

**Institut de Formation des Cadres de Santé
GREFOPS Rennes**

**Université de Franche-Comté
UFR SLHS
Département des Sciences de l'Éducation – L3**

BROSSARD épouse DEBORDES Hélène

**Le cadre de santé : un pivot entre la structure hospitalière
et les partenaires extérieurs ?**

**Directeur de mémoire
Monsieur Jean-Philippe GUIHARD**

**Date de la soutenance
Le 25 juin 2008**

Année Universitaire : 2007-2008

**Institut de Formation des Cadres de Santé
GREFOPS Rennes**

**Université de Franche-Comté
UFR SLHS
Département des Sciences de l'Éducation – L3**

BROSSARD épouse DEBORDES Hélène

**Le cadre de santé : un pivot entre la structure hospitalière
et les partenaires extérieurs ?**

**Directeur de mémoire
Monsieur Jean-Philippe GUIHARD**

**Date de la soutenance
Le 25 juin 2008**

Année Universitaire : 2007-2008

Je remercie mon directeur de mémoire,
Monsieur Guihard,
pour sa grande patience et
pour m'avoir guidée
sur le chemin de la recherche.

Un grand merci aussi à ma famille
qui a été ma force durant tous
ces moments de remise en question.

*« Faire bien son travail ne suffit pas.
Encore faut-il être capable de faire bien ensemble,
être mobilisé sur un développement commun. »*

Renaud SAINSAULIEU

*« Se réunir est un début,
rester ensemble est un progrès,
travailler ensemble est la réussite. »*

Henry FORD

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	1
1.1	MON EXPERIENCE PROFESSIONNELLE.....	1
1.2	LA PROBLEMATIQUE	5
2	LE CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	8
2.2	PLURI OU INTER PROFESSIONNALITE ?.....	17
2.3	ARTICULATION ? COORDINATION ?	28
2.4	SYNTHESE DU CADRE CONCEPTUEL.....	38
3	LA METHODOLOGIE	39
3.1	LE RECUEIL DE DONNEES	40
3.2	INTERÊTS ET DIFFICULTES	45
3.3	LE TYPE D'ANALYSE.....	46
4	ANALYSE DES ENTRETIENS	47
4.1	LES QUESTIONS CONTEXTUELLES.....	48
4.2	AU SUJET DU CADRE DE SANTE.....	51
4.3	LA PLURIPROFESSIONNALITE AU TRAVERS DE LA COMMUNICATION.....	57
4.4	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	61
4.5	REPRESENTATION POUR LES CADRES DE SANTE DES MOTS ARTICULATION ET COORDINATION	65
5	SYNTHESE DE L'ANALYSE.....	70
5.1	LE CONTEXTE	70
5.2	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE ET L'INTERPROFESSIONNALITE.....	72
5.3	L'ARTICULATION ET LA COORDINATION.....	74
5.4	VERS UNE FUTURE FONCTION DE CADRE DE SANTE.....	75
6	CONCLUSION	78
7	BIBLIOGRAPHIE.....	84
8	TABLE DES MATIERES.....	87
9	ANNEXE 1	89
10	ANNEXE 2	91
11	ANNEXE 3	147
12	ANNEXE 4	150
13	ANNEXE 5	152

INTRODUCTION

1 INTRODUCTION

1.1 *MON EXPERIENCE PROFESSIONNELLE*

Depuis dix ans, mon expérience d'ergothérapeute en hôpital local m'a permis d'appréhender le monde du handicap mental et celui de la gériatrie. Au fur et à mesure, mes missions d'ergothérapeute sont devenues de plus en plus transversales, me permettant d'intervenir auprès des résidents au sein de l'institution, mais aussi à l'extérieur de l'hôpital.

Dans ce contexte, l'établissement a passé plusieurs conventions avec des partenaires extérieurs tels que la CRAM (Caisse Régionale d'Assurance Maladie) ou d'autres établissements comme les EHPAD (Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes). La possibilité m'a donc été offerte de réaliser des retours à domicile ou différentes autres interventions.

Un des projets voulu par le Directeur était de mettre en place, lors de l'agrandissement des bâtiments en 2004, et après une observation de la démographie du territoire, une *maison médicale* comme elle peut être définie dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le bâtiment aurait été juxtaposé au site de l'hôpital, avec une liaison directe couverte pour relier la maison médicale avec les services de radiologie, la rééducation, et les autres services présents sur l'hôpital.

Dans ce projet, le directeur de l'hôpital prévoit des emplois partagés entre l'hôpital local et les médecins libéraux afin de donner la possibilité aux médecins, qui sont peu nombreux au niveau du canton, de mutualiser leur temps de travail. Ce projet répond à une pénurie, très proche dans le temps, de médecins libéraux compte tenu de leur moyenne d'âge. L'idée est de pérenniser l'activité médicale sur le territoire. Cette *maison médicale* aurait pu évoluer en *structure de soins*, pouvant être une alternative à l'hospitalisation comme le décrit le décret du 2 octobre 1992 (annexe 3), permettant l'exercice du libéral au sein de l'établissement (avec une mutualisation des charges, les médecins deviennent salariés et ont une couverture sociale).

J'ai été surprise que le projet n'ai jamais pu voir le jour. En effet, les médecins n'ont pas été intéressés par la proposition faite par l'hôpital, alors que cela vient en contradiction avec la politique de santé actuelle préconisée par l'Etat, qui prône la continuité des soins pour un meilleur suivi du patient.

Si nous nous référons au SROS 3 (Schéma Régional d'Organisation Sanitaire) de la région où se situe l'hôpital local, il nous renseigne sur le fait que l'offre de soins en médecine de ville est inférieure à la moyenne nationale, quelques soient les catégories professionnelles (sauf pour les sages-femmes), mais surtout pour les médecins libéraux.

Il recommande l'articulation hôpital / ville autour de :

- La communication (courrier au médecin traitant),
- La consultation avancée (dans certaines spécialités),
- La concertation entre professionnels de santé libéraux et hospitaliers avec :
 - o La participation des hospitaliers à un ou deux réseaux,
 - o La participation des médecins libéraux aux staffs,
 - o La coordination autour des personnes âgées, soins palliatifs,
 - o Les réseaux spécialisés,
 - o Les réunions de coordination (surtout entre chefs de service, cadres et médecins traitant).

Nous voyons bien ici que le ton est donné quant aux liens existants ou à créer entre les services hospitaliers et la médecine de ville.

Un entretien avec le Directeur de mon établissement permet de remettre le projet dans son contexte. Il m'explique que ce projet s'adressait à de jeunes médecins pouvant envisager une évolution de leur situation libérale. Or les médecins du territoire ont déjà plusieurs années d'exercice libéral derrière eux, et ne sont sans doute plus dans la projection puisqu'ils arrivent en fin de carrière.

Pour enrichir le contexte de la situation sur laquelle se porte ma réflexion, une définition des objectifs des réseaux est donnée par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, loi qui abroge les anciens textes (circulaire du 4 juin 1991 qui crée les réseaux ville / hôpital pour les malades atteints du VIH et

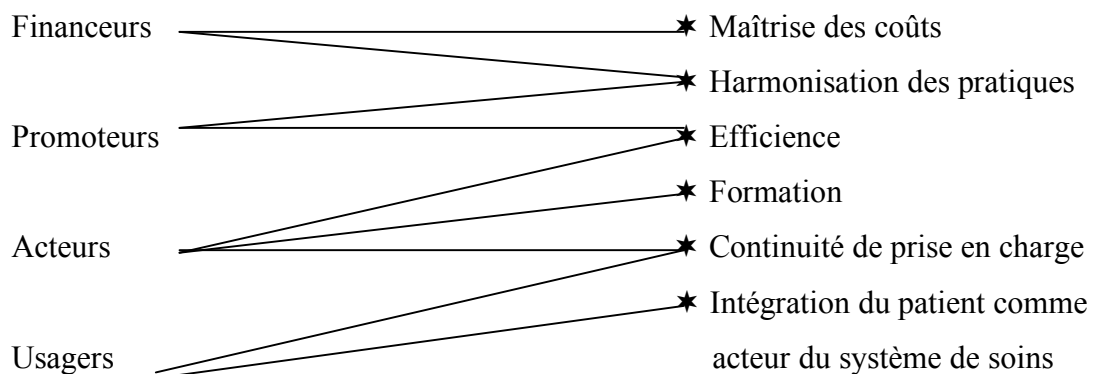
l'ordonnance de 1996 appelée « ordonnance JUPPE » portant réforme de l'hospitalisation publique et privée). Les objectifs des réseaux de santé sont :

- Favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire,
- Assurer une prise en charge adaptée aux besoins de la personne (qui comprend l'éducation à la santé, la prévention, le diagnostic et les soins),
- La possibilité de participer à des actions de santé publique.

Ces réseaux sont constitués entre :

- Professionnels de santé libéraux,
- Médecin du travail,
- Etablissements de santé,
- Centres de santé,
- Institutions sociales et médico-sociales,
- Organisations à vocation sanitaire ou sociale,
- Représentants des usagers.

Le cadre législatif reste pourtant flou, ce qui a permis aux différents acteurs des réseaux de se créer leur propre définition [20] :



Le PRSP (Plan Régional de Santé Publique) confirme la place des réseaux et leur coordination. Il préconise deux axes stratégiques qui peuvent être le fondement de la politique des réseaux :

- Favoriser les articulations ville / hôpital,
- Accompagner la politique de soutien à domicile.

Les finalités des réseaux de santé gériatrique rappelées dans la circulaire DHOS/DGAS du 16 septembre 2004 préconise entre autre de « renforcer le lien ville / hôpital pour garantir la continuité et l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaire des personnes âgées ».

Cette situation me permet d'affiner mon questionnement qui se porte sur les liens qui peuvent exister entre les activités internes de l'hôpital et l'extérieur.

Ainsi, construire un réseau, « cela suppose un engagement commun, c'est-à-dire une confiance en l'autre, quel qu'il soit, famille, service, autres institutions, usagers lui-même. Cela suppose une confiance réciproque des intervenants les uns vis-à-vis des autres, un véritable décloisonnement de pratiques fermées, une ouverture sur le monde. Les besoins des uns ne sont pas forcément ceux des autres. Les modes d'interventions peuvent se succéder sans jamais se trouver contradictoires, et si par hasard ils l'étaient, ces contradictions peuvent se résoudre dans une recherche commune de dépassement, pour le bien même de l'utilisateur. » [2]

Ainsi, un réseau permet de « découvrir ou redécouvrir l'intérêt d'un travail collectif, autour de questions clés qui réunissent et tissent de nouveaux liens,... » [2]

Pourquoi les médecins n'ont-ils pas été intéressés par la proposition faite par l'hôpital local ?

Parallèlement, se crée sur l'hôpital un GCSMS (Groupement de Coopération Social et Médico-Social) qui permet de mettre à disposition, auprès d'établissements payant une cotisation, des personnels techniques de l'hôpital local tels qu'ergothérapeutes, diététiciens, hygiénistes, techniciens,...

Dans le cadre de ce projet, je suis intervenue en tant qu'ergothérapeute auprès de plusieurs EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes), en tant que formatrice en manutention des malades auprès des équipes, mais aussi – en lien avec le décret n° 86-1195 du 21 novembre 1986 fixant les catégories de personnes habilitées à effectuer des actes professionnels en ergothérapie, émis par le ministère des affaires sociales et de l'emploi, et précisant que les « actes professionnels peuvent, le

cas échéant, être assortis d'actions sur l'environnement » – sur la technicité d'adaptation matérielle auprès des résidants et le conseil architectural concernant les bâtiments.

Ces interventions demandaient de travailler en lien avec plusieurs partenaires : les équipes présentes sur les différentes structures, la hiérarchie (souvent le Directeur de l'EHPAD et les infirmières référentes) et les partenaires extérieurs (les médecins, les kinésithérapeutes libéraux, les prestataires extérieurs tels que les pharmaciens, les revendeurs de matériels orthopédiques,...).

1.2 LA PROBLEMATIQUE

Le lien commun à ces différentes expériences, et ce qui fait mon questionnement aujourd'hui, concerne l'organisation qu'une structure hospitalière possède en interne, dans la pluri ou l'interprofessionnalité, mais aussi vers l'extérieur avec des partenaires telle que la médecine de ville.

Si on s'en réfère à l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme d'état de cadre de santé (annexe 4), nous apprenons que : « La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. »

Ainsi, quelle place le cadre de santé peut-il prendre dans ces différentes relations ?

Ces expériences m'ont permis de découvrir que chaque profession a son mode de fonctionnement, un langage, une histoire et une culture différente. J'ai pu me rendre compte que les différents partenaires intervenaient autour d'un même patient mais qu'il était difficile de mettre en lien ces interventions. Ils travaillent autour et pour le patient mais de façon juxtaposée.

La pluriprofessionnalité peut être interprétée ici comme un obstacle à la fluidité de la communication. Chaque intervenant étant vacataire, il est présent dans l'établissement

à des horaires différents, les rencontres ne sont que très rares et informelles et il n'existe pas d'outil de qualité pour évaluer les prestations et assurer la continuité des soins. Si on reprend ce que dit Emmanuel Arnaud Pateyron, « La communication est censée être un moyen de motivation, de stratégie, voire de performance » [11]

Elle est très étroitement liée à la coopération et assure la créativité et la productivité du groupe au travail. Roger Mucchielli nous dit, à propos de la communication en entreprise : « Il est donc vrai de soutenir que les communications constituent un chaînon essentiel des relations humaines dans l'industrie, un levier important de l'efficacité globale de l'organisme collectif, un facteur de « moral » et un élément de paix social. » [8]

Ces réflexions me mènent donc à plusieurs questions :

- ❏ Quelle est la différence entre pluri et interprofessionnalité, pluri et interdisciplinarité ?
- ❏ Qu'est-ce qui pourrait permettre aux personnes de se rencontrer autour d'un même patient ?
- ❏ Comment faire pour que chaque professionnel garde son identité professionnelle et ne se sente pas lésé ?
- ❏ Quelle serait la place du cadre de santé dans un tel système ?
- ❏ Y a-t-il un intérêt à mettre en place un outil d'évaluation, de coordination ?

Ce questionnement vient enrichir la réflexion autour du fait que les établissements de santé actuellement ne peuvent plus travailler seuls et sont obligés de faire appel à des partenaires extérieurs, de créer un « réseau » autour d'eux qui vient appuyer leur activité.

Le SROS 3 décline des objectifs pour les réseaux existants comme suit :

- Décloisonner le système de santé entre la médecine de ville et l'hôpital,
- Assurer une prise en charge globale, coordonnée et accessible à tous,
- Accroître les compétences des acteurs par la formation et l'harmonisation des pratiques professionnelles,
- Développer des réseaux de santé autour des priorités régionales de santé.

Aujourd'hui, les actions menées dans le cadre du GCSMS manquent de liens. Plusieurs professionnels issus de l'hôpital local peuvent intervenir sur une même structure extérieure mais le lien n'est pas formalisé. Cette situation est identique lorsque se sont des partenaires extérieurs qui interviennent (kinésithérapeutes, médecins libéraux, pharmaciens).

On peut se poser les questions suivantes :

Pour que ce service proposé trouve une articulation efficiente, ne devrait-il pas être coordonné ?

Un cadre de santé ne pourrait-il pas trouver sa place dans cette coordination ?

Nous pourrions donc définir une question de recherche comme suit :

Afin de préserver une cohérence des soins, en quoi le cadre de santé peut-il être médiateur entre le milieu hospitalier et les partenaires extérieurs ?

Les hypothèses que je retiens pour continuer cette réflexion sont les suivantes :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

LE CADRE CONCEPTUEL

2 LE CADRE CONCEPTUEL

Afin de construire ce mémoire, et en nous référant aux hypothèses émises dans la première partie, nous allons balayer une série de concepts qui nous aideront à mettre en relief notre question de recherche.

Nous commencerons par *l'identité professionnelle* qui a besoin d'être définie afin de comprendre la *pluri (ou inter) professionnalité*, ce qu'elle apporte comme questionnements, comme richesse et comme obstacles. Ainsi, nous aurons des éléments pour déterminer la position du cadre de santé entre *l'articulation* et la *coordination*.

2.1 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Au cours de notre formation de cadre de santé, et plus particulièrement lors du stage qui s'est passé en entreprise, nous avons pu observer et expérimenter combien l'identité professionnelle était importante. Effectivement, immergés dans un monde méconnu et d'une culture professionnelle différente de la nôtre, nous avons pu vivre – dans une certaine mesure – la non reconnaissance de nos capacités, de nos atouts et de notre histoire (quelque fois tournée en dérision avec une représentation de l'hôpital très déformée).

Cette expérimentation permet de prendre conscience combien chacun a besoin d'être reconnu pour ce qu'il est – ou pense être – et ce qu'il apporte. Ainsi, en lien avec notre hypothèse de départ, nous allons décrire le concept d'identité professionnelle, et à travers elle, ce qu'est et ce que représente la reconnaissance professionnelle, utilisable par le cadre de santé dans son management.

2.1.1 Définir l'identité professionnelle

Si nous voulions donner une définition de l'identité, elle pourrait être « la reconnaissance de ce que l'on est, par soi-même et pour les autres¹ ».

Pour mieux appréhender ce concept, un éclairage historique peut être utile. Diffusée massivement dans les années 60 aux États-Unis, la notion d'identité est le reflet de la montée des minorités, mais elle peut être reliée aussi à la modernité et à l'individualisme. Elle a submergé en l'espace de quelques décennies l'ensemble des sciences humaines.

Qu'il s'agisse d'analyser des réalités aussi diverses que la psychologie des individus, les mutations des religions, les rapports hommes / femmes, les professions, la vie familiale, l'immigration ou les conflits ethniques, l'identité s'est imposée comme un mot magique [18].

Aux XVII^e et XVIII^e siècles, John Locke et David Hume² posent le problème de l'identité personnelle. John Locke s'intéresse à l'identité personnelle au travers de la mémoire. La personne a une identité propre parce qu'elle se souvient de ce qu'elle était les années précédentes. A cette époque, seule la philosophie répond à la question de l'identité.

Le sentiment de l'identité individuelle se diffuse progressivement au XIX^e siècle, dont une de ses manifestations pourrait être le romantisme.

Le psychologue Erik Erikson³, qui a suivi à Vienne les enseignements d'Anna Freud, popularise la notion d'identité dans les sciences humaines. En 1933, son départ pour les États-Unis va l'amener à découvrir l'école « Culture et personnalité » où il travaille en compagnie d'anthropologues sur le lien entre les modèles culturels d'une société donnée et les types de personnalité des individus qui la composent.

¹ <http://fr.wikipedia.org/wiki>

² John Locke (1632 – 1704) et David Hume (1711 – 1776): philosophes anglais

³ Erik Erikson (1902 – 1994): psychanalyste américain d'origine danoise

Pendant les années 30, Erik Erikson va alors travailler dans les réserves indiennes Sioux du Dakota du Sud et dans la tribu Yurok de la Californie du Nord.

En 1950, il publie *Enfance et société* où il met l'accent sur le rôle des interactions sociales dans la construction de la personnalité. Selon lui, l'identité personnelle se développe tout au long de la vie à travers huit phases auxquelles correspondent huit âges dans le cycle de la vie. La « crise d'identité » correspond à un tournant dans le développement de l'identité : la plus notable est celle qui se produit à l'adolescence.

Dans les années 50, le concept d'identité prend une grande importance dans le champ de la sociologie et de la psychologie sociale.

Les travaux d'Erving Goffman⁴ permettent de passer de la terminologie du soi à celle de l'identité. Cette même année, Peter Berger⁵ développe les théories des rôles et du groupe de référence.

Les années 60 voient en revanche un véritable basculement. C'est désormais au sujet lui-même de se construire. Alain Ehrenberg⁶ montre que cette quête de l'identité est éprouvante, ayant pour symptôme probable la dépression.

Dans les années 70, Rogers Brubaker⁷ note : « L'expérience qu'ont faite les Afro-américains de la « race » comme catégorisation imposée en même temps que comme auto identification a été déterminante non seulement à l'intérieur de ses propres limites, mais aussi en tant que modèle pour les revendications identitaires de toutes sortes, de celles qui concernent le sexe ou l'orientation sexuelle à celles qui sont fondées sur l'« appartenance ethnique » ou la « race » ».

Selon Michel Wieviorka⁸, la montée des identités culturelles est liée à la sortie de l'ère industrielle, qui entraîne l'apparition de nouveaux mouvements sociaux. A fin des années 70 ont commencé à s'affirmer différentes approches qui insistaient sur la fin du

⁴ Erving Goffman (1922 – 1982) : sociologue linguiste américain, d'origine canadienne

⁵ Peter Ludwig Berger (1929 -) : sociologue américain

⁶ Alain Ehrenberg (1950 -) : sociologue français

⁷ Rogers Brubaker: politologue et sociologue américain

⁸ Michel Wieviorka (1946 -) : sociologue français

mouvement ouvrier comme mouvement social, ceci dans un contexte de crise des institutions (services publics, école, justice...).

Dans les années 80 – 90, l'identité est devenue incontournable dans les recherches sur l'immigration, le nationalisme, la religion ou dans les travaux sur l'ethnicité.

Jean-Claude Kaufmann⁹ note ainsi dans *L'Invention de soi* : « L'identité est un processus marqué historiquement et intrinsèquement lié à la modernité. L'individu intégré dans la communauté traditionnelle, tout en se vivant concrètement comme un particulier, ne se posait pas de problèmes identitaires tels que nous les entendons aujourd'hui. »

L'identité tend à apparaître comme une essence, alors que les recherches en sciences sociales insistent toutes au contraire sur le fait qu'elle est une construction.

Nous voyons bien, au travers de ces quelques dates, que le concept d'identité personnelle est très lié à l'histoire des faits sociaux. Ceci nous permet de poser le contexte afin de mieux appréhender le concept d'identité professionnelle.

Pour Renaud Sainsaulieu¹⁰ [13], l'identité professionnelle se définit comme la « façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes ».

L'identité serait un processus relationnel d'investissement de soi, mettant en question la reconnaissance réciproque des partenaires, s'ancrant dans « l'expérience relationnelle et sociale du pouvoir ».

Claude Dubar¹¹[3] généralise l'analyse de Renaud Sainsaulieu avec la notion d'identité sociale. Il reconnaît avec lui que l'investissement dans un espace de reconnaissance identitaire dépend étroitement de la nature des relations de pouvoir dans cet espace et la place qu'y occupe l'individu et son groupe d'appartenance.

⁹ Jean-Claude Kaufmann (1948 -) : sociologue français de Rennes

¹⁰ Renaud Sainsaulieu (1935 – 2002) : sociologue français

¹¹ Claude Dubar : sociologue français

Le cadre théorique proposé par Renaud Sainsaulieu privilégie la constitution d'une identité professionnelle par l'expérience des relations de pouvoir. Pour Claude Dubar, l'espace de reconnaissance de l'identité sociale dépend très étroitement de la reconnaissance ou de la non-reconnaissance des savoirs, des compétences et des images de soi. La transaction entre, d'une part, les individus porteurs de désirs d'identification et de reconnaissance et, d'autre part, les institutions offrant des statuts, des catégories et des formes diverses de reconnaissance, peut être conflictuelle.

Aujourd'hui, la littérature parle beaucoup de crise d'identité professionnelle qu'il est possible de mettre en lien avec la crise d'identité sociale, elle-même en lien avec la crise générale de la société. Les individus sont en perte de repères. Cette crise identitaire prend forme au travers du concept de reconnaissance.

2.1.2 La reconnaissance dans l'identité professionnelle

Pour Paul Ricœur¹² : « il n'existe pas de théorie de la reconnaissance digne de ce nom à la façon dont il existe une ou plusieurs théories de la connaissance ».

Le docteur Elizabeth Font-Thiney¹³ nous dit : « Reconnaître, c'est connaître comme sien, il y a donc dans le terme cette action réfléchie, c'est-à-dire qu'on tient l'autre comme étant soi dans une relation d'altérité. La reconnaissance, action de reconnaître comme vrai, comme légitime, repose sur des jugements qui portent sur la capacité à faire, faire ce qui est prescrit, faire comme les autres et aussi faire bien, voire même mieux que les autres. » [15]

La reconnaissance vit à travers l'échange. L'autre va-t-il me reconnaître et m'accepter pour ce que je suis, pour ce que je veux être ? Ou bien va-t-il m'ignorer ? Va-t-il répondre de façon bienveillante ou agressive ? Ces à priori, où se mêlent inquiétudes et émotions, font partie des tendances archaïques enfouies chez l'être humain.

D'après Renaud Sainsaulieu [13], l'être humain est un être de désir et ce désir doit être reconnu par l'autre. L'enfant a besoin du regard de ses parents, le professeur existe

¹² Paul Ricœur (1913 – 2005) : philosophe français

¹³ Elizabeth Font-Thiney : médecin du travail officiant en inter entreprises

grâce à ses élèves. Que l'on cherche à être perçu comme leur semblable ou comme différent, les autres confirment notre existence. Il y a un lien très fort entre reconnaissance et identité. Le désir correspond à la nécessaire reconnaissance de soi pour accéder à l'identité. Ainsi, l'identité exprime la force que l'individu peut déployer pour se faire reconnaître comme détenteur d'un désir propre.

Notre identité se forge depuis notre naissance jusqu'à ce qu'on se réalise dans notre vie, au sein d'une famille mais aussi d'une profession. René Kaës¹⁴ [4] exprime que le groupe est un « instrument de socialisation qui assure la continuité et le passage entre le groupe primaire (famille), les groupes secondaires (groupes de pairs, groupes d'apprentissage, groupes de pression) et le « corps » social. C'est dans ces groupes que s'établissent et se transmettent les contrats qui organisent les savoirs communs, les idéaux partagés, les systèmes de défense et de protections mutuels. »

Pour Ali Abdelmalek¹⁵, l'identité peut être objective (par exemple, je suis ergothérapeute parce que j'ai le diplôme d'ergothérapie) mais aussi subjective (je me sent faire partie de la communauté des ergothérapeutes). L'identité est construite à travers une dimension éthique et morale – l'éducation nous apprend ce qu'on peut faire ou non – mais aussi par la frustration qui permet de solidifier l'identité dans l'apprentissage que les autres existent. Ainsi, l'identité commence là où l'identification cesse.

L'homme ne peut exister sans être reconnu comme appartenant à l'espèce humaine, à un groupe idéologique, politique ou professionnel. Michael Balint¹⁶ fonde sa théorie sur l'amour primaire et l'importance des contacts et des échanges avec l'environnement dès la naissance.

« Nous sommes ce que l'autre fait de nous »

¹⁴ René Kaës : psychanalyste et "élève" de Didier Anzieu, professeur à l'Université Lyon 2-Lumière

¹⁵ Ali Abdelmalek : sociologue et professeur à l'université de Rennes 2

¹⁶ Michael Balint (1896 – 1970) : psychanalyste d'origine hongroise, inventeur des « groupes Balint » de supervision

Le fait d'être reconnu dans son travail par ses pairs et sa hiérarchie procure une bonne estime de soi et procure à l'individu un bien-être. L'estime de soi est une nécessité dans notre société de plus en plus compétitive, et une donnée fondamentale de notre personnalité. Nous pouvons donc dire que l'identité se construit grâce à une double articulation entre identité pour soi (continuité ou rupture) et identité pour autrui (reconnaissance ou non reconnaissance).

Renaud Sainsaulieu [13] retient trois éléments importants dans la recherche de la reconnaissance de soi :

- Une vision anthropologique dans laquelle l'homme n'est pas qu'un être de calcul mais aussi un être de désir où se construit la personnalité de chacun,
- Une vision sociale où l'affrontement entre individus et groupe apparaît comme inévitable et nécessaire dans la mesure où c'est dans le conflit que se construisent les identités,
- Une perception des enjeux individuels, avec la notion de risque : « Dans la mesure où il y a affrontement entre pouvoirs inégaux, le sujet risque toujours de ne pas sortir vainqueur des luttes pour la reconnaissance, et c'est ainsi que le système de la personnalité est mis en jeu par l'univers du social... ».

Le rapport social dans lequel se jouent les moyens de reconnaissance se situe dans une régulation verticale entre la hiérarchie et les gens de métiers. La question de la reconnaissance ne peut trouver alors de réponses satisfaisantes sans prendre en compte l'ensemble du système social, dans la mesure où l'orientation de ce désir de reconnaissance n'est pas clairement explicitée : reconnaissance par les pairs, par la hiérarchie, l'entreprise, les autres groupes sociaux ?

Dans la lignée de Claude Dubar, Florence Osty¹⁷ pose la question de « la reconnaissance et de ses modalités ».

¹⁷ Florence Osty : chercheuse en sociologie pour le laboratoire interdisciplinaire pour la sociologie économique (CNRS – CNAM) et maître de conférence à Paris

Elle distingue trois scènes sociales complémentaires convoquées dans la compréhension des modes de reconnaissance au travail :

- La scène de l'acte au travail comme « espace d'autonomie productive », l'efficacité du geste professionnel agissant comme la reconnaissance de ses savoirs pratiques,
- La scène du collectif reposant sur une intercompréhension et une appartenance commune, autour d'un savoir partagé, légitimé par la relation hiérarchique,
- La scène de l'entreprise qui, au travers de ses règles d'organisation et de gestion, propose des modèles d'identification et d'intégration. C'est le volet institutionnel de la reconnaissance.

Nous voyons là que la reconnaissance se traduit dans plusieurs sphères et soulève la question de leurs liens respectifs. On pourrait alors conclure à une grande difficulté, voire à une impossibilité de procéder à une reconnaissance frontale, directe et objective du travail salarié.

L'expression claire des identités professionnelles de chaque membre d'une équipe ne pourrait-elle pas permettre à chacun de reconnaître l'autre, d'exprimer sa valeur et ainsi de trouver sa place ?

2.1.3 Le cadre de santé et l'identité professionnelle

La reconnaissance est très liée à la hiérarchie. C'est pourquoi le rôle du cadre de santé est majeur quant à la reconnaissance des personnes avec qui il travaille, qu'elles soient au ménage, à s'occuper des patients ou à travailler de nuit. Elle passe obligatoirement par le regard d'autrui dans le milieu du travail, par le regard de ses pairs, de la hiérarchie, et se construit dans le temps.

Sur le terrain, la reconnaissance la plus visible est celle de ses pairs. Le cadre de santé n'a pas toujours le temps de mesurer là où en est son équipe. Pourtant, il semble intéressant de s'arrêter sur quelques moyens possibles de reconnaissance de l'autre.

Au sein des transmissions ciblées, la communication peut être un acte de reconnaissance où les aides soignantes et ASH (Agent de Services Hospitaliers) peuvent s'exprimer, tout en contribuant à ce que le reste de l'équipe prenne en compte leurs observations.

Les entretiens annuels d'évaluation sont un autre outil permettant au cadre de santé de mesurer où en est l'agent. Afin de le responsabiliser et pour entretenir sa motivation, il peut aussi utiliser les délégations comme moyens faisant partis d'un management participatif. Une personne responsabilisée se sent exister face aux regards des autres.

Le salarié peut se sentir soutenu aussi au travers de ces regards. Cette notion de regard et de gratitude touche de près la notion de respect. Celui-ci permet non seulement de se sortir du processus de victimisation, mais permet également aux salariés d'exister sous le regard de l'entreprise et de ses représentants. Quelque fois, un simple « merci » suffit.

Le cadre de santé peut se servir aussi de la recherche afin de renforcer l'identité professionnelle, en se servant par exemple de l'analyse des pratiques professionnelles dont l'objectif sera de donner du sens à cette pratique. La formation continue de son équipe est également un moyen qu'il peut utiliser. Mais il est important qu'il s'ouvre aussi à la perception extérieure que les autres ont de la fonction de cadre et savoir changer de position afin de pouvoir être un médiateur professionnel de son équipe, coordonnateur des actions de son service.

En tout état de cause, le cadre de santé, selon son positionnement, est le garant des identités individuelles et professionnelles. C'est un enjeu relationnel qui privilégie la confiance et enfante la reconnaissance. Il doit permettre l'existence des individus au sein d'une équipe qui est souvent pluridisciplinaire, où les cultures et les différences se rencontrent et parfois s'affrontent.

2.2 PLURI OU INTER PROFESSIONNALITE ?

Notre monde évolue à toute vitesse, les nouvelles technologies en sont une preuve au quotidien. Le cadre de santé ne peut pas se reposer sur ce qu'il a appris il y a quelques années, il faut qu'il s'inscrive dans le changement et dans l'évolutivité de ses connaissances.

Depuis le début du XX^e siècle, la médecine a fait d'énormes progrès, permettant l'allongement de l'espérance de vie. De plus en plus de soignants gravitent autour du patient, de spécialités et d'horizons multiples. Ainsi, un même patient peut avoir à faire au médecin, aux aides soignants, infirmiers, rééducateurs, diététiciens,... Nous pouvons nous interroger sur le lien qui unit ces multiples intervenants. Sont-ils réellement existants ?

Avant de poursuivre notre réflexion, nous vous rappelons la première hypothèse posée :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Nous allons nous pencher sur quelques définitions en lien avec la disciplinarité, puis nous ferons le lien avec la professionnalité et plus précisément l'interprofessionnalité.

2.2.1 Quelques définitions

Ces quelques définitions vont nous permettre d'avoir un langage commun. Elles proviennent du Dictionnaire *Le nouveau Petit Robert*, Edition 2008, et ont été écrites entre 1950 et 1975. Nous les enrichirons de l'apport de quelques auteurs.

☞ Une *discipline* est « l'ensemble spécifique de connaissances qui a ses caractéristiques propres sur le plan de l'enseignement, de la formation, des

mécanismes, des méthodes et des manières¹⁸ ». Ainsi, à une discipline peut être apparentée plusieurs professions.

Si nous nous inspirons de l'article de Jean-Philippe Guihard sur la discipline [16], nous avons : « [...] si nous suivions les propositions du Robert ou de l'Enciclopedia Universalis, est « fouet utilisé pour se mortifier ou pour châtier, le châtiment qu'imposent les règles, la direction morale, les règles de conduites destinées à faire régner le bon ordre, la régularité,... » »

Ainsi, il nous offre une image de la discipline comme étant quelque chose de cadré, rigide, peu malléable, reprise par Edgar Morin: « Les disciplines sont pleinement justifiées intellectuellement à condition qu'elles gardent un champ de vision qui reconnaisse et conçoive l'existence des liaisons et des solidarités [...] Par exemple, la notion d'homme se trouve morcelé entre différentes disciplines biologiques et toutes les disciplines des sciences humaines : le psychisme est étudié d'un côté, le cerveau d'un autre côté, l'organisme ailleurs, tout comme les gènes, la culture, etc. Il s'agit effectivement d'aspects multiples d'une réalité complexe, mais ils ne prennent sens que s'ils sont reliés à cette réalité au lieu de l'ignorer. » [6]

🔗 *La pluridisciplinarité et la multidisciplinarité* sont équivalentes et veulent dire : « qui concerne plusieurs disciplines ou domaines de recherche ».

Les disciplines sont appelées comme spécialistes mais avec une juxtaposition des regards spécifiques à chaque discipline autour de la conception d'un projet commun. D'après Denys de Béchillon¹⁹ dans *Guerre et paix entre les sciences : disciplinarité, inter et transdisciplinarité* : « Ce procédé [...] maintient l'hétérogénéité des « points de vue » produit sur le même objet. ». Cela ne produit rien de neuf dans les méthodes, les problématiques et les théories.

🔗 *L'interdisciplinarité et la transdisciplinarité* sont également équivalentes et veulent dire : « qui concerne plusieurs disciplines, plusieurs sciences à la fois et qui traverse les frontières entre les disciplines ». Différentes disciplines se réunissent, affirmant

¹⁸ <http://fr.wikipedia.org/wiki>

¹⁹ Denys de Béchillon (1961 -): juriste français, professeur à l'université de Pau

chacune ses droits, mais créant aussi des échanges et des coopérations. D'après Denys de Béchillon : « Il s'agit cette fois d'une articulation des savoirs, qui entraîne, par approches successives, comme dans un dialogue, des réorganisations partielles des champs théoriques en présence. » Pour François Ost et Michel Van de Kerchove²⁰, la transdisciplinarité irait vers : « [...] la posture par laquelle on tente d'abandonner les points de vue particuliers de chaque discipline pour produire un savoir autonome d'où résultent de nouveaux objets et de nouvelles méthodes. Il s'agit cette fois d'une intégration des disciplines. »

Suite à la discipline, prenons la définition de pluriprofessionnalité et interprofessionnalité :

☞ *La pluriprofessionnalité* : Avec l'aide, là encore, de Jean-Philippe Guihard [17], nous pouvons dire que la pluriprofessionnalité est « la mise en commun de différentes spécialités, chacune gardant sa spécificité, ses compétences ». Elle garantit l'identité professionnelle car elle cloisonne, protège chacune d'elle.

☞ *L'interprofessionnalité* : Jean-Philippe Guihard nous éclaire en disant : « L'interprofessionnalité est la création d'une nouvelle entité constituée de différentes professions, cette entité n'étant pas formellement existante mais transcendante des différences et des modalités ».

Ainsi, la notion d'interprofessionnalité permet de penser les différents professionnels avec un espace d'action commun, un espace de langage et de compréhension qui leur permettent de ne pas être juxtaposés comme le sous-entend la définition de « pluriprofessionnalité », laissant en même temps de côté la sécurité que pouvait apporter cette définition quant à la préservation de l'identité professionnelle. Effectivement, l'infirmière, le kinésithérapeute, le médecin et les autres intervenants sont spécialistes dans leur domaine, et chacun apporte sa compétence dans un but commun : le bien-être et la qualité des soins apportés au patient.

²⁰ François Ost (1952 -) et Michel de Kerchove (1944 -) : juristes, in *Guerre et paix entre les sciences : disciplinarité, inter et transdisciplinarité*

Compte tenu que nous nous intéressons aux personnels paramédicaux, professions non reconnues comme des disciplines telles que la médecine, la gynécologie, la neurologie ou la psychiatrie, nous utiliserons de préférence la notion de professionnalité dans notre recherche. Afin d'approfondir ce domaine, la notion d'interprofessionnalité semble être la plus riche dans le questionnement que nous nous posons.

Effectivement, si on la relie à la notion d'interdisciplinarité, elle ouvre le champ de la possible traversée des frontières pour créer une entité commune. Nous utiliserons donc des concepts en lien avec l'interdisciplinarité qui nous semble très similaires à l'interprofessionnalité.

A ce stade du travail, nous pouvons nous poser la question de l'existence réelle de l'interprofessionnalité. Chaque intervenant agit auprès du patient avec sa spécialité mais tient aussi à garder cette spécificité. Peut-on alors parler d'interprofessionnalité ? Le cadre de santé n'a-t-il pas un rôle dans le lien à créer entre tous ces professionnels ? L'interprofessionnalité n'est-elle pas vide de contenu, d'actes, de sens ?

Si nous regardons d'un point de vue historique, l'organisation disciplinaire s'est instituée au XIX^e siècle avec la formation des universités modernes et s'est développée au XX^e siècle avec l'essor de la recherche scientifique. Ainsi, son histoire s'inscrit pleinement dans celle de la société.

Selon Edgar Morin : « Si l'histoire officielle de la science est celle de la disciplinarité, une autre histoire, qui lui est liée et inséparable, est celle des « inter-trans-poly-disciplinarités. » » [6]

Ainsi, en relation avec l'histoire des sociétés, et en particulier avec les guerres mondiales qui entraînent une migration de nombre de chercheurs qui se rencontrent, les frontières des disciplines sont bouleversées. L'« inter-trans-poly-disciplinarité » voit le jour, permet l'échange, la coopération et l'association autour d'un projet commun. Par sa motivation à trouver un langage commun, l'interdisciplinarité permet une meilleure coordination des actions menées autour du patient.

Il ne faut pas pour autant oublier de la remettre dans son contexte culturel et social. Blaise Pascal²¹ le disait déjà en son temps : « Toutes choses étant causées et causantes, aidées et aidantes, médiates et immédiates, et toutes s'entretenant par un lien naturel et insensible qui lie les plus éloignées et les plus différentes, je tiens impossible de connaître les parties sans connaître le tout, non plus que de connaître le tout sans connaître particulièrement les parties. »

Mais il est également intéressant de penser les disciplines en terme de « système ». Karl MARX dans *le capital* prend un exemple très parlant quand il dit : « L'abeille confond, par la perfection de ses cellules de cire, l'habileté de plus d'un architecte. Mais ce qui fait la supériorité de l'architecte le plus médiocre sur l'abeille la plus experte, c'est qu'il construit la cellule dans sa tête avant de la construire dans la ruche. » [5]

Ainsi, l'interdisciplinarité doit être une richesse pour les équipes mais surtout une richesse de sens. Elle suppose un dialogue et des échanges de connaissances, d'analyses, de méthodes. Cela doit passer par la mise en mots des projets, par l'explication de ses choix. Il faut changer notre regard sur les savoirs : d'un *objet* de connaissance, il faut passer à un *projet* de connaissance. C'est ce qu'Edgar Morin appelle le dialogue trinitaire entre la connaissance réflexive, la connaissance empirique et la connaissance sur les valeurs de la connaissance (métaconnaissance).

La pluriprofessionnalité reviendrait à morceler la prise en charge du patient, à tayloriser les différentes tâches... Néanmoins, si nous nous plaçons du côté de l'observateur, nous pouvons remarquer que le fonctionnement des institutions favorise plutôt la pluriprofessionnalité, au détriment de l'interprofessionnalité. Structurellement, un centre hospitalier est composé de plusieurs corps de métiers qui se subdivisent en services. Néanmoins, ce fonctionnement est basé sur une faible collaboration entre les différents métiers, ce qui induit des pertes de temps, d'énergie et des conflits. Cet état de fait serait peut-être dû à la prédominance d'une logique administrative qui crée entre les individus des liens fonctionnels, des statuts, des missions au détriment des rôles, des

²¹ Blaise Pascal (1623 – 1662) : mathématicien, physicien, philosophe, moraliste et théologien français, in *Guerre et paix entre les sciences : disciplinarité, inter et transdisciplinarité*

interprétations et de la place du sensible et de l'affect. Nous pouvons nous demander si ce phénomène ne risque pas d'être accentué par la mise en place des pôles de soins dans le cadre de la nouvelle gouvernance, séparant les spécialités et compliquant les possibilités de mise en commun. Ainsi, la notion d'équipe devient importante pour tenter de garder le sens du soin.

2.2.2 L'interprofessionnalité comme lien entre les hommes : la notion d'équipe

Un travail en équipe est synonyme de relations inter humaines qui sont essentielles au bon fonctionnement d'un service. C'est un réseau de liens vivants. Une équipe, comme un groupe, forment un tout, supérieur à la somme des parties. Nous nous intéresserons plus particulièrement ici aux équipes de soignants, équipes qu'un cadre de santé est amené à gérer.

Dans le domaine de la santé, l'équipe est porteuse de liens, de complexité, de système en interrelation. Elle représente un réseau de personnes auxquelles le patient peut se référer en cas de besoin. Elle est une équipe parce qu'elle a des actions à réaliser, des missions à remplir et ceci, ensemble.

D'après Paul-Henry Chombart de Lauwe²², « L'équipe est un ensemble de personnes liées par des inter relations, ayant une certaine conscience d'appartenance et une certaine forme de culture commune. Il n'y a pas seulement une adhésion, il y a des volontés et une acceptation d'adhésion. » [10]

On ne peut pas penser une équipe comme une simple addition d'êtres les uns à côté des autres. C'est un groupe, une totalité, où les êtres en faisant partie sont inter dépendants et apportent leurs compétences, leurs techniques, leurs engagements pour une complémentarité d'action. Ainsi, aucun membre de l'équipe ne doit être considéré comme secondaire. Cela nous renvoie à l'importance de faire attention à tous les membres d'une équipe, menés par un but commun. Cette organisation implique que les

²² Paul-Henry Chombart de Lauwe (1913 – 1998) : sociologue, précurseur de la sociologie urbaine

différents corps de métiers aient des rôles clairs et définis afin de donner du sens à la relation avec la personne soignée.

L'équipe n'est ni une famille, ni un groupe d'amis. Il n'y a d'équipe que de travail, que celui-ci soit manuel ou intellectuel. Victor Jacobson et Philippe Monello²³ distinguent le travail en groupe et le travail en équipe, le premier étant défini comme une structure à l'intérieur de laquelle se trouvent réunis des travailleurs de mêmes professions pour réaliser un même travail, le second étant défini par la pluriprofessionnalité : « le travail en équipe groupe des professionnels de catégories différentes, obligés de réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres. » [10] Nous pouvons remarquer que la notion d'articulation, que nous aborderons un peu plus tard dans notre travail, commence déjà à apparaître.

Pour reprendre la notion de groupe, Roger Mucchielli reprend quatre grands temps de construction d'un groupe [9] .

Le premier temps correspond au moment où le groupe se compose juste. Les individus ne se connaissent pas entre eux et chacun peut avoir des à priori sur l'autre. Le premier sentiment des personnes est l'angoisse, un sentiment de mal-être diffus, sans raison objectivement repérée. Les personnes sont en alerte, sur le qui vive. Il ne peut donc y avoir qu'un travail juxtaposé, sans reconnaissance de l'autre, ni partenariat. C'est le « groupe nominal ».

Un second temps est celui du développement de la confiance interpersonnelle. Le climat du groupe et son image sont les plus importants. Il est donc de bon aloi de se fondre à la majorité et d'être conforme à une image groupale. Les individus ne sont pas encore centrés sur la tâche. C'est le « groupe fusionnel ».

Dans un troisième temps, le groupe se centre sur la tâche à réaliser. Le niveau d'existence se centre sur un investissement personnel plus important. Chacun essaie de faire passer ses idées, de s'affirmer en tant qu'individu. Il se crée des sous-groupes et

²³ Victor Jacobson et Philippe Monello : auteurs de *Le travail social en équipe : les collaborations entre travailleurs sociaux de formation différentes*, 1970

des rivalités se développent, pouvant amener à des situations conflictuelles. Roger Mucchielli l'appelle le « groupe conflictuel ».

Le quatrième et dernier temps est le temps de maturité. L'hétérogénéité de chacun est prise en compte comme source de construction individuelle et communautaire. Les membres du groupe acceptent la différence des autres et se concentrent sur un objectif commun : la tâche à réaliser. La solidarité et les coopérations peuvent donc exister. Les sentiments forts qui ressortent sont la confiance et la coresponsabilité. C'est le « groupe unitaire » où se situe souvent les équipes.

Cette typologie permet au cadre de santé de repérer les groupes qui existent au niveau de ses interlocuteurs (équipe ou partenaires) et d'adapter ses stratégies en conséquence.

Nous pouvons donc dire que l'action d'équipe est la convergence des efforts et des travaux personnels pour la réalisation d'une tâche commune unique. Sa recherche va tendre vers l'harmonie du groupe et l'efficacité dans le travail. Pour cela, il faut que l'équipe s'approprie des notions telles que :

- La cohésion,
- La coopération,
- La cooptation,
- L'appartenance,
- La communication.

Par conséquent, « la confiance envers les partenaires est le premier ciment de la coopération voulue et entretenue. » [10]

Dans l'interprofessionnalité, il faut rappeler la complémentarité de l'équipe afin d'éviter son inefficacité. Néanmoins, le problème réside dans le nombre important d'acteurs soignants et la coordination de tous ces acteurs qui ont chacun la fâcheuse tendance à ne pas reconnaître le rôle de l'autre. Effectivement, comment peut-on parler de prise en charge globale du patient si les professionnels ne mettent pas en commun leurs compétences ?

Néanmoins, l'hétérogénéité peut être un vecteur de dynamisme, de créativité, de richesse. Comme le souligne Roger Mucchielli, « Les qualifications différentes accroissent l'interdépendance des membres et la complémentarité des interventions ; elles peuvent donc devenir, dans des équipes cohésives, un facteur d'efficacité et de progrès mutuel. » [10]

C'est pourquoi un langage commun permet de cimenter l'équipe et d'exprimer l'appartenance. Le bon fonctionnement d'une équipe exige donc :

- L'existence d'un réseau de communication (formel et informel),
- Aucun obstacle à la communication inter personnelle,
- L'acceptation par tous de la division du travail avec des postes bien définis,
- L'acceptation de la charge de travail et de sa distribution,
- L'existence d'une organisation et une structuration de l'équipe,
- L'acceptation d'une autorité d'animation, de coordination et de contrôle.

D'après Roger Mucchielli : « Toute la structure formelle [d'une équipe] est doublée de relations socio affectives nées de la commune motivation pour la tâche, de la confiance interpersonnelle et de la complète solidarité du groupe dans l'action. » [10]

Par conséquent, une équipe a besoin :

- D'une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions et non pas seulement selon le réseau constitué en vue de la tâche,
- D'une expression possible des désaccords et des tensions,
- D'une non mise en question de la participation affective au groupe,
- D'une entraide en cas de difficultés de l'un des membres,
- D'une volonté de suppléance d'un membre défaillant,
- D'une connaissance à priori des aptitudes, réactions, initiatives, de tous les autres par chacun,
- D'une division du travail après élaboration en commun des objectifs, et acceptation d'une structure si la tâche l'exige, et en fonction de la tâche.

Ce climat donne la possibilité à l'équipe de s'investir dans son travail avec plus de satisfaction des membres, car on sait que dans un groupe, quand chacun fait un pas en avant, c'est tout le groupe qui se met en mouvement.

Il est donc important pour le cadre de santé de bien connaître le fonctionnement de son équipe en tant que groupe. « Un groupe est initialement composé d'individus ayant chacun une histoire, une formation, des opinions, des croyances et des valeurs différentes. Ainsi, chaque individu a reçu une éducation propre transmise par ses parents, par son école, son lycée, les groupes qu'il a fréquentés. Son vécu, son éducation en font à la fois un être spécifique, unique, et un être social. » [12]

Nous sommes tous des êtres sociaux et ceci s'exprime autour de trois besoins fondamentaux :

- Le besoin d'inclusion : exister aux yeux des autres et être accepté,
- Le besoin d'affection : relation d'attachement à l'autre, source de motivation,
- Le besoin de contrôle : en lien avec le besoin de sécurité et d'avoir prise sur autrui pour pérenniser cette sécurité.

Pour résumer, nous pourrions dire qu'une équipe réunit un petit groupe autour d'une tâche commune et requiert une qualité au niveau des relations interpersonnelles qui permet la constitution d'une unité de groupe, dans le respect de la différence des autres. Elle n'est pas une simple juxtaposition de plusieurs êtres.

Il nous semble intéressant de croiser cette partie théorique avec ce que nous allons découvrir sur le terrain. Effectivement, les besoins d'une équipe sont bien identifiés. Est-ce que le cadre de santé utilise cette théorie dans sa pratique quotidienne ?

2.2.3 Le rôle du cadre de santé face à l'interprofessionnalité

Le cadre a pour mission de mettre en place les conditions nécessaires afin d'impliquer les acteurs composant son équipe en stimulant leur participation et en développant leur autonomie. « L'équipe n'est pas une fin en soi, ni un dogme. Elle est un moyen incontournable pour remplir à bien les missions de l'entreprise. » [12]

Il est donc important pour le cadre de santé de rester le regard ouvert sur la complexité des situations, qu'il soit multiréférentiel et le plus neutre possible. En avoir conscience permet de mettre en place un feed-back sur son propre comportement au sein d'une équipe.

A travers cette complexité, il s'agit donc d'interroger l'hétérogénéité des équipes de soins afin de pouvoir articuler et coordonner les différents projets. L'objectif du travail doit être connu de tous et rappelé afin de ne pas perdre le sens de l'action, car les participants risquent d'être focalisés sur les rapports interpersonnels qui se mettent en place lors de la construction de l'équipe.

C'est donc dans l'interprofessionnalité que le cadre de santé devrait se placer, position permettant d'avoir des regards multiples et des langages distincts mais non opposés. Le fait de pouvoir fédérer des professionnels autour d'un projet commun peut paraître idéaliste mais témoigne d'une démarche de qualité vers laquelle tendre.

Par conséquent, amener une équipe à être mature, c'est quotidiennement se servir de la délégation et la prise de responsabilité. Le cadre doit rassembler ses collaborateurs autour d'une vision, d'une réalité partagée, dans une notion d'objectifs d'équipe, eux-mêmes inclus dans les objectifs de l'établissement.

Il faut une base commune pour travailler dans la même direction mais ne pas empêcher la créativité. Favoriser l'émergence des potentiels, c'est prendre conscience de l'importance des identités individuelles et bien les connaître. Puis, le cadre de santé doit faire évoluer ce groupe, cette somme d'individualités, vers une équipe organisée et soudée. Malgré le chemin spécifique de chacun, il aura pour tâche de mettre en place les conditions les plus favorables à une interprétation commune de la réalité.

L'interprofessionnalité permet donc d'avoir des regards multiples et des discours multiréférentiels sur l'objet de la recherche.

« [L'interprofessionnalité] est le moyen pour que la prise en compte du sujet en souffrance puisse exister et induit des coordinations et des articulations entre les partenaires. » [17]

L'interprofessionnalité nous donne l'opportunité de ne plus penser le travail de chacun comme une lutte de pouvoir. Elle permet de trouver sa place parmi et avec les autres. Mais pour qu'elle puisse fonctionner, elle doit passer par la mise en place d'actions de coordination et d'articulation.

2.3 *ARTICULATION ? COORDINATION ?*

Comme nous venons de le voir au travers des concepts d'identité professionnelle et d'interprofessionnalité au sein des équipes, il est difficile d'avoir des situations claires à partir du moment où se sont des êtres humains qui travaillent ensemble, qui parlent et qui sont en interactions, en interrelations, dans toute leur différence et leur singularité. C'est pourquoi, il faut que cette hétérogénéité puisse être coordonnée et articulée afin de trouver un sens.

Roger Mucchielli disait : « Le chef est moins celui qui commande ou impose que celui qui, incarnant le groupe et sa communauté d'objectifs, fait converger et coordonne les « influences » de tous les membres. » [10]

Le cadre de santé se trouve à la jonction de l'articulation et de la coordination de son équipe afin de préserver son unité, sa complémentarité, sa richesse et son efficacité, dans l'objectif – qu'il ne faut pas perdre de vue – d'une meilleure qualité et continuité des soins. En lien avec les instances représentatives de l'établissement, il va permettre de mettre en œuvre les orientations et les politiques de soins.

Ainsi, « la fin de l'individualisme professionnel sera peut-être à inscrire dans un mouvement sociétal plus vaste de refus général de perte des relations sociales. Toute société est en mouvement, en transformation. Ce sont donc les nouvelles données que nous sommes en train d'imaginer, en faisant en sorte que les professionnels sortent de leur bulle et les usagers de leur « inexistence ». » [2]

Nous allons tenter d'apporter un éclairage théorique à notre deuxième hypothèse qui est :

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

Il nous semble important de commencer par une définition de chaque mot.

2.3.1 Mieux appréhender l'articulation et la coordination

2.3.1.1 L'articulation

L'articulation peut avoir plusieurs définitions selon le champ auquel on s'intéresse²⁴.

Si nous prenons le champ de la mécanique, une articulation est « tout dispositif autorisant une liberté de rotation entre deux organes qui ne sont pas destinés à accomplir des tours entiers. Ce dispositif peut correspondre à celui d'un pivotement ou d'un accouplement simple ou à chape (articulation d'un levier, d'une charnière,...). »

En médecine, une articulation est « l'association mobile de deux os afin de leur donner une mobilité l'un par rapport à l'autre. »

Elle peut également désigner l'aisance à parler clairement.

En musique, une articulation musicale désigne « l'imitation de la parole par le jeu instrumental. Elle peut aussi évoquer la bonne articulation mécanique (nette et précise) des doigts dans le jeu instrumental. »

Au regard de ces différentes définitions, nous voyons déjà apparaître des qualificatifs intéressants, pouvant être intégrés à la pratique professionnelle du cadre, tels que :

- Liberté de rotation,
- Pivotement,
- Association mobile,
- Mobilité,
- Aisance à parler.

Nous pouvons déjà entrevoir cette notion de mouvement, d'évolution, afin de permettre de faire le lien, la continuité. Mais aussi la notion d'outil. Effectivement, l'articulation ne serait-elle pas uniquement l'outil qui permettrait de donner du sens dans la mesure où elle ne fait que permettre de joindre, de réunir deux actions, provoquant par la même le sens de la démarche ?

²⁴ <http://fr.wikipedia.org/wiki>

Jean-Philippe Guihard nous dit du mot articulation :

« Dans son sens le plus général, une articulation est : soit la solution de continuité, tout à la fois rupture et enchaînement, permettant de réunir et de relier des éléments, des pièces, des articles qui peuvent être hétérogènes entre eux, pour constituer, ainsi, un ensemble ou un sous-ensemble organisés ; soit l'action qui va mettre en œuvre, en vue de telles fins, ces substances ou facteurs intermédiaires. »

L'articulation est fortement marquée par la mécanique, les engrenages, les os et donc plus par le mouvement que la fonction. Elle est garante du fonctionnement de ces liens, ne laissant qu'une relative liberté aux éléments qui la constitue sous peine de rupture.

Dans le cadre du soin et de la gestion des équipes, nous nous situerions plus dans la mise en place de conditions d'articulation des différentes activités comme la rééducation, l'équipe de soin, les médecins... afin que concrètement, chacun puisse trouver sa place, proposer sa spécialité, dans une notion de temporalité et pour que le patient puisse avoir une prise en charge de qualité.

Il nous apparaît donc qu'à elle seule, l'articulation ne suffise pas à mettre du sens, mais qu'elle facilite le mouvement donné par la coordination.

2.3.1.2 La coordination, coordonner

Nous rentrons plus dans le registre du sens, de la finalité du mouvement.

Une définition de coordonner pourrait être « disposer selon certains rapports en vue d'une fin²⁵ ».

La coordination est l'« action de coordonner, de réunir de manière ordonnée dans un certain but²⁶ ».

Sous l'angle de la grammaire, une conjonction de coordination est « un mot invariable servant à relier deux mots ou deux propositions de même nature et de même fonction ».

²⁵ <http://dictionnaire.mediadico.com/traduction/dictionnaire.asp/definition/coordonateur/2007>

²⁶ Ib.

Grace à ces définitions, nous pouvons distinguer une notion de but, d'objectif à atteindre dans la coordination, qui pourrait rappeler une idée de hiérarchie, d'autorité. Si nous revenons dans le domaine de la santé, la coordination est aussi employée pour définir l'harmonie du mouvement entre deux membres (la coordination de la main droite et de la main gauche quand on joue du piano par exemple).

La coordination se décompose en trois missions [12] :

- La supervision : elle relève de la hiérarchie, vérifie l'exécution après la transmission d'ordres et d'instructions,
- L'ajustement des différents rôles par consultation ou adaptation mutuelle des acteurs en lien avec une communication informelle organisée,
- La standardisation : elle permet une rationalisation de l'organisation de travail. Elle peut concerner les procédés, les résultats et les savoir faire.

Les définitions de coordinateur et coordonnateur nous révèlent bien cette position statutaire du coordonnateur pouvant donner des ordres, qui n'apparaît pas dans la coordination.

Coordinateur : « Qui coordonne. A l'intérieur d'un département, personne chargée d'assurer la coordination des actions menées par les services, organismes et institutions en faveur des retraités et personnes âgées dans une circonscription géographique de taille variable. »

Coordonnateur : « Personne qui coordonne, qui réunit de manière ordonnée dans un certain but. Organisateur. »

Ainsi, en rapprochant l'idée de réseau à l'idée d'équipe : « il n'y a pas de réseau possible sans pilote, sans animateur, sans coordinateur, peu importe le terme, en fait, sans une personne ou un groupe de personnes qui garantissent le sens et les modalités d'action du travail ensemble. » [2]

Il s'agira alors, au sein de l'établissement, de coordonner différentes professions autour d'un projet de service, permettre que les articulations puissent exister, bien fonctionner afin de donner du sens aux actions. Mais cela ne s'arrête pas à un service, c'est aussi

permettre la coordination des réseaux au sein du paysage sanitaire de la région, ce qui sous tend une bonne coordination entre cadres.

Articuler des membres, coordonner des mouvements, ces termes nous transportent dans une sphère dynamique, en mouvement, qui ferait que les équipes pourraient fonctionner ensemble, dans l'interprofessionnalité, et ne plus être dans la juxtaposition, afin que le patient puisse sentir un lien continu dans sa prise en charge, une logique pertinente, et que l'institution puisse tirer profit de cette organisation. On voit bien que le cadre de santé se situe à l'articulation de plusieurs logiques. Mais pour être efficient dans la coordination et l'articulation, le cadre de santé ne doit-il pas développer sa capacité à communiquer ?

2.3.2 L'importance de la communication dans la relation à l'autre

Toute manifestation de l'homme est une communication : on ne peut pas ne pas communiquer.

« Le dialogue doit s'instaurer bien au-delà du partenariat. Il est indispensable de débattre ensemble, de confronter nos constats, nos analyses et nos pratiques afin de pouvoir construire de nouvelles réponses. » [2]

Si on fait référence à la circulaire de la direction des hôpitaux du 20 février 1990 concernant les surveillants, on peut trouver que le surveillant « établit des relations de travail avec les chefs de service, les membres de l'équipe et tous les professionnels de santé intervenants dans l'unité ainsi qu'avec les personnes ou groupes de personnes suivants : l'équipe de direction et notamment l'infirmière générale ; les responsables des autres services de soins ; les responsables des services administratifs, médico-techniques et généraux ; le médecin de médecine préventive ; la responsable de formation. » (annexe 5)

On retrouve, dans ce texte, la notion d'animation et d'encadrement en lien avec la communication et la relation.

La communication est la capacité d'être à l'écoute des autres et d'être réceptif aux informations fournies par l'environnement. Dans le champ des sciences humaines, les problèmes de communication sont au premier rang. Alors que les Nouvelles Technologies d'Information et de Communication (les NTIC) se développent, on s'aperçoit que la communication devient de plus en plus difficile.

La communication n'est pas que la transmission d'un contenu, elle n'est pas à sens unique, d'un émetteur vers un récepteur. Elle a pour but l'échange et le partage, elle cherche à convaincre pour amener l'autre à ses vues. Communiquer c'est mettre en commun. C'est aussi la naissance d'une relation entre hommes. Elle est fondamentale pour le bon fonctionnement de l'institution, aucune organisation de service ne peut être efficace sans un minimum de communication entre les individus.

Roger Mucchielli nous dit à ce propos [10] : « Toute barrière à la communication intrapersonnelle par inhibition ou interpersonnelle par valorisation de la structure et des statuts, affecte l'appartenance, et, à travers elle, l'unité d'esprit et d'action de l'équipe. »

Communiquer entraîne trois phénomènes :

- La connaissance de soi et de l'autre,
- Cela demande de la part des partenaires une volonté de clarté et d'écoute,
- Cela suppose une égalité entre les personnes.

Ainsi, le sens d'un mot ou d'une phrase sera différent selon la façon dont la personne qui parle vit la situation, ceci englobant la communication verbale et non verbale. Par exemple : « un manager qui s'enferme dans son bureau « communique » qu'il ne veut voir personne et que l'on ne doit pas le déranger. » [2]

La communication peut avoir des répercussions immédiates sur les relations entre collègues ou avec la hiérarchie et donc des conséquences directes sur les conditions de travail.

Nous n'irons pas plus loin dans l'analyse de la communication qui se réfère aux études faite sur l'école de Palo Alto, mais il nous semblait important d'avoir cet éclairage pour mieux comprendre ce qui se passe lors d'un échange. Nous aborderons donc la

communication sous un angle plus « systémique », avec ce qu'elle engendre au sein d'une organisation telle qu'une entreprise comme l'hôpital.

D'après Emmanuel Arnaud Pateyron, « Peu importe sa structure, une organisation est une entité qui réalise en son sein une multitudes d'actions différentes : production, recherche, marketing, finance,... L'objectif est que ces multiples activités fonctionnent entre elles. Ainsi, la communication est un moyen indispensable au fonctionnement d'une entreprise, à la mise en commun et la transmission des informations. Elle est plus ou moins structurée selon les entreprises, mais elle est toujours présente. » [11]

Il est facile de faire un parallèle en ce qui concerne la communication, entre les entreprises et les hôpitaux. Comme pour toute entreprise, la communication est indispensable pour que les équipes fonctionnent.

Pour décrire rapidement la communication, nous pouvons en identifier deux types en nous appuyant sur les écrits d'Alex Mucchielli [7] :

- La *communication interne*, utilisée par le management pour faire adhérer les salariés aux valeurs et aux objectifs de l'entreprise,
- La *communication externe*, qui est destinée à valoriser l'entreprise elle-même.

Dans la communication avec les équipes, la *communication formelle* sera tout ce qui est mis en place par l'établissement pour transmettre l'information (tableau d'information, réunion,...) et la *communication informelle* sera plutôt toutes les relations que les personnes peuvent avoir entre elles, en tant qu'être social et socialisé.

Elle peut être aussi [12] :

- *Descendante*, qui demande une forte implication de l'encadrement,
- *Ascendante* : comptes rendus, rapports
- *Horizontale ou transversale* : elle concerne les relations entre les pairs, souvent informelles.

Pour le cadre de santé, il est important de prendre en compte ces différents types de communication qui sont présents à égale importance dans les établissements, les uns venant compléter les autres.

La communication reste donc un chaînon essentiel que le cadre doit soigner auprès de ses équipes car il sera l'atout majeur d'une bonne cohésion et coopération d'équipe. La manière de se dire les choses est aussi importante que ce qu'on a à dire. La forme ne doit pas occulter le fond. Elle nous renvoie à nous-mêmes, nous dévoile en quelque sorte. Connaître qui l'on est permet d'avoir conscience de ce que l'on fait passer chez les autres. Reste au cadre de soutenir la communication écrite dans l'esprit d'un langage commun, et pour obtenir plus de traçabilité et donc de qualité.

Alex Mucchielli distingue cinq enjeux à travers la communication [7] :

- Les *enjeux normatifs* qui sont de transmettre des informations et de mettre en place des règles de l'échange collectif,
- Les *enjeux de positionnement d'identité* : communiquer, c'est se positionner par rapport à autrui en interprétant un rôle pour se faire reconnaître,
- Les *enjeux d'influence* : à travers la communication, on tente d'influencer l'autre,
- Les *enjeux relationnels* : la communication est un acte de concrétisation de la relation humaine.

« Communiquer met en jeu des images, de soi et d'autrui, qui interfèrent et conditionnent la qualité de la relation et du sens qu'on lui attribue de part et d'autre, avant même tout échange verbal : l'idée plus ou moins réaliste que je me fais de moi-même, l'image de moi que je voudrais donner à autrui dans la situation, la façon concrète dont je me présente à autrui, l'idée que je me fais de l'autre, l'image que je crois qu'il a de moi et réciproquement. » [1]

D'après Françoise Dolto, « tout groupe humain prend sa richesse dans la communication, l'entraide et la solidarité visant à un but commun : l'épanouissement de chacun dans le respect des différences. »

Nous voyons dans cette partie combien la communication est importante, voire même centrale dans le fonctionnement d'une équipe. Elle est source de reconnaissance d'autrui et d'estime de soi, déterminée entre autre par l'approbation de l'autre. Le cadre de santé a un rôle majeur à jouer afin de permettre la fluidité des rapports dans son équipe, mais aussi avec les partenaires extérieurs.

2.3.3 Le cadre de santé entre l'articulation et la coordination

Nous voyons que le cadre de santé est au milieu de ces différentes notions que peuvent être l'articulation, la coordination, enrichies par la communication.

Paule Bourret²⁷, dans la revue *Soins Cadres* de Février 2008, nous dit : « Le travail du cadre de santé se caractérise par des activités multiples de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes et des groupes. Il s'agit d'un travail d'articulation. »

Le cadre de santé doit être le pivot entre l'articulation et la coordination afin de permettre de donner du sens et du lien dans la démarche entreprise par son équipe.

Coordonner, c'est aussi avoir en filigrane l'histoire institutionnelle, la culture de l'établissement et les histoires individuelles. La coordination des actions permet un ajustement organisationnel pour conserver une cohérence de l'ensemble des acteurs et des actions. L'appréhension de la complexité permettra au cadre de santé d'avoir une dimension stratégique et anticipative à la mise en place de projets.

D'après Henri Mintzberg, 70 à 90% de la journée du cadre de santé est passée à communiquer. Ainsi, sa préoccupation première est de se faire comprendre et de décoder ce qui émerge de son équipe : « un fait n'est pas une opinion, et une opinion n'est pas un ressenti. ». [12]

Mais les travers de la communication sont nombreux : rétention, manipulation, domination, déformation, perte de sens, ou surabondance. Le cadre de santé doit

²⁷ Paule BOURRET : docteur en sociologie et cadre de santé formatrice à l'IFCS de Montpellier

utiliser des outils de vigilance efficaces pour ne pas tomber dans ces dysfonctionnements. Il doit avoir une vue d'ensemble de l'établissement et de ses besoins et doit s'attacher à ce que la communication soit fluide et adaptée. Dans sa manière de communiquer, le cadre trouvera en partie une réponse pour rassurer l'équipe et l'amener dans un sentiment de reconnaissance, comme nous avons pu le voir dans la description du concept d'identité professionnelle.

Sa communication permet d'articuler le travail de l'équipe et de maintenir la motivation en la recentrant sur un objectif commun. En ayant des liens privilégiés avec tous ces intervenants, le cadre de santé peut donc porter la parole de chacun. Nous pouvons aussi penser que, de part ses racines soignantes, le cadre de santé peut comprendre les soignants et les fédérer autour de la prise en charge des patients.

Roger Mucchielli nous dit : « Il est facile de parler d'« équipe », de vanter les valeurs de l'« équipe » et du travail par équipes, de proposer l'auto organisation ou l'autogestion des équipes, de penser que le renouvellement de la psychologie et de la sociologie du travail passe par la promotion de l'équipe. Il est plus difficile de faire en sorte que les équipes réelles « sur le terrain » et dans leur activité quotidienne, fonctionnent de façon efficace, à la satisfaction des coéquipiers et en étant capables de s'autoréguler. » [10]

A travers ces paroles, il semble important pour le cadre de santé de rester dans la réalité, d'appréhender la complexité de la situation et de tendre vers des objectifs réalistes, communs et se réalisant à court ou moyen terme afin de ne pas perdre la motivation de son équipe.

2.4 SYNTHÈSE DU CADRE CONCEPTUEL

Cette approche conceptuelle nous permet d'éclairer nos hypothèses posées à partir de notre question de recherche que nous vous rappelons ci-dessous :

Afin de préserver une cohérence des soins, en quoi le cadre de santé peut-il être médiateur entre le milieu hospitalier et les partenaires extérieurs ?

Les hypothèses étant les suivantes :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

Après avoir réfléchi sur le concept de l'identité professionnelle et s'être inscrit dans l'interprofessionnalité, nous avons pu voir combien la communication du cadre de santé peut être importante et porteuse de reconnaissance. Cette réflexion nous a permis de mesurer la complexité des situations à partir du moment où nous travaillons avec des hommes, mais aussi la richesse des sciences humaines qui viennent éclairer notre raisonnement.

En nous servant de ces concepts, nous allons tenter de percevoir comment peut se traduire, grâce à la rencontre avec le terrain, les liens entre théorie et pratique. Effectivement, chaque concept abordé n'est qu'une partie d'un tout, un angle de vision précis, une approche parcellaire. Sans le témoignage de l'expérience des personnes du terrain, la théorie perdrait de son utilité.

Nous proposons, dans la partie suivante de ce travail, de formaliser la méthodologie de recherche qui mettra en lumière le choix de la population et les outils utilisés.

LA METHODOLOGIE

3 LA METHODOLOGIE

Notre questionnement de départ reposait sur le lien que le cadre de santé pouvait créer entre l'hôpital et la ville, en terme de réseau. Cependant, après un cheminement intellectuel concernant notre pratique au quotidien, nos connaissances sur la pluridisciplinarité, les liens existant entre les différents professionnels d'un même service, et surtout après une rupture épistémologique par le biais de l'entretien exploratoire auprès d'un cadre de santé, nous nous apercevons que notre réflexion porte plutôt sur le positionnement du cadre au sein de son équipe et en relation avec les partenaires extérieurs.

C'est pour cela que nous avons choisi la méthode expérimentale pour construire ce travail. Elle va nous permettre de réduire la réalité jusqu'à l'observation scientifique des données recueillies. Ainsi, « le point de vue crée l'objet » (d'après Bertille Patin, *cours sur la méthodologie*, IFCS du GREFOPS, Rennes).

A ce stade de la recherche, les objectifs sont de :

- Construire un recueil de données qui mette en lien le cadre conceptuel et le terrain,
- Analyser les résultats en terme de validation ou d'invalidation des hypothèses,
- Faire une synthèse de ces résultats,
- Se positionner au regard de notre future fonction de cadre de santé.

Nous allons donc effectuer un recueil de données sur le terrain, au sein de services hospitaliers.

3.1 LE RECUEIL DE DONNEES

3.1.1 Le choix du terrain et de la population

La problématique de ce mémoire s'est orientée autour du rôle du cadre de santé en tant qu'intermédiaire entre le système hospitalier et les partenaires extérieurs. Nous désirons analyser le positionnement du cadre de santé au sein d'un service faisant appel à des partenaires extérieurs.

Nous avons donc interrogé des cadres de santé de services différents, mais tous au contact d'une équipe hospitalière. Les secteurs ont été choisis en prêtant une attention particulière à ce qu'il y ait l'utilisation sur le service d'un réseau externe à l'hôpital.

Pour des raisons de temps, nous nous sommes adressés à plusieurs cadres d'un même centre hospitalier comportant plusieurs spécialités.

Nous avons conscience qu'il aurait été intéressant d'interroger des cadres de santé travaillant dans d'autres secteurs tels que la psychiatrie ou la gériatrie afin d'avoir un échantillon plus varié dans les discours, plus particulièrement en ce qui concerne l'interprofessionnalité, mais peut-être aussi au risque de nous éparpiller.

Cinq des entretiens ont été passés sur deux jours et un la semaine suivante.

Un autre écueil concerne le mode de sélection des cadres de santé interrogés.

Effectivement, nous émettons l'hypothèse qu'il faut du temps pour créer un sentiment de confiance dans le lien existant avec les partenaires extérieurs. Or, dans la population choisie, nous nous observons que certains des cadres ne sont que depuis très peu de temps sur le service.

Pour autant, cela n'enlève pas la valeur de leur propos puisque ces cadres ont forgé leur expérience professionnelle dans d'autres services.

La population se compose donc comme suit :

Numéro entretien	Fonction	Secteur d'activité	Ancienneté dans le service
1	Cadre de santé	Secteur des brûlés	2 ans et demi
2	Cadre de santé	Secteur orthopédie	1 an et demi
3	Cadre de santé	Secteur orthopédie	9 mois
4	Cadre de santé	Secteur orthopédie	2 ans et demi
5	Cadre de santé	Secteur orthopédie	1 an et demi
6	Cadre de santé	Secteur diabétologie	1 mois

3.1.2 Le choix de l'outil

Le choix de la méthode est une partie incontournable pour le bon déroulement d'une recherche. Notre travail est basé sur une démarche hypothético-déductive. Ainsi, après avoir développé le cadre conceptuel, les hypothèses énoncées, en lien avec la réalisation d'un recueil de données, doivent aller chercher vérification sur le terrain. Nous vous les rappelons ci-dessous.

Notre question de recherche est :

Afin de préserver une cohérence des soins, en quoi le cadre de santé peut-il être médiateur entre le milieu hospitalier et les partenaires extérieurs ?

Les hypothèses que nous avons retenues sont :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

Afin de découvrir si le cadre de santé pourrait avoir pour missions, entre autre, de coordonner et d'articuler, nous utiliserons comme outil l'entretien semi directif qui permettra de confronter le discours des personnes interviewées avec les concepts énoncés en première partie, mais aussi de guider l'interviewé tout en lui laissant une liberté d'expression.

Avec l'entretien semi directif : « s'instaure en principe un véritable échange au cours duquel l'interlocuteur du chercheur exprime ses perceptions d'un évènement ou d'une situation, ses interprétations ou ses expériences, tandis que, par ses questions ouvertes et ses réactions, le chercheur facilite cette expression, évite qu'elle s'éloigne des objectifs de la recherche et permet à son vis-à-vis d'accéder à un degré maximum d'authenticité et de profondeur²⁸. »

Nous tenterons de comprendre, au travers des entretiens, quel rôle jouent les cadres de santé entre la structure hospitalière et les partenaires extérieurs. Les entretiens vont permettre de répondre aux objectifs suivant :

- Repérer les liens que les cadres de santé tissent avec leurs équipes,
- Appréhender les relations qu'ils entretiennent avec les partenaires extérieurs,
- Essayer de comprendre comment ils se situent au sein de ce système.

Ces entretiens seront enregistrés avec la permission de la personne interviewée et retranscrits par la suite (annexe 2). Les règles de confidentialité seront respectées. Ainsi, ils seront anonymes et utilisés que dans le cadre de ce travail de recherche.

²⁸ Quivy R., Campenhoudt L. V., *Manuel de recherche en sciences sociales*, troisième édition, Paris, Dunod, 2006, p. 174

3.1.3 Le déroulement des entretiens

Le guide d'entretien est préalablement testé lors d'un entretien exploratoire auprès d'un cadre de santé faisant partie d'une équipe mobile de soins palliatifs. Cela nous a permis de réajuster les questions de l'entretien, d'en reformuler et d'en faire disparaître.

La prise de contact avec les différents cadres s'est faite par téléphone et de visu. Les rendez-vous ont été pris en fonction de la disponibilité de chacun. Chaque personne appelée a répondu positivement à notre requête. Le thème du mémoire est donné très vaguement afin de ne pas influencer les réponses. Le contexte de cette recherche, dans le cadre de la formation cadre, est rappelé afin d'instaurer un climat de confiance. Cela fait ressurgir quelques souvenirs de formation à certains cadres interrogés...

Les enregistrements ont été acceptés sans difficulté et les personnes se sont montrées très accueillantes. La durée moyenne des entretiens est d'environ 25 minutes, le plus court étant d'environ 13 minutes et le plus long d'environ 36 minutes.

Les entretiens se sont déroulés sur le lieu de travail de chaque cadre, dans leur bureau. Dans tous les cas, la position du cadre de santé est derrière son bureau, pour la plupart du temps très exigu.

Les conditions des entretiens, même si elles restent très agréables, ont été perturbées par la présence de travaux dans trois des entretiens. De plus, les cadres de santé interrogés n'étaient pas totalement coupés de leurs fonctions. De fait, la sonnerie du téléphone a perturbé deux des entretiens. Pour deux autres entretiens, des personnes sont entrées dans le bureau, mais, dans les deux cas, les cadres leur ont rapidement demandé de sortir.

3.1.4 Le guide d'entretien

Le guide d'entretien permet de construire l'entretien en y trouvant une logique d'apparition des questions. Les relances en sont un des éléments essentiels afin de

permettre aux personnes interviewées de rebondir si elles se sentent en difficulté et d'approfondir les dires de la personnes.

Nous avons choisi de réaliser 6 entretiens composés chacun de 3 questions principales semi ouvertes accompagnées de relances, pour finir par une question plus précise (annexe 1).

Après avoir apporté les modifications révélées par l'entretien exploratoire, le guide se présente comme suit :

🔗 Données contextuelles :

Depuis combien de temps êtes vous cadre de santé sur le service ?

Nous faisons l'hypothèse qu'un réseau se construit sur la confiance et que cette confiance s'acquiert au fil du temps.

🔗 Questions de l'entretien :

Quelles sont vos missions auprès de votre équipe et auprès des partenaires extérieurs ?

Cette première question a pour objectif de repérer la coordination d'une équipe au travers des différentes missions qu'un cadre de santé intègre au sein de cette équipe. Elle permet aussi d'apprendre quels types de partenaires extérieurs travaillent avec cette unité ainsi que les liens tissés entre les deux.

Pouvez-vous m'expliquez votre fonctionnement avec votre équipe ? Et avec les partenaires extérieurs ?

L'objectif est de repérer dans le discours si le cadre de santé fonctionne différemment selon les professions existantes dans son équipe, interrogeant ainsi l'interprofessionnalité. La même question est posée pour ce qui concerne les partenaires extérieurs afin de voir si le discours se rapproche de la coordination ou de l'articulation.

Que pensez-vous de l'identité professionnelle ?

Cette question permet de répondre à la première hypothèse, à savoir si le cadre est garant des identités professionnelles de son équipe pluriprofessionnelle. L'objectif est de repérer si l'identité professionnelle est une préoccupation du cadre.

Que signifie articulation et coordination pour vous ?

Avec cette dernière question plus précise, nous voulons connaître la représentation que les cadres de santé ont de ces deux mots.

La technique de reformulation permet d'approfondir les propos des auteurs et de capter les non-dits qui sont des sources d'informations très importantes. Cela peut permettre de recueillir et donc d'exploiter un maximum de données.

3.2 INTERÊTS ET DIFFICULTES

Mener un entretien ne s'improvise pas. Cela exige une maîtrise de la technique des entretiens. Plus d'expérience aurait permis de faire preuve de plus de neutralité et de distance avec le sujet. L'entretien semi directif laisse une grande part au discours spontané de la personne interrogée et la richesse de son contenu nous inciterait facilement au dialogue alors que nous n'étions là que pour recevoir.

Les relances ont été une aide précieuse pour rester centré sur la recherche afin de préserver un chemin de pensée en lien avec les hypothèses énoncées, mais la qualité de notre expression a pu avoir une influence sur les réponses apportées par les personnes interviewées.

Nous avons pu expérimenter que nos propres opinions sont quelques fois très difficiles à faire disparaître du discours non verbal à défaut du discours verbal. Une bonne préparation à la théorie de l'entretien est nécessaire mais nous voyons bien que l'expérience des entretiens menés montre que la théorie ne suffit pas si elle n'est pas mise en lien avec la pratique. Un exemple concret pourrait être l'apprentissage de l'utilisation des silences comme alliés, comme constructeur et comme moments

d'élaboration de la pensée plutôt que comme un moment gênant. Ce n'est pas un vide, c'est un espace sur lequel nous pouvons nous appuyer.

Ces manques sont compensés par l'accueil de chaque cadre interrogé. Ils semblent tous heureux d'échanger sur leur pratique et d'aider une étudiante à cheminer, en souvenir de leurs années d'apprentissage à un moment donné de leur carrière. Ces entretiens ont ainsi permis de recueillir des éléments très intéressants et riches d'apprentissages.

Il ne faut pas omettre qu'en raison du faible échantillonnage des personnes enquêtées, nous ne pourrions tirer de conclusion généralisable sur notre étude.

3.3 LE TYPE D'ANALYSE

Pour étudier le contenu de ces entretiens, nous utiliserons l'analyse thématique qui nous permettra, au travers de thèmes et de catégories, d'éclairer la problématique initiale et de réaliser des allers et retours entre les concepts développés en première partie et les résultats de l'analyse des entretiens, dans l'objectif de valider ou non les hypothèses énoncées.

L'analyse, c'est « l'examen méthodique permettant de distinguer les différentes parties d'un problème et de définir leurs rapports et leurs liens. » [19]

ANALYSE DES ENTRETIENS

4 ANALYSE DES ENTRETIENS

Nous avons vu, dans le chapitre précédent, la méthodologie qui va nous servir pour analyser le contenu des entretiens. Nous allons, dans un premier temps, rappeler notre problématique et nos hypothèses de départ.

Nous avons posé la problématique suivante :

Afin de préserver une cohérence des soins, en quoi le cadre de santé peut-il être médiateur entre le milieu hospitalier et les partenaires extérieurs ?

Nous avons construit notre travail de recherche à partir des hypothèses suivantes :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

Notre analyse, en faisant des allers et retour entre les entretiens réalisés et le cadre conceptuel développé en première partie, devra nous permettre de confirmer ou d'infirmier ces hypothèses.

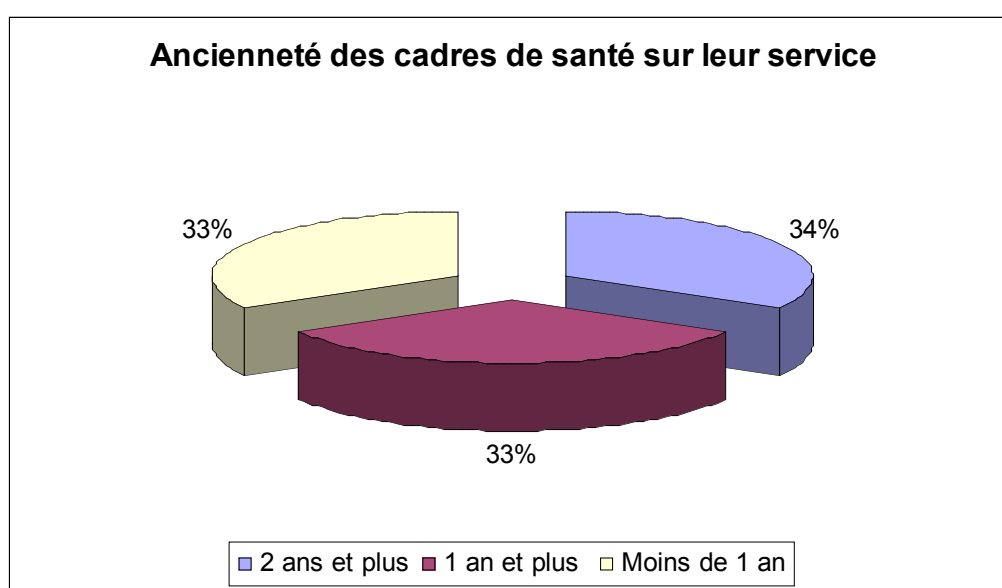
Nous allons retrouver des données en lien avec les grands axes développés :

- Le cadre de santé et ses missions et relations avec l'équipe et les partenaires extérieurs,
- La notion de pluriprofessionnalité,
- L'identité professionnelle,
- La représentation des cadres de santé des mots articulation et coordination.

4.1 LES QUESTIONS CONTEXTUELLES

Nous avons réalisé six entretiens auprès de cadres de santé travaillant dans des services différents qui nous ont permis de recueillir des éléments en lien avec notre cadre conceptuel. Le point commun entre tous ces cadres est que, dans leur pratique professionnelle, ils sont amenés à rentrer en contact et à travailler avec des personnes extérieures à leur structure.

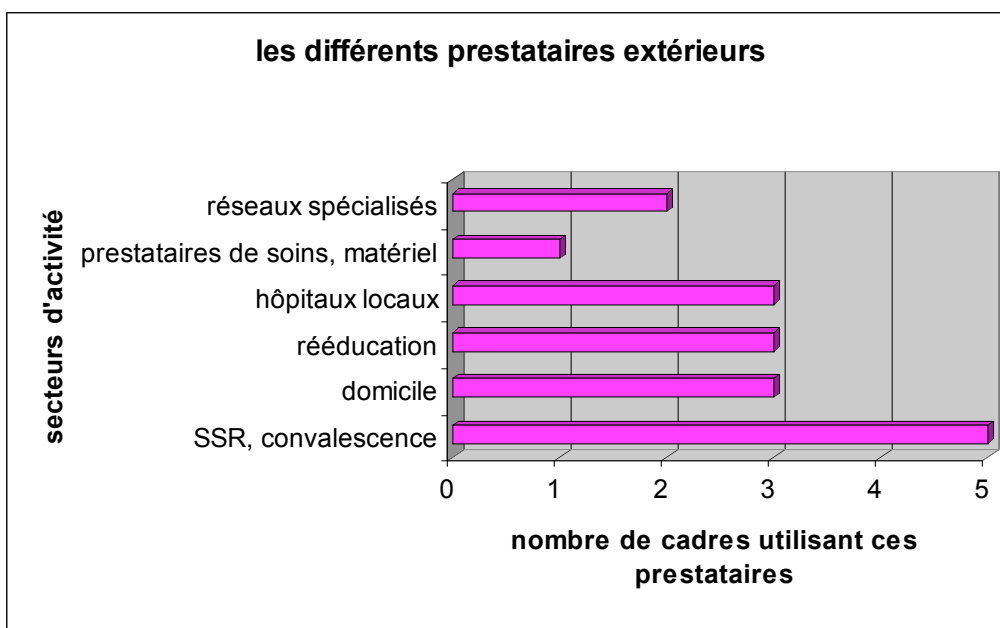
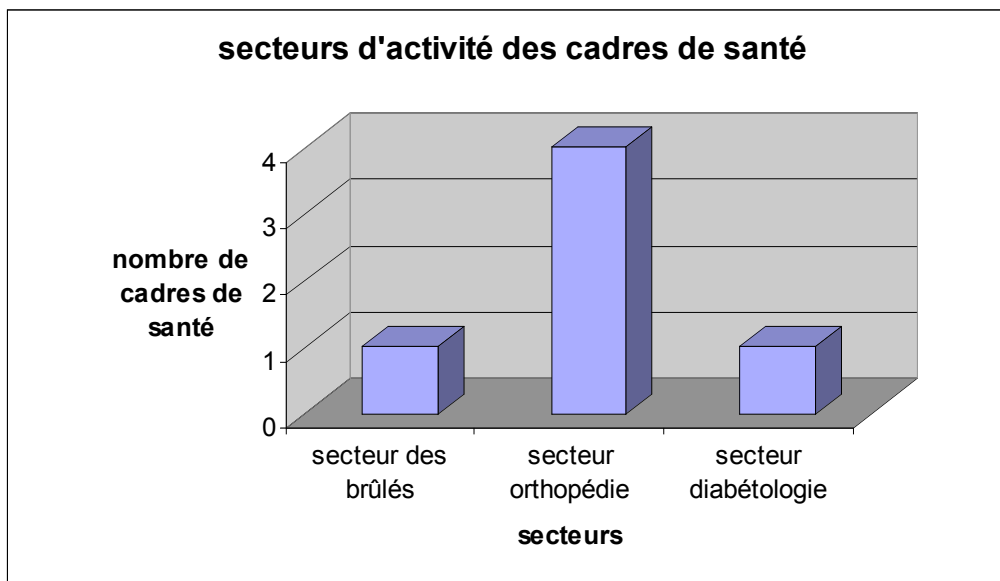
4.1.1 L'ancienneté des cadres de santé sur le service



Le premier constat que nous pouvons faire est que la population est séparée en trois parts égales mais que l'ancienneté sur le service ne dépasse pas deux ans et demi. Nous étions parti sur le préjugé qu'une certaine ancienneté sur le service permettrait au cadre de santé de créer un climat de confiance avec les partenaires extérieurs, propice à de meilleures relations.

Pour autant, les cadres de santé parlent plutôt de leurs expériences antérieures, ce qui leur donnent une aisance à rentrer en contact avec les partenaires extérieurs.

4.1.2 Les différents services et partenaires extérieurs



Ces graphiques nous permettent de voir que quatre des six cadres interrogés sont issus du secteur orthopédique.

Cela nous permet de mettre en parallèle les différents partenaires extérieurs que les cadres de santé rencontrent et de faire un lien avec le fait que les SSR (Soins de Suite et de Réadaptation) et les maisons de convalescence, les services de maintien à domicile,

les centres de rééducation et les hôpitaux locaux sont les partenaires les plus utilisés et correspondent aux besoins du secteur orthopédique.

4.1.3 Analyse des résultats

Le peu d'ancienneté sur le service ne semble pas être un handicap pour la mise en place de relations avec les partenaires. Preuve en est, un des cadres de santé n'est sur le service que depuis un mois et met déjà des choses en place concernant les prestataires de service :

« ... nous sommes en train de travailler sur une charte de fonctionnement entre le service et les prestataires : qu'est-ce que nous on attend d'eux, dans leur fonctionnement ? et qu'est-ce qu'ils peuvent nous apporter en réponse ? » [entretien numéro 6, lignes 28 – 30]

Dans ce discours, nous pouvons comprendre que le cadre de santé est quelqu'un de réactif. Son regard sur le service lui permet de travailler sur les actions à mettre en place pour améliorer la qualité des relations entre les personnes. Un autre cadre exprime qu'il n'y a pas que l'ancienneté qui permet de créer une relation de confiance :

« [...] la personne avec qui je communique, je la connais dans le privé depuis que je suis toute petite parce que nos familles sont liées... ça aide, il n'y a pas de mystère, ça aide. » [entretien numéro 5, lignes 173 – 175]

Cependant, nous avons conscience que cette recherche aurait sûrement apporté d'autres regards si les cadres de santé travaillaient dans des domaines différents. Effectivement, nous voyons bien, au regard de ces résultats, que le fait que plusieurs cadres travaillent dans le secteur de l'orthopédie les amènent à côtoyer le même type de partenaires extérieurs, ce qui risque d'engendrer une uniformisation des discours.

Ainsi, les quatre cadres de santé travaillant en orthopédie sont unanimes pour dire que le placement de leurs patients suite à l'hospitalisation représente un temps non négligeable de leur travail.

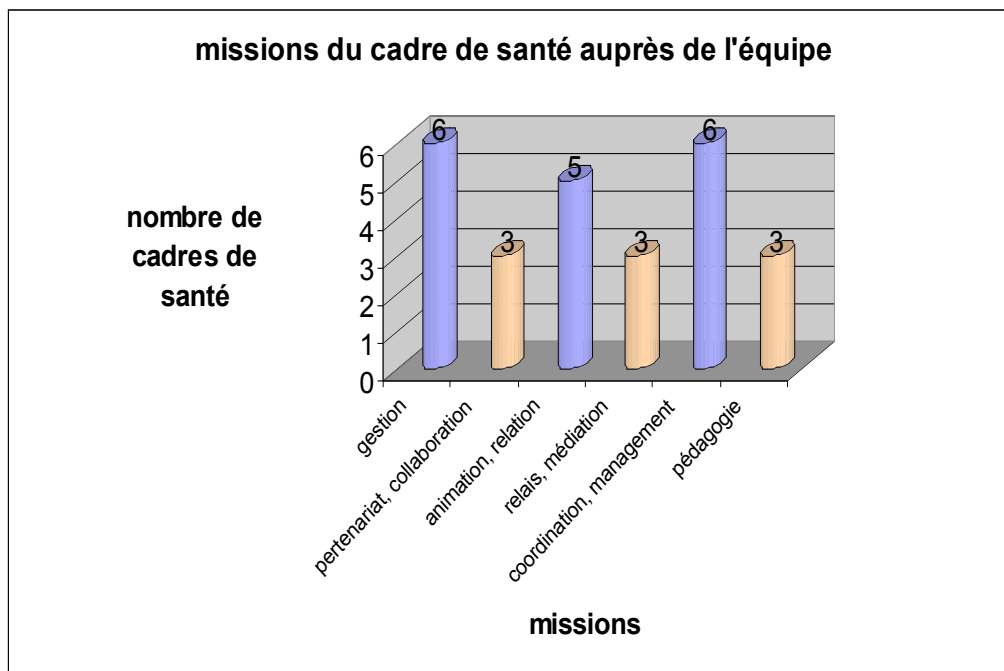
Un des cadres interrogés nous dit :

« [...] Il arrive très régulièrement qu'on envoie des demandes sur deux ou trois établissements différents et de voir après en fonction des propositions de chaque établissement quel est le premier, ... enfin quel est celui qui va avoir une date à nous proposer qui correspond le plus à la... à la date de sortie du patient. Donc, ça c'est un travail assez... ça prend du temps. » [entretien numéro 5, lignes 69 – 73]

Ce temps passé avec les partenaires extérieurs n'est pas minime, mais nous pensons qu'il rentre complètement dans les missions du cadre de santé qui se situe à l'interface des différentes organisations. Par sa vision transversale et l'appréhension de la complexité de ces différentes organisations, il fait en sorte d'adapter son discours dans l'objectif d'une continuité des soins.

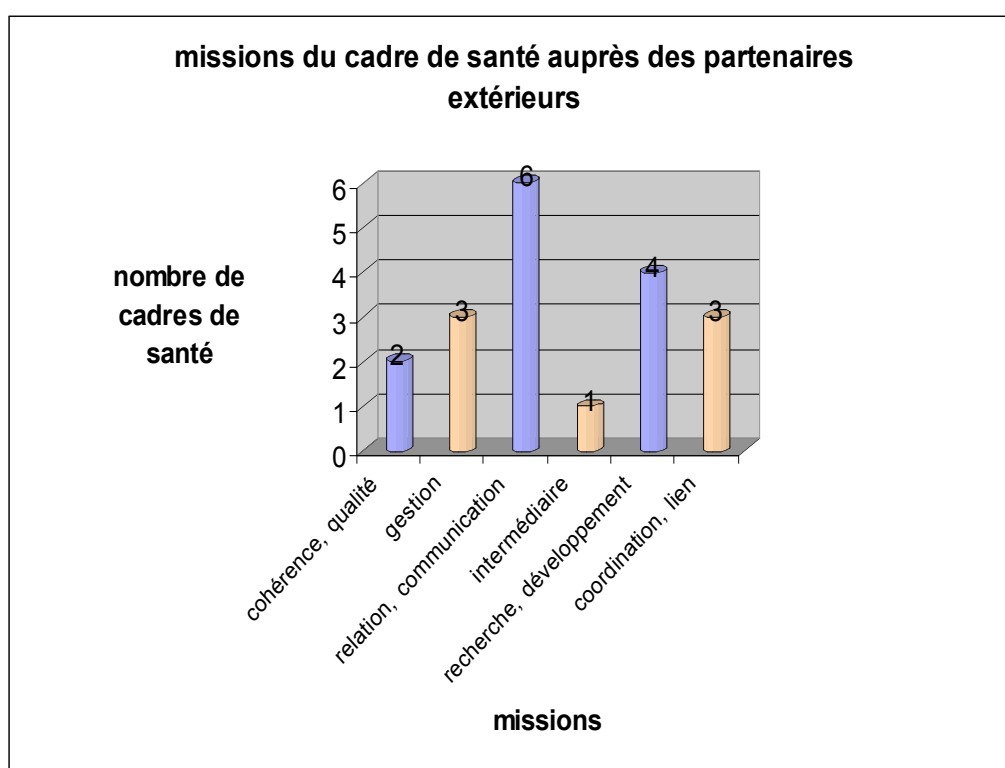
4.2 AU SUJET DU CADRE DE SANTE

4.2.1 Les missions du cadre de santé



Nous voyons ici que les cadres de santé auprès de leurs équipes répondent en majorité aux missions de gestion – qu’elles soient la gestion du personnel, du matériel, budgétaire ou d’hôtellerie – ainsi qu’à leur rôle de coordination et de management. L’animation est aussi une activité importante pour cinq des cadres interrogés, alors que le partenariat, la médiation et la pédagogie n’apparaissent que pour la moitié des cadres.

Nous pouvons déjà faire une remarque quant au fait que les trois principales missions qui reviennent (gestion, animation, coordination) se situent dans le champ plutôt de l’encadrement.

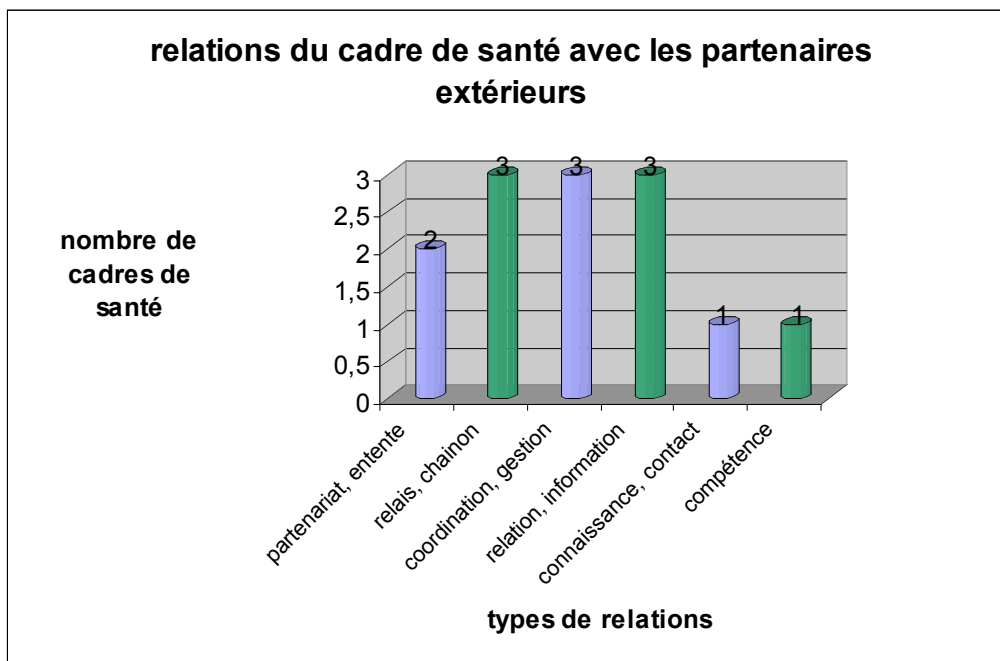
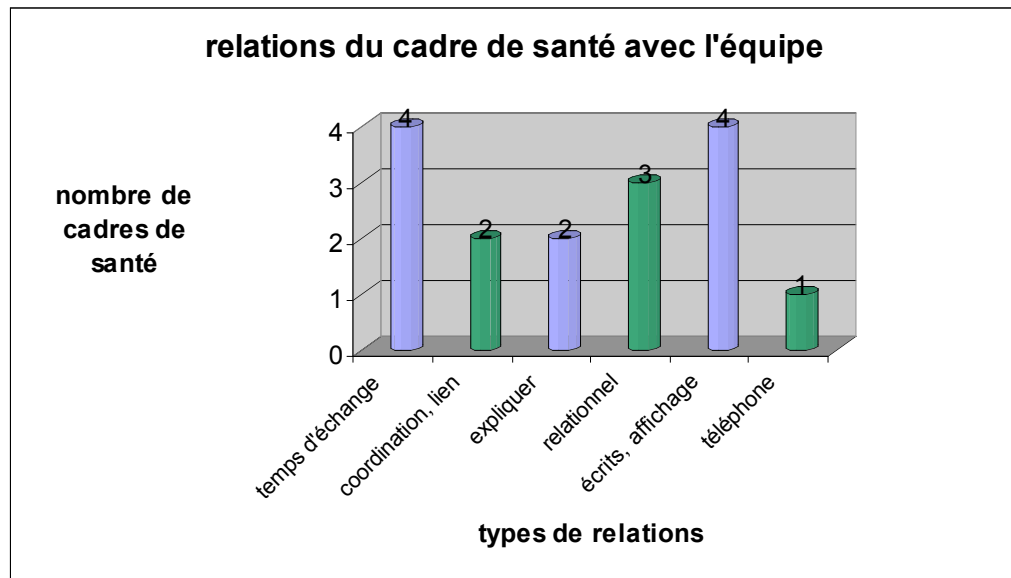


Les missions principales auprès des partenaires extérieurs qui ressortent de ce graphique sont surtout des missions de relation, de communication et de recherche, de développement des réseaux. La gestion et la coordination n’apparaissent que dans la moitié des entretiens.

Il est intéressant de comparer les deux graphiques et de voir comment les cadres de santé envisagent différemment leurs missions quand ils sont auprès de leur équipe où la gestion, la coordination et le management sont bien présents, et quand ils sont en lien

avec les partenaires extérieurs où se sont plutôt des termes comme la communication et la recherche qui ressortent.

4.2.2 Les relations qu'entretiennent les cadres de santé



Avant d'interpréter ces deux graphiques, il nous semble important de préciser que cette question posée aux cadres de santé a subi un biais. Effectivement, au lieu de demander le type de relations que les cadres entretiennent avec leurs équipes, nous avons plutôt fait une demande autour de leur manière de communiquer, ce qui engendre des réponses telles que la communication orale ou écrite.

Nous pouvons retrouver ces différents types de question :

Entretien n° 1 et n° 2 : «... *est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous communiquez avec elle, quelles relations vous avez ?* »

Entretien n° 3 et n° 4 : «... *comment vous communiquez avec eux ?* »

Dans les entretiens n° 5 et n° 6, la question n'est pas clairement posée.

De plus, la question concernant le type de relations entretenu par les cadres de santé auprès des partenaires extérieurs n'a pas été posée à trois des cadres sur les six interrogés.

Maintenant que les limites des résultats trouvés à cette question sont éclaircies, il semble néanmoins intéressant de voir que les cadres de santé, au regard des mots qu'ils utilisent, se situent plus dans une communication formelle avec les équipes (échanges professionnels, communication écrite, affichage), en comparaison avec un langage plus large employé pour les partenaires extérieurs, utilisant des mots tels que relais, chaînon, relation, information.

Nous pouvons observer que la coordination et la gestion avec les partenaires extérieurs restent des points importants pour trois des cadres de santé, c'est-à-dire tous ceux à qui nous avons posé la question.

4.2.3 Analyse des résultats

Nous voyons par ces questions, que les cadres de santé interviewés se comportent différemment selon s'ils sont auprès de leurs équipes ou en lien avec les partenaires extérieurs.

Nous pouvons mettre en parallèle l'annexe de la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers (annexe 5) où sont décrits les missions et fonctions principales des cadres de santé.

Ils ont donc un rôle :

- De responsable de la gestion d'une unité,
- D'organisation de la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé,
- D'encadrement et animation du personnel,
- De formation, de coordination et de recherche,
- De responsable du soin, de l'organisation et de la gestion administrative de l'unité.

Ainsi, nous voyons émerger la notion de hiérarchie verticale dans le rôle du cadre de santé en tant que gestionnaire et coordinateur d'une équipe qu'il doit manager, et les liens plus transversaux du cadre de santé dans les relations et communication qu'il met en place auprès des partenaires extérieurs. Il se situe à la jonction de ces deux mondes et, comme nous l'avons dit dans la première question, il doit savoir s'adapter au contexte.

Le cadre de santé a pour mission d'encadrer son équipe afin qu'elle fonctionne au mieux pour réaliser un travail de qualité. Il a un devoir de « résultats », même si ces résultats ne doivent pas être pris dans le sens de « rendement ». Par conséquent, ses relations avec les membres de l'équipe sont empreintes du pouvoir qui lui est conféré. La communication qu'il entretient avec son équipe est le vecteur indispensable à l'acquisition de normes, de valeurs et de règles communes qui va faciliter le travail interprofessionnel.

Face aux partenaires extérieurs, le cadre de santé est libre de sa relation. Il n'y a pas de pouvoir hiérarchique en jeu. Le seul enjeu est de faire exister la relation, ce qui permet au cadre de prendre une autre position et d'adapter sa communication au contexte.

Ceci vient appuyer ce que nous avons développé dans le cadre conceptuel concernant l'articulation et la coordination. Ainsi, l'articulation serait mécanique, impliquant le mouvement et garante du fonctionnement des liens (entre différents services ou différents partenaires), alors que la coordination aurait plutôt le sens de réunir dans un but commun, sous-entendant une fonction hiérarchique.

Pour appuyer ce fait, plusieurs cadres expriment leur fonctionnement auprès de leurs équipes et auprès des partenaires extérieurs :

« C'est vraiment un partenariat important dans le sens où c'est vraiment une continuité des soins, enfin, je considère que c'est vraiment une continuité de soins pour le patient et, y'a pas, c'est un chaînon, donc il faut absolument qu'il y ait une entente pour que cela se passe au mieux et que ça soit le plus fluide possible. » [entretien numéro 2, lignes 171 – 174]

« On les met en relation mais souvent il y a des choses à remplir ou quoi que ce soit donc on fait un peu l'intermédiaire entre le médecin, les soins de suite, etc... » [entretien numéro 2, lignes 58 – 60]

« Alors, j'ai plusieurs temps d'échanges professionnels que j'ai voulu installer quand je suis arrivée, c'est-à-dire que, comme il faut de la coordination, enfin, de la communication professionnelle, et éviter qu'on soit dans le passionnel... » [entretien numéro 1, lignes 87 – 89]

On retrouve dans ces témoignages, la position du cadre de santé en tant qu'intermédiaire entre l'interne et l'externe, faisant la soudure entre les deux univers et utilisant les moyens qu'il possède pour que ce lien existe dans de bonnes conditions.

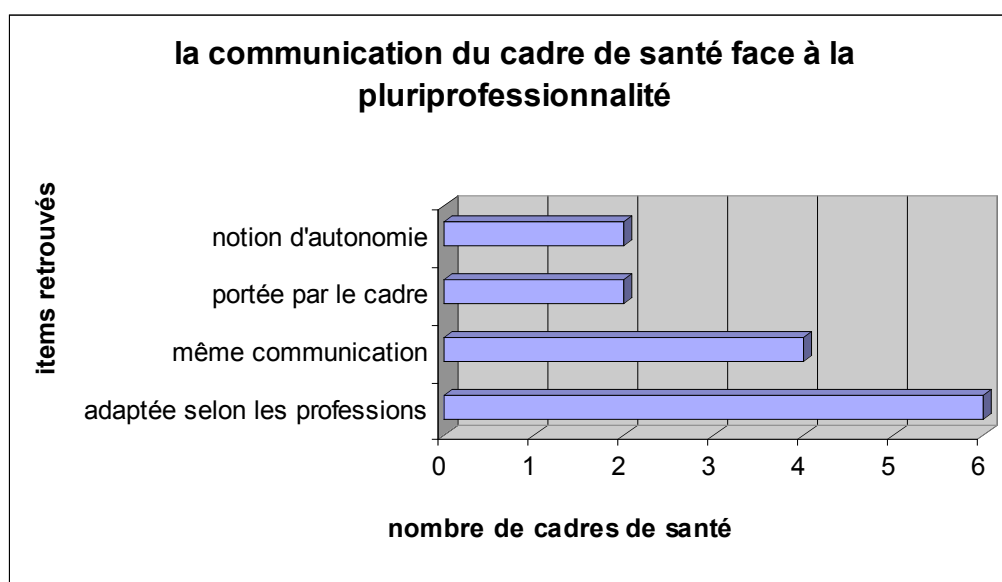
Ces résultats rejoignent notre cadre conceptuel dans le fait qu'il faut que le cadre de santé privilégie la communication au sein de son unité, ceci ayant pour objectif de favoriser la fluidité des informations et l'existence de l'équipe comme nous le rappelle Roger Mucchielli [10]: « Il n'y a pas d'équipe sans liberté des communications internes ».

En parallèle, cette communication doit lui servir à entretenir de bonnes relations entre l'hôpital et les partenaires extérieurs. En ça, il est porteur de la parole et de la politique de son institution.

4.3 LA PLURIPROFESSIONNALITE AU TRAVERS DE LA COMMUNICATION

La communication est un phénomène interactif étroitement lié à la notion d'interprofessionnalité. Ce concept a été abordé lors de notre cadre conceptuel mais il n'apparaît pas clairement dans notre guide d'entretien. Par conséquent, afin de soulever la notion de pluriprofessionnalité, nous nous sommes servi d'une relance qui interrogeait les cadres de santé sur leur manière de communiquer selon les différentes professions.

4.3.1 Un langage commun ?



Il ressort de ce graphique que la majorité des cadres de santé disent adapter leur manière de communiquer selon les professions présentes dans leur équipe, mais aussi, pour deux d'entre eux, que la communication doit être portée par le cadre de santé et doit amener à plus d'autonomie.

Si nous observons le graphique de plus près, nous pouvons voir que quatre des cadres de santé répondent aussi qu'ils utilisent la même communication.

Ainsi, nous retrouvons dans le discours de ces quatre cadres de santé :

Entretien numéro 1 :

« ... *j'adapte ma communication.* » [ligne 197] mais aussi « ...*on est une équipe...* » [ligne 213]

Entretien numéro 2 :

« ... *pour les aides soignantes, ASH, c'est différent.* » [ligne 132] mais aussi « ... *je considère que c'est qu'une équipe, qu'ils doivent s'entendre entre eux, qu'ils sont au même niveau. Donc j'essaie de communiquer de la même façon.* » [lignes 114 – 115]

Entretien numéro 5, en réponse à la question : est-ce que votre manière de communiquer est différente selon les professions ? nous avons :

« *Non... euh... en tout cas pas entre infirmières, aides soignantes, ASH...* » [ligne 222] mais aussi « *Mais c'est vrai que je... communique différemment.* » [lignes 253 – 254]

Enfin, entretien numéro 6, en réponse à la question : est-ce que vous pouvez me dire si votre moyen de communiquer diffère selon les professions ? nous avons :

« ... *je dirais que le moyen diffère... peut différer en fonction du sujet abordé...* » [ligne 47] mais aussi « ... *je vais adopter le même langage...* » [ligne 48]

Nous prenons conscience par ces différents exemples combien la manière de formuler une question peut influencer la réponse.

Ainsi, pour les entretiens 1, 2, 3 et 4, la question a été posée comme suit :

« Est-ce que vos manières de communiquer sont identiques selon les différentes professions ? »

Pour les entretiens 5 et 6, la question a été posée sous la forme suivante :

« Est-ce que votre manière de communiquer est différente selon les professions ? »

Nous supposons que cela a pu induire un biais dans les réponses données. Cependant, nous ne pouvons pas faire de rapprochement avec les quatre cadres de santé ayant répondu aux deux items.

4.3.2 Analyse des résultats

A ce stade de l'analyse, nous pouvons faire la supposition que le cadre de santé est porteur de l'idée d'un langage commun qu'il peut exprimer au travers des entretiens par le fait qu'il a une seule équipe et qu'il ne fait pas de différence. Mais comme nous avons pu l'aborder dans la question précédente, le cadre doit adapter sa communication selon le contexte où il se trouve, et donc selon les personnes qu'il a en face de lui.

Il semble intéressant de reprendre une idée soulevée dans l'entretien numéro 6 qui est une des cadres ayant répondu qu'elle adaptait son discours mais qu'elle avait un langage commun :

« ... je ne vais pas adopter le même discours, même si j'aurais le même langage, j'aurais pas le même discours... » [lignes 50 – 51]

Si nous reprenons les définitions des ces deux termes, nous trouvons :

Pour le *langage* : « Mode de comportement caractérisé par l'utilisation de symboles verbaux pour l'expression de ce qui est perçu, senti et pensé. Son expression est mise en œuvre par les organes de la phonation pour la parole et le langage oral, ou par une notation au moyen de signes matériels pour le langage écrit, et ce, en accord avec un inventaire lexical et des règles combinatoires représentées par les systèmes phonétiques, phonologiques et morphosyntaxiques de la communauté d'individus. Cette notion fait référence aux aspects conceptuels ou cognitifs de la fonction linguistique²⁹. »

Pour le *discours* : « Ensemble d'usages linguistiques codifiés attaché à un type de pratique sociale. (exemples : discours juridique, médical, religieux)³⁰. »

Nous avons l'habitude d'entendre toute l'importance que revêt le « langage commun » dans la cohésion d'une équipe. A l'inverse de ce que peut dire cette cadre de santé, et en lien avec ces deux définitions, nous pensons qu'effectivement, le cadre de santé peut

²⁹ Tiré de Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement. Recherche et réd. Louise Bérubé, 1991, p. 52, <http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/dico/R588.html>

³⁰ <http://egb.ifrance.com/gloss.html>

adopter le même discours, en référence au type de discours qu'il va utiliser avec son équipe (qui sera le discours médical en ce qui nous concerne), mais qu'il peut ne pas avoir le même langage, c'est-à-dire ne pas utiliser les mêmes signes verbaux ou gestuels.

Nous pourrions donc dire que le discours commun est important mais que le langage doit être adapté par rapport aux différentes professions présentes dans l'équipe, et aux partenaires extérieurs, prenant en compte la notion de cultures professionnelles, qui peut apparaître dans le discours des cadres qui expriment la différence qui semble exister entre les infirmiers et les aides soignants / ASH :

« Certains sont plus autonomes que d'autres. Je sais que les infirmiers sont plus autonomes, et je leur laisse cette autonomie aussi... » [entretien numéro 2, lignes 118 – 120]

« Aux aides soignantes, je mettrais plus les formes, parce que elles sont plus à même à écouter les rumeurs, [...] Alors qu'avec les infirmières, c'est plus... c'est plus paisible disons, il y a moins de remous. » [entretien numéro 4, lignes 88 – 93]

« ... parce que les infirmières sont beaucoup plus autonomes [...] les aides soignantes et les ASH c'est une plus grosse équipe, elles sont pour certaines moins autonomes, ... » [entretien numéro 5, lignes 228 – 233]

« Souvent les infirmières sont plus informées parce que elles vont chercher les informations. Les aides soignantes, peut-être un peu moins... elles ont moins ce soucis de lecture professionnelle... » [entretien numéro 6, lignes 77 – 79]

Au regard de ces commentaires, nous retirons un enseignement riche de cette question qui vient compléter notre partie théorique sur la communication en y incérant la notion de discours.

Néanmoins, la notion de pluriprofessionnalité, qui était quand même l'objectif de la question, n'a pas été suffisamment approfondie pour que la différence entre pluri et interprofessionnalité n'apparaisse dans le discours.

Pourtant, en lien avec notre cadre conceptuel, il semble important de faire la différence, l'interprofessionnalité permettant de travailler ensemble sur un objectif commun, là où la pluriprofessionnalité ne fait que juxtaposer différentes professions, différentes spécialités, sans faire le lien avec ce qu'il y a de riche en chacun des points de vue de ces différentes professions pour pouvoir atteindre cet objectif.

Le cadre de santé se situe au cœur de la construction du travail interprofessionnel puisqu'il agit aux interfaces des différents acteurs de soins. Il apparaît comme étant à l'articulation de cette interprofessionnalité, soulignant l'intérêt des regards différents apportés par les professionnels. Dans cette logique, le travail interprofessionnel ne peut s'ancrer que si le cadre impulse cette dynamique.

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 », la 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.

4.4 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE

Comme pour le cadre théorique, il a été difficile de développer ce concept. Les termes nécessaires pour mettre en évidence l'identité professionnelle n'ont pas été facile à trouver et ont suscité des hésitations auprès de la majorité des cadres de santé interrogés.

4.4.1 L'importance de l'identité professionnelle

Pour cette question aussi, il semble intéressant de s'arrêter sur le fait que cinq cadres de santé sur les six ont hésité avant de répondre à la question. Les différentes versions de cette question sont les suivantes :

« Est-ce que l'identité professionnelle est une de vos préoccupations ? »

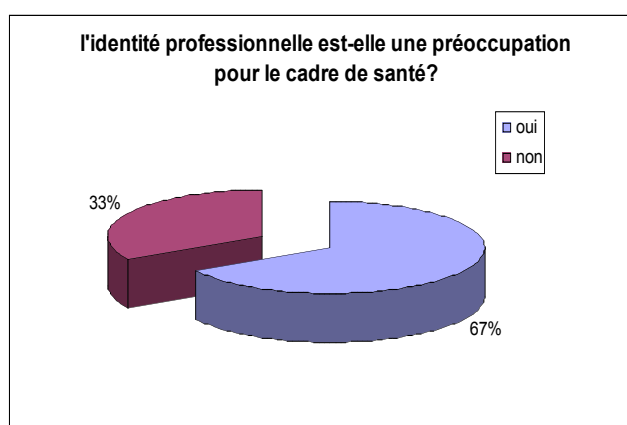
« Que représentent pour vous les identités professionnelles ? »

« Est-ce que vous prêtez une importance aux identités professionnelles ? »

« Que pensez-vous de l'identité professionnelle ? »

Nous pouvons nous interroger sur le placement de la question dans les entretiens. Effectivement, elle se situe soit après avoir discuté des modes de relations existants avec les partenaires extérieurs, soit après avoir abordé le type de communication possible auprès d'une équipe pluriprofessionnelle. De plus, elle aurait peut-être mérité d'être mieux expliquée aux cadres interrogés... Cependant, nous pouvons quand même faire quelques constats intéressants.

Ce graphique nous montre que les avis sont plutôt favorables quant à la notion d'identité professionnelle.



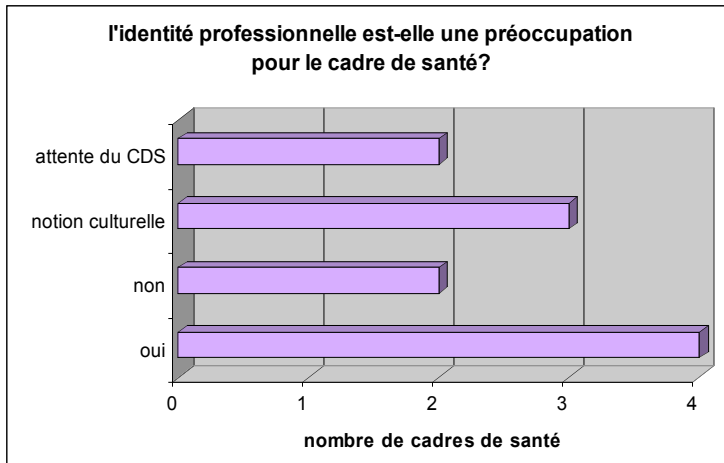
Les cadres de santé ayant une réponse plutôt positive avancent les notions de reconnaissance professionnelle, de compréhension et de communication. Pour ceux

pour qui l'identité professionnelle n'est pas une préoccupation, ils parlent d'équipe unique, sans distinction, et font un rapide parallèle avec les glissements de tâches qu'ils ne rencontrent pas dans leurs services.

Pour autant, les différents cadres de santé interrogés sont d'accord sur le fait qu'il doit exister un langage commun, nous pourrions même dire un discours commun au regard des conclusions que nous tirons de la question précédente.

« Les identités professionnelles, c'est... c'est aussi avoir... un langage commun. »

[entretien numéro 6, lignes 81 – 82]



Le graphique en barre nous montre aussi que la notion de culture professionnelle ressort de trois entretiens sur les six.

L'importance que ces identités professionnelles soient portées par le cadre de santé est aussi soulevée par deux cadres.

4.4.2 Analyse des résultats

La notion de culture professionnelle est présente dans la moitié des entretiens. Dans notre cadre conceptuel, nous avons rapproché le concept d'identité professionnelle au concept de reconnaissance. Ainsi, le cadre de santé n'est-il pas le mieux placé pour faire vivre cette reconnaissance professionnelle ?

S'il utilise son propre vécu, la reconnaissance des cadres de santé étant quelques fois mise à mal, ou en pleine construction, il détient un savoir expérientiel qui lui permet d'appréhender les actions à mettre en place afin que les personnes de son équipe se sentent reconnues, valorisées, entre autre au travers de l'identité professionnelle.

Communiquer, conduire des projets, organiser, déléguer, sont autant de savoir agir essentiels qui légitimeront le cadre de santé dans ses fonctions et qui créeront un sentiment de confiance mutuel.

Mais l'identité professionnelle est-elle si éloignée de la culture professionnelle ? Ce concept de culture, aussi difficile à cerner que l'identité professionnelle, permet de reconnaître que l'autre est différent, qu'il a une histoire de vie, une éducation (culture primaire) et une profession (culture secondaire) différentes.

Il suppose :

- Une connaissance commune de l'entreprise,
- Une vue claire des problèmes de travail à résoudre,
- Un savoir faire commun quant aux méthodes de travail,
- Un base de langage commun.

Nous retrouvons là les principes déjà décrits dans la question précédente. Ainsi, nous pouvons trouver dans l'entretien numéro 2 à propos de culture professionnelle :

« Donc, les infirmiers le font beaucoup plus, ils ont quand même une affirmation de l'identité un peu plus importante. Euh... les aides soignantes, ASH, je crois que c'est aussi culturel, elles font leur travail, elles disent rien. » [lignes 213 – 215]

La culture professionnelle ne doit pas être minimisée dans le sens où elle peut avoir un rôle de motivation pour le soignant, le tenant « solidaire » et ancré dans l'établissement où il travaille. Le cadre de santé doit avoir à l'esprit ce concept afin d'essayer d'appréhender toute la complexité que suggère l'identité professionnelle.

Dans l'entretien numéro 6, le cadre de santé aborde la connaissance et la recherche professionnelle :

« ...dans notre identité, il y a nos... droits, nos devoirs et ça passe par euh... de la connaissance, de l'acquisition, des discussions... euh... et je pense que le cadre doit être le relais au sein de son unité de ce genre de chose. » [lignes 75 – 77]

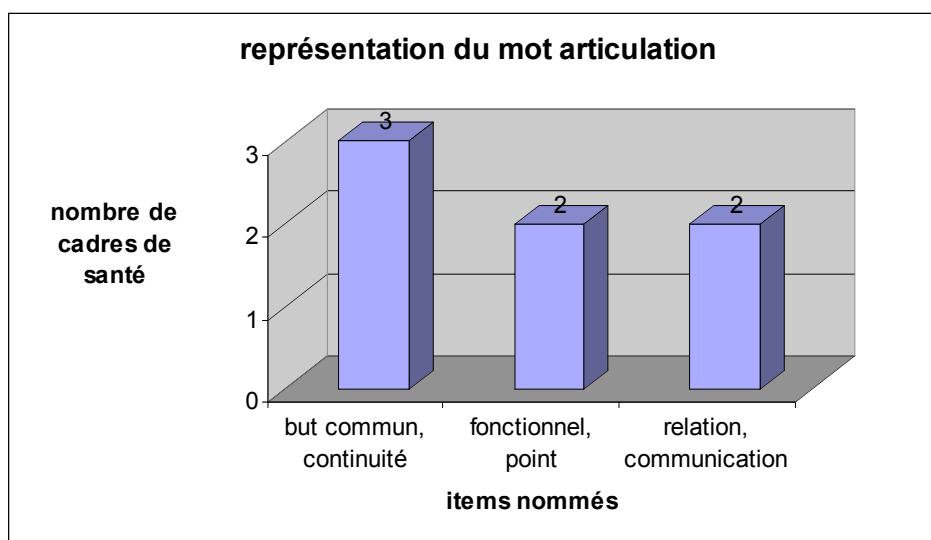
Nous voyons dans ce dernier témoignage que la préservation de l'identité professionnelle peut aussi passer par la recherche sur sa propre profession, comme nous avons pu l'aborder dans le cadre conceptuel.

Le cadre de santé peut être un moteur, dans le sens où il peut favoriser l'initiative de cette recherche pour les professions tels qu'aides soignants – comme le disent la majorité des cadres de santé interrogés – dont la culture professionnelle, le rang qu'ils occupent dans la hiérarchie et dans l'équipe, font qu'ils n'osent pas mettre en œuvre cette recherche sur leur pratique.

Au regard de ces multiples aspects, nous ne pouvons que constater qu'il est difficile de poser comme question : « Que pensez-vous de l'identité professionnelle ? » tant ce concept est vaste et représente une multitude de notions différentes. Nous pensons que ce qui est important de garder à l'esprit pour un cadre de santé est d'avoir une vision globale des situations et que, par la manière qu'il aura de communiquer et de manager, il sera fédérateur auprès de son équipe qui se sentira reconnue, valorisée, portée, soutenue, créant un sentiment de confiance et de motivation.

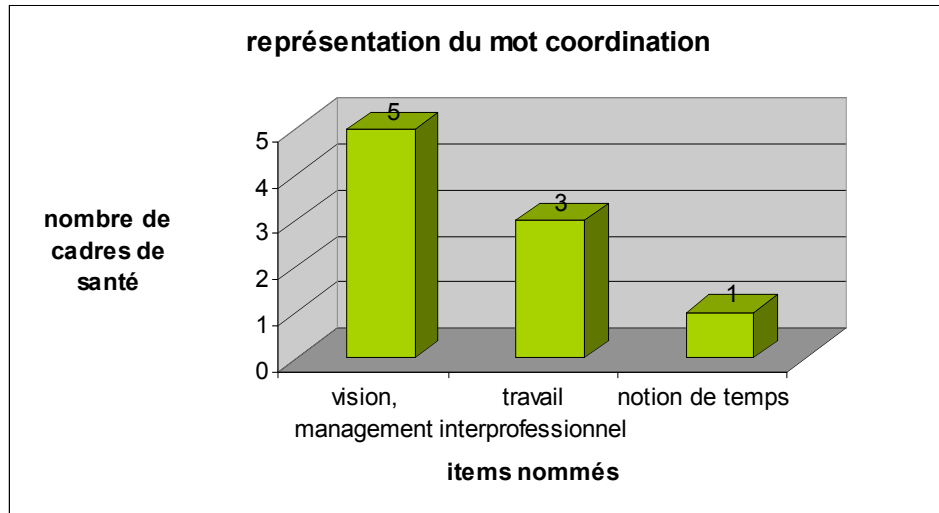
4.5 REPRESENTATION POUR LES CADRES DE SANTE DES MOTS ARTICULATION ET COORDINATION

4.5.1 L'articulation



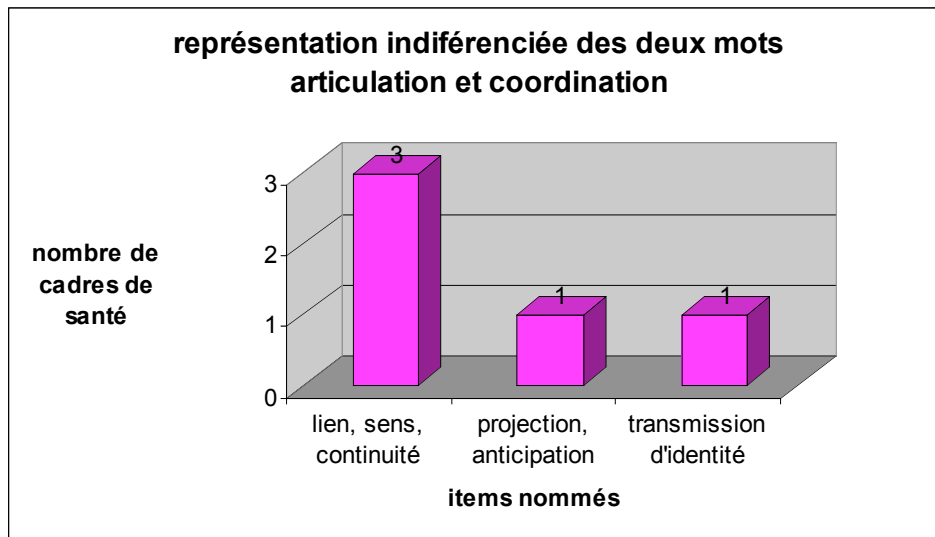
Les cadres de santé ont une représentation de l'articulation comme étant quelque chose de restrictif, comme un point fonctionnel qui permet le mouvement. Pour la moitié des cadres de santé interrogés, ils parlent de continuité dans le sens de la continuité des soins, de but commun à atteindre en équipe.

4.5.2 La coordination



Dans la représentation que se fait les cadres du mot coordination, on sent une notion plus transversale avec des termes comme : vision, management, travail interprofessionnel.

4.5.3 Représentation générale des deux mots



Au sujet de ces deux mots, sans distinction pour l'un ou l'autre, les cadres de santé expriment les idées de lien, de sens et de continuité pour trois cadres sur les six. Reviennent aussi les notions d'anticipation et de transmission d'identité comme nous avons pu le développer dans la question précédente.

4.5.4 Analyse des résultats

Ce que nous rapportent les cadres de santé interrogés vient nous conforter dans ce que nous avons développé dans le cadre conceptuel.

Ainsi, les cadres ont une vision plus restreinte de l'articulation, comme un élément permettant le mouvement :

« ... je dirais articulation, c'est plus quelque part pour moi, c'est plus un côté vraiment dans le fonctionnel. » et *« L'articulation, [...] je dirais que c'est quelque chose de plus mécanique, de plus centré, ... »* [entretien numéro 5, lignes 375 – 376 et 412]

Au contraire, ils ont une vision plus générale de la coordination :

« Il faut coordonner notre travail dans le temps pour que le travail puisse se faire, le travail interprofessionnel puisse se faire. » [entretien numéro 2, lignes 259 – 261]

La notion de temps réapparaît aussi dans l'entretien numéro 2 avec un cadre qui suggère que :

« ... coordonner, c'est dans le temps, ... » [lignes 257 – 258]

Nous repérons bien, par cette idée, la vision de la coordination comme quelque chose de plus transversal, une notion qui traverse le temps.

Au cours de ce travail, nous avons pu voir, que ce soit au sein du concept d'identité professionnelle, avec tout ce qu'il suggère comme notions (reconnaissance, culture professionnelle,...), comme au sein de celui de l'interprofessionnalité, que le cadre de santé est à la jonction, à l'articulation de plusieurs logiques différentes, qu'elles soient professionnelles ou institutionnelles.

En ce sens, il permet de réaliser les liens entre les professionnels et l'institution, mais aussi entre l'institution et l'extérieur. Ainsi, toute la subtilité de l'action du cadre de santé se trouve dans la recherche d'un équilibre entre l'articulation et la coordination, la

communication représentant un point clé dans son management, mais aussi les relations qu'il va établir avec l'extérieur. De lui dépendra la qualité des liens créés dans l'objectif d'offrir une qualité et une continuité des soins aux patients. Ainsi, par cet angle de vision, nous comprenons combien tout est lié.

Deux phrases semblent bien résumer la pensée des cadres de santé interrogés, qui rejoint la notre :

« ... je considère que vraiment pour être articulé, il faut être coordonné, ... » [entretien numéro 2, ligne 255]

« ... se coordonner, réussir à travailler ensemble pour que justement toutes les articulations fonctionnent bien. » [entretien numéro 5, lignes 378 – 379]

Nous repérons donc ce que nous avons développé dans le cadre conceptuel. La définition de ces termes semble être investie par les cadres de santé du terrain, même si un cadre ne voit pas du tout de définition à donner :

« ... parce qu'articuler, c'est pas dur d'articuler. Si on veut pas mettre les formes, on peut articuler que [...] coordination, je sais pas... coordonner, articuler... c'est que c'est pratiquement similaire hein... je sais pas... j'aurais parlé de collaboration plutôt... non, je vois pas... » [entretien numéro 4, lignes 151 – 154]

Nous pouvons donc faire la supposition que les cadres de santé mettent en action l'articulation auprès de leur équipe et des différents services et la coordination de l'ensemble, l'organisation, dans l'objectif que le patient puisse bénéficier de soins de qualité en intra mais aussi d'une continuité des soins à l'extérieur de l'hôpital. Comme Roger Mucchielli nous le dit : « Se mettre à plusieurs pour atteindre en commun un même objectif, c'est renoncer à un certain degré de liberté, c'est accepter une tactique commune, une coordination des efforts, une discipline. » [10]

Concernant le rôle du cadre de santé en lien avec ces deux mots, il nous semble intéressant de reprendre ce que nous dit un cadre qui résume bien la place du cadre de santé au milieu de toutes ces logiques :

« ... les articulations des fois, ça rouille, hein, il y a un peu d'arthrose... alors et ben le cadre, il est là pour, je ne veux pas dire opérer et enlever l'arthrose, mais faire en sorte qu'on arrive quand même à mettre tout ça en mouvement et à faire qu'il y ait une harmonie le mieux possible... » [entretien numéro 3, lignes 250 – 253]

SYNTHESE DE L'ANALYSE

5 SYNTHÈSE DE L'ANALYSE

Nos hypothèses de recherche proposent de vérifier si d'une part :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Et d'autre part :

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

A travers cette analyse, nous avons pu mettre à l'épreuve notre guide d'entretien. Nous avons vu qu'il est loin d'être facile de monter un questionnaire d'entretien et que les questions posées, quelques fois, ne permettent pas d'avoir les réponses souhaitées, ou engendrent des confusions et des incompréhensions.

Au-delà de ces limites, nous allons synthétiser et interpréter les résultats obtenus dans l'analyse. Pour vérifier nos hypothèses, la première étape, après avoir posé le contexte, consistera à repérer si l'identité professionnelle est importante au sein d'une équipe pluriprofessionnelle. Puis nous examinerons ce que les cadres de santé pensent de l'articulation et de la coordination. Enfin, nous conclurons cette synthèse en nous projetant dans notre future fonction de cadre de santé.

5.1 LE CONTEXTE

Si nous reprenons les réponses données par les six cadres de santé interrogés pour notre travail de recherche, nous pouvons voir que l'ancienneté sur le service, que nous présumons importante dans la construction des liens avec les partenaires extérieurs, est un facteur qui ne semble pas avoir une grande influence.

Effectivement, les cadres de santé doivent faire preuve d'adaptation et, pour ce qui concerne notre échantillon de population, ces cadres avaient déjà des expériences antérieures. Par conséquent, ils amenaient sur le service avec eux leur expertise. Il est à noter que les cadres semblent avoir un réseau déjà constitué, ce qui paraît être un détail intéressant à retenir dans la fonction de cadre. Par ce réseau, le cadre va pouvoir enrichir les pratiques déjà existantes sur l'établissement, et ainsi légitimer son expertise.

D'après les entretiens réalisés, ces cadres sont investis auprès de leurs équipes de missions de gestion, d'animation, de relations et de coordination, de management, s'inscrivant dans un rôle plutôt d'encadrement. Au contraire, ils ont des missions de relations, de communication et de recherche et développement de réseau avec leurs partenaires extérieurs, missions qui prennent plus la forme de liens transversaux.

Nous pouvons faire le lien avec la communication du cadre de santé auprès de son équipe. Investi de son rôle d'encadrement, le cadre de santé est plutôt dans une communication formelle avec les équipes (réunions, tableaux d'affichage, transmissions), rappelant le lien hiérarchique qui unit le cadre à son équipe. Dans sa relation avec les partenaires extérieurs, le cadre de santé se situe plus comme un relais, un chaînon, ôtant toute existence de lien hiérarchique dans ces relations, laissant courir une communication libre ayant pour seul objectif de faire vivre ce lien.

Ainsi, il est intéressant de noter les deux positions différentes des cadres de santé quand ils sont au sein de leurs équipes ou en liaison avec des partenaires extérieurs. Nous pouvons aussi observer que les relations, la communication semblent être au milieu de la pratique professionnelle du cadre de santé. Par ces qualités de diplomatie, d'écoute, d'empathie, mais aussi de recadrage, le cadre met donc en œuvre les moyens qu'il possède afin de gérer son équipe. Il permet l'expression des difficultés, voire des conflits, ce qui aide l'équipe à continuer à travailler ensemble. Cette communication est actuellement amplifiée par la multiplicité des écrits et une culture de l'oral qui reste forte. Ces différentes formes de communication peuvent engendrer de la confusion et le cadre de santé doit être vigilant dans ce qu'il transmet et comment il le transmet. Nous rejoignons là l'idée révélée dans les entretiens que le cadre de santé doit adapter son langage mais avoir un discours commun.

5.2 L'IDENTITE PROFESSIONNELLE ET L'INTERPROFESSIONNALITE

En ce qui concerne l'identité professionnelle, 67% des cadres de santé interrogés font attention à cette notion comme un moyen de reconnaissance, de compréhension du travail de l'autre. La notion de langage commun revient dans le discours de pratiquement tous les cadres de santé.

Pour autant, nous voyons combien il est difficile de définir l'identité professionnelle et tout ce qu'elle intègre comme notions. Le fait que la majorité des cadres de santé hésite avant de répondre et demande des précisions sur la question révèle peut-être leur connaissance imprécise de ce qu'est l'identité professionnelle. Nous pouvons donc penser que le contexte de l'entretien a fait qu'ils se sont sentis en quelque sorte « obligés » de répondre.

Au regard de ces données, nous nous sommes aperçu que les éléments apportés par cette question auraient pu être plus performants, ciblant la question de façon plus précise, dans l'objectif de contourner le concept d'identité professionnelle afin de l'aborder indirectement.

Nous pouvons nous demander, compte tenu de ces hésitations, si l'identité professionnelle de ces cadres est claire pour eux-mêmes ? Ainsi, « ce que l'on conçoit bien s'énonce clairement ».

Un changement identitaire s'opère lorsqu'on devient cadre de santé. L'identité du cadre est fragile car il n'existe pas de corps de métier, mais le diplôme de cadre de santé donne une légitimité face à l'équipe. C'est pourquoi nous pensons que le cadre de santé, en formalisant le travail qu'il réalise au quotidien, apportera des éléments concrets de sa réalité de travail. Il sera reconnu auprès de son équipe s'il resitue son action auprès d'elle, notamment en expliquant son champ d'intervention. Par ce biais, il contribuera à modifier la représentation que l'on peut avoir des cadres de santé et participera à leur évolution identitaire. Pour cela, il doit y avoir réfléchi et entamé un travail de distanciation avec son métier d'origine.

Mais la reconnaissance et la légitimité du cadre passe aussi par le soutien de son institution. Le cadre est porteur de la parole de l'institution mais doit aussi lui-même être légitimé et épaulé par sa propre institution. Nous voyons là aussi que la communication entre cadres est indispensable afin de ne pas rester seul et de créer un réseau interne.

L'analyse des entretiens nous montrent la complexité dans laquelle se vivent les relations interprofessionnelles. La majorité des cadres de santé interrogés adaptent leur communication en fonction des différentes professions qu'ils encadrent. Ils mettent en avant la notion de culture professionnelle – que l'on peut retrouver au travers de la différence qu'ils font entre les infirmiers et les aides soignants / ASH – et le fait que cette communication doit être portée par le cadre de santé.

Vient ici une distinction faite entre langage et discours dans le fait que le langage peut être le même (signes) mais que le discours peut être différent (contenu). Nous croyons de notre côté que le langage sera différents selon les professions (que les mots employés ne seront pas les mêmes si nous nous adressons à un aide soignant, un infirmier ou un ergothérapeute) mais que le discours aura le même contenu, dans le sens où le cadre de santé est porteur de la parole de l'institution et des valeurs qu'il veut faire passer, dans la recherche de la continuité des soins pour le patient.

Questionner la pluriprofessionnalité par le biais de la communication ne nous a pas permis de retirer des éléments concernant l'interprofessionnalité. Pour autant, la reconnaissance d'un travail collectif de qualité mérite d'être valorisé afin de renforcer cette interprofessionnalité. La communication, la reconnaissance, la recherche de sens, l'entretien annuel d'évaluation ou encore le projet sont autant de moyens que le cadre possède afin d'appuyer ce travail interprofessionnel. Par son rôle de régulateur et par la connaissance qu'il a du terrain, le cadre s'assure donc du respect des différences dans son équipe pluriprofessionnelle.

5.3 L'ARTICULATION ET LA COORDINATION

Au cœur des entretiens, l'articulation est déterminée comme une notion restrictive, un point fonctionnel permettant le mouvement. La coordination est une notion plus transversale de management, d'ensemble, de travail interprofessionnel. Dans les deux termes, on retrouve dans le discours des cadres de santé, les notions de liens, de sens et de continuité. Ces notions sont en adéquation avec le cadre conceptuel que nous avons développé dans la première partie.

Ainsi, comme le dit un des cadres lors d'un entretien :

« ... coordonner, ça me donne une vision [...] d'ensemble. Je vais articuler quelque chose avec quelqu'un alors que je vais coordonner un ensemble... donc tout mon travail c'est de la coordination, au sein de l'équipe, [...] les patients, les familles,... les maisons de convalescence quand il y a besoin, l'assistante sociale avec le domicile,... »

[entretien numéro 5, lignes 419 – 423]

Nous pouvons donc supposer que déléguer des tâches, mener des projets avec son équipe, communiquer, avoir un esprit visionnaire, anticiper, être attentionné à avoir des conditions de travail adaptées, valoriser et reconnaître le travail, donner du sens aux actions des soignants... et quelques fois recadrer contribuent à définir ce que peuvent être l'articulation et la coordination. Le cadre de santé se trouve à l'interface de ces deux mots, dont nous entrevoyons toute la complexité.

Là encore, nous présupposons dans notre hypothèse que le cadre de santé s'articule avec les partenaires extérieurs, dans le sens de la création d'un lien transversal, et qu'il se coordonne avec son équipe, impliquant une hiérarchie plus verticale.

Un des enseignements que nous avons pu tirer de cette étude est que cette frontière n'est pas si claire. Ainsi, omettre toute articulation en interne, c'est rendre laborieuses toutes relations entre les différents services, relations indispensables afin de pouvoir proposer un service de qualité au patient. En conséquence de quoi, nous nous apercevons que la collaboration, le partenariat interne sont difficiles à mettre en place si le cadre de santé ne maîtrise pas les articulations.

En parallèle, la coordination ne concerne pas que l'interne. Effectivement, les entretiens nous révèlent que dans le mot coordination, il y a une notion de temporalité, idée qui revient quand les cadres de santé parlent du temps passé à faire le lien avec les partenaires extérieurs dans l'objectif de la continuité des soins pour le patient hospitalisé. Ainsi, cette notion de coordination peut s'exporter en dehors de l'établissement et intervenir aussi auprès des partenaires.

Suite à l'étude de ces entretiens et aux réflexions menées tout au long de ce travail de recherche, nous comprenons que nous n'avons abordé qu'une infime partie de la complexité que sont les relations humaines et que les frontières ne peuvent pas être aussi définies que nous le présumons. Chaque individu apportera autant de regards spécifiques et de langages différents qui contribueront à rendre l'articulation et la coordination tout à fait indispensable dans la pratique professionnelle du cadre de santé.

5.4 VERS UNE FUTURE FONCTION DE CADRE DE SANTE

Nous pensons que nos hypothèses de départ sont confirmées par le discours des différents cadres de santé interrogés.

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Pour la première hypothèse, nous pouvons dire que la population interrogée est venue confirmer cette idée que le cadre de santé, de part son positionnement, l'adaptation de sa communication et ses relations avec l'équipe, permet de préserver les identités professionnelles au sein de son équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

La deuxième hypothèse quant à elle est validée par le fait que les cadres de santé se positionnent différemment selon qu'ils travaillent avec leurs équipes, où ils auront une relation plus hiérarchique, formelle, pouvant se rapprocher de la coordination, ou qu'ils

travaillent auprès des partenaires extérieurs, où ils conçoivent leurs rapports en terme de relais, de chaînon, en lien avec l'articulation.

En reprenant ces différents discours et avec l'enrichissement du cadre conceptuel, nous pouvons confirmer que le cadre de santé se trouve à l'interface, à la liaison, est l'intermédiaire, le médiateur, le pivot des différentes logiques, qu'elles soient internes à la structure (liens existants entre différents services, différents professionnels) ou externes à la structure (partenaires extérieurs, médecine de ville).

Maintenant, si nous regardons nos hypothèses sous un angle différent, nous pouvons dire qu'elles sont aussi infirmées. En effet, elles ne reflètent pas la complexité qui se trouve derrière les termes utilisés tels que articulation, coordination, identité professionnelle, interprofessionnalité.

Ceci nous montre comme il est important que le cadre de santé ait une vision assez claire de la complexité, en lien avec le travail de l'homme (équipe) sur l'homme (le patient).

Au regard de ces commentaires, il nous semble possible d'établir des liens de causalité entre les différents thèmes que nous avons évoqués. Nous avons pu voir que nos présupposés ne sont pas toujours fondés et que nous pouvons opposer un avis différents des propos tenus par les cadres interrogés (entre autre concernant l'utilisation des mots discours et langage).

Cependant, nous pouvons constater que la communication se positionne au centre de tous les autres concepts. Que ce soit au travers du langage commun, du discours, des relations, de l'information, nous constatons que le cadre de santé doit avoir une bonne connaissance du terrain afin de s'adapter aux missions du service, d'être le relais des besoins du service et de les argumenter auprès de la direction de son établissement. Il se trouve à l'interface de toutes les organisations, qu'elles soient internes ou externes, et doit développer des qualités de communication auprès de tous ces acteurs de soins. Par toutes les rencontres et contacts qu'il peut avoir, il enrichit sa pratique et se positionne en tant que médiateur, informateur et transmetteur au sein de l'équipe.

Nous ajouterons qu'il est garant de la qualité, de la sécurité et de la continuité des soins et qu'il doit percevoir la complexité des situations qu'impliquent les relations humaines. Ainsi, il nous semble essentiel que le cadre continue de faire vivre le lien qui existe entre la théorie et la pratique et qu'il soit porteur des projets de formation auprès de son équipe et de lui-même.

CONCLUSION

6 CONCLUSION

A l'aboutissement de ce travail qui vient clôturer l'année de formation de cadre de santé, il nous semble intéressant de rappeler que celui-ci trouve son origine dans la pratique professionnelle. Ce choix d'étude a été influencé par notre parcours professionnel d'ergothérapeute qui nous a permis d'aller à la rencontre d'autres établissements et d'autres logiques de fonctionnement. En partant d'une situation de terrain qui nous questionnait, nous avons pu cheminer et construire une problématique, puis poser une question de recherche :

Afin de préserver une cohérence des soins, en quoi le cadre de santé peut-il être médiateur entre le milieu hospitalier et les partenaires extérieurs ?

A partir de cette question, nous sommes allés rencontrer sur le terrain des cadres de santé travaillant en milieu hospitalier et ayant des liens avec des partenaires extérieurs afin qu'ils viennent confirmer ou infirmer les deux hypothèses suivantes :

Le positionnement du cadre de santé permet de préserver les identités professionnelles au sein d'une équipe pluriprofessionnelle.

Le cadre de santé est à l'interface entre l'articulation avec les différents partenaires extérieurs et la coordination d'une équipe.

Un des enjeux du cadre est de comprendre les mécanismes qui sont en jeu dans la rencontre des individus au sein de l'équipe. Avoir des connaissances théoriques est un atout indispensable. Mais c'est par une démarche de recherche que nous pourrions interroger les relations humaines. Notre but en tant que futur cadre a été d'appréhender notre posture « d'apprenti chercheur » en lien avec les concepts théoriques et les personnes rencontrées sur le terrain. Cette posture de chercheur nous a permis de prendre de la distance face au sujet.

Ces échanges furent riches d'enseignements, même si nous sommes conscient que ce travail n'est pas représentatif, ni généralisable dans la mesure où nous n'avons effectué que six entretiens.

Nous avons pu expérimenter la difficulté de mener une recherche théorique et des entretiens. Il faut faire preuve d'une grande technicité afin de rester objectif et de ne pas se fier à nos représentations et nos préjugés. Le cadre conceptuel permet de prendre un peu de distance avec cette réalité et vient alimenter notre recherche. Néanmoins, nous resterons quand même assez prudent quant à l'interprétation des résultats obtenus.

En effet, dans l'analyse de nos entretiens, nous avons pu remarquer que les identités professionnelles étaient perçues au travers d'un langage qui peut différer selon les professions rencontrées, mais que le discours est commun. Au regard du cadre conceptuel, nous avons pu développer combien la communication du cadre auprès de son équipe, mais aussi celle dont il permet la circulation, est d'une importance capitale pour le bon fonctionnement de l'équipe, dans l'efficacité et la qualité de la prestation fournie au patient. Le cadre doit prendre du recul, ne pas donner de réponses trop hâtives, mesurer l'impact de l'information qu'il transmet et jouer la transparence afin de créer un climat de confiance dans l'équipe en faisant vivre aussi bien la communication descendante (transmissions d'informations) que la communication ascendante (comptes rendus, demandes).

En lien avec la notion de pluriprofessionnalité, la communication du cadre sera un atout indispensable pour permettre l'unité de l'équipe et créer les articulations. L'interprofessionnalité, par son regard croisé sur les êtres humains, est une notion intéressante dans ce qu'elle vient enrichir ce lien entre chaque profession, les unissant dans un objectif commun à atteindre ensemble. Elle permet de ne pas réduire le patient à des théories ou des prises en charge successives. Mais elle ne semble pas être présente dans les entretiens, en tout cas pas dans un discours formalisé. A ce stade, nous pouvons émettre l'hypothèse que les structures hospitalières actuelles, divisées en pôles, en secteurs puis en services, ne favorisent pas cette interprofessionnalité.

Pour autant, nous pouvons rajouter que l'intentionnalité du cadre de santé à fédérer son équipe permettra le passage d'une forme pluriprofessionnelle à une forme

interprofessionnelle, qui suppose que les rapports de pouvoir et les stratégies individuelles soient inhibées au profit de l'intérêt des patients. Le cadre doit favoriser l'expression des différences entre les acteurs du soin, qui peuvent amener à des incompréhensions, et la connaissance mutuelle. Le fait d'inclure le patient au centre des prises en charge nous semble donc un moyen intéressant pour que la diversité des identités professionnelles puisse s'exprimer et être entendue. Nous sommes conscient que cette vision reste un peu idéaliste mais avoir un idéal permet de fixer un but vers lequel tendre. Déléguer, communiquer, coordonner, conduire des projets feront donc partie des compétences que nous devons continuer à développer. C'est ainsi que nous pourrions créer un environnement adapté aux besoins des soignants et favoriser des relations de confiance et de reconnaissance.

Nous avons pu également repérer que les cadres de santé intègrent presque « naturellement » un rôle de coordonnateur au sein de leur équipe et un rôle de médiateur, de lien avec les partenaires extérieurs, ce qui nous ramène aux notions d'articulation et de coordination. Mais l'un est-il possible sans l'autre ? Le cadre de santé n'est-il qu'articulateur vers l'extérieur et coordonnateur vers les équipes ? Afin de préserver la motivation de son équipe, ne doit-il pas s'articuler lui-même avec ses collaborateurs ? Il nous semble indispensable que le cadre de santé prenne en compte la complexité des situations et ne se fie pas, comme nous avons pu le présupposer au début de cette recherche, aux bornes et frontières qui paraissent si facile à poser dans un objectif de clarté et de facilitation de compréhension.

Ainsi, ce travail d'initiation à la recherche nous a permis de prendre de la distance avec notre pratique professionnelle. Thibault Dujardin nous dit : « La formation ne constitue pas seulement une expérience enrichissante supplémentaire dans son parcours professionnel, mais engendre une véritable remise en question de ses pratiques personnelles et un départ vers une nouvelle identité. » [14]

De ce fait, nous pouvons évoquer à présent le rapprochement que nous pouvons effectuer entre cette initiation à la recherche et notre positionnement en tant que futur cadre de santé.

Nous avons découvert, à travers l'étude des concepts et l'analyse des entretiens réalisés, combien le lien, l'articulation, la coordination et la communication sont importants afin de permettre la continuité des soins en interne, à l'extérieur de l'hôpital, et surtout afin de permettre aux équipes de ne pas perdre le sens de leurs actions et d'être reconnues dans celles-ci.

Or, nous serons demain face à des situations où le lien, la communication seront parfois difficile, parfois inexistant entre les soignants que nous encadrerons. Dès lors, le rôle de médiateur de cadre de santé nous semble important. En effet, le cadre doit favoriser le lien, la connaissance du rôle de chacun et avoir un discours commun qui permet aux différents professionnels de communiquer entre eux, d'échanger. Il doit être attentif à avoir une communication formelle claire avec l'équipe, mais aussi à laisser la possibilité à une communication plus informelle de s'exprimer. Sa pratique réflexive et sa connaissance de la gestion des ressources humaines lui permettent, non pas d'apporter des solutions, mais de créer des espaces propices à la parole, où les différents acteurs du soin pourront exprimer leurs représentations, leurs souffrances et leurs interrogations.

Dans notre future fonction de cadre de santé, il est de notre responsabilité de créer de bonnes conditions pour travailler ensemble, et de développer des processus de collaboration interprofessionnels. En effet, nous devons assurer l'organisation des soins pour garantir une prise en charge globale de qualité auprès de la personne soignée. Ainsi, il nous semble important de connaître et de reconnaître chaque personne de l'équipe dans ses propres compétences. Pour cela, le cadre de santé a des outils qu'il peut utiliser, tels que les entretiens annuels d'évaluation qui sont des moments privilégiés pour écouter la parole de la personne, connaître la situation du terrain et échanger autour de difficultés rencontrées.

La cadre de santé doit s'inscrire dans l'évolutivité. Son poste lui-même est source d'évolution. Il nous semble important qu'il ne perde pas ce lien entre la théorie et la pratique, comme le retrace bien la définition des Compagnons : « Former des hommes de caractère, faire naître et développer des compétences professionnelles, enseigner les données d'une compréhension entre les hommes et faire comprendre qu'il existe, dans

notre humanité terrestre, un sacerdoce et un culte dont l'unité se révèle être, au dessus de tout, le Travail³¹. »

En réactualisant cette définition, nous pourrions faire un parallèle avec les missions du cadre de santé au sein de son équipe caractérisées par la formation, l'accompagnement dans le développement des compétences professionnelles, l'enseignement d'une compréhension entre les hommes (par la communication) dans l'objectif commun du Travail. Nous voyons bien, en faisant un rapprochement avec le discours des cadres interrogés, combien les cours, dispensés en interne du service par les médecins et les chirurgiens, sont appréciés des professionnels et semblent enrichir leurs connaissances (annexe 2, entretien numéro 1).

Le cadre de santé crée les liens et les conditions sine qua non à la réalisation de ce travail. Nous observons là que, même si le cadre doit être dans l'évolutivité, il y a de bonnes leçons à prendre de l'histoire de notre civilisation.

Nous devons aussi défendre des valeurs humaines mises à mal par des politiques budgétaires drastiques qui se généralisent dans toutes les institutions. Ce qui nous amène à nous poser cette question : dans ce contexte professionnel soumis à de nombreuses contraintes économiques, institutionnelles et réglementaires, en quoi le cadre de santé peut-il vraiment être encore un lien, un coordinateur efficace à lui seul, permettant de mobiliser le personnel soignant pour une prise en charge adaptée ?

Nous pensons que le cadre de santé peut favoriser et soutenir un travail d'équipe afin d'assurer des soins de qualité et permettre aux professionnels de travailler ensemble. Mais, comme nous avons essayé de le montrer dans ce travail de recherche, il ne peut le faire seul. Cela procède d'une dynamique d'équipe. Le cadre peut impulser et engager l'équipe dans cette démarche par l'existence de projets par exemple, l'attention qu'il porte à valoriser le travail réalisé en équipe, mais il a besoin des membres de son équipe et du soutien de la structure.

³¹ Marcel Bris, Parisien le Noblesse du devoir, Compagnon Forgeron-Maréchal-Mécanicien du Devoir, *Le compagnonnage à la recherche de sa vocation*, 1984, in François Icher, *Les compagnons ou l'amour de la belle ouvrage*, Ed. Gallimard, France, 1995

Pour nous, le « prendre soin » s’inscrit dans la complexité. « Il s’agit de prendre en compte le potentiel créatif et l’engagement personnel de chaque individu pour évoluer ensemble dans la complexité. » [14]

Le défi du cadre de santé de demain réside peut-être dans le fait de faire vivre cette créativité, afin que perdure, au sein de l’équipe, cette envie que chaque membre de cette équipe a eu un jour de s’occuper de la souffrance des autres.

BIBLIOGRAPHIE

7 BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES

- [1] ALEXANDRE-BAILLY Frédérique, BOURGEOIS Denis, GRUERE Jean-Pierre, RAULET-CROSET Nathalie, ROLAND-LEVY Christine, *Comportements humains et management*, Ed. Pearson éducation, 2^e édition, Paris, 2006, 343 pages
- [2] CHARRIER F., J. COUTEAU, J.J GEOFFROY, M. SEYS, J. ROULLEAU, R. VERCAUTEREN, *Tutelles et réseaux : changer les pratiques médico-sociales*, Ed. ERES, 2005, 271 pages
- [3] DUBAR Claude, *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*, Ed. Armand Colin, 1998
- [4] KAËS René, *Les théories psychanalytiques du groupe*, Que sais-je ?, Ed. Broché, col. Puf, 2004
- [5] LE MOIGNE Jean-Louis, *L'arbre ou l'archipel ? Sur la connaissance disciplinée*, in *Guerre et paix entre les sciences : disciplinarité, inter et transdisciplinarité*, La revue de MAUSS, n° 10, , Ed. La découverte, Paris, 1997, 380 pages
- [6] MORIN Edgar, *Sur la transdisciplinarité* , in *Guerre et paix entre les sciences : disciplinarité, inter et transdisciplinarité*, La revue de M.A.U.S.S, n°10, Ed. La Découverte, Paris, 1997, 380 pages
- [7] MUCCHIELLI Alex, *Les sciences de l'information et de la communication*, 3^{ème} édition, Col. Hachette, 2001, 158 pages
- [8] MUCCHIELLI Roger, *Communication et réseaux de communication*, 8^{ème} édition, Ed. ESF, 1999, 109 pages
- [9] MUCCHIELLI Roger, *La dynamique des groupes*, Ed. ESF, 1976

[10] MUCCHIELLI Roger, *Travail en équipe : clés pour une meilleure efficacité collective*, Ed . ESF, 1996, 194 pages

[11] PATEYRON Emmanuel Arnaud, *Le management stratégique de l'information, applications à l'entreprise*, Col. Economica, 1994, 112 pages

[12] PASTOR Pierre, BREARD Richard, *Diriger une équipe, les clés du succès, 110 méthodes, outils et conseils*, Ed. Liaisons, Paris, 2004, 236 pages

[13] SAINSAULIEU Renaud, *L'identité au travail*, 2ème édition, Col. Presses de la Fondation Nationale des Sciences Politiques, 1985

ARTICLES / PRESSE

[14] DUJARDIN Thibault, *De l'épistémologie pour les futurs cadres ?*, Objectifs soins, mai 2006, n° 146, p : 16

[15] FONT-THINEY Elizabeth, *Reconnaissance, identité et santé au travail. Face aux méthodes de managements*, Actes de la journée d'étude UGICT-CD 69 du 2 octobre 2001

[16] GUIHARD Jean-Philippe, *Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ?*

[17] GUIHARD Jean-Philippe, *Interprofessionnalité ou interprovidence ?*, journal d'ergothérapie, Vol 21, n° 3, Masson, Paris, p : 91

[18] HALPERN Catherine, *Faut-il en finir avec l'identité ?*, revue Sciences Humaines, n° 151, juillet 2004

POWER POINT ET COURS

[19] BARDAS Laurence, *Analyse de contenu*, in cours de Madame THEODART, IFCS GREFOPS

[20] LEBOEUF Dominique, Les réseaux de santé : actualités et perspectives, IFCS GREFOPS, séminaire du 26 avril 2002

SITES INTERNET

[21]

<http://dictionnaire.mediadico.com/traduction/dictionnaire.asp/definition/coordonateur/2007>

[22] <http://fr.wikipedia.org/wiki>

[23] <http://pagesperso-orange.fr/jp.guihard/articles/indiscipline/condiscipline.pdf>

TABLE DES MATIERES

8 TABLE DES MATIERES

1	INTRODUCTION	1
1.1	MON EXPERIENCE PROFESSIONNELLE	1
1.2	LA PROBLEMATIQUE	5
2	LE CADRE CONCEPTUEL.....	8
2.1	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	8
2.1.1	<i>Définir l'identité professionnelle.....</i>	<i>9</i>
2.1.2	<i>La reconnaissance dans l'identité professionnelle</i>	<i>12</i>
2.1.3	<i>Le cadre de santé et l'identité professionnelle</i>	<i>15</i>
2.2	PLURI OU INTER PROFESSIONNALITE ?	17
2.2.1	<i>Quelques définitions.....</i>	<i>17</i>
2.2.2	<i>L'interprofessionnalité comme lien entre les hommes : la notion d'équipe.....</i>	<i>22</i>
2.2.3	<i>Le rôle du cadre de santé face à l'interprofessionnalité</i>	<i>26</i>
2.3	ARTICULATION ? COORDINATION ?	28
2.3.1	<i>Mieux appréhender l'articulation et la coordination</i>	<i>29</i>
2.3.1.1	<i>L'articulation</i>	<i>29</i>
2.3.1.2	<i>La coordination, coordonner.....</i>	<i>30</i>
2.3.2	<i>L'importance de la communication dans la relation à l'autre.....</i>	<i>32</i>
2.3.3	<i>Le cadre de santé entre l'articulation et la coordination</i>	<i>36</i>
2.4	SYNTHESE DU CADRE CONCEPTUEL.....	38
3	LA METHODOLOGIE.....	39
3.1	LE RECUEIL DE DONNEES	40
3.1.1	<i>Le choix du terrain et de la population.....</i>	<i>40</i>
3.1.2	<i>Le choix de l'outil.....</i>	<i>41</i>
3.1.3	<i>Le déroulement des entretiens</i>	<i>43</i>
3.1.4	<i>Le guide d'entretien</i>	<i>43</i>
3.2	INTERÊTS ET DIFFICULTES	45
3.3	LE TYPE D'ANALYSE.....	46
4	ANALYSE DES ENTRETIENS	47
4.1	LES QUESTIONS CONTEXTUELLES.....	48
4.1.1	<i>L'ancienneté des cadres de santé sur le service.....</i>	<i>48</i>
4.1.2	<i>Les différents services et partenaires extérieurs</i>	<i>49</i>
4.1.3	<i>Analyse des résultats</i>	<i>50</i>
4.2	AU SUJET DU CADRE DE SANTE.....	51
4.2.1	<i>Les missions du cadre de santé.....</i>	<i>51</i>
4.2.2	<i>Les relations qu'entretiennent les cadres de santé</i>	<i>53</i>
4.2.3	<i>Analyse des résultats</i>	<i>54</i>

4.3	LA PLURIPROFESSIONNALITE AU TRAVERS DE LA COMMUNICATION	57
4.3.1	<i>Un langage commun ?</i>	57
4.3.2	<i>Analyse des résultats</i>	59
4.4	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE	61
4.4.1	<i>L'importance de l'identité professionnelle</i>	61
4.4.2	<i>Analyse des résultats</i>	63
4.5	REPRESENTATION POUR LES CADRES DE SANTE DES MOTS ARTICULATION ET COORDINATION	65
4.5.1	<i>L'articulation</i>	65
4.5.2	<i>La coordination</i>	66
4.5.3	<i>Représentation générale des deux mots</i>	66
4.5.4	<i>Analyse des résultats</i>	67
5	SYNTHESE DE L'ANALYSE	70
5.1	LE CONTEXTE	70
5.2	L'IDENTITE PROFESSIONNELLE ET L'INTERPROFESSIONNALITE	72
5.3	L'ARTICULATION ET LA COORDINATION	74
5.4	VERS UNE FUTURE FONCTION DE CADRE DE SANTE	75
6	CONCLUSION	78
7	BIBLIOGRAPHIE	84
8	TABLE DES MATIERES	87
9	ANNEXE 1 : LE GUIDE D'ENTRETIEN	89
10	ANNEXE 2 : LES ENTRETIENS	91
11	ANNEXE 3 : DÉCRET DU 2 OCTOBRE 1992 RELATIF AUX STRUCTURES DE SOINS ALTERNATIVES À L'HOSPITALISATION	147
12	ANNEXE 4 : ARRÊTÉ DU 18 AOÛT 1995 RELATIF AU DIPLÔME DE CADRE DE SANTÉ	150
13	ANNEXE 5 : CIRCULAIRE N° 00030 DU 20 FÉVRIER 1990 PORTANT MISSION ET RÔLE DES SURVEILLANT(E)S ET SURVEILLANT(E)S CHEFS HOSPITALIERS ET ANNEXE À LA CIRCULAIRE : MISSIONS ET FONCTIONS PRINCIPALES DES SURVEILLANTS	152

ANNEXES

9 ANNEXE 1 : Le guide d'entretien

ENTRETIEN REALISE POUR LE MEMOIRE

Population ciblée:

Afin de répondre à notre question de départ, nous allons nous intéresser aux établissements hospitaliers faisant intervenir des prestataires extérieurs.

Ainsi, au sein de ces établissements, nous allons cibler notre population sur les cadres de santé ayant pour mission de travailler avec une équipe interne et des partenaires extérieurs. Les entretiens seront semi directifs.

Questions pour l'entretien

Quelles sont vos missions auprès de votre équipe et auprès des partenaires extérieurs ?

(Relance : Avec quels types de partenaires extérieurs aviez-vous des contacts ?

Depuis combien de temps travaillez-vous dans l'établissement ?)

Objectif : Repérer la coordination d'une équipe et le type de partenaires extérieurs ainsi que les liens professionnels tissés

Pouvez-vous m'expliquer votre fonctionnement avec votre équipe ? Et avec les partenaires extérieurs ?

(Relance : Votre manière de communiquer, d'être en relation ?

Est-ce identique avec toutes les professions ? et avec les partenaires?)

Objectif : repérer s'il y a des différences selon les professions pour l'équipe et les partenaires extérieurs qui se rapprocheraient de la coordination ou de l'articulation

Que pensez-vous de l'identité professionnelle ?

(Relance : Est-ce une de vos préoccupations ?)

Objectif : repérer si l'identité professionnelle est une préoccupation du cadre, comme énoncé dans l'hypothèse

Que signifie articulation et coordination pour vous ?

(Relance : en connaissez-vous une définition précise ?

Sentez-vous votre positionnement différent selon si vous êtes en relation avec votre équipe ou si vous êtes en relation avec les partenaires extérieurs ?)

Objectif : connaître la représentation que les cadres de santé ont de ces deux mots

1 **10 ANNEXE 2 : Les entretiens**

2

3 **ENTRETIEN N° 1**

4

5 **SERVICE : Brûlés**

6 **TEMPS : 33 minutes 39**

7

8 **La première question que je voulais vous poser, c'est depuis combien de temps vous êtes dans**
9 **le service ?**

10 Depuis Septembre 2004.

11

12 **D'accord, et vous êtes cadre de santé dans le service depuis ce temps ?**

13 Oui, c'était mon premier poste de diplôme de cadre de santé.

14

15 **Et donc, effectivement, est-ce que vous pouvez me décrire d'abord les missions que vous avez**
16 **auprès de votre équipe, et puis ensuite donc euh..., les types de partenaires extérieurs que**
17 **vous rencontrez ?**

18 Alors, donc, la mission autour de l'équipe, c'est essentiellement une mission de coordination.
19 Et puis, outre les missions quotidiennes d'un cadre qui sont la gestion du personnel, la gestion
20 du matériel, aussi gérer les enveloppes budgétaires, enfin, c'est-à-dire, surveiller, contrôler
21 les... les dépenses, mais tout ça c'est en partenariat avec le cadre... supérieur de pôle, euh...
22 on fait, bah tout ce que je vous disais, tout ce qui est mouvements d'équipe, établissement des
23 plannings, euh... c'est surtout ça oui... Concernant la coordination, bah, faut savoir qu'un
24 service des brûlés, ça nécessite beaucoup de... de temps de... d'échanges professionnels,
25 d'échanges euh... de communication professionnelle, donc, bah moi, il faut que je sois
26 facilitante dans ces rapports là, c'est-à-dire que, comme on a pas de psychologue, j'ai
27 demandé qu'il y ait quand même une psychologue du personnel qui vienne intervenir pour des
28 groupes de parole régulièrement, qui intervienne pardon, pour des groupes de parole
29 régulièrement, et, concernant les patients, c'est un psychiatre de liaison, un médecin
30 addictologue, et puis euh... toutes les autres spécialités de chirurgie, ça va du
31 neurochirurgien,... à l'ophtalmo,... à l'authorhyno, euh... voilà, et puis bien sûr, le
32 partenariat avec mes autres collègues, que ça soit des urgences, parce que, quand nous on

33 accueille des urgences dites « brûlés », pour tout type de brûlure, mais j'ai des échanges
34 réguliers avec mes collègues des urgences médicales et chirurgicales parce que les patients, ils
35 ne savent pas toujours où s'adresser, donc ils viennent directement aux urgences de l'hôpital
36 X. Et puis mes collègues de pôles, parce que on a... on a... commencé à mettre en place avec
37 ma collègue de chirurgie plastique, euh... des... des échanges de personnel pour qu'ils
38 découvrent la spécificité, et comme maintenant, les mouvements se font plus facilement,
39 euh... des mutations à l'intérieur d'un pôle, bah c'est bien quand on est une infirmière, une
40 ASH ou une aide soignante, de connaître le travail euh... de nos autres collègues du pôle.
41 Donc, ça c'est une forme de coordination, découverte, euh... on accueille beaucoup aussi
42 d'étudiants, d'étudiants de... des IFSI, et puis, moi j'ai accueilli un étudiant d'IFCS aussi qui
43 m'a suivi pendant oh... trois semaines, quatre semaines... voilà, j'espère n'avoir rien oublié.
44 Sûrement même, mais... c'est pas grave, on pourra y revenir...

45

46 [Et donc, euh... le type de partenaires extérieurs que vous avez?](#)

47 Alors, euh... quand on dit partenariat, c'est un peu, il n'y a rien de vraiment officiel, euh... si,
48 sauf pour les soins de suite et de réadaptation, on a commencé à engager une démarche avec
49 l'anesthésiste parce que la... l'ancienne chef de service était tout à fait... opposée à ce qu'on
50 développe ce type de partenariat, bah nous ça nous a bloqué pour les sorties des patients parce
51 que, accueillir un patient brûlé euh... en sortie c'est pas évident, et on a des relations avec
52 tous les centres qui sont spécialisés et c'est dans toute la France, parce qu'on a un recrutement
53 aussi, euh... on a un tiers des patients qui... enfin trois quart des patients qui sont de la région
54 B... et le quart restant, c'est plutôt des patients qui sont de la France entière. Donc, quand ils
55 retournent en réadaptation, rééducation, et bien, c'est dans leur région d'origine. Ces réseaux,
56 ils ont été développés avant moi par ma collègue et notamment par le biais du congrès des
57 brûlés de la SFETB, de la Société Française d'Etude des Traitement des Brûlures, et puis,
58 euh... bah c'est des contacts qu'on a directement avec mon collègue, et on n'hésite pas à
59 s'appeler, il y a à peu près 17 centres en France, et vraiment, on a cette particularité d'être au
60 téléphone, même si on ne s'est jamais vu, on est très très... comment dire... je ne sais pas
61 comment l'exprimer... ça passe tout de suite quoi... on se donne les renseignements. Moi,
62 sans vérifier qui appelle, si elle me dit, je suis madame un tel, du service... cadre dans le
63 service, bah, je vais être spontanément ouverte et répondre à ses questions. Et ça, c'est
64 formidable ce temps avec euh... ce congrès, c'est une fois par an et c'est vraiment un congrès
65 qui n'est pas fait que pour les médecins. Il y a vraiment une part pour les paramédicaux. Donc
66 il y a une part effectivement pour tout ce qui est ergothérapeutes, tout ce qui est kinés, tout ce

67 qui est euh... psychologue et là vraiment, c'est des ateliers spécifiques où on voit vraiment le
68 travail de... tous les travaux qui sont menés dans tous les services... donc il y a des soins de
69 suite, il y a des services aigus comme le notre et puis, euh... des services de plastiques... et
70 services enfants aussi.

71

72 [Donc c'est un réel réseau en fait ?](#)

73 Ah bah c'est-à-dire que... c'est un temps où on peut se rencontrer, se découvrir. Moi, je suis
74 arrivée... la première fois que je suis allée au congrès, bah, tout de suite j'ai communiqué très
75 facilement avec mes collègues. Même les équipes entre elles, elles échangent... Et on a
76 organisé le dernier qui était à X, donc là c'est encore plus, ça nous a encore plus permis de
77 nous rencontrer avec les collègues qui changent dans un service, c'était vraiment un temps
78 fort. C'est un temps aussi, ce congrès, où les associations ont la parole... donc où ils
79 expriment aussi toutes leurs avancées, et notamment, l'ABF, l'Association des Brûlés de
80 France, a un service juridique très important pour défendre, bah, tous les patients qui sont
81 victimes de brûlures euh... lors d'accidents professionnels ou d'agressions, ou de choses
82 comme ça...

83

84 [D'accord... c'est intéressant...](#)

85 [Pour revenir euh... à votre équipe, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment vous
86 communiquez avec elle, quelles relations vous avez ?](#)

87 Alors, j'ai plusieurs temps d'échanges professionnels que j'ai voulu installer quand je suis
88 arrivée, c'est-à-dire que, comme il faut de la coordination, enfin, de la communication
89 professionnelle, et éviter qu'on soit dans le passionnel parce que, quand arrive un grand brûlé,
90 bah, les histoires nous attristent tous, si c'est un accident de la route, ou si c'est une tentative
91 d'autolyse... comme vous le signaliez tout à l'heure, la vision d'un grand brûlé, on sait que
92 sa vie ne sera plus jamais la même après... et puis il y a toujours cette période où la vie, le
93 pronostic vital est engagé, et puis... on sait pas si nous même on va réussir à sauver cette
94 personne... donc il faut éviter à un moment donné que cette grande équipe soit toute emportée
95 par un sentiment passionnel ou parce que il y a beaucoup de travail, on arrive plus à
96 communiquer, parce que c'est vraiment un échange entre l'aspect chirurgical et l'aspect
97 réanimation qui est très fort. Il n'y en a pas un qui est plus fort que l'autre. Il faut vraiment
98 que c'est deux aspects soient pris en compte dans les soins paramédicaux et médicaux du
99 patient. Donc il faut que... moi je veux pas des infirmières qui soient des cow-boy en réa, ou
100 des infirmières qui soient des douées en pansements... il faut qu'elles comprennent que ce

101 que dit l'anesthésiste et ce que dit le chirurgien, il faut... il faut que même eux s'ils arrivent
102 pas à s'entendre sur un cas parce qu'ils défendent vraiment chacun leur parti, il faut que
103 l'infirmière, elle arrive à faire le lien, donc c'est pas toujours facile, quand vous voyez au
104 temps du staff tous les lundi un chirurgien qui s'engueule avec un anesthésiste parce qu'il dit
105 qu'aujourd'hui, on va pas pouvoir faire l'intervention parce qu'il y a ça, ça et ça en
106 réanimation, et puis le lendemain, le même anesthésiste qui pousse pour un autre patient
107 disant que, pour améliorer la réanimation et éviter l'infection, il faut absolument avoir un
108 geste chirurgical alors que ce n'est pas son domaine, il faut que les infirmières fassent la part
109 des choses, c'est-à-dire retrouvent un lien. Donc moi, pour arriver à leur donner de la logique
110 dans leur pratique, j'ai voulu des temps, c'est-à-dire que... des temps professionnels où on
111 communique. Alors, il y a les revues de dossiers, une fois par mois, c'est-à-dire qu'on se met
112 tous autour d'une table avec l'anesthésiste. Ça peut être une étudiante qui a en charge le
113 patient qui présente le patient, et on décortique toute la prise en charge du patient, et chacun
114 pose ses questions et échange avec l'équipe médicale. Bon... après on a des cours tous les
115 mercredi, c'est-à-dire, c'est l'anesthésiste, les chirurgiens qui donnent des cours. Comme on a
116 une équipe qui se renouvelle souvent, j'ai regardé à peu près, les infirmières restent à peu près
117 deux ans et demi. Bon, bah, comme j'ai des nouvelles DE, il faut absolument renouveler,
118 même si on répète, et ben, c'est ces cours là. Tous les mercredi, ça dure à peu près une demie
119 heure, trois quart d'heure, c'est les anesthésistes qui le font, il y a un compte rendu de ces
120 cours qui est archivé, qui est gardé. Donc c'est un système d'auto formation. Les élèves aussi
121 y assistent, les kinés aussi y assistent, on y assiste. Juste avant le cours, moi, je fais un petit
122 point info. Ça dure à peu près 10 minutes. On a un cahier où on note tout ce qu'on a à se
123 transmettre, ça peut être des notes d'information, ça peut être des soucis de planning, ça peut
124 être... c'est notre vie, c'est tout... pendant un quart d'heure, on débat de notre vie de service.
125 Et... moi j'appelle ça la gestion des gamelles et des bidons, ça veut dire... les formations, il y
126 en a une qui parait, combien il y en a qui vont partir, moi j'ai des choses à dire sur des notes
127 de service qui concernent l'institution, ça peut être tout à fait personnel, c'est... on a aussi le
128 carnet, un tel a eu son bébé,... Comme on est une grosse équipe, il faut ces petits temps. On a
129 aussi une fois par mois le groupe de parole. Moi, c'est quelque chose qui m'a frappé, j'ai
130 corrigé un mémoire un jour et puis, l'étudiante, en parlant de notre service, avait mis une
131 phrase qui m'a bouleversée, elle a dit : les infirmières lui avaient dit dans un entretien comme
132 on est en train de le faire que le service des brûlés, c'était une « usine à monstres », c'est-à-
133 dire que nous ont été capable de dire : « Mmm..., la cicatrice est belle ». Et puis la cicatrice,
134 elle était là, et puis le patient était défiguré. Et je me suis dit, mais si il y a des infirmières qui

135 pensent ça dans leur pratique quotidienne, elles ont 25 ans de moyenne d'âge dans le service,
136 elles rentrent chez elle avec ça, elles construisent leur vie privée et je me dis mais comment ça
137 peut pas déteindre dans leur vie perso si elles ne peuvent pas l'exprimer. Donc, on a la chance
138 d'avoir un psychologue institutionnel qui vient faire un groupe de parole tous les mois et elles
139 peuvent la convoquer quand il y a vraiment des histoires fortes qui arrivent, bah ça peut être
140 une tentative d'autolyse comme le patient qui est arrivé, et puis qu'on a géré sa famille. Il
141 s'est fait brûler dans sa voiture, il est arrivé chez nous plus de 70% et puis bon bah,... on a
142 tout fait et puis il est décédé quoi... Et on a la famille qui est là et puis euh... pis quoi dire,
143 quoi faire... donc ça, ça nous aide bien. On l'a convoquée aussi plusieurs fois la psychologue,
144 enfin,... c'est l'initiative des infirmières. Au départ, elles étaient un peu réticentes, oui,
145 qu'est-ce qu'on va dire ? on a rien à dire, et puis ça passe vraiment tout ce qui nous pose des
146 questions éthiques dans notre pratique. On a convoqué aussi, suite à un groupe de parole, bah
147 le groupe éthique de l'hôpital pour nous aider à résoudre un cas... d'une patiente qui faisait
148 des tentatives d'autolyse répétées, qui se brûlait à chaque fois pour revenir chez nous parce
149 que, ben, elle est prise en charge, c'est un cocon chez nous, et nous, bah, on pouvait plus, on
150 pouvait plus accepter ce qu'elle nous demandait quoi... et puis, bah, on s'est dit, on est pas
151 assez grand pour réfléchir tout seul, alors on a un groupe éthique, donc il est venu. Moi je l'ai
152 vu une fois depuis que je suis là, en 4 ans, en 3 ans et demi, donc... on est prêt... On a les
153 soins palliatifs aussi, on a demandé les soins palliatifs qui sont venus nous aider à gérer,...
154 l'unité mobile de soins palliatifs qui est venue nous aider à gérer un cas aussi d'un patient qui
155 avait une maladie génétique et puis,... donc... bah il est décédé dans notre service... On a
156 aussi d'autres temps comme le staff du lundi, c'est vraiment là où tous les médecins repassent
157 tous les dossiers des patients et où les deux logiques s'affrontent, la chirurgicale et
158 l'anesthésie, pour pouvoir faire que le patient euh... ben guérisse quoi... Moi, j'avais invité
159 l'assistante sociale,... la diététicienne, et puis bah les kinés bien sûr sont toujours présentes, la
160 secrétaire et puis l'infirmière du bloc et une infirmière du service. Donc là, c'est vraiment un
161 temps, alors c'est surprenant, parce qu'on s'engueule tous, chacun veut défendre sa spécificité
162 et puis, tout est... on s'accorde à un moment donné pour prioriser certaines choses en fonction
163 du pronostic vital, de l'évolution psychologique... tout le monde débat, chaque seconde.
164 Alors bon, ça avance, hein, c'est... on peut s'engueuler... enfin pas moi, c'est surtout les
165 médecins. Moi je suis là des fois pour euh... pour recentrer les choses et puis expliquer,
166 transmettre au reste de l'équipe qui peut pas assister, ça se passe dans la bibliothèque en face.
167 Voilà...

168

169 [Donc, votre mission, c'est vraiment de... effectivement recentrer et organiser un petit peu tout](#)
170 [ces... ?](#)

171 C'est-à-dire aussi de provoquer les... les temps de parole professionnelle pour éviter qu'on
172 soit dans le passionnel. Quand je suis arrivée, c'était ce qui partait dans tous les sens. Moi je
173 fais comme ça... et puis donner du sens, donner du lien, donner du lien... Alors, ce qu'on voit
174 avec les cours, ce qu'on voit avec le projet, c'est vraiment ce qui apparaît, c'est que les gens
175 se retrouvent. Quand on reste dans le dialogue professionnel, ils s'y retrouvent, dans le sens
176 où, ils ont conscience après quand je les reçois en entretien individuel, qu'ils construisent des
177 compétences. Je les aide à prendre conscience, parce que c'est eux qui les construisent, moi je
178 leur fait le lien, je leur dis bah qu'est-ce que t'as appris en savoir être, en savoirs, en
179 connaissances ? Alors au départ, ils me regardent... ça me permet de les orienter, parce que je
180 sais que c'est un service dur où ils vont rester 3 ans ou maximum 4 ans, mais l'intérêt, c'est
181 de rebondir et, de ce qu'on a acquis, d'en faire quelque chose, de le valoriser personnellement.
182 Alors, j'ai des infirmières qui donnent des cours dans les IFSI, j'ai des petites ASH qui ont
183 réussi le concours d'infirmière, concours d'aide soignante. Depuis que je suis là, alors ça va
184 paraître prétentieux, il y en a 4 ou 5 qui... non 5 qui ont fait l'école d'anesthésie, euh... bon,
185 c'est pas moi qui leur ait donné les cours, c'est pas moi qui a appris à leur place, mais je les
186 aidais à former, comment dire, leur projet, dire bon, bah voilà, je pense que par rapport à ton
187 investissement,... tu as acquis ça, tu as acquis ça, est-ce que tu veux que je t'inscrive à la
188 préparation au concours ? Alors toujours, c'est ah, non, non, c'est trop tôt A..., non, ça va
189 me... Et puis en fin de compte, bah,... je les recroise après, maintenant ils ont fini l'école et je
190 dis alors... c'étais trop tôt... Ils sont contents quoi...

191

192 (sonnerie du téléphone)

193

194 [Est-ce que vos relations, vos manières de communiquer sont identiques avec toutes les](#)
195 [professions ? Vous disiez qu'il y avait kinés, aides soignants, infirmières, est-ce que vous](#)
196 [agissez de la même manière ?](#)

197 Euh... j'adapte ma communication. Quand je dis, je suis toujours la même personne, c'est-à-
198 dire avec ma... ce qui fait l'essence de ma personnalité. Moi j'ai le... c'est vrai que je
199 demande au personne... je tutoie très facilement, mais j'accepte qu'on me vouvoie. Moi je
200 vouvoie toute l'équipe médicale, et je tutoie tout le monde. Mais j'adapte toujours ma
201 communication et l'intérêt, c'est de vraiment renforcer ce sentiment d'équipe. C'est bizarre
202 parce que c'est là où est tout mon paradoxe, c'est-à-dire que je veux qu'ils soient une équipe

203 forte mais je veux aussi que ça soit une équipe ouverte. Donc, pour transmettre ça dans ma
204 communication, c'est l'accueil qu'on donne aux collègues extérieurs, c'est-à-dire quand je dis
205 collègues, ça peut être étudiants, ça peut être élèves kiné, c'est-à-dire que je m'attache
206 toujours à recevoir les personnes quoiqu'elles puissent être, les accueillir dans le service. Je
207 sais pas comment le formuler, c'est-à-dire que... l'anesthésiste va accueillir un étudiant,
208 euh... anesthésiste, euh... je me présente, je suis A..., je sais pas si vous avez perçu ça...
209 vous avez croisé B... qui est une AHS, elle dit bah moi, c'est B..., je suis ASH. C... pourrait
210 dans tous les sens, l'anesthésiste, j'ai dit que vous étiez une collègue. Et... en fin de compte,
211 il faut adapter notre communication et aller au devant des autres parce qu'on a pas
212 d'identification sur la blouse, donc on est tous pareils. Donc moi, je rebondis sur cette
213 uniformité vestimentaire pour dire on est une équipe, on est une équipe spécialisée certes,
214 mais on doit être une équipe ouverte. Donc je suis très attachée aussi à l'accueil des familles.
215 Donc je vous ferez voir tout à l'heure ce qu'on a fait pour que les famille comprennent
216 comment on s'habille et pourquoi on demande des heures de visite spécifiques, et j'ai très
217 rarement de soucis avec des familles qui veulent déborder ou... voilà. Et ils comprennent
218 bien. Et là, on est en train de finaliser un livret d'accueil avec toutes les autres réa de l'hôpital.
219 Donc, à la fois, on a une spécificité et une équipe très forte, à la fois on intègre très vite les
220 nouveaux arrivants, mais euh... il faut qu'on reste ouvert au reste de l'institution. Et ça,
221 c'est... j'ai la chance d'être suivie dans ma démarche par mon cadre supérieur, ce qui fait
222 qu'on a développé des échanges... alors au départ, tout le monde croyait qu'on allait travailler
223 chez les brûlés comme au service plastique, non, non, non... c'est important quand on a un
224 patient qui nécessite plus d'être dans notre unité de soins aigus et qui va en plastique pour
225 terminer ses pansements, bah, que les infirmières de plastique viennent voir comment on
226 travaille mais que nous aussi, on aille voir comment elles travaillent. Et ça, ça a transformé les
227 relations quoi... et ça, ils l'avaient jamais fait avant... parce que la chef de service précédente
228 était contre tout ça. Alors mon rêve bien sûr, c'est de développer des liens avec les enfants
229 brûlés... parce que nous, on accueille des adolescents de taille adulte... et on a beaucoup
230 travailler avec C.... qui est chef de service chez les enfants brûlés parce qu'on a organisé le
231 congrès avec elle et ça, ça a été un moment fort quoi... parce que les équipes ont envie de
232 travailler, même si on est sur deux sites différents. Et on voit que on arrive nous, les cadres, à
233 faire passer le message, notamment avec ma petite collègue faisant fonction de plastique, de
234 dire : n'ayez pas peur d'aller voir ce qu'on fait à côté. C'est pas parce qu'on veut vous
235 envoyer travailler quand il n'y a pas de monde. Et que vous compreniez...

236 [Oui... dans l'objectif de la continuité des soins...](#)

237 Voilà, voilà... Et ça va plus loin maintenant. Le fait de rentrer dans notre unité qui est fermée,
238 ça démystifie euh... comment dire euh... ce côté blocos, c'est une forteresse, personne ne
239 peut y pénétrer. J'ai accueillie récemment la nouvelle visiteuse V..., l'association qui visite
240 les patients hospitalisés, elle me dit : A....., c'est un service fermé, je quitte tout quand
241 j'arrive, je m'habille comme vous, mais quel accueil, quel accueil... bah il faut, il faut... il
242 faut qu'on soit accueillant. On est une forteresse. Je ne sais pas si j'ai bien répondu là...

243

244 Si, si... par contre, du coup j'enchaîne et je me demande si vous avez les mêmes priorités
245 dans la communication du coup avec les partenaires extérieurs, les associations ? Est-ce
246 que... vous priorisez aussi ce côté ouverture ?

247 Ben moi oui. Et j'ai la chance que l'institution me suive. Par exemple, tout ce qui est
248 association, toutes les associations de tuteurs, on a un travail social important, mais ça, ça se
249 fait en partenariat avec l'assistante sociale parce que moi, je ne suis pas assistante sociale, j'ai
250 pas les compétences d'une assistante sociale. Donc le tout, c'est d'arriver à être... donner les
251 bonnes informations pour l'assistante sociale qui vient et qui puisse, euh... comment dire...
252 c'est un rôle de beaucoup de coordination que moi j'ai à mon niveau. Et c'est le plus dur,
253 c'est-à-dire savoir rester dans son champ de compétence, mettre... utiliser les ressources des
254 personnes qui gravitent sans leur manger ce qu'elles font, sans être pas assez facilitante et
255 c'est là qu'il est intéressant ce travail.

256

257 Et donc, comme vous le disiez tout à l'heure, savoir aussi provoquer les situations...

258 A, bé il faut... il faut les provoquer...

259

260 Donc aller au devant...

261 Il faut les provoquer. Et s'il y a une porte qui se ferme, peut-être qu'elle ne se fermera pas la
262 fois d'après. Enfin, moi c'est ma philosophie, je l'aurais fait dans un autre service. Et je sent
263 que... et puis surtout s'enrichir des collègues qui viennent d'ailleurs... on a... moi j'ai rien
264 inventé dans mon poste, j'ai rien inventé. Tout le monde dit ah bé c'est super Madame A...
265 ce que vous avez fait,... non, j'ai rien inventé moi, j'ai juste mis en lien les autres,... les uns
266 avec les autres, donner du sens, donner des temps où on se pose et on parle
267 professionnellement. Et j'ai la chance qu'on me suive dans l'institution, et quand je dis la
268 chance, ça veut dire que ces demies heures à récupérer, on me dit oui Madame A..., elles
269 peuvent les récupérer quand il n'y a pas de travail. J'ai la chance. Ça se passera peut-être pas
270 dans une autre institution. Mais j'ai quand même vendu mon projet. Je suis allée présenter

271 mon projet quand j'ai été reçue à la direction des soins, à mon cadre supérieur maintenant,
272 puisque c'est lui ma référence avant mon directeur, et ce qu'on aperçoit par rapport à ce
273 projet... que j'ai fait quand je suis arrivée, projet de soins, c'est que, bah maintenant, les
274 infirmières peuvent rester dans le service... mais il faut quand même préparer le devenir parce
275 qu'au bout d'un moment, c'est tellement physique, tellement dur psychologiquement, même
276 si on est aidé, même si on a un sentiment d'équipe, il faut passer à d'autre chose... Voilà.

277

278 [Au sein de votre équipe, est-ce que l'identité professionnelle est une préoccupation ?](#)

279 Oui, parce que... alors je vais dire comment j'essaie de... elle est très forte dans les groupes
280 de parole. C'est-à-dire qu'au départ, les ASH, qui ont uniquement un rôle de bio nettoyage,
281 d'appliquer des protocoles, à part D..., l'aide hôtelière, qui a un rôle plus... plus... comment
282 dire... plus proche des patients, étaient un petit peu... comment dire... le travail n'était pas
283 reconnu donc euh... et ce qu'on a fait, moi j'ai été épatée... dans les groupes de parole, la
284 qualité de l'expression professionnelle des ASH. Alors, ça n'a rien à voir parce que j'ai
285 beaucoup de très jeunes mais j'avais aussi des ASH de mon âge et j'ai été épatée, c'est-à-dire
286 que euh... ça, ça a ressoudé l'équipe... c'est-à-dire que leur parole prenait de la valeur par
287 l'expression qu'elles en amenaient dans ce groupe, et j'ai vu les infirmières qui disaient
288 toujours : oui les ASH, elles se posent, nous on continue les pansements.... Et puis là, elles
289 ont compris qu'elles avaient un autre rôle, qu'elles étaient souvent une oreille qui écoutait ce
290 que tout le monde n'avait pas entendu, même pendant 4 heures de pansement, qu'elles
291 apportaient aussi de la vie extérieure, même si les infirmières avaient l'impression d'en
292 apporter, qu'elles apportaient aussi leur regard du service, plutôt des choses de la vie
293 courante, elles répondaient à des questions euh... comment dire euh... plus... plus de la vie
294 de tous les jours, est-ce qu'il fait beau ? est-ce que vous avez des enfants ? des choses comme
295 ça... et puis bah qui participait à valoriser, enfin non... pas à valoriser, à prendre en charge le
296 patient. Et ils s'attachaient beaucoup. C'est souvent elles qui accueillent les familles quand les
297 infirmières sont occupées, qui leur expliquent comment on s'habille, pourquoi on s'habille...
298 alors qu'on leur a fait voir qu'une fois, alors qu'elles ont un rôle éducatif par rapport aux
299 familles. Et puis souvent, elles ont cet œil de dire, bah je vais vous mettre le masque, parce
300 qu'il est pas facile à mettre le masque quand on sait pas, ou quand... Elles sont souvent à
301 l'alerte de me dire : bah, A..., tel patient, bah il ose pas le dire. Et là, ça a ressoudé vraiment
302 l'équipe. Et puis, je suis contente parce que j'ai une ASH qui a fait la validation des acquis,
303 qui va être aide soignante, j'ai un ASH qui va être infirmier, là, qui sort, et puis bah 2 qui ont

304 fait l'école d'aide soignante. Donc ça enclenche des choses de reconnaître les gens dans leur
305 parole.

306

307 [Donc dans leur parole et dans leur fonction aussi, leur rôle propre... ?](#)

308 Exactement, je les prépare à l'oral. Alors bon, je ne sais pas ce qu'on va leur poser comme
309 questions mais je leur dis tout ce qu'ils construisent comme compétences,... c'est-à-dire, bah
310 oui, appliquer un protocole, savoir ce que c'est la traçabilité de bio nettoyage,... Alors on a
311 beaucoup de relations aussi avec tout ce qui est labo de bactério... pour tout ce qui est
312 prélèvement dans le service, parce que ça, je dois aussi organiser cette traçabilité parce que
313 c'est important par rapport aux infections nosocomiales et puis, euh..., ben à la survie des
314 patients, parce que un patient, un brûlé qui s'infecte,... c'est très très dur de... ça peut avoir
315 des conséquences vitales pour lui. On a aussi beaucoup de rapports, alors ça, ça m'a épatée à
316 ce poste, avec tout ce qui est contrôle de l'ARH, c'est-à-dire, on a eu des visites pour les
317 endoscopes,... pour tout ce qui est chambre de réa, on a des visites régulières. C'est à chaque
318 fois l'HAS vient nous visiter, chaque fois... et puis bah voir, vérifier les normes, si on est aux
319 normes au niveau du personnel, au niveau du matériel, au niveau de l'organisation. Ça aussi,
320 c'est important de le gérer. C'est un gros travail du cadre ici, avec pour le bloc aussi
321 opératoire, l'entretien du matériel. J'ai peut-être dévié de la question...

322

323 [A la fin un petit peu mais c'est pas grave, c'est intéressant. Une dernière question pour finir :](#)
324 [qu'est-ce que signifie pour vous articulation et coordination ?](#)

325 Mettre en lien, donner du sens,... se projeter plus loin... dans mon management je parle moi
326 ça... se projeter plus loin c'est-à-dire que... ma mission s'arrête pas là, il y a une continuité
327 des soins, et moi je dois l'anticiper. Et puis, euh... ce que je pense aussi, c'est que ces 2 mots,
328 il faut qu'ils m'aident aussi à... à transmettre l'identité du service, c'est-à-dire l'identité des
329 professionnels qui y travaillent... et moi je disais toujours, le cadre, par le biais de la
330 coordination et de l'articulation des intervenants d'une équipe pluridisciplinaire, il est
331 l'attaché de presse du service, c'est-à-dire que si il réussit cette coordination, si il réussit...
332 c'est pas lui qui réussit, c'est lui qui met les conditions favorables pour que... et... si il atteint
333 ses objectifs... et ben il le sait jamais. Il le voit, il le comprend, il doit l'évaluer, mais il n'en a
334 pas un retour immédiat. Excusez-moi...

335

336 (sonnerie du téléphone)

337 Oui, on les a jamais tout de suite. Alors je dis souvent, quand je suis arrivée, il y avait une
338 équipe infirmière qui se tirait dans les pattes. Il y avait les anciennes, les nouvelles qui
339 arrivaient, celles qui travaillent bien, celles qui travaillent pas bien, on a toutes étudié ça à
340 l'école des cadres, et puis là des fois, je les vois toutes arriver, et je dis mais moi j'adore
341 quand vous êtes toutes contre moi. Au moins, j'ai une équipe en face de moi. Alors elles
342 rigolent, elles tournent dans le coin et : mais enfin A..., il fallait qu'on vous dise ça. Mais je
343 dis, je suis entièrement d'accord. Et puis souvent, euh... quand euh... quand les médecins
344 déjeunent avec les infirmières, quand les kinés ou les étudiants kinés ou les, les... comment
345 dire... les stagiaires ou les autres professionnels qu'on accueille mettent un petit mot,... c'est
346 important pour moi. Je vous ferais voir après dans la salle de l'office, on avait des photos des
347 bébés, de tous les bébés qui sont arrivés parce que je suis quand même un service où il y a eu
348 13 grossesses en une année sur une équipe de 23, je vous dis pas le nombre de remplaçantes.
349 Alors, il y a toutes celles qui ne sont pas mariées, ou qui sont toutes seules, qu'ont mis des
350 photos quand on était enfant. Donc, c'est la réponse... et puis les mamans se sont prises au
351 jeu et puis on voit... alors, il y a les médecins, quand ils viennent en garde, ou les étudiants
352 qui disent : ah ben, ça fait drôle, c'est rigolo. C'est pour ça que, moi ce que j'aime bien, c'est
353 donner de l'humanité à ces mots. Bah quand je dis... de la convivialité pardon à ces mots. La
354 coordination, ça empêche pas la bonne humeur, ça empêche pas... bah la tristesse des fois. Il
355 faut qu'il y ait tout ça dans un service. Il faut même qu'il y ait aussi de l'affrontement. Mais il
356 faut qu'on sorte de ses moments passionnels pour être vraiment dans la coordination, pour
357 être vraiment dans l'articulation, pour être vraiment... se projeter et rendre que le patient aussi
358 puisse se projeter. Il y a une vie après chez nous, pour tout le monde, que ce soit pour les
359 médecins, pour les patients, pour les familles, on est qu'une étape, mais il faut que cette étape,
360 elle soit réussie pour qu'il y ait une vie après, quand je dis une vie après, c'est un grand mot,
361 mais... pour qu'il y est... pour que le patient aille vers une autonomie.

362

363 [Pour qu'il y ait reconstruction ?](#)

364 Voilà... Vous voulez d'autre chose ?

365

366 [Non, c'est intéressant. Merci.](#)

1 **ENTRETIEN N°2**

2

3 **SERVICE : orthopédie**

4 **TEMPS : 35 minutes 56**

5

6 **Depuis combien de temps êtes-vous sur le service, euh... cadre de santé sur le service ?**

7 Ca fait un an et demi que je suis ici. Avant j'étais à l'école et puis avant j'étais en psychiatrie.

8

9 **Ah oui, donc, un grand changement...**

10 Oui, tout à fait, c'est bien, c'est sympa... par rapport au changement, de voir autre chose.

11

12 **Et donc, quelles sont vos missions auprès de votre équipe, ici, dans le service ?**

13 Mes missions, bah, les missions d'un cadre habituel, d'encadrement et de gestion d'une unité.

14 Et puis en plus, la spécialité de l'orthopédie, c'est qu'on gère également tout ce qui est

15 convalescence. Donc, on a effectivement un réseau extérieur qui est assez important puisqu'il

16 faut quand même pas mal de convalescences pour nos patients, donc, pleins de

17 convalescences, besoin de rééducation ou pas, soins de suite, etc.... donc on a tout un petit

18 cahier avec pleins d'adresses, pleins de gens à appeler pour envoyer nos gens, voilà,...

19

20 **D'accord. Donc, justement, est-ce que vous pouvez me définir un peu les partenaires extérieurs que vous avez et les missions que vous avez auprès d'eux ?**

21 Alors..., les partenaires..., publics ou privés, soins de suite ou SSR avec rééducation ou pas.

22 Donc, on a d'abord..., en rééducation parce que le tour va être vite fait, le X... à Y..., Z...,

23 l'hôpital Z... qui a un service de SSR, à qui on envoie beaucoup de prothèses de genou, et en

24 plus le professeur A... préfère qu'on les envoie sur Z.... Après, c'est en fonction de la qualité

25 du travail qui est faite, etc... et puis les liens qu'il y a aussi entre médecins et entre équipes.

26 Donc, ça, il faut les anticiper bien bien avant l'hospitalisation parce qu'il y a un délai de trois

27 mois sur Z... à peu près pour avoir la place. Donc quand on les demande en urgence, on... y'a

28 pas de place quoi.... Le X..., c'est plus variable. Après, rééducation, on a également la W...

29 qui se trouve sur La V..., qui fait partie de la MGEN donc une mutuelle mais... qui prend pas

30 mal de monde. Pareil, il faut bien anticiper les demandes.

31 Ensuite, on a en soins de suite..., on a un petit peu plus de monde quand même sur la

32 région..., bon après ça dépend de l'âge des gens, donc il faut tenir compte de tous les critères.

34 Là, si c'est une personne âgée, donc c'est l'O..., c'est plus de 75, je crois, il me semble, c'est
35 dans ces eaux là, donc ça réduit un peu car quelques fois on en a juste entre deux âges donc
36 c'est pas évident. Donc soins de suite, O..., après M..., après, ça saute à P..., R.... On
37 travaille aussi pas mal depuis qu'ils ont ouverts des lits qui se sont transformés avec la
38 Clinique S..., qui se sont transformés en soins de suite, euh... qui d'autre... après, ça dépend,
39 ça peut être aussi des petits hôpitaux locaux... qui ont quelques lits de soins de suite, mais là
40 c'est plus difficile mais au sens où ils ont souvent très peu de lits de soins de suite, donc
41 l'attente est plus longue,... l'attente est plus longue... mais, bon, sur la région c'est, je dirais,
42 c'est à peu près tout..., B..., pardon, j'avais oublié B... et l'hôpital de D... quand les gens
43 sont vraiment de la région de D..., mais par contre, c'est le médecin traitant qui doit se
44 déplacer donc il faut d'abord contacter le médecin traitant, savoir s'il est d'accord pour
45 l'envoyer là bas pour prendre la personne en charge, etc.... donc c'est des choses qui
46 demandent un peu de temps également. Et on travaille aussi avec G.... Il faut que la personne
47 évidemment dépende de G..., pour son adresse etc... Là il y a aussi un petit peu de SSR mais
48 c'est plus du soins de suite à G....

49

50 [Quand vous dites que c'est vous qui contactez le médecin traitant, c'est vous qui le faites, en](#)
51 [tant que cadre ?](#)

52 Oui, c'est nous qui le faisons. Normalement, les convalescences, ça devrait être les médecins
53 qui devraient remplir les jolis petits papiers... ce n'est pas le cas... euh... ce n'est pas le
54 cas... c'est nous qui remplissons, c'est nous qui l'envoyons... et qui gérons un petit peu, qui
55 rappelons les soins de suite, savoir où ça en est, etc.... donc c'est vraiment nous qui nous
56 occupons des convalescences. Si il y a des problèmes, c'est pareil, on fait un peu de social
57 parce que si il n'y a pas de mutuelle, etc.... donc on contacte nous-même l'assistante sociale
58 d'ici pour essayer de voir comment on peut faire, etc... On les met en relation mais souvent il
59 y a des choses à remplir ou quoi que ce soit donc on fait un peu l'intermédiaire entre le
60 médecin, les soins de suite, etc... donc ça c'est pour les convalescences. On travaille aussi en
61 réseau avec tout ce qui est domicile, les SSIAD, l'HAD également. Donc, là, c'est pareil,
62 c'est moi qui les contacte, qui donne les informations aux patients, qui fait en sorte que les
63 papiers soient distribués au médecin, qui soient remplis et que ça soit repartis après, etc....
64 Donc c'est vrai que les convalescences peuvent occuper. Ça dépend lesquelles mais il y en a
65 quelques unes qui occupent bien, surtout quand c'est des gens qui sont hors région. Donc les
66 convalescences du coin, normalement, à priori, c'est des gens de la région, ce qui est logique.
67 On a pas non plus une extension de lit importante, on en manque un peu donc euh... les gens

68 qui sont hors région après, bah c'est à nous aussi de contacter les soins de suite des autres
69 régions pour savoir si il y a de la place, s'ils prennent telles pathologies, telles prothèses,
70 telles rééducations, etc.... parce que tous n'ont pas forcément les appareillages pour les
71 genoux, ou les épaules, enfin bref,... ou les kinés adéquates. Et puis, après, alors là, si c'est
72 sur Paris, c'est encore beaucoup plus de temps parce que, Paris ou autres, mais c'est vrai que
73 j'envoie pas mal de gens sur Paris, donc là c'est pareil, il faut trouver des convalescences ou
74 des hôpitaux qui veulent bien récupérer les patients, et là, c'est pas évident. C'est de moins en
75 moins évident dans le sens ou après, par rapport aux prises en charge, cela devient de plus en
76 plus compliqué avec la sécurité sociale qui rembourse pas forcément les transports. Ils
77 considèrent que c'est une convenance personnelle donc ils remboursent pas forcément. Ce qui
78 fait que des gens, bah ceux qui ont de l'argent et la possibilité, ils préfèrent payer. Ceux qui
79 n'ont pas la possibilité, ils se retrouvent un peu coincés donc il faut voir avec les assurances,
80 faut voir,... enfin,... c'est du temps, c'est du temps,...

81

82 [Hum Hum, parce que ça c'est vous aussi ?...](#)

83 Bah, si il y a de la famille, on essaie de faire en sorte que ce soit aussi à la famille d'appeler
84 leur assurance, de contacter, de nous dire s'ils prennent en charge, etc... Euh, si il n'y a pas de
85 famille, euh, oui, il faut bien que quelqu'un s'en charge. Donc, soit l'assistante sociale est là
86 et, effectivement, on essaie de se décharger un peu sur elle. Si elle est surbookée ou qu'elle
87 est pas là, bah, c'est nous qui le faisons. Donc, tâches multiples... qui sortent un peu du
88 registre du service, mais bon, c'est pour le bien du patient et... on va pas garder un patient un
89 mois alors que (-----) à 1200 € la journée,... donc voilà,...

90

91 [Pour en revenir un petit peu à votre équipe, est-ce que vous pouvez m'expliquer comment
92 vous communiquez avec elle ? Quelles relations vous avez avec elle ?](#)

93 Euh,... comment je communique. Alors moi, je viens de psy, donc je suis assez relationnel.
94 J'essaie d'être le maximum présent mais c'est vrai que, bon, c'est pas toujours évident. Il y a
95 des périodes où on a tellement de réunions, tellement de trucs à gauche à droite que... je les
96 vois un peu en coup de vent. Mais dès que je peux, j'essaie de passer un peu de temps avec
97 eux... les transmissions, j'essaie d'y être le plus souvent possible et puis entre, quand elles
98 font quelques pauses, j'essaie de boire un café avec elles, le soir quand elles sont un peu
99 posées, c'est un peu moins surbooké, j'essaie de me pauser un peu avec etc.... Je fais
100 quelques réunions, j'en fais pas non plus des masses parce que je trouve que trop de réunions
101 tue la réunion et ça sert pas à grand chose. Donc j'essaie de minimiser, de regrouper les

102 informations, si il y a des informations particulières, une seule, bah, j'attend les transmissions
103 inter équipes. Là, j'ai plus de monde et je refais les transmissions pour ceux qui n'étaient pas
104 là plus tard, ou je passe un mot, je met des fiches sur leur tableau à l'office parce que ils lisent
105 pas mal là, je sais que c'est leur endroit donc euh... J'utilise un peu tous les outils mais
106 beaucoup dans le relationnel également. Voilà pour faire passer les informations, si elles sont
107 urgentes, effectivement, je vous dis, je vais les voir en direct, si c'est pas trop urgent, je met
108 un papier ou je leur dis au fur et à mesure que je vois les gens.

109

110 [Et est-ce que vous communiquer de la même manière selon les différentes professions qu'il y](#)
111 [a, que ce soit IDE, AS, éducateurs, je sais pas si il en a ?](#)

112 Euh... j'essaie, j'essaie parce que je considère que j'ai qu'une équipe. Je ne veux pas de
113 discrimination infirmier, aide soignant, etc.... donc ça se produit toujours un petit peu, ça on
114 peut pas y couper mais... je considère que c'est qu'une équipe, qu'ils doivent s'entendre entre
115 eux, qu'ils sont au même niveau. Donc j'essaie de communiquer de la même façon. Par
116 contre, il est sûr que... il y a quand même des différences et il faut en tenir compte quand on
117 fait euh... les transmissions etc.... Par exemple, comme exemple pour cet été, euh... pour cet
118 été euh... les plannings d'été, c'est comme dans toutes unités, c'est un peu chaud... Certains
119 sont plus autonomes que d'autres. Je sais que les infirmiers sont plus autonomes, et je leur
120 laisse cette autonomie aussi... je considère qu'ils sont quand même adultes et professionnels,
121 qu'ils peuvent également s'entendre, donc je leur laisse un peu d'autonomie sur les plannings.
122 Je leur donne des directives, des trames à respecter avec des limites et je dis voilà, si vous
123 voulez vos trois semaines, y'a pas, faut faire des sacrifices à côté pour que la maison tourne,
124 sinon faut que je vous sacrifie des choses. Là, ça y est, l'affaire est réglée pour cet été, ils ont
125 fait le sacrifice de faire un week-end chacun supplémentaire. Par contre, effectivement, je leur
126 laisse un petit peu... je surveille également, hein, je contrôle, mais je leur laisse cette
127 autonomie sans leur mettre de pression, mais que cela puisse également... ils peuvent
128 également s'entendre entre eux quoi, et ça passe beaucoup mieux comme ça. Donc j'essaie de
129 faire à la fois du semi directif et à la fois un petit peu de libéral, enfin bon, c'est... un mélange
130 de managements en fonction du moment et du besoin. Là, je vous dis, là ils ont réussi à arrêter
131 le planning, bon alors, c'est sûr, c'est « just just ». Mais bon, on est sûr de pouvoir tourner
132 même si on a pas de renfort cet été. Euh... pour les aides soignantes, ASH, c'est différent. Ils
133 sont plus vraiment dans la... ils attendent l'ordre. Ils sont plus dans le contrôle et... ils
134 l'attendent, ils attendent ce contrôle là. Ils ont besoin d'avoir quelqu'un qui leur donne les
135 directives. Il est vrai qu'avec eux,... parce que, bon, c'est une plus grosse équipe aussi, donc

136 l'entente est un petit peu plus difficile également. Bon, ça se passe bien non plus, je veux dire,
137 qu'elles se crêpent pas le chignon non plus hein... mais l'entente est un petit peu plus difficile
138 aussi puisqu'ils sont plus nombreux. Donc là, j'agis un petit peu différemment, je leur laisse
139 un petit peu d'autonomie, d'entente entre elles, alors ça peut très bien se passer, mais je fais
140 un peu plus de contrôle et un peu plus de directif. Voilà, ben ça veut dire que... je les ai vu en
141 réunion, parce que j'avais plusieurs choses aussi à regrouper avec elles, à revoir avec elles...
142 sur le fonctionnement de l'unité etc..., et puis j'ai revu le planning d'été en leur expliquant les
143 choses clairement, j'essaie au maximum également d'anticiper... les mauvaises nouvelles.
144 Pas de leur annoncer comme ça du jour au lendemain, là je voulais vraiment anticiper l'été en
145 leur disant que ça risquait d'être vraiment chaud cet été, les remplacements ne seraient pas
146 forcément sûrs, donc je préfère leur dire clairement les choses au pire, préparer un planning au
147 pire et leur dire après le reste ce ne sera que du bonus, si il y a du plus, ça sera du plus et tant
148 mieux pour vous, ça vous reposera et on reverra le planning à ce moment là. Mais là, pour
149 vous, anticiper vos vacances, et être sur de les avoir également, il vaut mieux anticiper comme
150 ça. Donc... mais elles ont, je dirais que... elles ont besoin plus de ma présence que les
151 infirmières. Les infirmières, ça roule, si il n'y a pas de problème, ça roule... mais les filles,
152 bon, ça roule aussi, hein, je ne suis pas non plus sur leur dos en permanence, mais... je sent
153 que la présence d'un cadre est quand même nécessaire régulièrement, une petite piqûre de
154 rappel de temps en temps aussi. Ça a tendance à dévier plus, enfin, ... mais ça se passe bien.

155

156 Et, vous disiez que vous étiez vraiment dans le relationnel, est-ce que vous accordez autant
157 d'importance à cette relation avec les partenaires extérieurs ? Est-ce que vous l'entretenez
158 cette relation ?

159 Ouais, tout à fait. On l'entretient, et pour exemple, on a été visité Y... il y a un mois et demi,
160 et l'O... il y a 15 jours. Donc on trouve que c'est important également de connaître, euh... le
161 téléphone, c'est bien parce que je veux dire, on les a pratiquement, pas tous les jours, mais on
162 les a au moins... trois fois dans la semaine quoi... c'est important de se connaître et de
163 connaître le lieu où on va envoyer nos patients, et de connaître la difficulté de nos collègues,
164 ce qui fait que nos demandes, on les... enfin après nos demandes sont faites différemment, on
165 sait quelles difficultés ils ont, donc on sait si ils prendront ou prendront pas, voyez ce que je
166 veux dire ? On sera peut-être moins exigeant sur certaines choses mais on saura que ce qu'on
167 demande, normalement ils le font. Donc, ça permet aussi de ce rencontrer, de mettre un visage
168 sur une voix, et dire voilà, nous on travaille comme ça, est-ce que... bon on a telles
169 difficultés, et vous vous avez telles difficultés, est-ce qu'on peut s'entendre, etc... est-ce qu'il

170 y a des choses que vous voulez qu'on améliore, est-ce que vous... enfin voilà, voyez, faire
171 vraiment un échange. C'est vraiment un partenariat important dans le sens où c'est vraiment
172 une continuité de soins, enfin, je considère que c'est vraiment une continuité de soins pour le
173 patient et, y'a pas, c'est un chaînon, donc il faut absolument qu'il y ait une entente pour que
174 cela se passe au mieux et que ça soit le plus fluide possible. Si ça se passe bien, normalement,
175 ça coule, euh... En plus, après, quand il y a un problème, ça se passe beaucoup mieux, c'est-
176 à-dire qu'on va pas dire à l'autre, il ne veut pas prendre notre patient, ils sont chiants,... enfin
177 bref, vous voyez, ça peut dériver... parce que là, bon, il y en a un qui a un problème, on
178 connaît les difficultés, on connaît le lieu, on connaît comment il travaille, bon, on va dire bon
179 bah, on va garder le patient quelques jours supplémentaires parce que la place est plus libre,
180 ou inversement, là bah écoutes, là c'est vrai que j'ai un patient difficile, c'est vrai que c'est
181 pas habituel que tu en prennes mais est-ce que, bah là exceptionnellement... bah
182 exceptionnellement ils peuvent le prendre, vous voyez ? Donc, ce qui fait que euh... alors que
183 si c'était du... bon, tu le prends, tu le prends pas, bon... enfin voilà... Non, non... Ils sont
184 comme nous, je veux dire, hein, ils ont une gestion, ils sont... voilà... donc il faut que cela se
185 passe pareil. Voilà, donc le relationnel est important aussi avec le réseau.

186

187 **D'accord. Euh... que pensez-vous de l'identité professionnelle ?**

188 Du cadre ?

189

190 **Euh...**

191 Entre autre ?... (rire)

192

193 **Oui...**

194 L'identité professionnelle... et ben,... l'identité soignant... mériterait certainement un peu
195 plus de reconnaissance mais après c'est aussi ce qu'on en fait et ce qu'on veut en faire.
196 Donc,... à chacun aussi un peu de se booster un peu le popotin comme je dirais, donc,... et
197 montrer qu'on est une présence, qui y'a une utilité, et que il est important de tenir compte de
198 ce que l'on peut dire à un moment donné. Si c'est oui, OK, on fait, si c'est non, il faut aussi
199 entendre notre argument du non. Donc, c'est aussi ce que j'essaie de... d'apprendre aux
200 équipes ici... où ils étaient un peu dans le directif avant que j'arrive, je ne critique pas, l'unité
201 tournait très bien avant moi, et elle tournera certainement aussi bien après... enfin je veux
202 dire... c'est pas le fait, c'était très directif en fait, c'était pas ma forme de management. Donc
203 c'est vrai qu'ils avaient tendance à subir, pas forcément à dire les choses, et pas forcément à

204 aller de l'avant. Et moi, ce que j'essaie de faire depuis un an, c'est de leur laisser un petit peu
205 plus de liberté, et de s'exprimer. Ils savent que ma porte est toujours ouverte, quand ça va pas,
206 je le sent, ils peuvent venir m'en parler,... je préfère avoir l'information tout de suite et puis
207 pouvoir régler le problème tout de suite, voir les gens, même si c'est du personnel... bon,
208 limité aussi parce que on... est dans le cadre professionnel aussi, bon, si les gens ont besoin à
209 un moment donné, c'est pas mal de cracher le morceau et puis que ça passe. Donc, j'essaie
210 de..., et puis même dans le travail si il y a quelque chose qu'elles voient qu'elles considèrent
211 important, je leur dis vous êtes des professionnels, c'est aussi à vous de dire, si ça va ou ça va
212 pas. C'est vous qui êtes dans le bain, c'est vous qui êtes avec les patients au plus près, c'est
213 affirmer ce que vous faites quoi... Donc, les infirmiers le font beaucoup plus, ils ont quand
214 même une affirmation de l'identité un peu plus importante. Euh... les aide soignantes, ASH,
215 je crois que c'est aussi culturel, elles font leur travail, elles disent rien. Non, moi je pars du
216 principe qu'il faut dire les choses, avec les mots évidemment, et il y a des moments aussi pour
217 le dire, mais alors, c'est plus difficile hein, parce que... là, j'ai mis une petite boîte... une
218 boîte à idées, avec les problèmes etc... elle ne se remplit pas beaucoup. Donc je leur ai dit :
219 attendez... là vous me dites sous jacent qu'il y a des problèmes, vous m'en parlez comme ça
220 dans un couloir, mais quand il faut l'exprimer, personne ne l'exprime. Il y a une petite boîte,
221 c'est anonyme, si il n'y a rien dans la boîte, c'est qu'il n'y a pas de problème. Donc, euh...,
222 bon, bah, elles sont en train d'y réfléchir donc je pense que ça avance au fur et à mesure.
223 Mais... après c'est aussi nous ce qu'on veut, enfin, quelle identité on attend quoi... c'est sur
224 que il n'y a pas la reconnaissance qu'on aimerait avoir, mais faut aussi je pense aller la
225 chercher. Donc il faut montrer qu'on existe, montrer qu'on a une place, qu'on est un chaînon
226 important dans un hôpital, si on est pas là, bah, ça coince à un moment donné. Il faut le dire,
227 l'exprimer,... donc, je considère que c'est des professionnels qui sont compétents, et qu'il est
228 important de tenir compte de ce qu'ils peuvent nous renvoyer comme problème, si il y a des
229 difficultés, si il y a des choses à améliorer. Donc je leur dis régulièrement, quand je les
230 vois,... ça peut être dans un couloir ou pendant une réunion, enfin, je veux dire, à tout
231 moment,... elles peuvent me dire les choses. Elles le savent, elles le font. Je dis : j'entends les
232 choses, après je peux ou je ne peux pas, j'argumente quand je peux l'argumenter, et puis
233 voilà... Mais l'identité professionnelle, c'est quelque chose d'important. Je ne sais pas si le
234 fait d'avoir maintenant... avec les infirmiers... j'ai mangé le mot... le corps infirmier... où on
235 est obligé de payer (rire)... j'ai mangé le nom mais enfin voilà...ça peut être bénéfique,
236 maintenant, il faut savoir l'utiliser. Ça peut être une force effectivement parce qu'on est quand
237 même très très nombreux, maintenant, c'est savoir comment se regrouper, comment rester

238 soudé, uni et pas divisé... et comment en faire une force. Voilà... Pareil pour euh... bon les
239 infirmières n'ont pas le corps, mais elles peuvent très bien dire, bon bah voilà,... Même les
240 ASH, moi je considère que les ASH ont aussi leur mot à dire, elles font partie d'une unité,
241 elles font partie d'une équipe, elles travaillent également, elles font des tâches qui ne sont pas
242 forcément de leur niveau mais elles le font avec l'expérience qu'elles ont, après c'est en
243 individuel, en fonction de leur capacité. Donc, ce qu'elles me disent est aussi entendable
244 qu'un infirmier ou quelqu'un d'autre. Et c'est important aussi, à la fois pour leur
245 reconnaissance propre, mais des fois au niveau aussi de leur reconnaissance de leur métier
246 quoi. Donc, je croise les doigts, je pense que ça à l'air de bien se passer. Ils ne m'ont pas sauté
247 dessus encore, donc ça va.

248

249 [Pour finir, est-ce que vous pouvez me dire ce que signifie pour vous articulation et](#)
250 [coordination ?](#)

251 Zou... alors... vaste domaine... articulation et coordination... je dirais que pour qu'il y ait
252 une articulation, il faut être coordonner mais... la coordination, il faut vraiment régler sa... il
253 faut régler entre, ça veut dire, faut vraiment... comment dire... non, c'est pas évident parce
254 que c'est vraiment deux termes qui sont assez proches, enfin que je considère assez proches.
255 Euh..., ouais je considère que vraiment pour être articulé, il faut être coordonné, c'est-à-dire
256 que faut,... dans une unité, y'a pas, si on est pas coordonné, on va pas pouvoir s'articuler et
257 les choses vont pas avancer. Il faut vraiment tenir compte, je dirais, coordonner, c'est dans le
258 temps, je dirais plus... et après l'articulation, c'est plus dans la continuité de cette
259 coordination, un peu dans le feeling aussi, la relation qu'on donne. Il faut coordonner notre
260 travail dans le temps pour que le travail puisse se faire, le travail inter professionnel puisse se
261 faire. Après l'articulation, je dirais que je rajouterai même le respect de l'autre, car si on
262 coordonne notre travail correctement, on respecte le travail de l'autre donc ça s'articule très
263 bien, et le travail se fait dans la continuité des choses. Là effectivement, là ça tourne bien, je
264 veux dire, mais... pour l'articulation,... enfin la coordination n'est pas toujours... mais après
265 c'est pas... c'est inter services où ça peut... un petit peu pécher parce que c'est souvent des
266 unités qui... qui travaillent avec nous mais sans nous voir. Je tiens compte par exemple du
267 bloc, la radio, ce sont des gens avec qui on travaille tous les jours, peut-être 10 fois par jour,
268 mais on travaille avec eux sans se voir. Et par moment, ça coince parce que eux exigent qu'on
269 descende le patient mais ils ne tiennent pas compte que ce sont des unités, des patients, et que
270 ce ne sont pas des patients qui patientent mais à qui on fait des soins, à qui on fait du
271 nursing,... à qui on prend soin justement. Et eux, pour leur truc, c'est... il faut que tchoc,

272 tchoc, tchoc, tchoc,... eux ils sont vraiment... enfin, ils sont pas dans une articulation, ils sont
273 dans une coordination à eux mais ils sont pas dans une articulation. Donc, après, c'est tout
274 effectivement le jeu de... la discussion, de la relation qu'on peut avoir avec eux et voilà, donc
275 quand ça coince on leur dit et ils n'hésitent pas à dire quand ça coince aussi de notre part
276 donc, nous c'est de bonne guerre, je veux dire, il faut dire les choses, enfin je considère qu'il
277 faut dire les choses, mais... donc voilà.... Mais... ouais, je dirais qu'il faut être coordonner
278 pour s'articuler correctement. Il faut aussi avoir le respect de l'autre et savoir comment travail
279 l'autre pour pouvoir vraiment en tenir compte. Voilà, donc c'est ce que je dis souvent aux
280 filles aussi, je dis OK, critiquer OK, c'est entendable, mais savez-vous les difficultés qu'ils
281 ont, comment ils travaillent, etc... donc, il y a des fois elles se disent après ah, oui,
282 effectivement. Mais c'est un peu normal aussi, hein, on a toujours le nez dans le travail, on a
283 un peu les œillères, on fait nos choses, on est un peu pressé, pof, faut que ça se fasse un peu
284 comme nous on a envie, on est un peu égoïste aussi mais c'est normal, mais... non y'a pas, on
285 est une grande famille, beaucoup de professionnels, différents, beaucoup d'interventions,
286 beaucoup de services donc c'est vraiment une grosse chaîne où, bon il y a le client qui passe
287 au milieu, sur les rails du milieu mais nous, il faut que ça se fasse, donc quoi, il faut que ça
288 tchuc tchuc, faut vraiment se coordonner pour s'articuler correctement... C'est la moindre des
289 choses, hein...

290

291 [Hum,hum très bien... moi j'ai plus d'autre question... si vous...](#)

292 Non,... que ce soit réseau interne ou extérieur, y'a pas, il faut vraiment avoir un... de la
293 relation quoi... comme en jet-set, faut être « public relation » quoi. Enfin, ça c'est mon point
294 de vue. Je pense qu'avec la relation, tout passe beaucoup mieux. S'engueuler au téléphone
295 avec une personne c'est bien, mais dès que vous allez la voir, ça c'est autre chose. Ouais, j'ai
296 eu le problème, j'sais plus avec qui j'ai eu le problème, elle m'a passé un savon alors que
297 c'est elle qui avait tord, enfin j'aurais pu avoir tord aussi hein,... je suis descendu voir, et là,
298 ça change. Le ton change et la relation change. Et là, on s'explique... diplomatiquement. Et
299 après, plus de problème. Donc c'est pour ça qu'il est important d'avoir une relation euh...
300 physique également...

301

302 [D'aller vers...](#)

303 Ouais, d'aller vers... Faut pas hésiter à aller voir, moi j'hésite pas à aller voir les assistantes
304 sociales quand vraiment j'ai un gros problème, personnellement par téléphone, bon
305 maintenant on se connaît bien donc euh... ça passe beaucoup mieux, on a le visage, on sait

306 comment on travaille etc... Et puis il y a les limites aussi, au travail de chacun. Donc c'est
307 bien aussi d'avoir des limites. Quand il n'y a pas de limites, ça pose problème donc c'est
308 important de se poser un moment entre nous et de dire voilà, les limites c'est ça... les limites
309 de chacun, nous on s'arrête là, donc toi tu prends la relève à ce niveau là donc Ok... euh... ça
310 c'est important. Ce qui fait qu'après, on va pas demander quelque chose qui n'est pas de leur
311 ressort, ou inversement, ce qui évite des conflits également en disant ils veulent pas le faire,
312 ils foutent rien, voilà, bon... On sait le travail de chacun, on sait le cadre dans lequel ils
313 travaillent, les limites dans lesquelles ils travaillent, donc... mais c'est pareil pour à côté
314 aussi, on a toujours des problèmes avec les... mais c'est récurrent, hein, les problèmes sont
315 toujours récurrents dans les unités, avec les aides hôtelières qui vont chercher le pain le matin,
316 mais chaque semaine, c'est une des trois unités qui descend. Donc chaque année, je suis
317 obligé de leur sortir une feuille avec cette semaine, c'est telle unité, cette semaine, c'est telle
318 unité,... pareil pour la (-----) centrale, donc le nettoyage, c'est pareil, ça change. Donc je suis
319 obligé de leur sortir telle unité, telle unité,... si on fait pas, ils s'entendent pas. Et même avec
320 ça, il arrive qu'il y ait des problèmes, donc à ce moment là, bon, là, je l'ai pas encore fait
321 parce que c'est le cadre d'à côté de la chir. thoracique qui fait pas partie de notre pôle. Donc
322 on les côtoie mais juste comme ça, je veux dire, on les voit pas en réunion, ils ne font
323 absolument pas partie de... du pôle donc euh... j'ai prévu d'aller voir ma collègue qui a les
324 aides hôtelières justement pour essayer d'arranger deux trois choses quoi... Je pense que
325 plutôt que ça grogne à gauche, à droite, on se rassemble autour d'une table, bon, voilà, là, OK,
326 ça coince, moi ça va faire qu'un an et demi que je suis arrivé, faut m'expliquer les choses, est-
327 ce qu'on peut s'arranger ? etc... donc, et puis ma collègue vient juste d'arriver donc je ne vais
328 pas non plus l'embêter tout de suite avec ça, c'est pas non plus des trucs urgents, étant donné
329 que c'est des choses récurrentes qui datent d'avant moi et même d'avant ma collègue donc
330 euh... donc on peut pas changer du jour au lendemain les choses mais c'est bien d'y penser,
331 pouvoir peut-être un moment donné mettre des limites et des ola. Voilà... donc il y a toujours
332 des choses à faire dans une unité, toujours du relationnel. Mais c'est vrai qu'on y passe
333 beaucoup de temps par contre, ça c'est sûr que la semaine dernière euh... oui, pour le
334 planning d'été là... je suis sorti à 7 heures, 7 heures et demi... je considère que c'est pas
335 forcément l'équipe qui doit s'adapter à... à mes temps de relation. C'est à moi à m'adapter
336 également à leur travail. Premièrement, parce que eux ne sont pas pris, sont en pause donc ils
337 entendent beaucoup moins les choses, et ça passe beaucoup mieux, je veux dire, ça paraît
338 logique de ne pas interférer dans leur travail. Ils font leur travail, ils font leur tour donc je sais
339 à quel moment ils vont avoir leur pause, à quel moment c'est plus calme, paf je passe où ils

340 sont posés, ils sont en train de faire leur trans., c'est plus calme dans l'unité, y'a plus de radio,
341 plus de bloc attak, donc là c'est bon. Je dirais que c'est vraiment à moi à m'adapter à eux,
342 pour qu'ils puissent vraiment... qui ait la meilleure relation. C'est pas à moi de dire à ce
343 moment là, allez, hop, maintenant on se pose, vous arrêtez tout... non, non... premièrement,
344 ils seront stressés, ils vont grogner, ils vont pas entendre les choses et ils vont pas vouloir
345 faire bouger les choses. Là, c'est sûr, je suis sorti à 7 heures, 7 heures et demi, mais là c'est
346 fait quoi... en infirmier, je vous dis en une semaine, ça y est, le planning d'été est réglé. Aide
347 soignant, je vous dis, c'est autre chose, c'est autre chose. Là, il va falloir que je... c'est un
348 travail de longue allène... mais c'est vrai aussi que j'ai pas tous les éléments donc c'est plus
349 difficile. Je ne sais pas si il y aura beaucoup de remplacement, etc... alors que j'ai des arrêts
350 etc,... enfin bref, difficile d'anticiper. Mais c'est pour ça que le relationnel est aussi
351 important, parce que... il y a une certaine frustration d'un côté, la mienne aussi d'ailleurs
352 mais ils ont pas à le savoir, il y a une certaine frustration et il faut essayer de les rassurer un
353 peu, essayer de contenir ces frustrations et pour ça, y'a pas, il faut leur expliquer les choses,
354 hein, ils sont grands, ils peuvent entendre certaines choses, pas forcément tout, mais euh... ils
355 peuvent entendre des choses, et en leur expliquant... ça passe. Il faut les tenir au courant des
356 choses...

357

358 [L'importance de la communication](#)

359 L'importance de la communication. Si vous laissez du flou, ou... quelque chose qui n'est pas
360 argumenté ou expliqué, alors là, ça part en live... Nous, on a du fermer l'année dernière une
361 semaine de plus que prévu parce que il n'y avait pas d'activité, on nous retirait du monde
362 etc.... donc y'a pas, il fallait qu'on... qu'on gère quoi. Donc, d'un seul coup, c'était oui, la
363 rumeur, en un week-end, c'était ça y est, on va pas rouvrir euh... au bout d'une semaine, on
364 va rester fermé. Bah, non, donc là c'est bon, je crois que c'est le moment de se poser (rire)...
365 et de s'expliquer, donc... voilà. Donc ça peut être,... ah ouais, les rumeurs vont à une vitesse,
366 et partir sur des choses... c'est quoi encore la rumeur de la semaine dernière, ça me fais
367 beaucoup rire d'ailleurs, quand c'est ça, mais il faut les stopper mais, je veux dire, faut aussi
368 les prendre à la rigolade, sachant qu'on pourra pas les empêcher quoi. Je ne sais plus ce que
369 c'était la semaine dernière, encore un truc très marrant, très très marrant. En plus, ça partait
370 d'un côté pour une autre unité, enfin bref... c'était voilà,... des on dit quoi... Donc c'est là
371 que c'est important d'être dans la relation parce qu'on est aussi attentif à ces trucs quand c'est
372 comme ça... et on entend beaucoup de choses. Alors, ça peut rentrer, on l'emmagasine et puis
373 on attend de voir un peu ce que ça donne. Soit ça prend de l'ampleur, soit ça n'en prend pas...

374 c'est pas grave, si ça en prend, bah, faut faire en sorte que ça en prenne pas quoi... mais... en
375 étant avec eux, on entend aussi beaucoup de choses, même ne passant dans le couloir, je veux
376 dire, j'ai toujours la porte ouverte, j'entend voilà, plein plein de choses. Après à moi de réagir
377 ou de ne pas réagir... des fois bon, je sais que ça grogne un petit peu à côté de mon bureau sur
378 des choses, j'entend ou j'entend pas, ça dépend de ce qu'il faut que j'en fasse. Mais répondre
379 aussi à toutes les demandes n'est pas une solution non plus... parce que ça va rentrer dans un
380 engrenage après où, au contraire, ça va se tirer dans les pattes, enfin... effectivement, il y a
381 des choses auxquelles je ne répond pas forcément parce que bon,... c'est de la grogne, je
382 dirais un petit peu plus individuelle d'un petit groupe et puis,... c'est pas forcément l'objectif
383 de là où je veux les emmener donc, euh... et ça s'éteint tout seul. Voilà, si ça s'éteint pas,
384 j'interviens mais, c'est très marrant quoi, c'est vraiment... par moment un peu théâtral je
385 trouve. Mais,... alors, est-ce qu'elles font exprès de le faire pas loin pour que je puisse
386 entendre ou pas, j'en sais rien, mais c'est vrai que mon bureau est toujours ouvert, elles savent
387 que je suis dispo mais... j'entend énormément de choses. Mais c'est marrant... Elles savent
388 que... je considère qu'elles font leur travail, si elles font bien leur travail, j'ai rien à leur dire
389 de particulier. Si il y a des choses, je leur dis à un moment quoi... elles le savent... elles
390 savent comment je fonctionne. Je leur laisse une certaine liberté pourvu que le travail soit fait,
391 quoi, je veux dire,... Si ça coince, elles savent que je suis là, donc,... des fois, c'est la queue
392 leu leu, chacun son tour, des fois c'est très calme. Le principal, c'est qu'elles sachent qu'on
393 soit présent... qu'on soit présent quand elles ont besoin. Même si c'est calme, elles savent
394 qu'on est là, des fois, elles viennent juste montrer, faire un petit coucou, des choses comme
395 ça,... c'est bien je trouve... au contraire on est pas comme ça dans une relation seulement de
396 conflit, ou je dirais de gestion de problèmes... bah, c'est bien... parce qu'après, dans
397 l'inconscient, moi je considère que l'inconscient, après, c'est autre chose hein... on voit le
398 cadre que si il y a un problème donc euh... il règle les problèmes et ça fait pas forcément
399 plaisir forcément non plus à tout le monde. Donc après la relation est pas la même. Alors que
400 si on a une relation aussi quand ça se passe bien, c'est... la relation est complètement... est
401 autre, enfin je trouve. Donc, on a une bonne relation, on rigole, on connaît ses limites aussi,
402 hein, on est pas des copains copines hein... mais...

403

404 [Cà équilibre ?](#)

405 Cà équilibre. Et puis des fois, c'est aussi important euh... de faire baisser la pression. Les
406 filles sont surchargées, on le sait, elles sont surbookées, c'est important de leur dire, on voit
407 les choses qu'on attend, on sait où elles en sont donc euh... on voit leur souffrance, enfin, leur

408 fatigue, on sait que... qu'elles sont débordées... on leur explique que là, dès qu'on peut, on va
409 leur amener quelque'un quoi. Moi je sais que quand j'ai un petit peu plus, bon c'est pas
410 forcément bien, mais je le leur laisse... on le sait... ça permet de les apaiser un peu, de
411 soulager un peu le travail. C'est bien de laisser un peu... c'est un peu comme un élastique, y'a
412 pas, faut laisser un peu de souplesse à un moment donné donc... et elles le savent donc euh...
413 elles en jouent pas... de toute façon, si elles en jouaient, ce serait à moi d'intervenir... mais
414 c'est aussi important aussi... enfin, la fonction, je trouve que c'est aussi important de faire
415 baisser la pression par moment. Donc, elles rigolent, c'est très bien je trouve, je les laisse
416 faire. C'est bien d'exprimer aussi un peu de (souffle), surtout dans la fonction qu'elles ont,
417 d'exploser par moment entre elles...
418
419 (l'entretien s'arrête sur un coup de téléphone)

1 **ENTRETIEN N° 3**

2

3 **SERVICE : Orthopédie**

4 **TEMPS : 21 minutes 39**

5

6 **Depuis combien de temps êtes-vous sur le service en tant que cadre de santé ?**

7 Sur le service d'orthopédie, je suis arrivée en juin 2007, donc ça fait 9 mois...(rire) je vais
8 bientôt accoucher.

9

10 **Et quelles sont vos missions auprès de votre équipe ?**

11 Alors là, mes missions, auprès de l'équipe, que ce soit du service d'orthopédie ou des services
12 où j'étais avant, hein, bah les missions diffèrent pas trop. C'est euh... la gestion du personnel,
13 beaucoup d'écoute, surtout qu'ici, quand je suis arrivée, le poste a été vacant 3 mois. Et ça je
14 peux vous dire que quand vous arrivez, vous le ressentez parce que alors vous êtes attendue,
15 j'allais dire un peu comme le messie, c'est pas le bon terme mais... quand vous arrivez, vous
16 êtes abondée,... il y a une attente. Les gens vous submergent de pleins,... de futilités la
17 plupart du temps mais il y a, il y a... vous couvrez un manque et pendant quelques mois, bah
18 faut absorber tout ça quoi. Donc c'est de la gestion de ressources humaines, que ce soit au
19 niveau des équipes, mais aussi au niveau de tous les stagiaires qu'on reçoit. Euh... la gestion
20 matériel et autre, beaucoup d'organisation. Alors ici, sur ce service là, au niveau organisation,
21 il y a un peu une histoire, j'allais dire qui me précède moi quand je suis arrivée,... depuis des
22 années,... combien, je ne sais pas encore, j'ai pas encore, au bout de 9 mois, pu trouver
23 combien d'années, mais euh... ça a toujours été très protocolé et très organisé, donc, on sent
24 que c'est instauré un petit peu, donc les organisations tournent. Aujourd'hui, à mon sens, on
25 en est au point où elles ont besoin d'être réactualisées et revues mais avec tout ce qui nous est
26 tombé sur le coin du nez ces derniers mois, personne n'a pour l'instant envie de se replonger
27 dans ce gros travail. Mais euh... bon les organisations arrivent,... enfin on sent qu'il y a des
28 organisations de base et que maintenant, on pourrait encore les améliorer. Donc, euh...
29 missions, gestion des ressources humaines, organisation, gestion de matériels,...même si en
30 ce moment, on y voit plus trop clair avec les pôles, mise en place des pôles, on sait plus trop
31 qui fait quoi, pas nous à notre niveau, mais au niveau des interlocuteurs dans les différentes,
32 j'allais dire, directions logistiques ou autres, on ne sait plus si c'est comme ça que faut faire,
33 on nous dit non c'est plus moi, on ne sait pas nous dire qui s'est, donc, du coup, on gère

34 toujours mais on ne sait plus vers quel interlocuteur se tourner. Donc ça j'espère que ça va
35 s'éclaircir. Euh... et puis... voilà quoi, ressources humaines, matériel, organisation... je
36 recherche... (rire). Au quotidien, c'est beaucoup d'accompagnement et d'encadrement... des
37 équipes, des projets personnels de certains agents,... du nombre de contractuel qu'on a, et
38 puis des nombreux stagiaires. Parce que moi en plus, j'ai un lien pas mal avec les écoles, je
39 fais pas mal des entretiens de sélection, des corrections de TFE et tout ça donc euh... je leur
40 propose quand elles arrivent les étudiantes, de les aider dans leur démarche de soins ou
41 qu'elles nous présentent et tout, donc, du coup, j'ai un petit peu la monnaie de tout ça, c'est
42 vrai que elles me demandent beaucoup de lire... mais... c'est quelque chose que moi j'aime.
43 Je ferais pas à temps plein, mais... ça permet de garder quand même un lien avec un autre
44 aspect de la profession autre que l'encadrement, c'est la pédagogie... ouais... ouais... et puis
45 aussi toutes les missions de la relation avec le public, la famille, le public... et avec les
46 partenaires extérieurs. Et ici en orthopédie, je ne vais pas dire plus qu'où j'étais avant, mais
47 de façon différente quand même... ouais... ouais... ouais...

48

49 **Et vous pouvez me dire quels types de partenaires extérieurs vous avez ?**

50 Alors nous on a beaucoup ici, bah, les convalescences ou les centres de rééducation. L'HAD,
51 pas mal, euh... les hôpitaux périphériques, moi je met ça dans les partenaires extérieurs parce
52 qu'en fait on travaille beaucoup avec les mêmes, parce que... je ne met pas dans les
53 partenaires ceux avec lesquels on travaille occasionnellement, c'est-à-dire, dès qu'on se
54 délocalise parce que ça arrive malgré tout, on a des patients, bah, de toutes les régions de
55 France et de Navarre, et on est amené à se mettre en relation avec tous les interlocuteurs de là-
56 bas, donc je met pas ça comme partenaires parce que ça reste du ponctuel, oui, bon, je sais
57 que je peux... mais les partenaires habituels, c'est tout ce qui est convalescence, rééducation
58 et les HAD. Euh,... ici, peu les prestataires ce que j'appelle de service, style A...,...et puis
59 tous ceux qui prennent en charge les gens avec du matériel à domicile, ici, dans ce service là,
60 non, où j'étais avant, oui, c'était plus ce genre de partenaires.

61

62 **Et comment vous êtes amenée à communiquer avec eux ?**

63 Comment ? Le moyen que j'utilise ? ou, euh...

64

65 **Oui, les moyens, et puis...**

66 Bon, déjà, avant de me mettre en relation avec eux, le premier, j'allais dire... partenaire, c'est
67 le patient... qui soit va émettre le souhait de... d'aller dans des structures ou de rentrer à

68 domicile et ça nécessite des prestataires, donc... et en fonction de ça, je prend contact. Si je
69 connais, si je sais vers qui me diriger et que j'ai des téléphones ou que je sais que je peux les
70 trouver par mes collègues, ici, en interne, parce qu'on est peut-être tout seul dans le service
71 comme cadre mais on a quand même un réseau mine de rien qu'on se constitue, euh...
72 j'appelle ma collègue qui peut-être va pouvoir me donner le renseignement ou qui va me
73 rediriger vers une qui aura la réponse, ou sinon, bah, maintenant qu'on a Internet, depuis 8 / 9
74 mois sur nos ordinateurs, bah, je cherche sur Internet les renseignements, ou je passe aussi,
75 quand c'est possible, par le service social, qui est aussi un partenaire en interne, pour avoir,...
76 vers qui... qui je pourrais contacter pour tel truc, euh... donc on a plusieurs interlocuteurs au
77 service social qui nous aident pas mal. Donc, voilà... et après, une fois que j'ai les
78 coordonnées, j'appelle directement les gens quoi... et on reste en relation par téléphone ou
79 par le fax quand il y a besoin de faxer un document...

80

81 [D'accord... et par rapport à votre équipe, comment vous communiquer avec eux ?](#)

82 Par rapport à ça ? Alors ça c'est...

83

84 [Enfin à ça et puis euh... au sein de l'équipe en fait.](#)

85 Ouais, par rapport mettons au réseau, par rapport au réseau, euh... c'est quelque chose, ça
86 c'est pareil, c'est culturel, au niveau des équipes infirmières, c'est forcément aux cadres de le
87 faire, ça... hein... alors que elles pourraient, elles savent en général, surtout j'allais dire le
88 lundi, appeler l'HAD, elles savent le faire, mais elles vous disent : il faut appeler l'HAD pour
89 tel patient. Elles savent ce qu'il faut faire donc il leur suffirait de prendre le téléphone. Bon,
90 on le fait, mais pour elles, quelque part il y a peut-être plus une légi... je ne sais pas si c'est de
91 la légitimité ou... parce que elles savent pas trop ce qu'il faut faire, quel papier il faut remplir,
92 alors qu'avec l'habitude, elle arrive à le savoir. Donc c'est le cadre qui fait, qui organise,
93 euh... et donc du coup, quand j'ai des réponses ou quand j'ai pris contact, je fais des
94 transmissions, en fait, dans les dossiers : j'ai pris contact ce jour, en attente de la réponse. Dès
95 que j'ai une réponse, bah, pareil, j'écris, comme ça elles ont l'information dans le dossier du
96 patient, et comme on a encore des grands tableaux murals, on marque dessus les dates de
97 sortie. Donc... elles sont au courant comme ça, et... ça m'arrive aussi d'avoir des résultats
98 comme ça quand je suis en réunion, ou à l'extérieur, donc sur mon téléphone, je les rappelle
99 en leur disant... ce patient il sort demain... par exemple, on est aujourd'hui vendredi matin,
100 mauvais exemple... on est jeudi matin, je suis en réunion, j'ai un coup de fil, Monsieur X...
101 qui me dit : bah on prend votre patient demain matin à 11 heures, je sais que je vais pas

102 rentrer avant midi, midi et demi dans le service, je les appelle, pour qu'elles derrière puissent
103 s'organiser pour les sorties,... j'allais dire toute l'intendance qui va avec la sortie. Donc ça,
104 c'est pour le cas où il y a besoin de mettre, d'organiser si je peux dire une sortie telle qu'elle
105 soit, avec les partenaires extérieurs, sinon ma communication au sein de l'équipe, j'allais dire
106 au quotidien, c'est déjà quand moi, quand j'arrive, c'est de dire bonjour, ça me paraît un
107 minimum mais bon, c'est ma façon de fonctionner à moi, euh... je fonctionne aussi, par
108 exemple, vous voyez, hier après-midi, j'étais tout l'après-midi sur l'autre site à A..., donc je
109 leur dis à celles qui sont là, mais je le marque aussi : si besoin... je suis à A... cet après-midi.
110 Elles savent que je ne prend pas mon téléphone quand c'est comme ça, si besoin, je leur
111 marque vers qui elles peuvent s'adresser, donc, on fonctionne en binôme sur le pôle
112 reconstruction, donc je leur marque le nom et le téléphone de mon binôme. Bon, ça les
113 rassure, au quotidien, moi aussi quand je suis son binôme, on est très peu appelée, comme
114 quoi elles sont autonomes, hein... mais bon, elles savent qu'en cas de... vraiment gros truc,
115 elles peuvent nous appeler. Euh... autre façon de communiquer avec l'équipe, je leur fais ce
116 que j'appelle un point info. Alors, dans l'idéal, ici, depuis que je suis arrivée, où j'étais avant,
117 j'en faisais un tous les mois, et puis après,... donc là au quotidien, tous les mois et demi, je
118 fais un point info. Ça me permet de donner des informations qui nous arrivent de tous les
119 côtés : les formations continues, les vacances de poste, euh... les infos... plus générales... les
120 choses comme ça, et c'est aussi un moment où, et ben, elles aussi peuvent faire remonter les
121 choses. Et après, je fais un compte rendu de ça, donc il y a un cahier « compte rendu points
122 infos », qui est à disposition parce que forcément, vous n'avez jamais tout le monde tous les
123 jours, donc celles qui ne sont pas là peuvent voir ce qui s'est dit, ou des nouvelles procédures
124 c'est là que je les informe des nouvelles procédures,... ou là, on est en train... on fait un
125 groupe de travail, est-ce qu'il y a des gens volontaires,... c'est... pour moi, ce point info, c'est
126 balayer très large, mais c'est, bah,... communiquer les informations de tout type quoi, et elles
127 aussi font remonter les choses, ou posent des questions...

128

129 [Donc en utilisant les moyens écrits et les moyens oraux... ?](#)

130 Ouais. Oral... donc on fait aussi pas mal de communication... bah des réunions... là, je pense
131 à quelque chose...

132

133 (sonnerie du téléphone)

134

135 Euh... oui, alors après la communication, ça peut aussi être... euh... il s'est passé un
136 évènement il y a quelques temps dans le service qui a nécessité que moi, le lundi matin, en
137 urgence, j'appelle la psycho du personnel pour un debriefing et là, la semaine prochaine, il y
138 a une réunion, enfin une réunion, ça va être comme un TP si vous voulez, pour un petit peu à
139 distance, remettre les choses et tout ça pour permettre de tourner la page par rapport à... ça
140 aussi c'est de la communication, j'allais dire, au quotidien. Après ça peut être aussi la
141 communication, bon, avec les... on a des petites contractuelles qui sont prolongées de mois en
142 mois, ou de mois et demi en mois et demi, elles savent plus ce qu'elles... le matin on leur dit
143 un truc, l'après-midi, on leur dit pas l'inverse mais on a encore d'autres infos, c'est fort
144 désagréable. Donc... lundi matin j'en ai une, je lui dis bon bah voilà... jusqu'à telle date vous
145 êtes chez moi, après vous allez 15 jours chez l'autre, et après je ne sais pas, pour l'instant je
146 n'ai pas de lisibilité. Et quand elle est partie, enfin j'ai bien vu dans la matinée, elle s'est
147 liquéfiée. En début d'après-midi, bingo, j'ai d'autres informations la concernant qui étaient à
148 mon sens pour elle, quand même, une bouffée d'oxygène. Donc, je reviens, je dis à l'équipe :
149 quand vous la voyez, vous lui dites que... bah, non, elle est partie plus tôt comme on est en
150 ATT... hou... je me dis que, vue que je la voyais se liquéfier, c'est pas bon signe. Elle était là
151 le lendemain matin, j'avais l'option d'attendre le lendemain matin... je me suis dit non, faut
152 que je l'appelle, faut que je l'appelle pour lui dire ça parce que, vue comment elle est. Je l'ai
153 appelée, effectivement quand je l'ai appelée, je l'ai trouvée en larme au téléphone. Mais, bah
154 du coup ça lui a fait du bien. Donc le lendemain, bah elle est venue me voir et me dire : bah
155 fallait pas m'appeler... j'étais là quoi. Je dis : ouais mais bon, enfin,... je sentais qu'il fallait
156 que je vous appelle quand même. Donc ça c'est de la communication, il y a, en plus j'allais
157 dire quelque part derrière de la gestion et du management. Il y a des choses comme ça qu'on
158 sent. Et puis bon, la communication, par voie d'affichage hein. Euh... par voie d'affichage,
159 c'est plus, tout à l'heure je vous ai dit je vais afficher ça, les vacances de postes que notre
160 cadre sup. nous envoie au sein du pôle, en interne, il nous demande de les afficher, donc dès
161 qu'on en a les vacances de poste, je vais les afficher, comme ça, elles sont au courant de ce
162 qui se passe.

163

164 Et est-ce que... votre... vos moyens de communication sont identiques selon les différentes
165 professions ?

166 Non, à non,... non... non, non. Bah disons que j'allais dire, nous, on a tous les moyens. J'ai
167 l'ordinateur, j'ai Internet. Tout à l'heure, je vous disais avec des prestataires, ça m'est arrivé
168 avec des prestataires, ou avec des patients, le service où j'étais avant, on communiquait par

169 mail,... quand des gens sont très loin ou à l'étranger, c'est pour pouvoir avoir des rendez-vous
170 ou des choses comme ça... donc nous on l'a que depuis 9 mois, on a crié pour l'avoir, parce
171 qu'ils avaient peur qu'on fasse nos commandes à « La Redoute » dessus mais si on conclue
172 que finalement on abuse pas d'Internet, donc on a ces moyens de communication j'allais dire
173 modernes, euh... l'ordinateur, Internet, on a les DECT, téléphone fixe, on a les fax et tout,
174 après si je décline les différentes professions que je gère, les paramédicaux, les infirmières,
175 elles ont aussi un DECT, un téléphone, elles n'ont pas de... enfin, elles ont des ordinateurs
176 mais elles ont pas Internet dessus, elles ont accès au fax au niveau du secrétariat, donc elles
177 communiquent avec ses moyens modernes aussi, euh... et les aides soignants, bah en fait, ils
178 communiquent à travers leur crayon via les transmissions, oralement, mais ils utilisent très
179 peu le téléphone et les DECT, c'est plus de l'oral et les transmissions écrites, parce que bah,
180 ils sont obligés de les faire, mais sinon c'est beaucoup oral quand même les aides soignants et
181 les ASH. Et puis les médecins, ils ont les mêmes moyens de communication que les nôtres en
182 fait... Et puis après, vous avez tout ce qui est communication non verbale, hein... bah oui...
183 et aussi la façon d'être des gens, de toucher... il y a des gens quand ils vous parlent, ils sont
184 obligés de vous toucher ou de bouger pas mal... moi la première...(rire)

185

186 Et est-ce qu'au sein de votre équipe, les identités professionnelles sont une de vos
187 préoccupations ?

188 Alors les identités professionnelles...c'est-à-dire vraiment de... qu'est-ce vous entendez par
189 là, dans votre question ?

190

191 Euh... l'identité de chaque profession, infirmières, AS, ASH,... est-ce que... est-ce que...

192 Est-ce que c'est important pour moi dans..., par rapport à quoi, par rapport à l'organisation ?
193 par rapport à la communication ?

194

195 Oui... oui...

196 Alors pour moi, avant d'être infirmière, d'être aide soignante ou ASH, ça reste d'abord un
197 être humain. Donc c'est pour ça que... par exemple, le matin quand j'arrive, je vais pas aller
198 dire bonjour aux infirmières et pas aux autres, ou l'inverse, ça ne me viens pas à l'idée ça,
199 donc... après j'allais dire selon sur la communication ou euh... je vais plus m'adresser aux
200 infirmières, ça m'arrive de faire des réunions que aux infirmières, des réunions que... là, la
201 prochaine réunion TP, c'est que pour les AS / ASH, ce n'est pas pour les infirmières. Donc
202 quand j'ai besoin de cibler les informations, faire des réajustements ou par exemple des

203 choses du planning, le planning des vacances ou des fêtes, quand c'est pour les infirmières,
204 c'est pour les infirmières, quand c'est pour les AS /ASH, c'est pour les AS /ASH. Les points
205 infos, c'est pour tout le monde, y compris pour les stagiaires. Mais... donc je peux cibler ma
206 communication par rapport à ce que j'ai à transmettre ou à dire, des choses comme ça... bon,
207 soit ça va être très large, soit ça va être par catégorie... Sur les affichages, ça m'arrive de
208 mettre : pour tout le personnel ou uniquement pour infirmières... alors après des fois, ça peut
209 occasionner des agents qui viennent : pourquoi c'est que pour...? En général... enfin, ici, j'ai
210 pas eu cette... et... c'est l'identité mais c'est aussi j'allais dire, jour et nuit. Il y a des
211 informations, on met : pour tout personnel, jour et nuit, parce que tout à l'heure on disait, elles
212 ont l'impression à l'O..., elles se sentent abandonnées, isolées, des fois on a une
213 communication j'allais dire indirecte avec les équipes de nuit, même si on les gère pas, et
214 j'espère qu'on les gèrera jamais parce que c'est ce qui est un petit peu... dans l'air du
215 temps... euh... c'est... donc, je communique par mail beaucoup avec le cadre de nuit, quand
216 j'ai des choses à leur dire, des trucs qui se sont passés ou des infos, là... les réunions des TP
217 ça concerne les agents de nuit aussi, donc j'avais transmis la date et... les formations, pareil,
218 je transmet à ma collègue de nuit, qui me répond et les équipes de nuit, quand elles ont des
219 soucis, des fois, elles mettent des petits mots sous ma porte, ou des choses comme ça... donc
220 euh... et du coup, maintenant, avec les collègues de nuit, quand... tout nouvel agent
221 maintenant qui arrive de nuit, elle leur demande maintenant de venir se présenter à nous.
222 Donc au début, ça nous a fait bizarre, on s'est dit, oh, la, la... c'est pas comme ça... et en fait
223 ben, on leur présente le service, la façon dont on est organisé le jour, ce qui leur permet
224 vraiment de voir en globalité. Et puis quelque part, ça nous permet de mettre des fois un
225 visage sur des signatures qu'on voit dans les dossiers quoi... Et, en général, elles sont, j'allais
226 dire, assez demandeuses et assidues à ce genre de réunion.

227

228 [C'est intéressant...](#)

229 Ouais... ouais... donc le point, le cahier points infos c'est aussi pour elles, parce que
230 effectivement, on fait souvent les réunions à 2 heures, pour les équipes de nuit, c'est pas des
231 bonnes heures, donc ça leur permet de lire ce qui se passe... voilà... on essaie de décloisonner
232 comme ça même si c'est pas encore... complètement... complètement fait mais bon, c'est par
233 petites touches qu'on va y arriver quoi,... de temps en temps...

234

235 [Pour finir, est-ce que vous pouvez me dire ce que signifie pour vous articulation et](#)
236 [coordination ?](#)

237 Articulation en orthopédie ! (rire) Articulation et coordination... Alors soit on reste très
238 général, soit on parle de cas concrets. Bon, articulation, déjà l'articulation pour moi, c'est ce
239 qui permet de mettre en mouvement... plusieurs... soit plusieurs corps de métiers hein, par
240 exemple un équipe infirmières, AS, ASH, donc euh... et la coordination, c'est ce qui va
241 articuler toutes ces professions et les coordonner pour avoir une organisation, pour mettre en
242 place des soins de qualité, hein, si on veut... parler politiquement correcte... ou coordonner,
243 c'est marrant parce que coordonner... articuler, moi je fais pas forcément systématiquement
244 le lien avec coordonner. Articuler, ça me fait plus penser comme ça,... je suis assez visuelle, à
245 un chef d'orchestre, voyez, un chef d'orchestre qui va mettre en mouvement ces différents
246 corps d'instruments, pour faire une harmonie, donc à la rigueur, pourquoi pas coordonner ça
247 peut être quelque fois pour moi pourquoi pas synonyme d'harmonie, hein, euh... mais
248 coordonner ça peut aussi vouloir dire faire avec mais en ayant toujours quelqu'un qui donne
249 la mesure... donc je fais pas forcément un lien systématique entre les deux. Ça va dépendre
250 des situations ou des choses comme ça... et les articulations des fois, ça se rouille, hein, il y a
251 un peu d'arthrose (rire)... alors et ben le cadre, il est là pour, je veux pas dire opérer et enlever
252 l'arthrose, mais faire en sorte qu'on arrive quand même à mettre tout ça en mouvement et à
253 faire qu'il y ait une harmonie le mieux possible... Alors je ne sais pas si j'ai répondu à votre
254 question ?

255

256 [Oui... oui, oui, très bien, très bien...](#)

257 Après, bon j'allais dire après, bon il y a le caractère de chacun, vous faites de façon autoritaire
258 ou... comme je dis... de façon... gant de fer dans un gant de velours quoi... et puis là, c'est
259 vraiment la personnalité de chacun qui fait quoi... la personnalité, euh... vos valeurs, vos
260 expériences derrière... dans le milieu dans lequel vous êtes, si vous êtes bien ce jour là dans
261 vos basket ou moins bien... enfin... oui, bon, même si on est, ce que je disais tout à l'heure,
262 on est tout seul ici dans le poste, on est jamais tout seul, on fonctionne toujours... on est pas
263 isolé, moi j'emploie jamais le mot isolé, on est seul cadre dans le service mais on a en
264 permanence des collègues et, euh... j'allais dire, ça c'est important de communiquer avec ses
265 collègues, ouais... c'est pour ça que nous ici le cadre sup. nous fait fonctionner en binôme...
266 avec un cadre et un faisant fonction parce que on a beaucoup de faisant fonction. Sur l'étage
267 par exemple, on est deux cadres et une faisant fonction donc moi mon binôme c'est la faisant
268 fonction. Mon autre collègue cadre a un binôme à un étage supérieur qui est faisant
269 fonction... donc on doit s'organiser, quand on a à s'absenter l'une et l'autre, avec son binôme
270 et en plus, avec ma collègue cadre, on a un double contrat qui veut qu'il y ait en permanence

271 un cadre à l'étage. Donc en fait, on a un double contrat en étant cadre mais on y arrive... on y
272 arrive...voilà...
273
274 [D'accord. Bah écoutez, merci...](#)
275 Je ne sais pas si j'ai répondu à vos questions...

1 **ENTRETIEN N° 4**

2

3 **SERVICE : Orthopédie**

4 **TEMPS : 16 minutes 52**

5

6 **Donc euh... depuis combien de temps êtes-vous sur le service en tant que cadre de santé ?**

7 Euh deux ans et demi... même pas... novembre, décembre, janvier, février,... presque deux
8 ans et demi.

9

10 **D'accord. Et quelles missions vous avez auprès de votre équipe ?**

11 (bruits de travaux qui demandent de stopper l'entretien quelques minutes)

12 Alors missions de management, alors gestion des plannings, gestion des projets, euh...
13 gestion de... de... de... enfin je gère un parc de matériel assez conséquent en orthopédie,
14 euh... gestion de... d'hôtellerie. Je fais pas les commandes mais je travaille en collaboration
15 donc avec une aide hôtelière... euh... je conduis un projet sur l'accueil des étudiants, euh...
16 bah sinon tous les rôles du cadre hein... euh... la formation... euh... voilà... entre... bah je
17 suis à l'interface entre la direction, mon cadre sup., mon équipe,... et les fameux réseaux.
18 Parce que on est vraiment,... en orthopédie, on travaille beaucoup en partenariat avec
19 l'extérieur, parce que nos patients, après être opérés,... souvent ils sont pas aptes à rentrer
20 chez eux. Voilà...

21

22 **Donc vous travaillez avec quels types de partenaires extérieurs ?**

23 Alors euh... ça dépend... si le patient part, soit en rééducation, soit en convalescence. En
24 rééducation, avec les centres de rééducation, donc de l'A... et d'ailleurs, et en soins de
25 convalescence, et ben les SSR... euh... gériatrie pour les patients qui ont plus de 75 ans et
26 puis des centres de convalescence purs pour les gens de moins de 75 ans, et l'hospitalisation à
27 domicile, et les SSIAD, voilà... et les ADMR parce que souvent, y'a besoin que de l'aide
28 ménagère, ou l'auxiliaire de vie. Donc à ce moment là, c'est une ordonnance et voilà...

29

30 **D'accord. Comment vous communiquez avec eux ? Est-ce que c'est vous qui prenez contact
31 directement ou... ?**

32 Ouais... euh... on a des feuilles d'admission, donc en fonction de la pathologie du patient, de
33 son âge et de ses capacités à sortir ou pas de l'hôpital, on cible l'institution. Après on a des

34 partenaires privilégiés qui sont soient les cadres, soient les infirmières référentes, ça dépend
35 de la structure, et euh... bah, j'ai un cahier de sortie... liaison hôpital / ville et,... dedans il y a
36 tous les numéros de téléphone, les référents, les numéros de fax,... vous voulez le voir ?

37

38 Euh... non, non, c'est juste... voilà... c'est juste connaître les outils...

39 Voilà, donc euh... les partenaires c'est SSIAD, HAD, centres de rééducation, centres de
40 convalescence,... Sinon, bah, on travaille, quand on a une difficulté à placer un patient parce
41 qu'il y a un problème social qui se greffe, on a une assistante sociale, mais euh... c'est
42 vraiment quand on a un problème, par exemple de tutorat, de curatelle, ou y'a pas de revenu,
43 c'est des gens à la CMU, donc là on fait appel à l'assistante sociale mais sinon on se
44 débrouille toute seule. On a une grosse part de notre travail qui est le placement de nos
45 patients après l'hospitalisation, parce qu'en fait ça va très vite. Avant un patient en
46 orthopédie, il était opéré, il faisait quasiment la moitié de sa rééducation dans le service. Là,
47 pour une PTH, on a une DMS de 5, 7 jours... euh... on enlève les redons, tac le lendemain, il
48 est levé et il fait quelques pas et il faut qu'il s'en aille... Donc le nombre de personnes
49 capables de partir chez eux au bout de 7 jours, c'est très, très...

50

51 J'imagine...

52 Ouais... limité...

53

54 Ouais. Est-ce que vous arrive de vous déplacer... euh...

55 Pour les rencontrer ?

56

57 Oui, voilà...

58 Alors, euh... en visite,... visite... pas professionnellement. Euh... on va les visiter mais pour
59 voir les structures, les infrastructures et pour mettre un visage sur un nom. Mais sinon,
60 professionnellement, non, jamais. Mais, oui par courtoisie, euh... l'équipe est allée
61 dernièrement au centre de rééducation SSR de B..., euh... nous on est allé il y a quelques
62 mois rencontrer nos collègues de l'O..., c'est pareil, c'est un centre de soins, bah l'O... on
63 a rencontré S..., Madame C... et puis G... je ne sais plus comment... euh... comment elle
64 s'appelle, elle est nouvelle à être... euh... voilà... bientôt, une deuxième équipe qui va sur
65 B..., et puis on aimerait bien aller voir la P..., la P..., c'est au fond du département, vers
66 M..., T..., tout ça... voilà... mais c'est en aucun cas une visite professionnelle, on va pas,

67 euh... on s'initie pas du tout dans leur travail. On leur confie nos patients, on a très peu de
68 retour, euh... voilà...

69

70 **D'accord. Pour en revenir à votre équipe, comment vous communiquez avec elle ?**

71 L'équipe euh... l'équipe là ?

72

73 **Oui, oui, oui, votre équipe au sein de votre service.**

74 ...

75

76 **Par quels moyens, par... ?**

77 Bah, ça dépend de ce que j'ai à faire passer. Là par exemple, j'avais une information urgente
78 et donc ça se fait en contact informel, ils étaient au petit déjeuner, j'interrompt le petit
79 déjeuner : j'ai quelque chose d'important à vous dire. Euh... si c'est une information à toute
80 l'équipe, euh... la réunion... euh... si c'est quelque chose que tout le monde doit lire dans la
81 rapidité, c'est l'affichage... euh... voilà... c'est les vecteurs de l'information... comme ça se
82 fait partout...

83

84 **Et est-ce que vos manières de communiquer sont identiques selon les différentes professions ?**

85 ...

86 J'ai pas de manières différentes... j'ai peut-être un vocabulaire différent. C'est vrai que si j'ai
87 quelque chose à communiquer aux infirmières, ce sera peut-être plus euh... technique. Aux
88 aides soignantes, je mettrais plus les formes, parce que elles sont plus à même à écouter les
89 rumeurs, les... ça véhicule plus entre aides soignants qu'entre infirmières parce que du fait
90 qu'elles vont dans les étages, elles récoltent des fois des informations fausses, comme ce
91 matin, elles pensaient que le service allait fermer parce qu'on avait plus d'activité donc il faut
92 toujours rassurer, il faut remettre les choses au point. Alors qu'avec les infirmières, c'est
93 plus... c'est plus paisible disons, il y a moins de remous. Mais sinon, non, j'ai un discours
94 euh... non. Par contre, moi, j'ai un langage... assez euh... direct et convivial. Des fois, quand
95 j'ai des trucs assez difficiles à passer, déjà, je les tutoie toutes, et... au bout de deux ans et
96 demi, je m'aperçois que peut-être quelque part ça... ça fausse quand c'est des injonctions.
97 Mais sinon, ça se passe toujours très bien au niveau de l'information, j'ai pas de problème de
98 communication avec mon équipe... je pense... parce qu'on est jamais sûr. Une équipe, c'est
99 mouvant, un jour c'est gris, un jour c'est rose... c'est pas stable une équipe, hein, donc dès
100 que ça va mal... après... on a vite fait de se retourner vers le cadre : elle nous cache des

101 choses, elle joue pas la transparence... c'est... c'est ça le rôle du cadre... c'est savoir faire
102 passer, savoir retenir l'information tant qu'elle n'est pas factuelle, c'est sentir les choses,
103 c'est... je pense qu'il faut avoir une bonne notion d'instinct, il faut être très instinctif pour
104 que... enfin... l'expérience fait que... il faut faire vraiment... être très perspicace.

105

106 [Donc il faut avoir du feeling...](#)

107 Oh, la la, oui, beaucoup...

108

109 [Et... est-ce que vous prêtez une importance aux identités professionnelles ?](#)

110 (quelqu'un frappe à la porte)

111 Euh... aux identités... toujours dans la communication ?

112

113 [Dans la communication, dans la manière dont vous vous articulez avec votre équipe...](#)

114 Non, pas vraiment... moi, je fais attention aux glissements de tâches mais je suis pas
115 confrontée à ça, donc euh... du moment que... que chacun... professionnellement parlant
116 reste à sa place, je fais confiance, euh... donc euh... non, je... je m'occupe d'une équipe
117 comme d'une autre. Donc moi, à gérer, j'ai des aides soignants, des ASH, des infirmières, une
118 aide hôtelière, un kiné qui n'est pas sous ma hiérarchie mais qui travaille avec mes patients,
119 donc je me sens investie... de savoir s'il est au courant de tout, que tout le monde le met au
120 courant, qu'il participe aux transmissions, euh... je gère les secrétaires... au niveau d'un
121 planning. Les secrétaires sont autonomes, je ne m'initie pas dans leur travail, mais par contre
122 je gère leur planning, donc euh... c'est un peu bâtard, mais bon, ça se passe bien. Euh... il
123 faut aussi, pareil, qu'elles participent à la vie du service et... et puis les élèves. J'ai
124 énormément d'élèves donc euh... ça par contre euh... c'est... c'est un travail euh... c'est
125 difficile. Il y a beaucoup d'élèves, ils sont tous à des niveaux différents d'étude euh...
126 l'équipe se sent pour l'instant encore très investie de leur mission d'encadrement, j'essaie que
127 ça perdure mais là, on baisse un peu les bras, parce que... on a eu des élèves difficiles en plus
128 dernièrement...

129

130 [Et un nombre conséquent ?](#)

131 Ouais, entre 4 et 7... et tout hein, je veux dire, il y a des labo, il y a des manip, il y a des aides
132 soignants, il y a des BEP, il y a des infirmières, des IADE, euh non pas IADE, j'en ai pas eu
133 dernièrement, il y a... je sais plus ce qu'il y a... sages femmes, y'a les CODES, les
134 esthéticiennes, enfin, c'est... c'est énorme... voilà... et, moi, dans mon groupe de travail

135 euh,... qui concerne l'accueil des étudiants, que je pilote, il y a des infirmières et des aides
136 soignants, et tout le monde est à la même enseigne. Au niveau de l'encadrement, ils ont tous
137 des compétences et des valeurs à transmettre. Donc, c'est le même discours...

138

139 **Pour finir, est-ce que vous pouvez me dire ce que signifie pour vous articulation et**
140 **coordination ?**

141 ...Bah, c'est ce que je disais au départ de l'entretien, nous les cadres, on est à l'interface entre
142 la direction, le cadre sup. et l'équipe, et on a les réseaux. Donc, au lieu de... c'est
143 articulation ?

144

145 **Oui.**

146 Et collaboration ?

147

148 **Coordination.**

149 Coordination ?... ..

150 Je sais pas, euh... coordination, y aurait... plus la... le management qui rentrerait en
151 compte... c'est-à-dire euh... ..dans une gestion euh... parce qu'articuler, c'est pas dur
152 d'articuler. Si on veut pas mettre les formes, on peut articuler que coordonner... coordination,
153 je sais pas... coordonner, articuler,... c'est que c'est pratiquement similaire hein... .. je sais
154 pas... j'aurais parlé de collaboration plutôt... ..non, je vois pas... et pour revenir à la
155 communication avec les réseaux, parce que je pensais que c'était le centre du... mais ça
156 s'articule plutôt sur la communication votre euh...

157

158 **Oui, oui... malgré tout, on en revient là à chaque fois oui...**

159 Euh... dans l'information, avec l'équipe, on est pas forcé de transmettre tout dès qu'on le sait,
160 c'est ce que je vous disais, beaucoup de retenue, beaucoup de réflexion. Par contre avec les
161 réseaux, quand j'ai travaillé avec les centres de rééducation, c'est euh... la transparence en
162 premier. Donc la convivialité, au téléphone, il faut être aimable et tout ça, mais surtout la
163 transparence parce que... ce sont des collaborateurs... d'amont... et si on veut vider nos
164 services, il faut qu'on leur confie nos patients, mais dans un... avec un soucis de transparence,
165 c'est-à-dire que sur les feuilles d'admission, il faut exactement dire l'état de notre patient.
166 Parce que si un jour on leur joue un tour de cochon, je veux dire... voilà... mais bon, ils sont
167 aussi en attente d'une activité, donc il y a des centres de rééducation qui trient les patients,
168 hein, on le sait... euh... je veux dire il y a un centre de rééducation comme Z... qui est une

169 clinique privée, ils vont prendre les patients quasi autonomes, qui pourront retourner chez
170 eux, qu'ont de la famille, qu'ont des bons revenus, mais ça on le sait... mais euh... pour les
171 autres, il faut vraiment jouer la transparence. Avec l'équipe, on joue la transparence, mais on
172 peut avoir de la retenue par rapport à une information à divulguer. Et euh... il faut être
173 extrêmement prudent et, ... et c'est là que je vous parle de feeling... voilà...

174

175 **Pour repérer les bons moments... et savoir ce qu'il y a...**

176 Et surtout être sûr de ses sources et mesurer la répercussion que l'info donnée va avoir sur la
177 vie de l'équipe... donc voilà... et puis pas être alarmiste... parce que il y en a beaucoup qui
178 sont dans le oh, la la... oh, la la... et puis en fait, la répercussion, elle est néfaste après...
179 voilà... en ce moment, l'hôpital, c'est pas facile, avec tout ce qui... tout ce qui se passe, tous
180 les remaniements politique, de gestion...

181

182 **Oui...la nouvelle gouvernance,...**

183 Enfin la nouvelle gouvernance, je veux dire, jusqu'à maintenant, c'était euh... bon il y avait
184 les directives, on était dans une mouvance, je veux dire, on y aller là... là, c'est en plus de la
185 nouvelle gouvernance, des problèmes de T2A, de machins là qui se greffent de plus en plus,
186 on est pressé comme des citrons... c'est pas facile... On perd un peu de vue le cœur du...

187

188 **Le patient ?**

189 Le patient... parce que la communication avec le patient, je veux dire, savoir aussi dire au
190 patient que... vous irez dans ce centre là parce que là c'est pas facile, parce que c'est pas
191 possible, parce que là vous rentrez pas dans ce créneau euh... ça aussi c'est difficile hein...

192

193 **Si vous avez autre chose à rajouter, moi j'ai fini en ce qui me concerne...**

194 Non

195

196 **Merci.**

1 **ENTRETIEN N° 5**

2

3 **SERVICE : Orthopédie**

4 **TEMPS : 31 minutes 23**

5

6 **Depuis combien de temps êtes-vous cadre de santé sur ce service ?**

7 ... Septembre 2006, donc ça fait euh... un an et demi, ça fera deux ans au mois de septembre.

8

9 **Et quel est votre rôle au sein de votre équipe ?**

10 Houlà... au sein de l'équipe paramédicale ?

11

12 **Oui...enfin l'équipe que vous gérez.**

13 Alors c'est beaucoup un rôle de gestion, c'est-à-dire euh... bien sûr beaucoup de la gestion de
14 planning, euh... gérer, bah l'absentéisme, les remplacements, etc.... les besoins pour qu'il y
15 ait toujours suffisamment de personnel pour faire face aux soins... dont les patients ont
16 besoin. C'est gérer bien sûr... gérer ou euh... déléguer la gestion en gardant un regard dessus
17 les problèmes de matériel pour qu'en fait le personnel ait tout ce qu'il faut pour pouvoir
18 euh... faire son travail dans de bonnes conditions. C'est aussi gérer parfois les problèmes
19 ponctuellement de relation, de fonctionnement, réfléchir en équipe, parfois imposer des
20 choses pour que ça se, ... ça fonctionne mieux, euh... c'est travailler aussi avec les
21 médecins... alors, euh... gestion des problèmes entre médecins et paramédicaux, je me fais le
22 relais des plaintes des infirmières, euh... par rapport à ce que je disais tout à l'heure des
23 problèmes de changement d'organisation qui font que maintenant, ce sont les internes qui
24 s'occupent plus des patients et que des fois, elles ont un peu l'impression que... elles sont un
25 peu dans le flou, mais, en règle générale, ça se passe... en particulier les infirmières arrivent
26 très bien à communiquer directement avec les médecins. Donc, ça peut m'arriver aussi, il y a
27 des... des soucis, c'est pas des soucis relationnels, c'est vraiment des soucis d'organisation...
28 je retire ce que j'ai dit, avec certains médecins, pas chirurgiens, il y a des soucis relationnels
29 donc, euh... il peut m'arriver aussi de... ben de... d'essayer d'apaiser les choses ou de faire
30 un... un lien entre deux personnes pour... ça peut... ça peut arriver. Après, ça c'est donc
31 vraiment la gestion au niveau du service, après il y a toute la gestion par rapport aux patients,
32 donc... essentiellement, moi je... bien sûr je veille à ce que tout se passe bien, si y'a un soucis
33 avec un patient, problèmes relationnels, ou avec la famille, je peux être là pour faire les liens,

34 pour voir les gens en entretien, famille, etc.... et surtout je vois avec eux les problèmes de
35 devenir... euh... donc, pour les programmations à froid, en général, les problèmes de devenir
36 ont été réglés avant, donc c'est plus caler une date de sortie avec la rééducation, la
37 convalescence, des choses qui ont déjà été mises en place, parfois rien n'a été mis en place,
38 donc c'est moi qui enclenche les choses, toujours en relation avec les patients et les familles,
39 ou les familles en fonction de comment est le patient,... parce que des fois on a des patients
40 qui ne sont pas... qui sont très âgés, qui ont des problèmes de démence donc euh... on leur
41 demande pas à eux parce qu'ils sont pas... ils sont pas en état de nous répondre donc on voit
42 avec les familles. Euh... donc je m'occupe beaucoup beaucoup du devenir des convalescences
43 donc à la fois de voir avec eux ce qu'ils souhaitent, ce que je faisais tout à l'heure, c'est-à-dire
44 euh... est-ce que vous pouvez rentrer à la maison, est-ce que vous préférez aller en
45 convalescence. S'ils me disent qu'ils rentrent à la maison, j'essaie de vérifier par les questions
46 que je leur pose dans quelles conditions ils vont pouvoir rentrer à la maison, euh... de quoi ils
47 auraient éventuellement besoin pour que le médecin fasse les bonnes prescriptions, euh... et
48 puis éventuellement, de tirer un peu la sonnette d'alarme si j'ai l'impression que la prise en
49 charge va être dure. Des fois, ça se fait en plusieurs fois, et là, j'ai beaucoup le soutien des
50 infirmières parce qu'elles discutent beaucoup donc des fois elles viennent me voir en me
51 disant mais non, ça va pas être possible... parce qu'elles connaissent très bien leurs patients ;
52 de la kiné, en fonction de la façon dont la personne se débrouille et qui va me dire non, le
53 retour à domicile, ça va pas le faire ; et des internes, ça se passe très très bien donc on arrive
54 vraiment à bien travailler. Et puis quand euh... les choses sont claires... alors soit c'est des
55 choses qui sont compliquées à mettre en place à domicile auquel cas j'appelle l'assistante
56 sociale parce que je peux pas tout faire toute seule, il y a des choses moi pour... il y a des
57 choses pour les retours à domicile que je ne gère pas du tout, par exemple, s'il y a une
58 demande d'APA ou quelque chose comme ça, euh... là, ça dépasse mes compétences. Quand
59 c'est pour des convalescences, je me débrouille toute seule, donc je vois avec les patients et /
60 ou leur famille, j'essaie de voir en fonction de ce dont ils ont besoin, quelles sont les maisons
61 de convalescence ou de rééducation les mieux adaptées et géographiquement ce qui leur
62 convient le mieux, parce que géographiquement, c'est pas forcément à côté de leur domicile
63 que ça leur convient le mieux, des fois c'est à côté du domicile des enfants... et donc on gère
64 tout ça ensemble et après, je travaille énormément avec les maisons de convalescence et de
65 rééducation, c'est-à-dire donc que j'envoie via le service social les demandes par écrit et
66 après, bah je les appelle. Donc tous les jours je suis en contact avec convalescence et
67 rééducation en disant voilà, est-ce que vous avez bien reçu la demande de telle personne,

68 euh... voilà, elle est sortante à tel moment, qu'est-ce que vous pouvez me proposer comme
69 place, etc.... et donc, euh... surtout sur les urgences, il peut arriver, il arrive très
70 régulièrement qu'on envoie des demandes sur deux ou trois établissements différents et de
71 voir après en fonction des propositions de chaque établissement quel est le premier,... enfin
72 quel est celui qui va avoir une date à nous proposer qui correspond le plus à la... à la date de
73 sortie du patient. Donc, ça c'est un travail assez... ça prend du temps.

74

75 [Donc vos types de partenaires extérieurs, vous disiez, c'est surtout des maisons de](#)
76 [convalescences... ?](#)

77 Oui, donc en fonction des maisons de convalescence, c'est soit des cadres de santé, euh... soit
78 des secrétaires, euh... souvent des secrétaires ou des agents administratifs qui s'occupent des
79 admissions. Donc ça, ça dépend des établissements.

80

81 [Et votre rôle par rapport à ces partenaires ?](#)

82 Et ben, c'est de discut... alors c'est de voir avec eux, de discuter du patient euh... de voir
83 avec eux à quel moment il va sortir, souvent ils nous posent des questions complémentaires
84 parce que le dossier n'est pas forcément très complet, ça leur donne pas forcément... c'est
85 vraiment très restreint, hein, on met l'essentiel donc des fois ils nous demandent des, des, des
86 renseignements complémentaires. Alors, c'est un peu ciblé en fonction des établissements, en
87 fonction des patients qu'on leur envoie donc on leur dit, voilà, par rapport à la continence,
88 normalement, c'est mis, euh... ce genre de problème, mais des fois c'est le comportement...
89 si ils sont bien dans leur tête, etc.... on a parfois des soucis avec des personnes âgées qui
90 arrivent très très bien et puis quand ils attendent une semaine avant d'être opérés, et après
91 l'intervention, ensuite post op. des fois on a des démences euh... de courte durée mais on a
92 des fois des petits soucis où les gens sont un peu moins cohérents... il vaut mieux prévenir la
93 maison de convalescence que de les laisser découvrir par eux-mêmes. Alors je dois passer à
94 côté de certains trucs de temps en temps sûrement parce que je connais pas les patients
95 comme les infirmières hein, je les vois pas forcément tous les jours, je vois pas tout le monde
96 non plus parce que j'ai pas le temps, euh... et puis les patients qu'ont pas besoin de
97 convalescence, qu'ont pas de problème, je vais pas forcément aller les voir. Ceci dit, je fais la
98 visite une fois... une ou deux fois par semaine avec euh... Monsieur K...donc normalement
99 je les vois quasiment tous mais il y en a qui passent au travers, ceux qui restent très peu de
100 temps, pour une ablation de matériel et qui rentrent chez eux, bon... à priori il n'y a pas de
101 soucis de devenir avec eux donc... si on m'interpelle pas, je vais pas aller non plus... donc

102 voilà, donc avec les partenaires bah c'est ça surtout, c'est... est-ce que le dossier est accepté,
103 est-ce que vous pouvez la prendre et à quelle date vous pouvez la prendre et dans quelles
104 conditions ?...

105

106 [Et donc votre manière de communiquer avec eux se fait surtout par téléphone ?](#)

107 Ah oui, oui...

108

109 [Essentiellement ?](#)

110 Ah, oui, essentiellement.

111

112 [Il vous arrive de vous déplacer ?](#)

113 Non... non, aucune raison. On se déplace là, on essaie d'aller visiter les établissements dans
114 lesquels on envoie les patients, donc on va étaler ça euh... parce que d'abord, il y a des
115 établissements qui ont fait des travaux récemment donc on va aller regarder un petit peu
116 euh... comment c'est et... ce sera... pour nous ça nous permet d'échanger avec eux... alors il
117 y a... l'année dernière par exemple, c'est une des cadres qui est venue nous voir pour euh...
118 pour nous dire exactement comment était son établissement, comment... pour qu'on
119 comprenne ses contraintes à elle et qu'on... qu'on... s'imagine mieux quels types de patients
120 on peut envoyer parce qu'en fonction des convalescences, c'est pas les mêmes. Il y a des
121 convalescences qui prennent... qu'ont très peu d'aides soignants et qui prennent donc des
122 patients très autonomes, donc ceux-là c'est pas la peine de leur proposer un décubitus dorsal
123 pendant 45 jours à qui il faut faire la toilette complète tous les jours, par exemple. Donc après
124 on sait, alors on sait très bien sur la région D..., enfin sur l'A... et sur les... un petit peu les
125 départements limitrophes, ça on gère. Dès qu'on commence à sortir de là, on est en difficulté.
126 Donc là, des fois, il m'arrive de passer par les services de chir. ortho des hôpitaux à proximité
127 parce que quand on a des accidents, les gens des fois ils viennent de partout en France. Donc
128 euh... il m'est arrivé plusieurs fois de passer par les hôpitaux des services euh... des services
129 d'ortho euh... et puis de leur dire bah, euh... quand vous avez des patients de ce type là, vous
130 les envoyez sur quelle convalescence, quelle rééducation et puis là, ça se passe très bien, il
131 nous donne les trucs et après on fait les demandes... donc ça se passe uniquement par
132 téléphone. Il y a quelques maisons de convalescence... surtout quand c'est des pré
133 admissions, il y a des choses qui ont été faites avant que le patient soit hospitalisé, qui nous
134 envoie des fax en nous disant bé, OK, ça par exemple, La F... nous envoie ça : nous accusons
135 réception et ils nous donnent une date. Donc j'ai les dates parce que ça c'est un patient qui

136 n'est pas encore là donc je... je sais que c'est dans ces eaux là donc quand je verrai arriver ce
137 patient, je mettrai ça dans son dossier euh... des fois c'est des refus, donc quand c'est des
138 refus, je repasse par le service social en disant est-ce qu'on avait demandé que cet
139 établissement, est-ce qu'on en avait demandé d'autres et si on en a pas demandé d'autres, en
140 fonction de l'adresse de la personne, je fais d'autres demandes ailleurs pour anticiper avant
141 même que la personne n'arrive. Donc on a quelques établissements qui nous envoient des fax,
142 relativement peu. Il y a des établissements par contre qui, pour toujours les pré admissions,
143 qui envoient des réponses positives ou négatives au patient. La... La F..., elle nous envoie à
144 nous mais elle envoie aussi un courrier au patient. Le R... envoie aussi au patient par
145 exemple.

146

147 **C'est intéressant.**

148 Bah, c'est très bien. Donc des fois les gens, ils arrivent en disant,... pour Le R..., il y a des
149 fois des accords qui sont envoyés au patient, quand le patient arrive, nous on est pas encore au
150 courant. Les patients nous disent : si, c'est bon. De toute manière, moi je vérifie toujours,
151 même avec eux. Je les appelle toujours pour confirmer que le patient a bien été opéré, que à
152 cette date là, ça nous convient et qui y'a pas de soucis. Je le confirme toujours. Et si je
153 confirme pas, c'est eux qui vont m'appeler pour me d... souvent qui vont m'appeler en me
154 disant bon, est-ce que vraiment... c'est OK parce que bah, des fois il peut y en avoir qui passe
155 au travers hein... ça peut être annulé et puis qu'on oublie de les prévenir, ça, ça arrive. Les
156 gens qui sont annulés, moi, qui passent pas forcément par moi, les demandes ont été faites,
157 l'opération est annulée ou repoussée ou avancée, euh... des fois il y a des couac parce que ça
158 passe pas par moi, ou par mes collègues de service d'hospitalisation donc on peut avoir des...
159 on peut avoir des couac. L'inconvénient de tout ce qui se passe par téléphone, c'est que mis à
160 part ce que moi j'écris dans actipidos euh... il n'y a pas de trace. Donc si il y a un défaut de
161 communication et qu'on s'entend pas sur la journée ou sur l'heure ou sur... c'est la parole de
162 l'un contre la parole de l'autre. Alors on pallie à ça en disant que, effectivement, ça peut
163 arriver, que ça peut être la faute de l'un, la faute de l'autre, hein euh... moi, je dis pas que de
164 temps en temps j'enregistre pas bien ce qu'on me dit, surtout quand on me téléphone et que je
165 suis en réunion euh... et puis surtout il faut avoir de très bonnes relations avec ces gens là. Il
166 faut toujours... il faut jamais leur mentir, il faut toujours dire clairement comment est le
167 patient parce que de toute manière, vous leur mentez une fois, après vous êtes étiqueté euh...
168 et puis il faut avoir des relations courtoises avec les gens, même quand des fois vous êtes un
169 peu agacé ou que des fois, les réponses qu'ils vous donnent ne vous satisfont pas, il faut

170 toujours être courtois et les gens avec qui je travaille de façon régulière, j'ai vraiment par
171 téléphone de très très bons rapports, voire des rapports très particuliers parce que y'en a
172 quelques uns que je connais personnellement euh... La F... j'ai connu parce que je suis allée
173 en stage à l'école des cadres euh... Le R... , la personne avec qui je communique, je la
174 connais dans le privé depuis que je suis toute petite parce que nos familles sont liées... ça
175 aide, il n'y a pas de mystère, ça aide. Y'a pas longtemps, La F... m'a fait un refus pour une
176 patiente pour qui je venais de faire une demande, j'ai pris mon téléphone, j'ai dit pourquoi ?
177 En fait, ils n'ont pas bien compris ma demande, j'ai ré expliqué, j'ai bien précisé euh... parce
178 qu'ils comprenaient pas pourquoi je faisais la demande alors que la dame était déjà opérée et
179 que c'était une opération programmée sauf que c'était pas prévu que ça se passe comme ça,
180 elle devait rentrer à domicile, l'opération s'est pas prévue... s'est pas passée comme prévu,
181 elle doit rester 3 semaines chez nous avant d'aller en convalescence, ils avaient pas tout
182 compris et du coup, de refus, je suis passée à : je note et je te rappelle... (rire)

183

184 [Grande avancée...](#)

185 Mes collègues n'auraient pas pu le faire. Si M..., parce qu'elle connaît la même personne que
186 moi, donc elle, elle aurait pu, mais euh... mais mes autres collègues du sixième, je pense
187 qu'elles auraient pas pu faire ça parce qu'elles ont pas ce lien particulier...

188

189 [Oui, donc le lien est vraiment très important...](#)

190 Donc le fait d'aller voir les gens aussi, nous de nous déplacer pour aller voir comment sont les
191 établissements, c'est important pour nous parce qu'on va pouvoir dire au patient voilà, c'est
192 comme ci, c'est comme ça, moi La F..., je leur vend la F... (rire), je leur vend la F... parce
193 que je connais l'établissement, je sais comment c'est et euh... donc euh... franchement, dès
194 qu'ils sont de ce coin-là, je leur vend la F..., euh... et d'ailleurs, je pense qu'on fait beaucoup
195 plus de demandes à la F... depuis que je suis arrivée alors que quand je suis arrivée, ils en
196 faisaient quasiment pas parce que nos chirurgiens ne les envoyaient pas à La F..., parce qu'ils
197 ne connaissaient pas l'établissement, et depuis on en fait déjà beaucoup plus, donc euh... ça
198 sert. Et en même temps, ça nous permet de voir ces personnes là, de, de... et c'est pas pareil
199 quand on connaît les gens en visu, c'est pas la même chose. Moi, quand je téléphone à la
200 personne qui est au R..., je sais quelle tête elle a, je la connais depuis que je suis toute petite.
201 A la F..., c'est pareil, je sais à qui je m'adresse, je sais comment fonctionne la F..., je sais
202 comment ils traitent leur admission, je sais... les deux étages comment ils fonctionnent etc....

203 donc euh... ça aide, évidemment, ça aide. C'est ce qu'on appelle le... comment on appelle
204 ça... les relations là enfin le... le... les relais qu'on peut avoir, qu'on peut se...

205

206 [Le réseau.](#)

207 Le réseau quoi, le réseau qu'on peut se faire... ça, ça fait partie du réseau... qu'on construit
208 bien sur parce qu'il y a des gens que je ne connaissais pas avant de venir ici... qu'on
209 construit. Ma collègue aussi a fait du travail ici, avant de... en me passant le relais, elle m'a
210 présentée, elle a averti toutes les personnes du... avec qui elle travaillait, qu'elle partait et que
211 c'était moi qui la remplaçait euh... le jour de son pot de départ, il y a des gens qui se sont
212 déplacés, elle m'a présentée... c'est des choses ... importantes.

213

214 [Oui, du lien, du lien, du lien...](#)

215 Complètement. Et ça se passe beaucoup mieux, parce que quand on connaît les gens, qu'on
216 sait qu'ils sont honnêtes, qu'ils font tout leur possible, moi je sais, il y a des gens, je sais
217 pertinemment qu'ils font tout leur possible pour arranger et ils me l'ont prouvé plusieurs fois,
218 et ils savent de mon côté que je ne leur ment pas sur l'état des patients. Ça se passe bien...

219

220 [Mmm, d'accord. Pour en revenir à votre équipe, en interne sur le service, est-ce que votre
221 manière de communiquer est différente selon les professions ?](#)

222 Non... euh... en tout cas pas entre infirmières, aides soignantes, ASH... ma manière de
223 communiquer non, ce que je vais leur communiquer éventuellement parce que c'est pas
224 forcément la même chose que je vais dire aux unes et aux autres. Je vais pas forcément
225 aborder les mêmes sujets... mais ma manière de communiquer non. Si par exemple, j'ai un
226 problème de planning, si euh... euh... je n'aborde pas le planning de la même façon avec les
227 infirmières et les aides soignantes, effectivement. Euh... pas dans ma manière de
228 communiquer mais dans ma manière de gérer le planning parce que les infirmières sont
229 beaucoup plus autonomes et ne veulent surtout pas que j'y mette trop le nez, c'est-à-dire que
230 je leur fais un planning qui n'est pas forcément équilibré mais elles se débrouillent. Mais elles
231 savent que si jamais un jour, elles me font un couac... j'y remettrai le nez dedans, enfin j'y
232 remettrai le nez... je serai plus directive que je ne le suis actuellement, les aides soignantes et
233 les ASH c'est une plus grosse équipe, elles sont pour certaines moins autonomes, d'autres le
234 sont beaucoup, des fois elles le sont aussi pour leurs collègues, pas toujours dans le bon sens
235 parce que... il y a toujours des gens qui arrivent à arranger leur planning à leur manière, donc
236 euh... elles sont moins autonomes donc je suis... pas directive mais je propose. Les

237 infirmières, je les laisse se débrouiller, les aides soignantes, je leur sort un planning et je fais
238 les propositions sur le planning et je leur dis : vous me dites oui ou vous me dites non, mais je
239 laisse pas trop parce que j'ai peur qu'elles ne regardent pas assez et du coup, je pense que
240 j'aurais plus facilement de couac euh... avec une équipe qui est plus importante. Donc
241 effectivement, je gère pas le planning tout à fait pareil. Par contre je gère différemment par
242 rapport où j'étais avant où avant, je leur sortais un planning qui était équilibré. Clac... là elles
243 sont en ATT, elles ont une certaine autonomie, je ne peux pas me permettre de le faire...
244 sinon je... ça va pas passer. Mais ça se passe bien, de la façon,... j'ai trouvé l'équilibre. Au
245 début, j'étais plus, je voulais sortir un planning équilibré, voilà, carré, moi, je suis comme ça,
246 faut que ce soit carré, je me suis rendu compte que ça n'allait pas passer, donc j'ai laissé...
247 mais n'empêche que j'ai toujours un œil dessus, et que si il est pas carré et si un jour elles me
248 font un jour un gag, euh... elles sauront... comment je m'appelle et que... va pas falloir
249 recommencer, je laisse toujours une chance mais... si j'ai trop de soucis euh... clairement je
250 leur dirai que voilà...là maintenant c'est fini... mais elles sont trop intelligentes pour le
251 faire... et puis elles ont trop l'esprit d'équipe... pour vouloir mettre en difficulté leurs
252 collègues... enfin, plus ou moins l'esprit d'équipe mais enfin, quand même, elles savent qu'il
253 faut, voilà, il faut être un nombre minimum et... donc ça se passe bien. Mais c'est vrai que
254 je... communique différemment. Bien sur, je communique différemment avec les médecins,
255 toujours pareil, pas forcément dans ma façon mais dans ce que je vais aborder avec eux... je
256 n'ai pas de lien hiérarchique avec les internes, ce n'est pas mon équipe, je les gère pas donc
257 forcément, je ne vais pas aborder les choses de la même façon. C'est un peu... c'est plus de la
258 coopération quoi. Mais je ne suis pas directive,...

259

260 [Qu'est-ce que représentent pour vous les identités professionnelles ?](#)

261 C'est-à-dire ?

262

263 [Euh... est-ce que c'est une de vos préoccupations ?](#)

264 Les identités professionnelles, c'est-à-dire chaque profession, les infirmières, aides
265 soignantes, euh... ?

266

267 [Oui.](#)

268 Au quotidien ? Non (rire), c'est pas une préoccupation parce que c'est assez clairement établi,
269 surtout en orthopédie où chacun a son rôle bien défini euh... où y'a peu de... de glissements
270 de tâches, euh... par exemple les ASH ici, sont relativement cantonnées au ménage. Alors, ça

271 peut être un soucis, le soucis sera plus à ce niveau là, c'est-à-dire que leur identité à elles en
272 tant qu'ASH des fois est un peu mise à mal parce que euh... selon la situation et selon l'état
273 de l'équipe, on va leur demander d'aller dans les chambres ou de ne pas aller dans les
274 chambres et de temps en temps, elles deviennent en colère. Mais, clairement, je leur dis que
275 l'orthopédie est organisée comme ça, ça a toujours été comme ça. Moi je n'ai pas été habituée
276 à travailler comme ça, d'un autre côté, je pense qu'effectivement, légalement... c'est nous
277 qu'avons raison. Euh... voilà, je leur dis c'est comme ça, c'est pas autrement, si vous voulez
278 faire des soins, vous allez dans un autre service. Mais je suis un peu en difficulté, enfin je suis
279 un peu en difficulté,... là j'ai des ASH qui font la VAE, pour le coup, comme elles sont quand
280 même très cantonnées au ménage, je pense qu'elles vont être un peu en difficulté par rapport
281 aux soins et l'autre fois où c'était très très calme, j'ai vu une des ASH euh... se faire encadrer
282 par ses collègues aides soignantes pour une toilette en décubitus. J'ai trouvé ça euh... je ne
283 m'en occupe pas, je veux dire, ça c'est vraiment, euh... je veux pas mettre le doigts là dedans
284 parce que... j'aurais peur qu'elles le prennent mal, c'est elle qui a demandé à ses collègues,
285 j'ai trouvé ça très très bien, de sa part à elle et de la part de ses collègues, de prendre le temps
286 de... l'encadrer sur une euh... sur une toilette, j'ai trouvais ça... je trouve... comme quoi
287 elles sont très autonomes et... Mais l'identité professionnelle, de toute manière, je ne
288 m'intéresserais qu'aux paramédicaux parce que les médicaux euh... je gère pas et... je veux
289 pas user mon énergie à me dire qu'ils m'agacent à se renvoyer la balle les uns les autres en
290 disant c'est pas moi qui fait, c'est l'autre. Et c'est un peu le soucis actuellement... entre
291 anesthésistes, internes, chirurgiens,... problème que je ne connaissais pas avant, qui me met
292 très mal à l'aise et qui met les infirmières mal à l'aise... donc les glissements de tâches des
293 fois ils sont dans ce sens là, c'est-à-dire que... alors qu'elles ne devraient pas faire quand elles
294 ont pas de prescription, bah pour que mes patients soient sous traitement, des fois... en
295 attendant la prescription. Et ça, ça me gêne... ça me gêne parce que le jour où il va y avoir un
296 gag euh... c'est sur leur dos que ça va retomber. Et en même temps, si elles le font pas bah...
297 la prise en charge des patients... donc ça, ça me gêne beaucoup... Mais ici, y'a pas... c'est
298 relativement clair. J'ai connu des services où il y avait plus de soucis de glissements
299 professionnels. Après l'entente entre les unes et les autres euh... il n'y a pas de gros soucis
300 ici, y aura des petites... mais pas de gros soucis, chacun sait ce qu'il a à faire, je ne m'en mêle
301 pas. Quand il y a un petit accroc entre elles... j'entend de temps en temps dans le couloir...
302 tant que ça remonte pas plus loin et qu'elles se disent les choses... si elles disent les choses,
303 c'est que c'est bon. Le jour où elles ne diront plus les choses, c'est que ça ira très mal. Donc
304 euh... non pas de soucis, c'est pas un problème... Et après mon identité professionnelle à

305 moi... donc moi, ça va très très bien. Je sais très bien ce que j'ai à faire, y'a pas de problème.
306 Euh... des fois il faut mettre les points sur les i, même avec les infirmières ou les aides
307 soignantes, où de temps en temps elles vous demandent des trucs, ou elles vous disent ça c'est
308 normal que vous le fassiez et vous leur dites bah non, c'est pas tout à fait comme ça... et vis-
309 à-vis du médecin aussi de temps en temps. Il faut leur rappeler que, par exemple une demande
310 de convalescence, c'est pas à moi de les faire. Je les fais parce que ça a toujours été comme ça
311 en orthopédie mais j'espère qu'avec de DPP, on va pouvoir changer les choses. Et l'autre
312 jour, il y a eu une grosse discussion parce que ma collègue de rhumato, elle, ne les fait pas,
313 elle est descendue une journée ici et elle leur a dit mais euh... moi, je ne les fais pas les
314 demandes de convalescence. Ils lui ont hurlé dessus. Je suis arrivée et je leur ai dit : non, elle
315 a raison, c'est elle qui a raison, c'est pas vous. Mais en médecine, les médecins sont là tout le
316 temps, et puis ils font des visites qui durent toute la matinée. En chirurgie, les internes, on les
317 voit une heure l'après midi, ou en sortie de garde le matin où ils sont très fatigués parce qu'ils
318 sont restés toute la nuit debout... on a pas la même présence médicale, il y a des choses un
319 peu différentes. Donc euh... mon identité professionnelle ça va, parce que ici, j'ai la grande
320 chance d'être dans une équipe cadre qui vraiment vraiment... je vais avoir du mal à les
321 quitter. Et avec un cadre sup. aussi qui euh... en qui j'ai une totale confiance et qui je pense
322 me renvoie cette confiance, j'ose espérer depuis le temps qu'on se connaît... euh... et je
323 pense, j'en suis même quasiment certaine, même si... quand on est pas d'accord, on se le dit,
324 on est capable de se dire : je suis pas d'accord avec toi, on se l'ai dit deux fois là il n'y a pas
325 longtemps (rire)... mais si je m'aperçois que c'est lui qui a raison, je lui dirai et inversement il
326 me le dira aussi, donc euh... ça me pose pas de problème et je sais que souvent euh... on
327 pense la même chose, on travaille de la même façon et on est dans le même axe. Et que quand
328 on est pas d'accord, c'est parce que on a pas forcément les mêmes éléments, c'est-à-dire que
329 moi je vais avoir des éléments de la base et puis lui il va avoir des éléments d'en haut et
330 quelque fois il va avoir une vision un petit peu plus large que moi et pour le coup, quand il me
331 dit quelque chose avec lequel on est... un point avec lequel on est pas d'accord, je me méfie
332 toujours parce que dans ses arguments souvent après je lui dis bah oui, effectivement, vu sous
333 cet angle là avec les éléments que tu as... voilà... donc ça se passe bien et... et c'est rassurant
334 parce qu'en plus on travaille de la même façon... surtout en ortho là... même avec les autres
335 hein... mais surtout en ortho on travaille de la même façon et... on est presque que des jeunes
336 cadres, on a tous à peu près le même âge, D... est la plus ancienne cadre au niveau cadré mais
337 on a le même âge donc euh... on fonctionne de la même façon et on a... je pense on a la
338 même culture professionnelle. H..., en ortho est de ma promo,... J... est de la promo juste

339 avant moi, euh... bon après, il y a les faisant fonction. Alors elles, elles ont pas forcément la
340 même culture professionnelle mais on réussit à les intégrer. Ce qui est un petit peu lourd,
341 surtout en ce moment, c'est de les... soutenir, les encourager, les gérer... au niveau du
342 concours...

343

344 [Oui, les fameux binômes...](#)

345 Au niveau des binômes aussi, c'est sur que... L... est mon binôme parce que artificiellement,
346 comme il y a une cadre et une faisant fonction là, une faisant fonction en haut, on pouvait pas
347 se mettre... on pouvait pas les mettre toutes les deux en binôme parce qu'elles ont pas
348 beaucoup d'expérience ni l'une ni l'autre, ce qui était le cas de la faisant fonction d'avant... et
349 nous laisser D... et moi qui sommes cadrées toutes les deux et avec D... qui a énormément
350 d'expérience et moi qui connaît un peu mieux l'ortho qu'elle, euh... ensemble, c'était pas
351 logique. Mais c'est pas confortable, moi je trouve que c'est pas confortable. J'attend avec
352 impatience qu'on remette les binômes comme ils étaient avant. Les deux ortho... c'est
353 beaucoup plus logique pour le personnel... et de toute manière, dans la réalité, ce qui se passe
354 c'est que quand je ne suis pas là, c'est D... qui gère, et que quand elle n'est pas... alors par
355 contre, quand elle n'est pas là, c'est S... qui gère... mais quand je ne suis pas là, c'est D...
356 qui gère mon équipe... mais bon, c'est... c'est des gens qui ont besoin de soutien et c'est
357 euh... c'est du temps aussi ça. Et ça, ça c'est pareil, ça, ils ont oublié, quand ils croient que les
358 ortho ils ont rien à foutre, que on a quand même 4 faisant fonction sur le pôle et qu'il faut
359 qu'on s'en occupe, et que les collègues d'en bas, elles gèrent la dermato quand les collègues
360 ne sont pas là, et ça, c'est pas une mince affaire, je préfère encore gérer la rhumato... mais je
361 suis pas très à l'aise en rhumato parce que je ne connais pas. Je suis beaucoup plus à l'aise en
362 ortho ... d'abord parce que je l'ai gérée l'ortho, quand D... n'était pas là, j'ai géré avec mes
363 collègues d'à côté donc je connais bien... la rhumato, euh... maintenant ça y est, ça
364 commence. Mais au début, quand j'y allais, j'étais pas très à l'aise parce que ben, je
365 comprenais pas trop leur fonctionnement... maintenant ça va mieux mais... n'empêche que je
366 préfère gérer l'ortho parce que... La G... et la M..., c'est quasiment... l'équipe est pas du
367 tout la même mais euh... bah c'est génial...

368

369 [Pour finir, est-ce que vous pouvez me dire ce que signifie pour vous articulation et](#)
370 [coordination ?](#)

371 Articulation, coordination ?... Et ben... Je sais pas. Articulation, ben c'est le travail qu'on
372 peut faire euh... à tous les niveaux, et entre autre, le cadre est très très en lien avec tout ça

373 parce que c'est vrai qu'on va articuler notre travail avec celui des paramédicaux, avec celui
374 des médicaux, qu'on va articuler notre travail avec celui de... de... des autres services,
375 donc... donc forcément, je dirais articulation, c'est plus quelque part pour moi, c'est plus un
376 côté vraiment dans le fonctionnel. On va s'articuler aussi avec le bloc, avec la radio, etc....
377 Coordination, je dirais... je trouve ça un peu plus large, c'est... pour moi ça arrondi un peu
378 tout, euh... se coordonner, réussir à travailler ensemble pour que justement toutes les
379 articulations fonctionnent bien. C'est comme ça que je le ressens, articulation c'est plus euh...
380 voilà, vraiment on est dans l'articulation entre chaque euh... entre chaque service... entre
381 chaque... euh... entre les services transversaux aussi. La coordination c'est un peu
382 l'ensemble, coordonner les efforts, l'effort des autres pour que tout se passe bien et au final
383 ben que le patient ait des soins de qualité qu'ils sont en droit de nous demander hein... parce
384 que finalement, on travaille pourquoi ? pour ça... Le travail que je fais avec les maisons de
385 convalo, c'est uniquement pour ça. Quand je les envoie plutôt sur la maison de convalescence
386 qu'ils préfèrent plutôt que sur l'autre quitte à les garder une journée de plus, c'est pour qu'ils
387 soient contents (rire)... voilà donc euh... la coordination, c'est peut-être plus vaste. Et je
388 dirais que c'est en train de s'élargir...

389

390 [Donc là, ce que vous exprimez avec les maisons de convalescence serait plutôt de l'ordre de](#)
391 [la coordination ? Ou de l'articulation ?](#)

392

393 Ouais... un peu des deux... euh, l'articulation dans le sens où il faut qu'on articule nos
394 demandes avec leurs demandes... enfin... leurs possibilités euh... donc à un moment
395 effectivement, il faut qu'on se mette d'accord sur une date, il faut qu'on se mette d'accord sur
396 des choses comme ça, et puis après je dirais que la coordination euh... ben, c'est un peu la
397 même chose mais c'est un peu le travail de tout le temps, c'est-à-dire que la coordination ça
398 veut dire aussi euh... je vous appelle pour annuler une convalescence que finalement... dont
399 je n'ai pas besoin, euh... pour pas vous laisser en difficulté, pour pas vous laisser avec un
400 dossier qui n'aboutira jamais, ça veut dire euh... je ne vous appelle que quand j'ai une date...
401 de sortie, tant que le patient est pas opéré, je vous appelle pas parce que ça sert à rien, je me
402 coordonne avec eux et puis après je vois avec eux quelles sont les possibilités, ça veut dire
403 que je vais garder le patient 3 jours de plus parce qu'ils ont pas de lit, ça veut dire que je vais
404 préférer une autre maison de convalescence parce qu'elle peut prendre le patient plus tôt, à
405 condition qu'elle soit euh... dans ce qu'il faut hein, je ne vais pas envoyer en convalescence
406 un patient qui doit aller en rééducation hein... c'est pas la même chose, donc voilà la

407 coordination, oui, je dirais que c'est quelque chose de plus large. Dans la coordination, je
408 rentrerais le fait qu'on se parle au téléphone, qu'on... que des fois on exprime nos difficultés
409 les unes et les autres, qu'on explique nos fonctionnements pour que l'autre comprenne ce qui
410 se passe, et dans la coordination, je mettrais aussi le fait qu'on reçoive les gens de l'extérieur,
411 qu'on aille visiter leurs... leurs établissements, ça fait partie de la coordination. L'articulation
412 ouais, je dirais que c'est quelque chose de plus mécanique, de plus centré, je vais me
413 coordonner... je vais articuler avec eux la date, mais je vais me mettre en coordination euh...
414 quand j'appelle La F... en disant pourquoi vous m'avez refusé ce patient et puis que je leur
415 explique, je suis plus... dans la coordination, par contre que je les appelle en disant voilà, la
416 dame elle peut sortir à telle date, qu'est-ce que vous avez à me proposer, je... voilà... mais
417 c'est euh... c'est assez enfin... moi j'articule pas, je coordonne, plus que j'articule, je
418 trouve... tout... parce que coordonner ça me donne une vision... articuler, ça me donne un
419 point, j'ai l'impression, enfin, c'est comme ça que je le ressens, alors que coordonner ça me
420 donne une vision d'ensemble... plus vision d'ensemble. Je vais articuler quelque chose avec
421 quelqu'un alors que je vais coordonner un ensemble... donc tout mon travail c'est de la
422 coordination, au sein de l'équipe, euh... les patients, les familles,... les maisons de
423 convalescence quand il y a besoin, l'assistante sociale avec le domicile, j'appelle des fois les
424 tuteurs, on en entend parler, j'appelle des fois les... quand il y a des tuteurs, j'appelle des fois
425 les tuteurs, euh... pour moi, les infirmières, après on se renvoie les informations, tout ça c'est
426 de la coordination. Pour moi, c'est pas de l'articulation, c'est-à-dire que elles, elles ont des
427 éléments qu'elles vont me donner. L'autre jour, on avait une patiente qui euh... qui était sous
428 tutelle, l'infirmière elle avait à faire tout le temps à l'éducatrice, que moi j'ai jamais vu, moi
429 j'ai eu tout le temps à faire à la tutelle, n'empêche qu'on s'est échangé nos informations et
430 qu'au final, on a fait une sortie qui... qui tenait la route, parce que nos informations étaient
431 concordantes. Moi je coordonne plus que je n'articule...

432

433 **D'accord.**

434 Voilà.

435

436 **Et bien écoutez...Moi, c'est bon pour moi... et vous ?**

437 Bah oui, je pense que... vous avez eu des réponses qui vont vous servir pour le mémoire ?

438

439 **Oui, merci...**

1 **ENTRETIEN N° 6**

2

3 **SERVICE : diabétologie, hôpital de jour**

4 **TEMPS : 13 minutes 28**

5

6 **Depuis combien de temps êtes-vous sur le service en tant que cadre de santé ?**

7 Un mois (rire)...un mois.

8

9 **Un mois... et quel est votre rôle auprès de votre équipe ?**

10 Euh... un rôle d'animation... de gestion... euh... animation... gestion... d'organisation et, je
11 pense que je suis un... un pilier si je peux dire, sans être indispensable... un pilier relais entre
12 tous les acteurs qui peuvent intervenir au sein de l'unité. Voilà... rôle de médiation... de filtre
13 si nécessaire... voilà, pour l'instant c'est tout ce qui me vient...

14

15 **Euh... est-ce que vous avez à faire à des partenaires extérieurs ? Et quel genre ?**

16 Alors, dans l'unité, là, à l'heure actuelle, j'ai à faire essentiellement, mais tous les jours, aux
17 prestataires de soins, c'est-à-dire que nous sommes dans un service de diabétologie et euh...
18 les... les gens, c'est des patients qui sont hospitalisés pour être mis sous pompe...
19 d'insuline... donc ils repartent avec leur pompe. Et ces personnes là sont liées entre
20 guillemets à un prestataire, et nous en avons 5 avec lesquels nous avons formalisé nos
21 rapports sur le service.

22

23 **Comment vous avez formalisé vos rapports ?**

24 ... Alors j'avoue que c'est pas moi qui les ai formalisés. Actuellement je suis en train de
25 revoir le soucis parce que on est quand même en train de me voir en me disant : je pourrais
26 pas être le seul à travailler avec vous ? Donc, voilà... ce que je sais, c'est qu'il y a 5
27 prestataires, que... il a été fait le choix que les prestataires soient choisis à tour de rôle... et
28 euh... ce qui est très intéressant, c'est que dans l'unité, nous sommes en train de travailler une
29 charte de fonctionnement entre le service et les prestataires : qu'est-ce que nous on attend
30 d'eux, dans leur fonctionnement ? et qu'est-ce qu'ils peuvent nous apporter en réponse ? Tout
31 ça va être écrit, est en train d'être écrit, formalisé, c'est un travail qui a été entrepris par deux
32 infirmières, euh... moi, j'ai déjà rencontré les prestataires, je leur ai dit que nous allions nous
33 réunir, que je leur renverrai cette charte, ils sont au courant que nous travaillons dessus, et

34 euh... ce sera un moyen pour nous de fonctionner correctement, parce que tout le monde ne
35 fait pas de la même façon, et quand nous, on apporte des informations à un patient, j'aime que
36 ce soit cohérent. Voilà, donc euh... c'est essentiellement avec eux que je fonctionne ici.
37 Après il y a quand même comme autres intervenants extérieurs le réseau,... le DIAB, il
38 s'appelle comme ça actuellement... euh... vers qui nous, on adresse les patients à leur sortie
39 euh... pour ce qui peut être animation, rencontre de paramédicaux, de personnes référentes...
40 euh... c'est déjà pas mal ma fois... en extérieur, c'est essentiellement ça...

41

42 **Pour revenir à votre équipe, est-ce que vous pouvez me dire si votre moyen de communiquer**
43 **diffère selon les professions ?**

44 Entre infirmières et aides soignants par exemple ?

45

46 **Par exemple, oui...**

47 ... Je dirais que le moyen diffère... peut différer en fonction du sujet abordé... parce que en
48 gros, si c'est une histoire de planning, je vais adopter le même langage... euh... oui, pour le
49 planning, je vais adopter... mais par exemple, à l'intérieur du planning, s'il s'agit des heures
50 supplémentaires, je ne vais pas adopter le même discours, même si j'aurais le même langage,
51 j'aurais pas le même discours... comme dans beaucoup d'unité puisque c'est pas la première
52 unité que je gère euh... les aides soignantes font peu d'heures sup., alors que les infirmières
53 ont des horaires extensibles. Et là, dans la gestion, c'est pas la même chose, et le discours ne
54 doit pas être le même... même si ouais... je joue sur les mots mais c'est ça, le langage est le
55 même mais pas le discours.

56

57 **Est-ce que bé... l'identité professionnelle est une de vos préoccupations ?**

58 L'identité professionnelle... qu'est-ce que vous entendez par identité professionnelle ?

59

60 **L'identité professionnelle de, de, de... de chacun, en tant qu'IDE, en tant qu'AS, en tant**
61 **que... ce qu'ils peuvent se représenter de leur profession. Est-ce que... est-ce que du coup**
62 **c'est quelque chose qui vous importe ?... ou qui va...**

63 Euh...

64

65 **Qui va influencer votre management peut-être ?**

66 L'identité professionnelle va influencer mon management... parce que je pense qu'il est
67 important... que l'on se... connaisse et que l'on soit reconnu pour ce que l'on est. Et... par

68 exemple, je vois... je pense qu'au niveau aide soignante, je vais travailler leur nouveau texte,
69 avec le décret qui est sorti en 2005 ? 2004 ? et leurs compétences... euh... je suis en train de
70 me rendre compte que, à ce sujet là, elles ont... une méconnaissance... et moi, l'acquisition
71 de ces compétences fait partie de leur identité professionnelle. Je pense que c'est des
72 étendards qu'on doit porter haut, qu'on doit pouvoir défendre, et pour défendre quelque
73 chose, il faut le connaître. Donc, ça influence mon management... je sais pas si ça influence
74 mon management, mais en tout cas, ça détermine certains de mes projets de travail... parce
75 que... dans notre identité, il y a nos... droits, nos devoirs et ça passe par euh... de la
76 connaissance, de l'acquisition, des discussions... euh... et je pense que le cadre doit être le
77 relais au sein de son unité de ce genre de chose. Souvent les infirmières sont plus informées
78 parce que elles vont chercher les informations. Les aides soignantes, peut-être un peu
79 moins... elles ont moins ce soucis de lecture professionnelle qui peut aussi les aider à... à se
80 retrouver et donc, euh... oui, pour moi, ça fait partie de mon rôle, de travailler sur ce... sur ce
81 genre de projet... Et puis, bah, les identités professionnelles, c'est... c'est aussi avoir... un
82 langage commun, une... et ça pour moi, c'est important de le défendre par exemple quand on
83 a des étudiants. Donc euh... c'est pareil, ça se travaille... pour la transmettre... et leur
84 permettre à eux de l'acquérir en tant que futurs professionnels et ben, on doit se connaître
85 nous, il faut avoir réfléchi dessus. Et puis c'est des grands mots... euh... on doit savoir ce que
86 l'on est et ce que l'on peut faire... donc ça c'est de mon rôle d'animateur et de formateur de
87 travailler là-dessus...

88

89 [Donc aujourd'hui, vous... vous animez une équipe composée de plusieurs professions, vous](#)
90 [avez des partenaires extérieurs, comment vous vous situez au travers de tout ça ? de tous ces](#)
91 [gens là ?](#)

92 ... Comme... un relais... ouais, je crois que je suis un relais... qui... qui permet euh... alors
93 les prestataires s'adressent rarement à moi en direct. Ils sont venus me voir, se présenter parce
94 que moi j'aime savoir qui intervient dans l'unité, je permets pas à tout le monde de... de voir
95 les patients comme ça, il n'est pas question... euh... donc j'ai besoin de les identifier... et je
96 suis : un, le garant des soins qui sont dispensés, et le garant de la sécurité des patients donc, à
97 ce titre là, je dois savoir ce que chacun fait et les prestataires font partie de ces personnes qui
98 interviennent donc je dois savoir comment ils fonctionnent... je ne vais pas leur dire ce qu'ils
99 doivent faire parce qu'ils ont des missions qui sont prévues par leur direction et par les
100 accords qui sont passés avec l'hôpital, mais moi je dois être au courant et je dois être le
101 relais... euh... en cas... de bonne marche... comme en cas de dysfonctionnement. Je suis...

102 je ne suis pas un intermédiaire, je suis un relais... et euh... être au courant me permet...
103 euh... d'intervenir quand cela est nécessaire... parce que... mais pour intervenir, il faut savoir
104 ce qui est fait... donc je dois être au courant, je dois... eux doivent se présenter mais moi
105 aussi, je dois savoir faire l'effort de m'informer, d'aller voir les patients, de savoir comment
106 ça se passe, de leur poser des questions, de voir avec les infirmières, je sais qu'il a été mis en
107 place par exemple des... des résumés d'interventions qui sont communiqués... donc moi, je
108 m'astreins à les lire, je veux savoir comment ça s'est passé... quand il y a un soucis avec
109 euh... avec une prestation, je demande à être au courant parce que c'est à moi d'intervenir,
110 c'est pas à l'infirmière en tant que telle, c'est à moi de voir le prestataire et de dire là, on est
111 pas d'accord... pour ce genre de chose... donc... euh... oui, je dois relayer les informations
112 dans un sens et dans l'autre, je dois modérer et je dois euh... gérer... les actions de chacun...
113 parce qu'au final, je suis de toute façon la garante de la qualité des soins dispensés... donc
114 euh... voilà...

115

116 **Mmm, d'accord. Pour finir, est-ce que vous pouvez me dire ce que signifie pour vous**
117 **articulation et coordination ?**

118 ... Articulation... et coordination... mmm, c'est joli...(rire), c'est ce que je n'ai pas dit...
119 Euh... et bien coordonner, c'est permettre à des personnes de... travailler dans le même
120 sens... avec des valeurs euh... qu'ils défendent d'une manière commune. Articulation... c'est
121 permettre à des actions dispensées par des personnes différentes d'arriver vers un même but,
122 d'atteindre un but commun... donc chacun... doit s'articuler euh... pour que au final l'action
123 soit satisfaisante, doit mettre en place une... un ensemble d'actions, les coordonner pour
124 que... on arrive aux résultats attendus... mais j'ai pas travaillé mes concepts depuis quelque
125 temps...(rire)

126

127 **Bien, moi j'ai fini. Est-ce que vous voulez rajouter quelque chose ?**

128 Non,... je suis pas au mieux de ma forme (rire)...

129

130 **Merci.**

11 ANNEXE 3 : Décret du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation

JORF n°2340234 du 8 octobre 1992 page 13990

DECRET

Décret no 92-1101 du 2 octobre 1992 relatif aux structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 du code de la santé publique

NOR: SANH9201573D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,

Vu le titre Ier du livre VII du code de la santé publique, notamment ses articles L. 712-2, L. 712-8 et L. 716-9;

Vu la loi no 91-748 du 31 juillet 1991 modifiée portant réforme hospitalière, et notamment son article 24;

Vu l'avis du Conseil supérieur des hôpitaux en date du 10 février 1992;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 26 mars 1992;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète:

Art. 1er. - Sont insérés au chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique (deuxième partie: Décrets en Conseil d'Etat), après l'article R. 712-2, les articles R. 712-2-1, R. 712-2-2, R. 712-2-3 et R.

712-2-4 ainsi rédigés:

<<Art. R. 712-2-1. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 ont pour objet d'éviter une hospitalisation à temps complet ou d'en diminuer la durée. Les prestations qui y sont dispensées se distinguent de celles qui sont délivrées lors de consultations ou de visites à domicile.

<<Elles comprennent:

<<a) Les structures d'hospitalisation à temps partiel de jour ou de nuit;

<<b) Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires;

<<c) Les structures dites d'hospitalisation à domicile.

<<Les structures d'hospitalisation à temps partiel, de jour ou de nuit,

permettent la mise en oeuvre d'investigations à visée diagnostique, d'actes thérapeutiques, de traitements médicaux séquentiels, de traitements de réadaptation fonctionnelle ou d'une surveillance médicale.

<<Les structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires permettent d'effectuer, dans des conditions qui autorisent le patient à rejoindre sa résidence le jour même, des actes médicaux ou chirurgicaux nécessitant une anesthésie ou le recours à un secteur opératoire.

<<Les structures dites d'hospitalisation à domicile permettent d'assurer au domicile du malade, pour une période limitée mais révisable en fonction de l'évolution de son état de santé, des soins médicaux et paramédicaux continus et nécessairement coordonnées. Ces soins se différencient de ceux habituellement dispensés à domicile par la complexité et la fréquence des actes. Chaque structure d'hospitalisation à domicile intervient dans une aire géographique précisée par l'autorisation prévue à l'article L. 712-8.

<<Art. R. 712-2-2. - Ne sont pas régis par les articles R. 712-2-1, R.

712-2-3 et R. 712-4 et demeurent soumis aux dispositions qui leur sont propres:

<<a) Les services de suppléance aux insuffisances chroniques, y compris les services de soins spécialisés à domicile;

<<b) Les services et équipements constituant des structures de soins alternatives à l'hospitalisation en psychiatrie, mis en oeuvre par les établissements mentionnés à l'article L. 711-11.

<<Art. R. 712-2-3. - La capacité des structures de soins alternatives à l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 712-2 est exprimée en places. Le nombre de places est obtenu en divisant par 365 le nombre maximum annuel de patients pouvant être accueillis pour une durée inférieure à un jour, dans le cas des structures d'hospitalisation à temps partiel ou de celles pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires, et en divisant par 365 le nombre maximum annuel de journées de soins dans le cas de l'hospitalisation à domicile.

<<Art. R.712-2-4. - Les structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont prises en compte par la carte sanitaire dans les conditions suivantes:

<<a) Les places relevant des structures pratiquant l'anesthésie ou la chirurgie ambulatoires sont comprises dans la carte sanitaire des installations de chirurgie;

<<b) Les places relevant des structures d'hospitalisation à temps partiel sont comprises dans les cartes respectives des installations de médecine, d'obstétrique, de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation;

<<c) Les places relevant des structures dites d'hospitalisation à domicile sont comprises dans la carte sanitaire des installations de médecine.

<<Lorsque les conditions prévues au premier alinéa de l'article L.712-9 sont réunies, la création ou l'extension des structures de soins alternatives à l'hospitalisation sont autorisées sur la base de l'équivalence entre une place et un lit d'hospitalisation à temps complet.>>

Art. 2. - Les établissements de santé publics ou privés qui comportaient des structures de soins alternatives à l'hospitalisation à la date de la publication de la loi du 31 juillet 1991 modifiée susvisée disposent d'un délai de quatre mois pour procéder, auprès du préfet de région, à la déclaration prévue à l'article 24 de cette loi. Les modalités et le contenu de cette déclaration, où devront figurer notamment les informations permettant d'apprécier la consistance et l'activité de la structure de soins à la date précitée, sont définis par un arrêté du ministre chargé de la santé dont la publication fait courir le délai de quatre mois susmentionné.

Le préfet de région délivre un récépissé du dépôt de la déclaration, qui vaut autorisation de poursuite d'activité pour chaque structure de soins concernée et qui en précise la capacité retenue exprimée en nombre de places. Cette autorisation pourra être suspendue ou retirée,

dans les conditions prévues à l'article L.715-2, si l'établissement de santé ne respecte pas, dans le délai fixé par le décret prévu au premier alinéa de l'article 24 de la loi du 31 juillet susvisée, les conditions techniques mentionnées au 3o de l'article L. 712-9.

Art. 3. - Le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration et le ministre de la santé et de l'action humanitaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 2 octobre 1992.

PIERRE BEREGOVOY

Par le Premier ministre:

Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,

BERNARD KOUCHNER

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,

LOUIS MERMAZ

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,

RENE TEULADE

12 ANNEXE 4 : Arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé

JORF n°193 du 20 août 1995 page 12469

ARRETE

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

NOR: SANP9502094A

A N N E X E I (extrait)

PROGRAMME

Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants. C'est pourquoi la formation des cadres de santé est une priorité essentielle pour garantir la qualité de l'encadrement. Elle contribue en effet à assurer l'efficacité et la pertinence du rôle de l'encadrement dans l'exercice de ses responsabilités en matière de formation des personnels et de gestion des équipes et des activités. L'adaptation régulière de cette formation est une nécessité pour préparer et accompagner l'évolution rapide des établissements de santé et des pratiques professionnelles.

La formation conduisant au diplôme de cadre de santé a pour ambition de favoriser l'acquisition d'une culture et d'un langage communs à l'ensemble des cadres de santé afin d'enrichir les relations de travail et les coopérations entre les nombreuses catégories professionnelles, indispensables à la cohérence des prestations. Elle met en oeuvre à cette fin un programme identique pour l'ensemble des filières professionnelles et vise à encourager de façon progressive la mise en oeuvre d'une dispensation commune, interprofessionnelle ou par famille professionnelle. Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles.

La formation instituée a pour objectif de préparer les étudiants conjointement à l'exercice des fonctions d'animation et de gestion d'une part, de formation et de pédagogie d'autre part, dévolues aux cadres de santé, en leur apportant les concepts, les savoirs et les pratiques nécessaires, et en favorisant leur application à leur domaine professionnel. Ainsi l'objectif de décloisonnement poursuivi ne saurait en aucun cas conduire à remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.

La formation s'adresse à des professionnels possédant une expérience technique confirmée et des aptitudes à la prise de responsabilités d'encadrement. Elle les prépare à assumer pleinement ces dernières dans l'exercice de leurs futures fonctions, notamment par l'étude des outils techniques et d'évaluation propres à chaque filière professionnelle.

Dans le respect du programme institué, elle est organisée et dispensée en fonction des besoins des candidats et selon un projet pédagogique faisant appel à des principes de pédagogie d'adulte. Le travail personnel de recherche et de documentation et le travail de groupe seront notamment utilisés au maximum afin de respecter, de favoriser et de développer l'autonomie et la créativité des étudiants. Les stages devront leur permettre un apprentissage pratique et approfondi de leurs fonctions de cadre par une application concrète et un transfert à leur domaine d'exercice professionnel. La formation est dispensée par les seuls instituts de formation des cadres de santé agréés à cet effet qui, par ailleurs, sont habilités à participer à des missions de formation continue et d'adaptation à l'emploi de l'encadrement, de recherche et de conseil.

La formation se compose de 6 modules. L'alternative prévue aux modules 4 et 5 doit, dans le cadre du projet pédagogique de l'institut, garantir une stricte égalité des durées respectives de formation théorique et de stages entre les deux modules considérés.

Module 1 Initiation à la fonction de cadre Trois semaines d'enseignement théorique;
Trois semaines de stage hors secteur sanitaire.

Module 2 Santé publique Trois semaines d'enseignement théorique.

Module 3 Analyse des pratiques et initiation à la recherche Trois semaines d'enseignement théorique.

Module 4 Fonction d'encadrement Cinq semaines d'enseignement théorique;
Quatre semaines de stage en établissement sanitaire ou social, ou Six semaines d'enseignement théorique;

Trois semaines de stage en établissement sanitaire ou social.

Module 5 Fonction de formation Cinq semaines d'enseignement théorique;

Quatre semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social, ou Six semaines d'enseignement théorique;

Trois semaines de stage en établissement de formation sanitaire ou social.

Module 6: Approfondissement des fonctions d'encadrement et de formation professionnels:

Cinq semaines d'enseignement théorique réparties de la façon suivante:

- soit cinq semaines d'approfondissement du module 4;
- soit cinq semaines d'approfondissement du module 5;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 4 et deux semaines d'approfondissement du module 2;
- soit trois semaines d'approfondissement du module 5 et deux semaines d'approfondissement du module 2;

Quatre semaines de stage soit en établissement sanitaire ou social, soit en établissement de formation, soit en structure de santé publique.

soit: Vous pouvez consulter le tableau dans le JO no 0193 du 20/08/95 Page 12469 a 12476

13 ANNEXE 5 : Circulaire n° 00030 du 20 février 1990 portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers et annexe à la circulaire : Missions et fonctions principales des surveillants

Circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990
portant mission et rôle des surveillant(e)s et surveillant(e)s chefs hospitaliers

Ci-après, extraits de la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990 relative aux rôles et missions des cadres de santé exerçant en secteur hospitalier. Cette circulaire n'est parue ni au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel.

Une concertation avec les différentes organisations syndicales représentatives (CGT, CFDT, FO, CFTC, CGC, SNCH) s'est déroulée entre juillet et décembre 1989 sur la situation des cadres soignants à l'hôpital.

Cette concertation a permis de prendre en compte les conclusions d'une enquête effectuée par une société de conseil (DVA) ainsi que la synthèse de différents rapports et articles portant sur l'encadrement soignant à l'hôpital. L'ensemble des éléments recueillis ont mis en évidence la situation et les attentes de ces personnels, l'importance mais aussi les difficultés de leur position, ainsi que la nécessité de clarifier leur mission et leur rôle et de faire en sorte qu'ils soient, d'une manière générale, mieux reconnus dans leur fonction d'encadrement.

Dans cette perspective il a été proposé aux participants d'étudier en vue de les diffuser dans les établissements des fiches descriptives des emplois-type de surveillant(e) et surveillant(e) chef élaborées dans le cadre d'une étude réalisée en collaboration avec l'Association Développement et Emploi.

Cette étude propose en effet un répertoire où les emplois sont décrits en terme de missions, fonctions principales et activités. Les activités elles-mêmes sont précisées selon quatre axes : la technicité, l'information, la communication - relation, la contribution économique.

Enfin sont suggérés des indicateurs collectifs qui devraient permettre à l'encadrement soignant de mesurer son influence dans son secteur ou son unité.

Ces fiches ont été rédigées par un groupe d'une dizaine de personnes : infirmières générales, surveillantes chefs et surveillantes. Elles ont été revues et complétées pour tenir compte des remarques des participants au groupe concertation évoqué ci-dessus.

J'ai décidé, avant d'envisager le cas échéant d'en reprendre le contenu dans des instructions ou recommandations générales, d'en assurer la plus large diffusion. Je souhaite que selon les voies appropriées, les documents soient soumis à une concertation entre la direction, l'encadrement soignant et les médecins responsables des services.

J'attends de cette réflexion collective une meilleure définition de la fonction d'encadrement qui peut justifier une évolution des modes de relations entre les cadres soignants, le corps médical et l'administration, favorable à une meilleure perception des complémentarités professionnelles.

(...)

Pour le ministre et par délégation,

Le Directeur des Hôpitaux, Gérard Vincent.

Missions et fonctions principales des surveillants

Annexe à la circulaire DH/8A/PK/CT n° 00030 du 20 février 1990

Ci-après, extraits de l'annexe à la circulaire de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990, non parue au Journal Officiel, ni au Bulletin Officiel. C'est pourtant l'un des rares textes qui évoque de façon détaillée les rôles et missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier.

Description professionnelle

Famille professionnelle : soignants

Sous-famille : toute sous-famille à l'exception des écoles

Emploi-type : surveillant

Missions - Fonctions principales

Il participe en collaboration avec l'équipe pluridisciplinaire médicale à la définition des objectifs et du projet de l'unité.

Dans ce cadre, il est responsable de la gestion d'une unité et organise la prise en charge globale de la personne soignée pour apporter des réponses adaptées à ses besoins de santé.

Il a un rôle d'encadrement et d'animation des personnels de l'unité.

Il est une référence pour le soin spécifique.

Il a un rôle de formation, de coordination et de recherche.

Il est responsable :

▣ du soin dans le domaine de compétence propre à sa fonction,

▣ de l'organisation de l'application de la prescription médicale,

▣ de la gestion administrative de l'unité.

N.B. Il est obligatoirement titulaire de la qualification professionnelle de base spécifique de l'unité ou du service dont il est responsable.

Descriptions des activités

Selon quatre axes :

▣ technicité

▣ information

▣ relation / communication

▣ contribution économique.

I - TECHNICITE

LE SOIN

- Il élabore en équipe un projet de soins et définit des objectifs de service cohérents avec les orientations médicales, définies dans le cadre du projet d'établissement.
- Il définit la démarche de soins et les outils de travail correspondants (dossiers de soins, protocole de soins...)
- Il aide les différents acteurs de l'équipe soignante à déterminer les besoins des malades, à les analyser, à rechercher les moyens et les réponses adaptées, à évaluer les actions déterminées ou réalisées, à prévoir les réajustements éventuels. Il propose une organisation évolutive de soins.
- Il participe à travers la formation permanente à l'évolution de l'unité et des techniques. Il s'assure de la bonne compréhension et de l'application de la prescription médicale. Il s'assure d'une répartition judicieuse des tâches en fonction des compétences et de la charge de travail de chacun.
- Il est responsable de la qualité du soin, de l'hygiène générale de l'unité et du confort des malades en s'assurant notamment de la qualité des prestations hôtelières.
- Il participe à l'évaluation des soins, conçoit des améliorations et prévoit les moyens nécessaires à leur réalisation.

LA GESTION

- Il est l'animateur de l'équipe placée sous sa responsabilité.
- Il apprécie quotidiennement et à court terme l'activité du service et prévoit en conséquence les besoins en personnel notamment de remplacement. A plus long terme, il définit les catégories de personnels nécessaires au fonctionnement de l'unité et planifie les mouvements.
- Il participe à l'évaluation, à la sélection et à la promotion des personnels.
- Il met en œuvre des moyens permettant aux personnes de progresser en leur faisant prendre conscience de leurs manques, en facilitant l'expression des besoins en formation et en favorisant la participation à des actions de formation. Il collabore étroitement avec le service de formation et détermine avec lui le type d'aide que celui-ci peut apporter à l'équipe tant au plan individuel que collectif.
- Il évalue l'organisation du travail et introduit les procédures adaptées aux changements.
- Il met en place et anime des réunions pour initier et maintenir une dynamique d'équipe au sein du service.
- Il sensibilise les agents aux risques d'accident du travail ou de maladie professionnelle, à l'hygiène et à la sécurité.
- Il prévoit et commande les matériels et produits nécessaires à court et moyen ou long terme. Il participe aux choix de nouveaux matériels et produits.
- Il organise la maintenance habituelle du matériel et des locaux.
- Il conçoit et propose des améliorations au niveau du fonctionnement du service et des conditions de travail des personnels.

LA FORMATION DES STAGIAIRES

- Outre son rôle de formation lié à la gestion de l'équipe, il travaille en collaboration avec les écoles et participe à la sélection et à la formation des élèves.
- Dans l'unité, il accueille les stagiaires, les soutient dans la réalisation de leurs objectifs, contrôle leur apprentissage et participe à leur évaluation.
- Il participe à des formations à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

LA RECHERCHE

Le surveillant repère les axes de recherche nécessaires à l'amélioration de la prise en charge des personnes soignées et coordonne leur réalisation. Par ailleurs il peut participer aux actions de recherche impulsées par l'équipe médicale.

II - INFORMATION

Il élabore, reçoit et transmet des informations destinées à la Direction, au Corps Médical, à la médecine préventive, à tous services de l'établissement, aux Ecoles et à d'autres établissements.

Il facilite et suscite des rencontres entre la personne soignée et les personnes susceptibles de lui apporter une aide (service social, bureau des entrées, ministre du culte, vaguemestre)

Il met en place des moyens d'informations de l'équipe.

III - RELATION/ COMMUNICATION

Il établit des relations de travail avec les chefs de service, les membres de l'équipe et tous les professionnels de santé intervenant dans l'unité ainsi qu'avec les personnes ou groupes de personnes suivants :

L'équipe de direction et notamment l'infirmière générale

Les responsables des autres services de soins

Les responsables des services administratifs, médico-techniques et généraux

Le médecin de médecine préventive

La responsable de formation.

Il participe ou suscite des réunions de travail, rencontres ou échanges susceptibles d'apporter des améliorations à différents niveaux (qualité des soins, de la formation, des prestations hôtelières, administratives).

Il entretient une relation suivie avec les malades et leur famille tout au long de leur séjour dans l'unité.

IV - CONTRIBUTION ECONOMIQUE

Il est garant de la qualité du soin et de son organisation.

Il est responsable de l'utilisation optimale des ressources affectées à l'unité et de la gestion des produits et des matériels.

Tableaux de bord : des indicateurs doivent être dégagés au niveau de chaque unité, par exemple rupture et excès des stocks, nombre de demandes de remplacement, questionnaires de sortie, durée moyenne d'hospitalisation, nombre de pannes...

DEBORDES Hélène

IFCS du GREFOPS – RENNES

TITRE :

**Le cadre de santé : un pivot entre la structure hospitalière
et les partenaires extérieurs ?**

RESUME

Le cadre de santé est à l'interface des problématiques internes, au sein d'une équipe pluriprofessionnelle, et externes, en lien avec des partenaires extérieurs.

A travers sa communication, il doit s'inscrire dans la continuité de soin apportée à la personne malade et garantir la qualité de ces soins.

Quels moyens a-t-il à son actif pour mener à bien cette mission ? Comment s'articule-t-il entre ces différentes logiques ? Quelle représentation se fait-il de l'articulation et de la coordination ?

MOTS CLES

Identité professionnelle – Reconnaissance – Pluriprofessionnalité – Interprofessionnalité
Articulation – Coordination – Communication