

École Supérieure Montsouris

Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



## **Le cadre de santé dans un contexte interculturel**

*Comment favoriser la coopération et permettre à  
l'équipe de se construire et de développer une  
véritable culture de service ?*

Yannick MOSZYK

**DCS@13-14**

École Supérieure Montsouris 42 Bd Jourdan 75014 PARIS

### **Note aux lecteurs**

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'École Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant 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'École Supérieure Montsouris.

## Table des matières

1. Introduction .....	4
2. La construction de l'objet de recherche .....	6
2.1. Mon expérience professionnelle en lien avec le sujet .....	6
2.2. Le cheminement de ma réflexion .....	7
2.3. De la question de départ à l'objet de recherche .....	8
3. Le travail exploratoire .....	9
3.1. La méthodologie.....	9
3.2. Problématique et hypothèse de départ.....	10
4. Le modèle de référence .....	11
4.1. La carte heuristique .....	11
4.2. Le cadre de santé .....	12
4.3. La notion d'équipe .....	13
4.3.1. Une définition de l'équipe : un groupe .....	13
4.3.2. Une science des groupes : la dynamique des groupes .....	14
4.3.3. Le groupe restreint .....	15
4.4. La profession soignante.....	17
4.5. L'interculturalité.....	18
4.6. Vers une culture commune.....	20
5. L'enquête de terrain .....	22
5.1. Méthodologie de recherche .....	22
5.2. Choix des populations et des lieux d'enquête .....	22
5.3. Choix des outils d'enquête .....	23
5.4. Modalités de réalisation .....	24
5.5. Le traitement des données .....	24

6.	La restitution des données .....	25
6.1.	Les constats de situations .....	26
6.2.	Les conséquences de ces situations .....	27
6.3.	La résolution des problèmes.....	28
6.4.	Les compétences requises .....	30
6.5.	L’appréhension de l’interculturalité .....	30
6.6.	Processus psychiques rencontrés lors des entretiens.....	31
7.	L’analyse des données recueillies .....	33
7.1.	Enseignements globaux.....	33
7.2.	Enseignements du point de vue des sciences humaines .....	34
7.2.1.	Du point de vue de la psychologie.....	34
7.2.2.	Du point de vue de la sociologie.....	36
7.3.	Enseignements du point de vue éthique et déontologique .....	37
8.	Confrontation entre mes idées départ et les résultats de mes analyses .....	39
8.1.	Sur l’interculturalité .....	39
8.2.	Sur la notion d’équipe de soins .....	42
8.3.	Sur le cadre de santé.....	44
8.4.	Sur l’hypothèse de départ.....	45
9.	Contribution .....	47
10.	Apports.....	48
11.	Les limites du mémoire .....	49
11.1.	Limites liées à la rédaction du cadre théorique .....	49
11.2.	Limites liées à la réalisation des entretiens .....	49
12.	Conclusion.....	51
13.	Bibliographie.....	53

## ANNEXES

*« Dans les entreprises, le fait le plus marquant en termes de changement concerne le brassage des différences. Ces équipes multiculturelles posent donc des problèmes aux managers, en plaçant les différences dans un registre plus subjectif et sujet à des tensions plus graves »*

Olivier MEIER

# 1. Introduction

Ayant exercé pendant près de dix ans le métier d'infirmier en psychiatrie, j'ai construit mon parcours professionnel autour des notions d'accompagnement, de médiation, et de qualité des soins. Mes différentes expériences professionnelles ont construit mon sens de la réflexion et mon éthique. J'ai pu optimiser mes prises en charge en développant des savoir-faire professionnels tant relationnels qu'organisationnels.

Mon travail au sein de différents services et ma participation à différents groupes de travail institutionnels m'ont été utiles pour réussir le concours d'entrée en Institut de formation cadre de santé. Cette année de formation a été pour moi une année basée sur le développement personnel. L'ensemble des apprentissages théoriques et pratiques m'a permis de me construire professionnellement. C'est dans un contexte favorable que j'ai ainsi pu me former, approfondir mes habiletés et compétences, et apprendre ce qui va constituer les bases de mon nouveau métier.

J'ai abordé cette formation avec à l'esprit le souvenir de quelques situations problématiques rencontrées durant mon parcours en tant qu'infirmier. L'acquisition de nouveaux outils managériaux m'a aidé à esquisser une analyse et des propositions de résolutions de ces problèmes. Éviter que ne revienne ce genre de situation, optimiser la qualité des soins étaient ainsi les grands objectifs managériaux recherchés. L'élaboration de ce travail de fin d'études a participé de cette même dynamique. Partant des réflexions engendrées lors de situations vécues, j'ai souhaité les faire cheminer et les inclure dans le cadre d'une recherche plus approfondie.

Une réalité professionnelle m'interpellait fortement : le contexte interculturel dans la constitution des équipes, ses conséquences, ses axes de développement et d'amélioration. C'est celle que j'ai choisie pour source de départ. Ce sujet m'a amené à mobiliser et intégrer l'ensemble des éléments rencontrés en formation, et à m'interroger sur ce qui constitue le cœur du métier du cadre de santé.

J'ai ainsi entrepris un travail qui était à la fois de l'ordre de l'exploratoire, de la conduite et de la production d'une analyse approfondie s'appuyant sur des méthodes et outils de l'analyse de situation, de la résolution de problèmes, et de la lecture des sciences sociales. Ce que vous allez lire est le fruit d'un investissement tant temporel que cognitif.

Dans la première partie, je présenterai spécifiquement l'objet de ma recherche en la resituant dans mon expérience professionnelle et en faisant émerger une problématique utile à l'élaboration d'une réflexion professionnelle. Les parties suivantes expliciteront davantage la phase préparatoire qui a ensuite généré les aspects méthodologiques de la recherche. Enfin, après m'être référé à des concepts délimitant la recherche, j'expliquerai la façon dont j'ai procédé, et ce que j'ai retiré du travail d'enquête et d'analyse, puis des apports et des limites de mon travail.

## 2. La construction de l'objet de recherche

### 2.1. Mon expérience professionnelle en lien avec le sujet

Infirmier diplômé depuis 2003, j'ai construit mon parcours professionnel dans le domaine de la psychiatrie en intégrant successivement plusieurs services, dans lesquels j'ai pu éprouver la notion de différence, inhérente à la constitution d'équipe.

La différence s'est d'abord manifestée sur le plan intergénérationnel. J'ai longtemps été le plus jeune au sein des équipes avec lesquelles j'ai travaillé, voire le seul de ma génération. Cette situation a pu engendrer divers problèmes au sein de ces groupes ainsi que des relations contre-transférentielles : j'étais le « fils » ou la représentation que mes collègues avaient d'eux-mêmes à cet âge-là. Loin de m'aider, cette position me mettait à distance de mon exercice professionnel. Il me semblait qu'on attendait de moi que je représente un jeune plutôt qu'un infirmier. Dans ce contexte particulier, et sans parler à l'époque de choc culturel, je ressentais qu'il pouvait exister des décalages entre les fonctionnements professionnels et psychiques du groupe, et moi.

À l'occasion d'un changement d'affectation dans lequel je me trouvais être de nouveau le membre le plus jeune, j'ai su m'affirmer très tôt en tirant expérience du passé, pour éviter que la situation précédente ne se reproduise. J'ai cependant constaté de nouveau des conflits culturels dépassant cette fois-ci le fait générationnel. Le comportement particulier d'une infirmière originaire des Antilles a rendu palpable la différence de culture au sein de l'équipe. Que ce soit pendant ou entre les activités de soins, la situation était souvent équivoque. Les préjugés fusaient des deux côtés. Par exemple, elle mangeait souvent du poulet avec les mains, ce qui lui valait le quolibet de « cannibale ». Pour se défendre, cette personne pouvait faire des remarques racistes. Même s'il existait un début d'analyse professionnelle commune, on dépassait souvent le conseil ou le dialogue pour être dans la représentation culturelle. Le manque de prise en compte de cette notion compliquait parfois les situations. Un jour où je refusais son injonction de la remplacer, elle s'est levée, m'a regardé dans les yeux pour tenter de m'intimider et a soulevé la table pour la faire retomber lourdement. J'ai réalisé ensuite que sa culture avait pu l'amener à retranscrire un fonctionnement matriarcal au sein du milieu professionnel. Lors de cette circonstance, je n'avais pas été un « bon fils », ce qui l'avait déstabilisée, et l'avait fait réagir de manière inadaptée.

Dans un autre lieu d'exercice, la situation d'une collègue malienne, infirmière en France mais médecin en son pays, est venue compléter ce constat. Souhaitant pouvoir apporter ses connaissances, elle entraînait souvent en conflit avec d'autres collègues qui déconsidéraient son métier issu d'un diplôme étranger. S'ensuivaient dénigrement, interprétations et incompréhensions sur son parcours, parfois même de l'ethnocentrisme. Pour se défendre, elle se renfermait sur elle-même, et la cohésion d'équipe s'en trouvait altérée.

**Ces événements m'ont fait réfléchir :** pourquoi certains professionnels privilégient-ils leur propre culture et la transposent-ils dans le monde professionnel, alors qu'il existe des attentes professionnelles en termes de communication, de transmission et de fonctionnement, et des préconisations autour du savoir-être entre collègues ? Pourquoi certains choisissent-ils de privilégier la solution personnelle face à un problème professionnel ?

De plus, les patients étant témoins de ces conflits, la qualité des soins s'en trouvait amoindrie. Comment alors améliorer les comportements, sans être dans l'utopie du lien entre les deux cultures, mais plutôt en recherchant des tentatives d'apaisement et de compréhension pour le bien commun ? Je ressentais intuitivement cette situation comme difficile, manquant d'outils d'analyse et de solutions.

## 2.2. Le cheminement de ma réflexion

Je suis entré en formation cadre de santé avec le souhait professionnel de pouvoir continuer à travailler sur ces situations vécues et plus généralement sur la question des différences culturelles de tous ordres au sein d'une équipe. J'ai souhaité pouvoir appréhender cette réalité professionnelle qui entraîne tant du positif, comme le partage ou l'enrichissement, que du négatif, comme des difficultés liées aux fantasmes et aux incompréhensions pouvant entraîner des conflits. **Ma question de départ était : « Comment aborder l'interculturalité dans une équipe ? »**

Concernant l'interculturalité, j'avais en tête des questions sur la manière de prévenir les risques qu'elle peut engendrer, sur les moyens de bien travailler ensemble, et sur la construction de mon futur métier en fonction de ces réalités.

Concernant le management interculturel, mon questionnement portait sur sa propre construction en fonction de la réalité interculturelle, et sur la façon de le développer pour permettre une culture de service commune.

Concernant la dynamique d'équipe, je me demandais comment parvenir à une relation de qualité si chacun agit en fonction de ses propres repères culturels, et comment arriver à un fonctionnement d'équipe efficace si les fantasmes et les interprétations priment et conduisent à l'incompréhension mutuelle et au manque de cohésion de l'équipe.

### 2.3. De la question de départ à l'objet de recherche

Afin de traiter cette situation professionnelle et d'en dégager les retombées concernant les actions du cadre de santé, **j'ai dû rassembler mes questions**. De la multiplication initiale, **j'ai opéré des choix d'orientations**, le thème de l'interculturalité comportant de nombreux aspects et de nombreuses pistes d'analyse. Je suis ainsi passé du sujet d'intérêt au sujet central du mémoire. **J'ai dirigé mon vaste thème de départ vers un type d'interculturalité, celle liée aux différences d'origines**.

Les impacts en étant nombreux, j'ai souhaité recentrer mes recherches. **C'est pourquoi j'ai choisi de travailler à partir des conséquences en termes de dynamique d'équipe et de cohésion du groupe pour mieux comprendre comment le cadre pouvait les gérer de la façon la plus optimale**.

### 3. Le travail exploratoire

#### 3.1. La méthodologie

Ayant défini ma question de départ et les impacts sur lesquels je souhaitais travailler, j'ai alors recherché les documents existants sur le thème de l'interculturalité. Il existe une littérature abondante sur ce thème dans le monde du tertiaire, en raison des nouvelles réalités économiques, comme par exemple la délocalisation d'entreprise.

Le risque de surcharge informationnelle était grand. En effet, ces travaux comportent à la fois des éléments intéressants et pertinents au regard de ma recherche, et d'autres plus centrés sur un pragmatisme économique, comme par exemple la signature de contrats entre deux pays. J'ai été frappé par le peu d'ouvrages proprement en lien avec le champ sanitaire, alors que beaucoup traitent du travail social.

À moins d'évoquer la relation à l'Autre en termes de différences entre les acteurs (les soignants et les patients, les travailleurs sociaux et les bénéficiaires), ou de spécificités (l'ethnopsychiatrie, la religion ou les professions différentes), le thème de l'interculturalité n'est pas ou peu évoqué. Plutôt que de me limiter, **j'ai fait de cette contrainte un atout** en extirpant de mes lectures ce qui pouvait être pertinent pour mon sujet d'étude. Pour compléter cette recherche, j'ai consulté des ouvrages de sciences humaines s'intéressant au groupe, à sa constitution, à sa construction, et au maintien de sa cohésion.

Les échanges avec mes collègues m'ont aussi apporté des éléments utiles. Lorsque j'évoquais avec eux mon sujet, ils s'accordaient sur sa pertinence, bien que chacun y ajoutait ses représentations et ses a priori. J'avais donc conscience que pour poursuivre cette recherche, il me fallait la définir plus précisément.

### 3.2. Problématique et hypothèse de départ

La réflexion menée au cours de mon travail de documentation et d'information m'a conduit à poser **la problématique** suivante :

**« Comment le cadre de santé peut-il, dans un contexte interculturel, favoriser la coopération et permettre à l'équipe de se construire, et ainsi conjointement développer une véritable culture de service ? »**

Pour y répondre, j'ai émis **l'hypothèse de départ** suivante :

**« Dans un contexte interculturel, le cadre de proximité, de par ses positionnements, son accompagnement, et ses compétences, semble être la personne la plus légitime pour permettre la construction et le développement d'une cohésion de l'équipe. »**

La vérification de cette hypothèse a nécessité une enquête de terrain et une analyse des données collectées. Auparavant, il me fallait construire un modèle de référence.

## 4. Le modèle de référence

Pour mieux expliciter ma problématique et orienter ma recherche, **j'ai construit un modèle de référence**. Celui-ci comporte à la fois une carte heuristique reprenant l'ensemble des aspects du problème sans pour autant permettre leur dispersion, ainsi qu'un cadre théorique reprenant l'énoncé des concepts usités dans la démarche.

### 4.1. La carte heuristique (fig. 1)

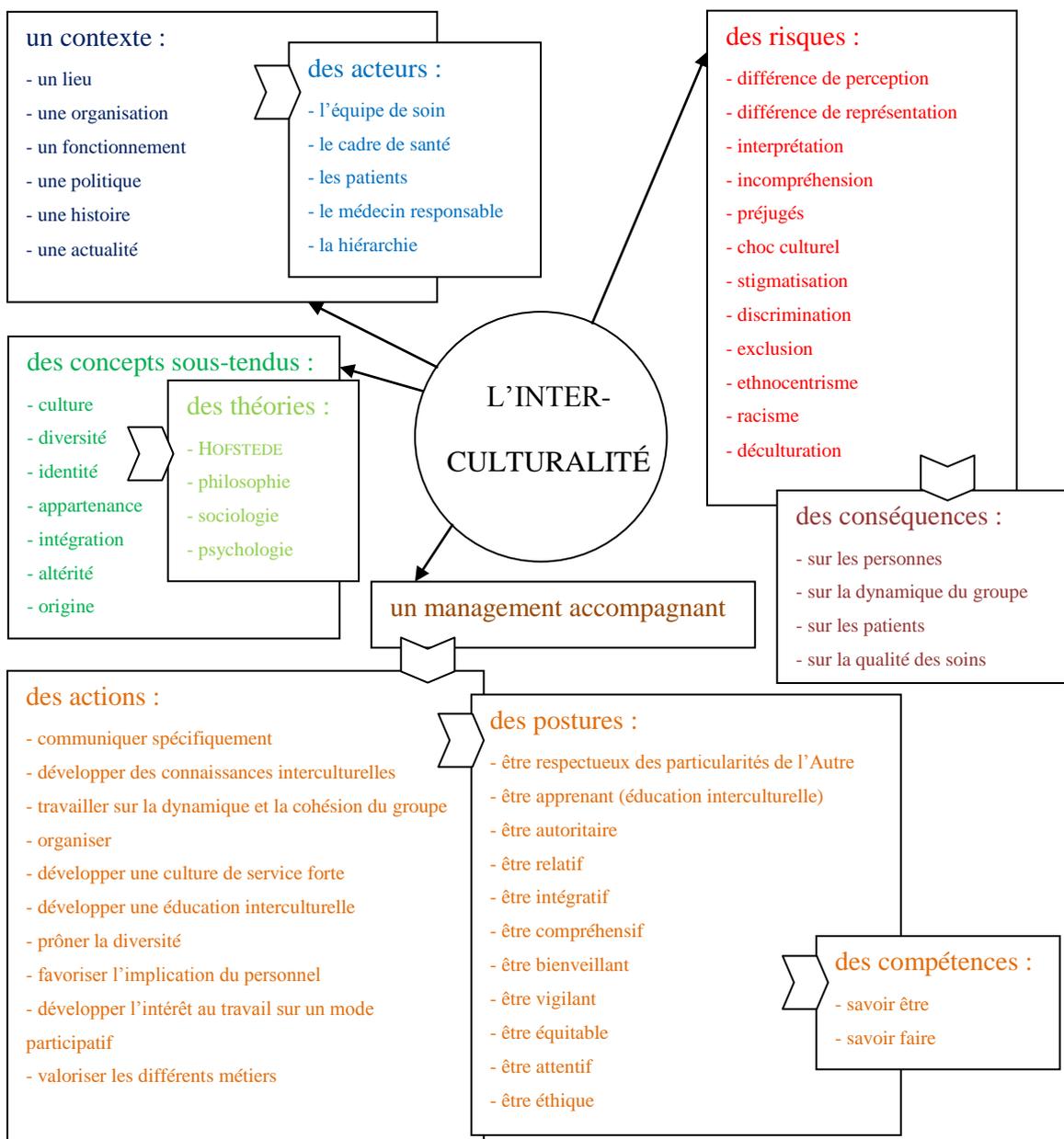


FIG. 1

## 4.2. Le cadre de santé

Ce travail étant le fruit d'une formation professionnelle, je crois nécessaire de devoir définir **le métier auquel est liée la présente réflexion**, en le plaçant dans la réalité étudiée, c'est-à-dire celle d'un Homme face à un groupe. Le cadre de santé est le responsable hiérarchique de l'équipe de soins. Si l'on se réfère au répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière<sup>1</sup>, la définition du métier de cadre responsable d'unité de soins est fondamentalement liée à la notion de groupe et consiste notamment à :

- organiser l'activité paramédicale ;
- animer l'équipe ;
- coordonner les moyens d'un service de soins médico-technique ou de rééducation ;
- veiller à l'efficacité et la qualité des prestations.

La position hiérarchique du cadre lui confère autorité sur le groupe, mais sa place est ambiguë. Des enjeux sont présents. « *L'individu considère son chef comme celui qui protège le groupe des influences du palier suivant, qui évite la contamination* »<sup>2</sup>. Tantôt vécu positivement (comme protecteur, comme rassembleur), tantôt vécu négativement (comme contrôle), le cadre, ce chef de groupe, doit donc trouver une place juste.

Le cadre est l'héritier des organisations tayloriennes où économie de production, maintien des rythmes et de l'ordre, qualité d'organisation du travail ponctuaient la vie des organisations. L'évolution du système organisationnel du système hospitalier fait que le cadre se retrouve désormais comme partie d'une **bureaucratie professionnelle**.

Le terme de chef traduit une dimension de commandement, de surveillance et de relation au pouvoir, témoin d'une culture initiale chargée des rôles de maîtrise et de surveillance. Même si la fonction contrôle persiste, et même si l'aspect gestionnaire demeure, la notion de chef a évolué, intégrant la détention de compétences techniques et d'une légitimité spécifique. Cette place inscrite à la fois dans le symbolique et dans le réel lui confère **des missions** de régulation des relations interindividuelles, de répartition des tâches, de contrôle des opérations, d'interface entre le terrain (ses pratiques et ses comportements) et l'institution (sa hiérarchie, ses ambitions et ses préconisations).

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 1

<sup>2</sup> D. ANZIEU et J.-Y. MARTIN, *La dynamique des groupes restreints*, p. 21

Le cadre est donc un passeur, un relais, en plus d'être un chef, un transmetteur de lien entre les différents niveaux hiérarchiques. L'hôpital, de par ses multiples mutations, est devenu une entreprise organisée, où le cadre évolue institutionnellement en manquant les équipes dont il a fonctionnellement la charge. Il est celui qui fait tourner l'organisation, en assurant une gestion au quotidien basée à la fois sur l'organisation de l'activité et sur la conduite de l'équipe y participant.

### 4.3. La notion d'équipe

#### 4.3.1. Une définition de l'équipe : un groupe

L'essentiel du travail du cadre étant dirigé vers son équipe, il me faut définir cette notion. L'équipe est avant tout un groupe. Le dictionnaire LE NOUVEAU PETIT ROBERT 2008 définit le mot groupe comme un « *Ensemble de personnes ayant des caractères en commun (indépendamment de leur présence au même endroit)* ». Le groupe renvoie à la notion de communauté et de cohabitation : un être-ensemble dans un milieu donné (la famille, le village, l'équipe du service).

Les règles sociales apparaissent alors pour permettre à l'individu d'exister et de survivre au sein du groupe, et pour permettre de différencier les rôles et de répartir les tâches. Par ailleurs, l'appartenance ou la référence à un groupe peut favoriser certaines croyances, attitudes ou opinions. **Le groupe a alors une influence sur les représentations et les actions individuelles.**

É. DURKHEIM<sup>1</sup> (1858-1917), fondateur de l'École sociologique française a jeté les bases d'une définition du groupe comme étant plus que la somme de ses membres, allant même jusqu'à faire l'hypothèse d'**une conscience collective**, où le groupe aurait ses propres perceptions et sentiments.

G. BACHELARD<sup>2</sup> (1884-1962), philosophe et épistémologue français, a travaillé autour des représentations préscientifiques du groupe, montrant que les représentations qu'a l'individu du groupe sont spontanées et imaginaires, c'est-à-dire non fondées sur une analyse rationnelle de la réalité. Le groupe se représente donc comme une surface projective pour l'inconscient, et les faits psychiques collectifs orientent alors l'action et les relations interindividuelles. Pour ceux qui le composent, le groupe est un lieu investi, en

---

<sup>1</sup> É. DURKHEIM, *Les formes élémentaires de la vie religieuse*

<sup>2</sup> G. BACHELARD, *Épistémologie*

même temps ou successivement, d'espoirs et de menaces. Il peut être considéré comme **un espace transitionnel** entre l'individu et la société : le groupe est à la jonction entre vie intime et vie sociale. L'individu se développe grâce aux différents groupes auxquels il appartient. Une interdépendance entre l'individu et le groupe existe, précisément parce qu'il vit en société, qu'il le veuille ou non.

En 1961, une enquête de l'Association française pour l'accroissement de la productivité sur les représentations du groupe indiquait : « *La notion de groupe est inexistante pour la plupart des sujets. Le groupe est éphémère, dominé par le hasard. Seules existent les relations interindividuelles* »<sup>1</sup>. Il y est décrit de façon ambivalente, comme pouvant être à la fois positif (l'union fait la force), que négatif (risque d'aliénation ou de danger pour l'autonomie et la liberté de l'individu face au groupe, les cas les plus extrêmes étant les totalitarismes groupaux où l'individu s'engage totalement dans le groupe jusqu'à risquer la mort). L'enquête classe « *les différents types de groupe sur un même continuum dont les degrés seraient les suivants : l'individu, le groupe d'amis, l'équipe de travail, les institutions, la société. Les hypothèses faites à ce sujet sont : un individu accepte les paliers qui précèdent celui où il se situe et rejette ceux qui le suivent (par exemple, il accepte chaleureusement le groupe d'amis, mais il subit comme une contrainte l'équipe de travail)* »<sup>2</sup>.

#### **4.3.2. Une science des groupes : la dynamique des groupes**

Même si les phénomènes de groupe demeurent encore mal perçus pour ses membres constitutifs, une science les aborde. Ainsi, l'ensemble des phénomènes, mécanismes, processus psychologiques et sociologiques qui va émerger et se développer dans le groupe constitue une dynamique appelée dynamique de groupe. Elle se situe dans le domaine des sciences sociales et renvoie à plusieurs pratiques :

- La description et l'analyse des phénomènes (blocage, découragement), mécanismes et processus psychologiques (sentiment de toute puissance, agressivité), et processus sociologiques (domination, soumission) ;
- L'intervention explicative, voire la formation, en vue de générer un changement.

---

<sup>1</sup> D. ANZIEU et J.-Y. MARTIN, *op. cit.*, p. 19

<sup>2</sup> *Ibid.*

La dynamique de groupe renvoie au postulat que **les conduites humaines ne sont pas seulement la résultante des forces psychologiques individuelles mais aussi des forces propres au groupe auquel appartient l'individu.**

L'étymologie du mot groupe (de l'italien *gruppo*) indique qu'il signifiait « nœud » avant de signifier « réunion ». Ce sens premier revient dans la notion de groupe jusqu'à connoter le degré de cohésion. Le psycho-sociologue américain B. W. TUCKMAN<sup>1</sup> (né en 1938) a proposé une modélisation de la cohésion d'un groupe en quatre étapes. Selon son modèle appelé « *Forming – Storming – Norming – Performing* », le processus se déroule de la manière suivante :

- *Forming* (Formation) : aller vers les autres ;
- *Storming* (Lancement) : abaisser les barrières et tenter d'aller dans le vif du sujet, même si cela engendre quelques altercations ;
- *Norming* (Régularisation) : s'habituer à chacun et développer la confiance et la productivité ;
- *Performing* (Exécution) : travailler dans un groupe avec un but commun sur une base hautement efficace et coopérative.

**Ce modèle, encore appelé *team building*, allie à la fois des notions de construction et de cohésion.** Cette notion est essentielle à prendre en compte ici car elle va être utile dès la naissance du groupe et dans son fonctionnement quotidien. Il se peut qu'aucun équilibre ne soit jamais trouvé entre les individualités composant le groupe. Des éléments généraux contextuels ou organisationnels ou des éléments personnels psychologiques sont à prendre en compte dans l'étude du groupe.

#### **4.3.3. Le groupe restreint**

Une équipe soignante constitue, de par sa composition, un type de groupe particulier : un groupe restreint. Il représente **un rassemblement d'individus** compris généralement entre six et treize personnes, ayant à la fois des activités, des intérêts et des objectifs communs<sup>2</sup>. **Chacun a une perception individualisée de chacun des autres**, les échanges interindividuels sont présents, avec une existence de relations affectives allant de la sympathie à l'antipathie.

---

<sup>1</sup> B. W. TUCKMAN, *Developmental sequence in small groups*, in *Psychological Bulletin*

<sup>2</sup> D. ANZIEU et J.-Y. MARTIN, *op. cit.*, p. 36

Le groupe restreint a fait l'objet, depuis la seconde moitié du dix-neuvième siècle, de nombreux travaux d'observations et d'études dans de nombreuses disciplines (ethnologie, éthologie, psychanalyse, sociologie). Je m'appuie ici sur les travaux de K. LEWIN<sup>1</sup> (1890-1947), psychologue américain d'origine allemande spécialisé dans la psychologie sociale et le comportementalisme. En tant que membre de l'École des relations humaines, ses nombreux travaux ont notamment porté sur la dynamique de groupe et ont contribué à l'émergence de la psychologie du travail. Entre 1939 et 1945, il va contribuer à poser les jalons d'une méthodologie d'étude de la dynamique des groupes, qui se révélera comme le fondement d'autres recherches (sociométrie, cognitivisme).

Après avoir étudié la personnalité individuelle, K. LEWIN entreprend des expériences visant à étendre au groupe restreint **la notion de dynamique**, c'est-à-dire de forces en équilibre. Pour lui, si l'équilibre est rompu, il y a tension au sein du groupe et comportements-réactions pour le rétablir. Pour le vérifier empiriquement, une étude sera réalisée auprès des enfants. À partir de climats sociaux établis (les autocratiques, les démocratiques, et les laissez-faire), il vérifiera l'hypothèse que la frustration entraîne l'agressivité. C'est dans le groupe où la permissivité est la plus forte que la frustration sera la plus forte et donc aussi l'agressivité – les réactions agressives prenant des nuances particulières suivant les climats groupaux qui dépendent du style de commandement. Cette expérience appuie son hypothèse que **le groupe et son environnement constituent un champ social dynamique**, dont les principaux éléments sont les membres, les canaux de communication, et les barrières : un élément modifié entraîne la modification de la structure d'ensemble.

Une autre de ses expériences a été réalisée auprès de ménagères américaines sur la modification des habitudes alimentaires. Le résultat de celle-ci est que la prise de décision en groupe engage plus à l'action qu'une décision individuelle. **La conformité au groupe a une importance**, notamment quand des conduites de changement sont en jeu.

Dans le cadre professionnel, O. MEIER<sup>2</sup>, directeur de recherche à l'Institut de recherche en gestion de Paris-Est, définit le groupe ou l'équipe de travail comme « *toute forme de collaboration entre des acteurs internes ou externes à l'entreprise, en vue de réaliser un objectif commun* ». En ce qui concerne sa composition, le groupe brasse de

---

<sup>1</sup> K. LEWIN, *Psychologie dynamique, Les relations humaines*

<sup>2</sup> O. MEIER, *Management interculturel, Stratégie – Organisation – Performance*

nombreuses différences de fonctions, de compétences, de regards sur les situations, de comportements, ou de croyances.

#### 4.4. La profession soignante

Le groupe auquel je fais référence dans ce mémoire comporte **une spécificité, celle de soigner**. Le dictionnaire LE NOUVEAU PETIT ROBERT 2008 en donne la définition suivante : « *S'occuper du bien-être et du contentement de (qqn), [...] S'occuper de rétablir la santé de (qqn)* ». Cette définition est à relier à celle de la santé donnée par l'Organisation mondiale de la Santé<sup>1</sup> : « *La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

Choisir de donner des soins implique des compétences en termes de savoir-être et de savoir-faire techniques et relationnels : agir en toutes circonstances avec éthique et respect pour aboutir à la qualité des soins.

La complexité des situations professionnelles rencontrées et la subtilité qui caractérisent une pratique soignante ne facilitent pas l'évaluation de cette qualité des soins : la qualité des soins ne s'évalue pas seulement par des grilles d'évaluations. Soigner avec qualité est le fruit d'une intention d'amélioration du soin dans une atmosphère d'humanité. Ainsi la qualité se trouve dans la juste et délicate appréciation constamment renouvelée de ce qu'il est préférable de faire dans une situation donnée.

À cette fin, la profession soignante requiert une véritable **culture du soin** incluant une recherche autour de la prise en charge, et des moyens et attitudes pour l'améliorer. Elle s'organise en de multiples fonctions contribuant chacune, par un fractionnement du travail, à répondre efficacement aux problèmes posés par la situation de soin.

L'équipe de soins est **pluridisciplinaire**. Chaque participant du groupe, par sa fonction et ses connaissances particulières, apporte sa spécificité. Même s'il existe une logique de complémentarité, la différence professionnelle demande réflexion et coordination pour gérer les risques de fractionnement du sujet. La recherche d'objectifs communs, la reconnaissance des spécialités de chacun, les efforts de mises en lien

---

<sup>1</sup> Préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 États ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n°. 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.

professionnels contribuent à une différenciation fonctionnelle bien gérée, tant par le manager que par l'organisation dans son ensemble.

#### 4.5. L'interculturalité

La différenciation fonctionnelle est une réalité professionnelle, tout comme la différenciation culturelle. Le groupe n'est pas qu'un ensemble statique de cultures professionnelles différentes, assemblées en un lieu et en un temps donné. **La rencontre de ces cultures** provoque un ensemble de réactions, selon des systèmes de références respectifs, appelé interculturalité ou multiculturalité.

Ce qui pourrait se concevoir comme une richesse ajoutée en fait une difficulté supplémentaire dans le bien-être et le bien-travailler ensemble, dans la mesure où les croyances, les valeurs, et les normes des individus viennent se confronter en matière de conception des situations professionnelles et d'organisation du travail, et peuvent engendrer incompréhensions et problèmes relationnels.

Dans le cadre de ce mémoire, j'ai choisi de m'intéresser à la **différence culturelle liée aux différences d'origines**. Elle prend en compte la dimension individuelle dans une vision universaliste de l'individu en se greffant sur la multiplicité des caractéristiques de constitution du groupe et en montrant un effet sensible sur la dynamique du groupe. La **différence culturelle** survient dans un contexte de **pluralisme culturel**, expression qui fait référence aux diversités confessionnelles et ethniques des citoyens d'une même nationalité.

D'après W. KYMLICKA<sup>1</sup> (né en 1962), philosophe canadien, docteur en philosophie de l'université d'Oxford, les vagues d'immigration successives pourraient expliquer cette réalité. Parler de différence culturelle dans un même lieu repose sur la notion d'intégration. Est dit intégré celui dont le comportement correspond au comportement normatif du lieu où il vit. W. KYMLICKA définit la notion de différence culturelle directement en fonction de celle de pluralisme culturel, c'est-à-dire à la manière relative dont une minorité culturelle a été incorporée à une société.

Le pluralisme culturel peut prendre plusieurs formes selon la source qui l'a fait advenir au sein d'une société donnée. W. KYMLICKA distingue deux grandes sources de pluralisme culturel :

---

<sup>1</sup> W. KYMLICKA, *La citoyenneté multiculturelle : une théorie libérale du droit des minorités*

- l'intégration au sein d'une société d'une communauté historique, plus ou moins institutionnelle, par exemple, la colonisation d'une nation. L'État né de cette incorporation est appelé multinational ;
- l'émigration volontaire d'individus vers un nouvel État, désigné alors comme polyethnique.

L'incidence du pluralisme culturel sur la notion de différence est que l'accent est mis sur **la notion d'incorporation à une société déjà existante**. Pour le groupe incorporé, cette incorporation renvoie à **une forme de minorisation** par rapport à une majorité culturelle.

La différence renvoie à une histoire fondatrice, des pratiques et des attitudes différentes. La différence ne sera pas la même selon qu'elle renvoie à l'intégration forcée ou à la migration volontaire, parce que l'histoire de l'intégration n'engage pas les mêmes types de relations et, à partir de cela, de revendications et de conflits potentiels.

Les équipes multi ou interculturelles recouvrent **une grande diversité de situations** tant dans leur constitution que dans leur organisation. La distinction réside, dans le cadre de la population étudiée, dans les profils multiples en termes d'origine ou de nationalité, en proportions variables. L'immersion d'un mode culturel dans le mode culturel majoritaire en fonction duquel une équipe agit pose des problèmes situationnels.

L'interculturalité présente à la fois **des avantages et des inconvénients** :

- En termes d'apports positifs, les plus évidents concernent l'enrichissement mutuel, l'ouverture d'esprit au contact de l'Autre, le partage, mais aussi la diversité des compétences ou la force motrice et créatrice du groupe interculturel grâce à la confrontation des points de vue et des cultures.
- En termes d'apports négatifs, l'incompréhension, les malentendus et le conflit de représentation dominant. Cela peut avoir comme conséquence directe le conflit interculturel pouvant lui-même générer discrimination, clivage, baronnie, perturbation de l'activité, lenteur, dégradation du climat général, voire exclusion, épuisement, et turn-over. Les stéréotypes ou préjugés rendus opératoires dans le quotidien institutionnel peuvent même conduire à une forme de racisme institutionnel.

Dans ce contexte, l'interculturalité présente **des enjeux importants**, comme savoir tirer parti des différences culturelles, ou savoir créer des synergies culturelles pour compléter et enrichir la lecture, l'analyse et le traitement des situations professionnelles.

Ces enjeux sont, selon les réalités professionnelles, diversement pris en compte par les pouvoirs institutionnels. Certains témoignent à ce sujet d'une volonté et d'une ambition forte pour faire de la dimension interculturelle **un outil de développement durable**. D'autres cependant la voient comme une source de risques pour l'organisation. Comment dès lors articuler ce concept au sein de l'entreprise ?

#### 4.6. Vers une culture commune

Depuis 1980, le champ managérial a vu émerger de nombreuses études autour du **concept de culture**. E. H. SCHEIN<sup>1</sup> (né en 1928), professeur au MIT Sloan School of Management, a défini dès 1985, la culture d'entreprise comme étant l'« *ensemble des manières de penser, de sentir et d'agir qui sont communes aux membres d'une organisation* ». C'est à la fois **un cadre de référence** réglementaire et normatif, et à la fois **un système de valeurs et de représentations** partagées par tous. Il est ici question de phénomène collectif et de construit social permettant un fonctionnement cohérent des acteurs concernés dans des domaines tels que la transmission d'informations ou d'apprentissages, l'interaction sociale, ou encore l'organisation de l'activité.

Symboliquement, la culture d'entreprise veut se créer un univers fédérateur, différenciable des autres organisations, et permettre à l'individu de s'identifier au système de références et de valeurs internes. Pragmatiquement, elle englobe un ensemble d'items permettant sa singularisation comme par exemples son histoire, ses valeurs dominantes, son référentiel en terme de développement, ses éléments d'identification et d'appartenance, sa politique des ressources humaines, ou encore son type de structure d'organisation.

La culture contribuerait de ce fait à préciser ce qu'est l'entreprise pour permettre à ses membres de s'intégrer dans son environnement et de s'y identifier. Cependant, le fait d'être composé d'un ensemble multiple d'identités (professionnelles et personnelles) fait que le groupe social se place à **l'interaction de multiples dimensions**. La culture d'entreprise apparaît donc comme une façon de pouvoir rendre cohérent la conduite d'hommes au travail.

Un autre type de culture vient alors compléter les efforts pour coordonner les tâches : la culture de service. C'est l'ensemble des règles explicites de fonctionnement, des procédures organisationnelles et administratives, des pratiques de gestion et d'organisation,

---

<sup>1</sup> E. H. SCHEIN, *Psychologie et organisations*

et des comportements usuels qui harmonisent les relations professionnelles et sociales au sein de l'organisation.

La culture d'entreprise intègre donc cette couche culturelle au sein des services la composant car elle régit les modes d'actions et a pour objectif de résoudre les problèmes du management au quotidien. La culture globale d'entreprise et sa dimension fonctionnelle au sein du service serait donc **un cadre unique et commun de référence** pour l'organisation et pour la coordination des acteurs concernés. Cette culture commune serait une perspective idéologique, dans la mesure où les dissonances identitaires sont enveloppées ou englobées dans une culture de référence commune.

Mais que faire lorsque la différence liée aux origines prime dans la relation professionnelle ? Comment parvenir alors à cette culture commune ? Comment permettre à l'équipe cosmopolite de se bâtir ? Comment accommoder les visions de l'organisation ? Comment faire de la différence un atout complémentaire ? J'ai enquêté pour tenter de répondre à ces questions.

## 5. L'enquête de terrain

### 5.1. Méthodologie de recherche

Pour progresser dans ma recherche sur l'interculturalité, j'ai mené des entretiens exploratoires pour trouver des éléments de réponse à la problématique définie. Les premiers entretiens m'ont révélé que le thème de l'interculturalité était mal connu, impalpable, tabou, voire dangereux, et donnait lieu à de mauvaises interprétations. J'ai donc fait le choix d'une méthode dans la façon d'amener le sujet, qui s'est améliorée au fil des entretiens. J'ai préparé une explication pour présenter ma recherche. Cette introduction devait être suffisamment cadrante pour éviter les erreurs d'interprétation sur le sujet, mais suffisamment souple pour permettre à la personne interrogée de pouvoir répondre en amenant ses propres représentations.

**Je suis parti d'une définition, celle de la culture.** Étant donné son caractère polysémique et la difficulté de trouver une définition universelle – A. L. KRÉBER (1876-1960) et C. CLUCKHOHN (1905-1960), deux anthropologues américains, ont dénombré en 1952 plus de cent soixante quatre définitions du terme<sup>1</sup> – j'ai fait le choix de partir d'une des définitions les plus connues sur la culture, celle de l'anthropologue britannique E. B. TYLOR<sup>2</sup> (1832-1917) : « *La culture est cet ensemble complexe qui comprend les connaissances, les croyances, l'art, le droit, la morale, les coutumes, et toutes les autres aptitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre d'une société* ». Cette définition présente l'avantage d'être **un support et un médiateur** à l'amorce de relation. Chacun peut l'entendre. Son caractère suffisamment souple et libre permet d'arriver à un langage commun permettant à l'entretien de commencer. La médiation par le biais de cette définition m'a aidé à éviter la dispersion, la confusion et l'interprétation.

### 5.2. Choix des populations et des lieux d'enquête

**J'ai inscrit ma recherche dans le domaine de la psychiatrie** où j'ai construit ma carrière professionnelle. La santé mentale, par ses fondements dans les sciences humaines (psychologie, ethnologie, anthropologie, sociologie), est le cadre idéal pour faire des

---

<sup>1</sup> A. L. KRÉBER et C. CLUCKHOHN, *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*

<sup>2</sup> E. B. TYLOR, *La civilisation primitive*

recherches dans le domaine de l'interculturalité. Par ailleurs, le fait de choisir une discipline dont je connais la culture sous-jacente m'a permis de pouvoir comparer et mieux interpréter les réponses.

J'ai enquêté auprès de cadres de proximité et de cadres de pôle, en faisant appel à leurs expériences passées. Ils se sont racontés sur l'expression de leurs méthodes, leur créativité, leur savoir-être et leur savoir-faire liés au sujet. Ces échanges ont servis mon enquête et ont été un formidable vivier d'informations qu'il a fallu ensuite trier et analyser.

### 5.3. Choix des outils d'enquête

Pour pouvoir centrer le discours des personnes interrogées autour du thème de l'interculturalité, j'ai eu recours à **l'entretien semi-directif**. Ce type d'entretien m'a permis de compléter les données recueillies dans les lectures et mes expériences personnelles, en recentrant le discours des personnes interrogées autour du thème de l'interculturalité consigné dans un guide d'entretien consistant en cinq questions décisives que j'ai testées auprès de mes collègues étudiants cadres de santé pour vérifier leur compréhension et leur adaptabilité aux objectifs de ma recherche. Puis cette trame d'entretien a été validée par mon directeur de mémoire.

- 1) Lors de votre parcours professionnel en tant que cadre de santé, avez-vous pu observer, au sein de vos équipes, des différences culturelles liées aux différences d'origine ? Lesquelles ?
- 2) Ces différences ont-elles eu des conséquences dans la dynamique du groupe, dans la prise en charge des patients, ou à d'autres niveaux ... ?
- 3) Avez-vous agi pour résoudre ses conséquences afin d'arriver à une culture commune ? Comment ?
- 4) Votre action a-t-elle été fructueuse ? Quelles compétences sont requises, selon vous, dans cette gestion interculturelle ?
- 5) Comment abordez-vous désormais la question de l'interculturalité dans votre pratique quotidienne ?

#### 5.4. Modalités de réalisation

Pour pouvoir réaliser ces entretiens, j'ai contacté quatorze cadres rencontrés au cours de mon parcours professionnel ou de ma formation de cadre de santé. Dix ont accepté de me rencontrer pour réaliser cet entretien, et quatre ont refusé au motif qu'ils ne se sentaient pas concernés par le thème de l'interculturalité. J'ai interrogé ces personnes sur leur lieu de travail.

La technique de l'entretien semi-directif a été compliquée à mettre en place dans la mesure où les émotions ressenties à l'évocation de situations professionnelles ont pu parfois casser son fil et sa dynamique. J'ai donc constamment dû faire preuve d'empathie, d'adaptation, et de mesure face aux réponses des personnes interrogées. En effet, confronté au sujet qui peut mettre mal à l'aise, et suite au récit de certains faits professionnels, j'ai dû parfois préciser que je ne cherchais pas de positions tranchées et que je ne jugeais pas, mais que **je cherchais à récolter des expériences et des réflexions en vue de modéliser**. La mise en confiance obtenue grâce à mon écoute et ma neutralité bienveillante m'ont permis de recueillir des données intéressantes pour ma recherche<sup>1</sup>.

#### 5.5. Le traitement des données

J'ai d'abord retranscrit sur papier l'ensemble des données récoltées à l'issue des entretiens, afin de pouvoir visualiser l'ensemble des réponses données, pour pouvoir procéder ensuite à un travail de tri des résultats, de comparaison, et d'analyse. Je me suis ainsi trouvé en possession du matériel nécessaire pour pouvoir tester mon hypothèse de départ et approfondir mes interrogations.

La finalité de l'enquête résidait dans la compréhension de la situation pour identifier les actions ou postures à mettre en œuvre pour l'amélioration de la cohésion d'équipe en situation d'interculturalité.

---

<sup>1</sup> Cf. *Annexe 2*, Extraits d'un entretien

## 6. La restitution des données

J'ai d'abord décrit la distribution des données de mon échantillon, concernant le sexe, l'âge, l'ancienneté, et la profession, sous forme de graphiques (fig. 2 à 5).

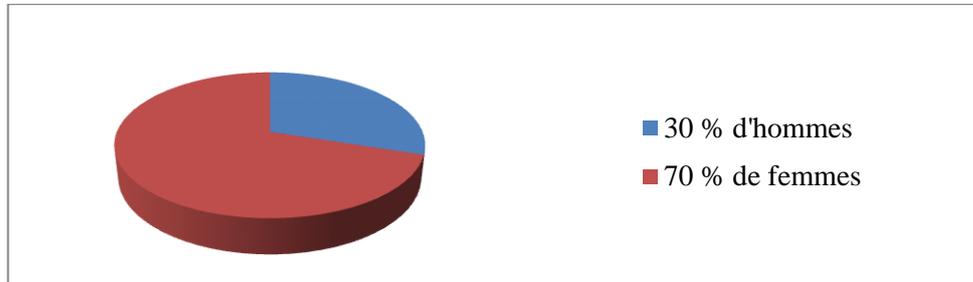


FIG. 2. — Répartition des personnes interrogées par sexe.

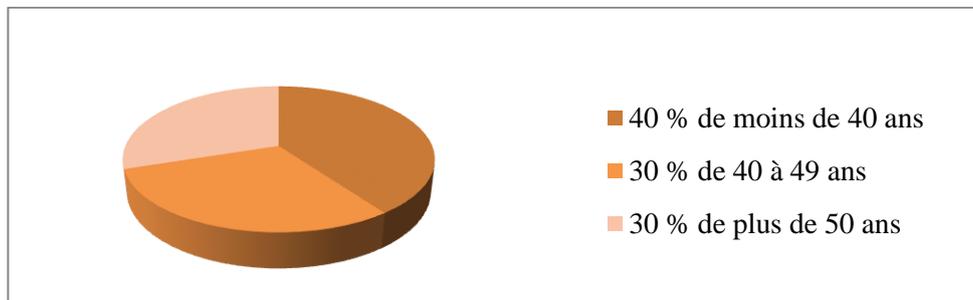


FIG. 3. — Répartition des personnes interrogées par âge.

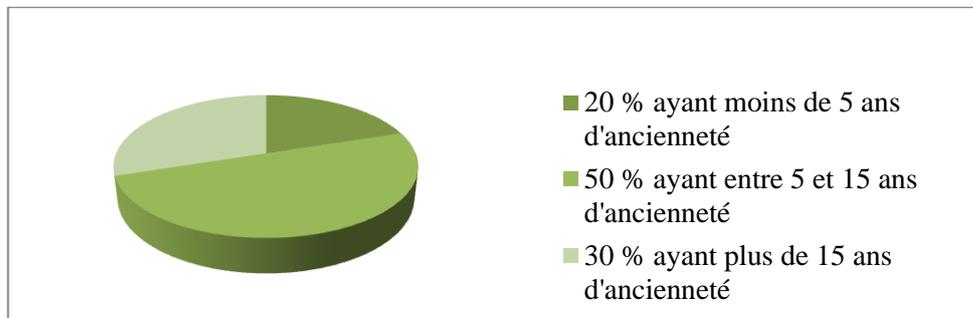


FIG. 4. — Répartition des personnes interrogées par ancienneté.

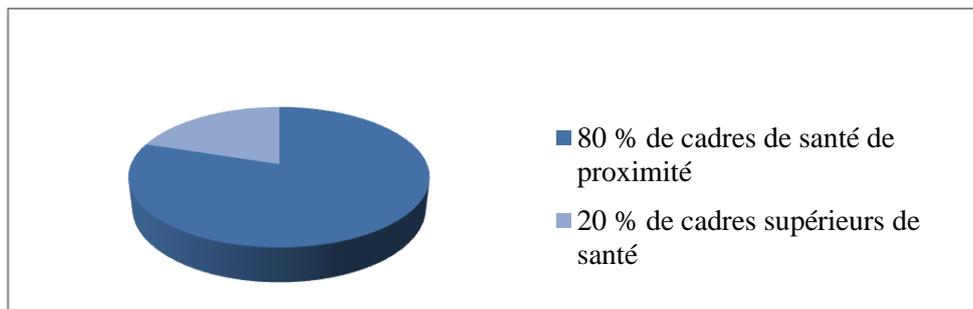


FIG. 5. — Répartition des personnes interrogées par profession.

J'ai ensuite récapitulé les données recueillies lors de mes entretiens. L'échantillon de dix interviews ne permet pas de restituer les réponses en données chiffrées, ni même d'affirmer une conclusion définitive, mais présente néanmoins l'avantage d'imaginer un début d'issue à mon questionnement.

## 6.1. Les constats de situations

**Lors de votre parcours professionnel en tant que cadre de santé, avez-vous pu observer, au sein de vos équipes, des différences culturelles liées aux différences d'origine ? Lesquelles ?**

L'ensemble des personnes interrogées a répondu par l'affirmative, de manière concernée et intéressée. Deux personnes sont conscientes de l'existence de différences culturelles liées aux différences d'origine, mais relativisent : « *Je ne vois plus tout ça, j'ai grandi avec* », « *On essaie de faire comme si de rien n'était* », « *Il y en a qui y sont sensibles, d'autres non* ». J'ai craint à ces instants que l'entretien ne se termine prématurément.

Une autre personne en pressent l'existence sans vraiment y être confrontée : « *J'ai l'illusion que tout se passe bien en apparence, mais en fait je ne sais pas trop. Je ne vois pas tout se qui se passe dans le service. Les comportements sont souvent différents devant moi* ».

Les autres témoignages sont plus affirmés. Six cadres ont témoigné du fait que l'interculturalité était avant tout une réalité avant d'être un problème : « *Généralement, tout le monde cohabite bien* ». Cependant, les dix cadres évoqueront tous des situations négatives passées. Je peux regrouper ces témoignages selon deux types de manifestation :

- des confrontations entre membres d'origine culturelle différente dues à des rivalités historiques (par exemple, outremer/métropole, anciennes colonies, origine Hutu/Tutsi) ou à des représentations culturelles différentes (par exemple, conceptions différentes du rapport hommes/femmes, de la famille, du soin, de la mort) ;
- des regroupements entre membres de même origine culturelle (par exemple, choix du binôme de travail, choix de sa place à table ou en salle de pause, choix de la personne à qui l'on va demander une aide ou un remplacement, renforcement du discours de l'autre en réunion, soutien lors de positionnements ou de disputes).

## 6.2. Les conséquences de ces situations

**Ces différences ont-elles eu des conséquences dans la dynamique du groupe, dans la prise en charge des patients, ou à d'autres niveaux ... ?**

L'ensemble des personnes interrogées ont également répondu par l'affirmative. J'ai repris ici des réponses apportées par anticipation à la première question.

### 1) Les conséquences dans la dynamique de groupe :

- incompréhension entre personne d'origine culturelle différente se manifestant par des interrogations, des commentaires, voire des remises en question du travail de l'Autre ainsi qu'une projection sur l'Autre de ses propres représentations ;
- communication altérée au sein du groupe pouvant s'observer par des discours contradictoires ou ambivalents, un déficit de communication vis-à-vis de la personne différente de soi, un discours parfois violent teinté de sous-entendus (humour raciste) ;
- division de l'équipe en groupes d'affinités culturelles, entraînant l'octroi de faveurs entre personnes de même culture, y compris les patients, ainsi que méfiance constante ou ignorance entre personnes de culture différente ; le reste de l'équipe devant naviguer entre les groupes opposés, avec des craintes de devoir se positionner ou se justifier.

### 2) Les conséquences dans la prise en charge des patients :

- diminution de la qualité de soins. Les histoires interpersonnelles primant sur le travail, la prise en charge des patients passe au second plan. Il est nécessaire d'intervenir pour résoudre ces problèmes interpersonnels et restaurer un service efficace. Ce temps et ce travail empiètent sur les soins et se font à leur détriment ;
- absence d'équité entre les patients. Les patients partageant la même origine culturelle que le soignant sont mieux traités. La communication peut s'effectuer dans la langue maternelle du patient qui n'est pas le français ce qui exclut les autres soignants ;
- prise en charge vécue comme différente suivant les soignants en poste en fonction de leur origine culturelle du fait qu'ils induisent dans leur conception du soin et de la maladie certains éléments comme le rapport à l'affectif ou à l'oralité ;

- tensions parmi les patients du fait que certaines personnes aux traits plus sensitifs ressentent davantage la situation, peuvent se sentir exclus ; tensions également du fait que certains patients aux traits psychopathiques jouissent de la situation ;
- les projets de soins et consignes médicales peuvent également faire l’objet de différences de traitement, voire de critiques ou de prises de libertés en raison de l’équipe en place et de ses représentations et conceptions.

3) Les autres conséquences :

- une ambiance délétère emplie de tensions, de disputes, de silences, de positionnements, et de justifications en fonction des situations ;
- une dysharmonie des pratiques professionnelles, chacun agissant à sa façon en fonction de ses propres codes et représentations du rapport à l’Autre, du soin et de la maladie ;
- une gestion des conflits interculturels prenant le pas sur la gestion du service ;
- un sentiment d’isolement pour le cadre qui doit gérer ces conflits, malgré l’aide de sa hiérarchie et du médecin responsable du service, et qui doit adopter des mesures et des postures parfois différentes de celles qu’il utilise habituellement.

Malgré ces nombreuses conséquences négatives, six cadres ont tenu à évoquer également l’apport positif de la présence de membres d’origine culturelle différente au sein d’une équipe, par leur éclairage sur certaines situations de soins ou une mise en lien avec les familles des patients.

### 6.3. La résolution des problèmes

**Avez-vous agi pour résoudre ses conséquences afin d’arriver à une culture commune ? Comment ?**

L’expression « culture commune » a pu être ici mal perçue par certains cadres de santé. Il a fallu parfois leur réexpliquer ma problématique de départ en évoquant le développement d’une culture de service commune pour arriver à la coopération et la construction de l’équipe, et donc à la limitation des conséquences issue des différences interculturelles. Cette ambition a pu être comprise comme utopique par certains qui m’ont dit : « *Je n’ai jamais osé rêver d’une culture commune* », ou encore « *Une culture commune, c’est quasiment irréalisable !* »

Tous témoignent cependant d'orientations et d'actions correctrices. Les réponses se déclinent en méthodes, comportements et actions, qui diffèrent selon la personnalité des cadres, la gravité de la situation, et le contexte de travail, et sans que cette intervention soit toujours comprise par l'équipe ou le médecin-chef comme la réponse à un problème d'ordre spécifiquement culturel.

Pour trois cadres, la prise en charge d'un problème d'ordre culturel a été ressentie comme difficile ou violente car ils ont dû adopter un management plus autoritaire et prendre des mesures inhabituelles.

Les actions, méthodes et comportements les plus fréquemment évoqués sont :

- du point de vue organisationnel : séparer le groupe, faire tourner les soignants dans les unités, et/ou les sortir de leur lieu de pratique habituel, favoriser la coopération en les faisant travailler avec d'autres soignants, en cassant les habitudes, constituer et imposer des binômes, faire intervenir le médecin responsable du service ou le cadre supérieur, faire appel à un interprète plutôt qu'à l'équipe pour les patients non francophones, profiter des postes à renouveler pour remodeler l'organisation ;
- du point de vue communicationnel : réunir l'ensemble de l'équipe pour exposer le problème, rappeler le cadre institutionnel, écouter les ressentis des protagonistes, mettre de côté ses propres ressentis, se montrer ferme, faire le lien entre les personnes ;
- du point de vue managérial : repérer l'ensemble des éléments de compréhension avant d'analyser, faire preuve d'ouverture d'esprit, être créatif pour proposer des solutions, se rappeler qu'on est avant tout soignant, s'intéresser à la culture de l'Autre, rester humble, travailler et cheminer ensemble lors de réunions institutionnelles sur les problèmes factuels, repérer les éléments dysfonctionnant, brasser les pratiques, mettre en avant l'organisation de l'activité, rester constamment vigilant, reprendre les situations avec les agents concernés ;
- du point de vue de la formation professionnelle : former autour des fondamentaux du soin, proposer de travailler ensemble sur les différences de toutes sortes.

#### 6.4. Les compétences requises

**Votre action a-t-elle été fructueuse ? Quelles compétences sont requises, selon vous, dans cette gestion interculturelle ?**

Les personnes interrogées ayant rencontré plusieurs situations interculturelles problématiques au fil de leurs parcours professionnel, la réponse a été nuancée. Ainsi, selon les cas, leur action n'a pas toujours été fructueuse. Je peux noter deux échecs. Ces cadres de proximité évoquent alors leur sentiment d'impuissance lors de ces expériences professionnelles les ayant obligés, pour l'un à passer le relais au cadre supérieur, et pour l'autre à partir vers un autre lieu d'exercice, plus serein.

Les dix cadres de santé se sont cependant montrés prolixes. En ce qui concerne les compétences requises dans la gestion interculturelle, les réponses les plus fréquemment rapportées sont :

- quant aux savoir-être : éviter d'apparaître soi-même discriminant, être rigoureux et méthodique, être à l'écoute, être dans l'analyse et la réflexion, être créatif, être humble, être crédible, légitime, responsable, cadrant, accompagnant ;
- quant aux savoir-faire : savoir être stratégique, savoir valoriser, savoir repérer, savoir valoriser les compétences des soignants et centrer leurs prises en charges sur ces éléments de compétences, savoir communiquer de façon spécifique, savoir se positionner, savoir agir, savoir décider, savoir organiser, savoir former, savoir chercher, savoir trouver, savoir apprendre et former.

#### 6.5. L'appréhension de l'interculturalité

**Comment abordez-vous désormais la question de l'interculturalité dans votre pratique quotidienne ?**

L'ensemble des personnes interrogées adoptent une ou plusieurs des attitudes suivantes :

- vigilance : par exemple, « *J'y fais maintenant plus attention* », « *J'observe constamment* », « *Je reste sur mes gardes* », « *Je garde en souvenir certaines situations passées* » ;
- éthique et déontologie : par exemple, « *Je ne suis pas le seul détenteur de la bonne pratique* », « *J'ai une éthique à tenir* », « *L'activité doit primer plutôt que les*

*guéguerres », « Je continue à me remettre en question », « Il y a un cadre, il faut qu'ils le respectent, j'y fais plus attention » ;*

- demande d'aide : par exemple, *« Je demande au soignant ce qu'il perçoit », « Je m'aide du médecin s'il est dans la même disposition que moi » ;*
- décision : par exemple, *« Maintenant, j'agis tout de suite », « C'est quand même moi qui régule ici ! »*

## 6.6. Processus psychiques rencontrés lors des entretiens

Ce qui m'a interpellé dans la conduite des entretiens, ce sont les réactions des personnes interrogées à l'évocation des situations professionnelles liées à des faits interculturels. J'ai conscience de pouvoir être accusé de déformation d'une habitude professionnelle, mais ma démarche est toute autre : celle de pouvoir restituer ici ces ressentis personnels qui peuvent compléter l'analyse ultérieure.

J'ai pu ressentir ce type d'évocation, de l'ordre du souvenir, comme ayant généralement pu réactiver un malaise ancien. J'ai ainsi pu parfois constater, à l'évocation de ces événements vécus comme négatifs, une altération du discours, une accélération du rythme ou des saccades dans la voix, de même qu'une communication non verbale, comme les yeux fermés, le regard vide, ou des rougeurs, symptomatiques d'affects déplaisants.

Sans parler pour autant de mécanismes de défense, j'ai alors pu constater dans le discours des cadres interrogés :

- **des mécanismes de retour à soi** :
  - auto-observation : expression des sentiments et des pensées face à un état émotionnel dû à l'événement stressant, en amorçant une réflexion sur ses propres motivations et comportements. Les dix cadres se sont montrés prolixes dans l'élaboration psychique autour de leurs vécus. Ce mécanisme était, chez ces personnes, toujours couplé avec une stratégie d'adaptation de style coping qui apparaissait plus marqué au fil de l'entretien. Le coping est un processus actif par lequel un individu, par l'appréciation de ses propres capacités, de ses motivations, fait face à une situation stressante et réussit à la maîtriser ;
  - intellectualisation : apparaît lorsqu'une personne tente de répondre aux exigences d'une situation en utilisant ses capacités mentales rationnelles pour raisonner sur les événements au lieu de réagir par des émotions aux sentiments que ces

événements engendrent. J'ai parfois entendu des discours peu incarnés pour se défendre des émotions revécues ;

– **des mécanismes d'action** :

- activisme : gestion des situations traumatiques par le recours à l'action. Deux des cadres interrogés avaient un discours en apparence plus centré sur l'action et son caractère directif, plutôt que sur la réflexion ;
- affiliation : recherche de l'aide et du soutien d'autrui pendant une situation angoissante (à la hiérarchie et au médecin responsable du service) ;
- altruisme : consiste à échapper à un conflit par le dévouement ou l'aide à autrui. Une cadre m'a ainsi prêté son mémoire de formation qui évoquait le sujet ;

– **des mécanismes de transformation** :

- réparation : restauration de la situation de façon plus positive. Sept cadres se sont montrés véritablement enjoués du fait d'avoir montré que dorénavant, ils abordaient différemment et plus efficacement selon eux le thème de l'interculturalité ;
- sublimation : déplacement vers des activités valorisées. Une cadre supérieure de santé rapproche le fait d'avoir voulu évoluer professionnellement à la survenue de plusieurs événements problématiques. « *J'avais besoin de passer à autre chose* », dit-elle ;

– **des mécanismes de rejet** :

- dépréciation : attribution à autrui de défauts exagérés. J'ai eu l'impression que deux cadres alourdissaient la charge à l'égard d'acteurs de situations conflictuelles passées ;
- retrait apathique : indifférence affective ;
- isolation et détachement : suppression de l'affect lié à la représentation conflictuelle (souvenir, idée, pensée), alors que la représentation en question reste consciente. J'ai ainsi pu observer certains propos dits avec distance ou neutralité, et des regards vides.

## 7. L'analyse des données recueillies

### 7.1. Enseignements globaux

Les réponses obtenues témoignent de **la réalité du phénomène** interculturel au sein des services de soins. Le rapport aux Autres, c'est-à-dire aux collègues et aux patients, est ici abordé sous l'angle interculturel. La majorité des cadres déclarent que l'interculturalité est avant tout une réalité professionnelle aux conséquences aussi bien positives, telles que l'éclairage culturel de certaines situations de soins, le partage et l'enrichissement mutuel, que négatives. Mais tous ont été, au cours de leur carrière, confrontés à la gestion de situations problématiques en lien avec l'interculturalité.

J'ai réalisé une analyse globale des éléments recueillis en entretien<sup>1</sup> dont il ressort des informations sur les postures, les compétences et les méthodes du cadre sollicitées lors de la gestion interculturelle :

**1) Le cadre de santé, dans le repérage de situations liées à l'interculturalité, montre des capacités de perception développées.**

Je fais l'hypothèse que son travail au quotidien facilite cela, dans la mesure où, par sa fonction contrôle, il a l'habitude de repérer les situations problématiques ou à risques.

**2) Le cadre de santé montre des capacités de réflexion accrues qu'il utilise pour traiter la situation de la manière la plus adaptée.**

Je fais l'hypothèse que grâce à son travail autour de la conduite de missions, il élabore au quotidien une pensée réflexive, propice à une action efficace.

**3) Le cadre de santé utilise des méthodes qu'il crée ou adapte en fonction de la situation.**

Je fais l'hypothèse que par les aspects de conduite d'actions et de projets liée à ses fonctions, il dispose d'un large éventail de méthodes qu'il a appris à utiliser et qu'il personnalise pour répondre de manière la plus spécifique à chaque situation.

---

<sup>1</sup> Cf. Annexe 3

#### **4) Le cadre de santé est le garant et le moteur des processus d'amélioration et de résolution des situations survenues au sein de son service.**

Je fais l'hypothèse que par ses fonctions de responsabilité, il garde en tête au quotidien la dimension qualitative de la conduite d'actions.

#### **5) Le cadre de santé adapte son positionnement en fonction des situations.**

Je fais l'hypothèse que par ses fonctions de représentations et également ses fonctions de responsabilité, il sait se positionner au plus juste vis-à-vis des situations et des contextes.

#### **6) Le cadre de santé agit en fonction de principes et de valeurs éthiques.**

Je fais l'hypothèse que par sa formation, par son statut, et par la réflexion liée à la gestion de l'activité, il sait transmettre la ligne de conduite la plus déontologique possible, pour lui-même et pour les autres.

Dans un second temps, j'ai procédé à une analyse plus fine des informations recueillies en les abordant sous des aspects plus spécifiques.

## 7.2. Enseignements du point de vue des sciences humaines

L'analyse et les explications avancées ici se sont construites grâce aux apports complémentaires de la psychologie et de la sociologie.

### 7.2.1. Du point de vue de la psychologie

En tant qu'étude des faits psychiques et des comportements, la psychologie m'a été utile pour expliquer ce que j'avais perçu des processus et des fonctionnements des individus rencontrés, en prenant en compte les manifestations de leur subjectivité. Je me réfère ainsi aux apports de K. LEWIN et de D. ANZIEU précisés dans mon cadre théorique<sup>1</sup> pour expliquer les rapports de l'individu face au groupe.

Je ne peux pas regrouper les processus psychiques observés en groupe de données statistiques, dans la mesure où les personnes interrogées ont eu recours à plusieurs mécanismes en fonction de leur personnalité. La variété des mécanismes psychiques suivants témoigne de la difficulté de l'impact de l'interculturalité sur les cadres, et les place dans une position de critique, quels que soient les moments où ils interviennent.

---

<sup>1</sup> Cf. *supra*, pp. 12 à 16

### 1) Les processus d'ordre réparateur :

Les réponses données par certains cadres montrent que l'échec dans le traitement des premières situations interculturelles rencontrées s'est suivi d'une forme d'auto-analyse avec mise en place de mécanismes autour de l'affirmation de soi et de la transformation.

Je peux citer les exemples de situations qui sont intervenues à un moment où ils ne s'y attendaient pas : soit parce qu'ils étaient préoccupés par d'autres sujets de gestion et d'intervention, et ils sont désormais plus vigilants sur ces problèmes et n'hésitent pas à se faire aider ; soit parce qu'ils tenaient un de leurs premiers postes en tant que cadre, et ils se sentent désormais crédibles et légitimes pour traiter ces situations.

Une cadre a même évoqué le fait d'être « apprenant » d'une situation liée à la différence, pour pouvoir à l'avenir mieux gérer ce type de conséquence. Le couplage entre l'auto-observation et la stratégie de coping que la cadre a pu réaliser psychiquement est ici flagrant.

### 1) Les processus d'ordre protecteur :

Je peux analyser certaines informations non verbales comme révélant une protection pour les personnes en difficulté dans une situation donnée. C'est le cas des cadres qui affirment ne pas se sentir concernés par les problèmes liés à l'interculturalité, tout en adoptant des attitudes fermées : gestes autocentrés, bras fermés.

### 2) Les processus d'ordre créatif :

Ils témoignent d'une volonté d'ouvrir la situation sur des données nouvelles. La majorité des cadres s'est montrée avide de transmettre le processus qui leur a permis de trouver la solution la plus adaptée aux problèmes interculturels rencontrés. Certains n'ont pas hésité à me proposer leurs méthodes ou leurs théories de référence, particulièrement ceux qui mettaient en place le plus de mécanismes de défenses d'action et de transformation.

Ainsi, j'ai pu observer qu'à mesure qu'ils m'exposaient comment ils avaient réussi à résoudre les problèmes interculturels, certains cadres paraissaient satisfaits (sourires, traits apaisés, voix calme), témoignant ainsi d'un mécanisme de retour à soi.

Que ce soit autour de la réparation, de la protection, ou de la création, **chaque cadre de santé interrogé développe donc une réflexion et une action autour du sujet,**

**témoignant d'une intention propre qui est le reflet de la personnalité de l'individu concerné dans le milieu dans lequel il évolue.**

### **7.2.2. Du point de vue de la sociologie**

En tant qu'étude de la dimension sociale sur les représentations et comportements humains, la sociologie m'a servi à mieux comprendre les facteurs expliquant les représentations et les comportements des cadres de santé face à la gestion de l'interculturalité.

La restitution des entretiens témoigne d'un rapport ambivalent entre le cadre de santé et son équipe. Bien que je n'ai pas enquêté auprès des équipes, je sais par l'expérience acquise dans mon métier et lors des stages, que du point de vue de l'équipe, le cadre est soit relégué à l'extérieur du fonctionnement de l'équipe de soins, soit considéré comme en faisant partie intégrante. Le cadre peut s'appuyer sur ces deux tendances selon qu'il souhaite fédérer le groupe autour des moyens d'actions qu'il a choisis, ou au contraire selon qu'il souhaite s'extraire du groupe, comme le montre la distanciation mise en place lors de l'analyse des situations vécues.

Ce rapport ambivalent, tantôt vécu comme gênant ou accommodant, est le reflet des interrogations que se posent les cadres de santé au sujet de leur place. Je pense ici aux jeunes cadres qui m'ont exprimé, après l'entretien, certaines interrogations quant à leur positionnement et même quant à leur sentiment d'isolement. Je pense également au sentiment d'échec relatif à des erreurs de positionnement face à certaines situations problématiques interculturelles.

Derrière la mise en évidence de ces rapports sociaux, je comprends mieux **les notions d'interactions interindividuelles et de jeux d'acteurs**. Je ne peux proposer d'illustrer mes propos par un sociogramme car il en faudrait autant qu'il existe de situations professionnelles, mais j'affirme néanmoins, grâce à l'analyse des entretiens, que ce jeu d'acteurs est **un construit social**, où chacun, en fonction de la préservation des zones de pouvoir et des marges de liberté, évolue en interagissant avec l'autre, en manœuvrant selon sa propre rationalité. Pour appuyer mes propos, je rappelle, d'une part, l'ensemble des réponses autour des actions correctrices, et d'autre part, l'ensemble des jeux d'acteurs cités lors des deux premières questions. Du fait que ces construits sociaux s'inscrivent dans le service, ils marquent leur institutionnalisation. Viennent alors se

superposer les jeux d'autres acteurs (patients, médecins, hiérarchie) pour appuyer ou défier celui du cadre.

J'insiste sur le fait que les entretiens m'ont permis de comprendre **la notion de domination sociale**, qui peut concerner aussi bien le cadre de santé lorsqu'il réussit à imposer ses méthodes de gestion interculturelle, que l'équipe lorsqu'elle impose son propre fonctionnement pathologique. Il existe un mécanisme de reproduction des hiérarchies sociales.

Pour P. BOURDIEU<sup>1</sup> (1930-2002), sociologue français, la capacité des agents en position de domination, à imposer leurs façons d'être et de faire, joue un rôle essentiel dans la reproduction des rapports sociaux de domination. Ce qui pourrait apparaître comme socialement violent se majore par l'habitus, qui est l'ensemble des dispositions inconscientes et adaptées au monde social acquises par socialisation. En effet, chaque agent social, en fonction de cet habitus, développe des stratégies pour maintenir sa domination envers l'autre, complémentaires de celles visant à préserver ses zones de pouvoir.

Que ce soit dans ses rapports avec l'équipe, avec le médecin responsable du service, avec sa hiérarchie, ou encore avec les patients pris en charge dans son service, **le cadre de santé évolue dans un système socialement construit**. Ses réponses (actions) et ses propositions (améliorations) sont donc tributaires des autres acteurs du système et nécessitent des stratégies spécifiques pour pouvoir être reçues et instaurées.

Que ce soit pour l'organisation de l'activité ou pour une gestion spécifique (comme ici l'interculturalité), **le service commun passe par cet enjeu stratégique qu'est la prise en compte des rapports sociaux** et plus particulièrement du jeu des acteurs.

### 7.3. Enseignements du point de vue éthique et déontologique

En tant qu'ensemble des valeurs propres à un milieu, **l'éthique** se justifie ici pour étendre l'analyse des relations entre les acteurs. Les principes et les règles éthiques font référence à **la déontologie**, c'est-à-dire l'« *ensemble des devoirs qu'impose à des professionnels l'exercice de leur métier* » (LE NOUVEAU PETIT ROBERT 2008).

---

<sup>1</sup> P. Bourdieu, *Questions de sociologie et Esquisse pour une auto-analyse*

Que ce soit par l'exposé de constats de situations problématiques que lors des explications autour des améliorations, j'ai pu entendre, dans le discours des cadres, **l'énoncé d'un jugement moral** autour du juste et de l'injuste, ou encore autour de la bonne et de la mauvaise action. La morale, en s'intéressant aux règles de conduite, reste relative dans la mesure où elle est subjective. Cependant, la notion de jugement émis marque ici **le fondement de valeurs qui fixeront les principes d'action du cadre.**

**Le cadre apparaît alors comme un régulateur d'actions, qui transmet des principes de bonne conduite.**

Dans un souci constant de recherche de ce qui convient le mieux, selon lui, à la situation, il développe une éthique personnelle et n'hésite pas à la confronter à celle des autres **pour pouvoir construire une éthique commune.** **Il est un accompagnant des situations.** Lorsque les rapports conflictuels l'exigent, il peut se servir de son autorité hiérarchique pour imposer une conduite professionnelle empreinte de déontologie.

Dans la mesure où, comme j'ai pu le rappeler, les stratégies des acteurs sont multiples, le cadre de santé peut, dans certains contextes, **guider vers un but commun** en s'aidant de postures telles que l'autorité ou la fermeté, ou au contraire, en s'aidant de la posture créative, pour permettre d'arriver à un sens commun, acceptable pour tous, et qui soit empli d'un regard éthique. Pendant les entretiens, des cadres de santé ont ainsi particulièrement insisté sur les notions d'écoute et de respect tant autour de la différence qu'autour des personnes, pour pouvoir trouver, selon eux, la solution qui convenait le mieux à la situation.

## 8. Confrontation entre mes idées départ et les résultats de mes analyses

Lorsque j'ai commencé ce travail de recherches, je souhaitais pouvoir approfondir les façons d'aborder l'interculturalité dans une équipe. J'ai centré ma recherche sur la problématique suivante : « **Comment le cadre de santé peut-il, dans un contexte interculturel, favoriser la coopération et permettre à l'équipe de se construire, et ainsi conjointement développer une véritable culture de service ?** » L'élaboration d'un modèle de référence puis la conduite d'entretiens auprès de cadres de santé m'ont ainsi permis de répondre à la problématique posée.

### 8.1. Sur l'interculturalité

J'ai choisi d'expliquer au départ l'interculturalité liée aux différences d'origine en me basant sur une conception philosophique. Ceci me permettait d'aborder le thème en insistant sur l'existence humaine et l'ouverture sur le monde. Dans la mesure où la philosophie est depuis ses origines ancrée dans le dialogue et le débat d'idées, je pensais qu'elle pourrait m'être utile pour analyser et cheminer à travers des concepts que l'on retrouve dans ma pratique professionnelle (comme par exemple l'accompagnement ou l'altérité).

Le fait de mener des entretiens m'a apporté **des visions plus pragmatiques**. Dépassant ma propre expérience et ma propre interprétation du sujet, j'ai pu recueillir celles d'autres cadres de santé.

Dans l'élaboration de ma pensée et dans la rédaction de ce mémoire, j'avais tendance à m'intéresser davantage à certains aspects, notamment ceux liés aux ambitions et aux volontés pour améliorer la situation. J'entrevois alors des solutions générales face à des situations mal problématisées et donc peu analysables.

La conduite d'entretiens m'a d'abord amené **une logique de raisonnement**. La trame d'entretien, par son aspect méthodique, m'a aidé à mieux progresser dans l'approche du phénomène, et à en déduire une démarche par processus (fig. 6).

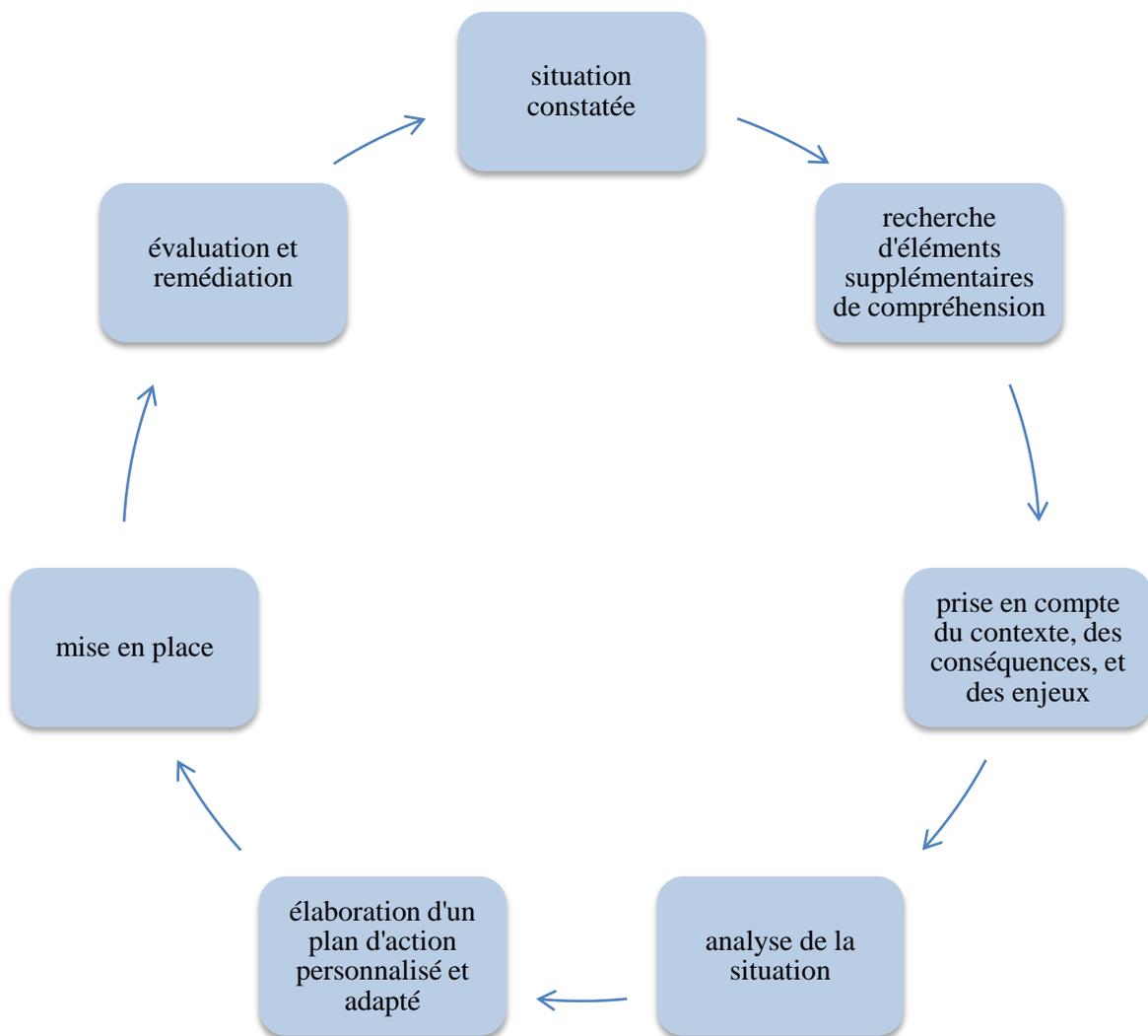


FIG. 6. — Roue de DEMING de la prise en compte de l'interculturalité.

Je conçois désormais l'interculturalité comme étant un phénomène beaucoup plus présent que ce que je n'avais imaginé face aux incompréhensions et aux gênes des personnes interrogés lors de ma phase exploratoire.

**L'interculturalité m'apparaît aujourd'hui comme une réalité professionnelle.**

Mon modèle de référence<sup>1</sup> comportait de façon théorique des explications sur les avantages et les inconvénients de l'interculturalité. Les entretiens ont permis de compléter mes conceptions, puisque j'ai pu recueillir des faits, et constater que beaucoup de cadres avaient subi les impacts de situations liées à un fait interculturel.

<sup>1</sup> Cf. chapitre 4, pp. 11 à 21

**L'interculturalité vit la plupart du temps sans problème.** Les cadres de santé n'y prêtent alors que peu d'attention. Cependant, lorsqu'éclate un problème lié à un fait interculturel, le phénomène peut alors engendrer des dommages multiples. Les processus psychiques que j'ai pu retranscrire témoignent du malaise ressenti suite à ce genre de situation. Ces processus peuvent conduire à des sentiments d'échec, d'inefficacité, voire à des conduites de retrait.

Ce qui a des conséquences dans la dynamique de groupe ou dans la qualité des soins se teinte alors de possibles conséquences négatives personnelles pour le cadre de santé qui se sent alors jugé négativement, tant par son équipe que par sa hiérarchie ou par ses collègues. Ces conséquences peuvent gagner ses postures, sa crédibilité, ou sa légitimité.

**L'interculturalité est donc une donnée à ne pas négliger. Y être sensible et attentif permet de prévenir ses effets.**

Par ailleurs, suite aux discussions avec mes collègues étudiants et suite aux discussions complémentaires avec les cadres interrogés, j'ai pu comprendre que l'interculturalité est **un phénomène multiforme**. L'interculturalité liée aux différences d'origines n'en est qu'une partie.

L'interculturalité se retrouve dans les services de soins à plusieurs niveaux :

- culture multiple liée à la diversité des métiers ;
- diversité des prise en charge : soin, technique, éducatif ;
- diversité des conceptions du soin ;
- diversité dans les générations ;
- diversité de genre ;
- diversité professionnelle.

**La subtilité consiste donc à discerner** les différents types spécifiques d'interculturalité au sein d'une interculturalité globale. Lors des analyses de situations problématiques, c'est ce travail qu'ont fait les cadres de santé **pour pouvoir proposer une vision juste et mettre en place une prise en charge adaptée.**

Enfin, lorsque les cadres m'ont évoqué les façons qu'ils avaient désormais d'aborder l'interculturalité, les réponses autour de la vigilance et de l'action (affirmation de décision, demande d'aide) me font émettre l'hypothèse que l'interculturalité, par son risque intrinsèque de causer des situations problématiques, reste pour autant une construction mentale abstraite, pouvant générer des peurs irrationnelles et des mécanismes psychiques.

**L’interculturalité est à la fois une réalité psychique et une réalité physique** par la présence effective de cette somme de diversités, qui entraîne un ensemble de processus :

- autour de la réceptivité du groupe (par exemple, prise en compte du phénomène, des différences et des particularités) ;
- autour du dialogue social entre les groupes (par exemple, mise en lien, compréhension commune, communication interculturelle) ;
- autour de l’appartenance au groupe (par exemple, socialisation, reconnaissance, intégration, discrimination).

J’ai la conviction aujourd’hui, par ces rencontres et par le cheminement de ma réflexion, d’avoir pu aborder l’interculturalité de manière plus soutenue et plus professionnelle.

## 8.2. Sur la notion d’équipe de soins

J’ai choisi d’introduire cette notion en me basant sur les caractéristiques de la notion de groupe. La conduite d’entretiens est venue illustrer mes explications. Les réponses des cadres de santé mettent en avant **un ensemble d’individualités** ayant chacune leur personnalité, leurs propre culture, leur propre histoire, leurs propres conceptions et représentations. Cette ensemble est doté d’une vie qui lui est propre et qui lui confère un fonctionnement plus au moins autonome, dans la mesure où, au-delà du travail à effectuer et des objectifs à réaliser, l’équipe met en place des jeux d’acteurs stratégiques pour survivre symboliquement. Ces jeux se retrouvent soit dans le cadre de relations externes à l’équipe (par exemple avec le cadre de santé, avec le patient), soit dans le cadre de relations internes. Or, dans la mesure où bien plus que l’interculturalité, l’être-ensemble se base sur la communication et le partage de situations, **l’équipe doit constamment faire ce travail de coopération au quotidien**. Il en va de son bon fonctionnement et de sa survie.

**Les propos des cadres m’ont permis de comprendre que l’équipe se construit par son fonctionnement interne et ses obligations professionnelles.**

L’apparition de conséquences négatives à des faits interculturels laisse à penser que l’équipe s’est construite sur de mauvaises bases. À l’inverse, l’absence de telles conséquences laisse à penser que l’équipe se construit et se développe grâce à la conciliation autour de mêmes valeurs. Cette construction réussie serait alors cette cohésion des individualités et cette cohabitation positive témoignant d’un travailler ensemble porteur de sens.

**Au-delà des personnalités, des histoires, des cultures différentes, une construction réussie serait donc celle qui privilégie le dialogue social, l'acceptation, et l'intégration et non l'assimilation. c'est à ce titre que la diversité pourra optimiser l'être et le travailler-ensemble.**

L'irrationalité des jeux d'acteurs fait qu'il n'existe cependant aucune réflexion fondée sur la dynamique du groupe. Les cadres de santé ont témoigné de cooptation dans l'équipe, de prises de positions, de stratégies.

**Le cadre a donc un rôle à jouer pour permettre cette cohésion et éviter les perturbations de dynamique. La coopération effective des agents est ainsi rendue possible.**

Parvenir à une culture de service commune comme abordée dans ma problématique se veut le fruit de la construction d'équipe. Mais si l'équipe s'est déjà construite et met en place son propre fonctionnement, comment le cadre peut-il créer une culture commune, a fortiori s'il arrive dans une équipe constituée de longue date ? Certains cadres, en expliquant leurs actions pour traiter les situations problématiques liées aux différences culturelles, ont répondu partiellement à la question et ainsi donné des éléments de compréhension.

Au-delà de faits problématiques, pour que l'équipe puisse continuer à se construire, il faut **une volonté** de ses membres d'être et de travailler ensemble. **Les notions d'écoute, de partage, de rencontre** sont essentielles pour favoriser la coopération.

Prise dans l'action quotidienne, l'équipe n'a pas la possibilité de réfléchir sur son propre fonctionnement et ses pratiques. C'est pourquoi plusieurs axes permettraient de compléter la réflexion et ainsi de développer une orientation bénéfique :

- en prenant mieux en compte le contexte ;
- en renforçant le cadre institutionnel ;
- en développant une éthique du quotidien des soins ;
- en renforçant la fonction contrôle (par le cadre de santé de proximité, la hiérarchie, et le médecin responsable du service) ;
- en mettant le patient au centre du dispositif.

**Ces propositions sont le fruit de l'extension de mon raisonnement** suite à la mise en parallèle de mon modèle de référence avec les éléments recueillis en entretiens.

### 8.3. Sur le cadre de santé

Lors de l'élaboration de mon modèle de référence, j'avais défini cette fonction en insistant particulièrement sur les notions de missions, de responsabilité et de positionnement. Je pressentais que ce travail allait m'apporter des éléments qui me permettraient de mieux comprendre ces notions essentielles. J'ai ainsi pu repérer **des capacités et compétences du cadre** autour :

- du repérage de situations ;
- de la prise en compte de la volonté d'améliorer les situations (réflexion préalable avant la prise en charge des situations, utilisation de méthodes personnalisées et adaptées aux contextes, adaptation du positionnement) ;
- de la conduite éthique de l'action.

J'ai alors pu faire **des liens avec la pratique quotidienne du cadre de santé** autour de ses missions spécifiques (par exemple, conduite de l'activité, animation de l'équipe) et de ses fonctions spécifiques (par exemple, sa fonction de représentation, de sa fonction contrôle, de sa fonction formation).

Par ailleurs, en ce qui concerne la méthode de résolution des situations problématiques liées au fait interculturel, j'ai retrouvé, dans les réponses apportées, **des références aux fonctions du cadre de santé** (planifier, organiser, coordonner, commander, contrôler), et aux dix rôles du cadre définis par l'universitaire canadien en sciences de gestion H. MINTZBERG<sup>1</sup> (né en 1939).

La comparaison entre mon modèle de référence et les données recueillies en entretien m'ont permis d'**approfondir la vision** que j'avais de ce métier. Le fait de rencontrer des personnes exerçant dans des contextes professionnels différents, chacune en fonction de ce qu'elle est et de ce qu'elle croit, m'a permis d'aborder la fonction cadre comme étant : **une fonction dont les méthodes sont adaptées et personnalisées.**

Un socle commun, fait de connaissances, d'aptitudes, et de compétences, permet à l'expérience de s'optimiser, et permet l'affirmation d'une culture cadre qui n'exclut pas l'adjonction de cultures différentes. J'ai pu me rendre compte de **la richesse du travail de cadre** :

- l'écoute de l'autre ;

---

<sup>1</sup> H. MINTZBERG, *Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre*

- la notion de partage ;
- la notion de souhait professionnel ;
- l'importance de la réflexion avant l'action ;
- la volonté d'amélioration des situations et pratiques ;
- l'importance de l'humilité ;
- la permanence de l'éthique.

En pratique, la fonction cadre nécessite **un constant travail d'adaptation des postures pour prendre en charge au plus juste les situations.**

**Que ce soit autour de positions fermes telles que l'autorité, ou au contraire autour du soutien, le cadre est en permanence dans un positionnement adapté aux situations qu'il vit.**

J'ai pu, lors de cette recherche, rencontrer des personnes qui avaient été désarmées face à des situations problématiques. Par le biais du cheminement et par les fruits de l'expérience, ces personnes ont su améliorer leurs pratiques en optimisant tant leurs savoir-être que leurs savoir-faire.

**Le travail de cadre s'apprend.** Cela prend parfois du temps. Pour pouvoir répondre aux situations de la manière la plus efficace possible, il faut avoir pu mener à bien un processus d'acquisition de compétences et de maturation des connaissances permettant d'analyser plus finement la situation pour mettre en place un traitement personnalisé. **C'est à ce prix que l'accompagnement sera aidant.**

#### 8.4. Sur l'hypothèse de départ

J'avais posé l'hypothèse de départ suivante<sup>1</sup> : **« Dans un contexte interculturel, le cadre de proximité, par ses positionnements, par son accompagnement et ses compétences, semble être la personne la plus légitime pour permettre la construction et le développement d'une cohésion de l'équipe ».**

La vérification de cette hypothèse a nécessité une méthode de recherche basée sur la construction d'un modèle de référence, sur une enquête de terrain, et sur une analyse des données collectées. J'ai pu mettre en évidence que **l'équipe se construit d'elle-même, et parfois sur de mauvaises bases**, de par ses interactions internes, ses jeux d'acteurs, son

---

<sup>1</sup> Cf. *supra*, p. 10

histoire, son fonctionnement, et le contexte dans laquelle elle évolue. Cela engendre inévitablement des situations négatives aux conséquences néfastes. J'ai pu mettre en évidence que la culture commune passe parfois au second plan face à une priorisation différente permise par les impossibilités de pouvoir se comprendre.

**Les nombreux éléments obtenus par ma recherche me permettent donc aujourd'hui de pouvoir affirmer la légitimité de la place du cadre.**

J'ai pu comprendre que son accompagnement se doit d'être optimisé par l'expérimentation et une réflexion qui est au centre de toute analyse et de toute action, et qui permet au cadre d'asseoir sa crédibilité. J'ai également compris que **le développement de compétences et l'adaptation de ses postures lui permettent de répondre à chaque situation de manière la plus personnalisée.**

J'ai surtout pu recueillir des éléments complémentaires de réponse autour de l'éthique et de l'humilité ; les impacts psychiques engendrés par les situations négatives me permettant de comprendre qu'avant d'être un élément de la hiérarchie, **le cadre est un humain au contact d'autres humains.** C'est porté par sa morale et son désir de transmettre une qualité dans les prises en charge qu'il guide son équipe en y mettant du soin, afin que celle-ci puisse en prodiguer à son tour.

**Bien plus que d'être seulement responsable des bonnes pratiques ou d'être le représentant organisant l'activité, le cadre est le lien qui guide et encadre les relations, quel que soit le contexte interculturel, afin de permettre un bien-être ensemble propice à un travail d'amélioration. À ce titre, il est la personne la plus légitime pour permettre la construction et le développement d'une cohésion de l'équipe. C'est par son accompagnement, sa réflexion, ses postures, ses actions, et ses compétences qu'il favorise les coopérations dans son équipe et permet d'aller vers une culture commune.**

## 9. Contribution

Lorsque j'ai débuté ce travail, j'ai été surpris de constater qu'il existait peu d'ouvrages de gestion de l'interculturalité dans le domaine de l'organisation des soins. Les seuls existant se concentraient sur le monde du tertiaire. Les sujets étaient dirigés vers des pratiques professionnelles autres que celles vécues dans le milieu sanitaire et médico-social. À l'inverse, les auteurs en management de la santé, traitaient de la résolution de problèmes, de l'amélioration de la qualité, ou encore de la démarche éthique, mais pas spécifiquement de l'interculturalité liée aux différences d'origines.

J'ai donc du procéder, pour nourrir ce mémoire, à une synthèse entre des éléments des différents ouvrages sur la gestion, l'organisation, la stratégie, la qualité et l'interculturalité. Ces apports se sont liés aux résultats des entretiens pour produire une réflexion et des actions adaptés à une orientation spécifique : celui de l'initiation à la recherche.

À ce jour, le thème de l'interculturalité liée aux différences d'origines dans la constitution des équipes soignantes reste peu développé. Ce mémoire, même s'il présente des limites, contribue donc à développer la recherche autour de ce thème en proposant une adaptation aux contextes et aux réalités des organisations de santé.

## 10. Apports

Ce travail compile à la fois la recherche et l'analyse d'expériences. Produire des savoirs désincarnés ne m'intéressait pas. Par le travail de vérification d'hypothèses liées à une problématique donnée, j'ai pu produire une démarche didactique qui m'a permis de développer une expertise autour du thème de l'interculturalité, et plus particulièrement autour de l'analyse des actions et de ce qu'elles requièrent.

J'ai sans cesse fait ce travail de retour et d'articulation entre repères théoriques et repères pratiques. Ce travail m'a permis de développer des processus de résolution de problèmes. Il a participé de ma construction professionnelle car il a fallu problématiser, questionner et analyser non seulement autour du thème de l'interculturalité, mais aussi autour de ma future fonction cadre. J'ai vécu cette expérience de façon enrichissante et j'ai pu apprécier la transformation qu'elle engendrait.

## 11. Les limites du mémoire

### 11.1. Limites liées à la rédaction du cadre théorique

Je me suis référé dans un premier temps à d'autres auteurs que ceux les plus cités en matière d'interculturalité (comme par exemple le psychologue néerlandais G. HOFSTEDE, né en 1928). La prise en compte de variables majeures telles que le rapport à la distance, au genre, au groupe, le besoin de contrôle de l'incertitude, m'apparaissaient alors comme un cadre de recherche orienté. Je me suis aperçu lors des entretiens que ces données étaient néanmoins à prendre en compte, tout en les replaçant dans le contexte des prises en charge. Ces entretiens m'ont amené à constater que j'aurais dû prendre en compte la notion de rapport (au corps, à la mort, à la maladie, etc.) dès la rédaction de mon modèle de référence.

J'ai aussi pu comprendre grâce aux entretiens que la notion de multiculturalité pouvait entraîner une confusion dans la lecture de certaines situations. Dans la mesure où l'individu se compose d'une multitude de cultures (culture professionnelle, culture du pays, culture de ses origines, genre, confession, etc.) et dans la mesure où cette multiculturalité se nuance avec sa personnalité, ses aptitudes à entrer ou non en relation, son niveau de distanciation et de réflexion, sa volonté ou non d'implication, le contexte dans lequel il évolue, j'aurais dû induire au moment des entretiens plus de précisions sur cette subtilité. Par exemple, trois personnes ont inclus dans leurs réponses des manifestations liées à la religion ou à l'intergénérationnel.

### 11.2. Limites liées à la réalisation des entretiens

J'ai parfois retranscrit des données peu utiles. Ainsi les données concernant le sexe ne m'ont pas servi car je n'ai pas pu en dégager de liens avec les réponses collectées. De même concernant l'âge : je me suis aperçu qu'il n'était pas forcément lié à l'expérience et à l'ancienneté. Certains cadres plus âgés avaient parfois moins d'expériences en matière d'interculturalité que certains cadres plus jeunes. Je n'ai donc pas pu établir de causalités spécifiques.

Concernant les organisations, mes entretiens se sont tous déroulés dans la fonction publique hospitalière. Les réponses des cadres, notamment autour de la gestion, auraient pu

être différentes dans le privé. Ce travail aurait pu avoir une autre dimension si j'avais pu élargir et diversifier l'échantillon de personnes interrogées (équipe, médecin responsable, patients, etc.) et explorer d'autres apports (statistiques).

Enfin, plusieurs cadres m'ont orienté vers des sources autour de l'ethnopsychiatrie. Je peux comprendre que l'étude des relations psychiques autour de l'interculturalité puisse s'appliquer ici, or choisir uniquement cette voie aurait été limitant. Cependant, j'aurais pu l'inclure dans mon panel d'outils pour analyser la situation.

Le passage de l'action de rechercher des informations vers l'action de conscientiser a permis une réflexion utile à la résolution du problème. Je conserve certaines limites dues au fait que les informations initiales ont été glanées dans le cadre de ma pratique professionnelle. D'autres contextes professionnels auraient pu me permettre de dresser un portrait plus général de la gestion interculturelle.

Ce travail est donc le fruit actuel de ce que j'ai pu récolter et penser autour du sujet. Il témoigne de mon niveau d'évolution professionnel actuel.

## 12. Conclusion

Les cultures sont toujours des réalités en mouvement, qui évoluent, se transforment, parfois jusqu'à l'hybridation. D'un point de vue sociologique, les équipes multiculturelles ont de grandes chances de devenir la norme à l'avenir.

Chacun devra apprendre à vivre avec ces différences, à produire de l'activité tout en minimisant les conséquences négatives de toutes sortes qui pourraient advenir. De plus, les nouveaux contextes dans lesquels les équipes multiculturelles s'insèrent, ainsi que les exigences particulières liées à leurs activités et leurs compositions déboucheront sur des fonctionnements différents et exigeront des modes de gestion adaptés.

L'interculturalité sera alors la norme des managers. Il faudra qu'ils innovent en matière de pratiques de gestion pour arriver à un service optimal et qu'ils intègrent ce nouveau contexte de l'action.

Dés maintenant, c'est au cadre de santé de commencer à prendre en compte cette nouvelle donne, non pas en tant que problème effectif ou en tant que prévention de problèmes qui pourraient subvenir, mais simplement en tant que réalité professionnelle. Son management s'en trouvera optimisé car adapté. Il peut déjà répondre à certains points descriptifs concernant la constitution de son équipe, mais il doit surtout mener une réflexion autour de son management afin de pouvoir à son tour entraîner l'équipe dont il a la charge vers le partage commun et le bien travailler ensemble. Le management de la diversité représente donc une solution et un avenir pour un système en pleine mutation qui devra s'adapter aux exigences d'une nouvelle société.

J'ai pu, par ce mémoire, étudier l'une de ces différences culturelles, celle liée aux différences d'origines, ses conséquences professionnelles et à sa gestion spécifique. Bien plus que de comprendre les façons d'aborder cette réalité professionnelle pour pouvoir travailler autour du bien-être et du bien-travailler ensemble, ce travail de recherche a participé d'une véritable opérationnalisation de ce que j'avais appris tout au long de la formation.

J'ai appris l'interculturalité aussi bien en interrogeant les expériences, les visions, et les contextes de travail des cadres de santé qu'en m'imprégnant des apports théoriques lus et vus en cours pour nourrir ce mémoire. J'ai pu alors faire des liens notamment avec la qualité des soins ou le développement durable, ce qui a renforcé ma responsabilité et ma créativité.

Comment dès lors pratiquer un management durable au quotidien, en intégrant ces réalités ? Ce mémoire a témoigné que c'était grâce à un savoir-être et à une action censée et réfléchie que les bonnes pratiques et les bonnes relations peuvent se créer en vue d'un partage des diversités, des cultures, des visions, et des méthodes nécessaire à un service de qualité.

## 13. Bibliographie

- ANZIEU (D.), MARTIN (J.-Y.), *La dynamique des groupes restreints*, Paris, PUF, 2007, 395 p.
- BACHELARD (G.), *Épistémologie* (textes choisis par D. LECOURT), PUF, 8<sup>e</sup> édition, 2010, 224 p.
- BERNOUX (Ph.), *La sociologie des organisations*, Paris, Éditions du Seuil, 6<sup>e</sup> édition, 2009, 466 p.
- Bourdieu (P.), *Questions de sociologie*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1980, 271 p.  
— *Esquisse pour une auto-analyse*, Paris, Seuil, 2004, 142 p.
- BOURRET (P.), *Les cadres de santé à l'hôpital, Un travail de lien invisible*, Paris, Éditions Seli Arslan, 2006, 269 p.
- CAUVIN (P.), *La cohésion des équipes*, Paris, ESF Éditeur, 2012, 224 p.
- CHEVRIER (S.), *Le management interculturel*, Paris, PUF, Que sais-je ?, 3<sup>e</sup> édition, 2013, 127 p.
- CORTES (N.), *Manuel de secours à l'usage des cadres de santé*, Lamarre Wolters Kluwer France, 2010, 189 p.
- CROZIER (M.), FRIEDBERG (E.), *L'acteur et le système*, Paris, Éditions du Seuil, 1992, 500 p.
- DAVEL (Ed.), DUPUIS (J.-P.), CHANLAT (J.-F.), *Gestion en contexte interculturel*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 2008, 471 p.
- DUPUIS (M.), GUEIBE (R.), HESBEEN (W.), *La banalisation de l'humain dans le système de soin*, Paris, Éditions Seli Arslan, 2011, 157 p.
- DURKHEIM (É.), *Les formes élémentaires de la vie religieuse*, Paris, PUF, Quadrige, 5<sup>e</sup> édition, 2003, 647 p.
- GOFFMAN (E.), Stigmate, *Les usages sociaux des handicaps*, Paris, Les Éditions de Minuit, 1975, 175 p.
- HESBEEN (W.), *Cadre de santé de proximité, Un métier au cœur du soin, Penser une éthique du quotidien des soins*, Paris, Elsevier Masson, 2011, 155 p.  
— *La qualité du soin infirmier, Penser et agir dans une perspective soignante*, Paris, Masson, 2<sup>e</sup> édition, 2002, 208 p.
- KRÖBER (A. L.), CLUCKHOHN (C.), *Culture: A Critical Review of Concepts and Definitions*, New York, Vintage Books, 1952, 448 p.
- KYMLICKA (W.), *La citoyenneté multiculturelle : une théorie libérale du droit des minorités*, Paris, Éditions La Découverte, 2001, 352 p.
- LAINE (S.), *Managers, réussissez l'interculturel !*, La Plaine Saint-Denis, Éditions AFNOR, 2004, 288 p.
- LEFEVRE (P.), *Guide de la fonction cadre et responsable de service en action sociale et médico-sociale*, Paris, Dunod, 2<sup>e</sup> édition, 2008, 263 p.
- LEWIN (K.), *Psychologie dynamique, Les relations humaines*, Paris, PUF, 1972.
- MEIER (O.), *Management interculturel, Stratégie – Organisation – Performance*, Paris, Dunod, 2013, 330 p.
- MINTZBERG (H.), *Le management, Voyage au centre des organisations*, Paris, Eyrolles Éditions d'Organisation, 1999, 703 p.  
— *Le manager au quotidien, Les dix rôles du cadre*, Paris, Eyrolles Éditions d'Organisation, 2006, 283 p.  
— *Structures et dynamiques des organisations*, Paris, Eyrolles Éditions d'Organisation, 1998, 434 p.

- MISPELBLUM BEYER (F.), *Encadrer, Un métier impossible ?*, Paris, Armand Colin, 2006, 291 p.
- PLANE (J.-M.), *Théorie des organisations*, Paris, Dunod, 4<sup>e</sup> édition, 2013, 127 p.
- RABASSO (C.A.), RABASSO (Fco. J.), *Introduction au management interculturel*, Paris, Éditions Ellipses, 2007, 201 p.
- REVILLOT (J.-M.), *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*, Lamarre Wolters Kluwer France, 2010, 235 p.
- SCHEIN (E. H.), *Psychologie et organisations*, Paris, Éditions Hommes et Techniques, 1971, 113 p.
- TUCKMAN (B. W.), *Developmental sequence in small groups*, in *Psychological Bulletin*, Volume 63, Number 6, p. 384-99, 1965.
- TYLOR (E. B.), *La civilisation primitive*, Paris, General Books, 2012, 78 p.
- VERBUNT (G.), *La question interculturelle dans le travail social*, Paris, Éditions La Découverte, 2009, 227 p.

Sites WEB :

- COUTANT (G.), HURON (A.), Cadredesante.com [en ligne], 2014, <<http://www.cadredesante.com>> (page consultée le 3 mars 2014).
- infirmiers.com [en ligne], 2014, <<http://www.infirmiers.com>> (page consultée le 3 mars 2014).
- PELLETIER (B.), Gestion des Risques Interculturels, Entreprises & Management Interculturel [en ligne], 2014, <<http://gestion-des-risques-interculturels.com>> (page consultée le 6 mars 2014).

## ANNEXES

- Annexe 1 : Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière : cadre responsable d'unité de soins
- Annexe 2 : Extraits d'un entretien
- Annexe 3 : Analyse globale des éléments recueillis en entretien

# Annexe 1

Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière :

Cadre responsable d'unité de soins

## Cadre responsable d'unité de soins

**Famille :** Soins

**Sous-famille :** Management des soins

**Code FPT :** 06/D/25

**Code Rome :** J1502

**Code métier :** 05U20

### Information générale

#### Définition :

Organiser l'activité paramédicale, animer l'équipe et coordonner les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations.

#### Autres appellations :

Cadre de santé  
Surveillant

#### Prérequis :

Exercice professionnel de 4 ans

### Activités

- Contrôle et suivi de la qualité et de la sécurité des soins et activités paramédicales, dans son domaine
- Coordination et suivi de la prise en charge de prestations
- Élaboration et rédaction de rapports d'activité
- Encadrement d'équipe(s), gestion et développement des personnels
- Gestion des moyens et des ressources : techniques, financières, humaines, informationnelles
- Montage, mise en œuvre, suivi et gestion de projets spécifiques au domaine d'activité
- Organisation et suivi de l'accueil (agents, stagiaires, nouveaux recrutés.)
- Planification des activités et des moyens, contrôle et reporting
- Promotion des réalisations / des projets spécifiques à son domaine d'activité
- Veille spécifique à son domaine d'activité

### Savoir-faire

- Analyser des données, des tableaux de bord et justifier des résultats relatifs aux activités de son domaine
- Arbitrer et/ou décider entre différentes propositions, dans un environnement donné
- Concevoir, formaliser et adapter des procédures / protocoles / modes opératoires / consignes relatives à son domaine de compétence
- Concevoir, piloter et évaluer un projet, relevant de son domaine de compétence
- Établir / évaluer / optimiser un budget relatif à son domaine de compétence

- Évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs
- Fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles
- Organiser une unité, un service, en fonction de différents critères (missions, stratégie, moyens, etc.)
- Piloter, animer / communiquer, motiver une ou plusieurs équipes
- Planifier, organiser, répartir la charge de travail et allouer les ressources pour leur réalisation
- Travailler en équipe / en réseau

## Connaissances

Description	Degré	Formacode
Animation d'équipe	Connaissances détaillées	
Communication / relations interpersonnelles	Connaissances approfondies	
Communication et relation d'aide	Connaissances approfondies	44021
Droit des patients	Connaissances détaillées	43415
Évaluation de la charge de travail	Connaissances détaillées	32012
Management	Connaissances détaillées	
Méthodologie d'analyse de situation	Connaissances approfondies	14254
Organisation du travail	Connaissances détaillées	42887
Soins	Connaissances approfondies	
Stratégie et organisation / conduite du changement	Connaissances détaillées	32025

**Connaissances détaillées :** Connaissances détaillées, pratiques et théoriques, d'un champ ou d'un domaine particulier incluant la connaissance des processus, des techniques et procédés, des matériaux, des instruments, de l'équipement, de la terminologie et de quelques idées théoriques. Ces connaissances sont contextualisées. Durée d'acquisition de quelques mois à un / deux ans.

**Connaissances approfondies :** Connaissances théoriques et pratiques approfondies dans un champ donné. Maîtrise des principes fondamentaux du domaine, permettant la modélisation. Une partie de ces connaissances sont des connaissances avancées ou de pointe. Durée d'acquisition de 2 à 4/ 5 ans.

## Informations complémentaires

### Relations professionnelles les plus fréquentes :

Direction des soins pour l'élaboration et le suivi de projets  
médecins pour la gestion journalière de l'unité  
autres services de soins, médico techniques, logistiques, administratifs  
pour l'organisation des activités et des soins et pour la gestion des

matériels

partenaires de santé extra hospitaliers pour la continuité des prestations  
fournisseurs externes de matériels pour la veille technique et le choix des moyens

service de formation continue pour organiser des formations adaptées aux besoins des personnels

instituts de formation pour l'accueil et l'encadrement des stagiaires

responsables du pôle et autres cadre du pôle pour l'élaboration et le suivi des projets du pôle

**Études préparant au métier et diplôme(s) :**

Une année de formation, après sélection d'entrée, en institut de formation des cadres de santé

Diplôme de cadre de santé

**Correspondances statutaires éventuelles :**

Cadre de santé

**Proximité de métier - Passerelles courtes :**

Directeur des soins,  
cadre supérieur de santé,  
cadre de santé de pôle

**Tendances d'évolution du métier - Les facteurs clés à moyen terme :**

Renforcement des contraintes juridiques et réglementaires,  
évolution des professions paramédicales dans le cadre des transferts d'activités et de compétences,  
évolutions technologiques des équipements, des matériels et des pratiques

**Conséquences majeures sur l'évolution des activités et des compétences :**

Développement de la traçabilité  
Réalisation de protocoles, de procédures  
Ajustement des profils de postes et évaluation en besoins de formation

# Annexe 2

Extraits d'un entretien

[Extraits d'un entretien réalisé à Paris le 4 mars 2014 avec un cadre de 46 ans, ayant une expérience professionnelle en tant que cadre de santé de 9 ans.]

**1) Lors de votre parcours professionnel en tant que cadre de santé, avez-vous pu observer, au sein de vos équipes, des différences culturelles liées aux différences d'origine ? Lesquelles ?**

« Oui, j'ai pu observer ces différences, principalement lorsque j'ai exercé en Polynésie française. Là-bas, les pratiques étaient quelquefois discordantes avec le reste de l'équipe : si la majorité de l'équipe allait dans le sens du projet de soins défini par le médecin qui était de métropole, les infirmiers d'origine polynésienne prenaient eux plus de liberté vis-à-vis de ce projet. Ils ne respectaient pas toujours les restrictions de sorties ; par exemple, ils faisaient des accompagnements en dehors de l'unité que je n'avais pas validés, sans concertation avec le reste de l'équipe, pour aller acheter à manger pour les patients. Quand j'ai tenté de reprendre ça avec eux, j'ai compris que leur approche était plus affective. Ils me répondaient : « *Il est psychotique et son seul plaisir est manger. Quel mal y a-t-il à cela ?* » En fait, leur rapport à l'oralité, et à la maladie étaient différents. (...)

Quand je suis revenu en métropole, j'ai aussi vu des différences d'origine qui pouvaient avoir des répercussions sur les prises en charge. Par exemple, j'avais un soignant d'origine magrébin qui était l'interlocuteur privilégié d'un patient lui aussi magrébin. En même temps, il aurait pu être discriminé par ce patient car ressenti comme complice de l'équipe. Quoiqu'il en soit, la place de l'infirmier n'était pas toujours bien comprise aussi bien des patients que de ses propres collègues. Certains infirmiers lui ont reproché de faire du favoritisme et lui n'a pas compris. (...)

En fait des différences d'origines, on en vit souvent mais on ne les remarque pas forcément tout de suite. »

**2) Ces différences ont-elles eu des conséquences dans la dynamique du groupe, dans la prise en charge des patients, ou à d'autres niveaux ... ?**

« Quand j'étais à Tahiti, j'ai souvent relevé des tensions dans les équipes. Il y avait une répartition entre les métropolitains et les locaux qui étaient clairement visible. Chacun

se renvoyait la balle et travaillait de façon isolée. Ce n'était pas facile tous les jours. (...) Bien sur il y avait un impact sur les patients qui répondaient à l'affectif et puis y avait ceux qui présentaient un aspect plus psychopathique qui jouissaient de la situation. En tous cas, les patients étaient témoins des conflits et ne savaient pas forcément comment se positionner. »

**3) Avez-vous agi pour résoudre ses conséquences afin d'arriver à une culture commune ? Comment ?**

« Je n'ai jamais osé rêver d'une culture commune. J'ai simplement visé un brassage des pratiques en m'aidant de mes collègues et en faisant tourner les soignants entre les unités. Ça a déstabilisé pas mal les éléments qui dysfonctionnaient parce que ça les a fait sortir de leur lieu de pratique habituel (sourire). On leur a confié d'autres patients et ils ont du travailler avec d'autres soignants. Ils ont dû se remettre en question. (...) En plus, on a mis en place une formation sur les fondamentaux du soin et je me suis montré plus vigilant. »

**4) Votre action a-t-elle été fructueuse ? Quelles compétences sont requises, selon vous, dans cette gestion interculturelle ?**

« Je pense que oui (sourire). Ma plus grande difficulté était d'éviter d'apparaître discriminant. Je ne voulais pas passer pour le cadre blanc qui vient imposer sa vision et sa méthode au polynésien qui serait comme un inculte. Quand on en arrive là, autant repartir. (...) En fait, je me suis employé à pratiquer un effet pygmalion, c'est-à-dire que j'ai survalorisé les compétences réelles des soignants qui dysfonctionnaient et j'ai centré leurs prises en charge sur ces éléments de compétences. Par exemple, à ceux qui avaient des compétences pour travailler sur des accompagnements en sorties, je leur ai dit que je les suivais là-dessus. On a organisé des sorties cadrées avec un accord médical et je leur ai dit qu'ils avaient à rendre des comptes sur ce qui arrivait aux patients durant ces sorties, et que c'était un élément particulièrement intéressant pour alimenter le dossier des patients. En tout cas, ça a marché. J'étais content de l'amélioration (sourire). (...) D'une manière générale, je dirais qu'il faut toujours pouvoir réfléchir sur les situations pour mettre en place un accompagnement adapté. »

## **5) Comment abordez-vous désormais la question de l'interculturalité dans votre pratique quotidienne ?**

« Je reste ouvert (silence), c'est-à-dire que je ne crois pas que je suis le seul détenteur de la bonne pratique. Dans les écoles, l'ethnopsychiatrie n'est plus enseignée et les coutumes de chaque culture peuvent mettre en échec une prise en charge qui pourrait sembler parfaite pour des français moyens comme nous. À charge au cadre de demander au soignant qui comprend les différents signifiants des symptômes d'en faire part à l'équipe ... Et si le médecin est dans la même disposition, de réévaluer la prise en charge, c'est encore mieux. (...) Il faut aussi prendre en compte les limites éthiques qui sont en rapport avec les pratiques différentes. »

[La fin de l'entretien est l'occasion de reprendre certains éléments de réponses ...]

« En définitive, je me donne du temps pour comprendre et pour répondre. (...) L'aspect culturel différent selon l'origine du soignant, je le valorise le plus souvent possible en le limitant à l'usage du patient de même culture, ce qui est également un effet pygmalion, mais en un peu plus limité. (...) En fait, c'est dans l'échange interprofessionnel en réunion clinique que se construit surtout le sens des prises en charge et la recherche d'une adhésion de l'ensemble des soignants. En réunion, chacun peut discuter, donner son avis, mais une fois les décisions et le projet cadré, chacun doit s'inscrire dans le champ qui est ouvert et s'y tenir jusqu'à la prochaine réunion. »

[... et d'ouvrir sur des invitations autour du sujet :]

« Il faut que vous voyiez les travaux de Georges Devereux et Tobie Nathan ; ils sont exposés sur *Youtube*. Je pense que ça permet de mieux comprendre le sujet sur lequel vous travaillez. »

# Annexe 3

Analyse globale des éléments recueillis en entretien

Les réponses aux questions posées lors de l'entretien ont été organisées en éléments concernant le constat, les conséquences, les actions mises en place, les compétences requises, et l'appréhension actuelle du phénomène. Les réponses apportées témoignent d'une multitude de situations, desquelles j'ai pu dégager les convergences suivantes :

#### **Autour du repérage des situations interculturelles :**

- des capacités à visualiser ce qui se passe en interne (au sein de l'équipe) et dans le service rendu (prise en charge patient) ;
- des capacités à repérer l'ensemble des éléments de la situation ;
- des capacités à percevoir et connaître les représentations et les codes de référence de l'Autre ;
- des capacités à se projeter en dehors de sa propre logique de pensée, et de ses propres représentations et habitudes ;
- une vigilance accrue.

#### **Autour de la réflexion engendrée :**

- des capacités de détachement vis-à-vis des faits ;
- des capacités d'abstraction du problème posé ;
- des capacités d'anticipation des conséquences ;
- des capacités d'élaboration et de raisonnement ;
- des capacités d'analyse et de synthèse ;
- des capacités stratégiques en termes de solutions à envisager ;
- un intérêt pour les questions d'ordre interculturel ;
- une réflexivité développée.

#### **Autour de la méthode choisie :**

- des capacités de justification ;
- des capacités d'affirmation ;
- des capacités de construction de la méthode choisie (les cadres m'ont parlé de démarche, de plan d'action, de plan managérial) ;
- des capacités pour aller chercher des ressources (aide extérieure, apports théoriques) ;
- des capacités créatives ;
- des capacités communicationnelles et organisationnelles.

### **Autour de la prise en charge effective des situations interculturelles :**

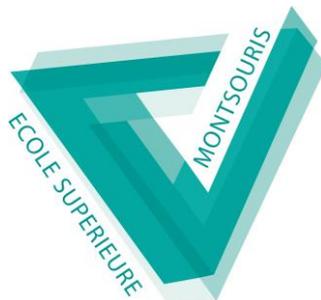
- une volonté de vouloir être efficace ;
- un savoir communiquer ;
- une gestion personnalisée ;
- des désirs d’être accompagnant ;
- des volontés de prise en charge globale ;
- des volontés de résoudre la situation personnellement ;
- une volonté d’être compris de tous dans ses raisons et ses façons d’agir ;
- une utilisation des savoirs d’actions adaptés à la situation et personnalisés ;
- une valorisation des processus de décision ;
- une aptitude à la réorganisation.

### **Autour du positionnement :**

- des capacités d’adaptation des postures en fonction des situations ;
- des capacités d’interrogation autour du bon positionnement ;
- des efforts pour paraître adapté à la situation ;
- une volonté de vouloir être crédible ;
- une volonté d’ouverture à l’autre ;
- une vigilance accrue suite à des situations passées.

### **Autour de l’éthique :**

- un désir d’agir pour le bien commun ou le bien du service ;
- une volonté de ne pas laisser s’installer de différences dans l’équipe et dans les prises en charge ;
- un désir d’équité ;
- des capacités de reprise des situations constatées ;
- un souhait d’unité ;
- un désir d’extension des bonnes pratiques ;
- un intérêt pour l’amélioration de la qualité ;
- une référence à ses propres valeurs ;
- un souhait de bien-être ensemble et de bien travailler ensemble ;
- une volonté d’inclure l’éthique et la déontologie dans le traitement des situations ;
- un désir de transmettre et de former ;
- un souhait de se rapprocher du fondamental qu’est l’humain au centre du dispositif.



## Diplôme de Cadre de Santé DCS@13-14

Mémoire de fin d'étude	
<b>Le cadre de santé dans un contexte interculturel – Comment favoriser la coopération et permettre à l'équipe de se construire et de développer une véritable culture de service ?</b>	
Yannick MOSZYK	
<b>MOTS CLÉS</b> management – contexte interculturel – cohésion d'équipe – cadre de santé – compétences – accompagnement – soin	<b>KEY WORDS</b> management – intercultural context – cohesion of the team – health manager – skills – support – care
<b>RÉSUMÉ</b>	
<p>Le contexte interculturel dans la constitution des équipes de soins est une donnée majeure pour le cadre de santé. Souvent négligée, elle peut troubler la dynamique institutionnelle et amoindrir la qualité des soins. Le cadre de santé semble être le responsable incontournable de sa prise en compte pour éviter de telles conséquences désastreuses et préserver l'intégrité de ses équipes.</p> <p>J'ai précisément enquêté auprès de cadres ayant eu à diriger des équipes aux prises avec des différences culturelles liées aux différences d'origines pour comprendre comment ils avaient pu favoriser la coopération et la construction de leurs équipes dans un tel contexte, et développer ainsi une véritable culture de service.</p> <p>J'ai entrepris un travail comportant à la fois une dimension exploratoire et une dimension analytique, afin de pouvoir dégager des éléments de compréhension autour des positionnements et des compétences du cadre de santé permettant à cette réalité professionnelle qu'est l'interculturalité d'optimiser le travail des équipes.</p>	
<b>ABSTRACT</b>	
<p>The intercultural context in the constitution of health-care teams is a major point for a health manager. Often neglected, this can confuse the institutional dynamic and minimize the quality of cares. The health manager seems to be the only person responsible of this report in order to avoid such disastrous consequences and preserve the integrity of his teams.</p> <p>I have investigated in close collaboration with health managers which have already managed intercultural teams linked to different origins to understand how they have encouraged and promoted cooperation and the building of their teams in this context to develop a real service culture.</p> <p>That is why I undertook a study containing both an exploratory dimension and an analytical dimension to identify the main elements of comprehension around positioning and abilities of the health manager; that allows this professional reality which is intercultural dimension to optimize the work of teams.</p>	