie valorisante, la liberté d'œuvrer croisant une reconnaissance de son identité professionnelle et sociale, suggérant comme pour le cadre n°1 un soutien dans le développement individuel et

professionnel. Cet engagement et ce professionnalisme renvoie au concept des soins, dans le cadre du rôle propre, décrits par Marie Françoise COLLIERE¹⁷³ comme des soins reconnus comme une pratique infirmière mobilisant des compétences spécifiques, au sein ce champ de responsabilité et d'autonomie, ouvert à la créativité.

Ainsi pour ces deux cadres, le rôle propre infirmier dans lequel s'inscrit l'autonomie du professionnel permet de personnaliser les soins, en ciblant la qualité de la prise en charge et en valorisant la marge de liberté au travers du professionnel qui pourra y être reconnu.

La prise d'initiative est tout d'abord encouragée par tous les cadres, en lien avec leur conception de l'autonomie de la profession infirmière. En revanche, les valeurs et le positionnement cadre semblent à l'origine de limites énoncées par tous : la nécessité d'abord de préserver une approche collective du patient, pour une démarche commune et cohérente, et souligne l'importance de la cohésion d'équipe. La prise de décision individuelle questionne et les pratiques managériales des cadres divergent, en lien avec leurs expériences professionnelles, leurs conceptions du prendre soin et de l'équipe, mais également en fonction de la dynamique de groupe présente.

Deux cadres indiquent leur intervention, l'un (le cadre n°3) pour prévenir semble-t-il les conflits et s'assurer du sens des pratiques soignantes, et l'autre (le cadre n°1) intervenant en cas de désaccords au sein de l'équipe. Le cadre n°3 insiste sur le fait que les soins ne relèvent pas « *de l'automatisme* », ce que Marie Françoise COLLIERE préconise dans l'agir soignant, c'est-à-dire de « *se sortir de mécanismes comportementaux* »¹⁷⁴, pour réinterroger le vécu du soin pour le soigné et pour le soignant. Le cadre de santé inscrit le risque de la prise de décision individuelle du soignant non pas sur l'action en elle-même qui compte être réalisée mais sur le sens donné à l'action et sur ses conséquences relatives à la cohésion du groupe, rejoignant le concept de l'équipe et la dynamique de groupe selon l'approche de Kurt LEWIN, l'action pouvant modifier le champ dynamique de forces, le groupe agissant en interdépendance. La pluralité des approches peut conduire aux désaccords, selon le cadre de santé, par un manque de communication des objectifs poursuivis et de compréhension du sens de l'action au sein de l'équipe, qui peut présenter des divergences d'opinions, créant des « *malentendus* ». Le cadre explique ainsi son rôle de médiateur mais aussi d'initiateur en lien avec le concept de réflexivité. La démarche

¹⁷³ COLLIERE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie.**-2ème édition.- Paris : Masson.- 456p.

¹⁷⁴ *Ibidem.*

managériale consiste à une « *mise à distance* », le cadre n'évaluant pas les pratiques soignantes en elles-mêmes mais en accompagnant l'équipe à décontextualiser pour contextualiser à nouveau la situation de soins pour une prise en charge cohérente centrée sur le patient. Cet accompagnement renvoie à la théorie de la réflexivité limitée qui « *traite autant des relations justifiées que des rapports de forces*¹⁷⁵ », mais également à l'approche épistémologique du praticien réflexif d'Alan Donald SCHON, concernant « *la prise de recul du praticien sur ses pratiques et une explicitation des fondements de ses actes* », les soignants étant amenés à prendre une « *posture d'extériorité*¹⁷⁶ » sur l'« *agir professionnel* ».

La limite au champ d'autonomie de l'infirmière serait donc les perturbations possibles du fonctionnement du groupe, où le cadre est un acteur du lien social, comme le témoigne également le cadre n°1, qui opère également une pratique de distanciation. Le rôle de « *formateur* » est cité plusieurs fois par le cadre, l'autonomie limitée du soignant semblant être perçue comme des besoins de « *savoirs* », d'être guidé. Le cadre a d'ailleurs illustré son intervention lors de désaccords de l'équipe par la mobilisation des compétences d'un expert de la discipline concernée, opérant une distanciation avec l'équipe, afin de favoriser l'adhésion du groupe à une décision légitimée par l'expertise, en lien avec sa conception du soin et de l'équipe basée sur une approche collective et interdisciplinaire.

L'autonomie individuelle dans le cadre du rôle propre infirmier est limitée pour trois autres cadres de santé par le groupe lui-même, par une autorégulation décrite au sein des équipes. Alors que les deux premiers cadres interviennent pour ensuite agir en distanciation, les trois autres cadres restent en extériorité de l'équipe, tout en déclarant une disponibilité bienveillante. La dynamique de groupe de ces équipes autonomes est en lien avec l'autorégulation de ses membres qui devient une norme : l'identité collective se fonde sur l'« *identité fusionnelle* » des individus dans le groupe, selon la théorie de Renaud SAINSAULIEU, comme le souligne le cadre n°5 lorsqu'il décrit « *des conduites de famille, unanimes* ». Les cadres interviennent à la demande de l'équipe, suggérant un lien

¹⁷⁵ BESSIS Franck, **La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Économie des conventions et la Théorie de la Régulation**, *Cahiers d'économie Politique*, n° 54, 2008/1, pp.27-56.- [consulté le 23/03/12].- <<http://www.cairn.info/revue-cahiers-d-economie-politique-2008-1-page-27.htm>>.

¹⁷⁶ BIEMAR Sandrine, DEJEAN Karine, DONNAY Jean, **Un dispositif de formation universitaire pour des enseignants centré sur la co-construction de savoirs et le développement mutuel des chercheurs et des praticiens**, [consulté le 23/03/12].-<<http://tice.det.fundp.ac.be/spip/IMG/doc/Calais-partie-SB-KD-vfF1.doc>>.

de confiance, mais l'extériorité ne signifie pas l'absence, le cadre respectant l'autonomie de l'équipe mais restant responsable de son encadrement.

Il est perceptible ici que les pratiques managériales hétérogènes visent à respecter l'individu tout en s'adaptant à la dynamique de l'équipe, selon une relation de confiance basée sur leur conception de l'autonomie, la personne soignée n'étant pas expressément nommée mais bien la finalité de l'engagement de tous. La relation entre le cadre et les soignants suggérée au travers des différentes pratiques managériales semble à nouveau liée au parcours professionnel des cadres, leurs conceptions et leurs valeurs, mais aussi à une adaptation au regard de l'évolution du lien social présent dans l'équipe.

3.3.5 Le cadre entre une éthique de responsabilité et une sagesse pratique :

Considérer l'individu dans son approche singulière, dans la prise en charge du patient, au sein du projet de soins collectif, partage les cadres de santé selon deux démarches pour appréhender une harmonie possible. Pour la première démarche, il s'agit des cadres de santé valorisant l'autonomie de l'individu au regard de la marge de liberté relative au rôle propre, décrivant une dimension positive de la démarche individuelle soignante, notamment sur les principes d'authenticité et de réalisation du professionnel, favorisant l'implication et l'engagement donc la qualité de la relation soignant-soigné.

Les conséquences sur l'approche collective sont cependant mesurées, le principe fédérateur et optimal d'une démarche soignante commune et cohérente semblant devenir un champ contraignant pour le professionnel, qui devient le « *cadre de référence* » pour le cadre de santé, adapté aux situations de soins, au travers de sa responsabilité et des valeurs qu'il porte. Un des cadres de santé évoque l'accompagnement de l'équipe dans la détermination de ce « *cadre de référence* » personnalisé à la prise en charge du patient. Ainsi le cadre de santé n°1 semble conduire l'équipe dans un questionnement éthique, en s'appuyant sur l'approche individuelle du soignant ou « *l'initiative individuelle de bien faire , basée sur les valeurs personnelles de l'individu*¹⁷⁷ », qu'il juge au plus près de l'intérêt du patient, malgré l'existence d'une règle, rejoignant l'approche de Charlaïne DURAND au sujet des valeurs qui décrit que « *l'éthique intervient [...] dans toutes les situations où le savoir et le pouvoir pourraient prendre le pas sur l'individuel*¹⁷⁸ ». Cette dimension éthique renvoie au concept du soin, et à la sagesse pratique décrite par Marie

¹⁷⁷ DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, 15 octobre 2007.- [consulté le 12/02/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>>.

¹⁷⁸ *Idem.*

Françoise COLLIÈRE, Philippe SVANDRA et Paul RICOEUR¹⁷⁹, ce dernier décrivant : « *la sagesse pratique consiste à inventer les conduites qui satisferont le plus à l'exception que demande la sollicitude en trahissant le moins possible la règle* ».

L'approche individuelle dans laquelle est engagée le professionnel peut donc être soutenue par le cadre, pour l'intégrer dans une démarche collective et renvoie ainsi au concept d'équipe, comme lorsque Jean Michel MOTTA¹⁸⁰ indique que « *le collectif ne trouve grâce qu'à la condition expresse qu'il ne subordonne pas l'individuel* », le soignant étant ainsi reconnu selon son professionnalisme défini par Walter HESBEEN dans le concept du soin, c'est-à-dire « *la capacité d'établir des liens [...] et d'agir de façon éclairée, subtile et adaptée à chaque situation de vie rencontrée*¹⁸¹ ».

L'appropriation de l'approche individuelle soignante par l'équipe n'est pas une conception envisagée en ce sens par d'autres cadres, en l'occurrence ceux ayant une conception de l'autonomie généralisée d'équipes caractérisées en sociologie par une « *identité fusionnelle* », l'approche collective devant rester prioritaire. Ces cadres favorisant ce type d'approche semblent participer et soutenir un lien social fédérateur en accompagnant l'individu pour son adaptation et son adhésion aux valeurs et normes communes du groupe. Le cadre n°2, en lien avec son parcours professionnel et son expérience longue au sein d'une communauté forte, décrit d'une manière révélatrice et symbolique l'individu qui « *entre dans l'équipe* », celle-ci s'identifiant en « *microcosme* », en référence à la sociologie de Pierre BOURDIEU. Un autre levier sera également repris, celui des réunions pluridisciplinaires relatives aux patients relevant de soins palliatifs. Le cadre de santé décrit la confrontation des valeurs individuelles et collectives, qui semble en fait viser un partage de conceptions pour éviter d'altérer selon Gustave Nicolas FISCHER¹⁸² la « *pensée du groupe* », cette force permettant une cohésion source de satisfaction personnelle, car « *la recherche à tout prix du consensus neutralise tout esprit critique et tout autre perspective que celle d'une unanimité* ». La satisfaction personnelle est corroborée par le fait que le cadre de santé insiste sur le fonctionnement durable de la collaboration car permet un « *partage* » vers des valeurs communes, et évoquant au sujet

¹⁷⁹ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- p.318.

¹⁸⁰ MOTTA Jean Michel, Travail en équipe : positionnement du cadre envers « l'Un-dividu » soignant 3ème partie, vendredi 17/10/2003, [consulté le 13/02/12]. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article156>>.

¹⁸¹ HESBEEN Walter (1997) .- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante**.- Paris : Masson.- p.102.

¹⁸² FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**.- 4ème édition.- Paris : Dunod.-p.243.

des infirmières et des aides-soignantes : « *c'est quelque chose qu'elles apprécient* ». Le lien de collaboration décrit par le cadre renvoie au concept d'équipe et de dynamique de groupe, car ne semble pas considérer l'approche singulière du soignant, le principe de la force du collectif semblant annihiler toutes différences de fonctions, de rapports de pouvoirs ou de systèmes hétérogènes de valeurs, prévenant ainsi l'émergence de conflits.

Le cadre n°3 se situe à l'interface de ces deux démarches, entre une éthique de responsabilité et une sagesse pratique. En effet, l'approche individuelle soignante est valorisée selon les notions d'altérité, de réciprocité et d'engagements décrits dans le concept du soin. L'approche singulière du soignant expliquée par le cadre renvoie à Philippe SVANDRA qui la définit comme « *relation interindividuelle de nature singulière*¹⁸³ », l'authenticité liée à l'intimité du lien créée par le « *face à face*¹⁸⁴ » appelant « *au sens premier d'un engagement soignant éthique*¹⁸⁵ ». L'intersubjectivité dans cette relation qui permet au soignant selon le cadre « *d'être un peu plus soi-même* » relève de ce que Paul RICOEUR¹⁸⁶ définit comme « *la promesse* » dans l'altérité, celle de « *l'obligation de se maintenir soi-même* » et de se reconnaître « *soi-même en tant qu'autre* ». En revanche le cadre évoque des conséquences possibles des approches singulières sur la dynamique de groupe. L'approche individuelle risque d'impacter l'approche commune de l'équipe, et sans toutefois trancher, le cadre suggère : « *il faut quand même penser qu'on collabore, on fait ensemble* », rejoignant Philippe SVANDRA¹⁸⁷ dans le concept du soin, lorsque sont évoquées « *la prudence* » et « *la sagesse pratique* », c'est-à-dire permettre une certaine créativité dans le soin, mais en considérant la prise de décision et l'action de manière juste, en évaluant les conséquences pour le patient, pour l'équipe, et pour le soignant lui-même « *comme un autre*¹⁸⁸ ».

3.3.6 Le management personnalisé et fédérateur des cadres de santé

L'engagement individuel soignant semble se situé dans un lien de réciprocité avec la cohésion d'équipe, le groupe étant soit une ressource pour l'individu, soit puisant dans la singularité des approches, selon les modalités de partage et de communication initiées ou

¹⁸³ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

¹⁸⁴ LEVINAS Emmanuel (2006).- **Altérité et transcendance**.- préface de Pierre HAYAT.- Paris : Librairie Générale Française.- p.12.

¹⁸⁵ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

¹⁸⁶ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- 424p.

¹⁸⁷ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie**.- Paris : Seli Arslan.- p.132.

¹⁸⁸ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre**.- Paris : Edition du Seuil.- 424p.

soutenues par le cadre de santé. Les différences d'orientations semblent être issues des expériences professionnelles et des conceptions des cadres de santé, leur démarche visant au développement individuel et/ou collectif, en hiérarchisant au travers de leurs valeurs l'un ou l'autre, selon la situation de soins, et les responsabilités de tous envers le patient.

Le dernier axe abordé lors des entretiens avec les cadres de santé a semble-t-il permis l'expression d'eux-mêmes, en tant qu'individu au travers de la notion d'altérité, par rapport à leur identité professionnelle, leurs valeurs, mais aussi en tant qu'acteur engagé dans la prise en charge du patient et dans l'accompagnement d'une équipe. La double responsabilité émerge ainsi au travers de leurs pratiques managériales, relatives à un management alliant approches personnalisées et collectives. La convergence de la relation analogique analysée supra entre cadre-soignant et soignant-soigné, et cette double responsabilité permet de mettre en avant un lien possible avec le concept du soin, en particulier l'approche de Philippe SVANDRA¹⁸⁹, avec les notions de « *devoir* », et d'« *obligation* ».

La conception de l'engagement individuel du soignant générateur du développement individuel et collectif est décrite par 3 des cadres, le cadre n°3 exprimant la nécessité de prendre en compte l'identité personnelle du soignant, ses motivations sources de son engagement, et les facteurs individuels et collectifs, comme « *composer avec les différences de chacun* », qui expliqueraient « *au contraire pourquoi c'est usant* ». Un paradoxe est ainsi mis en exergue : la pluralité des approches permet de considérer l'individu à part entière, cependant elle peut également être néfaste sur la dimension motivationnelle à l'origine de l'engagement individuel, altérant le lien social entre les membres de l'équipe, et ainsi entraver la cohésion du groupe. La pluralité des approches est ambivalente, car induit toutefois une ouverture au champ des possibles, le cadre expliquant que « *les autres avec leur propre manière d'être, de penser, peuvent ainsi créer des ouvertures* ».

Le croisement des différentes identités personnelles, sociales et professionnelles est donc perçu comme constructif pour la dynamique identitaire individuelle et collective, suggérant une connotation positive pour la prise en charge du patient. Cette perception rejoint ainsi Michel VIAL¹⁹⁰, car le soignant peut se distancer de ses valeurs individuelles,

¹⁸⁹ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique**.- Paris : Estem.- p.63.

¹⁹⁰ VIAL Michel, **Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser**, *Soins Cadres*, n° 53.- février 2005.- pp.29-30.

« ces croyances qui assurent [...] une clôture identitaire du sujet », l'ouverture par les autres membres de l'équipe s'expliquant par le fait que « le travail sur les valeurs consiste à les « dénaturiser » et conduit à la prise de conscience que ce n'est pas le fait d'être différents qui nous octroie mille possibilités de différences. On peut travailler le pluriel qui nous constitue [...] » parce qu'il ouvre sur différents « angles de prise de vue pour tenir dans la professionnalité ».

L'engagement individuel au sein de la pluralité des approches est représenté au travers du concept du soin et la notion d'altérité, et du concept de réflexivité. La relation implicite évoquée par cette partie des cadres est envisagée au regard du soignant vis-à-vis de son engagement pour le patient dans le soin, dans sa profession, en lien avec la notion évoquée par Philippe SVANDRA caractérisant dans le soin un lien d'humanité et d'universalisme par les questions de « don contre-don¹⁹¹ » et de « l'intentionnalité¹⁹² ». Le champ se situe ainsi dans le respect du principe de liberté et de dignité, pour le patient comme pour le soignant.

Pour l'autre partie des cadres, c'est l'esprit fédérateur de l'équipe qui permet à chacun de s'engager individuellement. L'engagement individuel soignant semble ici représenter le lien social au sein du groupe comme motivant l'engagement de l'individu, la dynamique identitaire se construisant de l'identité professionnelle vers une identité collective. L'engagement du soignant trouve sa motivation d'origine dans l'équipe, et l'ouverture à la pluralité des approches peut aussi paradoxalement être envisagée par ces cadres, le fonctionnement de l'équipe étant d'ailleurs décrit par le cadre n°5 sur les principes d'égalité et d'équité, lorsqu'il signifie « quand il y en a une qui fait une formation, elle est en charge de le passer aux collègues, [...] elles sont engagées et ça aide pour la cohésion ». Ce fonctionnement rappelle le concept d'équipe et la norme de conduite sociale nécessaire à la cohésion du groupe. Paradoxalement, le cadre soutient la complémentarité de chaque individu dans l'équipe, car ce sont « les différences qui font cette cohésion » et « les regards neufs c'est pointer, et tout le monde participe ».

Quand bien même la totalité des cadres s'accordent sur le fait que l'engagement individuel impacte sur la cohésion d'équipe, qu'il soit ou non situé dans la pluralité des approches, des divergences existent car l'engagement individuel du soignant n'est pas représenté de façon homogène et n'aurait ni les mêmes sources, ni les mêmes origines en

¹⁹¹ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.-p.84.

¹⁹² *Ibidem.* pp.75-76.

fonction des cadres, l'hétérogénéité des conceptions et des pratiques managériales des cadres semblant être en corrélation avec leur parcours professionnel, et donc leurs valeurs et la construction de leur identité professionnelle. Les cadres de santé décrivent ainsi leurs pratiques de terrain au sein des paradoxes du quotidien, entre management situationnel, éthique et délégatif, accompagnant les soignants en s'appuyant sur des leviers managériaux institutionnels ou personnalisés.

Les cadres de santé décrivent ainsi différents leviers au travers desquels ils se positionnent au regard de la question de l'engagement individuel professionnel face à la cohésion d'équipe. Les 3 cadres de santé valorisant l'intégration des approches individuelles semblent accompagner l'individu pour permettre un sentiment de reconnaissance favorisant un ancrage dans son identité sociale et professionnelle, cette reconnaissance devenant un potentiel fédérateur pour l'équipe, rejoignant le concept d'équipe et la théorie de Claude FLAMENT¹⁹³. Cette approche précise la réalisation de l'équilibre de la dynamique groupale grâce aux canaux de communication, notamment celui des besoins interpersonnels. La psychologie sociale étaye également le fondement de la démarche de ces cadres par la considération des forces de « *nature socio-émotionnelle* ¹⁹⁴ » qui fondent aussi la cohésion de l'équipe. La reconnaissance individuelle est un but commun pour ces cadres, mais fait l'objet de pratiques managériales hétérogènes, fondées sur leurs expériences professionnelles, leurs valeurs et leur propre conception de leur place et de leur rôle vis-à-vis de l'équipe. Le cadre n°1, qui conçoit une approche collective interdisciplinaire légitimant une qualité de prise en charge basée sur l'expertise, situe la notion de développement personnel et professionnel en lien avec celle de reconnaissance individuelle au travers de « *l'évaluation des compétences* », rejoignant Marie-Thérèse GRAVELEAU qui situe la responsabilité éthique du cadre pouvant permettre d'intégrer le soignant « *dans un projet collectif en tant qu'acteur légitime, c'est-à-dire qu'il puisse mobiliser ses compétences* ¹⁹⁵ ». Le cadre n°3 quant à lui reconnaît l'individu seul, en collaboration et parmi le groupe, au travers d'un « *agir communicationnel* ¹⁹⁶ », selon la démarche éthique de Marie-Thérèse GRAVELEAU, par « *une distance suffisamment bonne pour reconnaître la singularité de la demande* »,

¹⁹³ LEDESMA Enrique, *La dynamique de groupe*, Master Management et Santé-EU 5.5, novembre 2011.

¹⁹⁴ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*.- 4ème édition.- Paris : Dunod.- p.43.

¹⁹⁵ GRAVELEAU Marie-Thérèse, *Le souci d'autrui : une responsabilité éthique*, avril 2009, Espace éthique APHP, [Consulté le 23/03/12].-<http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=346>.

¹⁹⁶ SVANDRA Philippe (2009).- *Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie*.- Paris : Seli Arslan.-p.129.

connotant « *un engagement éclairé vis-à-vis de l'autre*¹⁹⁷ ». Par le fait d' « *aider l'équipe ou le soignant tout seul à désamorcer, prendre un temps d'arrêt et partager* », ce cadre de santé rejoint le modèle initiatique de Maela PAUL, décrit par Pascale CRISTOPHANI¹⁹⁸, qui « *vise le changement intérieur de la personne à travers la relation* », pour permettre l' « *intégration dans une communauté* ». Le cadre de santé n°4 réalise le même accompagnement, en précisant « *pour initier les choses pour que tout le monde trouve sa place* », les entretiens annuels individuels étant pour lui un levier s'ils sont croisés à une évaluation quotidienne, pour cibler les identités individuelles, sociales et professionnelles, afin de « *savoir qui s'investit dans quoi* ».

Les deux cadres de santé appuyant la force de l'équipe comme une source d'engagement individuel, décrivent des leviers similaires au regard de l'alternance d'approches individuelles et collectives, mais présentent des finalités différentes. Ainsi pour le cadre n°2 l'entretien individuel annuel lui permet de réaffirmer l'intégration de l'individu dans une identité collective et de souligner la ressource que constitue l'équipe. Le cadre n°5 s'appuie sur la mobilité, pour développer un sentiment d'appartenance au collectif, « *pour que chacun puisse se sentir professionnel dans une grosse équipe* », représentant un levier de cohésion pour préserver des conflits car « *évite les clivages* ». Le professionnalisme et la polyvalence demandés par la mobilité semblent démontrer que le cadre considère l'engagement de l'individu dans sa profession et envers les autres membres de l'équipe, le développement personnel et professionnel pouvant passer par une meilleure connaissance de soi au travers de la multiplicité des expériences vécues relatives à la mobilité.

¹⁹⁷ GRAVELEAU Marie-Thérèse, **Le souci d'autrui : une responsabilité éthique**, avril 2009, Espace éthique AHP, [Consulté le 23/03/12].-<http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=346>.

¹⁹⁸ CRISTOPHANI Pascale, **Valoriser l'art soignant dans un contexte d'efficience : un enjeu majeur pour le cadre de santé en gériatrie**, samedi 19 juin 2010, [consulté le 23/03/12].-<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article418>>.

3.4 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Une synthèse de l'analyse précédente contribue à clarifier les éléments pertinents selon leur convergence ou leur divergence, permettant d'apporter des réponses relatives à la question de recherche qui est, pour rappel :

En quoi le cadre de santé favorise-t-il la cohésion d'équipe tout en valorisant l'engagement individuel professionnel infirmier au sein de la pluralité des approches soignantes?

La conception des cadres de santé relative au concept du soin s'exprime pour tous au travers d'une prise en charge holistique du patient, selon leur positionnement d'encadrant au sein de l'institution, indépendamment de leur ancienneté dans la fonction cadre, et au regard de leur activité évocatrice d'une articulation entre une logique gestionnaire et une logique soignante. Une convergence est également relevée, relative aux valeurs suggérées ou exprimées par les cadres, car tendent vers le respect, l'universalisme et le professionnalisme, priorisant une approche collective.

Des divergences sont cependant soulevées, relatives à une logique soignante issue de leur filière d'origine. L'hétérogénéité des expériences professionnelles en tant qu'infirmière semble être une cause de divergence, par la diversité des représentations du rôle infirmier, liée aux disciplines au travers desquelles les identités professionnelles se sont construites. Une divergence se situe entre les cadres de santé ayant exercés en tant qu'infirmière en soins généraux, mettant en avant l'ambiguïté du rôle infirmier partagé entre le « *cure* » et le « *care* », ce dernier allant de l'empathie au management affectif, et restant équivoque concernant les bénéficiaires, qui peuvent être le patient, le soignant et l'équipe. Une autre divergence est relevée entre ces cadres et le cadre de santé ayant une longue expérience dans une spécialité d'une importante technicité opacifiant la relation réelle avec le patient, et caractérisée par un lien communautaire fort. La divergence s'établit ainsi entre les cadres relevant une dimension relationnelle dite de « *sollicitude* » dans l'approche soignante, alors que le cadre de santé ayant longtemps exercé en bloc opératoire éprouve des difficultés pour relier le prendre soin à sa pratique antérieure, par ce qu'elle estime une brièveté des contacts soignants-soignés limitant la communication. Cette limite peut signifier une conception tacite du prendre soin dans sa dimension relationnelle, ce qui permet de nuancer la divergence relevée.

L'approche soignante semble donc prégnante dans les conceptions de la majorité des cadres de santé, et peut toucher les représentations de leur fonction, au travers de leurs valeurs individuelles, qui personnalise leur positionnement et leur management. Les divergences se situent alors au croisement des logiques soignantes et managériales, avec une prédominance pour l'une ou pour l'autre, et semblent liées à l'hétérogénéité des expériences professionnelles ainsi qu'aux valeurs qu'ils portent au travers des accompagnements. La question de la responsabilité du cadre est suggérée par rapport à une posture alternative, entre distanciation et proximité avec l'équipe soignante, et privilégiant pour la majorité une approche collective.

La posture ambivalente de proximité et de distance peut faire l'objet d'une analogie avec la juste distance et l'empathie présente dans la relation soignant-soigné. La majorité des cadres expliquent cette proximité qui peut aller jusqu'à la fusion temporaire, hormis le cadre de santé ayant une conception différente du soin, basée sur une approche collective aux travers de leviers managériaux et institutionnalisés, afin de créer ou préserver des normes conciliatrices de valeurs individuelles et communes. Une conduite homogène collective soignante en revanche semble ainsi recherchée par tous les cadres, et certains considèrent la part d'autonomie du rôle propre infirmier comme un potentiel de partage de valeurs et de conceptions du soin.

Un prendre soin de l'équipe pour prendre soin du patient émerge par l'implication des cadres dans les décisions communes, suggérant une forme de reconnaissance des soignants au travers d'un engagement dans leurs pratiques professionnelles. Cette transposition de la conception du soin dans les pratiques managériales relève d'une approche humaniste qui est probablement liée aux valeurs et aux expériences professionnelles des cadres ayant fondé leur identité professionnelle. En ce qui concerne la distanciation du cadre avec l'équipe, elle s'explique au regard de sa responsabilité, mais aussi pour instaurer une démarche réflexive questionnant les approches soignantes, pour tous les cadres sauf pour le cadre de santé issu d'une filière spécialisée.

La part de liberté et les limites concernant l'autonomie de l'infirmière dans le champ du rôle propre soulève des divergences de conceptions liées aux représentations hétérogènes du rôle de l'infirmière. L'unique convergence entre les cadres est celle relative

à une représentation collective de l'autonomie, en lien avec leur posture d'encadrant et leur conception d'une approche collective de la prise en charge du patient. En revanche la représentation individuelle divise malgré une conception majoritairement homogène du soin. Le rôle propre infirmier pour certains cadres est valorisé, et la part de liberté permet d'accéder au développement individuel et professionnel par l'expression de l'engagement individuel conduisant à la réalisation de soi et à une reconnaissance sociale, soit grâce à la dimension relationnelle du soin, soit par la mobilisation de compétences spécifiques.

La prise d'initiative est valorisée par tous les cadres, convergents vers la même limite : celle de prioriser une démarche commune et cohérente pour la prise en charge du patient. Les pratiques managériales évoquées alors divergent, et suggèrent pour une partie des cadres une posture et un style de management placés au cœur de cette limite, en lien avec leur propre conception du positionnement cadre, de la responsabilité et leurs valeurs. Ainsi les cadres ayant précédemment décrit une importante proximité auprès des soignants évoquent un management par le sens et des postures de médiateurs, de formateurs et d'initiateurs pour une démarche de réflexivité limitée et un consensus où la décision sera légitimée par l'expertise. L'autre partie des cadres ayant évoqués un management plus à distance décrivent une autorégulation de l'équipe, suggérant une relation de confiance et une volonté de respect de l'autonomie du groupe fondée sur une identité collective suggérée comme forte, soit pouvant créer peu d'espace à la pluralité des approches, soit permettant une part d'initiative individuelle circonscrite par l'équipe. Un lien de réciprocité est donc mis en avant, entre la relation cadre-équipe et le management du cadre, qui s'adapte à la dynamique du groupe, tout en personnalisant son style selon ses valeurs.

Les approches singulières individuelles soignantes s'intègrent au projet de soins élaboré selon une démarche collective pour l'unanimité des cadres de santé. La démarche managériale pour cette intégration divise les cadres selon l'acteur intervenant. Ainsi les cadres valorisant la part d'autonomie du rôle propre infirmier, et la marge de liberté qui peut y être exploitée, favorisent la prise en compte de la démarche individuelle soignante en posant un cadre de référence, pour l'inclure selon la situation de soins à une démarche collective. L'approche individuelle soignante personnalise le soin, et permet l'authenticité dans la relation au patient, source d'amélioration de la qualité des soins, d'engagement individuel professionnel, et de réalisation pour le soignant. Les cadres interviennent auprès de l'équipe pour le partage de la pluralité des approches au travers d'un management

éthique. L'autre partie des cadres concernent ceux ayant une conception de l'autonomie généralisée à l'équipe, en lien avec leurs valeurs fondées sur la priorisation d'une démarche collective menée par des équipes s'autorégulant. Ces cadres favorisent l'adaptation et l'adhésion des valeurs individuelles aux normes du groupe, l'approche collective restant le cadre de référence basé sur les principes d'union et de collaboration, pour soutenir un lien social fédérateur garant de la qualité et de la cohérence de la prise en charge. Un cadre reste à l'interface de ces deux types de démarches, en lien semble-t-il avec la diversité de ses expériences professionnelles (cadre n°3) : l'engagement individuel soignant est perçu au sein d'une approche singulière à valoriser, mais la responsabilité relative à des principes de conséquentialisme et de réflexivité sur le jugement individuel menant à la prise de décision, se rapprochant ainsi d'un style de management éthique.

Confronter à leurs pratiques face à la possibilité émise d'un management permettant de valoriser l'engagement individuel infirmier et de favoriser la cohésion d'équipe, les cadres suivent les mêmes orientations relatives aux démarches précédemment analysées, le cadre de santé se situant alors à l'interface des deux autres cadres s'est positionné, parmi les cadres qui s'impliquent, pour soutenir l'approche singulière soignante.

En ce qui concerne les cadres de santé ayant une conception de l'engagement individuel soignant favorisant le développement professionnel individuel et collectif, leurs pratiques managériales décrivent un management personnalisé tourné vers l'individu et l'équipe. Les leviers sur lesquels s'appuient les cadres et leur positionnement suggèrent une démarche voulue fédératrice au travers de l'ouverture sur les différences et la pluralité des approches, fondée sur des principes de liberté, et de dignité. Ce management personnalisé est probablement lié à une volonté pour le cadre de transmettre les valeurs qu'il porte, en lien avec son identité professionnelle et sa conception du soin.

La divergence concernant les autres cadres s'appuie sur une pratique managériale soutenant le lien fédérateur de l'équipe, la cohésion permettant à chacun de s'engager individuellement. Cet engagement trouve sa source motivationnelle dans l'équipe, qui reste, pour un des cadres, ouverte à la pluralité des approches au regard d'une conception de la cohésion fondée sur la complémentarité comme facteur de développement professionnel collectif.

Enfin une hétérogénéité des styles de management est relevée, chaque cadre décrivant des leviers différents, de l'évaluation des compétences à l'entretien individuel, en lien avec leurs valeurs individuelles et leur parcours professionnel. Les cadres de santé au travers de leur management suggèrent des conceptions personnelles sur l'engagement individuel professionnel et la cohésion d'équipe au regard de leurs sources, de leurs conséquences, et des éléments pouvant les impacter. Chaque cadre de santé situe ainsi différemment son rôle et sa place, pour s'engager dans la recherche d'une qualité optimale de la prise en charge du patient, selon le principe de responsabilité envers l'autre.

3.5 DE L'ANALYSE A LA QUESTION DE RECHERCHE

Favoriser la cohésion d'équipe tout en valorisant l'engagement individuel professionnel infirmier semble réalisable par la majorité des cadres de santé. Au quotidien, l'accompagnement du soignant et de l'équipe peut relever soit d'un défi, soit d'une priorité relative à la construction du lien social entre tous. L'engagement individuel ne doit pas altérer ce lien social, s'il relève d'approches singulières isolées, mais devenir une ressource pour l'individu, et pour la majorité des cadres de santé surtout pour l'équipe qui reste une force majeure pour garantir la qualité de la prise en charge du patient.

Des éléments de réponses viennent ainsi clarifier la possibilité pour un cadre de santé d'allier la reconnaissance individuelle et collective, par un management aux pratiques hétérogènes relatives à leur construction identitaire professionnelle, à leurs savoirs, à leurs compétences, mais également à leur créativité.

3.6 LES LIMITES DE L'ENQUETE

Questionner les cadres de santé au regard de leurs conceptions sur leur place et leur rôle dans l'accompagnement d'une équipe au travers des démarches soignantes singulières et collectives permet de révéler le lien de réciprocité existant entre tous, qu'il s'agisse de la relation cadre-soignant, entre soignants, et avec le patient.

Une première limite est alors soulevée, car l'enquête se porte sur les regards des cadres de santé, exploitant alors une seule dimension relative à ce lien de réciprocité. Hors, questionner les soignants sur la diversité des approches soignantes, leurs propres conceptions de l'engagement individuel professionnel, de leur rôle au sein d'une équipe,

ainsi qu'échanger autour de leurs expériences concernant l'accompagnement du cadre de santé, aurait semble-t-il permis de croiser les points de vue, et d'approfondir d'avantage l'analyse au regard de la corrélation ou des divergences qui auraient été mises en exergue.

La réalisation d'entretiens avec les soignants aurait peut-être également permis d'apporter des éléments de réponses pertinents quant aux hypothèses émises, en étant complétée d'une observation de terrain, notamment par rapport au cadre de santé n°2. La limite du champ d'enquête posée au préalable prévoyait des entretiens avec des cadres de santé exerçant hors d'un domaine spécialisé. L'expérience professionnelle étant une notion transversale croisée avec les échanges autour des conceptions personnelles et professionnelles des cadres de santé, elle semble en réalité devoir être prise en compte lors du choix de la population, permettant de réaliser l'enquête soit par des guides différemment construits, afin d'anticiper les difficultés possibles, soit par un nombre plus important d'entretiens.

La dernière difficulté qui constitue une limite à l'enquête, et notamment à l'approfondissement de l'analyse, se situe au regard de l'apprentissage de la position de chercheur. Cette posture d'extériorité est relativement complexe lorsqu'il s'agit de questionner les valeurs et les conceptions des professionnels en les croisant aux pratiques managériales décrites. La question de l'intersubjectivité s'est posée, demandant une distanciation constante tout au long de la réalisation des premiers entretiens, le traitement des données et l'analyse ayant ensuite permis d'appréhender une posture de recherche indispensable au croisement de la théorie et des éléments empiriques.

4 MES PERSPECTIVES PROFESSIONNELLES

« Agis de telle sorte que tu traites l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne de tout autre toujours en même temps comme une fin, et jamais simplement comme un moyen ». Emmanuel KANT.

L'accompagnement d'une équipe soignante, pour un cadre de santé, reste à mon sens un défi à relever, en tant que preuve de son propre engagement envers l'Autre, pour ensemble mieux appréhender les incertitudes liées à un environnement en perpétuel

changement. Cet engagement relève d'une part de l'approche Kantienne plaçant la morale au regard de la responsabilité juridique du cadre, et d'autre part de la « *sagesse pratique* » en lien avec sa responsabilité éthique déontologique. La prudence qui découle de ses responsabilités permet au cadre de questionner l'intentionnalité de l'action, pour garantir au patient une prise en charge adaptée au plus près de ses besoins, et accompagner les soignants à s'approprier une démarche de questionnement individuel et collectif, pour que prendre soin conduise à se projeter en tant qu'individu singulier responsable de l'autre, dans la relation au patient, ainsi qu'avec les autres membres de l'équipe. Ainsi engagée avec le cadre de santé par ce lien d'humanité, l'équipe soignante devient alors une ressource pour chacun, permettant la reconnaissance de l'autre, et par l'autre, la reconnaissance de soi.

Ma conception du rôle de cadre de santé se fonde ainsi sur une posture d'accompagnateur vers la distanciation des pratiques professionnelles, pour permettre à l'équipe de s'ouvrir au champ des possibles, dans l'acceptation des différences de l'autre, et ainsi de décider ensemble d'une démarche commune responsable, avec et pour le patient. Cette posture implique pour le cadre de santé d'explicitier sa démarche auprès de l'équipe pluridisciplinaire, mais également de partager régulièrement sur sa propre pratique managériale avec ses pairs, et sa hiérarchie, tout en conservant une objectivité au quotidien sur son environnement. Le questionnement de l'autre peut ainsi contribuer par les critiques constructives à améliorer sa pratique, à évaluer l'accompagnement mis en œuvre, pour pérenniser l'authenticité d'un management éthique autour d'une démarche réflexive.

Afin de mener cette démarche, le cadre de santé doit faire preuve d'adaptabilité, car quand bien même son style de management s'imprègne de ses valeurs, rechercher au sein de l'équipe une ouverture aux représentations de l'autre nécessite que lui-même fasse preuve d'exemplarité, en n'encadrant pas uniquement selon ses propres conceptions et valeurs en jeu au sein de situations singulières, qu'elles concernent le patient ou les soignants. Le cadre de santé, par un positionnement de proximité ou de distance, vise une évolution de l'équipe vers une autonomie, permettant le développement d'un lien de confiance, pour favoriser la convergence de tous vers des valeurs communes, comme le respect et la tolérance.

La liberté dans la pratique professionnelle représente pour moi un espace dans lequel le soignant peut exploiter sa créativité, et au travers des actions et de la relation établie avec l'autre, il accède à ses sources personnelles de motivations, qui lui permettent de se réaliser par l'apprentissage de la connaissance de soi. Pour le cadre de santé, il s'agit alors de révéler des savoirs tacites et les compétences de chacun, et de les partager dans le cadre de l'équipe élargie à l'interdisciplinarité. Pour accompagner les professionnels vers une démarche d'implication, de professionnalisation et valorisante, le cadre de santé initie et veille à perpétuer une culture de réflexivité, au travers de réflexions communes basées sur une collaboration des soignants et un partenariat interdisciplinaire, autour du projet de soins personnalisés du patient.

Ainsi, en tant que cadre de santé, accompagner une équipe revient à tous s'inscrire dans un « *savoir devenir* », ce qui nécessite de prendre en compte l'engagement individuel professionnel, de favoriser la cohésion du groupe en facilitant le développement de la communication entre les soignants, dans un champ élargi à l'interdisciplinarité, de soutenir et de s'inscrire dans un processus dynamique réflexif, afin d'orienter l'équipe vers la mise en œuvre d'une démarche de soins porteuse de sens pour le soigné, comme pour le soignant.

Conclusion

La dynamique de changement inhérente à la transformation de l'hôpital rend complexe la visibilité du champ d'actions du cadre de santé, car situé à l'interface de logiques différentes, voire contradictoires. Déterminer une valeur aux soins peut générer des tensions auprès des défenseurs des valeurs du soin, et accompagner les équipes soignantes dans ce contexte relève d'une utopie pour certains cadres, ou d'un défi quotidien pour d'autres.

Pourtant, quand bien même les missions du cadre de santé s'inscrivent dans une logique d'efficacité aujourd'hui incontournable, il n'en demeure pas moins que le patient-usager attendra au travers de la qualité et de la sécurité des soins une considération de sa personne dans sa globalité. Cette demande de singularité se réalise auprès des soignants, qui s'engagent à y répondre en mobilisant leurs compétences, selon une approche imprégnée de leurs valeurs, de leur engagement individuel.

Devant la pluralité des approches soignantes, le cadre de santé occupe une place déterminante pour fédérer l'équipe autour d'une démarche commune, mais son positionnement questionne sur la valorisation de l'engagement du soignant en tant qu'individu. Il s'agit alors de se tourner vers les concepts théoriques pouvant expliciter cet engagement qui se vit plus qu'il ne peut être décrit, individuellement, et au regard de la dynamique de groupe, de l'Autre.

Le positionnement du cadre de santé est alors interrogé par une enquête de terrain, décrivant des pratiques managériales hétérogènes relevant plusieurs leviers et différentes postures, en lien avec les identités professionnelles, les conceptions et les valeurs professionnelles des cadres de santé. Le management peut-être personnalisé au regard de l'engagement individuel, mais pour tous les cadres de santé, la cohésion d'équipe par une approche collective et un projet de soins commun est prioritaire, demeurant ainsi une source d'engagement. Les styles de management sont différents et personnalisés, mais une convergence réunit la majorité des cadres de santé au sujet d'une nécessaire alternance entre proximité et distanciation par rapport à l'équipe, permettant pour certains cadres d'accompagner les soignants dans une démarche réflexive, sur leurs pratiques professionnelles.

Cet accompagnement permet aux professionnels de construire une démarche collective par le sens de l'action, valorisant l'engagement individuel et collectif.

Développer un tel processus au sein des organisations soignantes, soulève la question de l'appui potentiel que pourront représenter l'accueil et l'accompagnement des infirmiers nouvellement diplômés très prochainement. Les futurs professionnels sont en effet formés au travers d'un nouveau référentiel¹⁹⁹ depuis 2009, croisant l'acquisition des compétences, et un apprentissage fondé sur une pédagogie socioconstructiviste appelant à la réflexivité. Dans la projection du « savoir devenir », le cadre de santé pourrait-il faciliter leur intégration au sein de l'équipe en les impliquant dans la mise en œuvre d'une démarche réflexive commune ?

¹⁹⁹ **Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.**- BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009.- pp 246-383.- [consulté le 11/05/12].-< http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009.pdf>.

Bibliographie

OUVRAGES

- ❖ BESANCENEY Jean- Claude (dir.) (1996).- **L'éthique et les soignants.**- Paris : LAMARRE, 170p.
- ❖ BLOESS Françoise, ETIENNE Jean, NORECK Jean-Pierre, ROUX Jean-Pierre (2004).- **Dictionnaire de sociologie.**- 3^{ème} édition.- Paris : Hatier.- 488p.
- ❖ COLLIERE Marie-Françoise (1982).- **Promouvoir la vie : De le pratique des femmes soignantes aux soins infirmiers.**- Paris : Masson.-391p.
- ❖ COLLIERE Marie-Françoise (2001).- **Soigner...Le premier art de la vie.**-2^{ème} édition.- Paris : Masson.- 456p.
- ❖ DE HENNEZEL Marie (2005).- **Le souci de l'autre.**- Paris : Pocket Robert Laffont.- 192p.
- ❖ DUBAR Claude (1991).- **La socialisation : Construction des identités sociales et professionnelles.**- Paris : Armand Colin.- 278p.
- ❖ FISCHER Gustave-Nicolas (2010).- **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale.**- 4^{ème} édition.- Paris : Dunod.- 318p.
- ❖ HESBEEN Walter (1997).- **Prendre soin à l'hôpital : inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante.**- Paris : Masson.- 195p.
- ❖ LEVINAS Emmanuel (2006).- **Altérité et transcendance.**- Paris : Librairie Générale Française.- 186p.
- ❖ RICOEUR Paul (1990).- **Soi-même comme un autre.**- Paris : Edition du Seuil.- 424p.
- ❖ SAINSAULIEU Renaud (1977).- **L'identité au travail : les effets culturels de l'organisation.**- 2^{ème} édition (1985).- Paris : Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques.- 480p.
- ❖ SVANDRA Philippe (2009).- **Eloge du soin : Une éthique au cœur de la vie.**- Paris : Seli Arslan.- 284p.
- ❖ SVANDRA Philippe (2009).- **Le soignant et la démarche éthique.**- Paris : Estem.- 143p.
- ❖ VEGA Anne (2000).- **Une ethnologue à l'hôpital : l'ambiguïté du quotidien infirmier.**- Paris : Editions des archives contemporaines.- 212p.

CHAPITRES D'OUVRAGE

- ❖ ARENDT Hannah (1983).- **Condition de l'homme moderne**.- Paris : Calmann-Lévy.- p.207.- (Collection Pocket- agora).
- ❖ DUBAR Claude.- (1994), **Identités collectives et individuelles dans le champ professionnel**, in : DE COSTER Michel, PICHAULT François, *Traité de sociologie du travail*.- Bruxelles : De Boeck.- p 377-378.

DICTIONNAIRE ET ENCYCLOPEDIE

- ❖ DICTIONNAIRE LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2012 (2011).- Edition limitée.- Paris : Larousse.
- ❖ ENCYCLOPEDIA UNIVERSALIS, corpus 23, *valeurs*, section philosophie, p 296.

ARTICLES DE REVUES

- ❖ DE TILLY Marine, **Pierre Bourdieu sociologue de combat**, *Le point Références*, septembre-octobre 2011, p 64.
- ❖ DORTIER Jean-François, **L'œuvre de Pierre Bourdieu**, *Sciences Humaines*, hors-série, n°15, février/mars 2012, p5-6.
- ❖ PSIUK Thérèse, **Du raisonnement clinique à la pratique infirmière**, *Soins*, n° 750, Novembre 2010, pp.17-20.
- ❖ VIAL Michel, **Travailler les valeurs professionnelles ou comment se professionnaliser**, *Soins Cadres*, n° 53.- février 2005.- p29-30.

COURS

- ❖ LEDESMA Enrique, **La dynamique de groupe**, Master Management et Santé-EU 5.5, novembre 2011.

TEXTES LEGISLATIFS

- ❖ Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code Version consolidée au 08 août 2004>.- [Consulté le 14 mai 2012].- < <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>> et <<http://www.infirmiers.com/profession->

[infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html](#)>.

- ❖ Arrêté du 31 juillet 2009 relatif au diplôme d'Etat d'infirmier.- BO Santé – Protection sociale – Solidarités no 2009/7 du 15 août 2009.- pp 246-383.- [consulté le 11/05/12].- < <http://www.sante.gouv.fr / IMG/pdf/ arrete du 31 juillet 2009.pdf>>.
- ❖ Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s et Annexe de la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990.-Fiche métier « *cadre de santé d'unité de soins* ».- [Consulté le 21 février 2012]. <<http://www.metiersfonctionpubliquehospitalieresante.gouv.fr /pdf/metier.php? idmet =27>>.
- ❖ Circulaire DGS/PS3/DH/FH1 n°96-31 du 19 janvier 1996, relative au rôle et aux missions des aides-soignants et des auxiliaires de puériculture dans les établissements hospitalier.- [Consulté le 21 /01/12].- <<http://www.aidesoignant.com /article/ressources /legislation/as/legislation>>.
- ❖ Code international de déontologie de la profession infirmière existe depuis 1953 et révisé en 2005, [consulté le 14 mai 2012].-< <http://www.sbk-asi.ch/webseiten/francais/7service-f/pdf/icncodef.pdf>>. Un projet de code de déontologie a été validé le 09/02/10 par le Conseil National de l'Ordre Infirmier.-[consulté le 14 mai 2012].-< http://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/pdf projet_code_deontologie_fevrier_2010.pdf />.
- ❖ Haute Autorité de Santé.- Recommandations des bonnes pratiques professionnelles.- [consulté le 23 avril 2012].-<http://www.has-sante.fr / portail/jcms/c_5233/recommandations-de-bonne-pratique?cid=c_5233>.

SUPPORTS ELECTRONIQUES

✓ **DICTIONNAIRES, CITATION ET DOCUMENT**

- ❖ DICTIONNAIRE LE LAROUSSE.-[Consulté le 20/01/12].- < <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais /soin>>.
- ❖ DICTIONNAIRE de Philosophie.- [consulté le 21/03/12].- <<http://la-philosophie.com/autrui-definition-philosophique>>.
- ❖ DICTIONNAIRE des Sciences Humaines.- [consulté le 23/03/12].- < http://www.puf.com/ wiki/ Dictionnaire:Dictionnaire_des_sciences_humaines/R%C3%89FLEXIVIT%C3%89_ET_MODERNIT%C3%89>.
- ❖ CYRULNIK Boris.- novembre 2001.- *Le Courrier de l'Unesco*.- [consulté le 12 janvier 2012]< <http://www.dicocitations.com/citations/citation-71211.php>>.
- ❖ RESUME FICHE DE LECTURE de Donald Alan SCHON (1994).- **Le praticien réflexif. À la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel**.- Montréal : Les Éditions Logiques.-[consulté le 23/03/12].- < <http://societe-et-moeurs.oboulo.com/donald-alan-schon-praticien-reflexif-recherche-savoir-cache-agir-professionnel-66384.html>>.

✓ ARTICLES

- ❖ ALLEMAND Sylvain, **Identités professionnelles : le temps du bricolage**, *Sciences Humaines*, n°114, mars 2001, [consulté le 13/02/12].- <http://www.scienceshumaines.com/articleprint2.php?lg=fr&id_article=1194-article>.-
- ❖ BESSIS Franck, **La théorie de la réflexivité limitée. Une contribution au débat sur l'action entre l'Économie des conventions et la Théorie de la Régulation**, *Cahiers d'économie Politique*, n° 54, 2008/1, pp.27-56.- [consulté le 23/03/12].- <<http://www.cairn.info/revue-cahiers-d-economie-politique-2008-1-page-27.htm>>.
- ❖ BIEMAR Sandrine, DEJEAN Karine, DONNAY Jean, **Un dispositif de formation universitaire pour des enseignants centré sur la co-construction de savoirs et le développement mutuel des chercheurs et des praticiens**, [consulté le 23/03/12].-<<http://tice.det.fundp.ac.be/spip/IMG/doc/Calais-partie-SB-KD-vfF1.doc>>.
- ❖ CARRE Stéphane, CATANAS Marc, HASLEY Franck, RUFIN Frédéric, **Travail en équipe et gestion des conflits : rôle du cadre de santé**, mardi 6 mai 2003, [consulté le 13/02/12],<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article117&lang=fr>>.
- ❖ CRISTOPHANI Pascale, **Valoriser l'art soignant dans un contexte d'efficience : un enjeu majeur pour le cadre de santé en gériatrie**, samedi 19 juin 2010, [consulté le 23/03/12].-<<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article418>>.
- ❖ DROZ Jean-Paul, **Le développement des compétences dans un dispositif hybride de formation, selon les approches praxéologique et située des compétences**, Université de Rouen.- Master 2 sciences de l'éducation, ingénierie et conseil en formation 2008, [consulté le 23/03/12].- <http://www.memoireonline.com/02/09/2009/m_Le-developpement-des-competences-dans-un-dispositif-hybride-de-formation-selon-les-approches-praxeo5.html>.
- ❖ DURAND Charlaïne, **Le rôle des valeurs dans l'activité de soins**, 15 octobre 2007.- [consulté le 12/02/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article332>>.
- ❖ GRAVELEAU M-T, **Le souci d'autrui : une responsabilité éthique**, avril 2009, Espace éthique AHP, [Consulté le 23/03/12].-<http://www.espace-ethique.org/fr/popup_result.php?k_doc_lan_pk=346>.
- ❖ MARCHAND Gilles, **L'Autre. Regards psychosociaux**, [consulté le 21/03/12].- <http://www.scienceshumaines.com/l-autre-regards-psychosociaux_fr_5020.html/>
MOTTA Jean Michel, **Travail en équipe : positionnement du cadre envers « l'Un-dividu » soignant 3ème partie**, vendredi 17/10/2003, [consulté le 13/02/12]. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article156>>.
- ❖ PERRENOUD Philippe, **Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation**, *Cahiers Pédagogiques*, n° 390, janvier 2001, pp.42-45.-[consulté le 23/03/12].- <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2001/2001_02.html>.
- ❖ SAUVIGNET Jacques, **Une éthique infirmière**, mercredi 30 janvier 2008, [consulté le 23/03/12].- <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article371>>.
- ❖ VENAUT Frédéric, **Donner du sens aux valeurs soignantes**, 14 juillet 2003, [consulté le 13/02/12]. <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article142>>.

TABLE DES ANNEXES

- ANNEXE N°1 : GRILLE D'ENTRETIEN.

- ANNEXE N°2 : RETRANSCRIPTION DE L'ENTRETIEN AVEC LE CADRE DE SANTE N°1.

- ANNEXE N°3 : TABLEAU RECAPITULATIF DES PARCOURS PROFESSIONNELS DES CADRES DE SANTE.

GRILLE D'ENTRETIEN MEMOIRE

QUESTIONS ET DECLINAISON DES RELANCES	OBJECTIFS DU QUESTIONNEMENT AU REGARD DE LA QUESTION DE RECHERCHE
<p><i>Quel est votre parcours professionnel ?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ <i>Ancienneté DEI</i> ➤ <i>Ancienneté DCS</i> ➤ <i>Ancienneté dans l'établissement et l'unité</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Connaître les expériences du cadre pour permettre de relier les notions abordées au cadre conceptuel et ainsi comparer et expliciter dans l'analyse les éléments pertinents impliquant l'expérience et une hypothétique différence de pratique managériale.
<p><i>Quel sens donnez-vous au « prendre soin » dans le cadre des Soins Infirmiers ?</i></p> <p><i>Votre conception vous semble-t-elle proche des pratiques professionnelles des équipes soignantes</i></p> <p><i>Si oui pourquoi ? Intervenez-vous ?</i></p> <p><i>Si non pourquoi ? Intervenez-vous ?</i></p> <p><i>Comment ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amener le cadre à s'exprimer sur ses représentations et ses valeurs professionnelles et ouvrir les échanges en s'appuyant sur ses expériences professionnelles infirmières et d'encadrement. ▪ Déterminer le rapport entre la conception individuelle et les similitudes ou différences possibles avec une équipe. ▪ Expliquer la confrontation et/ou l'alliance des approches individuelles et/ou collectives.
<p><i>Dans le cadre du rôle propre infirmier, comment concevez-vous la part d'autonomie et la prise d'initiative exploitée par l'infirmier ? Pour quelle finalité ?</i></p> <p><i>Est-ce un espace de liberté ? de créativité ? d'engagement dans le soin ?</i></p> <p><i>Pour vous existe-t-il des limites à ce champ de pratiques ? Quelle place y occupe le cadre de santé (accompagnement, régulation...) ?</i></p> <p><i>Pourquoi ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Décrire la représentation de l'autonomie et de la prise d'initiative de l'infirmier pour un cadre. ▪ Déterminer l'implication du cadre vis-à-vis du professionnel individuellement et expliquer sa pratique managériale. ▪ Préciser selon la conception du cadre basée sur ses expériences les bénéfices, contraintes ou limites de l'approche individuelle. ▪ Positionner le cadre en faveur ou non d'une démarche individuelle et analyser le lien entre les conceptions défendues et les expériences professionnelles.
<p><i>L'approche individuelle infirmière a-t-elle selon vous un impact/des conséquences sur la prise en charge du patient ?</i></p> <p><i>Sur la cohésion d'équipe ?</i></p> <p><i>et sur le professionnel lui-même ? sur son engagement ? Pourquoi ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Préciser les conséquences positives et/ou négatives pour le patient, pour la cohésion d'équipe et pour le professionnel afin de cibler et permettre une ouverture à d'autres notions possibles que celles abordées dans le cadre conceptuel. ▪ Cibler des éléments étayant des réponses hypothétiques possibles à la question de recherche (à analyser comparativement avec les autres entretiens).
<p><i>Enfin, le cadre peut-il favoriser la cohésion d'équipe et valoriser l'engagement individuel ? Comment ?</i></p> <p><i>La pluralité des approches est-elle compatible avec la cohésion d'équipe ?</i></p> <p><i>Pourquoi ? Quel rôle et quelle place pour le cadre ?</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarifier et dégager la place du cadre entre cohésion d'équipe et engagement individuel. ▪ Expliquer le positionnement du cadre vis-à-vis de l'équipe et de l'intégration de l'individu. ▪ Appréhender d'autres éléments non encore explorés, au regard de la question de recherche.

ENTRETIEN AVEC MME B. W. (CADRE DE SANTE N°1)

➤ (Entretien enregistré, d'une durée d'1H30).

Moi : *Quel est ton parcours professionnel ?*

B. W : Je suis de la filière infirmière, diplômée de 1998. J'ai travaillé en intérim puis en médecine, et en SSR, et je suis ici en pôle gériatrie depuis 2000. J'ai ensuite pris un poste de faisant fonction cadre en 2008, j'ai fait l'IFCS et puis diplômée cadre de santé en 2009. J'encadre depuis les équipes de jour et de nuit d'une unité de court séjour gériatrique.

Moi : *Quel sens donnes tu au prendre soin dans les soins infirmiers en tant que cadre de santé ?*

B. W : C'est la prise en charge globale du patient, c'est-à-dire on va se soucier du patient, de la maladie pour laquelle il est rentré chez nous. Euh... Il y a aussi toute la question de la dimension de l'entourage, aussi à ne pas oublier ! Bon, c'est vrai que je parle au niveau d'un secteur gériatrique, et que si on ne prend pas en compte toutes ces dimensions-là, pour le prendre soin quelque chose va manquer, au niveau du soin. Et le prendre soin c'est vraiment toute l'équipe, c'est interdisciplinaire, et j'ai bien dit « inter » ! Je ne dis pas pluridisciplinaire ! Parce qu'il y a un échange actif entre les personnes, et puis chacun peut vraiment dire son ressenti, et aussi ses propositions en fonction de son métier.

Moi : *C'est donc faire ensemble, penser ensemble, ou se compléter ?*

B. W : Oui tout à fait ! C'est faire ensemble, c'est pour ça que j'ai dit « inter ».
« Pluridisciplinaire » ça signifie que tout le monde est posé l'un à côté de l'autre, mais en fait, y a pas de mise en commun pour un but unique.

(Silence).

Moi : *Est-ce que cette conception a changé par rapport à ton expérience d'infirmière ?*

B. W : Oui ! Par rapport à ma fonction cadre, au mémoire que j'ai fait... (silence) il y a eu aussi ma formation cadre, et le retour ici à ma prise de poste : c'est comme si on observe de l'extérieur ce qui se passe et ce qui s'est passé tout en étant à l'intérieur... (silence).
Mais j'ai oublié pas mal de choses : sur ma façon de faire en tant qu'infirmière ! Je me rappelle quand je faisais mes tours, je ressens un peu la même chose quand je rentre dans les chambres aujourd'hui...

(Silence).

Moi : *Ton identité de cadre te permet une distanciation ?*

B. W : Oui, c'est le fait de pouvoir se dégager, puisqu'on n'est plus tout à fait dans l'équipe, et on doit y être, tout en leur laissant leur autonomie ... en tout cas c'est comme ça que je le ressens !

Moi : *Lors des réunions interdisciplinaires, participes-tu lorsque les soignants évoquent leurs pratiques professionnelles ? Existe-il des éléments sur lesquels tu étais d'accord ou au contraire choquée ?*

B.W : (Silence). Ici les réunions et la participation balbutient encore : au bout de la 6^{ème} réunion les soignants ont encore du mal à s'exprimer ! Les aides-soignantes sont effacées, alors qu'on était partie sur le fait que chacun s'exprime et fasse part de sa manière de prendre en charge, ses observations, ses constats, pour avoir le soin commun. Aujourd'hui les infirmières, pour certaines, arrivent à s'approprier le principe, mais ça fait très cadré parce que je leur ai donné une trame de présentation du patient. Certaines ne sont pas naturelles, elles lisent le dossier informatisé du patient donc elles ne peuvent pas ressortir leurs pratiques, leurs mœurs. Et pour les aides-soignantes, je suis encore obligée de faire l'animateur ! Alors que pour moi, je n'avais pas à prendre ce rôle, il faut que ce soit un partage en commun ! Mais quand je demande : « Quelle dépendance ? Quel type de soin ? », je vois bien qu'elles sont mal à l'aise, elles n'ont pas encore le déclic. Pourtant on a travaillé ces réunions en amont... (Silence). Par contre, les nouvelles infirmières s'y mettent le mieux, font le compte-rendu, alors que les anciennes prennent des notes, et je reprends avec elle tant bien que mal pour faire la synthèse... Cela doit durer 30 minutes sur le temps de transmissions, mais pour le moment on finit une demi-heure plus tard, mais je me tais parce que je ne veux pas les décourager ! (Silence, froncement de sourcils) ;

Tu disais quelque chose qui m'a choquée ? Justement ! La semaine dernière, une aide-soignante était complètement en décalage avec ce qu'on voulait faire pour le patient, elle avait mal compris, j'ai dû la voir après discrètement. C'est difficile pour qu'elles arrivent à s'exprimer alors que les conditions sont souples, dans une ambiance de travail mais détendue. Deux fois par semaine les soignants partagent avec la diététicienne, l'assistante sociale, le kiné, l'ergo, le médecin... mais l'emplacement est peut-être mal adapté, c'est dans la salle de soins... Mais le fait d'être à plusieurs professionnels nous permet d'entendre tous la même chose.

Moi : *Donc tu intervies en fonction du sens que les soignants donnent à la prise en charge du patient ? Tu as une position de discrétion ou tu intervies ?*

B.W : J'essaie de ne pas intervenir et quand elles ont du mal et que les échanges sont finis, je redis les décisions prises en commun, pour que ce soit plus facile pour tout le monde. J'insiste pour que les infirmières fassent un écrit, pour que le projet de soins

complète le projet médical, avec toutes les choses qui ressortent importantes pour le patient.

Moi : *Le fait de parler du projet de soins ensemble en équipe a permis une amélioration au point de vue de la cohérence de la prise en charge et de la cohésion ?*

B. W : (Silence). C'est trop précoce...je ne pourrais pas dire...(Silence). Il y en a qui commence à dire que ces réunions vont disparaître, parce que les médecins sont en retard, ou c'est trop long, mais je leurs ai dit que j'y tiens et que l'on allait continuer... C'est à évaluer avec le temps, c'est important parce que c'est aussi la réglementation, ça figure dans la certification !

On a rajouté l'item « staff interdisciplinaire » dans le dossier patient, comme ça tous les soignants y ont accès, et ça évite les malentendus. Par exemple une aide-soignante a signalé qu'une patiente démente répondait mieux et coopérait sans être agressive si on l'appelait par son prénom. Pour moi c'était essentiel, une info à ne pas zapper, qu'il faut partager entre équipes, pour que ça facilite la relation avec la patiente. Tiens ? Nous revoilà dans le prendre soin ! (rire). Mais ce n'était pas noté au final dans la synthèse et quand j'en ai parlé à l'infirmière, elle m'a dit qu'elle n'avait pas compris que c'était important. D'autres ont dit que ce n'était pas légal, ou éthique, mais je leur ai répondu que ça valait le coup si ça pouvait canaliser son agressivité ?

Moi : *Est-ce que cet élément gênait certains soignants parce qu'ils n'agissaient pas comme ça d'habitude, ou parce que ce n'était pas envisageable pour eux ?*

B.W : Oui, c'est vrai que plusieurs m'ont dit que l' « on n'avait pas le droit », mais quand ça devient un soin, le droit est adapté, c'est l'équipe qui le définit ! J'ai l'impression souvent d'être comme une formatrice, je rappelle, je réexplique tout le temps les choses...

(Silence).

Moi : *Justement, tout ce que nous évoquons sur le projet de soins est en rapport avec le rôle propre de l'infirmière. Ce que tu viens de définir semble toucher la part d'autonomie de l'infirmière. Comment la conçois-tu ? Pour quelles finalités au niveau de l'équipe et au niveau individuel ? Est-ce que c'est une limite au champ des pratiques ou un espace de créativité, d'engagement dans le soin ?*

B.W: (Sourire). Ah !...Le rôle propre... C'est mettre des fleurs autour du prendre soin, c'est ça, c'est le contact direct, le toucher et le sourire de l'infirmière, la petite caresse ! Cette zone-là, l'infirmière peut l'embellir, pour vraiment agir dans le prendre soin...(Silence). Pour que le patient perçoive bien qu'il y a une personnalisation, qu'il n'est pas un numéro de lit, ni Mr X. Je ne demande pas à l'infirmière d'être émotive avec tout le monde, mais de s'approprier ce rôle, pour se réaliser en tant que personne. Là, par contre, ça me parle plus que tout à l'heure ! Infirmière, je travaillais en binôme avec une aide-soignante, et j'appréciais de prendre part à ce rôle propre, non seulement parce que

c'est complémentaire pour une prise en charge de A à Z, mais c'est ce qui fait que l'infirmière se sent vraiment infirmière.

Moi : *Cette part d'autonomie selon toi peut elle aussi générer des effets négatifs entre équipe ou à l'intérieur même d'une équipe ?*

(Silence).

B.W : Je n'ai pas de cas en tête... (Silence). Mais souvent on signale au cadre plutôt que de dire les choses à la collègue... (Sourire). Si ! Il y a l'exemple des filets du lève-malade : certaines ne sont pas d'accord pour les mettre car estiment que ça dénature les soins, et que ça peut blesser la personne.

(Silence).

Moi: *Est-ce que le cadre dans ce type de situation peut trancher ? Quelle est sa place, son rôle ?*

B.W : (Silence, froncement de sourcils). J'ai fini par leur dire que le filet servait aussi à protéger les soignants, en prévention. Bah oui ! J'ai encore fait un peu de formation quoi ! On réexplique, on fait des réunions, même en séparant les fonctions... Je me suis positionnée car pour moi c'est un outil de soin, et j'ai demandé à l'ergo de revoir avec eux l'utilisation. D'ailleurs j'ai peut-être refile le bébé ?...mais je n'en ai plus entendu parler ! Derrière ça je ne suis pas persuadée que c'était l'unique motif. C'était toujours les mêmes soignants, en fonction des équipes. Souvent c'est ça, et je ne veux pas perdre mon temps là-dedans !...je ne sais pas... (Silence). On n'a pas toujours le dernier mot, mais il faut faire attention aux détails qui peuvent mener aux conflits d'équipe.

Moi: *C'est ici que l'on voit la personnalité du cadre et son style de management ?*

B.W : Oui ! D'autres cadres tombent dans le totalitarisme, mais je ne fonctionne pas comme ça, ce n'est pas la peine. Là je te renvoie à la psychopathologie du travail et à la théorie des organisations ! (Rire) Je leur laisse une marge de liberté avec un cadre de référence.

Moi: *Ce cadre de référence favorise la cohésion d'équipe ?*

B.W : Je pense ? De toute façon, c'est obligatoire, sinon on va encore tomber dans « moi je fais comme ci et elle pas comme ça ». Depuis que je suis ici je ne fais que ça : mettre des cadres ! Le pire c'est qu'ils l'ont compris ! Quand ils ne savent pas ils m'appellent ! Et quand je demande ce qu'ils proposent : rien ! Personne ne sait !

Moi : *Je te propose une dernière question pour synthétiser : le cadre peut-il favoriser la cohésion d'équipe et valoriser l'engagement individuel ?*

B.W : Oui, pour la cohésion d'équipe ! Par contre l'engagement individuel...(Silence). Ce qu'il peut faire...(Silence). Déjà le cadre doit reconnaître les personnes en tant que personne, par rapport au travail qu'elles font. La partie qui manque ici, c'est l'évaluation des compétences et ça c'est préjudiciable, car on a du mal à dire les choses aux gens : il ne faut pas les brusquer, les freiner, alors qu'on est garant de leur travail, de la qualité de soin du patient. Cette évaluation, je pense peut permettre au cadre d'encourager la personne, c'est ce qui va prouver au soignant qu'il est reconnu, et acceptera les directives du cadre pour améliorer sa façon de faire, et c'est grâce à cet accompagnement qu'il y aura au final cohésion d'équipe.

Moi: *Il peut donc s'agir de soignants ayant différentes approches dans les soins, et le fait de s'appuyer sur les compétences peut favoriser la cohésion d'équipe ?*

B.W : Oui c'est tout à fait ça !

(Silence)

Moi: *Comment les compétences permettent de s'extraire des désaccords dans une équipe ?*

B.W : C'est le cas d'un mauvais élément par exemple dans une équipe : si tu n'as pas de quoi l'évaluer dans son travail, je ne sais pas comment tu peux agir pour qu'il le fasse correctement ? Il faut quelque chose de constructif ! L'évaluation permet de connaître les gens, les points forts, les faiblesses, et on peut cibler pour ne pas les mettre en échec et les encourager, pour qu'ils avancent.

Moi : Merci beaucoup B.!

B.W : Merci à toi !

	EXPERIENCES PROFESSIONNELLES DANS LA FILIERE INFIRMIERE D'ORIGINE		EXPERIENCES PROFESSIONNELLES EN TANT QUE CADRE DE SANTE	
	Durée d'exercice	Domaines	Durée d'exercice	Domaines
CADRE N°1	Infirmière Diplômée d'Etat pendant 10 ans	MCO/MEDECINE SSR/GERIATRIE	Cadre de Santé diplômé depuis 3 ans	MCO/MEDECINE SSR/GERIATRIE
CADRE N°2	Infirmière Diplômée d'Etat pendant 30 ans	BLOC OPERATOIRE	Cadre de Santé diplômé depuis 2 ans	MCO/MEDECINE
CADRE N°3	Infirmière Diplômée d'Etat pendant 23 ans	PSYCHIATRIE FORMATION IFSI LIBERAL MCO/CHIRURGIE	Cadre de Santé diplômé depuis 4 ans	MCO/CHIRURGIE
CADRE N°4	Infirmière Diplômée d'Etat pendant 14 ans	MCO/CHIRURGIE ET MEDECINE GERIATRIE	Cadre de Santé diplômé depuis 2 ans	SSR GERIATRIQUE
CADRE N°5	Infirmière Diplômée d'Etat pendant 17 ans	INTERIM /MCO MISSIONS EN GRH	Cadre de Santé diplômé depuis 4 ans	MCO/MEDECINE



42 Bd Jourdan 75014 PARIS -Tel 01.56.61.68.60 - Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@11-12

TYPE DE DOCUMENT

Mémoire

TITRE DU DOCUMENT

Un management personnalisé et fédérateur : défi ou utopie ?

AUTEUR

Sandrine COSTA

MOTS CLES

Engagement individuel ; soignants ; soin ;
cohésion ; équipe ; management.

KEY WORDS

Individual involvement; caregivers; care;
cohesion; medical staff; management.

RESUME

Le système de santé français étend sa politique d'efficacité jusqu'aux hôpitaux. Les objectifs de l'organisation visent à optimiser le parcours de soins du patient, au travers de la recherche d'amélioration de la qualité des soins, et questionne le cadre de santé au regard de sa responsabilité, notamment concernant l'accompagnement de l'équipe soignante. Les conditions de travail changent avec l'organisation, et peuvent impacter les pratiques professionnelles. Ces pratiques soignantes s'expriment au quotidien selon différentes approches, au sein d'un contexte difficile de changement, et au sein de l'équipe, la part d'autonomie et la prise d'initiative dans les soins infirmiers peuvent créer des conflits. L'engagement individuel du soignant face à la cohésion d'équipe interroge alors sur les pratiques infirmières et les valeurs du soin, et questionnent le rôle et la place du cadre de santé, pour que son management mobilise les professionnels de santé vers une démarche commune, au sein d'une organisation humaine.

ABSTRACT

Currently, the French National Health System is spreading its efficiency health policy to hospitals. The objectives of the organization aim to optimize the health care plan of patient through research to improve the quality of care, and questions as part of the health manager under its responsibility, especially regarding the support of the team. Working conditions vary with the organization, and may impact professional practices. These care practices are expressed every day according to different approaches, within a difficult context for change, and within the medical, the autonomy and initiative-taking in nursing may create conflicts. The individual involvement of the caregiver deal with the medical staff cohesion question the nurses practices and values of nursing care, and also question the role and the place of the health manager, so that its management mobilizes health professionals to a common approach, within a human organization.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.