



HAL
open science

Le travail quotidien entre cadres de santé : un lien de coopération et/ou de collaboration ?

Stéphane Dieu

► **To cite this version:**

Stéphane Dieu. Le travail quotidien entre cadres de santé : un lien de coopération et/ou de collaboration ?. Education. 2014. dumas-01061220

HAL Id: dumas-01061220

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01061220>

Submitted on 5 Sep 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Université de Lille 1
CUEEP
Département des sciences de l'éducation et formation des adultes

Sciences Humaines et Sociales
Mention Sciences et Métiers de l'enseignement, de l'Education et de la Formation

Master 2 Option Ingénierie de la Formation

<p style="text-align:center">Le travail quotidien entre cadres de santé : un lien de coopération et/ou de collaboration ?</p>
--

Mémoire présenté par Stéphane Dieu

Sous la direction de Jean-Noël Demol
Professeur associé, CUEEP – Université de Lille 1

Jury :

- **Véronique Cabaret**, Tuteur professionnel, Cadre supérieur de santé, Formateur à l'IFCS du CHRU de Lille et Docteur en Sciences de l'Education
- **Jean-Noël Demol**, Tuteur universitaire, Professeur associé, CUEEP - Université de Lille 1
- **José Goetinck**, Professionnel expert, Directeur des soins - Coordonnateur général des soins, Centre Hospitalier de Seclin

Juin 2014

Université de Lille 1
CUEEP
Département des sciences de l'éducation et formation des adultes

Sciences Humaines et Sociales
Mention Sciences et Métiers de l'enseignement, de l'Education et de la Formation

Master 2 Option Ingénierie de la Formation

**Le travail quotidien entre cadres de santé :
un lien de coopération et/ou de collaboration ?**

Mémoire présenté par Stéphane Dieu

Sous la direction de Jean-Noël Demol
Professeur associé, CUEEP – Université de Lille 1

« L'université de Lille 1 n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans le mémoire, ces opinions doivent être considérées comme propres à l'auteur »

Jury :

- **Véronique Cabaret**, Tuteur professionnel, Cadre supérieur de santé, Formateur à l'IFCS du CHRU de Lille et Docteur en Sciences de l'Education
- **Jean-Noël Demol**, Tuteur universitaire, Professeur associé, CUEEP - Université de Lille 1
- **José Goetinck**, Professionnel expert, Directeur des soins - Coordonnateur général des soins, Centre Hospitalier de Seclin

Juin 2014

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier toutes les personnes qui m'ont accompagné et soutenu durant ces dix mois de formation, et plus particulièrement certaines personnes...

En premier lieu, je remercie Jean-Noël Demol, professeur associé à l'université de Lille 1. En tant que directeur de mémoire, il m'a guidé dans mon travail et grâce à ses choix de lectures, permis une ouverture plus importante de ce travail.

Je remercie également Véronique Cabaret, formatrice à l'IFCS du CHRU de Lille, qui par sa patience et ses conseils, a réussi à me donner confiance et même goût à l'écriture.

Je n'oublie pas l'équipe pédagogique de l'IFCS du CHRU de Lille : Catherine Brossaud, Mireille Bidon, Annie Dumaine, sans oublier Anne Carrière, qui m'ont aidé à devenir le professionnel que je suis aujourd'hui.

Je souhaitais également remercier les cadres de santé interviewées pour le temps précieux qu'elles m'ont accordé, et les conseils que certaines ont pu me donner.

Je voulais aussi adresser mes remerciements à mes collègues et amis de promotion, qui ont permis notre co-construction, en particulier la « *dream team de Lille 1* » avec qui j'ai passé des moments inoubliables.

Un grand merci à ma mère, qui a toujours cru en mon projet, et qui par son aide et son soutien malgré la distance, a pu m'apporter ses précieux conseils et m'épauler dans cette dernière ligne droite.

Sans oublier mon épouse Carole et ma fille Mélissa, pour qui cette année a également été une épreuve et qui m'ont permis dans les moments difficiles de ne pas baisser les bras. Je vous embrasse fort.

*« Pour obtenir une vérité quelconque sur moi, il faut que je
passe par l'autre »*

Jean-Paul Sartre

SOMMAIRE

PREAMBULE	1
INTRODUCTION GENERALE	3
PREMIERE PARTIE : « A l'écoute du terrain »	7
CHAPITRE 1 : Recherche et méthodologie : un partage d'expériences.....	8
CHAPITRE 2 : Trois premières rencontres dans l'inconnu	12
CHAPITRE 3 : Trois nouvelles rencontres pour avancer	21
CHAPITRE 4 : L'empirisme a une fin	39
DEUXIEME PARTIE : « A la rencontre d'auteurs »	42
CHAPITRE 5 : Le monde de la santé aujourd'hui	44
CHAPITRE 6 : L'équipe	50
CHAPITRE 7 : « Les 3C » : la communication, la coordination et la coopération	63
CHAPITRE 8 : L'équipe pluri-professionnelle et ses enjeux identitaires	78
CHAPITRE 9 : Point fixe : problématique et hypothèses	87
TROISIEME PARTIE : « Au cœur de la pratique professionnelle »	89
CHAPITRE 10 : Une projection sur un avenir proche.....	90
CHAPITRE 11 : Au cœur de la transdisciplinarité, l'ingénierie de la formation.....	97
CONCLUSION GENERALE	117
Glossaire.....	121
Bibliographie.....	122
Tables des illustrations.....	129
Tables des matières.....	130
Annexes	133

PREAMBULE

Ergothérapeute depuis plus de huit ans, j'ai eu l'opportunité de travailler dans différentes structures dont sept ans sur un plateau technique de rééducation et de réadaptation fonctionnelle, là où se côtoient de nombreuses professions médicales et paramédicales. La rééducation fonctionnelle a toujours été pour moi un secteur dans lequel j'ai aimé travailler et la richesse des échanges entre soignants une des raisons de mon épanouissement professionnel. Dorénavant, je ne pourrai plus concevoir d'exercer mon métier de soignant de manière « isolée » (mono disciplinaire ou pluri disciplinaire), car c'est dans ce travail quotidien nourri de partages et d'expériences que se crée l'interdisciplinarité.

Au fil des années et de mon expérience croissante, par mon implication dans des groupes de travail, mon rôle de représentant aux commissions paritaires annuelles et en tant que « référent douleur », il m'a été confié des missions d'encadrement auprès de l'équipe de rééducation, ainsi qu'auprès de l'équipe infirmière et aide soignante. La conduite de projets, la création puis la mise en place de nouveaux outils m'ont permis de découvrir au fil du temps le quotidien du cadre de santé. Grâce à la confiance et aux missions de suppléance déléguées par la cadre de santé du plateau technique de rééducation, j'ai pris conscience de mes capacités de management et d'organisation des soins.

Cet attrait pour la fonction de cadre s'est concrétisé en janvier 2013 avec l'opportunité d'un financement par mon établissement de la formation au diplôme d'Etat de cadre de santé. Après avoir réussi les épreuves de sélection de l'IFCS du CHRU de Lille, j'ai donc intégré cet institut de formation en Septembre 2013.

Dans le cadre de la formation de cadre de Santé à l'IFCS du CHRU, il nous a été proposé deux types de formations universitaires, complémentaires au cursus du diplôme d'Etat, permettant à l'issue l'obtention d'un Master 2. Pour la première fois, un parcours d'« Ingénierie de formation » est proposé en parallèle, et c'est donc une chance pour moi d'avoir eu la possibilité de suivre ce cursus professionnel.

En effet, même si cette formation pourrait à première vue ne s'adresser qu'aux seuls cadres de santé formateurs dans les Instituts de Formation, l'Ingénierie de Formation s'adresse tout autant à l'ensemble des soignants des services de soins. Le monde change vite, très vite, et le milieu médical et de la santé n'échappe pas à cette règle. La formation professionnelle continue, ou « formation tout au long de la vie », s'inscrit aujourd'hui dans le quotidien des salariés, et des managers. Le cadre de santé, en s'assurant du maintien des compétences de ses agents, se doit d'être capable de mettre en place et d'organiser ce dispositif de formation. A partir d'un diagnostic, il va construire avec l'agent une réponse pédagogique adaptée, en mobilisant les outils adéquats, et évaluer l'action entreprise, le tout dans le respect des contraintes économiques et législatives.

Pour arriver à une telle démarche, de nombreuses compétences sont nécessaires : sociologiques, financières, éthiques, etc... L'objectif est pour le cadre de pouvoir aider son personnel à maintenir et développer les compétences nécessaires à la prise en charge des patients.

Avec la Direction de l'établissement, le cadre de santé joue un rôle indispensable dans la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) de son service. Il va être ce lien permanent entre l'agent et la Direction, afin de permettre à la fois ce maintien constant des compétences nécessaires à la prise en charge du patient, mais également un accompagnement du soignant dans son projet professionnel.

INTRODUCTION GENERALE

Comme évoqué dans mon parcours professionnel, j'ai été amené à travailler avec de nombreux professionnels de santé qui gravitent autour du patient quotidiennement : kinésithérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, professeurs d'Activité Physique Adaptée (APA), neuropsychologues, Infirmières (IDE), aides-soignants (AS), médecins, etc...

Autour de cette prise en charge médicale et paramédicale, ce même patient va croiser d'autres intervenants qui jouent un rôle important dans sa prise en charge : les brancardiers, les assistantes sociales, les Agents des Services Hospitaliers (ASH), les secrétaires médicales, les agents de la logistique ,etc... Lors d'une prise en charge rééducative, tous ces personnels se retrouvent au sein d'une organisation complexe, parfois constituée de plusieurs centaines de professionnels, plus d'une dizaine de métiers différents, et au centre du dispositif : le patient.

De par mon expérience et mes échanges avec d'autres professionnels du milieu de la rééducation au cours de séminaires et formations diverses, j'ai pu noter qu'il existait très souvent des difficultés de collaboration efficace entre les métiers issus de la filière infirmière (infirmiers et aides-soignants) et ceux issus de la filière rééducation (kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, etc...). Ce constat se traduit concrètement à différents niveaux par des difficultés :

- de réalisation des soins : une orthèse non mise ou pas correctement,
- d'organisation de la prise en charge : un retard à une séance par manque de communication,
- d'une inadéquation des soins proposés avec le projet du patient concernant le projet de vie du patient,
- de reconnaissance de l'institution et du personnel soignant : un manque de crédibilité et d'homogénéité de la prise en charge.

Si ce n'était qu'un problème d'interdisciplinarité à proprement parler, pourquoi constate-t-on alors que les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes (issus de la même filière) travaillent plus en collaboration entre eux qu'avec le corps infirmier ?

En effet, quel que soit l'établissement, on observe généralement ce même phénomène, ce qui laisserait donc penser qu'il n'est pas lié à l'environnement direct (institutionnel), mais plutôt à d'autres facteurs, notamment à la formation initiale professionnelle ou encore à la culture professionnelle des différents intervenants.

De plus, dans le contexte socio économique actuel, les établissements hospitaliers sont organisés en pôles (loi HPST de 2009). Ceci a pour conséquence directe une gestion financière et une coordination par regroupements de services, et en théorie une meilleure coopération entre les acteurs du pôle (à condition de l'avoir anticipé et organisé au sein du nouveau pôle constitué).

Le pôle de rééducation dans lequel je travaille accueille en grande majorité des patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) nécessitant des soins de rééducation et réadaptation. L'AVC est la 3^{ème} cause de mortalité chez les hommes et la 1^{ère} cause chez les femmes. Il est la 1^{ère} cause de handicap chez l'adulte. En France, il se produit un AVC toutes les quatre minutes, avec une augmentation d'environ 15% chez les moins de 65 ans ces dernières années.

Dans ce contexte de prise en charge de cette pathologie, provoquant généralement une hémiplégie, une augmentation du nombre de lits a été accordée dans l'établissement dans lequel je travaille. Un service de soins supplémentaire a été créé dans le pôle de rééducation (transformation de lits de Soins de Suite et Réadaptation en lits de Médecine Physique et Réadaptation).

La multiplication des acteurs, y compris au niveau de l'encadrement, a rendu l'organisation des soins encore plus difficile, en impactant directement la prise en charge des patients hospitalisés.

Cette prise en charge rééducative, comme dans d'autres disciplines médicales (bloc opératoire, psychiatrie, ...), nécessite en général une formation complémentaire pour permettre au soignant de travailler auprès du patient avec le maximum de compétences et de compréhension des soins réalisés. Il existe notamment le Diplôme Universitaire de Soins Infirmiers en Rééducation (SERFA) permettant aux infirmiers diplômés de se construire une vision élargie de la prise en charge globale en situation de handicap, ainsi qu'une appropriation des notions de rééducation, de réadaptation et de réinsertion.

En réalité, on constate généralement que les connaissances et cette vision globale de prise en charge interdisciplinaire s'acquiert par les IDE et les AS sur le terrain par l'expérience, mais surtout au fil des années.

A de nombreuses reprises j'ai pu entendre que les IDE et les AS des services de soins ne se sentaient pas suffisamment reconnus ; à la fois par le patient lui-même, lorsque par exemple il exige à l'infirmière de le remettre au lit sans participation de sa part, alors qu'il venait de le faire juste avant lors de sa séance de kinésithérapie, mais également par la famille du patient, qui va espérer du rééducateur qu'il fasse son possible pour que leur proche récupère au maximum, reléguant le travail de l'infirmière et de l'aide soignant au second plan.

Le corps médical, lui aussi parfois, en occultant l'importance du soin infirmier et aide soignant lors de prises de décisions en réunions de synthèse, vient renforcer ce sentiment de « non reconnaissance ».

Cette reconnaissance professionnelle lorsqu'elle est présente, se traduit généralement par les remerciements des patients ou de leur famille, mais aussi par leurs pairs, leurs supérieurs hiérarchiques ou les médecins du service.

A propos de reconnaissance, J-P Lebrun (2008) retrouve quatre dimensions derrière cette notion :

- une reconnaissance de la personne
- une reconnaissance des résultats
- une reconnaissance de l'effort
- une reconnaissance des compétences

Le cadre de santé, dans ses missions, veille au respect des bonnes conditions de travail de ses agents et prévient les risques psychosociaux.

Mais est-ce réellement un problème de reconnaissance professionnelle ou d'une partie des quatre dimensions citées ci-dessus ? Est-ce que chacun des acteurs a un champ d'action suffisant dans la prise en charge pour permettre une reconnaissance ? Pour autant, n'y a-t-il pas de glissement de tâches pour différentes raisons : manque de compétences, affinités, envies, historique institutionnel ou choix médicaux ?

Je me suis donc demandé quel rôle le cadre de santé pouvait avoir dans cette organisation des soins, et surtout comment pouvait-il favoriser une meilleure collaboration entre les différents acteurs de soins. En tant que manager, chef d'équipe, le cadre a un rôle d'exemplarité (H. Mintzberg, 2010). Et pourtant, selon mes observations et au cours d'échanges avec d'autres professionnels, on remarque que la collaboration entre soignants n'est pas innée.

Qu'en est-il de celle des cadres de santé ? Là aussi, on constate que ce lien n'est pas toujours simple et naturel. Et pourtant, face aux besoins croissants de réactivité et de souplesse, dans un contexte socio-économique complexe, l'encadrement joue « *le rôle de négociateur dans les relations latérales et transversales [et devient] un organisateur ou facilitateur de coopération, non plus seulement horizontale, c'est à dire au sein de son équipe, mais également transversale et verticale* » (S. Khenniche, 2011, p. 206).

D'où ma question initiale :

En quoi la collaboration inter-cadres peut elle favoriser un travail plus efficient et coordonné des équipes pluridisciplinaires auprès du patient dans un service de rééducation ?

Afin de me conforter dans cette première question, j'ai choisi de réaliser trois entretiens à visée exploratoire auprès de cadres de santé.

Ce mémoire sera constitué de trois parties :

- La *partie empirique* sera composée des différents entretiens réalisés. Cette partie nous permettra d'approfondir notre réflexion en interrogeant des professionnels et d'enrichir notre question de départ
- La *partie théorique* permettra l'élaboration du cadre théorique en développant un ou plusieurs concepts. Cette partie nous permettra de définir une problématique par une mise en lien des données recueillies et la recherche bibliographique
- La *partie pragmatique* sera le développement de nos perspectives professionnelles

PREMIERE PARTIE :

« A l'écoute du terrain »

CHAPITRE 1 : Recherche et méthodologie : un partage d'expériences

Dans cette première partie, nous¹ proposons une présentation de la méthodologie de ce travail de recherche et du choix de l'étude de recueil de données.

1. Choix de la méthode

Deux méthodes de recherche étaient possibles : la méthode hypothético déductive et la méthode inductive. La première part de concepts (à partir de lectures) pour ensuite nous amener vers des hypothèses qu'il restera à vérifier sur le terrain. La seconde a pour principe de partir de faits particuliers (situations vécues) et de les analyser pour pouvoir ensuite explorer le thème retenu et enfin conceptualiser (déduction à partir des situations de généralités).

Pour réaliser ce travail professionnel, nous avons choisi la **méthode inductive** car il nous semblait nécessaire de recueillir l'avis et le vécu des professionnels afin de préciser la question de départ, et de tenter de situer le rôle du cadre dans cette organisation.

Celle-ci se décline en 4 étapes :

- la question de départ
- le recueil d'informations auprès de populations ciblées
- la confrontation à des savoirs théoriques
- la problématique

2. Choix de l'outil de recueil de données

Pour mener à bien cette réflexion, nous avons choisi d'utiliser la **méthode par entretien**. L'entretien est une technique de recueil d'informations qualitatives. Il permet de recueillir le vécu, les faits, les opinions, les impressions d'une personne au sujet d'un thème. La méthode d'entretien permet une interaction entre les personnes (l'interviewé et l'intervieweur), avec un contact direct favorable à un échange à la fois riche et authentique.

¹ A partir de cette partie et jusqu'à la conclusion, le « nous » de modestie sera utilisé afin de prendre une certaine distance avec l'Ego (« je/moi »)

3. Choix de la population interrogée

Le choix de la population se fait en fonction de l'objet de la recherche et évolue avec lui. Selon A. Blanchet et A. Gotman (2007, p. 48-49), « *définir la population c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger, et à quel titre : déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* ».

Ce travail porte sur le rôle des cadres de santé, et plus particulièrement dans le domaine de la rééducation fonctionnelle. Nous avons donc choisi pour cela d'interroger, dans une première série d'entretiens, des cadres manageant des rééducateurs et/ou des infirmières et aides soignants.

Caractéristiques de la population interrogée lors de la première série :

Entretien	Fonction	Age	Sexe	Ancienneté cadre santé	Profession d'origine	Equipe managée
C1	Cadre PT	38	F	5 ans	Kiné	Rééducateurs
C2	Cadre SS	44	F	6 ans	IDE	AS-IDE
C3	Cadre SS	62	F	27 ans	IDE	AS-IDE

PT : Plateau Technique SS : Service de soins IDE : Infirmière AS : Aide Soignante

4. Choix de la méthode d'entretien et de l'analyse

Afin d'analyser les interviews réalisées, nous nous sommes basé sur l'ouvrage de L. Bardin (1998) « *L'analyse de contenu* », ainsi que celui de A. Blanchet et A. Gotman (2007) « *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* ».

Pour L. Bardin (1998, p.47), l'analyse de contenu peut se définir par : « *un ensemble de techniques d'analyses des communications visant, par des procédures systématiques et objectives de description du contenu des messages, à obtenir des indicateurs (quantitatif ou non) permettant l'inférence de connaissances relatives aux conditions de production/réception (variables inférées) de ces messages.* ».

L'analyse a deux fonctions (*Ibid.*, p. 33):

- « *une fonction heuristique : l'analyse de contenu enrichit le tâtonnement exploratoire (...) C'est l'analyse de contenu « pour voir »* »
- *une fonction d'administration de la preuve* ». L'analyse de contenu formule des « *hypothèses sous formes de questions ou d'affirmations provisoires servant de lignes directrices [et] feront appel à la méthode d'analyse systémique pour se voir vérifier dans le sens d'une confirmation ou d'une infirmation. C'est l'analyse de contenu « pour prouver »* ».

Pour la première série d'entretiens, notre analyse de contenu s'est nettement approchée de la fonction heuristique évoquée ci-dessus. Compte tenu de nos difficultés à préciser notre question de départ, cette méthode a l'avantage de permettre de préciser le travail exploratoire de l'enquête.

En effet, le travail exploratoire « *contient une possibilité permanente de déplacement du questionnement et permet un processus de vérification continu et de reformulation d'hypothèse* » (A. Blanchet et A. Gotman, 2007, p. 39)

Cette méthode permet aux personnes interviewées de s'exprimer librement et de donner leur opinion, sans influence des questions qui auraient pu être posées par l'intervieweur. Des idées nouvelles peuvent alors être évoquées et donner une ouverture différente non imaginée à l'étude.

Les difficultés principales résident essentiellement dans le choix de la question à poser, ainsi que dans la réalisation des relances et des reformulations qui vont permettre d'enrichir le contenu de l'interview.

Certaines conditions doivent être réunies préalablement à la réalisation des entretiens :

- **L'anonymat et la confidentialité** : ils doivent être respectés lors de l'écriture et sont précisés en même temps que la sollicitation pour l'entretien
- **L'enregistrement** sur dictaphone des entretiens : l'objectif est de retracer l'entretien en étant au plus près du récit

L. Bardin (1998, p. 101) précise qu'il est possible de « *découper le texte en un certain nombre de thèmes principaux (qu'il serait possible d'affiner, éventuellement, en sous thèmes si on le souhaitait)* ». C'est ce que l'on appelle l'analyse thématique. Elle se différencie de l'analyse entretien par entretien et de l'analyse textuelle (A. Blanchet et A. Gotman, 2007, p. 92 à 101).

Pour que l'analyse soit valide, l'analyse doit respecter certaines règles (L. Bardin, 1998, p. 40) : les catégories du découpage de la communication doivent être :

- homogènes
- exhaustives (épuiser la totalité du texte)
- exclusives (un même élément ne peut être classé dans deux catégories)
- objectives (des codeurs différents doivent arriver aux mêmes résultats)
- pertinentes (adaptées au contenu)

La première étape de cette analyse a été la retranscription des différents entretiens dans leur intégralité.

La deuxième étape a été de réaliser une « *lecture flottante* » (*Ibid.*, p. 126), c'est à dire de faire connaissance avec les documents et laisser venir à soi les orientations.

Cette première lecture nous a permis de dégager différents thèmes qui revenaient de manière récurrente.

Enfin, la dernière étape a été le « *repérage des indices* » (*Ibid.*, p. 130) dans les entretiens par une lecture minutieuse et méthodique. Le découpage du texte et sa catégorisation pour l'analyse thématique nous ont permis d'obtenir une **analyse catégorielle commune**, dans une grille d'analyse, retrouvée en annexes.

CHAPITRE 2 : Trois premières rencontres dans l'inconnu

Nous avons profité du stage d'encadrement (Module 4 : « Fonction d'encadrement ») pour réaliser la première série d'entretiens auprès de cadres de santé en exercice dans le milieu de la rééducation fonctionnelle.

Nous avons donc pu interviewer à la fois des cadres de santé :

- de formation initiale de filière *rééducation* encadrant des *rééducateurs*
- de formation initiale de filière *infirmière* encadrant des *infirmiers/AS*
- de formation initiale de filière *rééducation* encadrant des *infirmiers/AS*

Pour chacun de ces entretiens, nous détaillerons d'abord les éléments pertinents qu'il nous semblait intéressant de faire figurer pour chacun d'entre eux (présentation de la personne, conditions matérielles, ressenti, ...)

Puis, dans un deuxième temps, nous dresserons une grille de lecture permettant la catégorisation des différentes notions évoquées selon des catégories.

Enfin, nous réaliserons une synthèse thématique par une analyse croisée des 3 entretiens.

1. Entretien n°1

Le premier entretien (C1) s'est déroulé avec une cadre de santé kinésithérapeute de formation ayant en charge un Plateau Technique de Rééducation fonctionnelle depuis dix-huit mois. Elle exerce en tant que cadre de santé depuis cinq ans.

L'entretien s'est déroulé dans son bureau. Après avoir rappelé les conditions de l'interview, nous avons annoncé le thème de notre travail professionnel et avons procédé à la lecture de la première question de l'entretien: « *Pouvez-vous nous parler de la collaboration entre les cadres de santé intervenant avec votre service ?* ».

L'interview a duré vingt minutes et nous n'avons pas été dérangés. Cet entretien était le premier que nous réalisions. Notre appréhension dans la réalisation de cet exercice est certainement responsable de la durée de l'entretien qui aurait certainement pu durer une dizaine de minutes supplémentaires.

Nous avons senti une gêne importante dans la question posée, car il a fallu reposer la question à deux reprises, la cadre de santé n'étant pas sûre de la réponse à nous apporter.

Le fait de n'avoir qu'une seule question, qui plus est générale, nous a mis mal à l'aise lors de cet entretien ; nous étions gênés de ne pouvoir guider notre interlocuteur en difficulté, et elle de ne pas savoir dans quelle direction amener la suite de l'entretien.

2. Entretien n°2

Le second entretien (C2) réalisé avec une cadre de santé de formation IDE, et encadrant une équipe d'IDE et d'AS s'est déroulé dans une salle de détente patients, car pour des raisons de travaux, la cadre partageait son bureau avec une collègue, qui était occupé lors de notre entretien. Le rendez-vous avait été pris quelques jours auparavant.

Nous avons été interrompus à deux reprises : au bout de dix minutes par un ASH qui est entré dans la pièce pour la nettoyer et à qui la cadre de santé avait besoin de demander un service. Puis une seconde fois, par un appel téléphonique urgent, mettant fin à l'entretien.

Pour ce second entretien, nous nous sommes sentis plus à l'aise dans cet exercice. Nous avons trouvé les propos très intéressants et riches. Malheureusement, celui ci n'a duré que quinze minutes, puisque nous avons dû clore l'entretien en raison de l'urgence précitée. Nous avons pu noter que cette cadre de santé distinguait la culture soignante de la culture des rééducateurs. Ce point précis sera ré-évoqué à différents moments dans notre document.

3. Entretien n°3

Pour le 3^{ème} entretien (C3), nous avons prévu d'interviewer une cadre de santé encadrant un autre service de soins, constituée d'IDE et d'AS. Lorsque nous avons appris que l'une des cadres de santé du bâtiment de rééducation était issue de la filière rééducation, mais avait en charge des IDE et AS, nous lui avons demandé son accord pour participer à notre enquête. Elle a accepté volontiers de nous recevoir la semaine suivante dans son bureau.

Le jour de l'entretien, cette même personne était souffrante, mais a tout de même accepté de réaliser l'interview. Nous nous sommes sentis rapidement à l'aise une fois installés. Nous avons l'impression de nous sentir un peu moins en difficulté dans cet exercice que nous réalisions pour la troisième fois.

L'entretien a débuté avec un peu de retard, et nous n'avons été dérangés qu'une seule fois par un appel téléphonique destiné à l'une de ses collègues. L'entretien a duré un peu plus de vingt minutes.

Une chose nous a marqué durant cet interview : c'est la nécessité de préciser d'emblée que pour la cadre de santé interrogée, les soignants incluaient les rééducateurs, les infirmières et les aides soignantes. Alors qu'en fin d'interview, les rééducateurs sont opposés aux soignants, n'incluant plus que les infirmières et les aides soignantes. D'ailleurs, dans un souci de clarté, nous appellerons dorénavant « équipe infirmière » les équipes d'infirmiers et aides-soignants, et « équipe de rééducateurs » les rééducateurs du plateau technique (kinésithérapeutes, ergothérapeutes, ...), l'ensemble de ces professionnels étant qualifiés de « soignants ».

4. Analyse croisée des entretiens

Lorsque l'on analyse les propos récurrents de ces trois entretiens sous forme de catégories, nous obtenons trois thématiques principales : L'identité professionnelle, la culture professionnelle et le rôle du cadre de santé.

4.1. Une identité professionnelle différente

- Une culture différente...

Ce constat revient systématiquement dans les trois entretiens :

« la culture soignante [infirmière] n'est pas la même que celle des rééducateurs » (C2)

Pour étayer cette observation, les trois cadres interrogées nous indiquent :

« on n'a pas les mêmes problématiques » (C1 et C2). De plus, « on ne voit pas les choses de la même façon » (C2) et il existe une différence importante entre les rééducateurs et les infirmiers pour la cadre C3: « il y a le travail infirmier-aide soignant et de l'autre côté les rééducateurs » et la cadre C2 d'ajouter : « c'est vraiment deux mondes séparés »

« Ni les soignants, ni les rééducateurs n'iront les uns vers les autres » (C3)

Certaines tentent d'expliquer ceci par un souci de formation :

« de par la formation au départ » (C2)

« le jargon kinésithérapique [que les aides-soignants] ne comprennent pas toujours » (C3). D'ailleurs, pour cette même cadre, « [les aides soignants] ne savent pas ce que c'est la rééducation ».

- ... et un manque de reconnaissance

Ce manque de reconnaissance est essentiellement évoqué par les deux cadres de santé des services soins manageant une équipe infirmière :

Pour la cadre C2, « [les aides-soignantes] se sentent frustrées » et « les infirmiers et les aides-soignants ne trouvent pas leur place ». Pour cette dernière, « des infirmiers et des aides-soignants qui doivent être prestataires ; ça n'entre pas dans leurs valeurs au départ, c'est le problème de la non reconnaissance »

La cadre C3 ajoute que certaines actions jouent un rôle dans la reconnaissance : « ça permet justement d'assurer (...) la valorisation des personnels » (C3)

L'analyse de leurs propos montre un manque de reconnaissance de l'équipe infirmière vis à vis de l'équipe de rééducateurs. On peut supposer que cette « non reconnaissance professionnelle » est liée à la différence de culture professionnelle.

Un second thème se dégage des trois entretiens : celui de la collaboration entre professionnels de santé.

4.2. Une collaboration insuffisante

- Une communication difficile,...

Le thème de la communication occupe une bonne partie des 3 entretiens :

« plus moyen de discuter » (C1)

« elles doivent négocier entre elles » (C2)

« les problèmes viennent de la communication » (C2)

« chacun occulte ce qui est fait dans [l'autre] étage » (C2)

« un problème de communication » (C2)

« il va prendre son téléphone et demander pourquoi ce patient n'a pas été pris » (C3)

Les problèmes de communication évoqués concernent encore une fois les équipes d'infirmiers avec l'équipe de rééducateurs.

- **...et des relations pluridisciplinaires...**

Les relations professionnelles entre les rééducateurs et les infirmiers semblent elles aussi difficiles :

« les relations sont cordiales même si elles ne l'ont pas toujours été » (C1)

« il y a la guerre entre les aides-soignants et les kinés » (C2)

« on a beaucoup plus de problèmes avec les kinés » (C2)

« je trouve que chacun travaille pour son propre compte » (C3)

« ici il n'y a pas tellement de collaboration entre les kinés et les ergos » (C3)

D'après ces propos, nous nous trouvons plus dans des relations pluridisciplinaires qu'inter ou transdisciplinaires².

- **...qui impactent la prise en charge du patient**

Les cadres de santé soulignent la présence de dysfonctionnements dans la prise en charge des patients, en lien avec cette collaboration insuffisante :

« il y avait des défauts de prise en charge des patients » (C1)

« le patient qui ne veut rien faire en chambre (...) mais il marche tout seul, il fait ça sur le plateau technique » (C2)

« Ah bon, chez vous il marche ? Chez moi pas du tout » (C3)

Comme le souligne la 3^{ème} cadre de santé interviewée :

« il faut mettre le patient au centre, il ne faut pas l'oublier »

C'est bien le patient lui même et son entourage qui vont être directement concernés par ces difficultés.

4.3. Le rôle du cadre de santé

- La coordination des soins

Une des missions premières du cadre de santé est la planification et l'organisation des soins de son service. Mais lorsqu'elle concerne différentes équipes, n'ayant pas la même profession, et gérées parfois par d'autres collègues cadres, cette mission peut s'avérer encore plus difficile :

² Les notions de pluri, inter et transdisciplinarité seront détaillées dans la suite de ce mémoire

« Les collègues cadres infirmiers avaient envie de tout sauf que je change des choses ou que je mette des contraintes supplémentaires par rapport aux équipes soignantes » (C1)

« c'est un problème de travailler en interdisciplinarité » (C2)

« le système de l'organisation des secteurs et des plannings actuel n'est pas faisable » (C2) et de préciser que « c'est difficile à tout le monde de s'y retrouver »

« j'aurais bien aimé que [les aides soignantes] aillent voir les rééducateurs »(C3)

« je crois qu'on (...) pourrait justement faire quelque chose en collaboration d'équipe » (C3).

On se rend bien compte que la coordination du travail n'est pas si simple, encore plus avec la multiplication des acteurs qui doivent collaborer entre eux.

Enfin, nous pouvons noter une remarque concernant l'implication du médecin chef de service dans cette organisation des soins par la cadre C2 :

« La culture du chef de service donne la place à chacun »

Tel un metteur en scène qui distribuerait les rôles de chacun, on prend conscience dans cette phrase toute l'importance du pouvoir médical dans la coordination des soins.

- La gestion de l'absentéisme

Les cadres de santé sont de plus en plus souvent confrontés à l'absentéisme de leurs équipes, avec des effectifs à flux tendus, obligeant le cadre à devoir consacrer beaucoup de temps à la recherche de solutions au pied levé.

« gros soucis de gestion des plannings » (C1)

« pour que tel ou tel agent vienne faire le remplacement » (C1)

« Ici, ce n'est pas réalisé faute d'effectifs et de moyens » (C2)

« on a beaucoup de problèmes d'effectifs en termes d'IDE et d'aides-soignantes » (C3)

La conséquence directe est bien sûr le manque de temps disponible pour essayer d'améliorer la coordination entre les différents services.

On note une différence de fonctionnement entre les services de soins et le plateau technique face au problème de l'absentéisme. D'un côté, les cadres de santé tentent tant bien que mal d'essayer d'arriver au quota minimal d'agents requis dans le service (cadre de fonctionnement), tandis que de l'autre, il n'y a pas de possibilité de remplacement :

« On est dans cette règle des 2/3 - 1/3 (...) mais si je tombe en deçà, je n'ai pas de personne qui peut venir suppléer » (C1)

- Les leviers des cadres de santé

Malgré l'ensemble de ces difficultés, les trois cadres de santé tentent, ou ont tenté par le passé, d'améliorer cette situation :

« j'ai appris (...) à ne plus aborder les problèmes de fond » (C1)

« on essaye d'apporter des solutions aux problèmes » (C2)

Avec pour solutions apportées, des idées sur le thème de l'amélioration de la communication :

« J'ai mis en place (...) des groupes d'expression avec les thérapeutes » (C2)

« il y avait des échanges entre les professionnels, ils n'avaient plus peur de venir » (C3)

« le rôle du cadre est d'établir une communication adaptée » (C2)

Ou alors sur le thème de la formation à cette « culture de la rééducation »:

« demander aux aides-soignants arrivant de venir deux jours sur le plateau technique » (C2)

« aller aux cours interprofessionnels (...) pour apprendre encore d'autres choses »(C3)

« former des leviers binômes aides-soignants et kinés » (C2)

« au lieu de critiquer, c'est de faire avec eux » (C3)

On constate que les cadres interrogées proposent des leviers qui permettraient peut-être d'améliorer l'interdisciplinarité de leurs équipes, notamment par la formation et la communication, mais que ce problème persiste malgré tout.

Une autre idée d'amélioration évoquée par la 2^{ème} cadre de santé serait « *d'avoir un lien plus direct géographiquement au plateau technique* », ceci dans le but d'améliorer la collaboration « équipe de rééducation »/ « équipe infirmière ».

5. Synthèse de la première série d'entretiens

Le fait d'avoir choisi la population des cadres de santé nous paraissait indispensable pour pouvoir étudier les différents niveaux de collaboration entre des cadres managant des équipes de filières différentes.

Trois thèmes se sont détachés de l'analyse des entretiens :

- Une identité professionnelle différente
- Une collaboration insuffisante
- Le rôle du cadre de santé

Le premier thème est étayé par une culture infirmière et de rééducation différente, ainsi qu'un manque de reconnaissance des équipes infirmières.

Le deuxième aborde le thème de la communication et des relations pluridisciplinaires difficiles entre les équipes qui auront des répercussions sur la prise en charge du patient.

Enfin, le dernier thème concerne plus directement certaines missions du cadre de santé, comme la coordination des soins, la gestion de l'absentéisme et les différents leviers dont il peut disposer pour favoriser la collaboration.

Il est intéressant d'observer les discours des trois cadres de santé interrogées et de constater l'accent mis sur les difficultés au sein de leurs équipes respectives simplement en abordant la notion de travail en collaboration. La question initiale était pourtant bien de connaître la collaboration inter-cadres au quotidien.

En effet, malgré un constat très précis et riche des origines probables de ce dysfonctionnement, les entretiens vont essentiellement traiter des difficultés des soignants à travailler entre eux, et très peu des faibles interactions du cadre de santé avec ses autres collègues cadres. Lorsqu'il est évoqué, c'est sous forme de fatalisme. En aucun cas nous ne notons de réelle implication du cadre de santé à appliquer les propositions et les idées qu'il a réfléchies. Nous notons une forte notion de constatation

mais n'avons pas le sentiment, dans le discours des interviewés, d'une volonté de modifier les méthodes d'organisation actuelles de leurs services respectifs.

Pour illustrer nos propos nous pourrions reprendre une phrase célèbre de Saint Matthieu (L'évangile, XXIII, 3, 65 ap. J.C.) : « *Faites ce que je dis, mais ne faites pas ce que je fais* ».

Nous avons toutefois pu souligner que les cadres interviewés ne semblaient pas avoir conscience de l'absence d'implication des différents intervenants dans la volonté de solutionner ces problèmes pourtant pointés du doigt par chacun.

Nous avons alors choisi pour la seconde série d'entretiens de changer de méthode et de passer du mode « non-directif » au « semi-directif ». Ce changement a pour effet de pouvoir guider le discours de la personne interviewée dans le domaine que nous désirons explorer. Nous avons également profité de cette deuxième série d'entretiens pour modifier la question de départ de ce mémoire :

« En quoi et comment la collaboration entre cadres de santé permet elle de favoriser l'interdisciplinarité d'une équipe constituée de professionnels issus de filières différentes ? »

A partir de cette question, nous comptons tenter d'explorer plus en détail les relations professionnelles existant entre des cadres dont les agents sont amenés à travailler ensemble de manière coordonnée. L'objectif étant également de déterminer par quels moyens ils parviennent à atteindre cet objectif de coopération.

Pour cela, lors de nos prochains entretiens, nous comptons recentrer les échanges sur :

- la communication entre cadres de santé,
- le partenariat entre les services et sa mise en place organisationnelle,
- les difficultés propres au cadre de l'interdisciplinarité,
- les relations de travail et éventuels jeux de pouvoirs.

Les notions de « corporatisme », « d'équipe », « d'identité professionnelle » et enfin de « représentations du métier de l'autre » seront également abordées lors des prochains entretiens.

CHAPITRE 3 : Trois nouvelles rencontres pour avancer

Pour cette seconde série, nous avons choisi d'interroger des cadres de santé manquant des équipes de rééducation. Nos critères de choix étaient plus précis que pour la première série, puisque nous étions à la recherche de professionnels de santé ayant de l'expérience dans le domaine de la rééducation fonctionnelle et travaillant dans un établissement proposant des prise en charge extériorisées au plateau technique, ceci afin d'observer les différences et points communs entre des organisations de prise en charge dites « excentrées » du plateau technique, et celles se déroulant directement sur le plateau. Nous souhaitons également que le cadre de rééducation manage une équipe pluridisciplinaire d'au moins trois types de professions différentes.

Compte tenu du nombre de critères fixés, la recherche de ces professionnels a été un peu difficile, et l'aide d'une formatrice de l'IFCS et de collègues de promotion nous a été très utile.

Comme pour la première série, nous avons réalisé un tableau reprenant les caractéristiques des trois entretiens réalisés :

Caractéristiques de la population interrogée lors de la deuxième série :

Entretien	Fonction	Age	Sexe	Ancienneté Cadre santé	Profession d'origine	Equipe managée
C4	FF Cadre PT	37	F	3 ans	Kiné	Rééducateurs
C5	Cadre PT	39	F	9 ans	Kiné	Rééducateurs + AS-IDE + Educateurs
C6	Cadre PT	44	F	8 ans	Kiné	Rééducateurs

FF : Faisant Fonction PT : Plateau Technique IDE : Infirmière AS : Aide Soignante

1. Entretien n°4

Pour le premier entretien de cette deuxième série, nous avons obtenu les coordonnées de cette personne par deux collègues de promotion. Kinésithérapeute de formation, cette dernière est actuellement « Faisant fonction cadre » dans un service de rééducation fonctionnelle. Malheureusement, n'habitant pas dans la région, ce rendez-vous n'a pu se faire que plusieurs semaines après notre contact téléphonique.

En effet, celle-ci est en année préparatoire au concours d'entrée de l'IFCS et nous avons donc profité de sa présence à l'institut de formation pour organiser l'entretien. Se déroulant sur l'heure du déjeuner, nous n'avions que très peu de temps pour réaliser l'interview (maximum quarante-cinq minutes). Nous nous sommes installés dans un des bureaux de l'IFCS et nous avons indiqué sur la porte que nous étions en entretien. Nous étions assez inquiet d'être dérangé durant l'entretien par les étudiants cadres qui passaient dans le couloir. Malgré cela, l'entretien s'est très bien déroulé, sans aucune interruption. Il a duré près de trente minutes.

Une des choses qui nous a marqué durant cet entretien, c'est cette notion de « contrat client-fournisseur » qui revenait sans cesse. Nous avons quelques difficultés à repérer les notions de « soin » dans la première partie du discours, avec une organisation très protocolisée, « *qui est opposable en cas de dysfonctionnement* ».

Nous pensons que le fait d'avoir choisi une « Faisant Fonction Cadre » qui n'exerçait « que depuis » trois ans ne nous a pas permis d'approfondir réellement nos réflexions sur les thèmes évoqués précédemment. Nous avons surtout été confortés dans nos pistes de recherches, à savoir qu'il existait des difficultés de collaboration, que ce soit au niveau des professionnels de santé, mais également entre cadres. D'ailleurs cette notion de coopération inter-cadres provoque à chaque fois des réponses beaucoup plus courtes. Nous retrouvons encore une fois un certain fatalisme : « *il n'y a pas non plus beaucoup de solutions !* » et une délégation de cette coopération vers les équipes : « *il fallait qu'il y ait plus de communication entre les kinés et les aides-soignantes, c'est à dire que le kiné arrive le matin, et va voir l'aide soignant* ».

Le fait de mener un entretien plus directif que lors de la première série nous a permis d'insister sur certaines questions, et ainsi d'approfondir certains points que les cadres de santé avaient des difficultés à s'exprimer spontanément.

2. Entretien n°5

Pour cet entretien, nous avons choisi d'interviewer l'ancienne cadre du plateau technique de notre Centre Hospitalier, kinésithérapeute de formation. Avec une expérience en tant que cadre de santé dans différents établissements, aux fonctionnements et équipes différents, nous souhaitons donc pouvoir réaliser cet entretien dans de bonnes conditions, c'est à dire sans contrainte de temps (temps du

repas de midi, le soir après une journée de travail, ...). Nous avons attendu de pouvoir réaliser celui-ci en journée, à une période plus calme pour cette cadre.

Nous avons donc convenu d'un rendez vous par mail durant les vacances scolaires, période plus calme dans son service, puisque exerçant dans un centre de rééducation avec une population de jeunes enfants. Nous nous sommes installés dans son bureau. Après avoir échangé de divers sujets, nous avons débuté l'entretien. Malgré l'ambiance décontractée, nous n'étions pas à l'aise les premières minutes. Nous avions peur de ne pas être suffisamment clair dans nos questions, de ne pas réussir à relancer correctement l'entretien. Probablement la pression de cet entretien que nous attendions depuis longtemps, avec nous l'espérions, beaucoup d'éléments pouvant éclairer notre recherche.

L'entretien a duré un peu plus d'une heure. Nous n'avons été dérangés qu'une seule fois. La cadre m'a d'ailleurs demandé si elle pouvait répondre à la kiné qui venait de frapper à la porte. Cela n'a pas perturbé la suite de l'entretien.

Très riche, très clair, ces échanges nous ont énormément apporté à différents points de vue. Notre discussion partagée nous a permis d'enrichir notre réflexion de manière très intéressante, mais également perturbante.

En effet, quelques thèmes évoqués brièvement lors des quatre précédents entretiens sont de nouveau ressortis lors de cet entretien, et nous avons alors pu réaliser des liens entre certains concepts. Nous avons surtout pu saisir l'importance du contexte de travail et surtout de la personnalité des professionnels, qui avaient un rôle majeur dans la coordination des soins.

3. Entretien n°6

Pour ce dernier entretien de la deuxième série, nous avons obtenu les coordonnées de cette cadre de santé de rééducation par l'intermédiaire d'une des formatrices de l'IFCS. Nous nous sommes donnés rendez-vous directement dans son bureau après quelques échanges par mail. Egalement kinésithérapeute de formation, cette dernière exerce comme unique cadre de santé de rééducation dans un grand Centre Hospitalier. Nous nous étions déjà rencontré en 2010 puisque cette dernière avait réalisé son stage d'encadrement dans notre service.

L'entretien a duré environ cinquante-cinq minutes, et nous n'avons pas été dérangés. Les urgences étant situées non loin de l'aile où nous avons réalisé l'interview, les sirènes des ambulances ont nécessité parfois une écoute plus attentive.

Nous nous sommes sentis beaucoup plus à l'aise que les premiers entretiens. Peut-être que la pratique de la conduite d'entretien devenant plus familière, nous ne ressentions plus l'angoisse de ne pas réussir à recadrer le discours vers nos attentes. L'exercice reste néanmoins singulier à son interlocuteur et jusqu'à présent, chaque entretien a nécessité une adaptation de notre part dans la relance des sujets.

Les notes prises durant l'interview nous ont été très utiles, car contrairement au précédent entretien, ce dernier était moins construit, et au cours d'une même idée étaient développés différents sujets.

4. Analyse croisée des entretiens

Une fois ces trois entretiens analysés, nous obtenons quatorze catégories (ou sous-thèmes) que nous pouvons classer en trois thèmes :

- l'interdisciplinarité,
- les différents facteurs qui vont venir influencer la coopération entre professionnels de santé (Facteurs Contextuels, Facteurs Personnels, Facteurs Culturels),
- l'équipe

Une quinzième catégorie est présente, mais très peu évoquée par les trois cadres interrogés : **le patient**. En effet, sur les deux heures et trente minutes d'interviews, il n'est seulement évoqué que quatre fois au total :

« Malheureusement, c'est le patient qui en paye les conséquences : il y aura des patients qui ne seront pas pris » (C4)

« On doit laisser ça de côté pour se concentrer sur ses missions qui sont de coordonner au mieux la prise en charge du patient » (C5)

« Le médecin, quand il devient partenaire du management du cadre, c'est intéressant pour le cadre, pour l'équipe, mais surtout pour le patient » (C5)

« Parfois on ne se met pas à la place du patient » (C6)

Bien entendu, on peut supposer que toute cette organisation des soins, cette collaboration recherchée, cette interdisciplinarité, est destinée à une meilleure prise en charge du patient. La finalité pour tous, y compris pour l'encadrement, est bien la recherche d'une qualité des soins optimale. Néanmoins, ceci nous rappelle l'action « indirecte » du cadre de santé dans la prise en charge du patient. Il n'est pas directement impliqué dans les soins auprès du patient, son action se situe à un niveau différent de prise en charge, appelé « indirect ». « *Il se situe dans un soin que nous pouvons qualifier d'indirect, par l'intermédiaire des différents soignants* » (J-P. Velot, 2003, p. 46)

4.1. L'interdisciplinarité : une part de coordination et de communication

Evoquée spontanément par les trois cadres interrogés, l'interdisciplinarité est au cœur de la collaboration/coopération (dans les entretiens, il n'y a pas de distinction entre les deux termes).

En fonction des cadres, le rôle du cadre de santé est plus ou moins important dans la collaboration de leurs équipes.

« Généralement, [rééducateurs et infirmiers-aide-soignants] s'arrangent entre eux » (C4)

« C'est vrai que les rééducateurs sont souvent dérangés pendant les soins en chambre (...) Ca se règle entre professionnels, en général c'est comme ça » (C6)

« On a essayé de faire quelque chose qui réponde aux attentes des deux équipes » (C4)

Pourtant, cette interdisciplinarité est perçue comme positive :

« Tu travailles pour tout le monde et c'est super intéressant de pouvoir confronter des avis différents, des points de vue différents » (C6)

Concernant l'interdisciplinarité, deux sous-thèmes sont évoqués : la coordination et la communication

- La coordination

Une bonne organisation des soins permet une meilleure collaboration entre soignants.

Le cadre de santé a un rôle à jouer :

« Autour de la prise en charge du patient, il faut que les cadres partagent » (C5)

« Une organisation qui permet de respecter les contraintes de chacun » (C5)

Sans cela, les différents acteurs ne sont pas synchrones et on observe des dysfonctionnements :

« Il n'y a pas moyen que [les kinés] interviennent car les toilettes ne sont pas faites » (C4)

Des moments clefs sont indispensables où les cadres doivent être présents :

« Tour médical, temps de synthèse, ... pour que l'information passée soit la même » (C5)

Le médecin joue également un rôle de coordinateur :

« Il coordonne l'ensemble des interventions auprès du patient. Il les priorise quand cela est nécessaire » (C5)

On voit bien que la coordination impacte l'ensemble des professionnels de santé :

« Ca devient intéressant quand la coordination se fait entre les médecins, les cadres et les équipes » (C5)

Les deux premières cadres interrogées ont insisté sur l'importance de l'existence d'une communication dans la coordination des soins.

- La communication

Travailler en interdisciplinarité suppose un travail coordonné, en collaboration avec ses collègues. Des ajustements sont nécessaires afin d'optimiser au mieux la prise en charge du patient, et des échanges vont permettre d'essayer d'aller dans ce sens :

« Un langage commun, des temps partagés d'échanges (...) un moment donné ou on se pose et on écoute ce que l'autre a à dire sur la prise en charge » (C5)

« Il fallait qu'il y ait plus de communication entre les kinés et les aides-soignants » (C5)

Il existe différentes manières de communiquer sur la prise en charge :

« Des discussions, des questionnements sur l'autonomie, sur les actes de la vie quotidienne (...) sont des leviers pour actionner l'interdisciplinarité » (C5)

« Les rééducateurs souvent (...) partagent leur temps de coupure (...) ça permet de créer du lien et de faciliter les échanges » (C5)

Néanmoins, la communication ne s'improvise pas, et il est difficilement envisageable pour un cadre d'inciter deux agents à communiquer, sans avoir de leviers :

« [La cadre du service de soins] a fait une communication, une information dans son service pour essayer de communiquer mais c'est pas pour cela que ça marche » (C4)

« La communication c'est bien mais ça ne marche pas toujours » (C4)

« J'ai essayé de mettre en place une communication avec le nouveau médecin chef de service mais ce n'est pas facile » (C4)

C'est justement toute la complexité du travail en coopération et de la communication qui rend la tâche difficile :

« C'est très compliqué ; c'est pour moi ce qu'il y a de plus compliqué à mettre en œuvre dans les équipes de rééducation, mettre en œuvre et maintenir l'interdisciplinarité et les collaborations professionnelles » (C5)

« Pour moi l'interdisciplinarité ne s'improvise pas » (C5)

Par cette dernière phrase, on comprend bien que l'interdisciplinarité n'est pas innée et que certains facteurs vont donc influencer la coopération entre les professionnels de santé.

4.2. La coopération interprofessionnelle : de multiples facteurs en jeu

Nous avons pu distinguer trois types de facteurs qui venaient influencer la coopération professionnelle.

- Les facteurs contextuels

En fonction de l'établissement, du type de services dans lesquels sont proposées des prises en charge rééducatives, ainsi que des choix institutionnels, on observe des fonctionnements d'organisation très différents. On peut toutefois classer en trois catégories les typologies de prise en charge :

- Lieu de rééducation différent du lieu d'hébergement du patient (ex : SSR spécialisé avec plateau technique de rééducation)

- Lieu de rééducation et d'hébergement du patient identiques avec prises en charges fréquentes des rééducateurs (ex : Médecine-Chirurgie-Obstétrique : MCO, avec passages quotidiens)
- Idem ci-dessus mais avec une prise en charge occasionnelle (ex : Réanimation)

Quelle que soit la typologie, le fonctionnement global de l'équipe de rééducation sera toujours différent de celui de l'équipe infirmière :

« Les équipes de soins infirmières et aides-soignantes n'ont jamais les mêmes horaires que les équipes de rééducation, donc elles ne partagent pas les mêmes temps » (C5)

« Je pense que (...) c'est la méconnaissance de notre mode de fonctionnement (...) qui nous pénalise » (C4)

« Il n'y a pas cette problématique là au niveau des rééducateurs (...) Ils me disent « Toi ça va tes professionnels, t'as pas tout ça, pas de gestion de plannings » » (C6)

« Nous en rééducation, quand il y a un arrêt maladie, on se débrouille (...) on répartit les patients » (C6)

Mais ensuite, au sein même des équipes de rééducation, en fonction de la typologie dans laquelle ils exercent, le fonctionnement pourra être différent d'un rééducateur à l'autre, par exemple en court séjour (type MCO).

« C'est bien le rééducateur qui se déplace vers le lieu d'hébergement du patient et effectue la rééducation en chambre ou en tout cas dans le service d'hébergement » (C5)

Ce type de prise en charge a différents impacts sur les rééducateurs :

« En tant que service transversal on arrive dans un service qui a son mode de fonctionnement » (C4)

« On a toujours l'impression d'arriver avec nos gros sabots dans un service et de parasiter leur fonctionnement » (C4)

« Ils ne comprennent pas que le kiné qui va remplacer a en plus un autre secteur. C'est toujours le problème d'incompréhension du fonctionnement de l'autre » (C6)

Dans la dernière typologie, la place du rééducateur est plus difficile à percevoir, tout comme son intégration à l'équipe du service de soins :

« C'est plus difficile. C'est plus fermé. Ils font appel de temps en temps à l'orthophoniste. Par contre là, c'est eux qui décident, point. C'est un travail d'urgence, c'est le vital qui compte » (C6)

Le cadre de santé a une place à prendre dans ce fonctionnement des services :

«Après c'est en écrivant des procédures ; comme ça on fait connaître notre fonctionnement (...) C'est expliquer notre fonctionnement, faire passer des messages » (C6)

Mais son rôle sera différent en fonction de la typologie de soins de rééducation apportés dans le service. Lorsque le plateau technique est le lieu d'accueil du patient :

« Il faut faire le lien entre ces deux temps de prise en charge et les collaborations doivent être forcément étroites avec un partage d'informations sur le patient lui-même, son histoire, son motif d'hospitalisation, le partage des prescriptions. Et charge aux deux cadres de faire les liens entre les équipes sur la prise en charge de ce patient. (...) Il faut bien que les deux parties soient mises au courant et soient interpellées dans les décisions à prendre pour la prise en charge » (C5)

Alors que dans les services de court-séjour, le rôle du cadre de rééducation se retrouve alors plus limité :

« Plutôt une vocation transversale avec des activités de courts séjours où là pour moi ce lien était beaucoup plus difficile à mettre en œuvre étant donné que (...) c'était bien les rééducateurs qui se déplacent vers le lieu d'hébergement. Et de ce fait là, le cadre de rééducation a pour objet uniquement d'assurer la présence en soins de rééducation. » (C5)

« On n'est pas du tout interpellés sur le projet de soins du patient » (C5)

A ces difficultés s'ajoute également un absentéisme chronique dans les services soins auxquels les cadres de santé sont confrontés, et qui va limiter la collaboration et avoir un impact sur la qualité de prise en charge du patient :

« *Dans certains services (...) il y a un fort taux d'absentéisme* » (C6)

« *Quand la demande est trop importante, je suis parfois obligé de prioriser* » (C4)

« *[Le week-end], on ne pouvait pas prendre en charge tous les patients* » (C4)

« *L'idéal c'est assister à des séances, mais le problème c'est l'absentéisme, le manque de temps* » (C6)

Mais d'autres facteurs vont également venir influencer la coopération interprofessionnelle, notamment les facteurs personnels.

- ***Les facteurs personnels***

Différentes caractéristiques intrinsèques à la personne, comme ses valeurs, son attitude, sa personnalité, sont responsables directement ou indirectement du bon fonctionnement de l'organisation des soins et de la prise en charge du patient.

Les valeurs professionnelles du soignant tout d'abord, qu'il soit issu de la filière de rééducation, infirmière ou même cadre de santé :

« *C'est une question de personnalité, de motivation professionnelle, d'implication* » (C5)

« *Ca dépend qui ; il y a des infirmières plus sensibilisées à la rééducation que d'autres* » (C6)

« *C'est aussi au professionnel qui ne comprend pas à se questionner, à se renseigner, à s'interroger* » (C5)

« *Il faut apprendre et connaître pour avoir envie de découvrir le métier de l'autre, pour pouvoir travailler avec l'autre* » (C5)

« *Il faut aller par les gens qui sont demandeurs pour attirer les autres* » (C6)

« Il faut qu'il y ait une envie des professionnels à travailler [en interdisciplinarité] (...) Si il n'y a pas d'envie, ça va être un soufflé qui va retomber très vite » (C5)

La motivation, l'implication, l'envie de comprendre, de chercher, de s'ouvrir au métier de l'autre, sont autant de leviers qui vont permettre de faciliter la coopération entre soignants.

Mais des facteurs personnels au cadre de santé sont également évoqués lors de ces entretiens :

« Il faut se faire confiance quand on a une collaboration étroite entre cadres » (C5)

« La collaboration entre cadres, cadre infirmier et cadre de rééducation, si on prend ces deux aspects là, c'est la confiance, le respect (...) et l'exemplarité » (C5)

La personnalité des soignants va également être un facteur important, sans être forcément très détaillé par les trois cadres interrogées :

« Le dialogue est difficile parce que ça dépend des aides-soignantes qui sont un peu bornées en traumatologie (...) d'autres vont facilement l'entendre et s'adapter » (C4)

« En MCO, c'est vraiment la personnalité du rééducateur qui va faire qu'il va s'intégrer au projet de soins du patient » (C5)

« Pouvoir travailler avec son collègue cadre de santé, je pense à un moment donné qu'il y a le facteur humain et personnalité qui intervient » (C5)

« En fait, c'est une question de personnalité je pense » (C5)

La personnalité des gens peut également influencer les relations dans les équipes :

« La relation est très bonne entre les kinés et les ergos » (C4)

« Les relations interpersonnelles vont avoir un impact sur les relations interprofessionnelles probablement » (C5)

« Quelques fois j'ai plus de conflits entre deux kinés ; je pense que c'est une question de personnalité » (C6)

Et ces mêmes relations, peuvent être soit positives :

« Ils travaillent vraiment bien ensemble » (C4)

... soit déboucher sur des relations conflictuelles, avec des jeux de pouvoirs au sein de l'organisation :

« Auparavant, il y avait une kiné qui défendait un peu trop sa place et il y avait souvent des heurts, des mini-conflits avec certaines infirmières et aides-soignantes » (C6)

« Ca dépend des équipes qui sont là le matin. Quelques fois c'est une à deux personnes qui fait...il suffit d'une personne qui fasse la loi et c'est... » (C6)

Le médecin joue un rôle important dans ces enjeux de prise de pouvoir :

« J'ai régulièrement des retours incendiaires du médecin chef de service qui me reproche de ne prendre en charge ses patients » (C4)

« Il y a des médecins qui vont exiger des professionnels de n'utiliser que des termes professionnels et de ne pas partir dans des explications trop simples » (C5)

« C'est vrai que parfois les médecins se mêlent et dépassent un peu leur rôle. Ils veulent gérer un peu des fois... Le pouvoir médical » (C6)

Entre les équipes de soins et de rééducation, on peut percevoir cette notion d'enjeu de pouvoir d'un service sur l'autre :

« Je pense qu'il peut y avoir des jeux de pouvoirs » (C5)

« Si une décision doit être prise pour un patient qu'est-ce qui va être prioritaire ? Le point de vue des rééducateurs ? Le point de vue des soignants ? » (C5)

« Dans les services de rééducation (...) le positionnement des rééducateurs est fort et ce n'est pas forcément un positionnement qu'ont l'habitude de vivre les infirmiers et aides-soignants » (C5)

Et ces jeux de pouvoirs peuvent très facilement et rapidement se produire entre cadres de santé :

« Il peut y avoir des jeux de pouvoirs entre les professionnels, puis entre les cadres » (C5)

« En général, on règle ça entre cadres. Jusqu'à présent il n'y a jamais eu besoin de faire appel à la cadre sup » (C6)

Mais une des cadres interrogées nous rappelle qu'il est important de respecter le management de l'autre :

« Il faut pouvoir même si on a des avis différents ou des types managériaux différents respecter le positionnement de son collègue » (C5)

Tandis qu'une autre cadre nous indique que dans cette organisation complexe, de nombreux acteurs sont au cœur de ces jeux de pouvoirs :

« Nous on est entre le côté administratif à la direction et les médecins » (C6)

« Il y a certains professionnels qui se sentent dépossédés de leur cœur de métier ; donc c'est une crainte » (C6)

Nous l'avons vu précédemment, des facteurs contextuels, puis personnels peuvent influencer la coopération professionnelle. Un autre sous-thème est également apparu lors des entretiens : celui des facteurs culturels.

- Les facteurs culturels

La culture professionnelle est directement liée à la notion d'identité professionnelle. *« La socialisation est un processus d'identification, de construction d'identité, c'est à dire d'appartenance et d'identité. Se socialiser, c'est assumer son appartenance à des groupes (d'appartenance ou de référence) » (A. Percheron citée par C. Dubar, 2010, p. 32).*

L'identité professionnelle est alors un processus complexe qui se construit, qui évolue au fil du temps, marquée par des événements personnels ou professionnels. Les soignants sont alors tiraillés entre ce qu'ils veulent être et ce qu'ils sont réellement en fonction du lieu où ils travaillent.

L'identité professionnelle met en avant une appartenance à une catégorie professionnelle qui possède son propre langage, ses propres techniques, ... seulement accessibles aux initiés.

Malgré une distinction des paramédicaux en trois filières (infirmière, rééducation et médico-technique), les équipes de rééducation se sentent « soignants » avant tout :

« Pour moi on est tous soignants » (C4)

« Ils me disent : « Nous aussi on est soignants ! » et c'est vrai que moi je dis rééducateur pour que le langage soit plus facile mais ce sont des soignants en fait. Donc ils revendiquent leur côté soignant » (C6)

Néanmoins, nous sentons tout de même la différence de culture professionnelle au cours des entretiens, notamment sur le langage :

« Il y a un langage qui est commun (...) le métier qui est commun, la formation qui est commune » (C5)

« Il y a une compréhension plus rapide du langage professionnel et des objectifs » (C5)

« Comprendre ce que son collègue dit (...) c'est primordial, sinon ça n'a pas de sens. C'est comme si (...) on parlait japonais et personne ne comprend le sens » (C5)

La formation, différente, expliquerait elle aussi ces difficultés :

« Kinés et ergos ont déjà une formation commune dans la prise en charge du handicap moteur » (C5)

« Dès notre formation, on est séparés en fait. On a appris de telle manière et les infirmières ont appris de telle manière » (C6)

« Et puis les études infirmières c'est très hiérarchie. Elles ont l'habitude en formation d'avoir une hiérarchie. Elles sont très règles, ont plus de rigueur » (C6)

« En cours on nous dit pour telle pathologie, vous pouvez faire ça, ça ou ça. On a plein de tiroirs et on essaye. Infirmier, on a un soin : hygiène, tac c'est ça. J'ai

une injection à faire c'est ça. Une prise de sang c'est ça. Elles ne comprennent pas notre côté « autre » (C6)

La dernière cadre interrogée propose même une formation commune entre filières :

« Donc dès la formation. On devrait être mélangés quelques fois. En plus c'est intéressant » (C6)

D'ailleurs l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS) dans son rapport remis au Ministère des Affaires Sociales et de la Santé en Juillet 2013, recommande une réingénierie des formations paramédicales, *« avec une approche qui ne soit plus profession par profession mais transversale »*. Souhaitée par de nombreux acteurs de la santé, cette réingénierie permettrait un développement d'*« une culture commune »* et faciliterait *« les pratiques interdisciplinaires »*³

Le constat actuel dressé par les trois cadres interviewées reflète une méconnaissance du métier de l'autre, avec très souvent des représentations erronées.

La cadre C4 nous cite la méconnaissance du métier de son collègue :

« Parfois j'ai l'impression que les médecins ou les internes ont du mal à faire la différence entre le rôle du kiné et de l'ergo »

« Des fois j'essaye d'expliquer qu'on n'a pas les mêmes tâches ; je pense que l'équipe ne connaît pas toujours très bien notre travail »

« Ma cadre sup ne connaît pas forcément très bien le métier de rééducateur »

Les autres cadres citent quant à elles les représentations du métier et du quotidien de son collègue :

« ce qui n'est pas simple, car on a tous l'impression de savoir ce que l'autre fait » (C5)

« on se fait tous sa petite croyance de ce que l'autre fait ou quelles sont ses compétences, de ce qu'il fait auprès du patient » (C5)

« Quelques fois j'entends dire les aides-soignantes dire « les rééducateurs ont le temps. Nous on fait de l'abattage ». Mais c'est l'impression qu'ils ont le temps. C'est leur séance de rééducation, c'est leur travail » (C6)

³ Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 2013, p. 5

« Là maintenant elle se retrouve dans un SSR polyvalent, donc il y a des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, avec les médecins, et là elle découvre le travail des kinés, des ergos, des orthos. Elle va voir sur le plateau technique. Et elle me dit « avant je ne me rendais pas compte du travail des rééducateurs » » (C6)

« Il faut de la patience avec certains et rester calme. Et le fait de rester calme, souriant, ça donne l'impression « vous avez le temps ». C'est mal compris en fait » (C6)

Et pourtant, cette compréhension et cette connaissance de culture professionnelle est importante et nécessaire dans l'interdisciplinarité :

« C'est important de comprendre et de connaître le métier de chacun » (C5)

« C'est une question qui se pose pour tous les paramédicaux, tous les intervenants qui gravitent autour du patient et même parfois l'équipe médicale » (C5)

« Un des leviers de la collaboration, c'est la connaissance des métiers de chacun » (C5)

Le fait de ne pas être connu de l'autre peut amener certains professionnels à avoir des difficultés à trouver sa place, son identité professionnelle au sein de l'équipe, de ne pas être « re-connu ».

« L'impression d'être transparent, de ne pas être connu et reconnu dans l'établissement » (C4)

« Je crois qu'il y a une part de croyance [que] c'est plus gratifiant de travailler dans un service de MPR spécialisé que dans un service de MCO » (C5)

« C'est vrai, les patients sont plus reconnaissants en SSR, parce qu'ils connaissent leur rééducateur, leurs habitudes. Ils progressent, on voit leur progression. Tandis que [en MCO], c'est un peu frustrant, parce que les patients sortent très rapidement » (C6)

Cette reconnaissance peut être multifactorielle :

« C'est vraiment des croyances et des stéréotypes que se font les gens. Il y a des rééducateurs qui vont avoir besoin de travailler avec un médecin de rééducation (...) pour avoir le sentiment d'être reconnu, parce que leur reconnaissance passe pour eux par le médecin » (C5)

« Il y a des professionnels pour qui la reconnaissance elle va venir des patients (...) d'autres auprès de la famille, de leurs collègues » (C5)

« Après ça dépend du médecin, des équipes. Mais oui il y a aussi une certaine reconnaissance » (C6)

« La reconnaissance elle vient de là où on la cherche » (C5)

4.3. L'équipe

Le dernier thème à être évoqué lors de ces entretiens est celui de l'équipe.

- Une identification au groupe :

Une des cadres interrogées lors de l'entretien C5 insiste beaucoup sur la notion d'appartenance à un groupe, de former une équipe. Elle emploie des termes très significatifs de la notion d'équipe : identification, appartenance, groupe :

« Il y a un sentiment d'appartenance, un sentiment d'identification »

« Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe »

« Ceux qui appartiennent à une équipe ne voudraient jamais aller travailler dans l'autre équipe »

- Un environnement partagé:

Le fait de travailler avec des collègues dans les mêmes lieux, en rencontrant souvent les mêmes personnes, semble avoir un impact positif sur la cohésion de l'équipe et permet une meilleure intégration au reste du groupe :

« La proximité joue un rôle là » (C5)

« En MCO, c'est souvent le même kiné qui y va (...) il y a plus d'échanges » (C5)

« La localisation, l'identification géographique, le lieu d'activité a peut être un impact sur la collaboration interprofessionnelle » (C5)

« Je pense que si on avait un kiné qui était affecté dans le service, cela se passerait de façon totalement différente » (C4)

« C'est des repères peut être pour les professionnels. On se met un cadre sécuritaire dans le travail » (C5)

Partager le quotidien des personnes, les difficultés ensemble, se voir physiquement, permettrait de mieux de se connaître et de favoriser les échanges :

« Il partage le même lieu d'exercice que sa collègue IDE ou AS (...) face aux mêmes contraintes environnementales » (C5)

« A force de voir les gens physiquement ils se connaissent. Les gens apprennent à se connaître aussi » (C6)

« En MCO (...) le kiné n'a pas forcément de salle (...) et va partager le même lieu de transmission que les IDE et AS, donc il va peut-être être un peu plus inclus dans la vie du service » (C5)

« Tout le monde se connaît. Je crois que se voir physiquement c'est important. C'est le côté humain qui fait que... On a beau mettre des règles, même si il en faut des règles écrites, mais il faut le côté humain, et de se voir. » (C6)

Enfin, la taille de l'équipe, du nombre de personnes qui la constitue semble être un facteur qui pourrait influencer la collaboration entre les professionnels de santé :

« Le nombre d'interlocuteurs a une importance » (C5)

Pour conclure cette deuxième série d'entretiens, nous commençons à avoir une vision beaucoup plus claire concernant certains éléments de réponse à notre question de départ. Certaines notions et mêmes certains concepts semblent être pertinents d'étudier dans la suite de ce travail.

Néanmoins, afin d'approfondir certains points, il semblerait judicieux d'interroger une autre catégorie de professionnels, capables d'évaluer les relations professionnelles entre cadres de santé : les cadres supérieurs de santé.

CHAPITRE 4 : L'empirisme a une fin

L'analyse des six entretiens réalisés a permis de dégager certaines thématiques récurrentes, constituées de quelques notions significatives.

Notre constat de départ s'est tout d'abord vu confirmé par les cadres de santé : il existe une collaboration insuffisante entre les professionnels de santé, expliquée par de nombreux facteurs (communication difficile, culture différente, manque de reconnaissance, personnalité, absentéisme, ...).

Il a également été montré que cela avait un impact sur la prise en charge du patient. L'interdisciplinarité entre les acteurs de terrain n'est pas une chose simple, et la coopération, le travail d'équipe, nécessitent entre autre, une connaissance de l'autre, une proximité entre soignants, ainsi qu'une coordination du ou des services, permettant un travail efficace et de qualité auprès du patient.

Mais la partie qui nous intéressait le plus dans ce travail, à savoir la coopération entre cadres de santé, se révèle plutôt pauvre dans les entretiens réalisés. C'est plutôt dans le « non-dit », le « non-exprimé » dans ces six entretiens de cadres que l'on relève justement cette absence de coopération.

1. Une 3^{ème} série d'entretiens avortée

Nous avons donc prévu d'interroger dans une troisième et dernière série d'entretiens, des cadres supérieurs de santé qui encadrent des équipes pluridisciplinaires de rééducation. Leur regard différent de celui des cadres de proximité, puisque n'étant pas « directement » impliqués dans la gestion de terrain des équipes, permettrait d'avoir une vision plus globale des relations et de la coopération entre les cadres de santé. Cependant, par manque de temps, une seule cadre de santé de filière infirmière et manquant quatre cadres de santé dans un pôle de rééducation a pu être interviewée.

Bien que très riche, cette dernière interview nous a essentiellement confirmé les différents éléments vus précédemment, comme l'intérêt de la communication au travail : *Il faut que les deux cadres discutent ensemble* » ou encore de l'importance de la connaissance de l'autre : *« Je pense qu'il faut vraiment bien connaître toutes les professions (...) il devrait y avoir un module pour apprendre à se connaître ».*

La question de l'absentéisme est là aussi évoquée et rend le travail en collaboration plus difficile : « *On n'a pas de personnel suffisant* ». Les représentations sociales sont encore évoquées, y compris au niveau de l'encadrement : « *J'avais l'image du kiné qui venait dans le service qui venait pour faire quelques mouvements* », tout comme la personnalité des soignants dans l'implication de cette collaboration.

Par contre, certains points jusque là jamais évoqués, ont été exprimés lors de notre rencontre. Depuis la mise en place des pôles, le rôle du cadre supérieur de pôle est plus stratégique et ciblé sur le développement (restructuration des services, gestion financière et des ressources humaines,...). Les choses ont évolué, les missions des cadres et des cadres supérieurs également, entraînant des modifications des relations entre tous ces acteurs. Il existe une volonté « d'unification » des quatre cadres au sein du pôle par des objectifs communs et partagés, même si l'équipe est hétérogène (spécialités différentes au sein du même pôle). La place médicale au sein de cette organisation est évoquée.

2. Un constat récurrent : un cloisonnement des cadres de santé

Les facteurs personnels sont là encore longuement évoqués : « *Certaines équipes ne jouent pas le jeu* ». L'efficacité de coopération au sein des équipes de soins et l'influence de la culture professionnelle : les rééducateurs étant jugés plus « *autonomes* » dans leur fonctionnement quotidien, notamment lors de l'absence de cadre (absentéisme, répartition des tâches et des patients, ...) et les équipes infirmières plus « *responsables* », liée aux fonctions vitales de leurs missions.

Mais il n'est jamais évoqué la nature des relations entre les cadres. Le sujet est là encore très vite éludé, comme dérangeant. Malgré les relances et le recentrage systématique de l'entretien sur les cadres de santé, les réponses reviennent toujours très rapidement vers les professionnels de terrain, à savoir les équipes soignantes. D'ailleurs « *les problèmes [d'absentéisme] ne sont pas réglés par les cadres* » lorsque la cadre du plateau technique et un rééducateur sont absents.

Enfin, la structure architecturale va fortement influencer les relations entre soignants : la proximité augmente les interactions, la collaboration, et surtout augmente le nombre de conflits interpersonnels, quelle que soit la profession.

D'ailleurs, cette cadre supérieure nous indique que : « *Dans la collaboration on est pas forcément d'accord et le conflit fait partie de la collaboration* ».

La partie empirique de ce travail nous a permis de recentrer nos interrogations sur certains thèmes. Les notions d'équipe, de collaboration ou coopération, d'identité, de culture ou encore de personnalité.

Nous utilisons quotidiennement le terme d'équipe. Il est d'ailleurs repris par la quasi totalité des cadres interrogées lors de nos entretiens. Mais qu'est ce qu'une équipe ? Deux personnes forment-elles une équipe ? Quelles différences avec le groupe ? Nous tenterons donc d'étudier ce concept d'équipe au travers de ses caractéristiques, mais aussi par les phénomènes de cohésion et d'appartenance au groupe et à l'équipe.

Nous avons vu que dans une équipe pluridisciplinaire, le cadre de santé manage un ensemble de professionnels qui collaborent entre eux, dans l'objectif commun de soigner. Mais qu'en est-il de l'encadrement ? Est-ce une évidence pour les cadres de collaborer ? Et doit-on alors parler de coopération ou de collaboration ? Ou de coordination peut-être ? Faut-il nécessairement communiquer pour coopérer ? Nous allons donc étudier ces différentes notions au travers de l'étude des « 3C » (ce que les anglo-saxons appellent « *the CCCs* » ou « *C-Three* » en parlant du trio « Communication, Coordination et Coopération ». La collaboration et la coopération, fréquemment utilisées l'une pour l'autre sans distinction seront bien entendu développées.

Enfin, la partie empirique a mis en évidence différentes notions associées tournant autour de la pluri-professionnalité, dans lesquels nous retrouvons l'identité et la culture professionnelle, et les notions de pluri-inter-trans-disciplinarité. Quelles différences existent entre ces termes et en quoi la culture professionnelle joue un rôle dans la collaboration/coopération ?

Pour cela, nous privilégierons essentiellement une approche par le champ de la sociologie, et parfois par celui de la psychologie. Ces deux sphères correspondent à l'étude scientifique des phénomènes de l'esprit, des sentiments et des comportements chez les humains.

DEUXIEME PARTIE :

« A la rencontre d'auteurs »

Cette deuxième partie, appelée également « cadre théorique », permet par une approche contextuelle puis conceptuelle, d'éclaircir les différents points abordés, de répondre aux multiples questions soulevées, lors de la partie pragmatique. A partir d'ouvrages, d'articles, de mémoires ou de thèses, elle permet de définir les concepts et notions relevés précédemment.

Mais avant toute chose, il est nécessaire de situer dans leur contexte les éléments cités précédemment. En effet, le « cadre contextuel » va nous permettre de placer et comprendre nos différents concepts dans un environnement. Voilà pourquoi il nous paraissait important de commencer par savoir ou en était le monde de la santé aujourd'hui.

« Pour un esprit scientifique, toute connaissance est une réponse à une question »

Gaston Bachelard (1938, « La formation de l'esprit scientifique »)

CHAPITRE 5 : Le monde de la santé aujourd'hui

Le monde de la santé est en perpétuel changement, et ces dernières années fait face à des changements majeurs. Depuis plus de trente ans, son organisation a permis une amélioration constante de la santé publique en France, accompagnant les évolutions sociales et économiques de la population.

Que son approche soit économique, juridique ou sociologique, le monde de la santé change de paradigme. L'hôpital bouge, l'organisation hospitalière change, les métiers évoluent et le management hospitalier se transforme dans un contexte turbulent⁴. Le système hospitalier est un reflet de la société dont il émane et les évolutions de notre société transforment les pratiques professionnelles, modifient les comportements des patients et de leur famille, dans un environnement d'innovation technologique permanent et de contraintes socio-économiques.

L'émergence des pathologies liées au vieillissement, avec en corollaire celles inhérentes à la dépendance, le développement des maladies chroniques et les enjeux de santé publique actuels, le cancer et la santé mentale entre autres, réclament que se développent de nouvelles prises en charge plus graduées et mieux coordonnées. De nouvelles spécialités médicales et paramédicales sont apparues, multipliant le nombre d'acteurs gravitant autour du patient. Ces nouvelles divisions du monde de la santé nécessitent une coordination des soins accrue, amenant les politiques de santé à davantage d'interdisciplinarité entre les professionnels médico-sociaux.

De nombreuses lois ont influencé l'organisation hospitalière telle que nous la connaissons aujourd'hui : la loi du 31 Décembre 1970 portant réforme hospitalière, à l'origine des premières formes de coopération entre établissements de santé, ou encore la loi du 13 Août 2004 relative à l'assurance maladie et créant la Haute Autorité de Santé (HAS) chargée de répondre aux mutations du monde de la santé. Les difficultés croissantes de financement des dépenses de santé ont amené progressivement les pouvoirs publics à rendre les prises en charges de plus en plus efficaces. C'est donc dans ce contexte que nous avons choisi de développer une partie de la loi du 21 Juillet 2009, visant à étendre les coopérations professionnelles.

⁴ Nous faisons ici allusion à l'ouvrage de G. Nizard « L'hôpital en turbulence, les réponses managériales à la crise des établissements de santé » (1994)

1/ La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 Juillet 2009

La loi du 21 Juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (HPST) modifie les modalités d'exercice du service public hospitalier. L'objectif de cette loi est multiple : permettre la modernisation des établissements de santé, ainsi que l'accès à tous aux soins de qualité, à la prévention et à la santé publique, comme à l'organisation territoriale du système de santé.

Selon l'article 51 de la loi HPST⁵, les professionnels de santé peuvent s'engager à leur initiative dans une démarche de coopération ayant pour objet d'opérer entre eux des transferts d'activités ou d'actes de soins médicaux. Cette démarche nécessite un protocole de validation entériné par le Directeur Général de l'ARS (Agence Régionale de Santé), après avis de la HAS. M-P. Triki (2014, p. 149) nous rappelle qu'en 2010, le Ministère de la santé et des sports précisait les enjeux d'une telle disposition : *« Les besoins sanitaires augmentent en lien avec le développement des maladies chroniques et des pathologies du vieillissement, (...) les charges de travail croissantes (...) ont besoin d'un rééquilibrage en incitant au partage des compétences »*. Cette loi favorise les coopérations entre les établissements, notamment par la création de Communautés Hospitalières de Territoires (CHT), répondant à une ambition de stratégie commune et de mutualisation de compétences.

Enfin, il existe une coordination des ARS de la coopération sanitaire par le biais du Projet régional de Santé (PRS) et du Schéma Régional d'Organisation des Soins (SROS). Les professionnels de santé souhaitant adhérer aux protocoles déjà en place dans leur région déposent un dossier auprès de leur ARS, qui va alors vérifier leur réelle volonté de coopérer et de s'engager dans une démarche collaborative.

« Le premier enjeu est bien d'avoir un exercice professionnel partagé où la pluridisciplinarité est coordonnée et non juxtaposée. Les organisations évoluent vers une plus grande coopération » (S. Michaud, 2012, p. 25)

Par ailleurs, la coopération entre professionnels de santé est une préoccupation assez récente en France (une dizaine d'années) mais répond à une volonté de progression constante de la part des pouvoirs publics et de bon nombre d'acteurs de la santé.

⁵ Art. 51 Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184

« Des organisations reposant sur les coopérations entre professionnels de santé ont vu le jour dans de nombreux pays et pour certains depuis les années 60. Elles ont pour la plupart des objectifs communs d'amélioration de l'accès aux soins dans un contexte de démographie médicale en tension mais aussi de rationalisation du système de soins et de recherche de gains de productivité » (Ministère du Travail, de l'emploi et de la santé, 2011, p. 7).

Dans ce contexte constitué des exigences des malades et de leur famille, concernant la qualité de soins, l'accueil, la nécessité de gérer au plus juste les coûts, la complexité croissante des nouvelles technologies, les hôpitaux et services de santé ont besoin de responsables capables d'assumer ces choix, de prendre des décisions, d'évaluer les résultats. En d'autres termes, ces responsables sont les cadres de santé.

2/ La fonction de cadre de santé aujourd'hui : « une position difficile entre soins et management »⁶

Le métier de cadre de santé a lui aussi évolué au rythme des réformes successives évoquées ci-dessus. Les missions du cadre d'aujourd'hui ne sont plus les mêmes qu'il y a dix ans, et ne seront probablement plus les mêmes dans dix ans. Ces évolutions (révolutions ?) ont eu un impact important sur les pratiques professionnelles, ainsi que sur le mode de management des équipes.

Le métier de cadre de santé tel qu'il est défini aujourd'hui s'appuie sur le décret 95-926 du 18 Août 1995 créant le diplôme de « cadre de santé » et ouvert à quatorze professions paramédicales. Jusque là l'identité professionnelle du cadre reposait sur des compétences techniques (surveillante infirmière, moniteur ergothérapeute), bras droit du médecin, jouant alors un rôle d'assistant ou de secrétaire, responsable des prises de rendez-vous, des ouvertures et fermetures de lits, de la sanction des agents. (M-C. Chauvancy, 2012, p. 205). A propos des cadres de santé, « *Les cadres hospitaliers jouent un rôle central mais souvent invisible dans l'organisation hospitalière parce que le temps consacré à la coordination des actions, à l'encadrement des équipes, à l'organisation du travail ne sera jamais aussi visible qu'un acte de soin, l'utilisation d'un appareil ou un geste technique* ».

⁶ Ce titre fait référence à l'ouvrage collectif « *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail* » (2012)

Cette auteur nous précise également qu' « *au cœur d'une organisation en profonde mutation, soumis, bon gré mal gré, à une distanciation progressive de son métier d'origine, le cadre hospitalier ressent, aujourd'hui plus souvent qu'hier, des difficultés à se situer, à cerner les contours et les constituants de son identité professionnelle* » (C. De Singly, 2009, p. 6)

Le changement d'organisation hospitalière lors de la réforme Hôpital 2007, dont les objectifs étaient la réorganisation du management de l'hôpital et la mise en place des pôles, vient directement solliciter le rôle de l'encadrement. Ce découpage des structures permettant une optimisation des ressources (humaines et matérielles) doit permettre une meilleure réponse aux attentes du patient et de recentrer l'hôpital autour de ce dernier. Directement impliqué, le cadre de santé va se retrouver au cœur d'un champ d'action, de liberté et de manœuvre plus important, chaque pôle étant par délégation responsable et autonome de ses ressources allouées.

Budgets, audits, qualité, certification, benchmarking, résultats, ... l'appréhension du soin se retrouve alors différemment par le cadre de santé. Il est le « *responsable de la gestion des ressources humaines, financières et logistiques de son unité, il se positionne en responsable d'entreprise et doit rendre des comptes en termes de résultats et de coût* » (M-C. Chauvancy, 2012, p. 205).

Ces transformations que vivent les cadres aujourd'hui les plonge dans une « *réelle crise identitaire* » (*Ibid.*, p. 208) avec un important manque de reconnaissance, vivant le présent comme incertain par manque de lignes directrices. Comment alors s'identifier à un groupe professionnel en recherche de sens ? F. Guillois (2012, p. 237-238) nous apporte quelques éléments de réponse. Tout d'abord la conscience d'une appartenance groupale, en réalisant le deuil de son groupe d'appartenance professionnel initial : « *je suis avant tout une infirmière* ». Les cadres disent souvent qu'ils sont seuls, qu'ils fonctionnent seuls et que les échanges avec leurs collègues sont rares. « *Ce qui pourrait les relier, c'est la plainte de ce qui ne répond pas à leur désir : les médecins, la direction, (...) la pénurie de personnel, la charge de travail, (...) Ce qui pourrait peut-être constituer un lien, c'est le sentiment d'être les derniers garants de la qualité des soins face au rouleau compresseur des contraintes budgétaires* » (*Ibid.*, p. 237).

3/ Une rémunération basée sur l'activité réalisée

Avec 1,123 million d'emplois et 36% des dépenses de santé (59 milliards d'euros), l'hôpital est l'un des piliers du système de soins. L'arrivée de la Tarification à l'activité (T2A), élément central de la « nouvelle gouvernance hospitalière » issue du plan Hôpital 2007, consiste à payer les établissements en fonction de l'activité réalisée. Contrairement au fonctionnement antérieur, où l'établissement recevait une dotation globale de fonctionnement annuel, reconduite chaque année, sans réelle négociation avec les tutelles, ce nouveau mécanisme de fonctionnement nécessite une gestion économique qui va directement influencer la prise de décision des projets de soins des patients.

L'arrivée de la T2A dans les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a donc posé la problématique de l'éthique dans la prise en charge des patients. P. Le Coz (2009, p. 35-53) nous explique qu'il existe un conflit de valeurs pour le soignant, pris entre son souci de dispenser au patient le meilleur soin possible, tout en ayant conscience de la dimension économique pour que le système sanitaire soit viable. L'auteur nous précise que le plus souvent, la balance penche vers le bien individuel apporté au patient, plus que pour le souci d'une distribution rationnelle des ressources sanitaires pour la collectivité. A ce jour, la codification de ce système par les acteurs de soins de SSR se fait sous la forme d'actes répertoriés dans le Catalogue Spécifique d'Actes de Rééducation et de Réadaptation (CSARR).

Cependant, il est souvent difficile pour le soignant de « côter » au plus juste la prise en charge, compte tenu de la conception par « approche globale » (holistique) du patient en rééducation, contrairement aux services de MCO. Il existe alors un dilemme inconfortable pour le soignant, l'amenant à se questionner sur son travail : son approche culturelle « globale » doit composer avec un mode de rétribution plutôt analytique. Le cadre se retrouve à l'articulation de deux logiques : une logique gestionnaire en faveur de la maîtrise des coûts et une logique soignante, avec le « *prendre soin*⁷ » et ses valeurs. Il a alors un rôle de médiateur et de messager afin de tenter de redonner du sens au soignant en l'amenant à comprendre l'environnement qui nous entoure et replacer le soin au centre du système de soins.

⁷ Le concept de « prendre soin » a été particulièrement étudié par W. Hesbeen (1997, p. 8) et désigne « cette attention particulière que l'on va porter à une personne vivant une situation particulière en vue de lui venir en aide, de contribuer à son bien être, de promouvoir sa santé »

Dans son rapport, C. De Singly (2009, p. 37) identifie de nombreuses missions transversales et communes aux cadres de santé, quelle que soit leur filière : « *la gestion des ressources humaines (animation d'équipes), la gestion de l'information, la gestion de l'efficience, l'évaluation et le suivi de la qualité et enfin la formation* ». Au delà des spécialisations, les cadres ont de nombreuses préoccupations communes et sont confrontés à des problèmes analogues. « *Ce partage d'orientations généralistes constitue un socle important, non seulement pour la coopération entre cadres et autres personnels, mais aussi pour la cohésion du groupe cadres (et donc in fine pour la constitution d'une identité professionnelle)* » (Ibid., p. 37)

Le monde de la santé évolue, se transforme vite, et l'hôpital est un lieu dominé par l'évolution et le changement. Aujourd'hui et plus que jamais, les contraintes auxquelles font face les établissements de santé démontrent que ces derniers devraient spontanément s'associer dans ces démarches de coopération. L'apparition de nouvelles orientations, les contraintes économiques ainsi que les exigences réglementaires ne sont pas sans conséquences sur la fonction de cadre de santé.

L'heure est à la coopération au niveau « macro-environnement », mais qu'en est-il au niveau de l'encadrement ? Peut-on espérer les mêmes collaborations entre cadres de santé ? Par une approche de type sociologique, nous allons développer certains concepts, indispensables selon nous afin de mieux appréhender notre problématique. Ainsi, « *pour surmonter ces difficultés, il faut impulser un vrai changement culturel, une réelle modification des pratiques, qui conduisent les professionnels à travailler non plus individuellement mais en coopération, dans le partage de valeurs communes, dans une approche soucieuse d'apporter les réponses aux besoins des personnes, réponses adaptées et respectueuses de leurs choix, sur leur territoire de proximité, dans une dynamique de qualité toujours croissante.* » (B. Devictor, 2014, p. 9).

Comme nous venons de l'exposer, l'hôpital est un lieu dominé par le changement et l'évolution. Aujourd'hui, plus que jamais, les contraintes auxquelles font face les établissements démontrent que ces derniers devraient spontanément s'associer dans des démarches de coopération. Est-il utopique ou réaliste d'attendre ce même résultat entre professionnels d'une équipe, voire même d'une équipe d'encadrement ?

CHAPITRE 6 : L'équipe

Premier concept à être développé ici, le terme d'équipe est utilisé quotidiennement dans notre société, que ce soit dans le monde professionnel (équipe de nuit), de l'enseignement (équipe pédagogique), sportif (équipe de football), politique (équipe gouvernementale), etc... Mais il est souvent associé à d'autres termes, sans qu'aucune distinction ne soit faite : groupe, bande, communauté, club, ... Quelles différences existe-t-il ? Quelles sont les caractéristiques d'une équipe ? Peut-on parler d'équipe et de travail en équipe dans le domaine de la santé ? Les cadres de santé font-ils partie d'une équipe ?

1. L'équipe, un groupe primaire avant tout

Avant de définir ce qu'est une équipe, il convient tout d'abord de préciser ce qu'est un groupe primaire (appelé également groupe restreint). Le premier à utiliser cette expression est le sociologue américain C.H. Cooley en 1909 dans son ouvrage "*Social Organization : a study of the larger mind*" (p. 23). Par groupe primaire, il entend « *ceux qui sont caractérisés par une association et une collaboration intimes, de personne à personne et de face à face (...)* Le moyen le plus simple de décrire cet ensemble est peut être de dire que c'est un nous ».

Selon D. Anzieu et J.-Y. Martin (2013, p. 36-37), le groupe primaire présente les caractéristiques suivantes :

«- un nombre restreint de personnes

- une poursuite en commun et de façon active des mêmes buts

- des relations affectives pouvant devenir intenses

- une forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité

- une différenciation des rôles entre les membres

- une constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe »

Le groupe primaire s'oppose au groupe secondaire caractérisé par l'absence de la relation de personne à personne et par un engagement limité de ses membres.

A la lecture de l'ensemble de ces éléments, on voit bien que l'équipe, qu'elle soit constituée de soignants ou de cadres de santé, possède l'ensemble de ces caractéristiques.

2. Définition de l'équipe

Étymologiquement, le mot « équipe » est décrit pour la première fois en 1962 par le professeur Lafon. A l'origine, ce terme viendrait du vieux français « *esquif* », qui signifiait « *une suite de chalands attachés les uns aux autres et tirés par des hommes* » (R. Lafon, 1962, In R. Mucchielli, 2013, p. 12). On note deux points intéressants dans cette expression qui vient définir ce qu'est une équipe. Tout d'abord les chalands attachés entre eux, connotant une certaine unité, indispensable dans une équipe. Et ensuite, cette corde, tirée par des hommes, ayant le même but, un objectif commun, celui de remorquer ces chalands.

Nous voyons alors que les équipes ont donc toujours existé, mais ce n'est qu'à partir des années 30 que les psychosociologues ont réellement commencé à s'intéresser aux groupes et à leur dynamique. La notion d'équipe quant à elle, avec ses relations socio-affectives et l'orientation des efforts vers un objectif commun et voulu de tous, reste néanmoins peu décrite dans la littérature avant les années 70-80, à la faveur de la notion de « groupe ». Pour autant, il ne suffit pas de mettre des individus ensemble et de leur donner un objectif commun pour former une équipe. « *Des personnes qui travaillent ensemble ne forment pas nécessairement une équipe. Encore faut-il qu'elles soient animées par une communauté d'esprit, d'âme, de pensée et de goût, et qu'il existe une cohésion morale entre elles* »⁸.

Et inversement, il ne suffit pas non plus d'être dans une équipe pour travailler ensemble, dans un but commun. Car chaque personne constituant l'équipe est bien un être singulier, avec son histoire, son parcours personnel et professionnel, ses valeurs, et c'est cette mosaïque d'individualités qui va composer l'équipe. « *L'appartenance de la part de ses membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier de ce qui est cohésion au niveau groupal descriptif* » (R. Mucchielli, 2013, p. 52).

Dans le domaine de la santé, le terme d'équipe est couramment employé. D'ailleurs, il est repris dans de nombreux documents officiels : « *Les fonctionnaires du grade de cadre de santé paramédical exercent des fonctions (...) consistant à encadrer des équipes dans les pôles d'activité clinique et médico-technique* » (Article 3 du décret

⁸ Cette citation de Péter Veres (1897-1970) romancier Hongrois est très probablement issue de son ouvrage « *L'épreuve* » (1951)

n°2012-1466 du 26/12/12 portant statut particulier du corps des cadres de santé paramédicaux de la fonction publique hospitalière).

Dans le code de la santé publique, nous retrouvons également cette notion d'équipe : « *équipe de soins* », « *équipe mobile* », « *équipe pluridisciplinaire* », « *équipe pédagogique* », « *équipe de santé mentale* », etc.. (Articles L1110-4, L1110-10, R4311-3, ...).

3. Caractéristiques de l'équipe

Selon les recherches de R. Mucchielli (2013, p. 12-14), une équipe comporte sept caractéristiques :

- « *Le petit nombre* » : « *Un nombre restreint de membres tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu* » (Anzieu Martin, 2013, p. 36). Mucchielli (*Ibid.*, p. 48) nous indique qu'un nombre de cinq à six personnes semble être le meilleur compromis permettant un bon rapport entre efficacité de l'équipe et complexité des relations entre les membres qui la composent.
- « *La qualité du lien interpersonnel* » : c'est un lien qui permet aux membres de l'équipe de conserver à la fois leur singularité tout en mettant en commun leurs différences. « *La relation inter-humaine joue un rôle essentiel* » où les personnes ont une « *certaine conscience d'appartenance et une certaine forme de culture commune* » (Chombard de Lauwe cité par R. Mucchielli, 2013, p. 12)
- « *L'engagement personnel* » : chaque membre apporte « *sa science, sa compétence, sa technique mais aussi sa personne. C'est un engagement* » (R. Lafon cité par R. Mucchielli, 2013, p. 13). Lors d'un entretien, une des cadres interrogées nous cite : « *Il faut qu'il y ait une envie des professionnels à travailler [en interdisciplinarité] (...) Si il n'y a pas d'envie, ça va être un soufflé qui va retomber très vite* » ; « *C'est une question de personnalité, de motivation professionnelle, d'implication* ». On retrouve là cette notion d'engagement personnel, d'implication dans le travail collectif.
- « *Une unité particulière en découle* » : non seulement une unité d'esprit, mais également une unité sociale dans laquelle « *toute modification d'un élément ou*

d'une relation entraîne la modification des autres éléments ou relations » (R. Lafon cité par R. Mucchielli , 2013, p. 13). C'est ce que nous confirme une des cadres interrogées : « *Ca dépend des équipes qui sont là le matin. Quelques fois c'est une à deux personnes qui fait...il suffit d'une personne qui fasse la loi et c'est...* ».

- « *Une intentionnalité commune, un but collectif accepté et voulu* » : il y a un but commun recherché, voulu et accepté de tous. On parle ici de coresponsabilité des membres de l'équipe, chacun concourant à une succession d'activités qui sont la raison d'être de l'équipe. "*Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée.*" (P. Cauvin, 2007, p. 9)
- « *Des contraintes en découlent pour les membres* » : par le partage collectif, chacun renonce à une part de sa liberté et s'expose à une coordination des efforts, une discipline, comme de ne pas jouer un jeu personnel, mais pour l'équipe. Le risque lorsque l'un des membres décide de se démarquer des autres est l'exclusion de l'équipe par les autres membres : « *Auparavant, il y avait une kiné qui défendait un peu trop sa place et il y avait souvent des heurts, des mini-conflits* » (Entretien Cadre C6).
- « *Une organisation existe* » : elle implique une distribution des rôles et des tâches, et nécessite une structuration. Cela sous entend la présence d'un cadre dans lequel va évoluer l'équipe, visant l'atteinte des objectifs fixés, même si cela induit une certaine obligation de consensualisme.

« *L'équipe parfaite* », celle qui possède l'ensemble des caractéristiques n'existe probablement pas. Mais l'auteur nous indique ici quelles qualités elle doit posséder, pour se distinguer du groupe restreint.

Afin de synthétiser tout ceci, nous reprenons ici une schématisation de ces caractéristiques par une illustration de J-L. Blondel (2009, p. 7) :

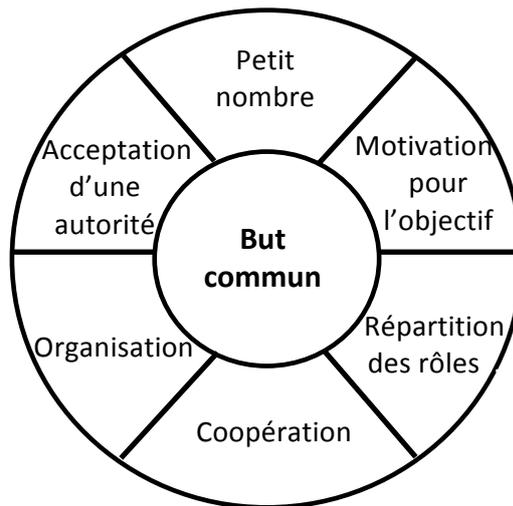


Schéma n°1 : Les caractéristiques d'une équipe – Source : J-P Blondel (2009)

Pour R. Mucchielli (2013), l'équipe est à la fois centrée sur le groupe lui-même mais également sur la tâche à accomplir. Plus encore qu'un groupe primaire, l'équipe compte une dimension supplémentaire aux caractéristiques précédentes : l'action.

L'action de l'équipe, appelée « travail en équipe », va imposer ses lois, ses exigences, son programme, ses moyens. Mais le travail en équipe est également une pluridisciplinarité, qui réunit « *des professionnels de catégories différentes obligés pour réaliser l'objectif de se compléter, de s'articuler, de dépendre des uns et des autres* » (*Ibid.*, p. 16). On retrouve dans cette description la définition de l'interdisciplinarité, concept qui sera développé dans la suite de ce travail. « *Toute équipe doit être envisagée sous son quadruple aspect : structural, fonctionnel, relationnel et même émotionnel* » (R. Lafon cité dans R. Mucchielli, 2013, p. 41).

Nous allons donc tenter de comprendre comment fonctionne une équipe de travail au travers de ces quatre dimensions. Néanmoins, il n'existe pas de tel découpage de ces notions dans la réalité puisque elles sont liées entre elles, et viennent donc tantôt dans une catégorie, tantôt dans une autre.

4. La cohésion de l'équipe

Pour Anzieu et Martin (2013, p. 213) « *la cohésion du groupe est le résultat des forces d'attraction exercées par le groupe à l'égard de ses membres et tendant à les maintenir en son sein : d'une part le groupe lui-même est l'objet d'un besoin à satisfaire* » (objectif commun). « *D'autre part, il constitue pour l'individu un moyen de satisfaire*

des besoins dont l'origine est extérieure au groupe » (objectif personnel). A. Mucchielli (2013, p. 70) nous explique que pour lui la cohésion d'un groupe « c'est la possession par lui de certaines caractéristiques qui opèrent ensemble, en système et qui, au total, font que ce groupe est uni dans son fonctionnement et tendu vers des objectifs collectivement acceptés qui font sens pour tous ses membres ».

Selon R. Mucchielli, (2013, p. 41) plusieurs facteurs permettent de favoriser la cohésion de l'équipe :

- La confiance

« La confiance est le ciment invisible qui conduit une équipe à gagner » (Bud Wilkinson⁹). La confiance envers les partenaires est le premier ciment de la coopération dans l'équipe. Selon J-P. Blondel (2009, p. 7) ce qui fait la cohésion de l'équipe « c'est la confiance de chacun dans les autres membres et dans les capacités de l'équipe en tant qu'équipe ». Cette première qualité est citée lors de nos entretiens et constitue un élément fondamental de la coopération entre cadres de santé : « Il faut se faire confiance quand on a une collaboration étroite entre cadres » ; « La collaboration entre cadres, cadre infirmier et cadre de rééducation, si on prend ces deux aspects là, c'est la confiance, le respect (...) et l'exemplarité » (C5)

Mais la confiance ne se gagne pas comme cela, et nécessite de respecter certaines règles. Tout d'abord, la connaissance des autres partenaires. Le simple fait « de voir les partenaires est déjà en soi générateur de confiance » (R. Mucchielli, 2013, p. 42). C'est d'ailleurs ce que nous indique une des cadres de santé : « Je crois que se voir physiquement c'est important. C'est le côté humain qui fait que... On a beau mettre des règles, même si il en faut des règles écrites, mais il faut le côté humain, et de se voir. » (C6).

Ensuite, l'expérience d'un passé commun, d'une coopération réussie, va venir intensifier la coopération entre les partenaires. Plus l'image que se fait chaque membre de l'équipe de ses partenaires est positive, plus l'esprit de coopération sera important. Cette capacité à faire confiance est « un construit social » selon M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 19) qui permet aux acteurs de ne pas se ruiner mutuellement et entraîne un sentiment de confiance.

⁹ Bud Wilkinson (1916-1994) était un célèbre joueur et entraîneur de football américain

- un comportement de coopération renforcé

La bonne idée de l'un des membres va provoquer un accroissement des interactions. Cependant, il existe un effet secondaire à ces bonnes initiatives : celui de mettre en vedette l'individualité de la personne au niveau de l'équipe et risquer une performance compétitive de la part des autres équipiers. « *Tout comportement individuel positif par rapport au succès commun (entraide, bonne idée, ...) (...) un ralliement général qui est source de satisfaction intime* » (R. Mucchielli, 2013, p. 44)

- un comportement de compétition dans la coopération

Les travaux de R. Lambert (1960, p. 63-72) ont montré qu'une certaine compétition au sein de l'équipe permettait d'augmenter considérablement ses performances. En effet, elle va permettre de stimuler les interactions ainsi que le dynamisme groupal, grâce à la recherche simultanée d'un même avantage par deux ou plusieurs personnes. « *La vie collective se fonde autant sur la rivalité, la compétition ou des désirs de différenciation que sur des désirs d'affiliation et de solidarité.* » (C. Leclerc, 1999, p. 27). De plus, M. Thévenet (2012, p. 183) nous indique que « *Coopération et compétition sont naturelles, elles apparaissent dans toute société humaine* ». Il ajoute ensuite que « *la compétition est aussi présente dans les relations interpersonnelles. C'est évident dans la cour d'école, sur un stade ou dans l'entreprise. Tout le monde sait qu'il est toujours nécessaire de disposer de deux informations pour mesurer sa satisfaction, après une augmentation par exemple : il faut connaître son montant, mais surtout celui de l'augmentation des autres collègues* ». Et de préciser que « *la satisfaction ne tient généralement pas à ce qu'on a, mais à ce que l'on a comparativement aux autres.* ». Cet auteur conclue en nous expliquant que « *c'est pour cette raison que les organigrammes et les positions sont aussi importants.* ». Cet auteur nous précise également qu'il est plus judicieux de ne pas travailler uniquement à la coopération, mais plutôt à un bon équilibre entre compétition et coopération, sans cesse en tension, et à l'améliorer.

5. La taille et la composition de l'équipe

L'une des difficultés majeure du groupe, et plus particulièrement de l'équipe, est son unité. Celle-ci est cependant délicate à maintenir lorsque le nombre de personnes le constituant est trop important ou si sa composition est trop hétérogène.

- La taille de l'équipe:

Un groupe trop important risque de rencontrer des difficultés de communication, une inégalité d'expression pour chaque membre, un accroissement des problèmes interpersonnels et même une productivité inverse à partir d'un certain seuil. A partir des différentes études réalisées, R. Mucchielli (2013, p. 48) conclut que « *la taille optimale, variable selon la composition du groupe, (...), [serait de] cinq ou six* ». Cet équilibre permet plus d'interactions, d'expression, une division du travail possible sans perte de l'objectif central et une résolution des problèmes d'organisation interne plus facile.

- La composition de l'équipe:

L'homogénéité des membres est un facteur d'efficacité de communication, et donc de coopération. « *L'efficacité des communications dans un groupe requiert une certaine homogénéité des membres, (...) l'homogénéité du niveau de culture et des cadres de référence mentaux, l'homogénéité de l'équilibre psychique* » (D. Anzieu et J-Y. Martin, 2013, p. 208)

Une culture professionnelle commune, un métier identique ou ayant les mêmes origines (par exemple, les métiers de kinésithérapeute, ergothérapeute et psychomotricien) va être un facteur facilitant à la coopération. Cependant, il ne faudrait pas limiter les équipes à des membres homogènes, car nous l'avons vu précédemment, la cohésion n'exige pas une similitude des personnalités. Une hétérogénéité des compétences dans une équipe devrait permettre une plus grande richesse des échanges, du partage, de créativité. Et cela va donc accroître l'interdépendance entre les membres du groupe. Le risque est encore une fois la personnalité qui peut être une source de tension ou de rupture, lorsque les membres ne sont pas en mesure de coopérer entre eux.

Il est donc nécessaire de « *former les groupes de travail d'après leur structuration informelle spontanée plutôt que par une voie formelle, autoritaire* » (R. Mucchielli, 2013, p. 50). « *Les relations interpersonnelles vont avoir un impact sur les relations interprofessionnelles probablement* » (C5). La cooptation (désir de coopération) n'est pas indispensable au début lors de la constitution d'une équipe, mais par la suite, si l'on souhaite que l'équipe fonctionne, il est nécessaire qu'il y ait tacitement une cooptation entre les membres, qu'ils trouvent une satisfaction à travailler ensemble, et vont développer alors un sentiment d'appartenance.

6. L'appartenance à l'équipe

Il existe un lien fort entre les membres d'une équipe. On « appartient » à une équipe, c'est à dire, on fait **partie** de cet ensemble, de ce groupe. C'est un sentiment puissant. *« Sentir le groupe et se sentir de ce groupe, surtout lorsqu'en outre la tâche est là qui attend d'être faite, incline à un ensemble d'attitudes et de sentiments que l'on désigne habituellement par appartenance » (Ibid., p. 51)*

Cette notion de sentiment est d'ailleurs évoquée lors de nos entretiens par une des cadres de santé : *« Il y a un sentiment d'appartenance, un sentiment d'identification »* ; Sentiment également évoqué par la cadre C5 lors de nos entretiens : *« Il y a un sentiment d'appartenance à un groupe »*.

Il faut bien distinguer dans cette définition d'« appartenance » le caractère plus important et plus fort d'adoption des valeurs et des normes, de gage de participation et de coopération, s'opposant au fait d'être simplement présent, physiquement, avec les autres partenaires. L'appartenance à une équipe n'est pas seulement un fait, c'est un sentiment et même une volonté.

Elle se caractérise par : (Ibid., p. 52)

- le désir de collaborer pour le succès de l'équipe
- la loyauté envers les autres membres de l'équipe
- la disposition à défendre l'équipe contre des attaques extérieures
- la disposition à s'opposer à tout changement de composition de l'équipe

Le « nous » transcende le « je » et le sentiment de solidarité est dominant. On parle alors d'identité collective. De plus, *« le groupe implique une reconnaissance d'appartenance à une entité collective, c'est à dire une entité repérable. Cette (...) caractéristique renvoie la possibilité pour les individus de se percevoir (de l'intérieur) ou d'être perçu (de l'extérieur) comme membre d'une même entité sociale » (Leclerc, 1999, p. 30)*

L'identification de chaque membre à l'équipe permet de sentir le groupe comme sien et ses réalisations (échecs ou succès) comme siennes. R. Mucchielli (2013, p. 53) nous indique que d'un point de vue psychanalytique, *« l'équipe et l'esprit d'équipe sont impossibles à définir, comme la lumière ondulatoire est impossible à définir en termes de physique cartésienne »*. Intraduisible dans la métapsychologie freudienne, le « nous » est un sentiment qui n'est pas nécessairement une régression du surmoi.

Au contraire, l'identification au groupe est un « *moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige et par là, valorisante* » (R. Lafon, cité par R. Mucchielli, 2013, p. 53). « *L'identité est un processus social qui prend et trouve sa source dans le regard de l'autre et l'interprétation que nous en faisons. C'est un processus actif de représentation dû au travail collectif* » (E. Erickson, 1972)

Enfin, plus l'équipe avance dans son existence, en étant solidaire et efficace, plus les habitudes de travail vont permettre une anticipation des comportements de chacun et même d'en tenir compte à l'avance, avant même de débiter une action. « *A force de voir les gens physiquement ils se connaissent. Les gens apprennent à se connaître aussi* » (C6)

L'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique : l'esprit d'équipe est une valeur, un critère ou un jugement de bien ou de mal, se traduisant au travers des coéquipiers par :

- une extinction des revendications personnelles
- une reconnaissance d'autrui et de ses compétences
- une solidarité, le fait de se sentir concerné de ce qui arrive à autrui
- une loyauté envers l'équipe
- l'acceptation et la conformité de normes de l'équipe

Une des conséquences de l'accroissement de la solidarité interne de l'équipe est la « *tendance à l'isolation et à l'agression externe* » (J. Maisonneuve, cité par R. Mucchielli, 2013, p. 57). Le problème soulevé ici est la difficulté d'ouverture du groupe à l'extérieur, ayant pour risque la destruction du groupe, en cas de renouvellement de membres en son sein.

Nous l'avons vu, la notion d'équipe est complexe. Constituée de multiples individualités, l'équipe n'en reste pas moins un collectif, dans lequel le cadre de santé va avoir un rôle de leader, permettant une coopération à la fois au cœur de l'équipe, mais également avec les autres équipes. Mais qu'entend-t-on par complexité ?

7. Un bref détour par la complexité

Comme nous l'explique E. Morin (2005, p. 10), la complexité ne saurait se définir de façon simple. Pour autant, il ne faudrait pas croire que la complexité vient éliminer la simplicité. Nous allons donc tenter de définir en quoi la notion d'équipe vue

précédemment est complexe et permet une appréhension plus éclairée de l'interdisciplinarité.

La complexité¹⁰ est définie comme un « *tissu de constituants hétérogènes inséparablement associés : elle pose le paradoxe de l'un et du multiple* » (*Ibid.*, p. 21). E. Morin prend l'exemple de « la tapisserie » (*Ibid.*, p. 113), avec ses fils de lin, de soie ou de coton, aux différentes couleurs. Connaître cette tapisserie ne se résume pas à connaître la somme des lois et des principes concernant chaque type de fil, car cela est insuffisant pour comprendre la réalité nouvelle de cette composition en tant que tissu. De plus, elle ne permet pas de connaître sa forme ou encore sa configuration. « *Nous avons des connaissances simples qui n'aident pas à connaître les propriétés de l'ensemble* » (*Ibid.*, p. 113).

Comment connaître alors la tapisserie dans sa complexité ? Selon E. Morin, cela se fait en trois étapes (*Ibid.*, p. 114) :

- la tapisserie est plus que la somme des fils qui la constituent : « *Un tout est plus que la somme des parties qui la constituent* »
- la tapisserie fait que les qualités des différents fils ne peuvent toutes s'exprimer pleinement : « *Le tout est alors moins que la somme des parties* »
- l'étape ultime consiste à prendre conscience qu'il existe une contradiction interne à la tapisserie : « *Le tout est à la fois plus et moins que la somme des parties* ».

Cet exemple de la tapisserie montre que la complexité apparaît comme un lieu de l'incertain, de l'indécidable, du fouillis (*Ibid.*, p. 21). Cette belle tapisserie, idéalisée, sans aucun défaut, peut aussi parfois se retrouver « trouée », recouverte d'accrocs.

L'organisation d'un service de soins ou d'un pôle, avec ses cadres de santé, peut alors être différente de cette tapisserie voulue et idéalisée, chaque acteur travaillant pour son propre compte, sans avoir de vision globale et claire de toute cette complexité. Sous cette forme, la complexité peut entraîner une « *intelligence aveugle* » (*Ibid.*, p. 19) détruisant les ensembles et les globalités, découpant en tranches strictes le réel en domaines étanches, en disciplines imperméables et entraînant alors un « *obscurantisme accru* » (*Ibid.*, p. 20). Il existe deux manières de réagir à la complexité, deux

¹⁰ Le terme complexité vient de *complexus* qui signifie « ce qui est tissé ensemble »

paradigmes¹¹ : la complexité et la simplicité. E. Morin (Ibid., p. 79) montre qu'il existe un paradigme de simplicité qui « *met de l'ordre (...) et (...) chasse le désordre* ». Il consiste à mettre l'accent tantôt sur l'un, tantôt sur le multiple, il sépare ou unit. La peur du désordre conduit à rationaliser, « *à vouloir enfermer la réalité dans un système cohérent* » et à mettre de côté « *tout ce qui dans la réalité, contredit ce système* » (Ibid., p. 94). « *Clarifier, distinguer, hiérarchiser* », c'est « *mettre de l'ordre dans les phénomènes en refoulant le désordre (.) De telles opérations, nécessaires à l'intelligibilité, risquent de rendre aveugle si elles éliminent les autres caractères du complexe* » (Ibid., p. 21).

J-L Le Moigne (1999, p. 4-5) ajoute que de réduire le « complexe » à quelque chose de « simple » ne peut se faire sans perte car les composants retirés ne disparaissent pas ; on les rend invisibles par contournement ou omission volontaire. Ces attitudes réductionnistes sont alors régulièrement à l'origine de situations de crises ou de conflits : « *La simplification du compliqué¹² appliqué au complexe a pour conséquence une aggravation de la complexité par mutilation et non pas la résolution du problème considéré* » (Ibid., p. 4-5).

C'est pourquoi, E. Morin propose de prendre comme paradigme, celui de la complexité. Alors que les principes logiques du paradigme de la simplicité sont la disjonction et la réduction, E. Morin propose de les substituer aux « *principes de distinction, de conjonction et d'implication* » (Ibid., p. 104). Il s'agit non plus seulement de disjointre la cause de l'effet, mais de montrer comment l'effet revient sur la cause et par rétroaction, produit ce qui le produit.

Il faut donc distinguer et joindre en même temps ces notions : « *Vous allez joindre l'Un et le Multiple, vous allez les unir, mais l'Un ne se dissoudra pas dans le Multiple et le Multiple fera quand même partie de l'Un* » (E.Morin, Ibid., p. 104).

¹¹ « *Un paradigme est un type de relation logique (inclusion, conjonction, disjonction, exclusion) entre un certain nombre de notions ou catégories maîtresses* » (Ibid., p. 147). Un paradigme privilégie certaines relations logiques au détriment d'autres : ainsi il contrôle la logique d'un discours.

¹² J-L. Le Moigne (1999, p. 11) distingue le complexe du compliqué : « *un système compliqué peut être simplifié pour découvrir son intelligibilité (explication), alors qu'un système complexe doit être modélisé pour construire son intelligibilité (compréhension). Mais en simplifiant (en mutilant) un système complexe, on détruit à priori son intelligibilité* »

Trois principes nous permettent de nous aider à penser la complexité (*Ibid.*, p. 98-100) :

- le principe dialogique, qui assemble deux notions opposées et pourtant indissociables
- le principe de récursion organisationnelle, où les produits et effets sont en même temps causes et producteurs de ce qui les produit
- le principe hologrammatique : « *la partie est dans le tout, mais le tout est dans la partie* »

Les disciplines paramédicales sont à la fois complémentaires, fragmentées et concurrentes. Elles interagissent autour d'un même objet tout en se référant à des paradigmes spécifiques. Dans le monde de la santé, les domaines d'action se traversent dans leur finalité. Le regard sur la situation peut la rendre complexe. Dans ce cas, pour dispenser un ensemble de soins et de suivi, l'institution devrait alors quitter une dimension « mono référentielle » pour adopter un regard qui reconnaisse la « multi-référentialité », la pluridisciplinarité. Comme le précise E. Morin (1999, p. 45), « *il faut amplifier l'idée de *scienza nuova* en y introduisant l'interaction entre le simple et le complexe, en concevant une science qui ne supprime pas les disciplines mais les relie, et par là même les rend fécondes, une science qui sait à la fois distinguer et relier et où la transdisciplinarité est inséparable de la complexité.* ». Il insiste d'ailleurs sur l'intérêt de la transdisciplinarité : « *Je le répète, autant le cloisonnement des disciplines désintègre le tissu naturel de complexité, autant une vision transdisciplinaire est capable de le restituer.* ».

Afin de conclure sur ce chapitre, nous voyons ici que la difficulté principale traitée dans ce travail, n'est pas tant la difficulté pour le cadre de santé à manager son équipe, mais aussi surtout à pouvoir coopérer avec ses autres collègues cadres, managers eux aussi de leurs propres équipes. Le travail en équipe ne va pas de soi, et pourtant le cadre de santé va jouer un rôle déterminant dans la coordination de l'organisation des soins. Les échanges et la communication entre acteurs sont indispensables pour permettre une coopération/collaboration entre eux. Nous allons donc à présent définir ces différentes notions dans le chapitre suivant.

CHAPITRE 7 : « Les 3C » : la communication, la coordination et la coopération

« *Coordonner, collaborer ou coopérer, communiquer* » ces termes sont souvent associés à celui d'équipe, et concernent donc les soignants. Il est désormais très fréquent d'avoir des professionnels de santé amenés à travailler avec d'autres collègues issus d'autres services, d'autres partenaires (réseaux, autres établissements de santé...), d'autres équipes tout simplement.

Ces mots ont tout d'abord un point commun : leur préfixe « *co* », qui provient de la langue latine et qui signifie « avec ». Dès lors qu'il existe une idée de partage de responsabilités, d'une condition commune, ce préfixe peut alors être utilisé.

A partir du moment où ce sont des êtres humains qui travaillent ensemble, qui interagissent, communiquent, avec leurs singularités et toutes leurs différences, il devient alors difficile d'avoir une situation claire. Cette hétérogénéité nécessite alors une coordination et une articulation afin de pouvoir trouver un sens. Cependant, nous l'avons vu précédemment, la réalité est complexe, à commencer par l'utilisation du vocabulaire employé dans ce processus de « *co-action* » de l'équipe.

Il convient dès lors de définir ces termes, car dans la grande majorité des ouvrages et revues observées au cours de cette recherche, il existe une confusion sémantique, en particulier avec les termes de « coopération » et de « collaboration ».

« *Mal nommer les choses c'est ajouter au malheur de ce monde.* » (Albert Camus¹³)

1. Coopération ou collaboration ?

Pour E. Friedberg (1997, p. 20), « *l'univers complexe des rapports humains et de l'interaction sociale est toujours potentiellement instable et conflictuel. (...) la construction de cette coopération constitue bien le problème central et fondamental que doit résoudre toute organisation comme toute entreprise collective (...) Il est et reste au cœur de l'action collective des hommes* ».

¹³ Cette citation d'A. Camus parue dans un essai de 1944, paru dans Poésie 44 « *Sur une philosophie de l'expression* » était à l'origine : « *Mal nommer un objet, c'est ajouter au malheur de ce monde* »

Bien qu'omniprésent au sein du travail collectif des organisations, il n'existe pas réellement de consensus sur une définition précise de la coopération. Si l'on prend l'origine étymologique du terme coopérer (*co-operari*), nous comprenons que le sens originel de cette notion signifie « travailler ensemble, agir conjointement, pour aboutir à une fin ». Mais cette définition renvoie par sa proximité à une autre notion : celle de la collaboration. D'ailleurs « opérer » et « élaborer », dont l'origine étymologique latine est *laboro*, signifient tous les deux « travailler », auquel viendra s'ajouter le préfixe « co ».

Généralement, les groupes collaboratifs et coopératifs agissent tous dans un but commun ou partagé. C'est essentiellement dans cette notion de « partage », qui peut prendre deux sens différents, que va naître la distinction entre les termes de coopération et collaboration. D'un côté, le partage renvoie à la notion de « division d'un tout en plusieurs parties » alors qu'il peut tout à fait avoir le sens de « participer à quelque chose ». « *Cole (1993) observe que la coopération entend le partage dans le sens de la division, alors que dans le cadre d'une collaboration, il signifie participer* » (F. Henri, et K. Lundren-Cayrol, 2011, p. 32)

Toujours selon ces auteurs, la **coopération** repose sur la division des tâches et des responsabilités au sein du groupe et c'est l'ensemble des actions et des activités qui va conduire le groupe au but. La coopération est une organisation collective du travail dans laquelle la tâche à accomplir est décomposée en sous-tâches, qui sont elles-mêmes affectées à un acteur (soit de manière égale, soit en fonction des compétences individuelles).

Autrement dit, il s'agit d'une division rationalisée (négociée) d'une tâche en actions qui seront réparties (attribuées) entre acteurs agissant de façon autonome. Le travail coopératif est un travail de groupe hiérarchiquement organisé, planifié, avec un partage des tâches respectant une coordination précise. Chacun sait ce qu'il doit faire dès le début, communique, échange ou partage des éléments uniquement pour arriver à son objectif individuel. A la fin le travail est réuni pour créer un objet unique de travail. La responsabilité de chacun est engagée sur la seule réalisation des tâches propres.

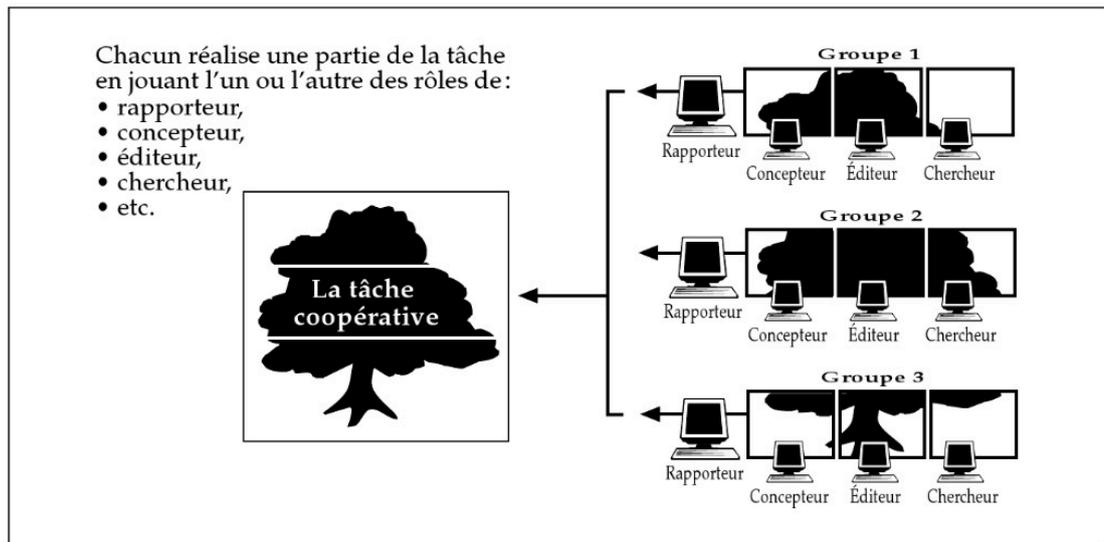


Schéma n°2 : La tâche coopérative : un ensemble de sous tâches différentes réalisées en équipe

Source : figure 1.5 de F. Henri et K. Lundren-Cayrol, 2001, p.34

La **collaboration** en revanche, s'entend par une situation de travail collectif dans laquelle la tâche ET le but sont communs. Le travail collaboratif ne relève pas d'une répartition à priori des rôles. Selon A. Piquet (2009, p. 8-9) chacun des membres du groupe travaille ainsi sur les mêmes points. Il va en effet plutôt s'agir ici de fusionner les contributions individuelles à l'action. La responsabilité est donc ici collective et incombe au groupe en tant que totalité. Ce mode de travail collectif engage par conséquent une communication régulière entre les membres du groupe et une connaissance précise de la progression de l'action collective. Les interactions interpersonnelles sont donc permanentes afin d'assurer une cohérence globale, condition nécessaire de l'efficacité de l'action et donc de l'atteinte de l'objectif fixé. La collaboration dans le cadre d'un travail collectif est donc une modalité d'action qui va au delà de l'action individuelle en s'inscrivant explicitement dans une dynamique d'action collective.

On dit qu'il y a collaboration quand un groupe organisé d'acteurs oriente et négocie ses interactions collectives vers une finalité dont chacun sait qu'elle ne pourrait être atteinte par un seul acteur. Les apports individuels n'ont donc de sens que par leur intégration aux autres et non par leur seule juxtaposition. Il s'agit donc pour chaque acteur d'un projet d'alimenter ses contributions individuelles par celles des autres. Le travail collaboratif implique de ce fait un engagement mutuel des individus dans un effort coordonné pour effectuer une même tâche, résoudre ensemble un même problème.

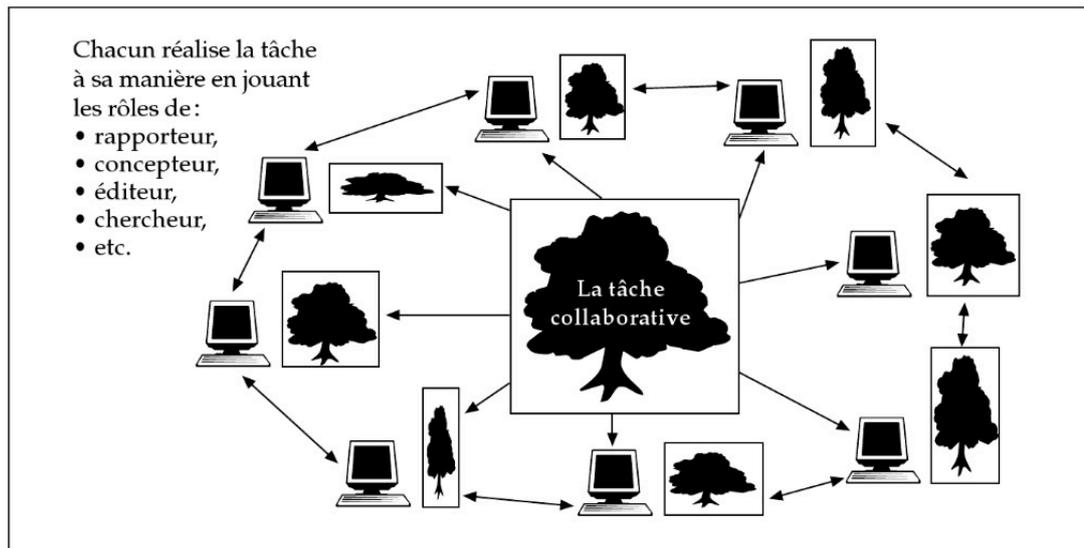


Schéma n°3 : La tâche collaborative: la même pour tous et réalisée par tous

Source : figure 1.4 de F. Henri et K. Lundren-Cayrol, 2001, p.34

Le facteur humain (confiance, motivation, solidarité, respect, etc.) devenant central dans ce mode de travail collectif, il peut être parfois plus difficile à mettre en œuvre que dans le cadre d'un travail coopératif. En ce sens, le travail collaboratif incite les individus à mener des activités orientées vers les autres pour contribuer à un résultat collectif qui est autre chose que la somme des résultats individuels.

Comme le soulignait E. Morin (2005, p. 114) « *un tout est plus que la somme des parties qui la constituent* » et le succès du travail collaboratif tiendra également à la construction d'une compréhension commune autour des activités menées et donc de connaissances partagées issues des contributions de chacun des membres de l'équipe.

2. Un champ sémantique en construction

Selon P. Zarifian (1998, p.15-16), il existe deux versions de la coopération : une « faible » et une « forte ». En ce qui concerne la version faible, « *Pour l'essentiel, cette coopération repose sur une meilleure coordination (=ordonner ensemble) des actes de travail (...) Cette version faible est compatible avec le maintien des anciens paradigmes : on maintient un travail séparé et divisé, on entretient le principe selon lequel la responsabilité ne se partage pas (à chacun sa tâche et son domaine de responsabilité), mais on vise à améliorer les passages de relais et les dialogues entre les travaux séparés* ». Cette version repose sur une coordination des actes de travail, avec un minimum d'échanges entre les acteurs, chacun ayant une tâche bien définie,

afin d'atteindre l'objectif final fixé par l'ensemble des acteurs. Il existe une division du travail et une responsabilité non partagée : nous retrouvons donc là le sens propre de la « coopération » évoqué ci-dessus.

Dans l'autre version, appelée version « forte » de la coopération, il faut encore une fois « *travailler ensemble, et pas seulement (...) coordonner des travaux séparés* ». L'auteur précise ensuite que travailler ensemble, dans des conditions modernes de production, « *c'est communiquer, au sens de construire et développer un espace d'intersubjectivité, de compréhension réciproque, c'est établir des accords solides sur : la nature des problèmes à traiter ; L'identité (au moins partielle) des objectifs, et donc les processus communs de définition de ces objectifs ; Le sens donné aux actions, et donc les valeurs qui les fondent ; les implications subjectives croisées des individus qui agissent ainsi ensemble* » (Ibid., p. 16). Ici, il s'agit de travailler ensemble, de communiquer dans le sens de construire et de développer un espace partagé et de compréhension avec les autres. Ce que P. Zarifian appelle dans cette « coopération forte », c'est ce que nous avons défini plus haut sous le terme de « collaboration ».

Quant à L. Rognin et B. Pavard (1994) cités par G. Le Boterf (1997, p. 260), ils décrivent trois niveaux d'interactions dans le champ du travail :

- **La co-activité** : « *elle se caractérise par l'absence de but commun, la simple juxtaposition des activités individuelles. Elle ne bénéficie pas d'effets de synergie et comporte des risques d'erreurs dus à la méconnaissance mutuelle. En revanche, elle minimise les risques de propagation d'erreurs dues à des interactions* ». C'est ce que nous pouvons qualifier de « coordination ¹⁴ ».
- **La collaboration** : « *la mission est commune mais les activités restent indépendantes. Elle entraîne des risques provenant de la méconnaissance d'objectifs communs à court terme, mais réduit les risques de propagation d'erreurs par interaction* ». Cette définition correspond à celle vue précédemment de la « coopération » par F. Henri et K. Lundren-Cayrol (2011, p. 34).

¹⁴ La coordination désigne l'ensemble des règles, conventions, routines mises en place par l'organisation pour permettre le bon fonctionnement des services et des unités. Elle n'est pas suffisante pour décloisonner l'action et s'intéresse aux régulations courantes et aux activités régulières. H. Mintzberg (1998) dans son ouvrage « *Sociologie des organisations* » détaille l'ensemble des mécanismes de coordination nécessaires pour réaliser une activité.

- **La coopération** : « Une mission commune est définie et le groupe se répartit des activités à réaliser. Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques et il y a possibilité de recouvrement d'erreurs par composition entre les membres du groupe. En revanche, il y a risque de propagation d'erreurs et de freinage de créativité dus à des phénomènes d'influence sociale ». Nous retrouvons là encore, la définition de la « collaboration » évoquée au début de cette partie.

En se basant sur ces quelques auteurs, nous observons à chaque fois des définitions communes de chacun des termes évoqués en introduction, mais sémantiquement différemment, rendant la compréhension des différents ouvrages traitant de cette thématique de « travail collectif » complexe et ambiguë. Dans ce travail, nous retiendrons les définitions de L. Rognin et B. Pavard.

3. Coopérer/collaborer : un don de soi à l'autre

Autre auteur à s'être intéressé à la coopération, N. Alter (2010, p. 22-23) nous indique en s'appuyant sur la théorie du don de M. Mauss datant des années 20, que coopérer correspond à un triptyque « **donner, recevoir et rendre** » (*potlatch*). Il n'existe pas de coordination sans coopération (ou très limitée) et il n'y a pas de coopération sans sentiment : « *la coopération repose sur des sentiments comme l'amitié, la fierté, la gratitude ou la reconnaissance. Autrement dit l'effectivité des procédures de coordination tient à l'existence d'échanges sociaux qui font du sentiment* ». » (*Ibid.*, p. 13).

Par la restitution affective des échanges sociaux au travers du don/contre don, l'auteur montre à partir du fonctionnement de sociétés « primitives » comment nous pouvons analyser les relations de travail de notre monde contemporain.

- **Donner** est un acte volontaire, non obligatoire, non dicté par une coutume, et sans finalité directement économique. Il suppose une dépense (ou consommation), un sacrifice (au sens commun). Il faut que la chose donnée représente une certaine valeur, impliquant un coût, un effort ou encore une privation. (*Ibid.*, p. 23-30)
- Ce don s'accompagne d'une dramatisation ou d'un soulignement de la part du donateur, auquel répond normalement une manifestation de sympathie de la part du donataire, au moins par le regard. Le don touche, produit une émotion : « *donner suppose de se dévoiler, de sortir au moins provisoirement de son rôle pour montrer*

que c'est bien « le cœur qui parle » ; et **recevoir** implique la mise en œuvre d'un registre relationnel de même nature : la personne manifeste qu'elle est « touchée » et que l'émotion est bien partagée » (*Ibid.*, p. 33)

- Enfin, **rendre** ne signifie pas que le donataire doit « redonner » au donateur ce que ce dernier lui a remis. « *Rendre signifie donner à son tour* » (*Ibid.*, p. 38). Contrairement à un échange économique, la gratitude engage le donataire pour une durée illimitée, sans que la nature des prestations à fournir en contrepartie soit précisée. Mais cette gratitude doit également être mise en rapport avec le thème de la complicité, pouvant être « cognitive » ou « stratégique »

L'analyse de ces trois phases constitutives du don/contre don permet de montrer la richesse et toute la subtilité de ce type d'échanges. Dans ce type de relation on ne sait jamais trop si l'on donne, si l'on reçoit ou si l'en rend car nous n'avons pas toujours clairement conscience de l'origine de l'échange, en raison des différentes manifestations affectives (*Ibid.*, p. 46). Les échanges ne sont d'ailleurs pas inscrits dans un chemin tracé mais plutôt dans une spirale où se confondent nature et étapes des prestations y circulant.

4. Coopérer : donner, dominer, trahir

Invoquer le don ne signifie pas que ces échanges se réduisent à une série de comportements altruistes et pacifiques. En effet, entre les différentes stratifications existant dans notre société, ces dons sont marqués par de profondes inégalités. Car le don est fondamentalement ambigu : à la fois généreux et intéressé.

Si le don n'est pas marchandé (sinon il s'agirait de troc), tous les individus n'ont pas la même capacité à donner, celle-ci dépend pour une part du capital social et pour une autre part de la position dans une organisation. Dans le cas des pairs, ceux-ci sont simultanément en situation de concurrence et de conflit. Chacun essaye d'apparaître comme le membre indistinct d'une communauté tout en y agissant de manière individualiste.

Deux types de relations se bâtissent simultanément : des relations personnelles permettant d'atteindre un objectif commun et parfois des relations plus manipulatrices qui permettent de tirer parti de l'autre pour atteindre ses buts égoïstes (*Ibid.*, p. 48-66).

R. Sainsaulieu (1985, p. 316) nous explique que le conflit est bien au cœur des processus de la reconnaissance de soi car c'est dans la lutte que le sujet affirme sa différence : « *on voit ainsi que le conflit dans la vie de groupe est en quelque sorte la porte d'accès à la différence de soi par rapport aux autres* ». L'identité individuelle est ainsi arrimée aux moyens de lutte disponibles dans l'expérience relationnelle pour faire respecter sa différence.

Lors de nos entretiens, la notion de conflit est apparue lors des échanges : « *Quelque fois j'ai plus de conflits entre deux kinés ; je pense que c'est une question de personnalité ; Auparavant, il y avait un kiné qui défendait un peu trop sa place et il y avait souvent des heurts, des mini-conflits avec certaines infirmières et aides-soignantes* » (entretien cadre C6)

Conflit et coopération sont inséparables, imbriqués dans la négociation : « *Nous voulons ce pourquoi nous négocions, ce qui nous conduit à des attitudes conflictuelles, mais, pour l'obtenir, nous sommes obligés de donner à l'autre ce qu'il veut de nous, au moins en partie, ce qui nous conduit à une certaine coopération* » (J. Rojot, 2003, p. 942). La coopération est donc induite dans le processus de **négociation** et correspond à la capacité des acteurs à gérer leurs conflits de manière à ce que ceux-ci ne dégénèrent pas.

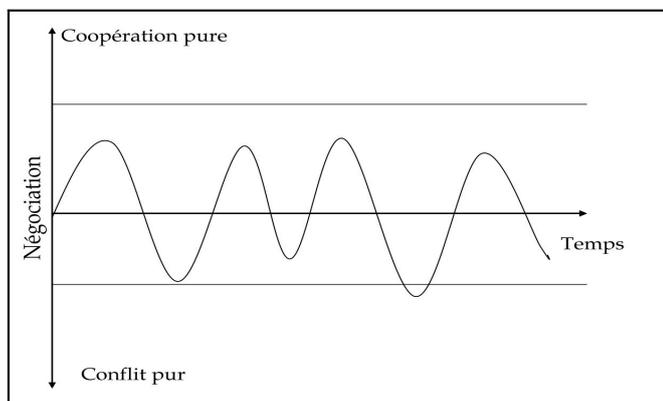


Schéma n°4 : Processus de négociation

Source : J. Rojot (2003)

Les notions de concurrence et de coopération nourrissent doublement le lien entre les individus au travail et les attachent durablement ensemble, les obligent à apprendre à donner et à recevoir, à percevoir toutes les facettes de la relation même les plus ambiguës ou les moins avouables. Pour aider, « *la confiance facilite les échanges, (...) est encadrée par des normes et des contraintes morales (...) et repose sur la capacité à s'engager dans une relation ou dans une action coopérative sans être totalement certain du comportement de l'autre* » (N. Alter, 2010, p. 64).

Selon N. Alter, la **confiance** repose sur trois normes :

- la première norme d'un système d'échange est l'interdiction de s'appropriier tout ou partie des connaissances qui circulent dans un réseau,
- la deuxième est l'interdiction de divulguer des savoir-faire qui circulent dans le réseau,
- la troisième est l'infraction à la règle qui consiste à donner à son tour.

Face à un imprévu, l'acteur peut être amené à reconsidérer son comportement et son positionnement face à l'autre, pouvant aller jusqu'à rompre le partenariat et cette relation de confiance. L'existence de ces normes est assortie de sanctions spécifiques, et la trahison intervient lorsqu'elles sont transgressées. Les trahisons, qu'elles soient le fait d'une recherche de pouvoir, d'un plus grand prestige ou pour d'autres motifs plus subjectifs, entraînent des conséquences sur les appartenances et sur la socialisation des individus (*Ibid.*, p. 67-69).

Lors de nos entretiens, la cadre C5 nous évoquait justement l'importance de la confiance dans la collaboration : « *Il faut se faire **confiance** quand on a une collaboration étroite entre cadres* ».

L'action collective se trouve alors fréquemment habitée par une série de calculs égoïstes qui participent à la trahison¹⁵. « *La trahison consiste à passer du « nous » au « eux », le « nous » constituant une identité collective fondée sur le partage de valeurs communes, d'un sentiment d'appartenance au groupe* » (*Ibid.*, p. 69)

5. La coopération, une logique d'action identitaire et/ou calculatoire

Selon les travaux de Smith, Carroll et Ashford (1995), cités par S. Khenniche (2011, p. 89), la coopération repose sur des mécanismes précis incitant les acteurs à coopérer. Ainsi, les pratiques coopératives des acteurs semblent animées par deux logiques : une « identitaire », liée à la socialisation et une autre de type « calculatoire » afin de parvenir à leurs fins. Ces deux logiques pouvant être simultanément mobilisées par les acteurs. Dès lors, la mise en action de l'action coopérative peut déboucher sur des conflits entre des acteurs aux volontés et stratégies partiellement différentes.

¹⁵ La trahison peut être définie comme la rupture d'un lien fondé sur la loyauté et la confiance

Dans la logique « **identitaire** », la finalité de la coopération n'est pas seulement l'obtention d'une rétribution, mais l'intégration au groupe, « *la coopération avec l'autre est une manière de lui dire que l'on appartient au même univers que lui, que nos identités sont proches* » (P. Bernoux, 1999, p. 11). Coopérer devient un moyen d'appartenir au groupe, mais également d'adhérer à la culture de l'organisation, ce qui pose la question de l'identification. R. Sainsaulieu (1985) définit quatre modèles d'identité au travail : la fusion, la négociation, le modèle des affinités et le modèle du retrait. Francfort et al. (1995) en ont ajouté deux autres : le modèle de service public et le modèle professionnel.

Dans la logique « **calculatoire** », la coopération est perçue comme une réponse aux capacités limitées des acteurs. J. Rojot (2003) nous indique qu'au delà d'un certain seuil d'activité et ne pouvant plus agir seuls, les acteurs vont alors constituer des collectifs afin de partager des tâches communes. La complémentarité des individus va rendre possible ce partage de tâches. L'auteur nous indique que sans cette limitation des capacités, la coopération ne serait pas. La coopération est alors contrainte, calculée et stratégique. Pour M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 113) « *le jeu est l'instrument que les hommes ont élaboré pour régler leur coopération* ». Les acteurs négocient les uns avec les autres dans l'objectif d'accéder à des ressources : rétributions (financières ou récompenses de la hiérarchie) ou à des zones d'incertitude, dont la maîtrise assure un certain pouvoir¹⁶ aux acteurs. Mais « *il peut y avoir des jeux de pouvoirs entre les professionnels, puis entre les cadres* » (entretien cadre C5)

L'action collective est donc toujours médiatisée par des jeux dont les règles et les mécanismes de régulation vont structurer les processus d'interactions, d'échanges et de négociations. Les acteurs gèrent leur interdépendance, qui va donner naissance à la coopération, en même temps que la coopération maintient cette interdépendance (E. Friedberg, 1997, p. 121). P. Bernoux (2010, p. 211-212) nous rappelle que la coopération s'inscrit dans un cadre bien particulier, avec des règles contractuelles à respecter, un pouvoir politique et un représentant de la volonté générale. Il n'y a pas de coopération spontanée : « *une société a besoin de règles pour que les individus coopèrent* » (*Ibid.*, p. 211).

¹⁶ La notion de pouvoir sera développée dans la suite de ce travail

M. Crozier et E. Friedberg (1977, p. 15) nous confirment cette absence de coopération naturelle et spontanée dans notre société : « *Si l'action collective constitue un problème si décisif pour nos sociétés, c'est d'abord et avant tout parce que ce n'est pas un phénomène naturel (...) Nos modes d'action collective ne sont pas des données naturelles (...) Le groupe n'existe que pour résoudre les problèmes posés par l'action collective, notamment pour résoudre le problème de la coopération des individus* ».

P. Bernoux (2010, p. 212) en prenant l'exemple du « dilemme du prisonnier »¹⁷ tente de nous expliquer toute l'importance de la confiance dans le processus de coopération. Deux suspects sont arrêtés par la police. Mais les agents n'ont pas assez de preuves pour les inculper, donc ils les interrogent séparément en leur faisant la même offre. « *Si tu dénonces ton complice et qu'il ne te dénonce pas, tu seras remis en liberté et l'autre écoperà de 10 ans de prison. Si tu le dénonces et lui aussi, vous écopererez tous les deux de 5 ans de prison. Si personne ne se dénonce, vous aurez tous deux 6 mois de prison.* ». Le meilleur résultat sera donc obtenu s'ils nient tous les deux. Mais n'étant pas sûr de ce que l'autre va dire, et ne pouvant communiquer, la stratégie la plus rationnelle pour chacun est de dénoncer l'autre et d'écoper de cinq ans de prison chacun.

Ce jeu est à somme nulle, c'est à dire que la somme des gains pour les participants n'est pas toujours la même : il soulève là une question de coopération. Sans coopération il n'y a qu'une solution à la relation : la rupture. Cet exemple a permis d'établir que la poursuite de l'intérêt individuel, sans confiance et donc sans coopération, aboutit à des effets contre productifs.

Comme le souligne N. Alter (2010, p. 81) : « *La coopération n'est finalement pas une affaire simple* ». L'un des acteurs peut être animé d'un sentiment de bienveillance indépendamment des bénéfices qu'il peut en tirer, tandis qu'un autre peut adopter des comportements intéressés, égoïstes ou manipulateurs. Mais « *dans le monde du travail, comme dans les autres univers, le triptyque du donner, recevoir et rendre repose (...) à la fois [sur] la volonté de faire du lien et le désir de tirer parti de ce lien (...); pour coopérer, il faut savoir entretenir les liens qui nous unissent aux autres*» (Ibid., p. 81).

¹⁷ Cet exemple emblématique est issu de la théorie des jeux qui est un ensemble d'outils d'analyse de situations dans lesquelles ce qu'il est optimal de faire pour un agent (personne physique, entreprise, animal...) va dépendre des anticipations qu'il forme sur ce qu'un ou plusieurs autres agents vont faire. Les fondements de cette théorie datent de 1928 et ont été décrits par J. Von Neumann

Nous allons donc à présent développer ce « lien », cette liaison entre les acteurs permettant une compréhension réciproque et une dynamique d'action collective. Cependant, « *si décréter une nécessaire coopération est une chose, la construire en est une autre. En effet, derrière l'idée de coopérer, se cache une nécessaire connaissance de l'autre, et plus particulièrement la question de l'intercompréhension. Il en va de la qualité de la réponse apportée aux exigences sociales et éthiques du soin de demain* » (N. Le Calvé, 2014, p. 114)

6. La communication

Toute action collective, pour permettre l'atteinte du niveau de « collaboration », nécessite une communication entre les acteurs. « *Communiquer, oui, mais qu'est-ce que cela signifie ? La réponse peut être d'une grande simplicité : communiquer, c'est essayer de se comprendre, c'est essayer de se mettre (au moins partiellement) d'accord sur quelque chose. C'est aussi : vouloir se comprendre* » (P. Zarifian, 1998, p. 115)

Etymologiquement, communiquer provient du latin *communicare*, qui signifie « mettre en commun », mais également « être en relation avec » et « rendre commun ». Nous remarquons alors la sémantique proche entre coopération et communication.

La communication est un processus par lequel une personne ou un groupe émet et transmet un message à l'attention d'une autre partie qui le reçoit avec une marge d'erreur possible. Cette marge est due au codage de la langue (écrite ou parlée), au langage gestuel (ou aux autres signes et symboles), puis au décodage du message par le récepteur et enfin au canal de communication emprunté : les interférences.

D. Anzieu et J-Y Martin (2013, p. 189) citant Saint-Exupéry nous rappellent toute l'ambiguïté des mots « entendre » et « comprendre » : « *Le langage est source de malentendus* ». D'ailleurs, ces interférences existent depuis toujours et sont traduites dans le mythe de la Tour de Babel. Peu après le Déluge, alors que les hommes parlent tous la même langue, les hommes décident de bâtir une tour dont le sommet touche le ciel pour « se faire un nom ». Dieu les voyant et estimant que si ils y arrivaient, alors plus rien ne leur serait accessible, décide alors de brouiller leur langue afin qu'ils ne se comprennent plus.

Complexe et ambivalente, la communication se construit dans une perspective de partage ou d'appropriation, d'échange ou de protection, de diffusion ou de rétention,

d'atteinte ou de détournement d'un objectif. Elle peut revêtir diverses formes, être formelle ou informelle, tacite, explicite, verbal, écrite, gestuelle. Ainsi, la coopération est indissociable de la communication puisque ces deux notions font l'objet d'une ou plusieurs interactions. La communication est l'un des prérequis à la coopération. A partir d'une certaine intensité, la communication cesse de n'être qu'un simple échange d'information, et l'environnement souvent négligé affecte l'ensemble du processus.

D'ailleurs, les termes de communication et d'information sont fréquemment associés, voire même confondus : « *[La cadre du service de soins] a fait une **communication**, une **information** dans son service pour essayer de communiquer mais c'est pas pour cela que ça marche* » (entretien cadre C4)

Dès lors, il nous paraît important de revenir brièvement sur leur distinction. Pour D. Wolton (2009), il existe un lien évident entre ces deux notions. **L'information** est à la fois une opération (l'action d'informer), un contenu (ce qui informe), aboutissant à une réduction de ce qu'appelle D. Anzieu et J-Y. Martin (2013, p. 189) « *le désordre* ». La **communication** est l'ensemble des processus physiques et psychologiques par lesquels s'effectue la mise en relation d'une ou plusieurs personnes (l'émetteur) avec une ou plusieurs personnes (le récepteur). Cependant, la communication est plus complexe que l'information car elle pose la question de l'autre ; elle est définie comme la relation à travers laquelle les êtres humains cherchent à partager, séduire et convaincre, et englobe l'information : il n'y a pas d'information sans projet de communication. Nous sommes des êtres sociaux et non des êtres d'information. La diffusion des informations n'a de sens que dans la mesure où ils aident à construire la cohabitation entre les sociétés dont les valeurs divergent. C'est cela la communication : cohabiter. « *Informer n'est pas communiquer et communiquer n'est pas transmettre* » (D. Wolton, p. 140). Pour l'auteur, le défi est d'organiser la cohabitation pacifique de points de vue contradictoires où chacun veut conserver son identité.

Car selon R. Mucchielli (2013, p. 54), les obstacles à la liberté de communication dans une équipe vont la ramener au rang de « *groupe quelconque* », sans appartenance authentique. Mais inversement, un flot non contrôlé de communications impulsives partant de tous les côtés (« la diffusion d'informations » selon D. Wolton), cela ne signifie pas qu'il soit une expression de l'équipe. « *C'est comme si (...) on parlait japonais et personne ne comprend le sens* » (entretien cadre C5)

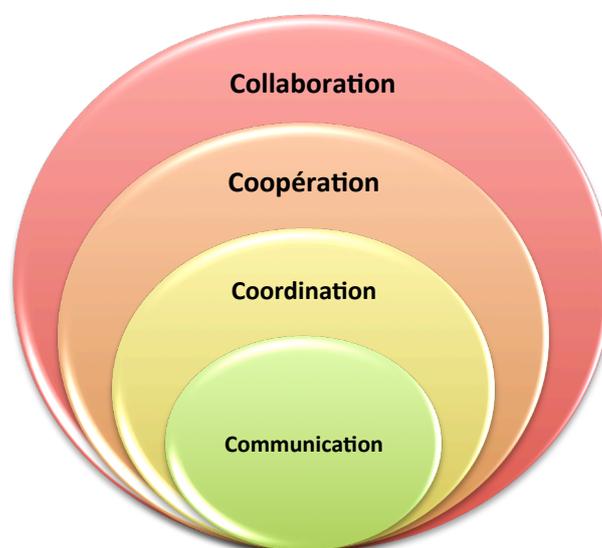
Un langage commun, reconnu dans tout groupe cohésif se retrouve au sein d'une équipe, et cimente celle-ci. « *Un langage commun, des temps partagés d'échanges (...) un moment donné ou on se pose et on écoute ce que l'autre a à dire sur la prise en charge* » (entretien cadre C5)

Néanmoins, comme le souligne W. Hesbeen (2012, p. 90), il ne suffit pas d'établir un glossaire définissant les termes et de recourir à des mots communs définis pour réellement se comprendre lorsqu'on se parle. D'ailleurs, pour s'en convaincre, il suffit de constater qu'un même texte lu par des lecteurs différents débouche sur autant d'interprétations différentes. « *Pour la personne qui parle c'est de s'assurer qu'il ait été compris* » (entretien cadre C5)

A l'heure du web 2.0, des réseaux sociaux, du mail et de la fibre optique, permettant un partage d'informations sur l'ensemble de la planète en quelques secondes, l'information est omniprésente et démultipliée de manière exponentielle. C'est ce que D. Wolton appelle : « *l'infobésité* » (*Ibid.*, p. 140). Malheureusement, la communication, la relation avec l'autre, qu'elle soit virtuelle ou non, ne doit pas se réduire uniquement à une transmission de l'information mais une intercompréhension des coéquipiers, authentique. La communication non verbale est également importante et permettra de renseigner l'autre sur ses intentions, ou d'observer les réactions de chacun.

La communication est le noyau central de la collaboration ou de la coopération. Mais elle ne suffit pas à l'émergence ni au maintien de la coopération. Même chose pour la coordination. La coopération dépasse ces phénomènes et d'autres conditions sont requises afin de permettre à l'équipe le passage de la pluridisciplinarité à l'inter-, voire la trans-disciplinarité.

Schéma n°5 :
De la communication à
la collaboration
Source : auteur



Communiquer, coopérer ou collaborer, coordonner ont tous un point commun : l'action collective. Ainsi, le fait de s'engager en équipe, de s'associer, d'échanger et surtout d'avoir confiance en son partenaire, en son coéquipier, vont être de formidables leviers au véritable travail collaboratif.

La connaissance mutuelle et la volonté personnelle de coopération vont également pouvoir accentuer la bonne évolution de cette dynamique coopérative.

Dans une conjoncture économique plus difficile, pour l'intérêt du patient et de chacun, la collaboration entre cadres, va permettre l'émergence d'une compétence collective qui « *émerge à partir de la collaboration et de la synergie entre les compétences individuelles* » (G. Le Boterf, 1997, p. 275). Bien entendu les conflits vont venir rythmer le quotidien de chacun, certains à la recherche de d'avantage de pouvoir auprès du médecin ou de la direction, d'autres afin de renforcer leur place dans le groupe. C'est d'ailleurs ce que nous avait expliqué la cadre supérieure dans le septième entretien : « *Dans la collaboration on est pas forcément d'accord et le conflit fait partie de la collaboration* ».

Collaborer ne consiste pas à travailler en permanence côte à côte mais nécessite des rencontres à des moments clés. L'interdépendance de l'ensemble des facteurs évoqués ci-dessus associé au facteur espace-temps influence le processus de collaboration. Ainsi, les facteurs relationnels peuvent influencer les facteurs organisationnels, et inversement. La coopération se trouve au centre d'une double articulation : « systèmes d'organisation » et « activités des acteurs, activités individuelles et action collective ». La coopération se construit à des niveaux micro et macro-organisationnels : « *Les acteurs ne coopèrent pas indistinctement les uns avec les autres* » (S. Khenniche, 2011, p. 117).

En brève conclusion, le cadre de santé se situe au cœur de la construction du travail interprofessionnel puisqu'il agit aux interfaces des différences acteurs de soins. Il apparaît comme étant à l'articulation de cette inter professionnalité. Avoir une approche relationnelle du patient et lutter contre le cloisonnement permet d'arriver à une démarche interprofessionnelle. En recentrant la pratique de l'équipe sur le « sens du soin », le cadre de santé permet au groupe de professionnels de « *travailler ensemble* ». Ainsi, le management et la qualité de la communication, de la négociation qu'il adoptera, pourra favoriser la création de ces liens interprofessionnels, qu'il est nécessaire d'adopter en transversalité, avec ses propres collègues cadres de santé.

CHAPITRE 8 : L'équipe pluri-professionnelle et ses enjeux identitaires

L'équipe, nous l'avons vu précédemment, est constituée d'acteurs qui peuvent avoir des métiers différents en son sein, formant alors une « équipe pluri professionnelle », somme complexe d'individualités.

« Le nécessaire maillage des compétences, même s'il doit puiser ces ressources dans les métiers, conduit inévitablement à travailler sur les interfaces et à sortir des frontières traditionnelles » G. Le Boterf (1997, p. 251)

La question de la culture professionnelle évoquée en introduction implique de développer certains éléments indispensables à une meilleure compréhension de l'interdisciplinarité, à commencer par l'identité professionnelle.

1. L'identité professionnelle

De nombreux auteurs ont consacré leurs ouvrages et recherches sur l'identité professionnelle : E. Erikson, R. Sainsaulieu, C. Dubar, E. Morin, M. Kaddouri... Egalement vaste et complexe, nous allons tenter de mieux appréhender ce concept au détour de quelques lectures.

Chez Sainsaulieu, l'accès à l'identité professionnelle est empreint d'une dimension culturelle. *« Le concept d'identité recouvre ce champ des rapports humains où le sujet s'efforce d'opérer une synthèse entre les forces interne et les forces externes de son action, entre ce qu'il est pour lui et ce qu'il est pour les autres »* (R. Sainsaulieu, 1985, p. 319).

L'hôpital, comme toute entreprise, est un lieu de constitution et d'évolution des identités individuelles et sociales. Selon P. Bernoux (2010, p. 193), l'identité se construit à l'intérieur du lieu et du groupe où vit l'individu et auxquels il s'identifie : *« Je me vois dans le regard de l'autre et je me construis par lui »*.

Selon C. Dubar (2010, p. 111), *« l'identité n'est autre que le résultat à la fois stable et provisoire, individuel et collectif, subjectif et objectif, biographique et structurel, des divers processus de socialisation qui, conjointement construisent les individus et définissent les institutions »*. Les formes identitaires se situent à l'intersection des

constructions biographiques voulues « identités pour soi » et des processus de reconnaissance par autrui subis : « identités pour autrui ».

L'identité professionnelle est donc la synthèse de l'articulation entre une identité pour soi et une identité pour autrui s'opérant dans le cadre du travail.

2. La culture professionnelle

R. Benedict cité par A. Mucchielli (2011, p. 45) compare la culture à une langue. Une culture s'apprend, à ses règles et ses tournures, porte en elle une conception du monde et les mots comme les codes culturels sont des catégories de découpage de l'univers. Au sens anthropologique, elle comprend les croyances, les normes, les valeurs et représentations communes.

P. Bernoux (2009, p. 213) citant R. Sainsaulieu nous indique que la culture en entreprise est le résultat de trois dimensions principales :

- la culture antérieure (homme/femme, rural/citadin, ethnique, ...)
- la situation de travail (catégorie socio-professionnel, type de travail)
- la situation stratégique des rapports de pouvoir (politique de la direction, syndicats, conflits sociaux, ...)

Pour lui, l'entreprise est composée de sous-groupes (*subcultures*) qui possèdent leurs propres modes de représentations et leurs propres relations. D'ailleurs, l'hôpital est un univers où la notion de culture est très présente, chacun de ces univers possédant une logique spécifique et différente l'une de l'autre. On retrouve là le principe dialogique évoqué précédemment par E. Morin, qui assemble des notions différentes et pourtant indissociables, au sein de la même unité.

Les rééducateurs, qu'ils soient kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, ... ont tous par leur formation initiale une certaine appartenance à leur culture professionnelle, tout comme les infirmiers ou les aides-soignants ont la leur. Comme le souligne R. Sainsaulieu (1985), différentes formes d'appartenances culturelles existent et se dégagent du travail coopératif. Nous pouvons notamment distinguer la culture professionnelle, la culture de service, la culture de filières de soins... dont ces groupes associés par l'organisation hospitalière : le binôme « infirmier/aide soignant »,

« l'équipe de bloc opératoire »,... Leur coopération, qu'elle soit souhaitée ou subie par ces acteurs, efficace ou non, est quotidienne, et fait partie intégrante de l'organisation institutionnelle.

A. Muchielli (2011, p.47) au travers de sa présentation sur les stéréotypes culturels nous indique que le système culturel contient de nombreuses représentations partagées par les membres du groupe. Ce sont les stéréotypes, ces images schématiques toutes faites que l'on a sur l'autre et qui concernent les différents groupes sociaux de notre culture : les possesseurs de Mercedes, les instituteurs, etc...

3. Le mélange des cultures : entre représentations sociales¹⁸ et craintes de perte d'identité

Dans son quotidien, chaque soignant construit une représentation particulière de la personne et de sa compétence professionnelle selon son champ d'intervention, voire sa spécialité (sa tâche, son métier, sa fonction, ...). Les professionnels peuvent ainsi être fortement empreints de leur formation initiale. La pluridisciplinarité s'inscrit dans ce registre de l'identité, à un niveau collectif.

La méconnaissance de son partenaire de travail, quel que soit son métier, sa fonction, est nous l'avons vu précédemment, un frein à la collaboration : « *Le fait de connaître et même seulement de voir les partenaires est déjà en soi générateur de confiance (...)* [qui est] le premier ciment direct de la coopération » (R. Mucchielli, 2009, p. 42). Cet auteur nous explique en se basant sur les travaux de H. Wichman que lorsqu'il existe en plus un minimum de familiarité est possible, le souci de l'intérêt commun prend facilement le pas sur la rivalité commune naturelle entre les acteurs.

Les cadres interrogées nous ont toutes ou presque cité cette méconnaissance de la culture et/ou du métier de son partenaire de travail, chacune essayant de collaborer avec l'autre, mais sans forcément comprendre le rôle et les contraintes quotidiennes de chacun au sein de la structure. D'ailleurs ce manque de connaissance aboutit parfois dans certains cas, à un manque de « *re-connaissance* ».

¹⁸ La représentation sociale est le produit et le processus d'une activité mentale par laquelle un individu où un groupe, reconstitue le réel auquel il est confronté et lui attribue une signification spécifique (J-C., Abric, 1987)

Ce préfixe « *re* » revêt une importance non négligeable pour E. Morin qui y consacre un chapitre entier dans l'un de ses ouvrages (2008, p. 333-346). Selon lui, ce préfixe qu'il élève au rang de paradigme, caractérise la restitution biologique et se manifeste par le maintien de l'homéostasie¹⁹ du corps humain. Ayant démontré que les cellules du corps humain ne cessaient de mourir par milliards sans mettre en danger l'intégrité de l'organisation vivante, la biologie moléculaire oblige, selon cet auteur, à considérer la notion de « *re* » comme processus répétitif, régénérateur et réorganisateur fondamental. Il est le paradigme de l'organisation vivante qui se caractérise par son auto-organisation, à l'inverse des machines, et qui maintient ses structures grâce à sa faculté de régénération et de re-organisation. En effet, en l'espace de deux années, un organisme vivant renouvelle complètement ses cellules et pourtant, son identité, son intégrité, son unité ne sont pas menacées. Pour E. Morin, tout ce qui ne se régénère pas, dégénère. « *Re* » est à la fois complexe et spiral et « *s'inscrit sur de l'ancien sans toutefois être résorbé par la répétition de l'ancien* » (*Ibid.*, p. 339). Dans la re-connaissance, chaque nouvelle connaissance sera unique puisqu'elle ne sera jamais la même que la précédente.

W. Hesbeen (2012, p. 112-113) traite des notions d'identité et de reconnaissance dans le monde médical et nous explique que l'identité nécessite de pouvoir dire qui l'on est et à quoi on sert dans l'exercice de son métier, et se sentir bien avec ce que l'on fait. La reconnaissance quant à elle consiste à accorder de l'importance à ce que l'on fait.

Le rôle d'un responsable, une parole d'autorité, est ensuite évoqué afin « *d'aider à élever la réflexion de chacun sur l'intérêt de son propre métier autant que de celui de tous les autres* » (*Ibid.*, p. 113). Ainsi, il est possible d'amener à comprendre que chacun, quelque soit le métier exercé, n'est pas à l'abri de perdre son identité et son sentiment de reconnaissance dès lors qu'il ne peut plus dire qui il est, à quoi sert sa fonction, et s'il ne s'accorde plus lui même de l'importance dans cette fonction. Le cadre de santé, par son positionnement au cœur de l'organisation, est susceptible de jouer ce rôle.

R. Sainsaulieu (1985, p. 312-314) dans le chapitre consacré à la perte d'identité, reprend les différents travaux de psychologues et psychanalystes, notamment dans les camps de

¹⁹ Par homéostasie on entend la capacité d'un système à conserver son équilibre en dépit des contraintes extérieures

concentration : le fait d'ôter le sens à toute action humaine peut causer cette perte d'identité. « *L'absence de spécificité signe l'inexistence du métier et la mort du professionnel* » (P. Fustier, 2004, p. 159).

L'équipe pluridisciplinaire, par sa richesse et sa diversité, est un concentré de cultures professionnelles. Le cadre de santé est le garant des identités individuelles et collectives professionnelles. C'est un enjeu relationnel qui privilégie la confiance et amène la reconnaissance. Il doit permettre l'existence des individus au sein d'une équipe pluridisciplinaire, et même lorsque cela est nécessaire au sein de plusieurs équipes pluridisciplinaires avec l'aide de ses collègues cadres de santé. Là où les cultures et les différences se rencontrent, et parfois s'affrontent.

4. Pluri, inter, trans-disciplinarité

« *L'homme (...) tente inlassablement d'établir des rapports aux savoirs à travers sa relation à la connaissance* » (J. Ardoino, In E. Morin, 1999, p. 450)... parfois en cherchant à les relier dans un champ de connaissances ou entre champs disciplinaires, parfois en cherchant à les distinguer et à les situer en fonction de leurs altérités. Cela nous conduit à distinguer le commun et le particulier entre disciplines.

4.1. La Pluri ou Multidisciplinarité

J-N. Demol (2003, p. 12) définit la pluridisciplinarité comme « *la seule étude d'un même objet par plusieurs disciplines, chacune apportant indépendamment sa contribution sans pour autant qu'il y ait de lien entre elles* ». Chaque discipline demeure fermée aux autres et malgré une vision multiréférentielle, il n'existe aucun lien entre les disciplines.

4.2. L'interdisciplinarité

L'interdisciplinarité au contraire permet de tisser des liens entre les disciplines. Selon ce même auteur, elle aspire à « *établir une ou des interaction(s) entre plusieurs disciplines* » (*Ibid.*, p. 12). J-P. Resweber (1981) cité par J. Buguet (2003, p. 137) nous précise que l'interdisciplinarité va au delà de la pluridisciplinarité, en liant les matières et en comblant les vides entre les disciplines.

Elle nécessite de l'échange, du dialogue, un partage du savoir. « *L'interdisciplinarité a une ambition différente de celle de la pluridisciplinarité. Elle concerne le transfert des méthodes d'une discipline à l'autre* » (B. Nicolescu, 1996, p. 55).

4.3. La transdisciplinarité

J-N Demol (2003, p. 12) décrit la transdisciplinarité « *à la fois à travers, entre les disciplines et à la foi au-delà de disciplines* ». Il ajoute qu' « *il s'agit bien d'aller au delà des interactions disciplinaires, par des interactions à stimuler au niveau individuel et collectif, par des interactions d'acteurs* » (Ibid., p. 13). J. Buguet (2003, p. 139-141) précise même qu'elle n'exclut pas les disciplines, mais qu'au contraire, c'est grâce aux disciplines, à la pluri et l'interdisciplinarité, que la transdisciplinarité peut se nourrir et se développer.

B. Nicolescu (1996, p. 66) énonce clairement que « *sa finalité est la compréhension du monde présent, dont un des impératifs est l'unité de la connaissance* ».

De ce fait, la transdisciplinarité permet d'aborder différemment des situations complexes en évitant de les réduire à la description, et dépasse les frontières du champ de compétences pour s'intéresser aux interdépendances qui se développent entre les acteurs. Ici, la technique est dépassée et les professionnels acceptent l'idée d'interchangeabilité, modifient l'organisation, et se centrent sur le projet de soins et les particularités du patient.

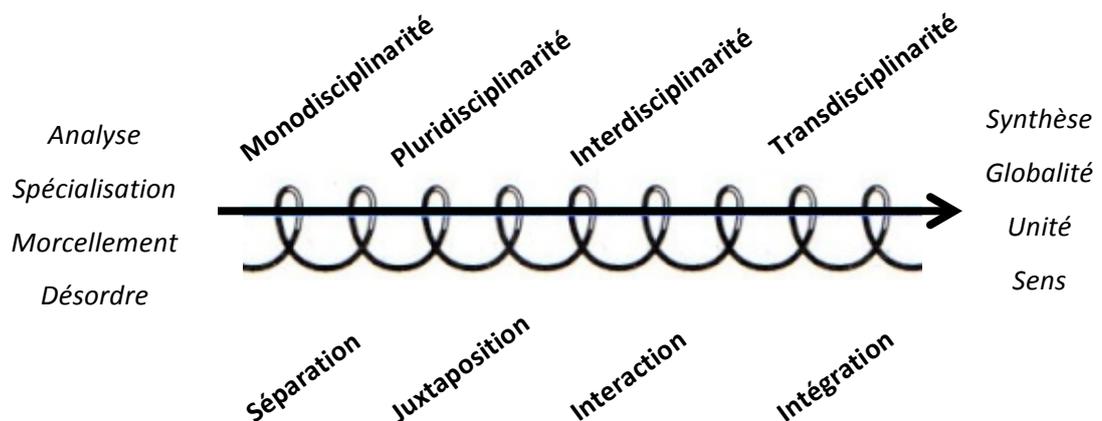


Schéma n°6 : Continuum des relations entre les disciplines,
Source : inspiré des travaux de C. Germain (1991)

Nous l'avons vu, le travail en équipe pluridisciplinaire comporte de nombreux avantages, et la transdisciplinarité, bien que située à un fort niveau de collaboration (*méta*), doit faire face à quelques limites.

« *L'ouverture à la transdisciplinarité comporte l'acceptation de l'inconnu, de l'inattendu et de l'imprévisible* » (B. Nicolescu, 1996, p. 178). A une époque où les protocoles rythment le quotidien des soignants, où la planification des soins ou des entrées/sorties devient de plus en plus de la « *gestion à flux tendu* »²⁰, comment alors envisager un projet transdisciplinaire ? Peut-on envisager un projet de soins constitué d'une juxtaposition de projets pluridisciplinaires, certes moins riches, mais permettant de laisser chaque acteur à sa place et surtout de mieux percevoir les responsabilités de chacun en cas de faute ?

La collaboration, par un travail collectif transdisciplinaire, est probablement la démarche de soins la plus appropriée dans la prise en charge du patient car elle permet cette démultiplication des compétences et une homogénéité de prise en soins. Mais il existe cette crainte par les professionnels de se sentir menacés par cette uniformisation de pratiques, créant un flou autour de leur fonction au sein de l'organisation (E. Hamann et alli, 2009, p. 217).

Le collectif n'est pas une fusion mais « *il doit permettre de construire une identité commune qui ni se soit ni dilution ni négation des identités individuelles, professionnelles et institutionnelles* » (F. Dhumes, 2001, p. 119). Le travail collectif est alors plutôt une recherche de convergence qui respecte les différences, tenant compte de l'intérêt partagé de l'ensemble des acteurs. Le cadre de santé est alors là pour tenter d'accompagner les professionnels, de leur expliquer l'intérêt de cette mise en commun des compétences pour l'intérêt de tous. Bien entendu, il « *existe toujours un décalage entre le prescrit et la réalité* » (C. Dejours, 2011, p. 2), qui se traduit par de nombreux facteurs, qu'ils soient socio-économiques, institutionnels, personnels, etc... Le projet de service peut alors prendre tout son sens car il est cet outil de réflexion sur les valeurs fondamentales de l'équipe, sur « *les valeurs qui font la richesse de ce groupe de professionnels, la richesse de leurs prestations centrées sur la personne* » (C. Eymard, 1998, cité par E. Hamman et alli, 2009, p. 217.).

²⁰ La notion de flux tendus est empruntée au monde de la production industrielle, de plus en plus généralisée, et reposant sur un principe d'occupation des lits au plus près de la demande en besoins, permettant ainsi une meilleure gestion financière de l'institution

Selon R. Mucchielli (2013, 4^{ème} de couverture), « *Savoir travailler en équipe n'est pas inné* » et ne peut donc s'improviser. Autour ce concept central, existent les notions d'identité professionnelle, de reconnaissance, de frontières, et sont à prendre en compte. Lors de l'entretien avec la cadre C5, cette dernière nous indiquait : « *Pour moi l'interdisciplinarité ne s'improvise pas* », rejoignant les propos de R. Mucchielli. Enfin, pour D. D'Amour, (1999, p. 69) : « *Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée. (...) Les écrits sur la question font de la collaboration interprofessionnelle un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci* »

Conclusion de la partie théorique : le cadre de santé, un agent de liaison... souvent isolé

L'inter et la trans-disciplinarité semblent être des voies d'orientation nécessaires au travail en équipe afin de replacer le professionnel comme auteur de son parcours professionnel, par le partage d'expériences, de connaissances, d'expériences, de compétences,... à devenir un praticien réflexif qui interroge sa pratique en permanence. Le cadre de santé joue un rôle important dans cette transformation identitaire : il permet le passage d' « **agent** » à « **acteur** », voire même d'acteur à « **auteur** »²¹, permettant l'accompagnement de l'agent vers l'autonomie.

La collaboration entre cadres de santé n'échappe pas à ce processus. On ne peut demander aux professionnels de santé ce partage, que si soi même on ne reste pas enfermé, cloisonné dans son unité de soin ou son service. Les notions d'entraide et d'implication évoquées par S. Lodé (2010, p. S19-20), sur des missions transversales, des difficultés de management ou de gestion des ressources humaines sont primordiales. Les cadres sont invités à mutualiser leurs moyens eux aussi par un travail collaboratif permettant une continuité des soins dans un contexte financier contraint. Cette mutualisation est d'autant plus souhaitée au sein du même pôle.

²¹ Cette expression du passage « d'acteur à auteur » est reprise dans un article de C. Cattiaux (2009, p. S5) : « *Durant la formation, le stage permettra à chaque acteur concerné de devenir un auteur impliqué* »

Mais nous l'avons vu, lors de nos entretiens menés auprès des différents cadres interrogés, la collaboration réelle, telle qu'ont la conçoit comme pour les soignants, semble peu présente. Lui même concerné par les jeux de pouvoirs, le cadre de santé peut lui aussi être réticent à collaborer, et se concentrer sur la gestion de son service, de son unité. Il peut par exemple ne pas se soucier du manque d'effectif ou de matelas à prévention d'escarres dans le service juste à côté. Là encore, la transparence et la confiance vont être des valeurs indispensables au décloisonnement et à l'ouverture de l'institution. « *C'est pourquoi il est nécessaire que [la collaboration] soit formalisée et qu'elle inclue une réflexion sur les pratiques d'encadrement. Pour cela les enjeux de pouvoir doivent être amoindris en recentrant sur les intérêts des patients* » (Ibid., p.21)

W. Hesbeen (2011, p. 94-95), en nous donnant sa typologie du cadre de santé de proximité (gestionnaire, technique ou soignant) privilégie cette dernière typologie. En effet, le cadre de santé se préoccupe de la gestion et contribue à la mission du système de soins (aucune formation initiale de santé nécessaire), et pour se révéler judicieux dans ses choix et ses actions, il se doit d'être suffisamment informé des composantes techniques du service dans lequel il exerce (sans être expert technique). Néanmoins, en tant que professionnel de santé, « *c'est sa capacité soignante, sa capacité d'organiser la pratique de manière pertinente, créative et ajustée à la réalité du quotidien* » (Ibid., p. 94). Car l'objectif central visé par le cadre de santé « soignant » au final est bien de correctement « *prendre soin* » du patient.

CHAPITRE 9 : Point fixe : problématique et hypothèses

Depuis le début de travail de recherche, nous avons par nos rencontres sur le terrain, nos lectures, nos échanges entre collègues, subi nous aussi une transformation identitaire importante.

Nous avons cheminé vers une croissance de notre maturité, en passant par des choix difficiles mais nécessaires ; comme le disait A. Gide « *Choisir, c'est renoncer pour toujours, pour jamais à tout le reste* », car si on ne renonce à rien, on ne fait rien. S'engager, choisir, c'est se créer, se libérer : nos choix nous créent et nous libèrent. Mais ce n'est pas simple, car en renonçant, on se résout également à la perte.

Dès lors, certains concepts (comme celui du *glissement de tâches* notamment) et autres problématiques (*en quoi le cadre de santé permet de limiter les risques psychosociaux de ses agents par une approche inter ou transdisciplinaire ?*) ne pourront donc pas être abordés dans ce travail.

Notre question de recherche initiale en début de recherche était la suivante :

En quoi la collaboration inter-cadres peut elle favoriser un travail plus efficient et coordonné des équipes pluridisciplinaires auprès du patient dans un service de rééducation ?

A l'issue de nos différentes rencontres et de nos lectures, notre question de départ se retrouve reconsidérée sous la forme de cette problématique :

Dans une équipe d'encadrement, en quoi et comment la collaboration favorise t-elle la transdisciplinarité d'une équipe constituée de professionnels issus de filières différentes ?

Si l'on considère que l'ensemble des soignants, quelle que soit leur profession, sont mobilisés autour d'un projet de soins commun, ayant des objectifs communs ainsi qu'un intérêt pour le patient à obtenir l'efficacité de cette collaboration, alors nous pouvons émettre les hypothèses suivantes :

1/ « la formation des acteurs par le partage de connaissances avec ses collègues est un moyen facilitant la collaboration interprofessionnelle »

Le cadre de santé, par la collaboration avec ses pairs, permet de mettre en place une ingénierie de formation destinée à améliorer l'action collective au sein des équipes, en particulier pour les étudiants, les nouveaux diplômés ou encore les nouveaux arrivants dans le service.

2/ « la proximité entre soignants lors de la réalisation des soins va faciliter les interactions personnelles et la collaboration »

L'organisation du personnel de soins, grâce au partenariat avec les cadres de santé des autres services, permet une organisation des soins et prises en charges globales des patients de manière à pouvoir mettre en place une transdisciplinarité.

3/ « les analyses de pratiques réalisées conjointement avec l'ensemble des acteurs prenant en charge le patient durant son hospitalisation visent une amélioration de la qualité des soins ainsi que de la dynamique collective »

Les analyses de pratiques professionnelles menées grâce à une démarche réflexive par les cadres de santé (notamment lors des certifications d'établissements ou la mise en place de projets institutionnels) vont venir favoriser un développement des compétences individuelles et collectives.

Nous allons donc dans une troisième et dernière partie, tenter de répondre à la problématique évoquée précédemment, ainsi que d'exposer une projection personnelle à partir des trois hypothèses ci-dessus, grâce à l'ensemble des apports de ce travail de recherche.

TROISIEME PARTIE :

**« Au cœur de la pratique
professionnelle »**

CHAPITRE 10 : Une projection sur un avenir proche

La partie pragmatique de ce travail de recherche vise différents objectifs. Tout d'abord, par une analyse de notre pratique professionnelle durant cette année de formation, nous allons en quelque sorte réaliser une évaluation de notre parcours professionnel. Puis, par une projection en tant que futur cadre de santé et enfin grâce aux apports de ce travail, nous allons tenter de répondre à la problématique posée par la validation ou non des hypothèses évoquées précédemment.

1. Une construction identitaire

Dix mois de formation... Dix mois pour passer du statut d'ergothérapeute à celui de cadre de santé, loin de son service, à changer d'identité professionnelle. En devenant cadre de santé, on réalise le deuil de son métier d'origine, celui que l'on pratique depuis plusieurs années, dans lequel on a pu acquérir des compétences et de la confiance. Devenir cadre, cela signifie dans un sens ne plus être « soignant » au sens technique du terme, c'est à dire ce professionnel de santé au contact direct du patient, qui est le plus souvent dans l'action du soin. Mais cela ne signifie pas pour autant ne plus avoir cette âme de soignant, cette volonté du « prendre soin », bien que s'éloignant un peu de ce lien permanent avec le patient.

Sans jamais oublier les valeurs qui l'ont construit, le cadre de santé doit se déconstruire, pour pouvoir ensuite se (*re*)construire²² en tant que manager d'une équipe de soins. Cela signifie passer de soignant, intégré dans une équipe, avec ses repères, ses modes de communication et de fonctionnement, son organisation, ... à celui de responsable d'une ou plusieurs équipes soignantes. Concrètement, c'est prendre une autre place, avec d'autres actions à mener, mais avec toujours comme préoccupation principale : le patient. Pour autant, le passé de soignant n'est pas effacé et les compétences acquises durant le précédent exercice professionnel vont pouvoir être transférées et utilisées dans cette nouvelle fonction.

Parmi les différents moyens de professionnalisation évoqués par M. Kaddouri (2005, p. 152), nous nous trouvons dans une démarche de professionnalisation ayant pour objectif de réduire l'écart entre nos compétences acquises précédemment, et les compétences

²² Nous utilisons ici le préfixe « *re* » entre parenthèses car pour une majorité des étudiants cadres de santé, une période de « faisant fonction » a été réalisée avant l'intégration à l'IFCS

requis pour devenir cadre de santé. La réussite de cette transaction entre le projet institutionnel et notre projet personnel de professionnalisation, permet alors à cette « nouvelle professionnalité » de s'exercer à l'intérieur de l'organisation d'appartenance. Celle-ci témoignera d'une complémentarité entre identité pour soi et identité pour autrui. C'est ce que cet auteur nomme la professionnalisation comme *moyen de transformation identitaire*. Bien sûr, à l'issue de cette formation, il y a ce diplôme qui confère cette « nouvelle identité » et qui vient légitimer l'action du cadre. Néanmoins, il nous paraissait important de revenir sur certains points clés qui nous ont permis de devenir le professionnel que nous sommes aujourd'hui.

Un mot revient souvent dans notre esprit depuis quelques temps : « se projeter ». Lorsque nous nous remémorons nos premiers jours passés à l'IFCS et à l'université, nous nous rendons compte du chemin parcouru et surtout de l'ampleur de cette co-construction, par les différents échanges et expériences vécus ces derniers mois. A commencer par les travaux de groupes et tout ce travail de « socioconstructivisme » qui nous a déstabilisé les premiers temps. Il a fallu tout d'abord un premier temps de démolition de nos représentations, car pour nous la formation, c'était avant tout un enseignant qui transmet ses savoirs à des élèves. Nous nous attendions de même, à avoir une quantité incroyable d'informations à apprendre, une sorte de valise bien remplie, un « kit de cadre de santé » prêt à l'emploi.

Mais en réalité, très peu de tout ça. Car ce qui a permis d'enrichir cette formation, ce sont bien ces exercices de réflexion autour d'une thématique, ces partages d'expériences, nos recherches bibliographiques, nos différences de points de vue avec tout ce que cela implique. Cette acquisition de compétences ne s'est pas faite seule, et c'est bien la totalité de ces dix derniers mois qui entre en jeu dans cette transformation identitaire. G. Le Boterf (2004, p. 68) a écrit : « *Il faut un concept qui rende compte de la double dimension individuelle et collective de la compétence. Les compétences se réfèrent toujours à des personnes. Il n'existe pas de compétences sans individus. Les compétences réelles sont des constructions singulières, spécifiques à chacun* ». Car les compétences acquises cette année, bien que résultant d'une construction individuelle et d'une implication personnelle, ne signifient pas que nous sommes pour autant les seuls responsables de cette production d'action compétente. « *Toute compétence comporte deux dimensions indissociables : individuelle et collective* » (*Ibid.*, p. 68). Le fait

d'avoir pu rencontrer autant de professionnels aux horizons si variés (manipulateur en électroradiologie, technicien de laboratoire, infirmier de bloc opératoire,...) nous a permis de nous conforter dans l'idée que l'action collective, surtout lorsqu'elle est variée, amène une pluralité et une richesse de compétences.

L'alternance que nous avons vécue nous a également permis cette projection dans des environnements très variés, mais où la place du cadre, qu'il soit manager, formateur, ou responsable, est un maillon indispensable dans une équipe constituant un ensemble qui à l'image « *d'une chaîne, ne peut être plus solide que le plus faible de ses maillons* » (W. Hesbeen, 1994, p. 92).

Cette année a été marquée bien entendu par l'élaboration d'un mémoire de fin d'études, qui a été pour nous source d'inquiétudes, d'angoisse même, de désespoir parfois, mais surtout de formidables rencontres avec les acteurs de terrain, de lectures auxquelles nous n'aurions jamais imaginé un jour prendre goût, de réflexions et de recherches.

2. Le mémoire de fin d'études

Dernière ligne droite avant la fin de la formation de cadre, la restitution du mémoire est une étape importante pour chaque étudiant. Bien plus qu'une recherche, il symbolise cette réflexion permanente, cette réflexivité qui permet au cadre de santé de ne pas se satisfaire d'une réponse simple et unique, valable à un moment donné, dans un environnement complexe. Par l'analyse de ses pratiques et de son questionnement, il va aller bien au delà. Le travail de recherche, par une méthodologie rigoureuse et organisée, va permettre à la fois de douter, de laisser de côté les préjugés et autres représentations, mais aussi d'obtenir des savoirs, qu'ils soient théoriques, pratiques ou relationnels, sources de compétences.

La première partie de notre recherche a été d'aller directement auprès des cadres de santé afin de confronter notre perception de la situation, notamment en ce qui concerne la place de la culture professionnelle dans les freins de la collaboration. Nous avons pu au cours de nos échanges nous rendre compte que, certes la culture jouait un rôle, mais que de nombreux autres facteurs venaient eux aussi influencer la collaboration interprofessionnelle, comme la personnalité des agents, quelle que soit sa profession d'origine.

Ces entretiens, difficiles épreuves à mener, mais indispensables à notre recherche ont été des rencontres très riches, par leur contenu pour certains, par leurs confidences pour d'autres, ou même encore par tous « les non-dits » à nos interrogations... Les premières rencontres, à douter de soi, à douter d'être capable d'être à la hauteur de mener un entretien, de poser les bonnes questions, de savoir relancer lorsque cela était nécessaire, le tout face à des inconnus pour la quasi totalité des entretiens menés. Et puis, avec le temps, la confiance et l'assurance venant, l'exercice nous a paru moins difficile.

L'analyse de contenu des entretiens une fois retranscrits, a également été une expérience intéressante dans le sens où il faut rester le plus neutre possible, ne pas chercher à essayer d'interpréter les propos des personnes interviewées. Mais grâce à la méthodologie employée, nous avons pu progressivement nous détacher de nos interrogations et représentations du début par les informations apportées lors des interviews. L'objectivité et la neutralité sont deux qualités requises dans la fonction de cadre, car il est nécessaire dans une équipe de pouvoir rester juste et équitable. Même si nous ne sommes jamais réellement neutre au quotidien, il nous paraît essentiel de retenir ceci dans notre exercice professionnel à venir.

Enfin, les lectures d'articles, d'ouvrages, ou d'études nous ont appris...à lire plus efficacement. Nous nous sommes réellement rendus compte que pour lire un livre de manière utile et rapide dans un travail de recherche, il ne suffisait pas de lire de la couverture jusqu'à la quatrième de couverture. Sélectionner les auteurs, les ouvrages pertinents, les chapitres traitant particulièrement du sujet nous intéressant, grâce aux résumés, sommaires et lectures en diagonale, tout cela permet un gain de temps indispensable dans une formation où le temps est compté. La gestion du temps est également une ressource importante pour le cadre de santé. Que de regrets par contre de ne pas avoir pu lire ou finir certains ouvrages qui méritaient réellement d'être lus... Cette recherche m'a permis de me donner goût à la lecture, et il est probable que toutes lectures inachevées, soient un très bon moyen de poursuivre le travail de réflexion, voire peut-être d'écriture.

3. La collaboration interprofessionnelle, un sujet d'actualité

Dans notre partie contextuelle, il a été souligné à différentes reprises le changement que notre société avait eu comme impact sur l'hôpital ces dernières années, ainsi que les

retentissements sur la prise en charge des patients et l'encadrement hospitalier. Dans ce contexte socio-économique, l'hôpital est très souvent assimilé à une entreprise, régi par des logiques d'actions marchande, de processus, de fonction et managériale. Ces différentes logiques liées à l'industrie ne doivent pourtant pas nous faire oublier que nous sommes avant tout des soignants, l'encadrement y compris.

Car le risque est bien ce que J. Girin cité par M. Detchessahar et A. Grevin (2009, p. 28) nous décrit : « *un tournant gestionnaire qui conduit, bien souvent l'encadrement à désertier le terrain de l'activité quotidienne au profit de l'entretien et de l'alimentation de machines de gestion* ». Le cadre de santé serait-il ce chef d'équipe, gestionnaire d'une unité, devant accomplir au moindre coût une organisation des soins tarifés selon des processus (protocoles) précis ? Il semblerait que non, du moins pas totalement, l'intérêt du patient prévalant sur le reste avant tout. Il doit plutôt concilier deux formes de management : *lean management*²³ et *management éthique*. D'ailleurs, le cadre est également là pour permettre la réalisation des soins prescrits par le corps médical, autre acteur incontournable dans cette logique d'activité collective (P. Bourret, 2006). L'instauration des pôles d'activités par exemple a été mise en place dans un objectif de mutualisation des moyens et des effectifs, avec une finalité de maîtrise économique.

Véritable enjeu économique de notre système de santé, les pôles ont également permis de faciliter les partenariats entre services, sous forme de collaboration, afin de décloisonner des services de soins le plus souvent autonomes. Dès lors, les interactions entre les multiples acteurs semblent inévitables.

Le travail en équipe, qu'il soit en équipe pluri, inter ou transdisciplinaire, entre soignants et/ou entre cadres, requiert avant tout un objectif commun dans lequel des mécanismes de communication, coordination, coopération et collaboration vont intervenir. D'un point de vue historique, le cadre de santé autrefois « surveillante infirmière » formait en règle générale un binôme avec le médecin du service. Aujourd'hui, dans ce contexte d'existence de pôles, il paraît bien « *plus judicieux de concevoir un management en équipe d'encadrement élargie pour une équipe de soins à la pluralité étendue* » (J-P., Charrat et J-P., Burnichon, 2009, p. 50). Il est nécessaire de

²³ Le « *lean management* » est un système d'organisation du travail conçu à la fin des années 80, qui cherche à mettre à contribution l'ensemble des acteurs afin d'éliminer les gaspillages qui réduisent l'efficacité et la performance d'une entreprise, d'une unité de production ou d'un département

repenser les modalités d'ajustement et de construction d'une « co-confiance » génératrice de collaboration, notamment avec les cadres administratifs de pôles. Mais la « *co-confiance* », nécessaire à la collaboration interprofessionnelle, ne peut s'atteindre qu'à condition d'avoir une « *co-connaissance* » des différents acteurs entre eux (*Ibid.*).

Avec les plans de santé nationaux (AVC, VIH, Alzheimer,...), les pouvoirs publics incitent de plus en plus les établissements, qu'ils soient sanitaires ou médico-sociaux, à collaborer en établissant une logique partenariale. Nous voyons bien que cette dynamique de collaboration se situe bien au delà du fonctionnement du pôle ou de l'unité de soins, mais bien au niveau de la macro-structure-hospitalière.

D'ailleurs, l'inter(trans)disciplinarité nécessaire à une collaboration efficace entre les acteurs passe également par un souhait de réingénierie de leur formation initiale. L'IGAS dans son rapport remis en Février 2014 à la Ministre de la santé recommande une approche transversale des formations paramédicales, souhaitée par l'ensemble des acteurs de terrain et de la formation de santé. Jugée indispensable pour « faciliter les pratiques interdisciplinaires » et « développer une culture commune », elle permettrait une mutualisation des enseignements communs (appelés actuellement sous la forme de compétences transverses) et une réduction des coûts (IGAS, 2013, p. 5).

Lors de notre stage « Fonction de formation » réalisé dans un IFSI (Institut de Formation en Soins Infirmiers) de la région, nous avons eu l'opportunité de participer à un projet de collaboration interdisciplinaire mis en place il y a quelques années avec les principaux instituts de formation. Précurseur à notre sens de ce que l'IGAS souhaiterait obtenir dans les années à venir, ce groupe de pilotage pluriprofessionnel, constitué de représentants d'instituts de formation d'étudiants : infirmiers, aide soignants, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, pédicure-podologues, assistantes sociales et cadres de santé, a pour objectif principal de décroiser les apprentissages et développer une pratique collaborative du soin, dès la formation initiale.

Organisée chaque année sur trois ou quatre sessions, cette rencontre permet une « co-connaissance » de l'autre. Par l'étude d'un dossier de soins où chacun des participants, issu d'un établissement différent, a son propre rôle à jouer, elle permet ainsi l'expression de ses représentations de l'interprofessionalité. Une analyse réflexive collective suivie d'échanges ludiques sur la découverte du métier de l'autre permet lors des séances suivantes de mieux se connaître, et d'articuler les prises en charges. Cette

collaboration autour de ce travail collectif leur permet une découverte d'autres professions permettant ainsi une meilleure identification des fonctions et responsabilités de chacun, mais également de se rendre compte de l'importance de la communication dans un groupe et enfin la possibilité se projeter dans leur futur exercice professionnel auprès d'autres acteurs de santé.

Le rôle des étudiants cadres de santé au sein des groupes permet d'instaurer une dynamique et une coordination, nécessaire à l'interdisciplinarité de l'équipe formée, avec un objectif commun nécessitant un partage et une transmission de connaissances et d'informations en regard des compétences de chaque acteur. Cette expérimentation menée à un échelon local nécessiterait à notre sens une généralisation à l'ensemble des instituts de formation paramédicaux par des partenariats.

Aujourd'hui, le monde de la santé est organisé de telle manière que l'ensemble des acteurs ne peut plus se permettre de travailler de manière isolée, sans collaboration professionnelle. Nous l'avons vu, depuis 1995, le diplôme de cadre de santé est délivré à l'ensemble des quatorze filières soignantes, formant un seul et même groupe professionnel. D'ailleurs selon le législateur²⁴, cet apprentissage commun a pour but de favoriser : *« l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations »*. Nora Berra (2011, p. 5), ancienne secrétaire d'Etat chargée de la santé avait même déclaré à propos de la formation des cadres de santé : *« L'IGAS (...) nous propose de conserver les IFCS en les rapprochant des universités (...) en les amenant à étendre leur champ d'interventions à d'autres cadres hospitaliers. Cela est très intéressant pour améliorer la transdisciplinarité »*.

Tout ceci nous ramène à la problématique posée qui est de savoir comment l'encadrement favorise la transdisciplinarité au sein d'une équipe pluri professionnelle hétérogène.

²⁴ Annexe 1 de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

CHAPITRE 11 : Au cœur de la transdisciplinarité, l'ingénierie de la formation

Nous allons au cours de cette partie, essayer de nous projeter en tant que futur cadre de santé et ingénieur de formation. Initialement, en début de recherche, notre posture était plutôt centrée sur la fonction de cadre exerçant dans le milieu de la rééducation, où l'on retrouve cette pluralité de professionnels, amenant aux difficultés observées. Cependant, au fil des mois, nous nous sommes aperçu que notre posture de futur cadre se modifiait progressivement, et qu'aujourd'hui la démarche d'ingénierie proposée ci-dessous, pouvait tout à fait s'appliquer à bon nombre de services, de situations, quel que soit le domaine étudié. Ce changement de posture est très certainement en lien avec le changement identitaire vécu ces dix derniers mois, et il nous permet à présent une vision bien plus large de notre projection. Notre problématique sera donc traitée de manière plus générale, puisque transposable à de nombreuses spécialités de soins.

Pour cela, nous nous appuyerons sur les trois hypothèses émises précédemment. Au cœur de cette ingénierie de la formation, nous allons tenter d'y intégrer en toile de fond le concept de transdisciplinarité, essentiel dans la collaboration professionnelle. « *Le défi de la formation concerne l'ensemble des managers, et la transdisciplinarité en est le principal levier* » (N. Berra, 2011, p. 8)

1. L'ingénierie de la formation, une construction professionnelle

Depuis ces quelques dizaines d'années, la formation professionnelle est devenue une préoccupation majeure et s'est imposée comme une nécessité dès lors qu'elle apparaît dans les entreprises comme un facteur de développement et de compétitivité.

En effet, les différentes lois sur la formation tout au long de la vie comme la loi du 16 juillet 1971²⁵ (loi Delors introduisant une obligation pour les entreprises à financer la formation en fonction de leur masse salariale brute) ou encore plus récemment la loi du 24 novembre 2009²⁶ (relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie) ont donné aux salariés la possibilité de maintenir leur niveau de compétences par des dispositifs de formation, dans ce monde en évolution constante.

²⁵ Loi n° 71-575 du 16 juillet 1971 portant organisation de la formation professionnelle continue dans le cadre de l'éducation permanente

²⁶ Loi n° 2009-1437 du 24 novembre 2009 relative à l'orientation et à la formation professionnelle tout au long de la vie

Plus récemment encore, la mise en place du Développement Professionnel Continu²⁷ (DPC) instaure l'obligation de développement professionnel continu des médicaux et paramédicaux de manière annuelle.

Selon T. Ardouin (2013, p. 15) l'intérêt est double. La formation devient pour l'entreprise non pas une contrainte (financière par la cotisation et par l'absence de l'employé lors du temps de formation) mais plutôt un investissement, un enjeu stratégique notamment pour le salarié par le développement de ses compétences, favorable pour la poursuite de sa carrière professionnelle. Car formation et organisation sont liées dans un processus dynamique (*ingénierie de compétences collectives*) et la mission du cadre de santé va être de tenter de maintenir et de développer les compétences de ses agents (*ingénierie de compétences individuelles*). L'objectif n'est pas de dispenser la formation en tant que telle, mais plutôt une recherche de la professionnalisation assurant un accroissement de leur performance au sein de la structure mais également de permettre au salarié d'obtenir une qualification suffisante pour faciliter sa mobilité sur un marché du travail instable (*ingénierie de professionnalisation*).

L'ingénierie de la formation consiste alors à faire une analyse complète du travail, à monter un projet de formation adapté, dans le but d'aider la structure à évoluer, devenir plus performante (*ingénierie de projet de formation*), mais aussi d'aider l'agent à progresser à l'intérieur de son projet. L'ingénierie de la formation regroupe ces différentes actions et dispositifs que T. Ardouin (2013, p. 18) illustre par ce schéma :

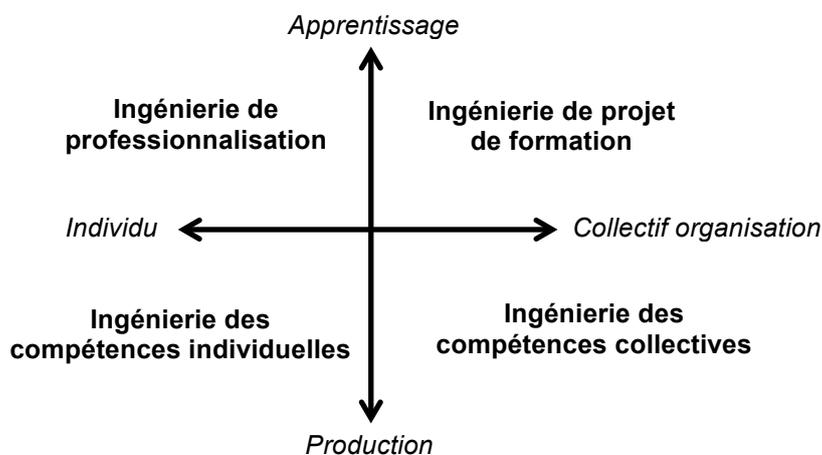


Schéma n°7 : Dynamique de l'ingénierie de la formation

²⁷ Article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

L'ingénierie de la formation à l'hôpital n'est donc pas uniquement réservée au service formation de l'établissement, mais s'inscrit dans une démarche conjointe entre différents acteurs : cadres de proximité, trinôme de pôle (chef de pôle, cadre de pôle et cadre gestionnaire), direction des soins et service formation.

Le cadre de santé, par sa proximité avec les agents et sa place centrale au sein de l'unité ou du service, est « *responsable, garant du développement des compétences de chaque membre de l'équipe qu'il pilote et de fait des savoirs collectifs construits par le groupe* » (M-P. Tricky, 2014, p. 150). Il a alors un rôle tout à fait légitime pour mener une ingénierie de la formation. J-L Muller et M-F Burckel (1999, p.35-36) ajoutent que « *les cadres, en contact direct avec les employés, ont donc un rôle clé à jouer dans cette bataille pour la compétence* ».

2. L'approche organisationnelle fonctionnelle : un changement de paradigme

Nous l'avons vu au cours de ce travail, la connaissance de l'autre, la proximité entre soignants lors des soins, la réflexion commune en équipe notamment grâce aux analyses de pratiques, ont un rôle fondamental pour l'obtention d'une collaboration professionnelle et de une transdisciplinarité. Nous avons émis trois hypothèses précédemment sur lesquelles nous allons nous appuyer, et qui seront traitées simultanément puisque liées entre elles par un fil conducteur : la collaboration en transdisciplinarité.

Du point de vue de l'encadrement, cette collaboration se traduit tout d'abord par un décloisonnement des unités tel qu'on le connaît dans les hôpitaux et d'une disparition des frontières permettant cette ouverture aux autres professionnels de santé. Hiérarchiquement parlant, nous obtenons bien sûr un certain nombre d'agents encadrés par un cadre de proximité, qui est lui même sous l'autorité d'un cadre supérieur ou cadre de pôle. Mais fonctionnellement, dans une approche transdisciplinaire, chaque acteur avec son champ de compétences va être recentré sur le projet de soins du patient, et non pas uniquement sur des actes techniques sans réel lien entre eux. Cette approche permet une homogénéité de la prise en charge et une amélioration de la qualité des soins.

A travers le schéma suivant élaboré par nos soins, nous pouvons tenter d'illustrer nos propos :

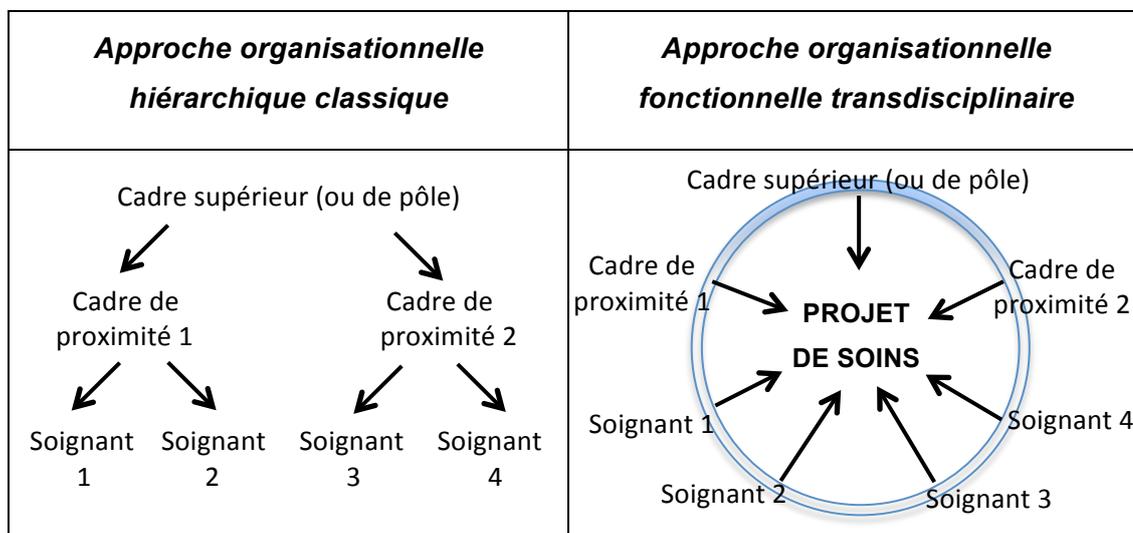


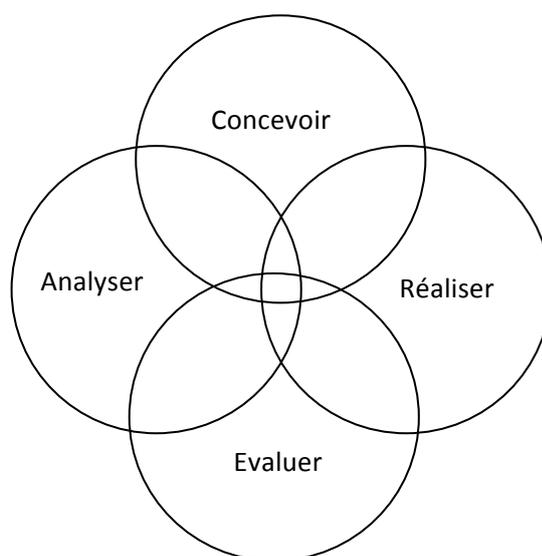
Schéma n°8 : Comparatif des deux types d'approches organisationnelles au sein d'une organisation de soins (Source : auteur)

Dans une équipe, lorsqu'un nouveau membre vient s'intégrer, qu'il soit étudiant, nouveau diplômé ou nouvel arrivant, il va devoir acquérir sur un laps de temps court de nombreux savoirs. Certains savoirs seront plus d'ordre contextuel (historique et fonctionnement du service, habitudes de travail institutionnelles, etc...), d'autres plus d'ordre théorique (connaissances des protocoles du service, des pathologies spécifiques, ...) ou encore d'ordre pratique, du savoir faire (gestes techniques, utilisation d'appareils médicaux, etc...). Les savoirs évoluent très vite, et malgré une formation initiale la plus complète possible, les professionnels nécessitent de faire appel en permanence à la didactique professionnelle. Les *Compagnons du Devoir*²⁸ utilisent une distinction intéressante qui illustre ceci : ils distinguent *apprendre le métier* et *apprendre par le métier*. L'apprentissage par la formation initiale est indispensable, mais nous continuons à apprendre par l'exercice même de son métier. « Dans l'exercice de l'activité professionnelle, on y apprend à faire, mais on y apprend aussi en faisant » (P. Pastré, 2006, p. 109).

²⁸ Les Compagnons du Devoir sont les héritiers des mouvements du compagnonnage né à l'époque des grands chantiers du Moyen-âge. Leur savoir a fait d'eux des hommes accomplis et considérés de tous, de déplaçant de chantier en chantier. Ce mouvement assure aujourd'hui à des jeunes gens une formation à des métiers traditionnels basée sur l'apprentissage, la vie en communauté et le voyage appelé Tour de France.

La mise en place d'une démarche d'ingénierie de la formation va, par des méthodologies appropriées, en tenant compte de l'environnement et des acteurs, se décliner en quatre étapes : analyser, concevoir, réaliser et évaluer. Le rôle de l'ingénieur est donc de coordonner et piloter ces différentes étapes en deux grandes phases : les investigations dans un premier temps, puis dans un second la mise en œuvre. La finalité de cette ingénierie est la mise en œuvre « *d'une action, d'un dispositif ou un système de formation, de manière optimale pour le développement des personnes et l'organisation* » (T. Ardouin, 2013, p. 32).

Ici notre ingénierie de la formation, pour être efficace, va nécessiter l'adhésion et la participation de l'ensemble de l'encadrement en lien avec ce développement. Une étroite collaboration autour de ce projet va donc être indispensable entre les cadres de santé. Par souci de clarté et de structuration de notre démarche, nous avons repris un plan linéaire des 4 étapes de T. Ardouin. Néanmoins, chacune des étapes étant liée et imbriquée dans une autre, il nous paraît plus adéquat de schématiser notre démarche selon cette illustration créée par nos soins (et non pas sous la forme d'une roue de Deming²⁹) :



*Schéma n°9 : Interdépendance des quatre étapes de la démarche d'ingénierie de la formation
(Source : Auteur)*

La première étape, l'analyse, est fondamentale et ne peut se faire que conjointement avec les cadres.

²⁹ La roue de Deming est une illustration cyclique de la méthode de gestion de la qualité dite PDCA pour « Plan-Do-Check-Act ». Elle consiste à la fin de chaque cycle de remettre toutes les actions précédemment menées afin de les améliorer.

3. L'analyse, une étape primordiale

Il s'agit dans cette première étape d'analyser la demande et le contexte par une compréhension de l'environnement et du cadre dans lequel nous nous situons. Quels sont les enjeux ou objectifs ? Il n'existe pas de besoin de formation en tant que soi. Le besoin lorsqu'il existe, représente l'écart existant entre le profil requis ou souhaité et le profil réel. Le cadre de santé, avec l'aide de ses collègues, va donc dans un premier temps réaliser une évaluation des besoins du (des) service(s).

3.1. L'importance du contexte

Le contexte socio-économique et politique dans lequel nous nous trouvons, à savoir les contraintes budgétaires, les orientations et plans de santé nationaux, l'organisation des soins sur le territoire, la législation en vigueur, etc... vont être des éléments à prendre en compte dans notre évaluation car elles vont influencer directement les choix de formations proposés aux acteurs. Prenons l'exemple de l'éducation thérapeutique (ETP), qui « *a pour but d'aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique* »³⁰. Ce projet est en plein essor et de nombreux services de soins forment leurs agents à la prise en charge des pathologies chroniques, en raison d'une progression importante ces dernières années (*Ibid.*, p. 55)

Ce contexte que T. Ardouin (2013, p. 54) qualifie de « référentiels externes » et qui correspond aux normes sociales et environnementales, aux textes de lois, aux normes, etc... L'ingénierie de formation, bien que ne pouvant avoir d'action sur ces éléments, doit les prendre en compte.

L'autre versant du contexte se situe plus au niveau de la structure, et ses décisions peuvent quant à elle être décidées en interne (référentiels internes). Ce sont les stratégies de l'établissement, les projets de pôles ou de services, la gestion des emplois et des compétences (GPEC), mais aussi les procédures et autres protocoles.

L'hôpital, comme toute entreprise, doit répondre à un double paradoxe : celui de trouver une stabilité de son système de fonctionnement et en même temps être capable de répondre aux contraintes socio-économiques, navigant entre incertitude interne et externe.

³⁰ Définition de l'Organisation Mondiale de la Santé (1998)

J-M Peretti cité par T. Ardouin (*Ibid.*, p. 54) identifie sept défis majeurs auxquels les entreprises doivent faire face, et surtout pour lesquels l'ingénierie de la formation peut être un levier :

- *les mutations technologiques* (maintien d'une veille technologique et des qualifications sur des outils sans cesse renouvelés)
- *l'internationalisation de la concurrence et la mondialisation*
- *les mutations économiques* (dotations financières, système de financement : T2A, ...)
- *les évolutions démographiques* (baisse de la natalité, vieillissement de la population dans les entreprises, ...)
- *les évolutions sociologiques* (qualité de vie, évolution de carrière, attentes des patients et de leur famille, ...)
- *le dialogue social* (déclin du syndicalisme, hausse du management participatif et des mouvements spontanés des salariés amenant à plus de négociation)
- *les défis réglementaires* (veille réglementaire)

L'objectif de l'hôpital est bien là : être capable de disposer d'un effectif suffisant et continu de personnes compétentes afin de correctement prendre en charge le patient, le tout dans un contexte compatible avec les référentiels vus précédemment. La gestion des ressources humaines se trouve alors dans une recherche d'équilibre entre quantitatif (gestion du personnel) et qualitatif (gestion des compétences). Equilibre dans lequel va prendre place l'ingénierie de la formation.

3.2. Une recherche d'amélioration de l'action collective

Dans notre cas précis, l'objectif final est de permettre aux professionnels de santé une meilleure prise en charge du patient obtenue par un développement de l'action collective et des échanges entre les différents acteurs. Pour cela, il va falloir déterminer et analyser les représentations et les connaissances qu'ont les soignants entre eux. Un questionnaire nominatif ou anonyme, des échanges en petits groupes pluridisciplinaires, l'analyse des fiches d'événements indésirables, sont autant de moyens qui vont permettre d'évaluer plus précisément les difficultés existantes.

Quel que soit le moyen utilisé, il est important que les résultats soient restitués aux professionnels concernés. En effet, il est nécessaire que tous puissent connaître les représentations et les connaissances de chacun pour pouvoir ensuite mettre en œuvre

une action collective. Dans une équipe pluridisciplinaire, la difficulté va être la multiplicité des acteurs, la formation initiale de chacun, la différence de culture professionnelle, des temps de partage inexistant (ou presque), ou encore les lieux d'exercice des professionnels. Pour ce dernier critère, les locaux sont souvent éloignés comme par exemple entre les salles de rééducation des kinésithérapeutes et les salles de soins des infirmiers. Un état des lieux précis, réalisé conjointement avec les cadres de santé va donc être nécessaire. L'ingénieur de formation doit questionner le cadre responsable de son unité sur la situation professionnelle actuelle, sur les évolutions de celle-ci, ainsi que la Direction, responsable de la politique de formation de l'établissement, et le trinôme de pôle, responsable de la politique au sein du pôle.

L'objet de cette recherche étant centrée sur les relations professionnelles, les observations des cadres et des soignants permettront d'alimenter les données d'évaluation. L'utilisation de sociogrammes pourra également être envisagée afin de cibler plus précisément les natures de ces relations, et ainsi axer la formation davantage sur telle ou telle action. Une fois cette analyse réalisée, il est nécessaire de comparer ce que l'institution attend en **théorie** de ces collaborations (rôle prescrit) et l'impact qu'elles en ont sur la prise en charge du patient, et le **réel** (rôle exercé).

En se basant sur le modèle d'acquisition de rôles de Katz et Kahn (1966) nous obtenons le schéma suivant :

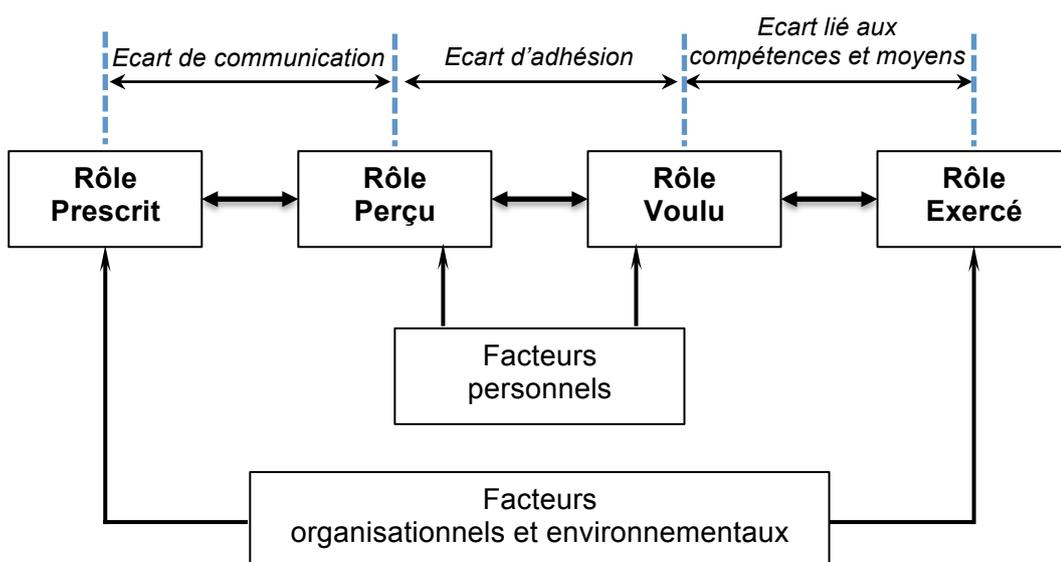


Schéma n°10 : Influence des facteurs externes et internes sur le rôle de l'acteur

(Source : auteur)

L'objectif est de déterminer l'écart existant entre ce que l'équipe est censée réaliser au quotidien, et ce qu'elle réalise réellement. Ceci passe par différents processus, comme la communication, l'adhésion et enfin les compétences et moyens, en tenant compte des facteurs organisationnels, personnels et environnementaux de la structure.

En plus des facteurs externes vus précédemment, les facteurs personnels (internes), notamment l'intérêt et la motivation de l'acteur, vont être déterminants dans la réussite de ce projet car sans implication des professionnels, la démarche ne peut être efficace. C'est ce que T. Ardouin (2013, p. 64) appelle « *la démarche ascendante* ».

Notre recherche repose sur trois critères principaux d'étude :

- la configuration des lieux (organisation de l'espace, utilisation des locaux, ...)
- les interactions personnelles (temps d'échanges, de travail commun, ...)
- la connaissance de l'autre (métier, pratiques, culture, ...)

L'analyse et le diagnostic précis de la situation permettent de définir les objectifs opératoires et de les formuler sous la forme de résultats attendus. « *L'analyse doit rechercher à être la plus complète possible dans une approche systémique* » (*Ibid.*, p. 33). L'ingénieur-formation va alors devoir au cours d'une seconde étape retranscrire les besoins et objectifs généraux en objectifs opérationnels.

4. La conception, le lien entre intention et réalisation

Il s'agit dans cette étape pour l'ingénieur de formation, de faire preuve d'imagination et de créativité. Certains points clés sont nécessaires comme l'élaboration d'un calendrier de réalisation, les moyens à mettre en œuvre, les acteurs du projet, les résultats attendus, ou encore l'évaluation finale (si besoin des évaluations en cours de démarche).

Dans notre cas précis, nous avons choisi d'utiliser le *Knowledge Management*, appelé également « *Gestion des connaissances* » afin de tenter de répondre à notre problématique. Le Knowledge Management permet à la structure de devenir une « entreprise apprenante », c'est à dire « *centrée sur la création, l'acquisition et le maintien de ses connaissances afin de s'adapter à l'environnement* » (C. Fillol, 2012, p. 190). Ce type d'entreprise se définit par son mode d'organisation ouvert et systémique, permettant d'être réactif aux changements de son environnement. On distingue deux types de Knowledge Management : une approche technique et une approche sociale

(*Ibid.*, p. 191). Complémentaires, la première se traduit concrètement par la mise en place d'une base de données partagées, tandis que l'approche sociale est contextuelle et difficilement exprimable dans des documents ; elle fait appel à l'interaction sociale, au partage d'expériences, le plus souvent par des rencontres physiques.

4.1. *Des temps d'échanges et de partage pour se re-construire*

Il s'agit alors pour l'ingénieur de formation, de mettre en place des temps d'échanges durant lesquels les acteurs vont pouvoir échanger autour d'un sujet ou d'une situation commune de soins, prédéfini à l'avance par l'encadrement. L'objectif est de modifier les représentations que chacun a de l'autre, puis de permettre une nouvelle élaboration identitaire de ce collègue. Se rendre compte des difficultés du travail de l'orthophoniste, ou encore de la diversité du champ d'action des ergothérapeutes, de la contrainte des horaires de poste des aides-soignants ou infirmiers : ce travail préalable à co-construire est déjà une ébauche de la collaboration et va permettre par le dialogue, l'observation des pratiques, à progressivement faire évoluer les représentations sociales antérieures.

Les cadres de santé ont un rôle majeur dans l'atteinte de cet objectif, car ils sont eux-mêmes concernés par cette méconnaissance des autres collègues, amenant à des représentations erronées. Comment expliquer que le service de soins situé juste en dessous soit doté de bien plus de personnel qu'un autre sans connaître la spécificité du service, avec ses types de traitements et ses contraintes ?

Faire collaborer des personnes entre elles demande de la confiance. Mais la confiance ne s'acquiert pas comme cela. Elle nécessite une communication claire, objective et transparente, pouvant être facilitée par une clarification et une compréhension de ses propos. Pour W. Hesbeen (2012, p. 90) « *il s'agit ainsi de clarifier ce que l'on fait ensemble, de préciser le but poursuivi, le chemin emprunté (...) de s'entraîner à réfléchir en vue de chercher à se comprendre* ». Il explique ce que nous évoquions plus haut, à savoir qu'un langage commun ne permet pas à lui seul de se faire comprendre. Ainsi il ne s'agit pas de remettre en cause les théories de soins adoptées par tel ou tel professionnel, mais de les restituer à leur juste place, car « *pour fédérer une équipe et pour prendre soin en la singularité de chaque existence qui se présente à l'action des professionnels, ce n'est pas d'une théorie dont ces derniers ont besoin mais bien d'une multitude de références, de théories, conceptions, réflexions et rapports d'expériences qui, ensemble, alimentent le cheminement et l'élévation de la pensée* » (*Ibid.*, p. 91).

4.2. *Une immersion dans l'inconnu*

Autre levier permettant l'atteinte d'une plus grande collaboration professionnelle : l'immersion du professionnel dans une autre équipe constituée d'agents non issus du même métier. Lorsqu'un étudiant arrive en stage, ou lorsqu'un nouvel infirmier est embauché, il est en règle générale, accompagné les premiers jours, afin de lui expliquer les spécificités, les protocoles et habitudes du service. Mais qu'en est-il des autres professionnels des autres services avec lesquels il va être amené à travailler ? Connaît-il le rôle de l'orthophoniste et de ses missions ? « *Pourquoi assiste t'elle au repas de ce patient chaque midi ? Elle n'est pourtant pas aide-soignante... En plus il ne parle même pas* ». Autant de questions qu'il peut être amené à se poser, mais comme de nombreux autres professionnels de santé, il ne les posera probablement pas (par manque de temps, par peur du ridicule, par désintérêt, ...).

Là encore, l'ingénierie de la formation va permettre aux nouveaux arrivants l'acquisition des différents savoirs nécessaires ensuite à un travail d'équipe efficient. L'objectif ici est de mettre en immersion le nouvel agent ou l'étudiant, après lui avoir transmis un minimum de connaissances théoriques, dans l'équipe de soignants à laquelle il n'appartient pas. Il est alors sous la responsabilité fonctionnelle d'un tuteur ou référent qu'il doit suivre tout au long de la journée.

La réussite dans ce cas va dépendre du degré d'implication des deux acteurs. En fonction de chacun, les résistances au projet de gestion des connaissances pourront alors se classer en trois catégories (C. Fillol, 2012, p. 196-197) :

- la dimension **fonctionnelle** : caractérisée par la recherche d'intérêts personnels. L'acteur va alors estimer le « coût » de ce partage (formalisation et/ou codification des connaissances, perte de pouvoir³¹ versus bénéfices attendus : montée en compétences, valorisation, reconnaissance)
- la dimension **identitaire** : l'identification de l'individu à son équipe ou son établissement, ainsi qu'au projet de Knowledge Management permet de favoriser le partage des connaissances

³¹ Le partage des connaissances peut être vécue comme une perte de pouvoir par les acteurs. Ce sujet sera développé dans la partie suivante de ce travail

- la dimension **relationnelle** : elle correspond à la nature des relations entre les individus (fréquence, force, confiance) ainsi qu'à la place de l'acteur en termes de centralité

Ces trois dimensions sont complémentaires et se renforcent mutuellement : « *Un individu qui s'identifie au groupe, ou qui voit un intérêt personnel à court terme, jugera plus favorablement les relations qui s'établissent dans le collectif, et vice versa* » (Ibid., p. 197).

Maintenant que le cahier des charges est établi, il est temps de passer à la troisième étape de notre démarche d'ingénierie : la réalisation.

5. La réalisation de l'action de formation

Cette étape que T. Ardouin (2013, p. 163) appelle « *la partie émergée de l'ingénierie* » correspond à la mise en œuvre de notre démarche et s'articule autour de trois grands axes : l'animation, le pilotage et la communication.

5.1. « *Le vrai pouvoir, c'est la connaissance* »³²

La transdisciplinarité, nous l'avons vu, nécessite une approche organisationnelle dite fonctionnelle et s'oppose au modèle structurel hiérarchique classique. La difficulté dans la mise en place d'une ingénierie de formation basée sur le Knowledge Management réside dans les rapports de pouvoirs existants dans la structure. Selon C. Fillol (2012, p. 195), « *la connaissance est avant tout une forme de pouvoir que possèdent les acteurs, indépendamment de leur pouvoir hiérarchique* ». Une personne qui possède une connaissance spécifique (ou qui maîtrise une bonne pratique) est détenteur d'un pouvoir informel, valorisable auprès de ses pairs et de sa hiérarchie. Le partage de la connaissance est alors vécu comme une perte de pouvoir et de contrôle. Hors, celui qui a le pouvoir dans une situation donnée, n'est pas forcément le cadre de santé. Et redistribuer les cartes d'une organisation comme celle de l'hôpital, même dans un cadre donné bien précis, peut rendre difficile l'acceptation de cette démarche auprès de certains cadres, se sentant menacés dans leur rôle.

Le rôle de l'ingénieur-formation va alors être d'amener ses collègues les plus réticents à collaborer à ce projet. Si l'on reprend les trois types de résistances s'opposant à la

³² Cette citation de Francis Bacon est issue de son ouvrage « *Meditationes sacrae* » (1597)

gestion des connaissances vus précédemment, il va falloir tout d'abord agir sur la **dimension fonctionnelle**, en mettant l'accent sur les nombreux avantages intrinsèques et extrinsèques dont ils pourront bénéficier. Puis en jouant sur la **dimension identitaire**, en leur rappelant les valeurs communes et partagées (prise en soin du patient). Enfin, la **dimension relationnelle** est fondamentale. L'animateur du groupe va constituer le centre autour duquel se forment les relations. « *Il doit faciliter la construction de la confiance entre les acteurs, envers-lui même et l'outil* » (*Ibid.*, p. 199). Les réticences individuelles sont humaines, et face à ces limites, l'ingénieur de formation n'aura d'autre choix que de faire preuve de créativité, d'inventivité et de persévérance.

5.2. La création de collectifs de partages

L'apprentissage et le partage de connaissances s'appuient essentiellement sur l'échange au sein des équipes. Les membres de l'équipe créent des relations agréables, partagent ensemble des références, puis à terme une identité commune. Mais les équipes dans les services de soins sont toutes pour la plupart constituées non pas de manière hétérogène et pluridisciplinaire, mais par professionnels issus du même métier ou de la même filière. Notre objectif ici est de favoriser la transdisciplinarité et ainsi provoquer un décloisonnement et une collaboration interprofessionnelle. La création de groupes de travail pluridisciplinaires va alors permettre ce partage. C. Fillol (2012, p. 198) nous précise même que la multiplication des opportunités d'appartenance à différents collectifs pour un même acteur amène une diversification des relations, facilitant le partage.

Toujours dans la continuité de cette diversité, il est essentiel que les situations d'échanges soient variées, dans des lieux différents, formalisés ou non. Même si la finalité de la gestion des connaissances est de créer des groupes formels, les groupes informels comme les communautés de pratiques et la mise en place de forums, blogs, wiki, ou échanges sur le réseau intranet.

Concernant l'élément de diversité des lieux évoqué ci-dessus, les cadres de santé doivent, dans la mesure du possible, permettre d'étendre le décloisonnement à une ouverture physique des frontières de leur service de soins. La tension budgétaire chronique de notre système de santé ne permet plus l'obtention de personnel de remplacement aussi simplement qu'il y a encore une dizaine d'années. Alors pourquoi

ne pas aller aider les collègues du service d'en face qui se retrouvent en manque d'effectif ? Et si demain, c'était notre service qui se retrouvait dans cette situation ? Que souhaiterions-nous ? Par une communication constante, une coordination et une collaboration efficaces, les cadres doivent développer une solidarité et mutualiser les moyens dont ils disposent.

La transdisciplinarité implique une répartition des rôles au sein des différents groupes. Le cadre de santé a bien entendu un rôle de négociateur et d'animateur qui peut l'amener à occuper cette coordination du groupe. Nous allons voir ensuite, que la pratique réflexive peut être un processus intéressant dans la dynamique collective.

5.3. De l'analyse de pratiques à la pratique collaborative

Les analyses de pratiques qualifiées ici de professionnelles, s'imposent aujourd'hui comme une sorte d'évidence dans le domaine de l'apprentissage. D'ailleurs le référentiel de la formation des infirmiers³³ positionne l'analyse de pratiques comme une méthode pédagogique articulant formation clinique en stage et formation théorique à l'IFSI. L'analyse des pratiques part du besoin de remise en cause de sa pratique soignante pour faire face aux exigences professionnelles dans l'objectif de maintenir et de développer ses compétences professionnelles, constituées de « savoir, savoir faire et savoir être », tout en développant un savoir analyser.

Ce même référentiel nous indique que « *l'étudiant est amené à devenir un praticien autonome, responsable et réflexif, c'est à dire un professionnel capable d'analyser toute situation de santé, de prendre des décisions dans les limites de son rôle et de mener des interventions seul et en équipe pluri professionnel* ». Pour l'étudiant en soins infirmiers, le développement de sa posture réflexive se fera en analyse de pratiques. D'ailleurs, depuis 2013, les professionnels de santé ont l'obligation annuelle de participer à au moins une action de Développement Professionnel Continu (DPC). Celui-ci consiste « *en l'analyse, par les auxiliaires médicaux, les aides soignants (...) de leurs pratiques professionnelles ainsi que l'acquisition ou l'approfondissement de connaissances ou compétences. Il constitue une obligation individuelle qui s'inscrit dans une démarche permanente* »³⁴.

³³ Arrêté du 31 Juillet 2009 relatif au référentiel de formation des soins infirmiers

³⁴ Art. R. 4382-1 du décret n°2011-2114 relatif au Développement Professionnel Continu

C'est justement sur cette notion de pratique réflexive que nous allons nous pencher à présent. La figure du « praticien réflexif » est omniprésente de nos jours et se retrouve dans de nombreux secteurs professionnels (sanitaire, social, éducatif, technique). Dans le champ de la formation, l'heure n'est plus seulement à l'acquisition de connaissances mais bien à la construction de compétences. D. Schön a qui l'on doit cette expression de « *praticien réflexif* » dans un ouvrage du même nom paru en 1983, a développé l'idée selon laquelle les professionnels n'appliquent pas ou peu les théories ou les procédures apprises en formation, mais construisent plutôt leurs savoirs dans l'action, et produisent des réponses aux problèmes qui se posent dans leur exercice.

Cette notion de praticien réflexif reprise notamment par P. Perrenoud (2001) pour qui le professionnel devient capable d'une distanciation avec sa propre pratique, au prix d'une réflexion permanente, devenant selon lui comme une seconde nature. On peut dire que l'on pratique un sport, une activité culturelle, si cette pratique est régulière. Il en va de même pour la pratique réflexive : pratiquer la pratique réflexive, c'est adopter cette posture réflexive, de manière régulière et intentionnelle. P. Perrenoud (2001, p. 200) nous indique que « *le développement d'une posture et de pratiques réflexives plus étendues, constantes et instrumentées est la clé de la professionnalisation du métier* ». A partir des travaux de D. Kolb (1983) et de D. Schön (1983) nous pouvons tenter de schématiser, sous une forme cyclique et dynamique, cette démarche réflexive :

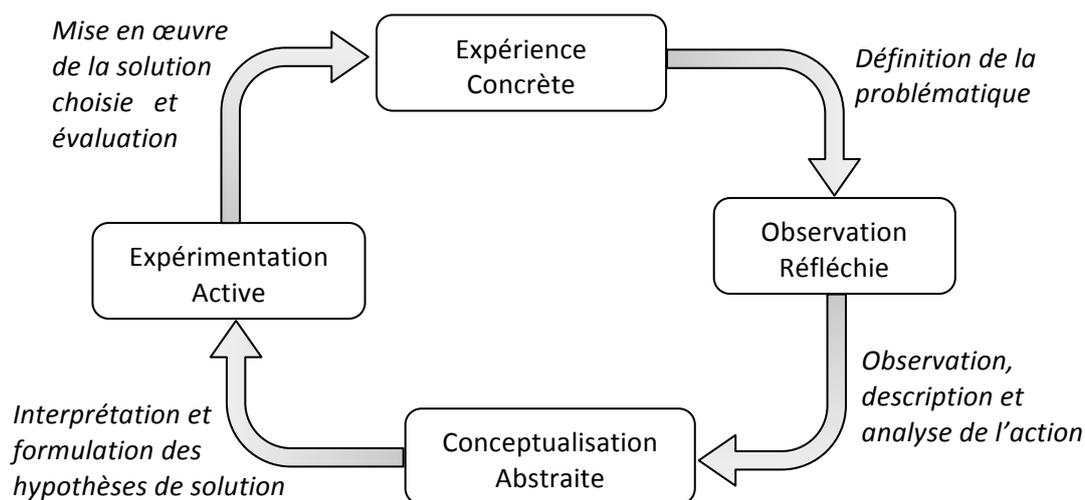


Schéma n°11 : Illustration de la démarche réflexive – Source : inspiré selon D. Kolb et S. Schön

Mais il convient d'ajouter que la posture et la pratique réflexive ne sont pas au cœur de l'identité de bon nombre de métiers. Cela constitue un obstacle à leur développement,

ainsi qu'à notre démarche d'ingénierie de formation. Par ailleurs, bien que de plus en plus utilisées dans le domaine de la formation initiale, les analyses de pratiques et la démarche réflexive restent plus difficiles à mettre en place hors des contextes classiques de formation. Car nous sommes bien face à des acteurs déjà professionnels, exerçant dans des services de soins, en action quotidienne où la dimension « intervention » remplace la dimension classique « formation » (D. Fablet, 2005, p. 111-112).

Dans notre situation présente, la dimension collective est une donnée importante à prendre en compte car le changement apporté lors de l'analyse de pratiques va concerner à la fois l'acteur lui-même mais aussi les structures organisationnelles dans lesquelles il est amené à évoluer, de par les liens de travail contraints. « *En ce cas, la finalité de l'action n'est plus seulement le changement ou l'évolution des personnes qui y participent, mais aussi, peu ou prou, celui de leur collectif de travail* » (Ibid., p. 113). D'ailleurs, cet auteur souligne lors des analyses de pratiques en situation d'intervention que, quels que soient les axes d'investigation privilégiés au départ, les échanges vont venir à un moment ou un autre traiter des aspects d'ordre institutionnel et relationnel.

La collaboration permet de soumettre son jugement à autrui. Contrairement à une logique économique, l'échange des savoirs profite à plusieurs. Il n'y a pas d'équilibre, mais une croissance des connaissances. M.-P. Tricky (2014, p. 158) nous indique que cette conception du savoir « *reflète complètement l'esprit des projets collectifs où le savoir s'améliore et se transforme par le langage du groupe* ». Selon P. Perrenoud (2011, p. 24), l'analyse de pratiques pour être efficace nécessite que trois conditions soient remplies : il est nécessaire que l'analyse soit *pertinente, acceptée et intégrée*. Ce sont donc pour ces raisons que les cadres de santé, qui vont être en mesure de constituer les groupes d'échanges de pratiques, vont être vigilants au respect de certains points :

- une démarche volontaire et une implication des participants,
- une hétérogénéité du groupe constitué
- un respect éthique et moral, avec des règles strictes du groupe
- une régulation par un animateur formé à cet exercice spécifique

Il est par exemple possible d'évaluer la prise en charge d'un patient sorti, suite à un dysfonctionnement observé dans le service, ou encore avec l'aide des médecins de réaliser une Revue de Morbidité et Mortalité (RMM). Il s'agit d'une « *analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un décès,*

d'une complication ou d'un événement qui aurait pu causer un dommage au patient »³⁵.

L'objectif est de mettre en œuvre et suivre des actions dont le but est d'améliorer la qualité de prise en charge des patients et d'assurer la sécurité des soins. Communément appelés *staffs*, ce sont des moments de réflexion sur les pratiques des soignants.

L'analyse de pratiques ne doit pas séparer la théorie de la pratique. « *La théorie elle-même est une pratique, une pratique théorique. Et d'autre part, la pratique, si elle n'est pas aveugle, s'avère tout imprégnée de théorie* » (M. Fabre, 2006, p. 143). Voilà certainement l'apport essentiel du « praticien réflexif », idéal professionnel relativement partagé par de nombreux auteurs.

Afin de conclure sur ce point, rappelons que la transdisciplinarité recherchée au sein de ces collectifs de travail amène de nombreux intérêts pour leurs membres. En premier lieu, un enrichissement des cultures des autres disciplines, notamment par la compréhension d'un vocabulaire spécifique et différent. Elle permet également l'apprentissage de nouvelles connaissances, mais donne aussi la possibilité aux acteurs d'articuler leur action auprès du patient, conduisant à la création de prise en charge en binôme. Il peut tout à fait être envisagé qu'un aide soignant intéressé par les objectifs d'éveil corporel en bain thérapeutique par la psychomotricienne, souhaite participer à la prochaine séance de Mme X. Cette approche permet à la fois une connaissance de l'autre discipline, mais également d'avoir un regard nouveau sur sa propre discipline.

Pour que l'ingénieur de formation soit en mesure de savoir si le dispositif mis en place est efficace, mais aussi afin de connaître la satisfaction des professionnels concernés par le projet, et l'amélioration des soins (ressentie à la fois par la hiérarchie, le corps médical et bien entendu par le patient), il doit alors réaliser une évaluation de sa démarche d'ingénierie.

6. L'évaluation de l'action de formation : une étape sans fin

Qui évalue ? Pour qui ? Evaluer quoi ? Par quoi ? Evaluer quand ? Toutes ces questions que se pose l'ingénieur de formation peuvent être réunies en cette question : « *Qui évalue quoi par rapport à quoi, pour qui et pour quoi faire ?* » (T. Ardouin, 2013, p. 209). Il faut être prudent dans cette étape, car une question peut très vite en amener une

³⁵ Définition de la Haute Autorité de Santé

autre, et l'ingénieur peut alors ne plus percevoir les balises de sa démarche. Il est donc nécessaire de faire une distinction entre l'évaluation **de la** formation, et l'évaluation **en** formation. Dans le premier cas, c'est l'atteinte des objectifs fixés initialement qui sera évaluée, tandis que dans l'autre c'est la dimension pédagogique de la formation (les acquisitions de savoirs des stagiaires) qui est évaluée.

Selon M. Durand (2012, p. 208), « *l'évaluation des apprentissages est un casse-tête qui n'a pas trouvé de solution indiscutée à ce jour* ». En effet, il n'existe pas d'outils qui fassent l'unanimité. D'ailleurs il n'existe pas de consensus sur ce que sont les apprentissages, rendant encore plus difficile notre évaluation des apprentissages. Ce qui était auparavant un « plus » pour les responsables de formation en mesure d'évaluer précisément l'efficacité de la formation dispensée, devient aujourd'hui un prérequis. L'évaluation va permettre une démonstration solide de l'efficacité du dispositif, et permettre ainsi une défense du budget formation. Et pourtant, selon une étude de l'organisme Formaeva (2011, p. 3), « *les pratiques d'évaluation demeurent peu développées tant au sein des entreprises que des organismes de formation* ».

Un modèle d'évaluation s'est toutefois largement imposé dans les pratiques et les discours de la formation: le modèle de *Donald Kirkpatrick* (1959). Il comprend quatre niveaux correspondant à des niveaux d'impact complémentaires. Les trois premiers niveaux concernent le stagiaire et sont complétés par un dernier niveau d'impact externe au stagiaire.

Niveau 1 : Evaluation des réactions

Le premier niveau, appelé «réaction», s'intéresse à la satisfaction des participants suite à la formation et ce sur plusieurs aspects de la formation (tels que les objectifs, le contenu, les méthodes pédagogiques, le style d'enseignement, le matériel mis à disposition...). Cette satisfaction est appréhendée sous forme de questionnaires ou d'entretiens. Il s'agit du niveau le plus fréquemment utilisé en France. Il peut s'agir d'un questionnaire distribué aux agents concernés ou encore lors d'un entretien individuel et/ou collectif par le(s) cadre(s).

Niveau 2 : Evaluation des apprentissages

Ce niveau vise ce que les participants ont acquis par la formation en termes de connaissances, d'habiletés ou d'attitudes en fonction des objectifs visés. L'importance d'évaluer ce niveau découle du simple fait qu'aucune modification du comportement ne

peut survenir si les participants n'ont pas appris. De plus, cette évaluation permet d'éviter de conclure trop rapidement que s'il n'y a pas eu de modification de comportement en poste de travail, c'est parce qu'il n'y a pas eu d'apprentissage. Cette évaluation se fait par l'utilisation de tests (de performance) ou d'examens.

Niveau 3 : Evaluation du niveau de transfert

Ce niveau évalue le transfert en poste de travail des connaissances, habiletés et attitudes apprises lors de la formation. En somme, il s'agit de savoir ici en quoi la formation a changé les comportements en situation de travail. L'évaluation, qui devrait se situer environ deux à trois mois après la formation, fait appel ici à des méthodes qui incluent l'enquête ou l'entrevue auprès du formé et de différents acteurs en mesure d'observer son comportement. Dans notre exemple, il s'agit essentiellement de savoir si les membres de l'équipe, par l'acquisition de connaissances et le développement de leurs compétences, ont pu développer une collaboration interprofessionnelle.

Niveau 4 : Evaluation des résultats

Placé à la tête de la pyramide, l'évaluation porte sur des éléments factuels et chiffrables générés par la formation. Les indicateurs peuvent être de toutes sortes : augmentation de la production ou de la qualité, réduction de coût, diminution de la fréquence d'accidents, augmentation du chiffre d'affaires ou des profits, etc... Une meilleure coordination du ou des service(s) a-t-elle permis une amélioration de la qualité des soins et de l'efficacité dans le(s) service(s) concerné(s) ?

A ces quatre niveaux, un consultant américain, J. Phillips, a proposé d'enrichir le modèle en ajoutant un **5^{ème} niveau : le retour sur investissement** (les bénéfices et/ou économies sont-ils supérieurs au coût total de la formation (coûts directs et indirects) ? La formation a-t-elle généré un retour sur investissement ?

L'organisme de formation Formaeva (*Ibid.*, p. 3) nous précise que « *l'évaluation des réactions (niveau 1) est la plus pratiquée, limitant donc le rôle de l'évaluation de la formation au plus simple fait de questionner le degré de satisfaction des formés, sans savoir ce qu'il a appris (niveau 2), s'il se sert de ce qu'il a appris en situation de travail (niveau 3) et si cela a un impact positif sur les résultats de l'organisation (niveau 4)* ». La rareté des évaluations des niveaux 2, 3 et 4 montre que l'évaluation n'est pas vécue comme un processus à part entière.

Et pourtant, une évaluation pertinente et efficace du dispositif d'ingénierie de la formation devrait être pensée comme un processus structurant complètement l'action de formation.

Afin de conclure cette partie, nous avons vu que le processus de développement des compétences et d'analyse des pratiques professionnelles du soignant nécessite le passage par la formation professionnelle continue. Mais la personne seule ne se développe pas. Elle se construit dans l'action et au sein d'une organisation et d'un collectif qui favorise plus ou moins le partage de savoirs. Et c'est dans cette dynamique collective hétérogène, constituée d'individualités aux cultures et aux personnalités différentes, que se crée la transdisciplinarité, source de richesse de savoirs incommensurables. Les interconnaissances entre les différents membres de l'équipe et leurs rôles respectifs permettent d'enrichir l'expérience individuelle et de construire une connaissance collective. De même, l'ingénierie de la formation, par sa méthodologie d'analyse, de conception, de réalisation et d'évaluation des actions ou dispositifs de formation, en tenant compte de l'environnement et des acteurs, permet la mise en œuvre du développement de l'organisation et des personnes.

La mise en commun des connaissances vise une volonté de mutualisation des savoirs et des ressources du service, ou même du pôle, avec un désir d'entraide. Cette cohésion d'équipe, caractérisée par une collaboration entre les acteurs, développe la confiance et l'esprit de solidarité, et renforce les actions positives auprès de l'équipe. Ainsi mieux connues et reconnues, les équipes soignantes éprouvent alors davantage de motivation au travail. Car comme le rappelle M-P Tricky (2014, p. 168) « *Notre rôle de cadre de santé est donc aussi de prendre soin des agents, de favoriser leur bien être au travail de sorte qu'ils puissent à leur tour prendre soin des patients* ».

En référence aux travaux de R. Sainsaulieu (1985), nous pouvons dire que faire bien son travail ne suffit pas et qu'il faut être capable de faire bien ensemble, et d'être mobilisé sur un développement commun, en équipe.

CONCLUSION GENERALE

Le programme des études menant au diplôme de cadre de santé parle de « *favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs (...) afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles* »³⁶. Les éléments spécifiques constitutifs d'une équipe relèvent en grande partie d'une dimension contextuelle, donc indépendants du rôle propre du cadre de santé. Il semble que leur identification et intégration dans un fonctionnement d'équipe soulèvent quelques réticences. Pourtant ces aspects sont nécessaires pour fonctionner en équipe et non en groupe.

L'élaboration de ce mémoire, à l'aide d'une méthode inductive, m'a permis de cheminer sur cette question de la coopération grâce à la rencontre de professionnels sur le terrain. Les échanges que j'ai pu avoir avec eux m'ont guidé vers de nouveaux champs, ont élargi ma vision réductrice et modifié mes représentations initiales des difficultés de collaboration entre professionnels. La conceptualisation a permis un enrichissement de ma réflexion, notamment par l'étude des concepts d'équipe, de communication, de collaboration et de pluri-inter-transdisciplinarité. J'ai pu prendre conscience de l'importance de l'identité professionnelle, qu'elle soit individuelle ou collective au fil de mes lectures, ainsi que de la complexité de cette étude.

Les échanges avec les collègues cadres permettent de recueillir des informations, de se positionner dans l'organisation, d'expliquer ses actes ainsi que de clarifier ce que l'on a compris, dans un contexte socio-économique hospitalier difficile. Nos actes s'accompagnent d'un discours qui va leur donner du sens, mais du fait de la polysémie et de l'équivoque du langage, nous devons régulièrement vérifier que nous sommes compris et que nous appartenons toujours à l'équipe. La prise de parole est constitutive de notre identité et c'est par elle que nous existons aux yeux des autres mais aussi vis à vis de nous même : « *C'est par le verbe et l'acte que nous nous insérons dans le monde humain* » (H. Arendt, 1961, p. 233).

Une relation adaptée à ses collègues cadres, une connaissance appropriée du contexte dans lequel il évolue, permet au cadre de santé de préparer des projets en lien avec la

³⁶ Anne I de l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

réalité et donc plus en adéquation avec le service au patient. L'équipe de cadres de santé me semble non seulement un moyen de mener à bien les missions liées aux soins qui sont attendues de nous, mais également une organisation d'où peuvent émerger des propositions d'amélioration de fonctionnement de l'hôpital. L'énigme récurrente de la pluridisciplinarité indique la nécessité pour chacun de s'impliquer pour contribuer à la résoudre. W. Hesbeen (2012, p. 120) nous précise que « *pour permettre une compétence individuelle et collective de situation, le bouquet de ressources que constitue une équipe a besoin de faire appel à sa parole en vue d'élaborer ensemble de la pensée en vue d'ensemble agir* ». Pour cela il reste à prendre conscience de l'existence de cet outil puissant qu'est l'équipe tout en sachant aussi que l'équipe n'est jamais constituée, mais toujours en devenir sinon à prendre le risque de disparaître (D. Anzieu et J-Y. Martin, 1968, p. 58-60).

A l'articulation de la logique soignante et administrative, le cadre se situe à une place difficile où il peut alors parfois essayer de se rassurer du côté de son ancien métier plutôt que du côté de ses nouveaux pairs, eux aussi en recherche d'une place affirmée. Une façon de se constituer en «équipe» de cadres serait de revaloriser les temps liés au travail de recherche, aux réflexions sur les pratiques du cadre, qu'elles soient personnelles, en petits groupes, soumises à la critique de ses pairs par un travail d'exposition orale, d'écriture, de publication ou lors de réunions sur les analyses de pratiques. L'abandon de son « pré carré »³⁷ par les cadres de santé permettra alors de donner du jeu dans ce contexte de serrage des écrous. « *Pour viser cette « reliance », mélange de lien et de confiance, on ne peut tout contrôler avec un renforcement des pouvoirs discrétionnaires des « chefs de ... », que l'on habille de quelques éléments de vocabulaire managérial, sans partager la conscience d'un autre rôle à jouer, d'une autre place à tenir* » (M. Blondel, 2011, p. 232). Pour que les pratiques évoluent et s'inscrivent dans une préoccupation permanente de qualité, avec une dynamique d'équipe, nous n'avons d'autre choix que de consentir un effort, car tout cela ne va pas de soi (W. Hesbeen, 2012, p. 121). La communication (et non pas l'information), la confiance et le respect de l'autre vont alors être nécessaires afin d'obtenir la collaboration désirée.

³⁷ M. Blondel (2011) définit le pré carré comme la métaphore d'un périmètre fermé, d'une légitimité d'attribution d'un territoire administratif, des moyens qualifiés par des savoirs et des corps qui les supportent et tout autour des frontières.

La formation professionnelle, véritable enjeu stratégique des compétences du service, est un double levier permettant à la fois la professionnalisation des agents et un maintien et/ou un développement des compétences collectives de l'équipe, ainsi qu'un outil collaboratif, source de transdisciplinarité. La formation et donc l'ingénierie de la formation se trouvent en tension entre les fondements de la formation des adultes et la pression pour une opérationnalité immédiate attendue.

En tant que futur cadre, ce travail m'a permis une réflexion sur mon métier. Au moment où j'écris ces lignes, je ne sais pas encore dans quel type de service j'exercerai mon métier de cadre de santé pour la première fois. Mon métier d'origine, ergothérapeute dont j'ai progressivement fait le deuil cette année, n'est plus une limite de ma prochaine prise de fonction, comme je le redoutais en début de formation. Ma difficulté de projection concrète n'est pas non plus un obstacle car quel que soit le lieu où j'exercerai, mon objectif sera le même : la qualité de prise en soins du patient. Mais je pense aussi que l'un des rôles essentiels de ma fonction de cadre sera également de prendre soin des agents sous ma responsabilité afin que ces derniers puissent eux-mêmes prendre correctement soin du patient. W. Hesbeen (2011, p. 98) cite dans l'un de ses ouvrages un écrit de M. Hees (2000) : « *Choisir de prendre soin de quelque chose ou de quelqu'un, c'est choisir de prendre soin de tout, car dans l'univers, tout se tient de « proche en proche ».* Comment par exemple prendre soin du patient sans prendre soin de ceux qui le soignent ? Et par conséquent, de ceux qui dirigent ceux qui le soignent ? ».

Pour conclure, je pense que la transdisciplinarité représente une formidable opportunité de collaboration entre professionnels de santé, et qui plus est, un gage de qualité des soins pour le patient. Selon S. Khenniche (2011, p. 22), la dynamique collaborative s'articule autour de trois dimensions : **horizontale** (les membres du groupe), **transversale** (les membres des autres groupes) et enfin **verticale** (les membres de la hiérarchie). Si nous nous sommes au cours de ce travail concentrés essentiellement sur les deux premières dimensions, la question de la collaboration verticale nous a rapidement interpellé. Dès lors, de nouvelles questions restent en suspens :

- Comment la direction des soins et les cadres supérieurs et/ou de pôle coordonnent l'encadrement ?
- En tant que supérieurs hiérarchiques, de quels moyens disposent-ils ?
- Concrètement, quel est leur implication dans cette recherche de collaboration inter-cadres ?

« On ne choisit pas de devenir cadre pour « changer les choses »... Quelle belle mais néanmoins naïve ambition ! (...) En revanche, la fonction de cadre comporte une capacité qui n'est pas anodine, celle de vouloir, d'impulser, d'expérimenter et d'accompagner le changement en veillant, notamment, à tout ce qui peut concourir à une atmosphère soignante (...) à oser rêver d'un futur désirable et d'aider ainsi, parfois, à ce qu'un rêve puisse se réaliser »

Walter Hesbeen (2011, p. 99)

Glossaire

- APA : Activité Physique Adaptée
- ARS : Agence Régionale de Santé
- AS : Aide-Soignant
- ASH : Agent des Services Hospitalier
- AVC : Accident Vasculaire Cérébral
- CHT : Communauté Hospitalière de Territoire
- CSARR: Catalogue Spécifique des Actes de Rééducation et Réadaptation
- DPC : Développement Professionnel Continu
- ETP : Education Thérapeutique du Patient
- GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences
- HAS : Haute Autorité de Santé
- HPST : (Loi) Hôpital, Patients, Santé, Territoire
- IDE : Infirmier Diplômé d'Etat
- IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé
- IFSI : Institut de Formation en Soins Infirmiers
- IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales
- MCO : Médecine-Chirurgie-Obstétrique
- MPR : Médecine Physique et Réadaptation
- PRS : Projet Régional de Santé
- SERFA: Organisme de formation professionnelle continue en Alsace
- SROS : Schémas Régionaux d'Organisation des Soins
- SSR : Soins de Suite et de Réadaptation
- T2A : Tarification A l'Activité
- VIH : Virus de l'Immunodéficience Humaine

Bibliographie

- Alter, N., 2010, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*, Paris, Editions La Découverte
- Anzieu, D., Martin, J.-Y., 2013, *La dynamique des groupes restreints*, Paris, Editions PUF
- Ardouin, T., 2013, *Ingénierie de formation*, Paris, Editions Dunod
- Arendt, H., 1961, *Condition de l'homme moderne*, Paris, Editions Calmann Lévy
- Bardin, L., 1998, *L'analyse de contenu*, Paris, Editions PUF
- Bernoux, P., 2009, *La sociologie des organisations*, Paris, Editions Du Seuil
- Bernoux, P., 2010, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Paris, Editions Du Seuil
- Bernoux, P., 21-23/10/99, « La coopération dans les organisations », colloque GREFIGE Nancy
- Berra, N., 2011, « Un cadre de santé, c'est avant tout un cadre issu d'une filière de soins », p. 5-9, In *Les risques psychosociaux*, Revue Soins Cadres, volume 20, n°77
- Blanchet, A., Gotman, A., 2007, *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*, Paris, Editions Armand Colin
- Blondel, J.-L., 2009, *Manager votre équipe*, Paris, Editions Julhiet
- Blondel, M., 2011, *Du pré carré à la compétence collective*, La Tour d'Aigues, Editions de l'Aube
- Bourret, P., 2006, *Les cadres de santé à l'hôpital : un travail de lien invisible*, Paris, Editions Seli Arslan

- Buguet, J., 2003, « Pour une pédagogie du lien : pluri, inter et transdisciplinarité en formation BTS », pages 129-154, In Demol, J.-N., *Didactique et transdisciplinarité*, Paris, Editions L'Harmattan,
- Cauvin, P., 2007, *La cohésion des équipes, pratique du team building*, Paris, Editions ESF
- Chauvancy, M.-C., 2012, « Les cadres de santé : entre solitude et non-reconnaissance », p. 201-210, In Bourgeon, D., *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail*, Paris, Editions Lamarre
- Charrat, J.-P., Burnichon, J.-P., 2009, « L'équipe plurielle, exploration d'une évidence complexe », p. 49-51, In *Recherche et management*, Revue Soins Cadres, volume 18 n°69
- Crozier, M., Friedberg, E., 1977, *L'acteur et le système*, Paris, Editions Du seuil
- Cooley, C.H., 1909, *Social Organization : a study of the larger mind*, New-York, Editions Charles Scribner's sons
- D'amour, D. et alli, 1999, « L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé », p. 63-92, In *Revue Sciences sociales et santé*, volume 17 n°3
- Dejours, C., Mai 2011, « Subjectivité, travail et action », 03/04/14, <http://sites.univ-provence.fr/ergolog/pdf/bibliomaster/dejours.pdf>
- Demol, J.-N., 2003, *Didactique et transdisciplinarité*, Paris, Editions L'Harmattan
- De Singly, C., 2009, « Rapport de la mission Cadres Hospitaliers », 22/03/14, http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_chantal_de_singly_tome_1.pdf
- Detchessahar, M., Grevin, A., Décembre 2009, « Un organisme de santé... malade de « gestionnisme » », p. 27-37, In *Revue Gérer et comprendre*, n°98,
- Dhume, F., 2001, « Du travail social au travail ensemble », Paris, Editions ASH

- Dubar, C., 2010, *La socialisation : constructions des identités sociales et professionnelles*, Paris, Editions Armand Colin
- Durand, M., 2012, « Evaluer un apprentissage : mission impossible ? », p. 208-209, In Bourgeois, E., Durand, M., *Apprendre au travail*, Paris, Editions PUF
- Erickson, E., 1972, *Adolescence et crise : la quête de l'identité*, Paris, Editions Flammarion
- Fablet, D., 2005, « Les groupes d'analyse des pratiques professionnelles : une visée avant tout formative », p. 105-117, In *Groupe de parole et crise institutionnelle*, Revue Connexions, n°82
- Fabre, M., 2006, « Analyse des pratiques et problématisation – Quelques remarques épistémologiques », p. 133-145, In *Analyse de pratiques : de la recherche à la formation*, Revue Recherche et Formation, n°51
- Fillol, C., 2012, « Organisation apprenante et knowledge management », p. 189-200, In Bourgeois, E., Durand, M., *Apprendre au travail*, Paris, Editions PUF
- Formaeva, 2011, Août 2011, « Synthèse d'étude – Les pratiques d'évaluation des formations des entreprises françaises en 2011 », 27/04/14, <http://www.formaeva.com/files/documents/ressources/synthese-etude-formaeva-2011.pdf>
- Friedberg, E., 1997, *Le pouvoir et la règle*, Paris, Editions Du Seuil
- Fustier, P., 2004, *Le travail d'équipe en institution*, Paris, Editions Dunod
- Guillois, F., 2012, « Aspects psychosociologiques de l'identité des cadres de santé », p. 233-244, In Bourgeon, D., *Les cadres de santé et la reconnaissance au travail*, Paris, Editions Lamarre
- Hamann, E., et alli, Novembre-décembre 2009, « Positionnement professionnel et éthique dans le travail d'équipe », p. 209-220, In *Autorité et Pouvoir en action sociale*, Revue Les cahiers de l'actif, n°402-403

- Henri, F., Lundgren-Cayrol, K., 2001, *Apprentissage collaboratif à distance : pour comprendre et concevoir les environnements*, Québec, Editions Presses de l'université du Québec
- Hesbeen, W., 1994, *La réadaptation du concept au soin*, Paris, Editions Lamarre
- Hesbeen, W., 1997, *Prendre soin à l'hôpital, inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante*, Paris, Editions Masson
- Hesbeen, W., 2011, *Cadre de santé de proximité : un métier au cœur du soin*, Paris, Editions Masson
- Hesbeen, W., 2012, *Penser le soin en réadaptation*, Paris, Editions Seli Arslan
- Kaddouri, M., 2005, « Professionnalisation et dynamiques identitaires », p. 145-157, In Sorel, M., Wittorski, R., *La professionnalisation en actes et en questions*, Paris, Editions L'Harmattan
- Khenniche, S., 2011, Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Sciences de Gestion, « Contribution à l'étude de la dynamique coopérative intra-organisationnelle – Analyse croisée des coopérations », CNAM
- Lambert, R., 1960, *Coopération et compétition dans des petits groupes*, p.61-72, In Revue Française de sociologie, volume 1
- Le Boterf, G., 1997, *De la compétence à la navigation professionnelle*, Paris, Editions d'Organisation
- Le Boterf, G., 2004, *Construire les compétences individuelles et collectives*, Paris, Editions d'Organisation
- Le Boterf, G., 2011, *Ingénierie et évaluation des compétences*, Paris, Editions d'Organisation
- Lebrun, J.-P., Automne 2008, « La reconnaissance au travail », In *Les grands dossiers des sciences humaines*, n°12

- Le Calve, N., 2014, « Réforme des études d’infirmières : entre risque et opportunité », In Demol, J.-N., Guillaumin, C., *Former et prendre soin*, Paris, Editions L’Harmattan
- Leclerc, C., 1999, *Comprendre et construire les groupes*, Québec, Editions Presses Université Laval
- Le Coz, P., Juin 2009, « L’exigence éthique et la tarification à l’activité à l’hôpital », p. 35-53, In *Enjeux éthiques en économie de la santé*, Revue de philosophie économique, volume 10
- Le Moigne, J.-L., 1999, *Modélisation des systèmes complexes*, Paris, Editions Dunod
- Lode, S., Août 2010, « La collaboration entre cadres, utopie ou réalité », p. S19-21, In *Les conduites addictives chez les soignants*, Revue Soins Cadres, volume 19, n°75S
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l’hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires
- Michaud, S., Février 2012, « Coopération entre professionnels de santé : un exercice partagé », p. 24-27, In *Nouveaux métiers, coopérations et enjeux*, Revue Soins Cadres, volume 21, n°81
- Ministère du Travail, de l’Emploi et de la Santé, 22/03/14, « Rapport relatif aux métiers en santé de niveau intermédiaire – Professionnels d’aujourd’hui et nouveaux métiers : des pistes pour avancer », [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire - Professionnels d aujourd hui et nouveaux metiers - des pistes pour avancer.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_relatif_aux_metiers_en_sante_de_niveau_intermediaire_-_Professionnels_d_aujourd_hui_et_nouveaux_metiers_-_des_pistes_pour_avancer.pdf)
- Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, 25/10/13, « Les chiffres clés de l’AVC », <http://www.sante.gouv.fr/les-chiffres-cles-de-l-avc.html>
- Mintzberg, H., 2010, *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*, Paris Editions d’Organisation

- Mintzberg, H., 1998, *Structure et dynamique des organisations*, Paris Editions d'Organisation
- Morin, E., 1999, *L'intelligence de la complexité*, Paris, Editions L'Harmattan
- Morin, E., 1999, *Relier les connaissances – le défi du XXIe siècle*, Paris, Editions Du seuil
- Morin, E., 2005, *Introduction à la pensée complexe*, Paris, Editions Du seuil
- Morin, E., 2008, *La méthode – La vie de la vie*, Paris, Du seuil
- Mucchielli, A., 2011, *L'identité*, Paris, Editions PUF
- Mucchielli, A., 2013, *Je suis le nouveau chef...*, Paris, Editions Maxima
- Mucchielli, R., 2013, *Le travail en équipe*, Paris, Editions ESF
- Muller, J.-L., Burckel, M.-F., 1999, *Encadrement hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir*, Paris, Editions Masson
- Nicolescu, B., 1996, *La transdisciplinarité*, Monaco, Editions du rocher
- Pastré, P., 2006, « Apprendre à faire », p. 109-121, In Bourgeois, E., Chapelle, G., *Apprendre et faire apprendre*, Paris, Editions PUF
- Perrenoud, P., 2001, *Développer la pratique réflexive dans le métier d'enseignant*, Paris, Editions ESF
- Piquet, A., 2009, « Guide pratique du travail collaboratif », http://www.a-brest.net/IMG/pdf/Guide_pratique_du_travail_collaboratif.pdf
- Rapport de l'Inspection Générale des Affaires Sociales (IGAS), 01/03/14, « Les formations paramédicales : Bilans et poursuite d'intégration dans le processus de la réforme LMD », http://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/RM2013-129P_-_TOME_1_formations_paramedicales.pdf

- Rapport du Service Public Territorial de Santé (SPTS) et du Service Public Hospitalier (SPH), 18/04/14, « Développer l'approche territoriale et populationnelle de l'offre en santé », http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_Devictor_-_Service_public_territorial_de_sante2.pdf
- Rojot, J., 2003, *Théorie des organisations*, Paris, Editions ESKA
- Sainsaulieu, R., 1985, *L'identité au travail*, Paris, Editions Presses de Sciences Po
- Schön, D., 1994, *Le praticien réflexif : à la recherche du savoir caché dans l'agir professionnel*, Paris, les Editions Logiques
- SERFA, « Diplôme d'Université Soins Infirmiers en Rééducation – Réadaptation », <http://www.serfa.fr/telecharger.html?cid=28&fid=31&id=44>
- Thevenet, M., 2012, *Le travail, ça s'apprend !*, Paris, Editions Eyrolles
- Tricki, M.-P., 2014, « Formation continue et compétences – contribution à l'articulation du projet individuel et du projet collectif à l'hôpital » p. 145-169, In Demol, J.-N., Guillaumin, C., *Former et prendre soin*, Paris, Editions L'Harmattan
- Velot, J.-P., 2003, « Cadres de santé, du groupe à l'équipe », Mémoire d'obtention du diplôme de cadre de santé, IFCS Croix-rouge Paris
- Wolton, D., 2009, *Informer n'est pas communiquer*, Paris, Editions CNRS
- Zarifian P., 1998, *Travail et communication : essai sociologique sur le travail dans la grande entreprise industrielle*, Paris, Editions PUF

Tables des illustrations

Schéma n°1 : <i>Les caractéristiques d'une équipe</i>	54
Schéma n°2 : <i>La tâche coopérative : un ensemble de sous tâches différentes réalisées en équipe</i>	65
Schéma n°3 : <i>La tâche collaborative: la même pour tous et réalisée par tous</i>	66
Schéma n°4 : <i>Processus de négociation</i>	70
Schéma n°5 : <i>De la Communication à la Collaboration</i>	76
Schéma n°6 : <i>Continuum des relations entre les disciplines</i>	83
Schéma n°7 : <i>Dynamique de l'ingénierie de la formation</i>	98
Schéma n°8 : <i>Comparatif des deux types d'approches organisationnelles au sein d'une organisation de soins</i>	100
Schéma n°9 : <i>Interdépendance des quatre étapes de la démarche d'ingénierie de la formation</i>	101
Schéma n°10 : <i>Influence des facteurs externes et internes sur le rôle de l'acteur</i> .	104
Schéma n°11 : <i>Illustration de la démarche réflexive</i>	111

Tables des matières

PREAMBULE.....	1
INTRODUCTION GENERALE	3
PREMIERE PARTIE : « A l'écoute du terrain »	7
CHAPITRE 1 : Recherche et méthodologie : un partage d'expériences	8
1. Choix de la méthode	8
2. Choix de l'outil de recueil de données	8
3. Choix de la population interrogée	9
4. Choix de la méthode d'entretien et de l'analyse	9
CHAPITRE 2 : Trois premières rencontres dans l'inconnu	12
1. Entretien n°1.....	12
2. Entretien n°2.....	13
3. Entretien n°3.....	13
4. Analyse croisée des entretiens.....	14
5. Synthèse de la première série d'entretiens	19
CHAPITRE 3 : Trois nouvelles rencontres pour avancer	21
1. Entretien n°4.....	21
2. Entretien n°5.....	22
3. Entretien n°6.....	23
4. Analyse croisée des entretiens	24
CHAPITRE 4 : L'empirisme a une fin.....	39
1. Une 3 ^{ème} série d'entretiens avortée.....	39
2. Un constat récurrent : un cloisonnement des cadres de santé	40

DEUXIEME PARTIE : « A la rencontre d’auteurs »	42
CHAPITRE 5 : Le monde de la santé aujourd’hui	44
1/ La loi « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » du 21 Juillet 2009	45
2/ La fonction de cadre de santé aujourd’hui : « <i>une position difficile entre soins et management</i> »	46
3/ Une rémunération basée sur l’activité réalisée	48
CHAPITRE 6 : L’équipe.....	50
1. L’équipe, un groupe primaire avant tout.....	50
2. Définition de l’équipe	51
3. Caractéristiques de l’équipe.....	52
4. La cohésion de l’équipe	54
5. La taille et la composition de l’équipe.....	56
6. L’appartenance à l’équipe	58
CHAPITRE 7 : « Les 3C » : la communication, la coordination et la coopération	63
1. Coopération ou collaboration ?.....	63
2. Un champ sémantique en construction.....	66
3. Coopérer/collaborer : un don de soi à l’autre	68
4. Coopérer : donner, dominer, trahir.....	69
5. La coopération, une logique d’action identitaire et/ou calculatoire	71
6. La communication	74
CHAPITRE 8 : L’équipe pluri-professionnelle et ses enjeux identitaires.....	78
1. L’identité professionnelle.....	78
2. La culture professionnelle	79
3. Le mélange des cultures : entre représentations sociales et craintes de perte d’identité.....	80
4. Pluri, inter, trans-disciplinarité	82

CHAPITRE 9 : Point fixe : problématique et hypothèses.....	87
TROISIEME PARTIE : « Au cœur de la pratique professionnelle »	89
CHAPITRE 10 : Une projection sur un avenir proche	90
1. Une construction identitaire.....	90
2. Le mémoire de fin d'études	92
3. La collaboration interprofessionnelle, un sujet d'actualité	93
CHAPITRE 11 : Au cœur de la transdisciplinarité, l'ingénierie de la formation	97
1. L'ingénierie de la formation, une construction professionnelle.....	97
2. L'approche organisationnelle fonctionnelle : un changement de paradigme	99
3. L'analyse, une étape primordiale.....	102
4. La conception, le lien entre intention et réalisation	105
5. La réalisation de l'action de formation.....	108
6. L'évaluation de l'action de formation : une étape sans fin.....	113
CONCLUSION GENERALE	117
Glossaire.....	121
Bibliographie	122
Tables des illustrations.....	129
Tables des matières.....	130
Annexes	133

ANNEXES

Analyse des entretiens C1 à C3

Catégories	C1	C2	C3
DIFFICULTES			
Coordination / interdisciplinarité	« les collègues cadres infirmiers avaient envie de tout sauf que je change des choses ou que je mette des contraintes supplémentaires par rapport aux équipes soignantes »	« c'est un problème de travailler en interdisciplinarité » ; « les aides soignantes ne descendent pas voir le patient sur le plateau technique » ; « le système de l'organisation des secteurs et des plannings actuels n'est pas faisable » ; « c'est difficile à tout le monde de s'y retrouver » ; « la culture du chef de service(...)donne la place a chacun »	« il y a une bonne collaboration là » ; « ça permet (...) d'assurer un peu de cohésion » ; « j'aurais bien aimé que [les aides soignantes] aillent voir les rééducateurs » ; « Je crois qu'il y a des moments qui sont perdus ou on pourrait justement faire quelque chose en collaboration d'équipe » ; « Ici, il n'y a pas tellement de collaboration entre les kinés et les ergos »
Fonctionnement / cultures différents	« on ait pas les mêmes problématiques au quotidien » ; « on a 4 cadres qui s'occupent des services d'hospitalisation et 1 cadre qui s'occupe du plateau technique » ; « Sur le plateau technique, je suis toute seule »	« la culture soignante n'est pas la même que celles des rééducateurs (...) de par la formation au départ » ; « on ne voit pas les choses de la même façon » ; « on n'a pas les mêmes problématiques » ; « c'est vraiment deux mondes séparés » ; « c'est le monde de la rééducation qui est ainsi »	« le jargon kinésithérapique [que les aides soignantes] ne comprennent pas toujours » ; « elles ne savent pas ce que c'est que la rééducation » ; « il y a le travail infirmier-aide soignant et de l'autre côté les rééducateurs : ça ne peut pas marcher » ; « Ni les soignants, ni les rééducateurs n'iront les uns vers les autres, jamais »
Communication	« plus moyen de discuter » ; « elles doivent négocier entre elles » ; « je refusais de participer aux réunions de dispatchage » ; « j'ai appris à être fine dans la négociation »	« les problèmes viennent de la communication » ; « un problème de communication » ; « le rôle du cadre est [d']établir une communication adaptée » ; « chacun occulte ce qui est fait dans [l'autre] étage »	
Reconnaissance	« vous faites mal votre travail »	« beaucoup de reconnaissance aux rééducateurs » ; « [les aide soignantes] se sentent frustrées » ; « les infirmiers et les aide soignants ne trouvent pas leur place » ; « des infirmiers et des aides soignants qui doivent être prestataires : ça n'entre pas dans leurs valeurs au départ, c'est le problème de la non reconnaissance » ; « on va mettre en priorité la rééducation »	« ça permet justement d'assurer (...) la valorisation des personnels »

Prise en charge du patient	« Il y avait des défauts de prise en charge des patients »	« le patient qui ne veut rien faire en chambre (...) mais il marche tout seul, il fait ça sur le plateau technique »	« [Le patient] voit que tout le monde parle le même discours, connaît les mêmes choses » ; « Ah bon chez vous il marche ? Chez moi pas du tout » ; « il faut mettre le patient au centre, il ne faut pas l'oublier »
Absentéisme	« gros soucis de gestion des plannings » ; « [pour] que tel ou tel agent vienne faire le remplacement » ; « je n'ai pas de personne qui peut venir suppléer »	« Ici ce n'est pas réalisé faute d'effectifs et de moyens »	« on a beaucoup de problèmes d'effectifs en termes d'IDE et d'aides soignantes »
Relations pluridisciplinaires	« les relations sont cordiales même si elles ne l'ont pas toujours été »	« il y a la guerre entre les aide soignants et les kinés » ; « on a beaucoup plus de problèmes avec les kinés »	« Je trouve que chacun travaille pour son propre compte »
LEVIERS			
Recherche d'amélioration de la communication et des échanges	« j'ai appris (...) à ne plus aborder les problèmes de fond »	« [Il faut] essayer d'améliorer la communication » ; « on essaye d'apporter des solutions aux problèmes » ; « j'ai mis en place (...) des groupes d'expression avec les thérapeutes » ; « demander aux infirmiers et aide soignants arrivant de venir 2 jours sur le plateau technique » ; »d'avoir un lien plus direct géographiquement au plateau technique »	« il va prendre le téléphone et demander pourquoi ce patient n'a pas été pris » ; « il y avait des échanges entre les professionnels, ils n'avaient plus peur de venir sur le plateau » ; « au niveau infirmières ça passe très bien avec les rééducateurs » ; « Pour qu'il y ait encore de la communication entre les soignants et les rééducateurs, tous mes kinés étaient dispatchés » ; « au lieu de critiquer, c'est de faire avec eux »
Implication et valeurs des soignants		« former des levers binômes aides soignants avec (...) kiné »	« les soignants sont très attentifs aux horaires de PEC » ; « il y a toujours une personne qui assiste au tour de rééducation » ; « aller justement aux cours interprofessionnels(...)pour apprendre encore d'autres choses »

Analyse des entretiens C4 à C6

LA COOPERATION DES EQUIPES EN INTERDISCIPLINARITE			
Catégories	C4	C5	C6
Interdisciplinarité et collaboration/ coopération	« Généralement [rééducateurs et AS-IDE] s'arrangent entre eux » ;	« Les collaborations autour d'un patient doivent évoluer aussi en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient et ce sont les soignants au quotidien qui peuvent en voir l'évolution » ; « c'est très compliqué ; c'est pour moi ce qu'il y a de plus compliqué à mettre en œuvre dans les équipes de rééducation, mettre en œuvre et maintenir l'interdisciplinarité et les collaborations professionnelles » ; « Pour moi l'interdisciplinarité ne s'improvise pas » ; « Des objectifs communs, des objectifs partagés ca peut être un levier » ; « Des discussions, des questionnements sur l'autonomie, sur les actes de la vie quotidienne (...) sont des leviers pour actionner l'interdisciplinarité »	« Certains domaines comme la prise en charge de la douleur amènent plus de monde. La on a besoin de tous les acteurs. Il y a certains thèmes comme cela, qui permettent une unification de toutes les personnes » ; « tu travailles pour tout le monde et c'est super intéressant de pouvoir confronter des avis différents, des points de vue différents » ; « Il y a besoin des uns et des autres. Les infirmières ont besoin de connaître, et les aides-soignantes, si le patient fait des fausses routes ou pas, donc l'orthophoniste est hyper demandé. Et en plus elle fait bien passer ses messages. Ca se passe très bien. Mais c'est vrai, c'est écrit, il y a des recommandations »
Communication et échanges	« Il fallait qu'il y ait plus de communication entre les kinés et les AS » ; « [La cadre de soins] a fait une communication, une information dans son service pour essayer de communiquer mais c'est pas pour cela que ça marche » ; « La communication s'est bien mais ça ne marche pas toujours » ; « j'ai essayé de mettre en place une communication avec le nouveau médecin chef de service mais ce n'est pas facile »	« Pouvoir prioriser les informations qui sont données, sur celles qui ont un impact sur la prise en charge globale et qui intéressent tout le monde » ; « un langage commun, des temps partagés d'échanges (...) un moment donné ou on se pose et on écoute ce que l'autre a à dire sur la prise en charge » ; « les rééducateurs souvent (...) partagent leur temps de coupure (...) ca permet de créer du lien et de faciliter les échanges »	

Coordination	« On a essayé de faire quelque chose qui réponde aux attentes des 2 services » ; « Il n'y a pas moyen que [les kinés] interviennent en traumatologie parce que les toilettes ne sont pas faites »	« Il y a des moments forts dans la prise en charge où les 2 cadres doivent être présents (tour médical, temps de synthèse, ...) pour que l'information passée soit la même » ; « [le médecin] a un rôle, comme les cadres, de coordinateur : il coordonne l'ensemble des interventions auprès du patient. Il les priorise quand cela est nécessaire » « Les médecins, autant dans leur rôle de prescripteur ca va, autant dans leur rôle de coordonnateur c'est plus complexe » ; « ca devient intéressant quand la coordination se fait entre les médecins, les cadres et les équipes » ; « Autour de la prise en charge du patient, il faut que les cadres partagent » ; « une organisation qui permet de respecter les contraintes de chacun	« C'est vrai que les rééducateurs sont souvent dérangés pendant les soins en chambre. L'infirmière passe et dit « j'en ai pour 2 minutes, je vérifie la SAP ». Le rééducateur lui répond « oui mais le patient était concentré, là il est déconcentré ». Alors où ca se règle entre professionnels. En général c'est comme ca. »
--------------	---	---	--

L'EQUIPE			
Catégories	C4	C5	C6
Appartenance équipe	« Je pense que si on avait un kiné qui était affecté dans le service, cela se passerait de façon totalement différente »	« Ceux qui appartiennent à une équipe ne voudraient jamais aller travailler dans l'autre équipe » ; « il y a un sentiment d'appartenance, un sentiment d'identification » ; « il y a un sentiment d'appartenance à un groupe » ; « C'est des repères peut être pour les professionnels. On se met un cadre sécuritaire dans le travail »	« les ergos, les kinés des courts séjours sont invités dans les services. Après, nous les repas, les anniversaires on les fait entre nous. Alors en SSR Neurologique c'est un peu particulier. C'est un SSR de 24 lits, et donc une petite équipe, sur 2 étages, mais c'est un bâtiment complètement dédié à ces patients en fait. Les anniversaires se font avec les rééducateurs et l'équipe soignante. Même moi je me sens à l'écart. C'est plus la cadre infirmière qui... c'est un vraiment un petit service. Et en plus les infirmières, il y a deux étages, mais elles ne sont pas dédiées au rez-de-chaussée ou au 1 ^{er} . Tout le monde se connaît. Je crois que se voir physiquement c'est important. C'est le côté humain qui fait que... On a beau mettre des règles, même si il en faut des règles écrites, mais il faut le côté humain, et de se voir. »

Lieu géographique		« En MCO (...) le kiné n'a pas forcément de salle (...) et va partager le même lieu de transmission que les IDE et AS, donc il va peut-être être un peu plus inclus dans la vie du service » ; « en MCO il y a plus d'échanges » ; « la proximité joue un rôle là » ; « En MCO, c'est souvent le même kiné qui y va » ; « le nombre d'interlocuteurs à une importance » ; « La localisation, l'identification géographique, le lieu d'activité a peut être un impact sur la collaboration interprofessionnelle » ; « il partage le même lieu d'exercice que sa collègue IDE ou AS (...) face aux mêmes contraintes environnementales »	« A force de voir les gens physiquement ils se connaissent. Les gens apprennent à se connaître aussi »
-------------------	--	--	--

FACTEURS CONTEXTUELS			
Catégories	C4	C5	C6
Fonctionnement différent	« Je pense que (...) c'est la méconnaissance de notre mode de fonctionnement (...) qui nous pénalise » ; « en tant que service transversal, on arrive dans un service qui a son mode de fonctionnement » ; « on a toujours l'impression d'arriver avec nos gros sabots dans un service et de parasiter leur fonctionnement, alors qu'on est là pour travailler ensemble »	(Voir 1 ^{er} grand paragraphe) « Les équipes de soins infirmières et aides-soignantes n'ont jamais les mêmes horaires que les équipes de rééducation donc elles ne partagent pas les mêmes temps, ont moins de possibilités d'échanges informels »	« Ils ne comprennent pas que le kiné qui va remplacer a en plus un autre secteur. C'est toujours le problème d'incompréhension du fonctionnement de l'autre » ; « Après c'est en écrivant des procédures. Comme ça on fait connaître notre fonctionnement (...) C'est expliquer notre fonctionnement, faire passer des messages » ; « il n'y a pas cette problématique là au niveau des rééducateurs ; là, il faut tout de suite (...) Ils me disent « toi ça va tes professionnels t'as pas tout ça, pas de gestion des plannings »
Absentéisme et charge de travail	« Quand la demande est trop importante, je suis parfois obligé de prioriser » ; « [le week-end] on ne pouvait pas prendre en charge tous les patients »		« L'idéal c'est assister à des séances. Le problème c'est l'absentéisme, le manque de temps. » ; « Dans certains services (...) il y a un fort taux d'absentéisme » ; « Nous en rééducation quand il y a un arrêt maladie, on se débrouille, on s'organise autrement. On répartit les patients autrement »

FACTEURS PERSONNELS			
Catégories	C4	C5	C6
Valeurs		« la base c'est qu'il faut qu'il y ait une envie des professionnels à travailler [en interdisciplinarité] » ; « Si il n'y a pas d'envie derrière de s'intéresser à ce que l'autre fait, ça va être un soufflé qui va très vite retomber » ; « Il faut se faire confiance quand on a une collaboration étroite entre cadres » ; « Il faut apprendre et connaître, avoir envie de découvrir le métier de l'autre pour pouvoir travailler avec l'autre » ; « C'est une question de personnalité, de motivation professionnelle, d'implication » ; « La collaboration entre cadres, cadre infirmier et cadre de rééducation, si on prend ces 2 aspects là, c'est la confiance, le respect (...) et l'exemplarité » ; « C'est aussi au professionnel qui ne comprend pas à se questionner , à se renseigner, à s'interroger »	« Ca dépend qui. Il y a des infirmières plus sensibilisées à la rééducation que d'autres » ; « Il faut aller par les gens qui sont demandeurs pour attirer les autres »
Personnalité	« le dialogue est difficile parce que ça dépend des AS qui sont un peu bornées en traumatologie (...) d'autres vont facilement l'entendre et s'adapter »	« En MCO, c'est vraiment la personnalité du rééducateur qui va faire qu'il va s'intégrer au projet de soins du patient » ; « Pouvoir travailler avec son collègue cadre de santé, je pense à un moment donné qu'il y a le facteur humain et personnalité qui intervient »	« En fait c'est une question de personnalité je pense »
Relations	« La relation est très bonne entre les kinés et les ergos » ; « ils travaillent vraiment bien ensemble »	« les relations interpersonnelles vont avoir un impact sur les relations interprofessionnelles probablement »	« Quelques fois j'ai plus de conflits entre deux kinés ; je pense que c'est une question de personnalité »
Pouvoirs	« J'ai régulièrement des retours incendiaires du médecin chef de service qui me reproche de ne pas prendre ses patients	« je pense qu'il peut y avoir des jeux de pouvoirs » ; « Si une décision doit être prise pour un patient qu'est ce qui va être prioritaire ? Le point de vue des rééducateurs ? Le point de vue des soignants ? » ; « Dans les services de rééducation (...) le positionnement des rééducateurs est fort et ce n'est pas forcément un positionnement qu'ont	« Ca dépend des équipes qui sont la le matin. Quelque fois c'est une a deux personnes qui fait... il suffit d'une personne qui fasse la loi et c'est ... » ; « auparavant il y avait une kiné qui défendait un peu trop sa place et il y avait souvent des heurts, des mini-conflits avec certaines infirmières et aides-

et gestion de conflits		l'habitude de vivre les infirmiers et aides-soignants » ; « il peut y avoir des jeux de pouvoirs entre les professionnels, puis entre les cadres » ; « il faut pouvoir même si on a des avis différents ou des types managériaux différents, respecter le positionnement de son collègue » ; « il y a des médecins qui vont exiger des professionnels de n'utiliser que les termes professionnels et de ne pas partir dans des explications trop simples »	soignantes » ; « En général on règle ça entre cadres. Jusqu'à présent il n'y jamais eu besoin de faire appel a la cadre sup » ; « C'est vrai que parfois les médecins se mêlent et dépassent un peu leur rôle. Ils veulent gérer un peu des fois...le pouvoir médical » ; « nous on est entre le côté administratif à la direction et les médecins » ; « il y aussi certains professionnels qui se sentent dépossédés de leur cœur de métier. Donc une crainte »
------------------------	--	--	--

FACTEURS CULTURELS			
Catégories	C4	C5	C6
Culture professionnelle	« Pour moi on est tous soignants »	« Il y a un langage qui est commun » ; « Il y a le métier qui est commun, la formation qui est commune » ; « il y a une compréhension plus rapide du langage professionnel et des objectifs » ; « il y a la base quelque chose de partagé » ; « kinés et ergos ont déjà une formation commune dans la prise en charge du handicap moteur » ; « comprendre ce que son collègue dit (...) c'est primordial, sinon ça n'a pas de sens » ; « c'est comme si (...) on parlait japonais et personne ne comprend le sens » ; « Pour la personne qui parle c'est de s'assurer qu'il ait été compris »	« Dès notre formation, on est séparés en fait. On a appris de telle manière et les infirmières ont appris de telle manière » ; « Et puis les études infirmières c'est très hiérarchie. Elles ont l'habitude en formation d'avoir une hiérarchie. Elles sont très règles, ont plus de rigueur » ; « Ils me disent « nous aussi on est soignants ». C'est vrai que moi je dis rééducateur pour que le langage soit plus facile mais ce sont des soignants en fait. Donc ils revendiquent ce côté soignant » ; « En cours on nous dit pour telle pathologie, vous pouvez faire ça, ça ou ça. On a plein de tiroirs et on essaye. Infirmier, on a un soin : hygiène, tac c'est ça. J'ai une injection à faire c'est ça. Une prise de sang c'est ça. Elles ne comprennent pas notre côté « autre ». Donc dès la formation. On devrait être mélangés quelques fois. En plus c'est intéressant »
Représentations et méconnaissances	« Parfois j'ai l'impression que les rééducateurs ou les internes ont du mal à faire la différence entre le rôle du kiné et de l'ergo » ; « Des fois j'essaye d'expliquer	« C'est important de comprendre et de connaître le métier de chacun » ; « c'est une question qui se pose pour tous les paramédicaux, tous les intervenants qui gravitent autour du patient et même parfois l'équipe médicale » ; « un de leviers de la collaboration, c'est la connaissance	« Quelque fois j'entends dire les aides-soignantes dire « Oh la la les rééducateurs ont le temps. Nous on fait de l'abattage ». Mais c'est l'impression qu'ils ont le temps. C'est leur séance de rééducation, c'est leur travail » ; « La maintenant elle se retrouve dans un SSR polyvalent, donc

Représentations et méconnaissances	qu'on a pas les mêmes tâches » ; « Je pense que l'équipe ne connaît pas toujours très bien notre travail » ; « Ma cadre sup ne connaît pas forcément très bien le métier de rééducateur » ; « j'ai fait un article (...) pour expliquer notre rôle »	des métiers de chacun » ; « ce qui n'est pas simple, car on a tous l'impression de savoir ce que l'autre fait » ; « on se fait tous sa petite croyance de ce que l'autre fait ou quelles sont ses compétences, de ce qu'il fait auprès du patient »	il y a des réunions pluridisciplinaires hebdomadaires, avec les médecins, et la elle découvre le travail des kinés, des ergos, des orthos. Elle va voir sur le plateau technique. Et elle me dit « avant je ne me rendais pas compte du travail des rééducateurs » ; « . Il faut de la patience avec certains et rester calme. Et le fait de rester calme, souriant, ça donne l'impression « vous avez le temps ». C'est mal compris en fait » ;
Reconnaissance	« L'impression d'être transparent, de ne pas être connu et reconnu dans l'établissement »	« Je crois qu'il y a une part de croyance [que] c'est plus gratifiant de travailler dans un service de MPR spécialisé que dans un service de MCO » ; « C'est vraiment des croyances et des stéréotypes que se font les gens. Il y a des rééducateurs qui vont avoir besoin de travailler avec un médecin de rééducation (...) pour avoir le sentiment d'être reconnu, parce que leur reconnaissance passe pour eux par le médecin ». « Il y a des professionnels pour qui la reconnaissance elle va venir des patients (...) d'autres auprès de la famille, de leurs collègues » ; « « La reconnaissance elle vient de là ou on la cherche »	« C'est vrai, les patients sont plus reconnaissants en SSR, parce qu'ils connaissent leur rééducateur, leurs habitudes. Ils progressent, on voit leur progression. Tandis que là, c'est un peu frustrant, parce que les patients sortent très rapidement. En même temps, comme je le disais tout à l'heure, en UNV il y a recommandations de bonnes pratiques. Donc la les rééducateurs sont reconnus parce que c'est écrit. Après ça dépend du médecin, des équipes. Mais oui il y a aussi une certaine reconnaissance »

Le travail quotidien entre cadres de santé :

Un lien de coopération et/ou de collaboration ?

Résumé : Dans un contexte socio-économique hospitalier difficile, une mutualisation des moyens et une organisation efficiente des services et unités de soins s'avèrent aujourd'hui plus que nécessaire afin de permettre de préserver la qualité des soins. Cependant, la collaboration n'est pas innée et de nombreuses difficultés entravent la transdisciplinarité. Dès lors, nous nous sommes demandés en quoi et comment la collaboration entre cadres de santé allait permettre de favoriser la transdisciplinarité au sein des équipes soignantes. Nous avons décidé d'explorer cette question de départ à travers une méthode inductive, constituée d'entretiens, de lectures et de réflexions. Ces éléments nous ont permis de mettre en évidence de nombreux facteurs intervenant dans l'action collective au travail, comme la communication, l'identité et la culture professionnelle, afin que le groupe de travail devienne équipe soignante. C'est donc avec une démarche d'ingénierie de formation que nous avons tenté de répondre à cette problématique à laquelle les cadres de santé se retrouvent confrontés quotidiennement.

Mots clés : collaboration, coopération, équipe, identité, interdisciplinarité, transdisciplinarité

Daily work between Health managers :

A link of cooperation and/or collaboration ?

Abstract : In a tough socio-economic situation in hospitals, means mutualization and efficient organization structure of care departments and units is clearly required to maintain a high standard in quality of care. However, collaborative work is not intuitive and many difficulties hamper transdisciplinarity. Consequently, we wondered why and how a collaborative work between health executives would allow to promote transdisciplinarity amongst caregivers. We have decided to address this question using an inductive approach consisting in interviews, readings and thoughts. These allowed us to highlight several factors involved in the team work environment such as communication, professional identity and knowledge, so that each individual in the working team becomes an healthcare team. Thanks to an educational training process, we have attempted to stress out this question that healthcare executives are facing on a daily basis.

Key-words : collaboration, cooperation, identity, interdisciplinarity, team, transdisciplinarity