

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Le binôme cadre de santé :

**Amélioration des
compétences collectives**

Nathalie OFFRET épouse ROBIC

Directeur de mémoire : Hélène BOUDET

Le 23/06/2016
Année 2015 – 2016

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Européenne de Bretagne

Université Rennes 2 – Haute Bretagne

Centre de Recherche sur l'Éducation, les Apprentissages
et la Didactique (CREAD)

Master ITEF Parcours cadres de santé

Le binôme cadre de santé :

**Amélioration des
compétences collectives**

Nathalie OFFRET épouse ROBIC

Directeur de mémoire : Hélène BOUDET

Le 23/06/2016
Année 2015 – 2016

Mes remerciements s'adressent à

*Yann, mon mari, Gabin et Martin mes enfants,
pour leur soutien, leur compréhension et leur patience durant cette année de formation,*

Mes parents et beaux-parents et toute ma famille pour leur soutien.

*Madame BOUDET Hélène, le directeur de mémoire,
pour ses conseils avisés, ses encouragements, sa disponibilité et sa bienveillance tout au long
de cette initiation à la recherche,*

Et à toutes les personnes interviewées pour leur contribution à ma démarche de recherche.

Note au lecteur

*Ce travail d'initiation à la recherche est effectué dans le cadre d'une scolarité
IFCS/Université qui ne peut faire l'objet d'une publication en tout ou partie sans l'accord de
son auteur et des partenaires IFCS/Université.*

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

Renaud SAINSAULIEU

Sommaire

INTRODUCTION.....	1
1 DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE :.....	2
1.1 Mon parcours professionnel	2
1.2 Les lectures et les entretiens exploratoires	6
2 LE CADRE THEORIQUE.....	14
2.1 La dynamique de groupe	14
2.2 Les valeurs.....	22
2.3 La communication	28
3 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	31
3.1 Choix de la démarche	31
3.2 Choix de la population enquêtée	31
3.3 Élaboration des outils et le déroulement des entretiens.....	32
4 L'ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION	34
4.1 L'ancienneté du binôme, une étape liminaire à la construction de confiance dans ce groupe de deux ?	34
4.2 Les intérêts du binôme, identifiés par les cadres	36
4.3 Les limites au fonctionnement du binôme, identifiées par les cadres	47
4.4 La communication : un outil indispensable au binôme	58
4.5 Le retour à la question de recherche et projection professionnelle	68
CONCLUSION	70
BIBLIOGRAPHIE	71
GLOSSAIRE.....	74
TABLE DES MATIERES	75

Introduction
et
Problématique

INTRODUCTION

Travailler ensemble est une notion qui est familière pour les soignants. L'infirmière se situe dans un système professionnel qui l'amène à travailler avec les autres dans un objectif de production de soins pour les malades.

Infirmière, je l'ai été pendant 13 ans avant de choisir une évolution dans ma carrière professionnelle. Changer de fonction pour devenir cadre de santé, implique de mieux comprendre comment travailler ensemble avec d'autres managers.

J'ai eu l'occasion de réaliser 16 mois de faisant fonction de cadre de santé dans un service d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes où nous étions deux cadres de santé.

Cette nouvelle collaboration avec un pair m'a parfois paru complexe. Tout du moins elle n'a pas été sans me questionner jusqu'à choisir de mettre en forme ma réflexion au travers ce travail de recherche.

En effet, une partie du travail d'équipe d'un cadre peut s'exercer par le binôme. Le binôme est une équipe de deux cadres qui sont amenés à travailler ensemble pour assurer la permanence de l'encadrement. Pour autant ce groupe restreint a un mode de fonctionnement particulier. Celui-ci est limité à l'intervention en situation « d'urgences managériales » pendant les temps d'absence du cadre titulaire.

C'est à travers la notion de binôme que je vais guider le lecteur dans une exploration théorique du champ de la sociologie. Puis j'irai confronter cette exploration à l'analyse qu'en font les cadres sur le terrain. Enfin, l'analyse de ces explorations permettra au lecteur de cheminer sur la question des enjeux et impacts à l'exercice du binôme cadre de santé.

1 DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE :

1.1 Mon parcours professionnel

Mon faisant fonction de cadre de santé, je l'ai exercé dans un Établissement Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD) de 196 résidents dont l'encadrement est sous la responsabilité de deux cadres. Lors du travail au quotidien, chacun des cadres avait un rôle et une fonction qui étaient bien définis. Cela m'a permis de me repérer et d'exercer mon métier avec mon propre style de management en répondant aux missions qui m'étaient confiées. Je peux dire aujourd'hui que mes missions répondaient à trois axes.

Le premier qui est celui des projets. Le projet est un moyen qui permet de mettre du sens sur les pratiques professionnelles. Il permet de fédérer les agents d'une équipe vers des buts communs. Le cadre de santé dans cette dynamique encadre, anime, propose, écoute et évalue. Il réalise parfois cette mission en binôme. Nous avons par exemple plusieurs projets identiques dans les différents services de l'EHPAD. J'ai ainsi collaboré avec ma collègue cadre sur des projets communs.

Le second axe est celui du management d'équipe. Dans cette mission, j'ai notamment eu la charge des plannings. Cette mission répond à des besoins immédiats pour assurer l'offre de soins au quotidien mais repose aussi sur une connaissance plus approfondie des individus. Si une grande partie de mon travail sur cet axe est clairement objectivable, une autre partie l'est beaucoup moins. En effet, les rapports informels avec les agents et les résidents contribuent sans doute aussi à l'encadrement au quotidien. Au-delà des savoirs faire du cadre de santé, je pense qu'il est ici question de savoir être avec les autres. Une partie du travail du cadre peut donc être qualifié d'invisible. En effet, la connaissance des agents permet d'adapter la réponse managériale aux problématiques rencontrées. Je peux même dire que cette connaissance des agents permet de prendre des décisions équitables et favorise la dynamique de l'équipe.

Enfin, le troisième axe de mon travail était celui d'assurer la qualité des soins et la sécurité des résidents et professionnels du service. Pour satisfaire à cette mission, la connaissance physique du service, de ses contraintes, des agents, des résidents, des techniques de soins a été pour moi un incontournable.

Le quotidien m'a rapidement permis de comprendre que je ne pouvais pas maîtriser l'ensemble des éléments en interaction dans l'équipe. Les unités de soins fonctionnent 24 heures sur 24 et ma présence sur les lieux est en horaire de journée. En anticipant les plannings et les problèmes, je peux assurer la qualité des soins. Mais qu'en est-il sur les périodes où je suis en congés ? En formation ? L'encadrement paramédical de proximité est-il indispensable quotidiennement ?

Ces questionnements m'ont fait prendre conscience que la nécessité de continuité des soins est au cœur du travail du cadre de santé. Par ses actions quotidiennes le cadre planifie, organise, et met en place les conditions pour assurer la qualité et la sécurité des soins. Cette mission fait partie des missions hospitalières. La notion de permanence des soins est inscrite dans le Code de la Santé Publique, article L6314-1 modifié par la loi Hôpital Patient Santé Territoire du 21 juillet 2009 qui fait obligation au service public hospitalier d'assurer la continuité des soins aux patients. A sa place dans l'organisation, le cadre de santé est donc le garant de la mise en place de moyens pour répondre à cette obligation.

L'établissement dans lequel je travaille, a mis en place une organisation institutionnelle qui assure une continuité de l'encadrement soignant. Cette organisation est celle du binôme cadre de santé. Pour ma part, c'est ma collègue qui travaille dans le même EHPAD qui me remplace lors de mes absences et inversement lors des siennes. Le binôme cadre de santé est une réponse institutionnelle qui permet d'assurer une présence d'un cadre de santé pour répondre aux situations urgentes rencontrées dans les services. Par situation urgente on peut entendre toute situation de soins ou d'organisation qui nécessite l'intervention du cadre de santé pour apporter une réponse adéquate à un besoin. L'essentiel de l'activité du binôme cadre se concentre sur la gestion des problèmes de ressources humaines. Le cadre a dans cette fonction, la responsabilité de trouver des solutions pour garantir l'effectif minimum pour faire fonctionner le service. Si je comprends l'intérêt de la démarche institutionnelle, elle n'est pas sans me questionner. Pour illustrer mon propos, je vais décrire deux situations qui concernent directement le travail du binôme cadre de santé.

La première situation illustre la gestion des remplacements en situation de binôme. Ma collègue a été en congés et à plusieurs reprises j'ai dû gérer des oublis qu'elle avait faits dans ses plannings. Je devais ainsi pallier à la dernière minute des remplacements suite à ce type d'erreurs (le matin pour l'après-midi par exemple).

En tentant d'analyser cette situation récurrente dans le travail du binôme, je me suis rendue compte que ma collègue avait pour habitude de gérer ses plannings à flux tendu et de donner des repos aux agents afin qu'il y ait toujours le service minimum mais pas plus. Pour ma part en fonction des moments de l'année et parfois à la suite d'une augmentation de la charge de travail, je décidais en fonction des possibilités de ne pas donner de repos supplémentaires mais plutôt augmenter les effectifs pour éviter l'épuisement professionnel (mettre un agent de journée un à deux jours par semaine) tout ceci en accord avec le cadre supérieur de santé. Cette différence dans nos modes de management a eu des répercussions dans le travail du binôme.

En cas d'erreurs de planning dans le service de ma collègue, j'avais l'habitude de rappeler des agents de son service. Cela n'était pas neutre sur le climat social de son équipe. Du fait de la récurrence de cette situation, j'ai notamment noté l'insatisfaction des agents rappelés pour travailler l'après-midi. Ma propre insatisfaction à gérer dans l'urgence un manque de personnel qui aurait pu être anticipé et qui avait pour conséquence un alourdissement de ma propre charge de travail. Ma collègue quant à elle prenait les agents de mon service pour pallier aux manques d'effectifs du sien. Cela n'étant pas non plus sans conséquence, les agents de mon service vivant cette situation comme une inégalité et ayant l'impression d'être un pool de remplaçant pour le service de ma collègue.

De cette situation, j'ai pu comprendre que ma collègue et moi avons des conceptions différentes de la fonction gestion des ressources humaines. Pour ma part, je considère que le planning est un des éléments majeurs dans l'organisation du service, l'organisation des soins, la satisfaction des agents. Ma collègue quant à elle considère que cette mission si elle est importante reste secondaire. Je ne juge en aucun cas les choix de ma collègue ou les miens. Les modes de management, je sais qu'il en existe plusieurs qui influent sur nos décisions d'encadrant. Chaque mode présentant des avantages et des inconvénients. Je me questionne à travers cette situation :

- Les décisions du binôme peuvent-elles impacter la dynamique d'équipe ?
- Le mode de management du cadre doit-il être différent dans le travail de binôme ?
- Est-il souhaitable d'harmoniser les prises de décisions du binôme cadre de santé ?
- Quels seraient les moyens qui pourraient permettre cette harmonisation dans les décisions ?

- Existe-t-il des valeurs communes aux cadres de santé pouvant les aider à la prise de décision ?
- Comment éviter les dynamiques de clivage des équipes dans le travail du binôme ?

La deuxième situation s'inscrit dans la prise de décision du binôme sur des situations non urgentes. A plusieurs reprises, ma collègue a géré des problématiques qui concernaient mon service et qui pouvaient à mon avis attendre mon retour. Par exemple et parmi tant d'autres, un changement de chambre et d'unité d'un couple de résidents pendant mon absence d'une semaine. Il y avait l'accord de la famille. Ma collègue a tout de suite agit après qu'une partie de l'équipe l'ai interpellée sur une difficulté rencontrée par l'épouse à la suite des troubles cognitifs de son mari. Seulement cette décision a été hâtive dans le sens où l'épouse, bien qu'elle en ait fait la demande, ne s'est pas sentie bien à la suite de cette séparation (antécédents de l'épouse des troubles bipolaires). Je pense que ce changement aurait dû être discuté et réfléchi en équipe pluridisciplinaire afin d'en mesurer les avantages et les inconvénients et de laisser à l'épouse un temps pour se préparer à la séparation de son mari. Dans cette situation, il n'y avait aucun caractère urgent et je ne pense pas que ce soit au cadre « remplaçant » de décider cela. Il se trouve que 48 heures après le changement de chambre et d'unité, l'époux a fait un accident vasculaire cérébral hémorragique et est décédé. Cette deuxième situation m'a particulièrement questionné sur le périmètre de décision du binôme. Je me questionne à travers cette situation :

- Jusqu'où peut-on prendre des décisions en tant que binôme ?
- Comment peut-on se positionner pour différer une demande des équipes ?
- Comment se positionner après une décision de son collègue cadre sur une équipe dont on a la responsabilité ?
- Existe-t-il des moyens pour travailler en équipe de cadre la question de la prise de décision ?

Ces deux situations illustrent mon questionnement sur le binôme cadre de santé. En fonction de nos modes de managements, de nos personnalités, nous pouvons choisir des solutions différentes pour résoudre les problématiques qui se présentent à nous. Il n'existe sans doute pas de bonne ou de mauvaise réponse managériale dans ces situations. Pour autant, nos décisions de binôme ont probablement des effets, sur les dynamiques d'équipes voir sur les projets de prise en charge en cours. Nos décisions ont aussi des répercussions sur le binôme cadre en lui-même dans le sens où il peut tendre les rapports.

Par ce travail de recherche, je souhaite aller explorer les contours du travail du cadre de santé dans sa dimension binôme. Je positionne le binôme comme une équipe restreinte de cadres de santé et chercherai des éléments théoriques qui me permettront de mieux comprendre les conséquences des prises de décisions sur la dynamique des équipes encadrées mais aussi dans l'équipe de cadres elle-même.

Ce développement m'amène à poser **la question de départ suivante** :

« Dans quelle(s) mesure(s) le travail du cadre de santé en binôme impacte-t-il le management d'équipe ? »

1.2 Les lectures et les entretiens exploratoires

1.2.1 Les lectures

Définir le binôme cadre de santé est un préalable qui me semble indispensable. En effet, peu d'écrits concernent le binôme cadre de santé. J'ai pu trouver des écrits mais qui concernent le binôme infirmier, aide-soignant ou encore le binôme cadre-médecin. Ces exemples ne semblent pas particulièrement adaptés pour aborder la notion de binôme dans ma recherche car dans ceux-ci, il existe un lien hiérarchique ou fonctionnel entre les professions. Or, le binôme cadre de santé n'est pas dans la même perspective puisque dans cette situation nous avons une équivalence de grade et de fonction. Il semble important de comprendre ce que le binôme cadre de santé induit comme notion d'un point de vue dynamique c'est-à-dire dans quoi il s'inscrit sur le plan de la sociologie. Une définition trouvée indique que le binôme est une « *équipe de deux* »¹. Je vais dans la suite de ce travail, aborder le binôme dans son versant dynamique de groupe. En effet, mon questionnement m'amène à essayer de comprendre comment peut travailler ensemble le binôme. Quels sont les enjeux de ce travail d'équipe cadre.

¹ Site internet consulté le 05 janvier 2016 : <http://www.cnrtl.fr/definition/bin%C3%B4me>

ANZIEU et MARTIN (2004) dans leur ouvrage « la dynamique des groupes restreints », distinguent différentes classifications de groupes. Pour eux, le nombre de personnes qui composent le groupe est un élément de base à prendre en compte pour comprendre les interactions entre les membres. Je comprends en effet, que quand le groupe sera composé d'un nombre peu important de personnes, les relations seront sans doute différentes que pour un groupe composé d'un grand nombre d'individus. De plus, selon ANZIEU et MARTIN, les buts, objectifs et organisations des groupes vont varier en fonction eux aussi de la taille du groupe.

Les auteurs poursuivent en décrivant le groupe restreint (ou groupe primaire). Il est caractérisé par un nombre

« restreint de membres, tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ; poursuite en commun et de façon active des mêmes buts [...] ; relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathies, antipathies...) et constituer des sous-groupes d'affinités ; forte interdépendance des membres [...] ; différenciation des rôles entre les membres ; constitution de normes (langage et code du groupe) » (ANZIEU et MARTIN, 2004, p.28).

ANZIEU et MARTIN évoquent le terme d'équipe pour illustrer l'exemple d'un groupe restreint. Le binôme cadre de santé peut ainsi s'inscrire dans la logique des groupes restreints tels que le définissent ANZIEU et MARTIN. Le binôme est un groupe où chacun est identifié. Il existe un but commun qui est incarné par la prise en charge des urgences organisationnelles ou managériales. Le but commun étant de pallier de manière la plus efficace possible aux problématiques rencontrées. Par ailleurs, il existe dans le binôme une forte interdépendance entre les membres, les décisions prises par l'un seront ensuite portées par l'autre à son retour. La différenciation des rôles entre les membres étant là aussi respectée dans le sens où la fiche de poste du binôme cadre de santé est différente de celle du poste d'affectation. Enfin, la constitution de normes du binôme est là aussi présente. En effet, la fonction exercée étant identique (cadre de santé), il y a une identité professionnelle commune entre ces deux agents qui partagent ainsi codes et langages.

Cette vision du groupe restreint proposée par ANZIEU et MARTIN me permet de poser une première définition du binôme cadre de santé. Je vais maintenant poursuivre mon exploration théorique en m'attachant à comprendre les rapports entre les cadres qui peuvent exister au sein du binôme. Cet éclairage théorique me permet de réfléchir aux éléments dynamiques qui peuvent influencer la prise de décision. Cela en partant du constat que sur les deux situations précédemment évoquées, les cadres pourraient prendre des décisions différentes malgré une situation de départ identique.

Roger MUCCHIELLI (2006), dans son ouvrage « la dynamique des groupes » met en avant qu'il existe des rapports psychosociologiques dans un groupe primaire. Pour lui, les comportements individuels et collectifs sont intéressants à questionner. Si pour l'auteur, l'individu est le reflet de son appartenance à un groupe primaire, ses positionnements seront emprunts de sa propre histoire et de son parcours de vie. Pour autant, la pression de conformité des groupes tendent à unifier les comportements et les opinions. Pour l'auteur, une dynamique de pression de conformité va se mettre en place dans la dynamique groupale et aura un impact sur le positionnement ou la recherche de consensus. L'accord groupal est alors mis au premier plan et a pour fonction de rassurer le groupe. Dans le travail de binôme, la question du consensus dans la prise de décision semble importante. C'est d'ailleurs ce manque de consensus qui m'a questionné et amené à travailler sur ce sujet dans le cadre de ce travail de recherche.

Selon MOLINER, RATEAU ET COHEN-SCALI (2002), les éléments consensuels se fondent sur les représentations sociales du groupe. Les représentations sociales groupales se construisent sur la base de l'histoire et des valeurs partagées par le groupe. Les auteurs, expliquent par ailleurs que les éléments spécifiques sont des éléments périphériques, que les professionnels ont pu accumuler lors de diverses expériences. Ces éléments périphériques constituent notamment la base de l'identité propre de chaque individu d'un groupe. La représentation sociale joue donc un rôle central dans le fonctionnement du binôme. En effet, en fonction de nos représentations de ce que doit être le management d'une équipe nous pouvons avoir des façons de fonctionner très différentes. Je me rends compte lors de ma formation à l'Institut de Formation des Cadres de Santé (IFCS) qu'il existe une pluralité de représentations liées à la fonction d'encadrement. Celles-ci engendrent souvent nos façons de manager et de concevoir notre fonction.

Je me rends compte aussi que les prises de décisions ne sont pas pour moi harmonisées dans les situations évoquées précédemment. L'harmonisation dans la prise de décision est un levier de consensus important. Pour autant, où place-t-on la barre du consensus ? En effet, si je questionne le profil de poste du cadre en binôme, les objectifs restent généraux. Il est prévu que le cadre binôme puisse donner une réponse organisationnelle à une situation d'urgence managériale.

En ce sens quelle que soit la réponse apportée, c'est bien le fait d'apporter une réponse qui permet d'atteindre l'objectif. L'évaluation de la pertinence de la réponse se réaliserait donc à l'échelle de celle-ci. Les conséquences de la prise de position seraient alors secondaires.

Or, Roger MUCCHIELLI (2006) aborde le groupe primaire dans son développement. Cette étape de construction du groupe primaire est essentielle pour son bon fonctionnement. L'auteur positionne sa réflexion sur la base des travaux de HOMANS (1950) où environnement et organisation interne des groupes sont les centres des préoccupations. Pour réaliser cette analyse, l'auteur explique l'intérêt de la méta-analyse (prendre de la hauteur), cela pour repérer les pressions extérieures au groupe. En d'autres termes, les réponses du groupe sont liées à l'environnement de celui-ci et influent les prises de position du groupe. Dans le développement de Roger MUCCHIELLI, je comprends que l'environnement doit être pris en compte dans la prise de décision du binôme. La question est de savoir comment. Je vois apparaître à travers ce raisonnement la nécessité de temps d'échanges pour aborder les questions d'environnement. Ma difficulté dans le travail de binôme repose en fait sur une prise de décision du binôme alors que le binôme méconnaît les modalités de fonctionnement de l'équipe dans laquelle il va agir ponctuellement. Elle repose aussi sur une méconnaissance des modalités de fonctionnement managériales de son collègue cadre au quotidien dans son service. En n'ayant pas connaissance des modalités d'organisation du service voisin, le cadre agit comme il le fait d'habitude dans son propre service. Cela a pour conséquence de venir bousculer les organisations habituelles et peut ainsi selon les auteurs, induire une forme d'insécurité pour les équipes de soins et/ou pour le cadre binôme remplacé. L'organisation de temps d'échanges entre les cadres du binôme peut ainsi permettre de prendre de la hauteur et favoriser la méta-analyse développée par Roger MUCCHIELLI.

Cette première partie exploratoire théorique permet de développer une vision systémique du binôme cadre. Des éléments semblent présent qui permettent aux équipes de travailler ensemble dans des objectifs communs. Ce travail sous-tend des conceptions partagées par les cadres de santé, dans leur vision du soin mais aussi dans le management des équipes. En ce sens, si les conceptions ne sont pas partagées je peux me questionner sur les effets produits par le binôme, tant sur le binôme en lui-même que sur celles des équipes encadrées.

Afin de mettre en relief ces données théoriques, il semble intéressant d'aller à la rencontre d'un cadre de santé en situation de binôme. Je pourrais ainsi confronter la théorie à la pratique d'un manager de terrain. Cet entretien va peut-être me permettre de réfléchir à des notions nouvelles et ainsi affiner ma question de départ pour arriver à une question de recherche.

1.2.2 L'exploration de terrain

Afin de préparer cette rencontre avec un cadre de santé exerçant en situation de binôme, j'ai réfléchi comment je pouvais mener cet entretien. Une seule question ouverte m'a semblé intéressante. En effet, cela permet de laisser libre l'interviewé sans être inductif dès le début de l'entretien. La liberté d'expression de l'interviewé permet d'explorer des terrains auxquels je n'aurais pas forcément pensé initialement. Par ailleurs, elle évite les biais méthodologiques de l'induction qui aurait donné une faible valeur ajoutée à cette démarche.

En fonction des propos énoncés par l'interviewé et de mon questionnement de départ, j'ai ensuite orienté mes questions vers des sujets développés dans ma partie théorique. L'idée a été de vérifier si la pratique de l'interviewé était similaire à ce qui est expliqué dans la littérature. Cela m'a permis d'obtenir une vision de ce cadre de terrain sur différents items de l'exercice du binôme. Je vais maintenant développer et analyser celle-ci.

Cet entretien exploratoire a duré 25 minutes avec un cadre de santé ayant l'habitude de travailler en binôme dans un Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes.

Après une présentation générale de son parcours professionnel et une présentation succincte de l'établissement, je lui ai posé une question ouverte :

Parlez-moi du travail en binôme de cadre de santé.

Selon ce cadre de santé, le travail en binôme est une « ressource indéniable », il précise : « une richesse indispensable c'est d'avoir au sein du binôme des valeurs communes, sans celles-ci c'est très compliqué ».

1.2.2.1 Le partage de valeurs professionnelles est un préalable à la construction du binôme cadre :

L'interviewé met notamment le concept de valeurs communes en avant comme un préalable à l'exercice en binôme. Ce concept est décliné dans le partage des valeurs liées à la vision de la prise en charge soignante mais aussi des valeurs en gestion des ressources humaines. Pour l'interviewé, les valeurs communes de prise en charge des résidents permettent aux cadres de santé de prendre des décisions qui s'inscrivent dans une vision commune du projet de prise en charge du résident. Cela permet la continuité d'un projet déjà engagé, qui fait sens pour les équipes de soins. Ce point est intéressant car il positionne le fait que la prise de décision par le binôme peut engendrer des conflits intrapsychiques de valeurs pour les cadres. En effet, si les valeurs de soins et managériales ne sont pas partagées dans le binôme, c'est bien un conflit de valeur qui peut naître et amener des répercussions dans la dynamique de ce groupe de deux. Je peux émettre cette hypothèse en appuyant ma réflexion sur la partie conceptuelle élaborée en amont de ce travail. ANZIEU ET MARTIN (2004) notamment mettent en avant le fait que la « *poursuite en commun et de façon active des mêmes buts* » (p.36) permet au groupe primaire d'exister. En y réfléchissant, c'est effectivement sur ce levier que la prise de décision du binôme peut impacter le groupe primaire que constitue l'équipe de cadres. Le partage des valeurs par ces deux cadres semble donc un prérequis indispensable pour assurer la fonction du binôme.

1.2.2.2 La communication dans le binôme une étape liminaire à la construction de valeurs communes :

La communication dans le binôme sur le sujet des valeurs de soins ou managériales peut alors constituer une étape liminaire à l'exercice de la fonction du binôme. L'interviewé met en avant des « *moments de communications formels et informels* » qui permettent les échanges dans le binôme. La communication dans le binôme favorise le positionnement du cadre dans ses prises de décisions à venir. Ces moments d'échanges sont des moments importants qui permettent aux cadres de parler de leurs visions en s'appuyant par exemple sur leur vision

d'une problématique. Cela permet aussi pour l'interviewé « *une prise de recul qui est une clé du succès* ». Les arguments du cadre tendent à favoriser la création de consensus dans cette équipe. La recherche de consensus est un élément décrit par Roger MUCCHIELLI (2006) comme une étape incontournable au groupe pour assurer son sentiment de sécurité et de bien-être.

1.2.2.3 La cohésion du binôme, une dynamique reposant sur la confiance entre ses membres :

Pour l'interviewé, l'étape préalable de la communication et la définition de valeurs communes constitue la base de fonctionnement du binôme. Dans cet entretien, l'interviewé met ensuite en avant des éléments de dynamique de groupe. « *Sans confiance, il est très difficile de travailler ensemble, cela permet de constituer la cohésion dans le binôme* » dit-elle. La confiance permet pour l'interviewé de tendre vers une dynamique de cohésion du binôme. Pour la sociologue D'AMOUR (1999), ce qui détermine l'interaction dans les équipes, ce sont « *la cohésion, la confiance, la communication, le conflit, le leadership, le climat. Les notions de cohésion et de confiance apparaissent comme les plus importantes.* » (p.67). Je retrouve donc les notions de confiance et de cohésion comme éléments dynamiques essentiels au fonctionnement du binôme.

1.2.2.4 La complémentarité du binôme une opportunité de développer des compétences managériales individuelles

Enfin dans son propos, l'interviewé aborde le fait que le binôme c'est aussi la complémentarité. Dans sa situation, les deux cadres du binôme ont un parcours professionnel différent et complémentaire. Cet interviewé nous dit avoir de l'appétence sur la « *mise en place de projet* » tandis que pour sa collègue c'est « *la gestion des ressources humaines* » avec une expertise sur la réglementation du travail. Cette complémentarité est un élément repéré comme une ressource au quotidien par l'interviewé : « *le fait de travailler en binôme m'a fait progresser dans des domaines où je me sentais moins à l'aise..... On s'enrichit l'une avec l'autre* ». Au-delà de sa fonction initialement envisagée, à savoir répondre aux urgences organisationnelles, le binôme pourrait donc apporter des éléments de renforcement de la compétence du cadre de santé. Il s'inscrirait alors dans une forme contributive au développement professionnel continue ancré dans une culture du partage et d'ouverture.

1.2.3 La question de recherche et les hypothèses

Au regard de cet entretien exploratoire et de ma question de départ qui est la suivante :

Dans quelle(s) mesure(s) le travail du cadre de santé en binôme impacte-t-il le management d'équipe ?

Je peux formuler la **question de recherche suivante** :

En quoi le partage de valeurs communes par les cadres de santé est-il un pilier à la dynamique du binôme ?

Et émettre **les deux hypothèses** suivantes :

Hypothèse 1 : La mise en place de temps d'échanges entre les cadres de santé favorise la création de valeurs communes, nécessaire à l'élaboration d'une dynamique de groupe managériale efficace.

Hypothèse 2 : Confiance et cohésion sont des éléments à développer dans le binôme pour permettre une cohérence de positionnement du cadre de santé et améliorer sa compétence.

Cadre

théorique

2 LE CADRE THEORIQUE

2.1 La dynamique de groupe

2.1.1 *L'étude stratégique des rapports dans le binôme, une vision systémique*

L'exploration théorique initiale permet d'approcher une première définition de la dynamique des groupes. Pour autant, je constate que l'exploration de terrain a mis en avant les notions de confiance et de cohésion dans le groupe pour créer une dynamique positive de celui-ci. Ces propos m'ont fait réfléchir sur les rapports entre les membres d'un groupe.

Afin d'éclairer la compréhension sur les rapports qui s'établissent entre les acteurs d'un groupe, j'ai choisi de m'inspirer de la vision proposée par CROZIER et FRIEDBERG (1996), « L'acteur et le système ». Ce qui oriente mon choix vers la théorie de CROZIER et FRIEDBERG est que dans celle-ci, les intervenants qui sont appelés acteurs, gravitent dans une organisation appelée système. Cette vision dite systémique, s'inscrit dans le champ de la sociologie des organisations et vient donc compléter celle que j'ai pu aborder dans ma première exploration théorique. Dans leur ouvrage, les auteurs expliquent que chacun des acteurs entretient des relations avec les autres acteurs dans des buts stratégiques et qui engendre des rapports de pouvoir. La mise en place de ces stratégies et relations de pouvoir répond à des exigences individuelles qui sont conscientes ou inconscientes.

Pour CROZIER, le choix de l'étude systémique permet de bien saisir les enjeux. En effet, les relations dans le cadre du binôme sont sous tendus par le système dans lequel il gravite. Or, penser que le binôme constitue à lui seul un système serait réducteur. Chaque cadre travaille dans des équipes de soins qui forment un système. Ces équipes sont, elles-mêmes inscrites dans un pôle qui forme aussi un système. Les pôles sont inscrits dans une institution hospitalière qui pourrait représenter lui aussi une forme de méta système. Or, pour CROZIER, les acteurs du système mettent en place des stratégies et jeux de pouvoirs individuels qui positionnent le groupe comme un ensemble dynamique.

CROZIER explique que « *l'homme garde toujours un minimum de liberté et qu'il ne peut s'empêcher de l'utiliser pour battre le système* » (p.42). Il souligne ici que dans les organisations, les positions de chacun répondent à des stratégies actives et que nous ne sommes donc pas passifs face aux choix que nous avons à faire. En d'autres termes, les

acteurs d'un système s'aménagent une marge de manœuvre qui leur permet d'atteindre des objectifs personnels qu'ils se sont fixés. Ces stratégies impactent alors les relations interpersonnelles dans un groupe. CROZIER écrit notamment, que chaque acteur d'un système «*est capable de calcul et de manipulation et s'adapte et invente en fonction des circonstances et des mouvements de ses partenaires. De ce fait une organisation [...] est le royaume des relations de pouvoir, de l'influence, du marchandage et du calcul* » (p.45).

Selon Crozier, ces dynamiques observables dans les organisations se fondent sur le concept *central de stratégie* (p.55). Il explique ce concept en détaillant 4 points clés qui laissent une marge stratégique pour les acteurs.

- Les objectifs fixés aux acteurs sont rarement clairs. Ainsi ils sont adaptés par chacun en fonction du parcours, des connaissances, des rencontres...
- Le comportement des acteurs est actif. Même en acceptant une contrainte, l'acteur fait un choix et est donc actif.
- Le comportement des acteurs a toujours un sens. Qu'il réponde à une commande en est un, mais les opportunités et les rapports aux autres en sont des différents.
- Le comportement des acteurs a deux aspects. Un premier offensif, comme saisir des opportunités en vue d'améliorer sa situation. Un second défensif, pour maintenir et développer sa marge de liberté.

Cela implique qu'il n'y a plus de comportement irrationnel, puisque le concept de stratégie rationalise les comportements en les objectivant.

Dans cette perspective, le binôme cadre de santé peut être amené dans son fonctionnement à être impacté par la marge de ses acteurs à développer des stratégies. En partant du principe que le binôme est un système mais que chaque cadre de santé appartient à d'autres systèmes (comme celui de l'équipe qu'il encadre par exemple), la prise de décision peut être orientée non pas par les objectifs du binôme mais par des objectifs à atteindre dans un autre système. Ainsi selon ces auteurs, la décision prise aura des effets sur la relation des cadres entre eux et par conséquent dans le binôme. Il semble donc important de rester vigilant à ce que la prise de décision ne devienne pas un enjeu de pouvoir dans la relation des cadres.

2.1.2 Les jeux de pouvoir dans le binôme cadre de santé

Les définitions du pouvoir sont plurielles et dépendent du champ dans lequel on les place. Dans l'ouvrage de CHOC (2002), LALLEMENT professeur de sociologie, décrit un article de FOUCAULT (1926-1984) proposant une définition du pouvoir :

« *Rapport de forces multiples, rapports microsociologiques structurant les activités des hommes en société* » (p.51).

Cette définition de FOUCAULT cité par LALLEMENT s'oppose à la vision mécaniste qui jusqu'alors envisageait les rapports de pouvoir de façon verticale. Il met en avant le fait que les rapports de pouvoir entre les personnes d'un même service par exemple, ne se limitent pas seulement à la place hiérarchique. FOUCAULT distingue 4 caractéristiques du pouvoir. Celui-ci est « *immanent (rapports interpersonnels), il varie en permanence, il est indissociable du savoir et enfin il s'inscrit dans un double conditionnement (un microphysique, et l'autre en rapport avec l'instant donné)* » (p.51). Cette vision du pouvoir par FOUCAULT, est intéressante car elle positionne le fait que des agents d'un même grade peuvent entretenir des rapports de pouvoir.

CROZIER va dans le même sens que FOUCAULT sur l'analyse des jeux de pouvoir dans un système. Il définit le pouvoir comme élément de relation. Dans son ouvrage « l'acteur et le système », l'auteur met en avant que les stratégies des acteurs leur permettent d'asseoir une situation existante et consolider le pouvoir de certains ouvriers par rapport à d'autres. Il existe donc un lien étroit entre pouvoir et stratégie. La stratégie dans cette perspective est un moyen permettant d'accéder à un objectif, le pouvoir. CROZIER (1996) explique notamment, que le pouvoir « *implique toujours la possibilité pour certains individus [...] d'agir sur d'autres individus* » (p.65). Si le pouvoir est un objectif, la finalité de la relation entre les acteurs est selon CROZIER de renforcer ou stabiliser sa place dans le système.

Dans l'exemple de CROZIER, la mise en place de la relation de pouvoir se fait car les acteurs ont un but commun, en l'occurrence celui de faire fonctionner les machines pour permettre à l'usine de produire. « *Le pouvoir peut ainsi se repréciser comme une relation d'échange, donc réciproque, mais où les termes de l'échange sont plus favorables à l'une des parties en présence* » (p.69). Cette perspective m'intéresse particulièrement dans l'élaboration de mon travail de recherche. En effet, elle pourrait être transposable dans le mode de fonctionnement du binôme. Les rapports de pouvoir entre les cadres pouvant être conscients mais aussi inconscients dans le but d'améliorer leur place dans l'organisation.

Si l'objectif est donc commun, il ne pourrait suffire à limiter des positionnements ambigus de la part des cadres de santé. D'autant, qu'au sein même des organisations, les relations de pouvoir sont induites par des « *zones d'incertitudes organisationnelles* » (p.78). Les zones d'incertitudes développées par CROZIER pointent le fait que l'organisation du travail ne peut être complètement rationalisée. Les acteurs du système peuvent ainsi s'en servir pour entretenir une relation de pouvoir avec les autres acteurs. Dans la situation du binôme, la fiche de poste définit par exemple des actions générales de la fonction cadre de santé. Le fait que ces actions soient générales peut ainsi permettre au cadre de s'appuyer sur le flou pour en développer des leviers de pouvoir.

Pour permettre d'analyser les relations de pouvoir au sein même du binôme, il faut s'appuyer sur les ressources individuelles du binôme. Pour CROZIER, « *les critères qui définissent la pertinence de ces ressources et leur caractère plus ou moins mobilisable, [...] est l'enjeu de la relation et qu'elles sont les contraintes structurelles dans lesquelles elle s'inscrit* » (p.73). Il s'agit du fait qu'au-delà du prescrit qui est retrouvé dans l'organisation fonctionnelle du poste de binôme, les cadres de santé doivent s'accorder des temps leur permettant de parler des situations. Ces temps favorisent le consensus sur la façon d'envisager la prise de décision en situation de binôme en réduisant la zone d'incertitude décrite par CROZIER. Ces temps peuvent aussi permettre de partager les valeurs liées aux soins afin de renforcer la confiance entre les membres et permettre de se positionner dans leur prise de décisions dans des stratégies partagées.

2.1.3 Approche conceptuelle de la confiance dans un groupe

Une stratégie permettant de limiter les enjeux de pouvoir au sein du groupe binôme peut reposer sur un rapport de confiance mutuelle. Selon le Larousse, la confiance se définit comme « *un sentiment de quelqu'un qui se fie entièrement à quelqu'un d'autre* ». (p.278). LUHMANN (2006) sociologue, définit que « *la confiance au sens le plus large du terme [...] constitue une donnée élémentaire de la vie en société. Et si l'homme ne faisait pas confiance de manière courante, il n'arriverait pas à quitter son lit le matin* » (p.1). Dans ces définitions, la confiance constitue un ciment social. Par ailleurs, dans le binôme, cette notion constitue un pilier de la dynamique positive entre les cadres de santé ; et cela en limitant les zones d'incertitudes précédemment abordées dans le concept de pouvoir décrit par CROZIER. Mais pour tendre vers cette dynamique, les définitions impliquent une forme d'acceptation de la vulnérabilité vis-à-vis de son collègue.

En effet, faire confiance à l'autre c'est aussi un peu se mettre en danger en acceptant l'idée que la maîtrise d'une situation puisse être partagée. C'est aussi reconnaître en l'autre un professionnel en capacité de faire aussi bien que soi.

Pour faciliter cette confiance, DEUTSCH (1958) affirme que plusieurs facteurs sont nécessaires. Il faut notamment que les acteurs puissent reconnaître la compétence de l'autre mais soient aussi rassurés sur ses intentions. La dynamique de confiance, repose ainsi sur l'expérience antérieure que nous avons eue avec l'autre. En d'autres termes, la confiance est un élément qui se construit, au regard de l'expérience que nous avons avec la personne avec laquelle nous avons à construire une relation de confiance. Dans le binôme cadre, dire qu'une situation semble avoir été bien gérée par le binôme, revient ainsi à accorder plus sa confiance dans l'avenir que si la situation a été mal gérée.

Mais, la notion de confiance entre les individus, se complexifie par le fait que celle-ci n'est pas une notion manichéenne. Il existe différents degrés de confiance qui selon SERVET (1994) vont varier en fonction de la transparence dans les rapports du binôme. Selon lui, la transparence signifie un certain degré de savoir et d'information qu'il est utile d'objectiver par la communication entre les membres de l'équipe. SERVET pense en effet que la communication et la nature des informations échangées, constituent le ciment d'une relation de confiance forte. Cela permet selon l'auteur, de rendre lisible pour chacun des acteurs du binôme, les compétences, intentions et comportements. Ce propos de SERVET met en avant que les intentions et comportements du binôme peuvent être clarifiés par une communication entre les membres. Le fait d'échanger permet effectivement d'expliquer les positionnements pris et de clarifier par la discussion les intentions de chacun. La compétence par contre est une notion à part entière. Reconnaître que le binôme agit en compétence c'est identifier selon LE BOTERF (2008), qu'elle

« sait combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...), pour gérer un ensemble de situations professionnelles, chacune d'entre elles étant définie par une activité clé à laquelle sont associées des exigences professionnelles (ou critères de réalisation de l'activité), afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à des critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...). » (p.17).

Cette posture implique, dans le binôme que les commandes soient clairement énoncées au départ mais là encore que la communication puisse venir étayer des zones d'ombres si elles subsistent.

Ces propos de SERVET sont renforcés par ceux de TRASSAERT (1997) qui ajoute qu' « *une bonne communication génère de la confiance et réciproquement, avoir confiance, libère la communication* »²

La confiance est donc une notion dynamique qui se construit dans le temps en fonction des échanges entre les individus. Elle implique une reconnaissance de la compétence de l'autre et une clarification de ses intentions. Pour autant, la confiance est un élément qui peut être singulier dans une relation. En effet, un des individus pouvant faire confiance à l'autre et non réciproquement. Le fait que la confiance soit un ingrédient nécessaire à l'évolution positive du binôme cadre de santé, interroge sur la notion de cohésion. Ce concept semble intéressant à développer ici car la cohésion constitue une notion plus groupale. Ainsi dans le cadre de l'exercice du binôme, la cohésion peut être un levier intéressant à éclairer pour mieux comprendre ce qu'elle met en jeu dans les rapports entre les individus.

2.1.4 Approche conceptuelle de la cohésion

Pour mieux comprendre le périmètre du concept de cohésion, je propose de m'appuyer sur la définition d'OBERLE (1995) professeur de psycho sociologie. Elle définit la cohésion par un « *un principe d'homogénéité du petit groupe* » (p.6). Le fait que ce concept s'inscrive dans une dimension de petit groupe répond à la cible de la recherche qu'est celui du binôme cadre, constitué par deux professionnels. La cohésion apparaît ici comme une force collective qui permet l'atteinte d'objectifs partagés.

² <http://archive.mcxapc.org/docs/dossiermcx/poitiers/poitiers15.htm>

Selon DEVILLARD (2003) il existe trois niveaux de cohésion dans un groupe :

- « *La cohésion fonctionnelle* » qui résulte d'une répartition des tâches et des relations naturelles. Cette cohésion vise un objectif et tient à distance les aspects socio-affectifs.
- « *La cohésion explicite* » qui est la finalité d'une volonté managériale et vise à augmenter le rendement.
- « *La cohésion dynamique* » qui sert de fondement à la performance collective. Elle est un levier de progression dans l'équipe.

Ces trois niveaux de cohésions amènent à penser que le binôme cadre peut s'inscrire dans ceux-ci en fonction du contexte.

En effet, si la construction du binôme s'appuie sur une volonté institutionnelle, la « *cohésion explicite* » positionne de fait, l'alliance des cadres dans une visée d'amélioration de la performance du fonctionnement des unités. L'objectif à atteindre est d'ailleurs posé dans ces termes dans la fiche de poste du binôme. In fine, le binôme constitue un élément permettant l'amélioration de la permanence des soins en l'absence d'un cadre de santé. Cet objectif institutionnel, constitue effectivement un élément de cohésion du binôme, dans le sens où il est consensuellement admis que l'organisation de la permanence des soins, constitue une mission majeure pour un cadre de santé. Cela, dans le souci de préserver la qualité et la sécurité des soins.

Par ailleurs, le binôme peut s'inscrire naturellement dans la « *cohésion fonctionnelle* ». Ce niveau de cohésion dans le binôme constitue un niveau à « minima » de la relation entre les cadres. Si chacun partage la vision de la fiche de poste, les objectifs à atteindre sont lisibles par tous. Pour autant ce niveau de cohésion favorise peu la prise d'initiative car fondé sur des modèles préconstruits et cooptés par le binôme.

La « *cohésion dynamique* », constitue un niveau plus intéressant à atteindre. En effet, les décisions à prendre dans l'exercice du binôme sont parfois complexes. Or, l'objectif d'amélioration de la performance implique une part d'improvisation de chacun des acteurs. Le cadre de santé doit être en capacité de s'adapter, de penser et de proposer de nouvelles solutions en fonction de contextes sans cesse mouvants. En ce sens, la cohésion dynamique représente la capacité du binôme à s'adapter aux situations en proposant des solutions innovantes. Mais pour tendre vers ce niveau de « *cohésion dynamique* », des facteurs sont à prendre en compte afin de favoriser la dynamique du groupe.

Pour DEVILLARD (2003), il existe trois facteurs impactant la cohésion :

- « *Le lien groupal entre les membres* », qui favorise la coopération et s'établit avec des affinités au sein de l'équipe.
- « *Les pratiques cohésives* », où la qualité du climat dépend des attitudes des membres de l'équipe, de leur esprit d'équipe, sans jeux de pouvoir.
- « *La cohérence* », qui se traduit dans la relation entre les membres de l'équipe.

Les facteurs de cohésions montrent que les relations interpersonnelles dans une équipe sont les éléments fondateurs de la cohésion du groupe. Or, il existe un lien fort entre le développement de la confiance et la cohésion. La confiance entre les membres est sans aucun doute un élément qui va favoriser la cohésion groupale.

Le groupe s'il constitue une entité multiple, ne nie pas pour autant pas la singularité de ses membres. En ce sens, un positionnement empreint d'altérité est nécessaire pour permettre la reconnaissance de chacun des membres dans leur différence. Cette vision implique que le binôme ne peut s'inscrire dans une uniformisation des pratiques des cadres mais plus une harmonisation. Cette harmonisation va nécessiter le partage de valeurs communes qui constitueront un point d'ancrage du binôme. Ces valeurs pouvant constituer une identité professionnelle partagée par les cadres de santé.

2.2 Les valeurs

2.2.1 Approches conceptuelles des valeurs

D'après VENAUT (2003), les valeurs constituent un « *principe idéal auquel se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder leur jugement, pour diriger une conduite (valeurs morales, sociales)* »³. Dans la perspective du binôme, le partage de valeurs peut ainsi constituer un élément de poids pour aider chaque cadre à sa prise de décision. Mais pour WELLOFF (2009), les valeurs constituent avant tout un socle individuel forgé par l'éducation, la culture, le parcours de vie personnel. L'enjeu du développement de valeurs partagées dans le binôme peut ainsi être résumé par la définition de CLAUDE (2003), qui explique qu'elles consistent à « *orienter le zèle de chacun, sans le briser, afin qu'il concoure à la bonne marche ensemble* » (p.91).

La notion de valeurs implique une bonne part de subjectivité. En ce sens, qu'elle se construit sur des éléments de perception individuelle liée à l'histoire de chacun. Toute la difficulté de tendre à la création de valeurs communes est donc d'avoir la capacité d'objectiver celles-ci. Dans cette perspective, la communication dans le binôme est un élément fédérateur car elle permet de définir un périmètre qui clarifie les valeurs communes.

Ainsi la question du positionnement du cadre dans ses prises de décisions est guidée par ses valeurs individuelles mais également par les valeurs inhérentes à sa profession. La constitution de valeurs professionnelles partagées est un point d'entrée majeur au fonctionnement du binôme pour BORGETTO. Le milieu hospitalier en tant qu'organisation de travail « *repose nécessairement sur des valeurs, c'est-à-dire sur une représentation de ce qui, à l'intérieur du groupe, est considéré majoritairement comme bon, bien ou juste, dont on peut récuser l'universalité et l'intemporalité mais dont on ne peut nier l'existence* » (BORGETTO, 2006, p.11).

³ Site internet consulté le 15 janvier 2016 : <http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-95.pdf>

Ce sujet représente un enjeu qui dépasse d'ailleurs la vision conceptuelle pour tendre vers une forme d'opérationnalité. Ainsi la Haute Autorité de Santé (2009) invite les établissements de santé à définir leurs valeurs car « *les valeurs sont des références communes fondant la conduite professionnelle de chacun, identifiées de façon collective, et diffusées auprès de tous les acteurs internes et externes* » (manuel de certification V2010). Par ce positionnement institutionnel clarifié, le binôme peut trianguler sa relation.

La triangulation dans la relation du binôme est intéressante. En effet, elle permet à chacun des acteurs de sortir de la relation duelle pour se référer à des valeurs établies comme base de positionnement dans un endroit donné. L'avantage de cette triangulation est qu'elle permet à chacun des cadres d'éviter un conflit intra psychique en adoptant les valeurs définies dans l'institution où il exerce. Si il ne se reconnaît pas dans ces valeurs, se pose alors la question de son affectation dans l'institution. Pour autant, les valeurs ne constituent pas réellement une réponse « préfabriquée » pour la prise de décisions des cadres. Elles constituent plutôt un élément de réflexion qui va aider à la prise de décision.

Afin de mieux comprendre les mécanismes liés à l'élaboration de valeurs professionnelles partagées, je me suis appuyée sur la théorie de MOSCOVICI. La théorie de ce psychosociologue, décrite dans l'ouvrage d'ANZIEU et MARTIN (2004) est la suivante :

« Dans ses relations avec les autres individus ou les autres sous-groupes, chaque individu ou chaque sous-groupe apporte un système de valeurs et des réactions caractéristiques qui sont uniques. Il a une certaine marge d'acceptations ou de rejet du système de valeurs et des réactions de ses antagonistes. » (p.208).

Ainsi, chacun des cadres peut s'approprier plus ou moins le système de valeur définit dans son exercice. Autrement dit, si les valeurs naissent du collectif, elles peuvent se décliner de façon individuelle avec une marge d'appropriation différente entre les individus. L'important reste que les valeurs constituent un élément de cohérence dans les réponses apportées par chacun des cadres. Cette cohérence aura pour fonction d'apporter un sentiment de sécurité entre les professionnels qui s'inscrivent dans une même mouvance. Ainsi, la sécurité prend la place d'élément favorisant l'accès à la confiance entre les membres. Dans ce sens, les valeurs partagées constituent un élément bénéfique à la cohésion du groupe.

Pour aller plus loin sur le thème des valeurs professionnelles partagées, il semble intéressant de développer un axe conceptuel sur l'identité professionnelle. En effet, ces deux concepts paraissent liés et je souhaite comprendre en quoi ils sont complémentaires.

2.2.2 Approche conceptuelle de l'identité professionnelle

L'identité professionnelle est un concept intéressant à développer à ce stade de la réflexion. En effet, le concept de valeur précédemment identifié, pousse ma réflexion à aller plus loin en abordant celui de l'identité professionnelle. Les valeurs étant comme je le constate inclus dans le concept d'identité, permet la construction de la personne et par suite du professionnel qu'il incarne. La définition du Petit Larousse illustré explique que l'identité est le « *rapport que présente entre eux deux ou plusieurs êtres ou choses qui ont une similitude parfaite* » (p.561). Dans cette perspective, les cadres de santé peuvent développer une identité commune dans son acception professionnelle.

L'histoire du concept d'identité prend racine par les travaux développés par ERIKSON. Psychanalyste, il émigre aux États-Unis en 1933. A cette époque, des anthropologues, notamment Mead et Kardiner travaillent sur des recherches « *entre les modèles culturels d'une société donnée et les types de personnalité qui la composent* » (HALPERN, RUANO-BORBALAN, 2004, p.147). Ce courant dénommé culturalisme va inspirer ERIKSON dans la suite de ses travaux. Il met alors en avant que l'identité personnelle est dynamique. Celle-ci évolue pendant la vie d'une personne. Les crises identitaires marquent ainsi les périodes d'évolution des personnes. L'adolescence incarne par exemple ce moment de crise et de mutation de l'identité d'un individu. Mais selon ERIKSON, tout autre moment de la vie d'un individu peut être marqué par l'évolution de son identité notamment dans les périodes de difficultés. La construction de l'identité professionnelle d'un individu peut ainsi être marquée par une mutation comme celle que l'on retrouve au travers un processus de formations. La prise de recul et la réflexion permettant de construire une nouvelle identité professionnelle.

D'un point de vue sociologique, le concept d'identité professionnelle a notamment été développé par SAINSAULIEU et DUBAR.

SAINSAULIEU (2014 première édition 1977), psychologue de formation, devient psychosociologue en s'inscrivant dans la mouvance des travaux de CROZIER. Il a notamment écrit deux ouvrages sur la question de l'identité professionnelle en y proposant une approche culturelle des organisations.

L'objet de ses recherches est parti du paradigme que les organisations de travail sont des lieux de confrontation des cultures. Pour lui, les « cultures au travail » différencient les individus et les groupes. Des facteurs comme l'origine sociale des individus, l'ancienneté, le sexe, le grade, la qualification marquent les différences et constituent le pilier fondateur des identités professionnelles. Fort de ce constat, il a élaboré des « modèles de relation » qui permettent d'objectiver la culture au travail. En 1978, il établit une première typologie de quatre « modèles de relations ».⁴

- Le retrait. Qui correspond à un professionnel pour qui l'intérêt majeur n'est pas le travail. Cela engendre des relations interprofessionnelles superficielles.
- Le séparatisme. Qui est un modèle incarné par ceux qui quittent leur milieu professionnel d'origine pour une ascension sociale.
- La fusion. Qui est un modèle de relation, incarné par les ouvriers spécialisés. Ici chacun a conscience de sa fragilité individuelle du fait de la faible qualification. L'union avec les pairs fait la force du groupe. Ce modèle favorise l'identification au groupe. Je peux faire du lien avec l'étude de la dynamique des groupes proposé en amont de ce travail. Notamment concernant l'aspect pression de conformité, développé par MUCCHIELLI (2006).
- La négociation. Qui est présente chez les cadres. Ici les discussions et l'expression des idées individuelles sont majoritairement représentées. Ce modèle peut particulièrement intéresser les modes de relation du binôme.

Cette première typologie de SAINSAULIEU se met en place dans un contexte historique et socio-économique particulier que sont les trente glorieuses. Le chercheur va la faire évoluer en 1995 dans un ouvrage intitulé « Les mondes sociaux de l'entreprise ». Il y élabore une nouvelle typologie en lien avec un contexte de désindustrialisation massive en corrélation avec une baisse du nombre d'ouvriers spécialisés. Dans cette période l'émergence d'autres formes d'emplois comme l'intérim ou le pluri salariat viennent bousculer l'ordre établi et les rapports culturels dans l'entreprise.

⁴ Cours de sociologie des organisations du 15 octobre 2015 de BREMAUD L. Maître de conférences Université Rennes II

SAINSAULIEU revoit donc sa première typologie en changeant des dénominations et en ajoutant deux nouveaux modèles de relation inédits.

- Le modèle réglementaire. Qui correspond au modèle du retrait.
- Le modèle communautaire. Qui correspond au modèle fusionnel.
- Le modèle professionnel. Qui incarne l'ancien négociateur.
- Le modèle de la mobilité. Qui correspond à l'ancien séparatiste.
- Le modèle de professionnel de service public est quant à lui créé. Il correspond à l'évolution de la fonction publique depuis les années 80. La modernisation de celle-ci amène plus d'autonomie, responsabilité et compétence, distinguant ainsi toute une catégorie de fonctionnaires.
- Le modèle entrepreneurial fait lui aussi son apparition. Il correspond au retour de la loyauté comme valeur professionnelle. C'est un modèle de relation à la japonaise où « l'esprit d'entreprise » prime.

Les apports de SAINSAULIEU permettent de mettre en avant l'identité professionnelle comme une perspective atteignable pour le binôme cadre de santé. L'expression des idées individuelles et les discussions sont des éléments repérés par le chercheur comme favorables à l'émergence d'un modèle identitaire professionnel commun. Pour autant, d'après la théorie de SAINSAULIEU d'autres facteurs fondent les piliers des modes de relation. Les critères d'ancienneté, de sexe, de qualification influencent l'émergence d'une identité professionnelle harmonisée. La seule profession ne peut alors constituer un vecteur d'uniformité de l'identité professionnelle.

L'approche du sociologue DUBAR (2002) apporte une vision complémentaire de celle proposée par SAINSAULIEU. Il s'appuie sur la socialisation pour donner une explication à l'identité professionnelle. Il explique notamment que « *la socialisation est un processus d'identification, de construction d'identité, c'est à dire d'appartenance et de relation* » (p.32). En effet, l'exercice du binôme nécessite un processus qui permet aux cadres de santé de s'approprier des champs de valeurs communs influençant leurs actions, notamment dans leurs prises de décision.

Pour DUBAR (2002), la notion d'identité professionnelle est une articulation de deux processus identitaires singuliers. Le premier, l'identité pour soi, s'inscrit dans l'expérience de vie de la personne, autrement dit sa biographie. Par son parcours de vie, de formation, de profession, de projets, l'individu construit son sentiment d'appartenance à un groupe qui lui permet de se définir lui-même. Le second processus, l'identité relationnelle, se construit par l'identité que nous attribuons les autres, qu'ils appartiennent à notre groupe professionnel ou non. Ainsi, une personne reconnue comme qualifiée le sera notamment par la reconnaissance de sa qualification par les autres. Les relations de travail participent donc de façon importante pour DUBAR dans la construction de l'identité professionnelle.

Afin d'asseoir cette identité professionnelle, la communication entre les acteurs d'une équipe semble un élément majeur. Pour DUBAR (2002), *« on ne peut communiquer que si l'on possède un minimum de codes communs. Cette norme commune ne peut découler, que d'une culture partagée impliquant un système de valeurs qui sous-tendent les normes orientant les acteurs »* (p.53). Ce sociologue explique que les temps d'échanges dans un groupe sont des éléments essentiels. Ils permettent notamment de parler les valeurs qui vont façonner les bases de la relation dans le groupe. Selon lui, les formations communes constituent un premier vecteur intéressant à la rencontre des identités pour soi.

Dans cette perspective, si les valeurs constituent les fondements essentiels à la construction des identités professionnelles individuelles, notamment dans le processus d'identité pour soi, ils permettent aussi aux cadres de santé du binôme de trouver un sujet de discussion qui favorise la co-construction de leur identité relationnelle. Une fois clarifiée, la reconnaissance de chacun dans ce qu'il est et ce qu'on attend de lui, peut apporter une zone de sécurité dans la relation entre ces professionnels.

Ce constat m'amène à m'intéresser aux modes de communications. En effet, la communication est un élément majeur qui va permettre de favoriser l'échange entre les cadres du binôme. Les modes de communication qui sont choisis dans les temps de partage en commun, sont des leviers pour faciliter ou non la liberté d'expression de chacun des cadres. En ce sens, je ne peux faire l'économie d'aborder la notion de la communication qui sera un ingrédient de base à la recette de fonctionnement positif du binôme.

2.3 La communication

Communiquer est un terme qui vient du latin « *communicare* » signifiant, « mettre en commun » ou « être en relation avec ». Dans le Larousse, la définition précise « *Transmettre, donner connaissance, faire partager à quelqu'un, être en relation, en rapport, en correspondance avec quelqu'un* » (p.271). Ces définitions, si elles sont généralistes, positionnent le fait que communiquer constitue une action de transmission entre au moins deux personnes. En ce sens, la communication est un acte fondateur de la relation entre les individus. Pour s'inscrire dans cette logique, elle implique un échange bilatéral.

Il est important de comprendre à partir de quel moment la communication est devenue un élément central pour favoriser les échanges entre les différents acteurs. Selon Alex MUCCHIELLI (2001), les modèles traditionnels qui stabilisent le monde avant la seconde guerre mondiale ont été mis à mal depuis cette époque. L'Eglise, l'armée, l'Etat, la famille n'imposent plus les règles de conduite. Ces règles de conduite constituaient des valeurs auxquelles les individus pouvaient se référer pour construire leurs représentations, modalités de réponses à une sollicitation, vision d'un sujet... Ainsi il en résulte que pour Alex MUCCHIELLI, « *toutes les significations doivent être construites par et à travers la communication* » (p.6). Par ce point de vue, il positionne le fait que la communication est nécessaire pour définir le sens des termes et en valider une signification dite universelle. Les modes de communication sont ainsi positionnés comme des éléments incontournables de clarification et/ou précision si l'on souhaite travailler ensemble dans un sens commun.

Pour CLAUDE (2003), « *la communication doit être surtout un moyen d'échange et de dialogue, en interne, mais aussi avec les parties prenantes, avec un sens aigu de la prise en compte et du respect des points de vue* » (p.199). La prise en compte de l'avis de l'autre dans la communication permet d'équilibrer la relation des acteurs en jeu dans cette relation. Si l'échange se fait de façon unilatérale, la relation est déséquilibrée et tend vers une forme d'autoritarisme. L'un mettant en place ce que lui demande l'autre, sans tenir compte d'éléments contextuels ou d'analyse. Ce type de relation unilatérale si elle peut s'entendre dans certains types d'activités (comme par exemple les militaires), nie l'autre dans ce qu'il est et le positionne comme un objet. Un objet « outil » qui sert notamment à l'exécution d'une tâche. Les relations de communication au travail et particulièrement dans le cadre d'un travail en collaboration ne peuvent bien entendu pas s'établir de cette manière selon l'auteur.

La communication implique en effet, l'écoute. Un fonctionnement antagoniste qui fait que lorsqu'une personne parle, l'autre écoute ce qu'elle dit. Cela permet de mettre du sens au propos et à son tour pouvoir communiquer son avis. ANZIEU et MARTIN (2004), précisent l'importance des communications en particulier entre les membres d'un même groupe. La fonction de communication entre les acteurs d'un groupe, permet notamment selon eux, de collecter des informations utiles pour les traiter de façon pertinente par la suite. Le feed back est alors utilisé entre l'émetteur et le récepteur pour vérifier la bonne compréhension du message. Le feed back se constituant ainsi grâce à cette phase d'écoute indispensable entre les acteurs, il est parfois nécessaire dans le feed back de poser la définition des mots. En faisant du lien avec la partie sur l'identité professionnelle, certains mots, idées, concepts, notions sont polysémiques. En ce sens, objectiver par la communication ce que l'on entend sous un mot, permet sans aucun doute de contribuer à la création d'un sens commun.

Pour autant cette vision tend vers l'idéal de la communication dans un groupe. En réalité, cette approche théorique est parfois limitée par les mécanismes de défense des professionnels, le fait qu'ils ne prennent pas leurs responsabilités, qu'ils ne perçoivent pas le vécu de l'autre... En d'autres termes, tenter de comprendre l'autre dans une communication nécessite des efforts, non seulement pour percevoir le sens de son propos mais aussi pour le mettre en lien avec le ressenti de la situation par son interlocuteur. Mais cet effort de communication paraît essentiel si l'on souhaite développer une bonne communication dans le binôme. En effet, pour Roger MUCCHIELLI (2006), plus le groupe communique, plus la cohésion de celui-ci, se renforce.

L'auteur nous dit que la communication constitue un réel levier de la dynamique d'équipe dans le binôme. Les modes de communication les plus adaptés dans cette équipe de deux sont ceux qui favorisent un contact verbal mais aussi visuel entre les deux cadres. En effet, au regard de la théorie précédemment évoquée, un mail ou un appel téléphonique ne peuvent suffire. Dans ces modes de communication plus virtuels, les membres du groupe ne peuvent avoir accès à la congruence qui favorise leur sentiment de sécurité. De façon optimale, la réunion entre les cadres peut donc constituer une réelle plus-value pour développer les conditions idéales à un échange.

Pour autant dans notre monde moderne, la communication utilise de plus en plus des vecteurs plus virtuels. Les mails, les transmissions écrites sont des exemples de moyens de communication utilisés quotidiennement par les cadres de santé. Selon LIBAERT (2009), les messages électroniques s'apparentent beaucoup aux messages oraux dans leur forme. Or d'après l'auteur ce type de communication électronique impacte la relation et vient confirmer les éléments développés précédemment. En effet, le message électronique permet une immédiateté dans la diffusion des informations et réduit les cloisonnements internes. Cependant, ce type de communication réduit les échanges en face à face. Le mail peut alors devenir une source de conflit par le fait que le destinataire ne perçoit pas le ton de la voix de l'expéditeur, laissant libre court à ses interprétations et incompréhensions.

Dans cette perspective la relation verbale et visuelle semble être celle qui favorise le maximum de clarté dans les messages que nous pouvons envoyer. Le contact direct avec le feedback verbal ou non verbal de notre interlocuteur, permet de clarifier et/ou réajuster les messages envoyés.

Méthodologie
de
Recherche

3 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

3.1 Choix de la démarche

Durant mon expérience professionnelle, j'ai été confrontée à des événements, des façons de faire qui ne me semblent pas toujours cohérents, qui m'ont questionné mais sans avoir l'occasion d'approfondir l'analyse de ces situations.

Le travail de recherche est l'occasion de prendre de la hauteur vis-à-vis de ces situations afin de permettre d'avancer dans une démarche réflexive. Le début de la démarche de recherche a été pour ma part complexe dans le sens où la prise de distance par rapport aux situations vécues était quelque peu difficile. Cela a nécessité un travail d'analyse réflexive de ma pratique et un détachement de ces situations vécues.

Le directeur de mémoire m'a permis grâce à un climat de confiance et ses remarques, de prendre cette distance sur ces situations.

En rapport avec mon thème, et avec l'accord du directeur de mémoire, je me suis orientée vers la démarche de recherche hypothético-déductive. L'objectif de cette recherche est de vérifier sur le terrain les hypothèses de ce travail et de mesurer les écarts éventuels. Elle a pour objectif d'éclairer voir même de compléter les hypothèses en retrouvant à travers l'analyse des entretiens des champs non abordés précédemment dans ce travail.

3.2 Choix de la population enquêtée

Comme l'affirme Alain BLANCHET et Anne GOTMAN (2005), « *définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et à quel titre ; déterminer les acteurs dont on estime qu'ils sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose* » (p.33).

Ma question de recherche s'intéresse aux cadres de santé. J'ai donc choisi de me tourner vers cette population. Après avoir obtenu l'autorisation des directions des soins de deux établissements différents, j'ai pris contact auprès des cadres de santé par mail ou par téléphone afin de définir une date et heure de rencontre. Ces établissements sont de deux dimensionnements différents un étant un Centre Hospitalier et l'autre un Centre Hospitalier Universitaire.

Ainsi j'ai réalisé six entretiens auprès de cadres de santé ayant l'expérience actuelle de travailler en binôme. Leur service d'affectation est hétérogène. La participation des interviewés s'est faite sur la base du volontariat.

3.3 Élaboration des outils et le déroulement des entretiens

3.3.1 Les entretiens

Les moyens de mener une recherche sont nombreux. Pour celle-ci, l'outil qui me paraît le mieux adapté est l'entretien semi directif permettant de recueillir des données dont il faudra par la suite analyser et confronter aux théories élaborées précédemment.

En effet, l'entretien est « *le moyen par lequel le chercheur tente d'obtenir des informations, auprès de personnes ayant été le plus souvent témoins ou acteurs d'événements sur lesquels porte la recherche.* » (MACE et PETRY, 2004, p.91). L'entretien permet de comprendre et de mieux saisir le pourquoi des comportements. Il ne permet pas de prouver les faits ni d'être sûr de leur existence mais il retranscrit la réalité de la personne interrogée, sa perception des faits, l'intégration de ceux-ci et comment elle les vit. C'est pourquoi cette méthode qualitative me paraît la mieux adaptée au sujet de ma recherche.

3.3.2 La construction du guide

J'ai élaboré un guide d'entretien à partir de ma question de recherche et des hypothèses émises. De cette question de recherche ressort des concepts et des notions comme la dynamique de groupe, les valeurs et la communication. J'ai réfléchi alors à des questions qui peuvent répondre aux hypothèses émises. J'ai pris soin dans la construction de celles-ci de les rédiger dans l'objectif de ne pas influencer l'interviewé. J'ai fait le choix d'un entretien semi directif afin de guider l'interviewé tout en lui laissant une liberté d'expression.

Le premier guide d'entretien, je l'ai testé auprès d'un cadre de santé de mon entourage afin de vérifier la compréhension et la pertinence des questions. A la suite de cet entretien, il m'a fallu modifier une question qui semblait complexe dans la compréhension. Ce guide d'entretien a été validé par le directeur de mémoire.

3.3.3 Le déroulement des entretiens

Les rencontres avec les cadres de santé se sont déroulées dans leurs bureaux professionnels. Deux cadres m'ont signalé avoir des impératifs à la suite de l'entretien et souhaitaient fixer une durée d'entretien que nous avons réussi à respecter. J'ai réalisé des entretiens de 30 minutes environ. Ceux-ci ont été enregistrés à l'aide d'un smartphone dans le but de les retranscrire fidèlement. Le préambule de l'entretien a toujours été l'occasion de préciser que l'anonymat des personnes ainsi que celui de l'établissement m'accueillant serait préservé. Le thème général de la recherche est énoncé en début d'entretien : le travail en binôme cadre. J'ai choisi de ne pas énoncer ma question de recherche dans l'objectif de ne pas induire des réponses.

3.3.4 Les limites et critiques de l'étude

Il s'agit pour moi de la première recherche effectuée en Sciences Humaines et Sociales. Après un temps de compréhension de la démarche, il m'a fallu un temps d'appropriation des lectures effectuées afin de faire cheminer en moi mes doutes et représentations et ainsi de m'ouvrir à ces théories. Cette démarche demande une grande rigueur tant sur l'élaboration des concepts que dans le travail d'analyse. Cette initiation à la recherche demande également une préparation à la conduite des entretiens dans l'objectif de ne pas être inductif avec les professionnels afin de garder le caractère scientifique de cette recherche.

De plus, cette recherche est basée sur un nombre restreint d'entretiens. Il ne s'agit pas de généraliser les données obtenues.

La limite de ce travail est le manque de temps et d'expérience. L'année de formation à l'IFCS est particulièrement intense. Or, j'aurais parfois voulu aller plus loin dans mes recherches conceptuelles et dans mon analyse. En effet, je me rends compte que l'analyse est un processus qui nécessite parfois de laisser des temps pour permettre une maturation. L'année de formation ne permet pas forcément de faire complètement ce travail. De plus, depuis ma formation initiale d'infirmière, je n'ai pas eu l'opportunité d'engager un travail de recherche. Ce travail nécessite l'appropriation de méthodologie qui m'a parfois fait perdre un peu de temps.

Analyse

Et

Interprétation

4 L'ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION

Après une première lecture de mes tableaux d'analyse, j'ai choisi de présenter mes résultats en proposant au lecteur d'aborder dans un premier temps le profil des binômes interviewés. Dans une seconde partie, je mettrai en avant les intérêts qui sont repérés par les cadres sur la question du binôme pour développer ensuite les limites au fonctionnement de ce groupe de deux. Puis, je proposerai une analyse des moyens de communication mis en œuvre concrètement par les binômes rencontrés, pour développer le travail ensemble. Enfin, je reviendrai à ma question de recherche. Afin de faciliter mon analyse et la lecture, j'ai choisi de nommer les cadres interviewés, j'ai utilisé une couleur par cadre de santé (CDS).

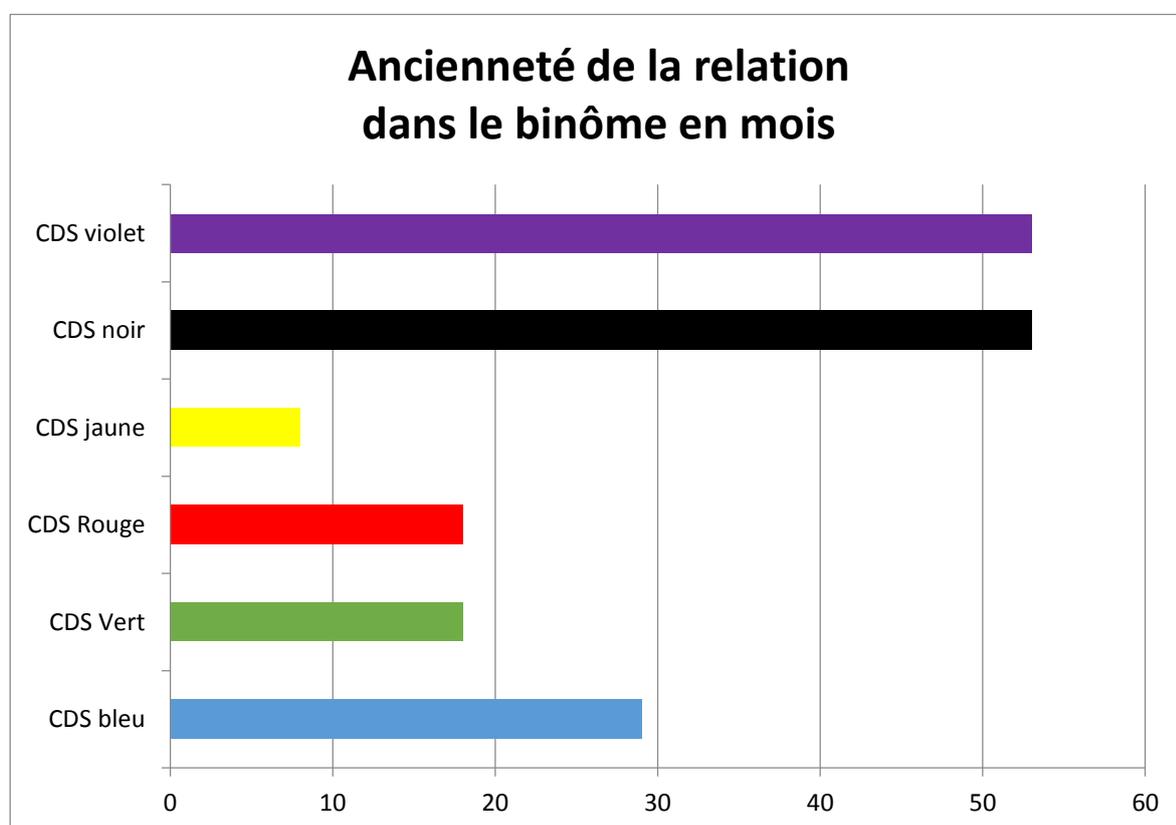
4.1 L'ancienneté du binôme, une étape liminaire à la construction de confiance dans ce groupe de deux ?

Mes deux premières questions m'amènent à découvrir l'ancienneté de la relation dans le binôme. J'ai choisi de fixer un critère d'une année comme limite posée dans mes questions. Ce critère peut paraître fantaisiste car malgré mes recherches conceptuelles, je n'ai pas trouvé de données chiffrées à partir desquelles je peux affirmer qu'une année permet un recul suffisant ou non pour développer de la confiance. Par contre, dans mon exploration théorique, j'ai pu constater que l'expérience antérieure avec le binôme est un critère qui va impacter la confiance. DEUTSCH (1958), cite donc implicitement la notion de temps comme un des ingrédients nécessaire à la construction de la confiance dans les rapports interpersonnels. Il corrèle cette notion de temps avec celle de la reconnaissance de la compétence de l'autre au travers des expériences que nous pouvons vivre conjointement. Je reviendrai dans mes questions ultérieures sur la notion d'expérience et de reconnaissance de la compétence de l'autre, mais il semblait important de préciser d'emblée l'antériorité de la relation au sein du binôme pour ensuite croiser ses données et vérifier ou non la théorie de DEUTSCH.

Le choix d'une année n'est pas anodin. Dans mon expérience de faisant fonction de cadre de santé, j'ai pu constater que l'année représentait un cycle dans le travail du cadre. Cette temporalité est notamment marquée par les périodes de congés que ceux-ci soit d'été, de Noël ou d'autres périodes qui sont des moments où les relations peuvent se tendre dans le binôme. Par ailleurs, les plans de formation sont annuellement aux mêmes dates.

Dans un binôme la priorisation dans le plan de formation tant entre les professionnels que nous encadrons qu'entre les cadres peut être un sujet de discussion qui amène des tensions ou des oppositions. Bien d'autres expériences peuvent ainsi être vécues tout au long d'une année complète qui va probablement aider les cadres de santé à se positionner sur le thème de la confiance envers son collègue.

Dans mes entretiens, une professionnelle est en binôme depuis moins d'un an (huit mois). Les cinq autres ont plus d'une année d'expérience avec leur binôme. Le diagramme ci-dessous montre une synthèse des résultats obtenus à la question.



4.2 Les intérêts du binôme, identifiés par les cadres

Je vais développer l'analyse de ce domaine en me reposant sur les verbatims obtenus dans la question 3 et dans la question 5. Ces deux questions amènent à explorer les intérêts qui sont repérés par les cadres dans le travail binôme. Je propose de réaliser une analyse quantitative et qualitative des items cités par les cadres sur ce sujet. Dans un second temps je réaliserai une synthèse des résultats permettant de proposer une analyse globale des résultats sur le sujet des plus-values repérées au travail en binôme.

Question 3 : Pourriez-vous citer les avantages (s'il y en a) que vous identifiez au travail en binôme ?

Question 5 : Parmi les mots suivants, lesquels se rapprochent du type de relation que vous entretenez avec votre binôme ? De confiance, minimaliste, inexistante, privilégiée.

- Question 5.1 : Faire développer le sens donné au mot.
 - Si confiance ou privilégié apparaissent : Quels éléments vous ont permis de développer de la confiance ou relation privilégiée ?

Concernant la question 3, j'ai choisi en lien avec l'exploration théorique de relever les verbatims qui viendraient expliciter les notions de : confiance/cohésion; positionnement/communication; complémentarité; valeurs communes/identité professionnelle. J'ai par ailleurs mis en place un item autre qui permet de relever des éléments repérés comme des intérêts dans le travail en binôme que je n'ai pas choisi de développer dans ma phase d'exploration théorique.

Concernant la question 5, l'ensemble des professionnels interviewés ont choisi de développer leurs propos sur le thème de relation de confiance et/ou privilégié. En ce sens, les verbatims obtenus s'inscrivent tous dans la perspective d'une vision avantageuse du binôme. De plus, ces verbatims viennent renforcer l'item confiance/cohésion développé dans la question 3. Je vais donc les intégrer dans cette partie de l'analyse en mettant en avant de nouveaux verbatims s'il y en a qui apparaissent.

4.2.1 *La confiance et la cohésion pour les cadres interviewés :*

Sur le thème de la confiance et cohésion : Les six cadres interrogés emploient des verbatims en lien avec le fait que le binôme nécessite la mise en place de confiance et/ou cohésion entre ses membres.

On trouve par exemple : *« Question n°3 : chacun respecte le travail de l'autre ; avoir quelqu'un sur qui on peut compter ; il faut avoir la confiance et la transparence de le dire ; je discute beaucoup avec mes équipes mais il a des choses que l'on ne peut discuter que entre cadres ; Question n°5 : la confiance s'est installée spontanément ; on est vraiment dans un rapport de confiance mutuelle..... »*

Je peux constater que la relation de confiance est repérée par les cadres comme vecteur de distanciation à la pratique professionnelle. Le fait de faire confiance à son binôme permet d'aborder des sujets avec lui du fait de son statut identique de cadre. Des sujets qui ne peuvent pas forcément être abordés avec le reste de l'équipe soignante. Les verbatims, témoignent globalement d'une pratique cohésive dans les binômes interrogés. D'après DEVILLARD, je dirais même que les interviewés développent des cohésions dynamiques.

La cohésion dynamique se retrouve dans les verbatims de l'ensemble des professionnels. Je peux en effet analyser qu'à travers de la confiance entre les cadres, la prise de recul est possible par les échanges entre ces deux managers. Si pour DEVILLARD les trois facteurs qui permettent la construction de ce type de cohésion sont ceux des pratiques cohésives, du lien entre les membres et la cohérence, je retrouve en effet en filigrane dans mes entretiens des éléments qui renforcent la proposition de l'auteur.

Par exemple : *« on a un grand respect mutuel ; dans les situations un peu conflictuelles c'est plutôt rassurant ; je discute beaucoup avec mes équipes mais il a des choses que l'on ne peut discuter que entre cadres ».*

Il est ainsi repéré des éléments concernant le lien groupal entre les membres. Un des cadres identifie l'échange avec son binôme comme différent de celui qu'il développe avec d'autres professionnels de l'institution hospitalière. Cela est argumenté par une reconnaissance du binôme comme pair dans la pratique. Cette position renforce le fait que les cadres puissent développer les mêmes objectifs de par leur appartenance à un même groupe professionnel. Autrement dit, c'est bien la fonction de cadre qui crée ici la cohésion. En allant plus loin, je pourrais même émettre l'hypothèse d'après les théories de Roger MUCCHIELLI que le

groupe agit ici dans une forme de pression de conformité entre ses membres. Cette pression de conformité les amène à développer de la confiance pour développer des réponses managériales harmonisées.

Par ailleurs, il existe aussi des verbatims en lien avec des pratiques cohésives. Je peux m'appuyer sur le fait que les interviewés repèrent le respect entre les membres du binôme. En effet, ces propos mettent en avant le fait que les interviewés ne se sentent pas en danger dans la relation avec leur collègue. Cette position est notamment renforcée par le fait qu'il n'y a aucun verbatim dans la question 5 qui mettrait en avant un rapport minimaliste ou inexistant.

Enfin, la cohérence est aussi mise en avant par les interviewés. Ce propos est notamment retrouvé dans les situations vécues comme difficiles par les cadres. Dans ces moments, il est précisé que les messages des cadres doivent être identiques auprès des équipes. Cela renforce mutuellement les messages de chacun des cadres et évite les dynamiques de clivage.

L'ensemble de ces éléments identifiés par les cadres interviewés met en avant une forme de sécurité dans la relation des binômes interviewés. La reconnaissance du collègue comme une personne ressource permet de constituer une dynamique favorable au sein du binôme.

Néanmoins, les propos de la cadre de santé (CDS) jaune m'ont paru intéressants à sortir de ce premier niveau d'analyse. Ceux-ci, mettent de la nuance aux propos généraux développés par les autres interviewés. Le CDS jaune renforce l'idée de DEUTSCH selon laquelle le facteur temps est important pour développer la confiance dans le binôme. Le CDS Jaune est celui qui dispose de l'antériorité de relation la moins importante avec son binôme (8 mois) et il précise :

« quand on a des soucis c'est bien de savoir que l'on peut se replier sur son binôme, lui dire les choses. Je le faisais plus avec l'ancien parce que je le connaissais plus et dès qu'il y avait une problématique nous nous en faisons part ».

Je ne peux bien entendu pas faire une généralisation avec les propos tenus par une personne. Néanmoins, je peux constater que c'est le binôme ayant le moins d'ancienneté dans la construction de son binôme qui met en avant le fait que le facteur temps est important. Pour ce cadre, le fait de passer du temps avec son binôme permet ainsi de développer plus de confiance et par suite de partager plus avec lui. Autrement dit, le facteur temps est perçu ici comme un ingrédient nécessaire à la construction de la confiance dans le binôme.

4.2.2 *Le binôme par sa communication impacte le positionnement des cadres*

Sur l'item de la communication et du positionnement quatre des six cadres interrogés mettent en avant des verbatims. Les interviewés voient notamment dans les intérêts du binôme, un effet sur leur positionnement. Les verbatims les plus signifiants montrent que le binôme les aide dans leur prise de décision :

« se conforter sur des décisions ; je fais ce qu'elle a l'habitude de faire quand elle n'est pas là ; échanges sur les décisions à prendre ; nous avons posé rapidement les règles entre nous c'est-à-dire voilà quand tu me remplaces voilà les choses qui sont à faire et celles qui sont à reporter parce qu'il y a des choses non urgentes ».

Je remarque que les trois cadres ayant évoqué le plus la question du positionnement sont ceux qui ont le moins d'ancienneté dans la relation à leur binôme. Il s'agit en effet des CDS rouge, vert et jaune qui ont moins d'un an et demi d'ancienneté. Ce point semble intéressant car j'ai pu analyser précédemment que le facteur temps influence sur la confiance dans le groupe. Or, il se dégage ici que le temps passé avec son binôme, a aussi une acception qui favorise l'appropriation de zones de définitions ou de valeurs communes. Cette recherche de partage dans le sens des actions, tend à harmoniser les positionnements dans le binôme et semble représenter un enjeu fort de la relation entre les cadres.

Je peux analyser cet item sur deux niveaux.

Un premier pourrait consister à dire que le temps est un facteur nécessaire pour que chaque binôme s'approprie les limites du champ de décisions auquel il peut avoir accès dans l'exercice de son travail de « remplacement » (binôme).

Cela peut en effet se comprendre relativement aisément. Au-delà du travail prescrit que l'on peut trouver dans une fiche de tâche ou un profil de poste, le style de management, la personnalité, la connaissance des agents vont orienter nos prises de décisions. Autrement dit, dans une même situation, les cadres de santé ne se positionnent pas tous de la même façon. Or, je constate à travers les verbatims que les échanges entre des cadres de santé n'ayant pas beaucoup d'antériorité mettent l'accent sur l'ajustement de la décision. L'ajustement décisionnel est ainsi parlé entre les cadres pour permettre d'objectiver une décision qu'aurait pu prendre leur collègue dans la même situation.

Cela est intéressant car au-delà d'avoir un impact sur celui qui est en position de remplacement de son collègue, la discussion pourra permettre de faire cheminer chacun des cadres pour évoluer dans sa propre posture.

Un deuxième niveau d'analyse de cet item peut reposer sur le fait que le binôme représente une opportunité pour harmoniser les valeurs professionnelles et permettre de tendre vers une identité professionnelle partagée.

En reprenant la définition de VENAUT (2003) les valeurs constituent un « *principe idéal auquel se réfèrent communément les membres d'une collectivité pour fonder leur jugement, pour diriger une conduite* »⁵. Le facteur temps peut avoir pour ces cadres une vertu dans l'élaboration de valeurs communes. Ces valeurs peuvent ainsi servir aux cadres dans leur prise de positions, notamment quand ils remplacent leur collègue. Ce point éclaire sur le fait qu'au-delà du positionnement, la mise en place de binôme dans une institution, corrélé au facteur temps peut ainsi être un levier d'harmonisation des valeurs des professionnelles. Ce type de dynamique est un terreau à l'émergence d'une identité professionnelle partagée.

4.2.3 La recherche de valeurs communes, une plus-value au travail en binôme pour une identité professionnelle partagée

D'ailleurs, cinq des six cadres interviewés évoquent des verbatims qui ont attiré à la question des valeurs communes en termes d'avantage dans le travail en binôme cadre et cela à partir d'une question très ouverte. Les cadres interviewés ont majoritairement fait le lien que le binôme favorisait l'émergence au moins de valeurs communes voir d'une identité professionnelle partagée. Les verbatims les plus significatifs sur cet item sont les suivants :

« on a la même façon de fonctionner ; on a la même conception du soin, la même conception de management ; il faut que l'on s'oriente vers les mêmes choses et il faut aussi que nous ayons la même conception sur l'encadrement des professionnels et des étudiants qui viennent dans nos unités. Il faut avoir je dirai la même philosophie à travers cela. ; ce que l'on partage en valeurs communes c'est la prise en soins des personnes âgées ; nous sommes sur la même longueur d'onde... les notions de respect, de bienveillance, de dignité, toutes les choses qui

⁵ Site internet consulté le 15 février 2016. www.cadredesanté.com VENAUT, F. (2003). *Donner du sens aux valeurs soignantes.*

sont importantes ; en ce moment on a une problématique particulière... la stratégie, on en discute, on a des idées voilà ; si on a des mêmes valeurs, nous avons des points communs, alors ensuite c'est facile de travailler ensemble »

Je m'aperçois que le fait de partager dès le départ des valeurs communes est sans aucun doute un préalable qui permet de faire fonctionner le binôme dans une dynamique positive.

Je peux aller plus loin en reprenant le modèle identitaire professionnel défini par SAINSAULIEU qui confirme ici que les discussions entre les cadres constituent des moments de partage. Ceux-ci vont permettre de développer une identité professionnelle partagée. La vision de DUBAR (2002) vient renforcer ce constat : *« on ne peut communiquer que si l'on possède un minimum de codes communs. Cette norme commune ne peut découler, que d'une culture partagée impliquant un système de valeurs qui sous-tendent les normes orientant les acteurs »* (p.53).

Il existe d'ailleurs une corrélation entre les propos tenus sur ce sujet par les « jeunes » binômes et leur besoin de mettre en place ces « codes communs » dans le binôme. Les CDS jaune, vert et rouge sont en effet ceux qui citent le plus de verbatims sur cet item.

Mais la seule identité professionnelle partagée ne saurait être le seul avantage repéré par les cadres interviewés.

4.2.4 La complémentarité, un avantage fort du binôme mais pour qui ?

La complémentarité est un avantage repéré par les six cadres interviewés. C'est de loin l'item qui comporte le plus de verbatims concernant l'ensemble des cadres interviewés : 23 verbatims (contre 12 pour l'item confiance/cohésion, 10 pour communication/positionnement et 15 pour valeurs/identité professionnelle). Les items les plus représentatifs mettent en avant :

« il y a des missions parfois qu'on se confie c'est une qui prend une mission en charge pour les deux services ; partages de compétences ; on est très complémentaire quand on a un projet à mener, on se partage bien les tâches ; à deux on a beaucoup plus d'idées, on a des visions toutes les deux différentes »

Je pensais plus retrouver cet item de complémentarité sur le domaine purement organisationnel. En effet, la mise en place du binôme répond à des exigences organisationnelles.

Celles-ci sont d'ailleurs mises en avant par l'institution comme telle en positionnant la permanence de l'encadrement soignant comme un moyen de préserver une forme de continuité pour les équipes. La complémentarité dans ce sens s'entend donc plus comme une notion de continuité.

Or, au-delà de l'intérêt institutionnel, les cadres y voient aussi un intérêt personnel. Le CDS jaune explique notamment : *« alors moi je suis dans la nécessité de venir tôt le matin parce que je dois participer au staff et elle n'est pas dans cette obligation là et elle préfère rester plus tard le soir »*.

L'organisation du temps de travail sur la journée est notamment mise en avant comme un facteur d'équilibre entre vie personnelle et vie professionnelle par ce cadre. Cela est intéressant car je m'aperçois ici que le binôme a été instrumentalisé et dévoyé de sa fonction première. En effet, la fonction de binôme est prévue pour combler à de longues absences de type vacances, maladie, formations... De plus, les horaires des cadres de santé sont toujours définis dans leur profil de poste d'affectation. En ce sens, les variations horaires pour convenances personnelles peuvent exister mais ne sont légitimées que par l'accord du cadre supérieur de santé. L'organisation prise par ces deux cadres montre qu'en tant qu'acteur du système institutionnel, ils se sont servis du prétexte « binôme » pour améliorer leur confort dans le système. Cette analyse permet d'illustrer les théories de CROZIER et FRIEDBERG selon lesquelles un système est le théâtre de stratégies individuelles et collectives.

Les cadres interviewés ont aussi mis en avant des verbatims qui inscrivent la complémentarité dans une perspective d'additions de compétences :

« elle est très douée pour tout ce qui est calculs, les chiffres et tout ça alors que moi ce n'est pas mon domaine du tout ça ne me plaît pas je n'ai jamais aimé ça, elle fait alors que moi je rédige les rapports, les comptes rendus parce qu'elle n'aime pas écrire, donc on se complète ».

Là encore, si je peux comprendre ce positionnement, il n'est pas sans me questionner. L'adage selon lequel le « *tout est supérieur à la somme des parties* » (Aristote) positionne les individus du binôme dans une logique de complémentarité centrée sur les tâches. Autrement dit, si un cadre dispose de compétences dans un domaine c'est plutôt lui qui réalisera les tâches de ce domaine.

Cependant, cette vision « Taylorisante » de l'exécution des tâches, peut devenir enfermante pour les cadres du binôme. Si chacun développe des actions dans lesquelles il est reconnu comme expert, il n'aura pas forcément l'occasion de développer d'autres compétences. Ainsi, ce qui est perçu comme un intérêt pour les cadres interviewés peut devenir une limite sur du plus long terme. Chacun dispose ici de zones de référence dont il sera reconnu comme le responsable. En ce sens, la notion de complémentarité ne servirait plus le binôme mais bien chacun des membres qui le compose et qui ne souhaite sortir de sa zone de confort.

Or, il ne faut pas oublier qu'avant tout le binôme est une organisation mise en place par l'institution dans laquelle nous travaillons pour répondre à des exigences de continuité de l'organisation des soins et non un équilibre personnel. Mais la suite de l'analyse des verbatims va confirmer que les cadres interviewés ont néanmoins positionnés les intérêts du binôme dans leur champ de perception personnelle.

4.2.5 Les verbatims « autres », une interprétation personnelle du binôme qui éloigne de la mission première de celui-ci

J'ai relevé dix verbatims « autres », identifiés comme des avantages au binôme pour les cadres interviewés. Ceux-ci ne rentrent pas directement dans les axes conceptuels que j'ai développés en amont de ce travail d'analyse. Du moins c'est ce que je pensais avant de réaliser cette analyse. Parmi ces verbatims, je peux citer par exemple :

« moralement on se sent des fois soutenu quand on vit des choses un peu difficiles ; il y a aussi une affinité qui se crée ; quand on a des soucis c'est bien de savoir que l'on peut se replier sur son binôme, lui dire les choses »

En prenant du recul sur les verbatims en eux-mêmes, je me rends compte que ceux-ci sont essentiellement en lien avec le confort de vie au travail pour l'individu cadre.

Le fait d'avoir l'impression d'être en sécurité, ou encore de savoir que l'on pourra aller voir son collègue pour être soutenu pendant les moments difficiles, m'amène à penser que les cadres interviewés ont associé le binôme à un réel appui psychologique. Notre profession où la charge mentale peut parfois être importante, nécessite sans aucun doute des moments de décharge émotionnelle où le cadre peut parler ses difficultés. Dans ces moments, le cadre n'attend pas forcément de solutions mais au moins une écoute attentive. Cette dynamique par exemple est présente en pédagogie dans les séquences d'analyse de la pratique professionnelle, ou encore dans les supervisions d'équipes.

En ce sens, j'ai l'impression que le binôme peut aussi constituer un moment de soupape nécessaire au cadre pour lui permettre de prendre du recul sur les évènements afin de prendre les décisions adéquates. En devenant un « confident », le binôme permet cela. Je comprends mieux dans cette perspective l'intérêt du rapport de confiance entre les membres du groupe binôme. En effet, ces temps qui peuvent paraître informels, servent aux cadres à parler entre eux pour prendre du recul sur leur pratique.

Enfin dans les verbatims retenus, j'ai été particulièrement intéressé par celui du CDS jaune :

« La force du binôme c'est d'analyser les situations de l'autre et cela a un effet miroir sur ses propres pratiques et cela permet de se réajuster soi-même ».

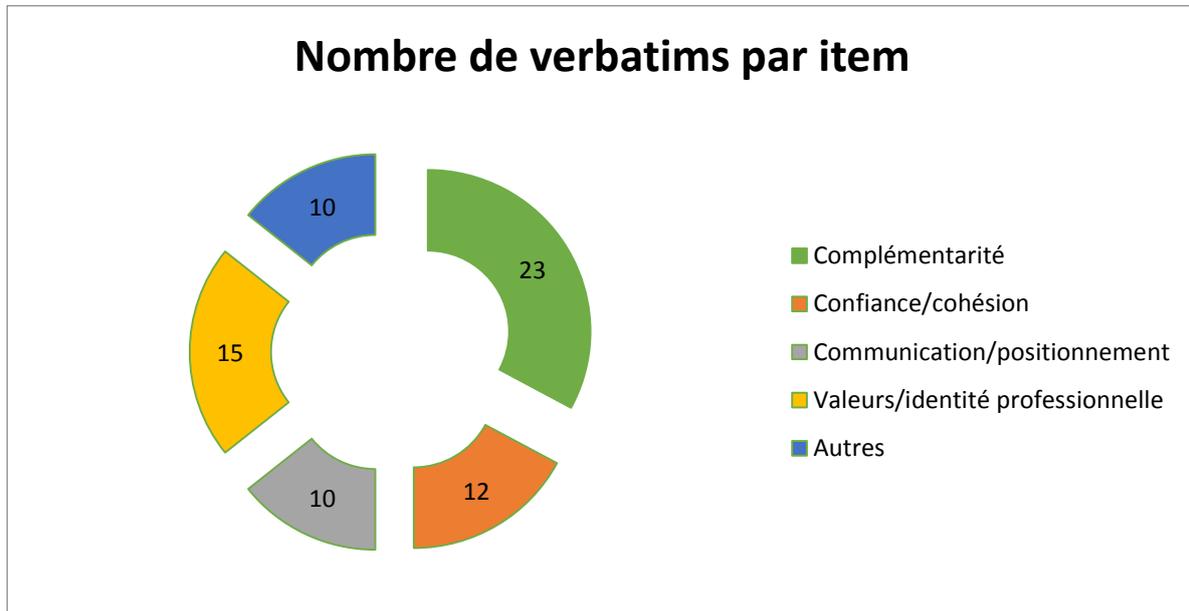
Ce verbatim met en avant l'amélioration de la compétence individuelle par les échanges dans le binôme. Autrement dit comment renforcer sa compétence individuelle en s'appuyant sur une compétence collective. Pour LE BOTERF (2008), agir en compétence c'est identifier qu'on sache

« combiner et mobiliser un ensemble de ressources pertinentes (connaissances, savoir-faire, qualités, réseaux de ressources...), pour gérer un ensemble de situations professionnelles, chacune d'entre elles étant définie par une activité clé à laquelle sont associées des exigences professionnelles (ou critères de réalisation de l'activité), afin de produire des résultats (services, produits) satisfaisant à des critères de performance pour un destinataire (client, usager, patient...) » (p.17).

Le renforcement de la compétence individuelle dans le binôme est pour le CDS jaune favorisé par les échanges réflexifs sur la pratique entre les cadres. Aussi, au vu de l'analyse du reste de l'item, je peux donc penser que plus le binôme fonctionne en confiance, plus il échange et plus il améliore sa compétence collective mais aussi individuelle.

4.2.6 Synthèse d'analyse sur le sujet des avantages au binôme

L'ensemble des verbatims retenus pour l'analyse est recensé dans le graphique ci-dessous :



L'analyse détaillée de chaque item dans la partie précédente me permet d'obtenir une vision synthétique de ce que peuvent représenter les intérêts du binôme pour des cadres de santé.

4.2.6.1 La confiance entre les membres du binôme s'articule sur le partage de valeurs communes

Tout d'abord, j'aperçois que la confiance partagée par les membres du binôme repose bien sur des facteurs de temporalité et de communication. En effet, plus le temps passe et plus le binôme communique, plus il développe une confiance. Celle-ci se fonde donc sur un vécu expérientiel qui est alimenté lui-même par la reconnaissance chez l'autre de valeurs convergentes avec les siennes.

Pour favoriser cette dynamique, le binôme semble avoir besoin de temps d'échanges qui seront d'autant plus importants que le binôme est récemment créé. Ces échanges permettent de verbaliser et donc d'objectiver les positionnements et/ou valeurs professionnelles des cadres. Cela a un impact fort dans la construction de la confiance entre les membres du binôme.

4.2.6.2 La notion de complémentarité entre les cadres de santé est ainsi recherchée au premier plan mais dans une acception individuelle et non institutionnelle :

Les cadres de santé ne mettent pas forcément la même signification au terme de complémentarité que celle posée par l'institution. Pour l'institution, l'objectif premier du binôme est celui de la sécurité et de la qualité des soins. Cela dans le sens où le binôme permet une continuité de l'encadrement et donc d'une réponse managériale pendant les temps d'absences des cadres. La complémentarité au niveau institutionnel est donc synonyme de continuité.

Or, les cadres interviewés ont plus mis en avant des intérêts centrés sur leur exercice personnel que sur celui de l'institution ou de l'organisation des équipes qu'ils encadrent. Le paradigme de la complémentarité chez les cadres du binôme s'inscrit donc dans une forme individuelle.

Celle-ci leur permet tout d'abord de développer un confort de travail, notamment de positionner le binôme comme un outil de régulation entre leurs contraintes professionnelles et personnelles. Chacun des acteurs développe ainsi des stratégies pour conserver et/ou améliorer sa place dans l'organisation. Le binôme peut servir de prétexte à l'aménagement du travail au quotidien et non plus de façon exceptionnelle quand le collègue est absent.

Par ailleurs, si le binôme peut être par l'échange une source d'amélioration des compétences individuelles, chacun reste cantonné à ses domaines d'expertise. La « Taylorisation » des actes tend à développer une hyperspécialisation des cadres au détriment de la polyvalence recherchée sur le plan institutionnel par l'instauration du binôme.

Il semble important de bien prendre en compte ce versant et être attentif à ce que les échanges du binôme tendent vers le partage plutôt que la délégation des tâches. En effet, l'hyperspécialisation va générer de nouvelles zones de pouvoir entre les cadres et peut potentiellement devenir une problématique. De plus, la multiplicité des échanges entre les cadres permet de renforcer la compétence individuelle et collective du binôme. Il est ainsi dommage de se priver de cette plus-value qui au départ n'était pas visée ni par l'institution ni par le binôme lui-même.

4.3 Les limites au fonctionnement du binôme, identifiées par les cadres

La deuxième partie de l'analyse amène maintenant à m'intéresser à ce que les interviewés ont repéré comme éléments limitatifs à la mise en place du binôme. Par ce thème, j'ai souhaité aborder par le terrain, les éléments qui peuvent être repérés comme des freins à la mise en place d'une dynamique positive dans le binôme.

Aussi pour analyser cet item, je me suis appuyée sur les éléments théoriques développés dans ma partie conceptuelle et j'ai choisi de mettre en avant les verbatims en lien avec : stratégies/jeux de pouvoir ; positionnement/compétence ; valeurs et un item autres qui me permet de mettre en avant des éléments que je n'ai pas choisi de développer dans mon cadre théorique.

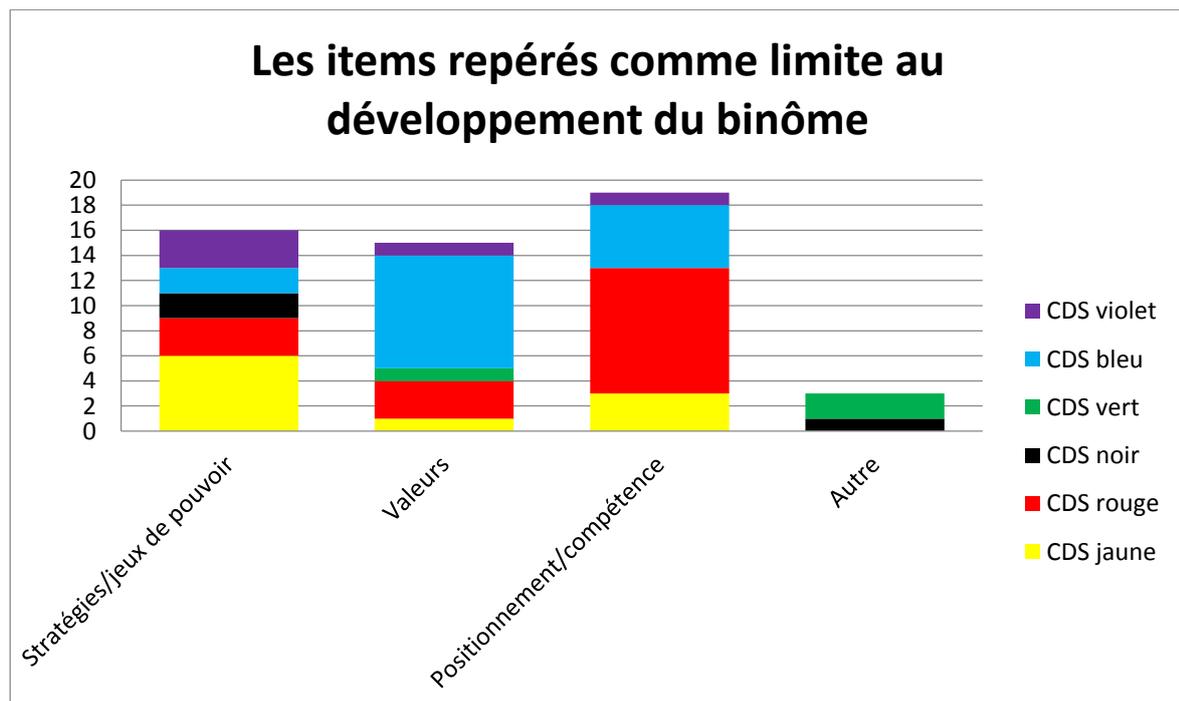
D'une façon globale, je peux dire que j'ai repéré un nombre de verbatims variés pour chacun des items.

Stratégies/ jeux de pouvoir/conflits : 16 verbatims répartis entre 5 des 6 cadres interviewés.

Positionnement/compétence : 19 verbatims répartis entre 4 des 6 cadres interviewés.

Valeurs : 15 verbatims répartis entre 5 des six cadres interviewés

Autre : 3 verbatims répartis entre 2 des 6 cadres interviewés.



Ce premier constat quantitatif, permet de dire que l'ensemble des interviewés ont repéré des éléments qui pourraient pour eux être susceptibles d'impacter la relation du binôme. Pour autant, tous les cadres ne se sont pas positionnés sur les mêmes items. La suite de l'analyse va permettre d'obtenir une vision plus précise des verbatims et de les mettre en lien avec d'autres notions.

4.3.1 *Le binôme, un système de stratégies, jeux de pouvoir et conflits*

Les verbatims de cet item permettent de mettre en évidence deux niveaux de réponse.

Un premier niveau en lien avec le fait que des stratégies et jeux de pouvoir peuvent se mettre en place auprès des équipes encadrées. Un second niveau qui porte plus sur le fait que le binôme implique de prendre conscience d'un travail d'équipe chez les cadres.

Concernant le premier niveau d'analyse, je constate que celui-ci est abordé par deux cadres dont le cadre de santé noir qui dit :

« Quelque fois dans l'équipe de ma collègue il y a deux agents qui en profitent mais je coupe court en disant et bien écoutez Mme P est absente vous verrez cela à son retour. Il n'y a pas d'urgence donc moi je ne gère pas cela. Si c'est urgent je le fais bien évidemment. Le reste non je n'ai pas de demandes particulières ».

Son propos permet de mettre en évidence que les jeux de pouvoirs, les stratégies peuvent se mettre en place non pas dans le binôme en lui-même mais dans le périmètre de ses interventions. Dans ce verbatim, je constate que les équipes, par le fait qu'il y a deux personnes coresponsables, ont mis à profit ces temps pour faire des demandes qu'ils n'arrivent pas à obtenir auprès du cadre référent de leur unité.

Le propos du cadre de santé rouge met en évidence un jeu de pouvoir positif pour lui :

« Moi je passais bien auprès de ses équipes et lui passait pas auprès des miennes donc c'était plutôt à mon avantage mais c'est quand même très dérangeant et puis cela veut dire que l'on est hyper sollicité quand l'autre n'est pas là parce que les équipes profitent quand l'autre ne soit pas là pour justement faire avancer des choses.

Ce fonctionnement peut sembler anodin mais il nécessite une réelle prise de conscience dans le binôme. En effet, je peux voir ici que le CDS rouge explique que ce jeu de pouvoir est « à son avantage ». Or, le CDS rouge ne rebondit pas sur le fait que le positionnement adopté par

les cadres à ce moment peut impacter la dynamique du binôme. En effet, les demandes faites par les équipes introduisent dans le binôme une dynamique de clivage entre les cadres. Ce clivage est en fait une stratégie développée par l'équipe pour obtenir une réponse à un questionnement pour lequel ils n'ont pas obtenu satisfaction. Ce point d'analyse est renforcé par CROZIER et FRIEDBERG (1996) qui positionnent le fait que :

- « *Le comportement des acteurs a toujours un sens. Qu'il réponde à une commande en est un, mais les opportunités et les rapports aux autres en sont des différents.*
- *Le comportement des acteurs a deux aspects. Un premier offensif, comme saisir des opportunités en vue d'améliorer sa situation. Un second défensif, pour maintenir et développer sa marge de liberté.* » (p.54).

A travers cet exemple, la stratégie d'une équipe est à interroger dans la prise de décisions en tant que binôme. De façon relativement naturelle et si nous n'y prêtons pas attention, nous avons plutôt une attirance pour être le bon objet que le mauvais. La flatterie amenée par l'équipe peut ainsi nous entraîner à répondre à la demande pour rester dans cette position de bon objet. Or, il est important de resituer la demande dans le champ d'intervention du binôme. Celui-ci n'est pas mis en place pour répondre à des demandes qui peuvent être différées. L'objectif du binôme est bien celui de la gestion des situations d'urgence qui nécessitent des réponses urgentes. Le reste des décisions appartient bien au cadre affecté dans l'unité et non au binôme.

Or, mal se positionner sur ce point pourrait constituer un premier jeu de pouvoir entre les cadres du binôme. Selon CROZIER, le pouvoir « *implique toujours la possibilité pour certains individus ou groupes d'agir sur d'autres individus* » (p.65). En instituant une relation de pouvoir, les acteurs mettent en place une relation à l'autre dans le but d'en obtenir des retombées positives pour eux-mêmes, en consolidant par exemple leur position dans l'organisation (comme par exemple le fait d'être le bon objet aux yeux des équipes). Ces jeux de pouvoirs ne sont pas toujours conscientisés par les acteurs. Il va donc être important avant la prise de décision de prendre le temps nécessaire de la réflexion pour un cadre. Ce temps de réflexion peut permettre de dépasser les évidences et de réfléchir aussi au sens d'une demande. Y mettre du sens donne ainsi aussi du sens à la réponse que nous pouvons apporter, et cela au-delà des apparences.

D'autant que les jeux de pouvoir dans le binôme peuvent vite devenir une source de conflit entre les cadres notamment. Pour Sandra MICHEL (2002)

« la situation de conflit se rencontre quand il y a divergence entre deux acteurs (individus ou groupes) qui sont en relation ; parce que leurs intérêts, leurs objectifs, leurs valeurs, leurs méthodes, leurs rôles ou leurs statuts sont contradictoires ou exclusifs l'un de l'autre » (p.289).

En positionnant une décision qui relève du périmètre de son collègue, le binôme s'expose à un point de friction. Ce point de friction peut être d'autant plus épidermique qu'il va toucher l'égo des cadres. En effet, en se positionnant à l'encontre du positionnement de son collègue, il est signifié que l'on prend une décision à sa place qui est contraire à celle qu'il a développée jusqu'à présent. En ce sens, nous nions implicitement la compétence du collègue cadre dans son exercice quotidien.

Concernant le deuxième niveau d'analyse de cet item, je peux mettre en avant les verbatims suivant :

« C'est quelqu'une qui a toujours travaillé seule et qui a toujours fait les choses à sa manière et qui sait comment exactement comment elle veut travailler ; Elle a été habituée à travailler auparavant dans un petit établissement où elle n'avait pas de binôme et a été de ce fait habituée à gérer toute seule. Nous en avons parlé ensemble et pour elle cela a été plus compliquée que quelqu'un d'autre ait en regard sur son secteur et qu'elle n'ait pas l'autonomie ; si il y en a une plus centrée sur son petit confort personnel plus que l'autre ; quelqu'un qui serait individuel c'est compliqué de travailler avec quelqu'un qui est individuel »

Par ces verbatims, c'est bien la notion d'équipe qui est mise en avant par les interviewés. En effet, le collectif représente une notion qui semble essentielle dans le développement du binôme. Un cadre ayant l'habitude de travailler seul et ne partageant pas avec son collègue est alors repéré comme une limite au fonctionnement du binôme.

La définition d'un groupe restreint par ANZIEU et MARTIN me permet d'ailleurs de comprendre ce propos : Le groupe restreint est caractérisé par un nombre

« restreint de membres, tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres, être perçu réciproquement par lui et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ; poursuite en commun et de façon active des mêmes buts [...] ; relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathies, antipathies..) et constituer des sous groupes d'affinités ; forte interdépendance des membres [...] ; différenciation des rôles entre les membres ; constitution de normes (langage et code du groupe) » (ANZIEU et MARTIN, 2003, p.28).

On peut alors comprendre que le fait qu'un des cadres de santé soit dans une perspective individuelle peut impacter la dynamique de ce groupe. Cela dans le sens où les échanges interindividuels ne seront pas vécus comme ayant un sens partagé. Par suite la constitution de normes communes ne pourra pas avoir lieu. D'ailleurs, dans cette situation peut-on réellement parler de binôme cadre ? Ou alors de deux cadres devant travailler ensemble ? Ou plutôt l'un à côté de l'autre ? Cette perspective peut à amener à tendre les rapports entre les cadres et laisser libre cours aux conflits. En effet, dans le premier versant d'analyse de cette question, j'ai pu mettre en avant le fait que les dynamiques de clivages des équipes peuvent se mettre en place.

L'addition des tâches ne saurait être un élément suffisant pour développer une équipe « binôme », la nécessité d'un tuilage entre les cadres apparait ici comme un ingrédient essentiel afin de partager une zone de savoirs, savoir-faire, savoir-être. Cette vision dynamique du groupe implique un passage de la pluri professionnalité à l'inter professionnalité. Si je n'ai pas développé ce versant conceptuel dans ma phase théorique, je me rends compte qu'il est néanmoins abordé par les interviewés. LE BOTERF (2004) dit : *« il devient impossible d'agir avec compétence en restant isolé et sans coopérer avec d'autres »* (p.9). Par ce paradigme, LE BOTERF, met en avant le fait qu'une intelligence collective est la condition de la survie et du développement des organisations. L'intelligence collective peut ainsi prendre forme à travers le partage entre les cadres du binôme. Cela permet au binôme de développer une pratique cohésive et cohérente par l'inter professionnalité.

Selon MOUREY et OUTATA (2005), l'inter professionnalité est :

« Un processus et des modalités d'organisation de travail et de communication sociale permettant à des professionnels d'horizons, de cultures et de pratiques différents d'échanger, et éventuellement de mettre en commun , des connaissances, des informations, des opinions, des vécus personnels en vue d'analyser et de comprendre toutes les situations professionnelles auxquelles chacun est susceptible d'être confronté [...]. Ce travail en équipe, fondé sur la recherche de représentations et de valeurs compatibles, permet la coordination des rôles et la répartition des tâches en vue d'élaborer des projets et des plans d'action et de donner une signification partagée au sein de l'action collective. »
(p.22).

Cette définition de l'inter professionnalité positionne le fait que celle-ci ne peut avoir lieu sans une communication adaptée entre les membres du binôme. La communication étant la zone de partage entre les cadres pour leur permettre d'évoluer dans un processus de construction identitaire partagée.

4.3.2 Positionnement et compétence des cadres guidés par leurs valeurs professionnelles

Si initialement, j'ai envisagé d'analyser deux items différents : Un premier positionnement et compétence et un second sur les valeurs professionnelles. Je me rends compte que se sont en fait les valeurs professionnelles des cadres qui les guident dans leur positionnement. Or, 100% des verbatims cités dans l'item positionnement/compétence sont en fait en lien avec les valeurs professionnelles. En d'autres termes, ce sont les valeurs professionnelles qui sont identifiées comme une source de positionnement pour les cadres. Ces deux items forment donc un processus de décision pour les interviewés et c'est bien le processus de décision qui semble intéressant à analyser en tant que tel pour comprendre les causes et conséquences de ce qui est repéré comme une limite au binôme.

Dans ces items je repère les verbatims suivants :

Exemple de verbatims en lien avec positionnement/compétence : *« ça peut être hyper difficile de travailler en binôme si nous n'avons pas les mêmes points de vue et les mêmes façons de vouloir travailler ou les mêmes positionnements ; Par rapport aux valeurs que moi je défends et à la vision que j'ai de la place que doit avoir un cadre de santé dans une équipe, que le positionnement que doit avoir le cadre, elle fonctionne trop à l'affectif. Donc c'est compliqué au quotidien ... ; j'y suis en ce moment confronté j'ai une infirmière qui est en difficulté en gastroentérologie... Donc j'ai fait des difficultés avec mon binôme car elle l'a vue en entretien sans moi et la défend et la protège ; je lui ai dit que ce n'était pas ma vision partagée des choses et que c'était un petit peu embêtant qu'elle puisse donner trois jours pour un agent alors que moi je tolère un jour et pas plus ».*

Exemple de verbatims en lien avec l'item valeurs professionnelles : *« La difficulté que moi je rencontre aujourd'hui dans ma pratique quotidienne c'est que mon binôme n'a pas les mêmes valeurs soignantes que moi ; Une personne qui n'aurait pas les mêmes valeurs, les mêmes envies donc du coup c'est difficile de trouver un terrain d'entente même en restant professionnel ».*

Les valeurs professionnelles semblent directement impacter les positionnements des cadres de santé. Au quotidien, les cadres mettent en place des décisions en fonction de ce qu'ils sont.

Il est ainsi repéré que la façon de manager des cadres est particulièrement en lien avec leur personnalité et leurs valeurs professionnelles. Or, en intervenant dans l'équipe de son collègue, agir sans se soucier de ce qu'aurait pu répondre celui-ci, introduit un biais majeur. Ce biais n'est pas tant celui de la réponse qui est apportée en elle-même que celui des conséquences sur la dynamique d'équipe. D'ailleurs le CDS rouge met en avant : *« Si quand elle nous remplace elle ne respecte pas notre façon de manager, maintenir une certaine distance avec les équipes [...] et qu'elle cherche trop à faire plaisir à nos équipes quand on n'est pas là ça pourrait mettre la zizanie et du coup on passe pour le mauvais cadre pas gentil en comparaison de sa collègue ».* Le binôme introduit une notion essentielle qu'il peut être utile de parler entre collègue. Celle-ci est celle de la responsabilité. La responsabilité que nous avons en posture de décision de binôme. Une responsabilité qui comporte deux niveaux. Un premier qui est celui de donner une réponse à l'équipe pour assurer la continuité des soins.

Mais un second niveau aussi qui est de s'inscrire dans une forme de continuité du management habituel de son collègue.

Ce propos renforce l'idée analysée en première partie selon laquelle l'expérience entre les cadres du binôme est un élément qui va permettre de renforcer la confiance et la cohésion du binôme. En effet, l'expérience permet de réajuster les situations vécues. Sur ce point, le CDS jaune explique : « *Quand il y a eu une problématique et que c'est la collègue qui a dû la traiter en notre absence, si elle n'a pas été traitée de la même façon que ce que l'on aurait fait, il faut alors pouvoir bien expliquer pourquoi on l'a traitée de cette façon et une fois que c'est expliqué souvent on comprend mieux* ». Ce qui peut paraître comme un inconvénient, nécessite donc d'être parlé quand il est identifié. En effet, l'échange dans le binôme permet d'offrir une lecture du positionnement de son collègue à un moment donné. Cette lecture à posteriori de la prise de décision, permet de réajuster les comportements individuels de chacun des cadres dans leur prise de décision. En ce sens qu'en favorisant l'échange chacun des cadres pourra exprimer ses arguments sur une situation donnée. Le cadre peut aussi comprendre qu'un autre positionnement est mieux adapté et dans ce cas évoluer individuellement par une remise en question de ses propres positionnements.

Au-delà des valeurs et positionnements, c'est bien ici la capacité d'ouverture des cadres à la discussion et à la réflexion sur les pratiques professionnelles de management qui semble être en question pour que le binôme puisse s'inscrire dans une dynamique positive. Les communications entre les membres du binôme impliquent donc une posture qui dépasse l'informatif pour s'ouvrir sur le réflexif. Or, la pratique réflexive dans l'exercice du binôme n'est pas forcément évidente. Elle implique de prendre conscience qu'un débriefing des décisions prises est nécessaire entre les cadres du binôme. Ce débriefing pourrait être animé par une analyse de la pratique professionnelle à posteriori. Un temps de communication dédié, donc qui favoriserait la construction d'un binôme harmonisé.

4.3.3 Item autres

L'item autre ne met que 2 nouveaux éléments en évidence. Néanmoins, je relève implicitement le manque de communication dans le binôme cela à travers les verbatims suivants :

« Ce qu'il faut c'est toujours se tenir informé mais on ne le fait pas toujours en temps réel et parfois on découvre un petit peu à posteriori que la collègue a su quelques choses qui pourrait nous concerner aussi ; Moi je suis plus âgée que ma collègue j'ai 15 ans de plus euh donc des fois il y a une spontanéité des choses comme cela elle est un peu plus mais moi je la modère, vous voyez »

Le manque de communication apparait ici comme une source possible d'inconvénient dans le binôme. Cependant, dans la suite de mon entretien, j'ai développé une question spécifique sur le thème de la communication. Si je commence à voir que la communication est vraisemblablement un élément central dans le fonctionnement du binôme car abordé ici et dans l'item positionnement/compétence je n'ai que peu d'éléments qui permettent une réelle analyse à ce moment de mon travail. Je pourrai aller plus loin dans l'analyse de ce thème dans la prochaine partie et je propose donc au lecteur de considérer ce passage de mon travail de recherche comme une transition vers la partie suivante d'analyse des items de la communication.

4.3.4 Synthèse d'analyse sur les limites au fonctionnement d'un binôme

Cette deuxième partie de l'analyse m'a permis d'aborder les limites perçues par les interviewés dans la construction d'un binôme. Celles-ci s'articulent autour d'éléments que je peux qualifier d'intrinsèques au binôme et d'autres éléments extrinsèques au binôme.

4.3.4.1 Les éléments limitants, intrinsèques au binôme

La personnalité, le parcours professionnel, les valeurs professionnelles vont impacter nos façons d'agir individuellement. A travers cette analyse, je me rends compte que le binôme nécessite de prendre conscience par chaque cadre qu'il travaille aussi dans une équipe d'encadrant. En ce sens, pour devenir positif, il va falloir mettre en place des ingrédients qui permettent de tendre vers une forme d'inter professionnalité. L'inter professionnalité peut paraître ici une notion qui n'aurait pas sa place car les cadres de santé du binôme occupent bien la même profession. Cependant, leurs valeurs professionnelles, leur expérience et bien d'autres facteurs, façonnent les cadres dans une identité qui leur est propre et qui peut être très différente d'un cadre à un autre. Aussi, il semble particulièrement important que le binôme puisse se créer des zones d'explicitation.

Par zone d'explicitation, j'entends le fait que le binôme puisse se rassembler pour développer un échange réflexif sur leurs pratiques. Ces échanges permettent à chacun des cadres d'explicitier leurs façons de fonctionner, leurs valeurs, leurs champs de compétences. En le faisant, le binôme permet à chacun des cadres de trouver une place dans cette équipe restreinte.

Cependant, pour que la discussion ait lieu, la nécessité de remise en questions des cadres est un élément primordial. L'analyse de la pratique professionnelle implique en effet que les acteurs puissent exprimer librement et avec respect leur vision des choses. En ce sens, elle nécessite aussi que les membres se sentent en sécurité dans le groupe. En effet, pour parler librement, il est nécessaire de se sentir en confiance avec l'autre. Or, j'ai vu dans la première partie de l'analyse que le facteur temps est un critère essentiel pour construire la confiance. Cette confiance repose sur le vécu expérientiel du binôme et se construit dans le temps. La relation dans le binôme pour dépasser ses limites doit donc tenter paradoxalement de parler rapidement les pratiques managériales dans le binôme. Cela, pour permettre à chacun des cadres de réajuster ses positionnements et favoriser un vécu expérientiel favorable à la confiance. Ce travail peut sembler difficile au début de la construction d'un binôme. Pourtant,

en tant que soignant, nous utilisons des outils comme la congruence, l'empathie qui nous servent à construire rapidement une relation de confiance avec un patient. A la façon d'un benchmarking, je pense que nous pouvons développer ces techniques à des fins relationnelles dans le travail. Cependant je ne peux positionner ma réflexion qu'à l'état d'hypothèse sur ce sujet.

4.3.4.2 Les éléments limitants, extrinsèques au binôme

Il existe des éléments repérés comme limitants au développement du binôme. Comme repéré dès la situation de départ, le binôme évolue dans un environnement. Celui-ci dans une approche sociologique qui est celui des systèmes. Or, par stratégie conscientisée ou non, les acteurs peuvent y mettre en place des stratégies pour améliorer leur place dans le système.

En exerçant la fonction de binôme, il me semble important de conserver à l'esprit que nous n'intervenons pas dans notre équipe mais bien dans celle de notre collègue. En ce sens, s'interroger sur la dynamique de l'équipe et sur ce que notre collègue aurait pu répondre s'il avait été présent est essentiel. En effet, les stratégies des acteurs peuvent avoir un effet sur chacun des membres d'un système. Ainsi, je pense qu'il faut garder suffisamment de recul dans nos prises de décisions. Même si l'exercice du binôme nous amène à prendre des décisions dans l'urgence, il n'est peut-être pas complètement urgent de rendre sa décision. Par exemple, nous pouvons prendre le temps de la réflexion, de la prise de recul lors d'une interpellation directe au cours d'un passage dans l'unité du collègue.

4.3.4.3 La communication dans le binôme ?

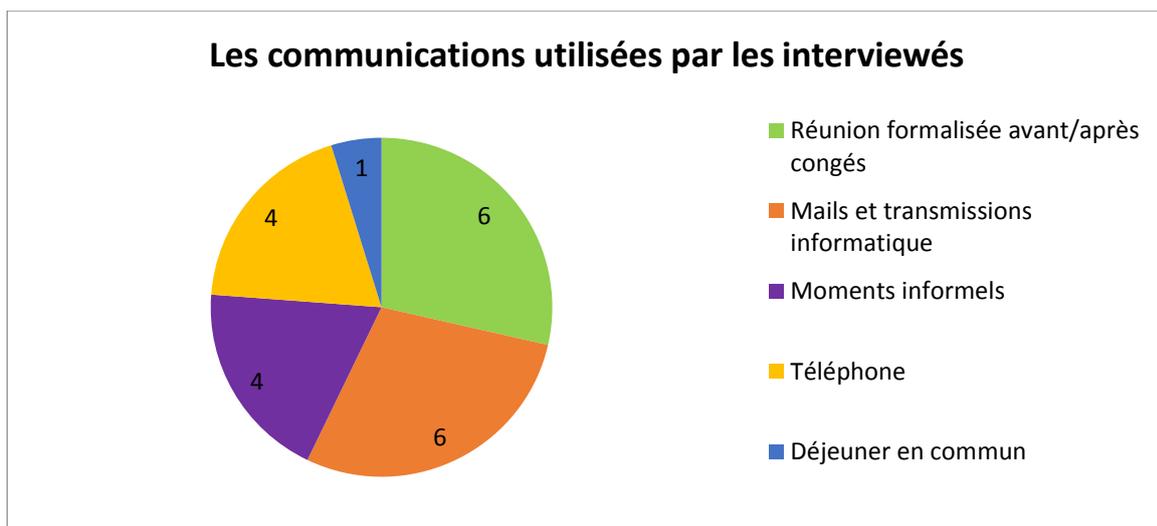
L'approche des limites au fonctionnement du binôme met en évidence des problématiques en lien avec la communication dans ce groupe de deux. La communication semble en effet le point qui permet aux cadres de se rencontrer et de converger vers une dynamique positive. Cependant, si elle est évoquée dans cette partie dans une acception limitative (manque de communication = dysfonctionnement du binôme), je vais aborder dans la dernière partie de mon analyse ce que les interviewés mettent en avant comme éléments concrets de communication pour fonctionner harmonieusement avec leur binôme.

4.4 La communication : un outil indispensable au binôme

La dernière question de mon entretien permet d'explorer la fonction communication. Je constate que l'ensemble des interviewés mettent en avant une communication avec leur binôme. A contrario, l'absence de communication semble un élément repéré comme impossible car aucun cadre ne l'a mis en avant. L'analyse des verbatims va permettre de développer les moyens mis en place par les binômes rencontrés, puis de poursuivre sur la plus-value réflexive qu'entraîne la communication chez les cadres.

4.4.1 Les moyens de rencontre pour communiquer dans le binôme

Avec 28 verbatims, les 6 cadres partagent des temps de communications. Ceux-ci sont référencés dans le graphique ci-dessous.



Il est ainsi repéré 6 façons de communiquer dans le binôme qui peuvent se catégoriser en deux grands items.

Un item regroupant les modes de communication formels : Réunions, mails/transmissions écrites.

Un second regroupant les modes de communication informels : Moments informels, téléphone, déjeuner en commun.

4.4.2 *La communication formelle : Assurer la continuité de la permanence de l'encadrement des équipes*

Les temps de communications formels sont utilisés par l'ensemble de cadres interviewés de façon très majoritaire puisqu'ils représentent 14 des 28 verbatims cités au total.

Il existe un temps fort qui est particulièrement repéré par les cadres en termes de communication formelle. C'est celui en lien avec les départs et retours de congés. Autrement dit, quand le cadre s'absente sur une période significative de son service. Cette période semble suffisamment importante pour que le binôme formalise un temps de réunion afin de s'échanger des informations sur leurs services respectifs. Ce temps de réunion est doublé par une transmission écrite qui servira au binôme de repère pendant l'absence. Deux canaux sont donc exploités dans ce même temps. Un canal auditif et un canal visuel.

« Là j'étais partie voir ma collègue qui revient de vacances, on a échangé effectivement sur le travail, sur ce qu'il y avait eu dans la semaine ; dès que l'une ou l'autre est absente, on rédige des transmissions écrites que l'on s'envoie par mails, celle qui reste en poste fait également des transmissions écrites à son tour comme cela il y a une trace, c'est notre fonctionnement ; quand il y en a une qui est absente, on se voit systématiquement le soir et on se fait une trace écrite car on a peur d'oublier ».

Par ailleurs, les échanges par informatique pour « laisser » une trace sont eux aussi particulièrement cités :

« Nous écrivons régulièrement les messages ensemble sur les demandes communes ou réflexions communes comme cela on sait exactement je ne fais pas un message de mon côté mais nous le faisons ensemble pour être sûr de faire passer le bon message et comme on l'entend nous toutes les deux ; beaucoup d'échanges par mails ; on rédige des transmissions écrites que l'on s'envoie par mails, trace ; on a un disque informatique partagé et voilà pour que l'on ait quand même une trace écrite de ce que l'on a dit et c'est aussi un repère qui rassure ainsi que les copies de mail en systématique pour se tenir informées. »

Il est intéressant de constater que les seuls temps de communication réellement formalisés dans les verbatims des interviewés sont en rapport avec l'organisation du travail pendant l'absence d'un des membres du binôme. En effet, le fait de positionner un temps formalisé montre l'importance d'anticiper l'absence du cadre pour fonctionner le plus efficacement

possible. En ce sens, l'information du collègue sur des événements considérés comme importants est mis en « surbrillance » par une communication formalisée orale et/ou écrite.

En même temps, l'intention institutionnelle affichée dans la mise en place d'un binôme est bien celle de la continuité de l'encadrement. Souvent, c'est même cette seule mission qui donne une légitimité au binôme. Ainsi formaliser un temps repose pour les interviewés sur une prescription institutionnelle qui est particulièrement prise au sérieux. Je me rends compte à travers les verbatims que les cadres, à travers ce moment, sont uniquement centrés sur des échanges fonctionnels de passage d'information. Ce sont les informations importantes pour la gestion du service qui sont échangées. Cela afin que le binôme puisse poursuivre l'activité essentielle de son collègue en son absence.

Par ailleurs, la méthodologie utilisée par les cadres pour ces échanges est très similaire à celle utilisée dans les services de soins pour assurer la continuité des soins. En effet, au quotidien et lors des passages de relais des équipes, des temps de transmissions formalisent le travail effectué par les équipes du matin pour les équipes d'après-midi par exemple. Il aurait pu être intéressant dans ce travail de questionner un peu plus en profondeur les éléments transmis pendant ces temps pour faire une analogie définitive entre les temps de transmissions infirmières et ceux des binômes cadres. Je pense à cela car les cadres de santé ont un parcours professionnel qui les fait tester ce type de fonctionnement par les transmissions. Je dirais même que l'identité professionnelle primaire des cadres est celle de soignant. En ce sens le fait de réaliser ces temps de transmissions pour assurer la continuité semble naturelle au regard de leur parcours professionnel antérieur. Car, si l'institution pose les grandes lignes du binôme en parlant de ses missions, elle ne précise pas que les cadres doivent mettre en place un temps d'échanges formels pour se transmettre les informations. Pourtant les interviewés le font systématiquement.

Mon analyse est renforcée par le passage à l'écrit. Si l'identité professionnelle des soignants était jusqu'à peu (environ une vingtaine d'années) essentiellement orale, celle-ci se transforme de plus en plus au profit de l'écrit par l'arrivée de la qualité dans les établissements de santé. Les transmissions en sont le reflet car l'échange oral est systématiquement renforcé par l'écrit qui reste dans le dossier et qui fait preuve en cas de soucis. Autrement dit, l'écrit sert souvent pour les soignants d'éléments de preuve qu'un acte a été réalisé et permet de justifier cela en cas de litige. J'ai tendance à penser qu'il est de même pour les cadres dans le sens où l'écrit vient témoigner d'un travail qui est prescrit par l'institution dans les missions du binôme.

D'ailleurs il est intéressant de constater sur ce sujet les propos du CDS jaune :

« Beaucoup d'échanges par mails alors elle c'est la génération mail alors j'ai eu un peu de mal au départ parce que même pour des choses qui me paraissaient basique je lui ai dit tu ne peux pas m'appeler ? et par contre je peux parfois lui téléphoner, elle ne répond pas du coup elle envoie tout par mail et, de ce fait, elle sélectionne son mode de communication comme cela [...] Mon autre collègue est partie en retraite donc c'était la génération d'avant on partageait beaucoup plus et elle disait qu'elle n'aimait pas travailler toute seule et ma nouvelle collègue est beaucoup plus jeune et elle est vraiment sur la rentabilisation de son temps et la formalisation des choses. »

Le CDS jaune met en effet en avant que la communication orale est relativement spécifique à sa collègue d'ancienne génération. Cela donne à penser qu'en fonction de la composition du binôme la modalité de communication est différente dans le binôme. Ce qui peut être perçu comme une rentabilisation du temps pour l'un, peut aussi mettre en insécurité l'autre et être à l'origine au minimum de conflits intra personnels dans le binôme. Selon CARRE (2004) « ces conflits intra personnels ne constituent pas des symptômes séparables du contexte dans lequel ils interviennent. [...] Ils traduisent une situation instable, un déséquilibre relationnel entre l'individu et son environnement. » (p.16). Ainsi, la situation évoquée par le CDS jaune implique effectivement de prendre en compte les différences liées au parcours professionnel de son collègue et de son habitude sur le point essentiel des transmissions avant et au retour des congés. Ce point de transmission étant repéré comme le plus central par l'ensemble des cadres.

4.4.3 La communication informelle : Un temps pouvant paraître accessoire mais qui est en fait central dans le binôme

5 des 6 cadres mettent ainsi en avant 6 verbatims correspondant au fait que la communication soit un élément positif d'articulation qui favorise la distanciation :

« Nous avons des points qui divergent entre nous, on en discute, on s'autorise à le dire ; Si nous ne sommes pas d'accord, on échange d'autant plus et par la suite il m'est arrivé de dire ah oui c'est vrai elle a raison, moi c'est une facette que je n'avais pas vue ou pas pensée. C'est super riche cet échange, par rapport à la compréhension des situations, réfléchir à la compréhension des autres. C'est super »

Ces types d'échanges sont repérés à travers des moments non programmés à l'avance par les cadres. Des moments informels de communication dans le binôme. Exclusivement, au « entre deux portes », par téléphone, ou sur le temps de repas du midi.

Lors de la première lecture de la grille d'entretien il me semble que ces échanges informels ouvrent une voie particulièrement intéressante au binôme, celle de prendre de la distanciation sur sa pratique. Mais en y réfléchissant ce processus est bien plus complexe.

4.4.3.1 La communication informelle, une médiation de base pour un processus de valeurs partagées dans le binôme

Si l'objectif institutionnel du binôme est particulièrement clair et établi, je vois à travers mes précédentes recherches théoriques et analyses qu'un processus est nécessaire entre les cadres pour développer la confiance. La communication représente ainsi un vecteur qui renforce la confiance et la cohésion du groupe comme le souligne DEUTSCH. Or, je peux analyser que ce sont essentiellement les temps de communication informels et en dehors de la mission première du binôme qui vont permettre de renforcer cette confiance. Je comprends que c'est par ces échanges informels que les cadres comprennent la façon de fonctionner de leur collègue cadre. C'est aussi par ces temps informels que des consensus de positionnement se créent. En effet, les temps informels sont surtout utilisés par les binômes pour expliciter le chemin cognitif de chaque cadre dans ses positionnements et/ou décisions :

« Quand une a des difficultés, a besoin d'échanger c'est pause-café et là on se réunit et on échange et ça fait du bien des fois de discuter avec sa collègue et de vider son sac et puis d'avoir le soutien de sa collègue ; on parle également des problématiques d'établissement par exemple en lien avec un évènement qui nous amène à parler de cela, problématique du pôle bien évidemment euh autour d'un café ; On partage des échanges personnels et je pense que c'est important c'est un moyen de se connaître surtout que là, on ne se connaissait pas du tout car elle venait d'un autre établissement ».

Ces échanges sont majoritairement basés sur des thématiques en dehors de la mission première du binôme comme notamment le pôle, l'établissement. Je pense que ces sujets qui ouvrent d'autres champs, ont une fonction dans la relation. Cette fonction est même essentielle. Elle permet aux cadres de se distancier dans un premier temps de leur propre positionnement avec les équipes qu'ils encadrent, sujet particulièrement impliquant pour eux.

Je comprends en effet, que de questionner notre propre positionnement managérial, nécessite d'être particulièrement en sécurité avec la personne avec laquelle nous abordons ce thème.

Or, le fait d'aborder des sujets moins impliquant contribue sans nul doute à faire tiers dans la relation. Le sujet choisi constitue une forme de médiation. La notion de médiation est notamment utilisée dans les soins en psychiatrie. D'après DARRAULT-HARRIS (2001),

« La médiation nous protège de l'immédiat, elle nous protège d'un contact direct. L'immédiat, au sens étymologique, serait de l'ordre de la violence, de l'action directe. [...] La médiation permet que l'on passe en quelque sorte de deux (la relation duelle) à trois. Le troisième terme n'est pas un sujet, car on parlerait alors de médiateur, mais c'est un objet, un support, une substance, quelque chose d'inanimé mais qui va faire changer la nature de la relation intersubjective. » (p.54).

La médiation permet d'introduire du tiers dans le binôme pour faire évoluer la relation intersubjective entre les cadres. Ces mêmes éléments de communication qui peuvent sembler accessoires sont en fait centraux dans la relation entre les cadres. Pour KAËS (2002) dans le livre de CHOUVIER, toute médiation *« Génère un espace tiers entre deux ou plusieurs espaces, et donc des limites et des passages. [...] C'est dans cet espace-temps de la médiation que s'inscrivent les enjeux des processus de transformation »* (p.13-14). Ce sont ces temps qui permettent l'objectivation des valeurs de chacun et contribuent au processus de confiance et de valeurs partagées.

4.4.3.2 La communication informelle : Des temps d'analyse de la pratique professionnelle pour les cadres de santé

La communication informelle est particulièrement mise en avant comme permettant l'analyse de la pratique individuelle du cadre :

« Ca dérive souvent sur des problématiques d'établissement, de service c'est plus un échange sur des problématiques auxquelles nous sommes confrontés dans le service où l'on est référente ; Après les échanges, on peut changer d'avis aussi ; c'est une notion de partage surtout en tant que cadre on est tout seul dans sa fonction et c'est d'avoir un regard de l'autre qui connaît bien quand même l'unité. Cela permet de savoir si ce que l'on fait c'est bien ou moins bien. »

Ici, il est mentionné que les échanges sont contributifs à une prise de recul professionnelle. Le fait d'être en confiance favorise un échange sincère entre les cadres. Le mécanisme « type » étant observé, un cadre expose sa situation et l'autre le questionne ou lui explique comment lui aurait fonctionné dans cette situation et pour quelles raisons. Une analyse à postériori comme à priori des situations permet aux cadres de réajuster leurs pratiques dans leurs services.

Si l'objectif premier du binôme est donc d'assurer une permanence de l'encadrement, ses effets quand le binôme fonctionne bien ont aussi une incidence directe sur l'amélioration de la compétence des cadres. Par une pratique réflexive, dans ces temps d'échanges informels, le binôme co-construit du savoir. Chacun alimente par son questionnement les savoirs, savoir-faire et savoir-être de l'autre dans l'action. Le savoir-agir décrit par LE BOTERF est donc alimenté par ces échanges informels dans le binôme.

Mon travail prend ici une forme inattendue. En effet, au-delà des idées et concepts développés précédemment, je me rends compte que le binôme, quand il est sous tendu par des rapports de confiance entre ses membres est un élément de « Développement Professionnel Continu ». Cela dans le sens où il développe la pratique réflexive des cadres.

Pour Balas-Chanel (2014), la pratique réflexive

« est un processus mental qui vise à apprendre à partir des expériences vécues, par un retour de la conscience sur elle-même, de manière régulière et volontaire, avec le but de prendre conscience de sa manière d'agir et de réagir, dans les situations professionnelles ou formatives. Ce retour réflexif a pour finalité de réinvestir dans la pratique à venir les enseignements tirés de cette expérience et de construire ainsi les compétences professionnelles attendues. »

(p.28).

Je peux donc dire que la communication informelle du binôme entre dans une forme de pratique réflexive. A partir de leur expérience, ils réfléchissent ensemble à comment se servir d'une situation pour contextualiser et proposer des évolutions de leur propre pratique managériale.

4.4.4 Synthèse de l'analyse de la communication dans le binôme

L'analyse des verbatims de la communication confirme que celle-ci constitue un catalyseur à la relation du binôme cadre. C'est à travers elle que la relation de confiance se crée. Deux modes de communication sont abordés par les cadres. Le premier formel est centré sur la permanence de l'encadrement et donc uniquement fonctionnel ; le second informel, permettant d'harmoniser l'identité professionnelle des cadres du binôme.

4.4.4.1 Des temps de communication formels dans un objectif purement fonctionnel

Les temps de communication formels sont essentiellement centrés sur la mission du binôme, autrement dit la continuité de la permanence de l'encadrement. Les cadres y abordent uniquement des points d'organisation. Un temps purement fonctionnel qui permet de réaliser des transmissions à son collègue pour qu'il soit en capacité d'assurer la continuité du travail quotidien d'un manager. Un temps finalement très proche dans sa forme de celui des transmissions faites pluri quotidiennement en inter équipe dans les services de soins.

Pourtant les prises de décisions d'un cadre dans son exercice quotidien ne peuvent se comparer à celle des soins. Pour le comprendre, il suffit de se recentrer sur la mission première du binôme : « Assurer une permanence de l'encadrement ». Autrement dit, être présent en cas d'urgence managériale.

Dans ces moments, la planification par son caractère anticipé atteint ses limites. En effet, chaque cadre de santé répond à une sollicitation en fonction de ce qu'il est, de son parcours, de ses valeurs, de sa conception du management... Sans dire qu'il pourrait avoir des bonnes ou des mauvaises réponses aux demandes des équipes, fort est de constater que sur le plan pratique nous n'avons pas tous les mêmes façons de répondre aux sollicitations des équipes. Ces réponses que nous donnons sont guidées par notre lecture de la situation qui s'appuient-elles mêmes sur nos compétences individuelles. C'est bien ici la compétence dans la définition de LE BOTERF sur les savoirs en actions sur laquelle je m'appuie. La conjugaison des savoirs faire, les savoirs être et des savoirs nous permet de développer un savoir agir.

L'exercice du binôme ne peut se résumer à un passage de transmissions pour assurer uniquement une permanence, car les enjeux pour les cadres sont ailleurs.

Les enjeux sont en lien avec le fait que lors de l'intervention d'un « tiers manager » dans l'équipe, l'équilibre systémique peut être perturbé. Or, les cadres dans le binôme sont à la croisée de deux systèmes. Un premier concernant leur équipe d'affectation initiale et un second qui est celui du binôme. Les cadres ont ainsi conscience qu'ils peuvent par leur positionnement impacter la dynamique d'équipe de leur collègue. Ils savent que la réciproque est possible aussi.

C'est sans doute la raison pour laquelle les temps de communication informels sont centraux pour échanger sur la pratique. Cela pourrait signifier qu'inconsciemment, les cadres de santé ont un besoin de se rassurer sur les « intentions » de leur collègue, lors de leur absence. Un besoin inconscient et mutuel de maîtrise sur le management de leur service d'affectation en dehors de leur présence. Ce besoin se satisfait à travers une communication informelle source de consensus sur la façon de manager. Un consensus qui va faire tendre le binôme vers une identité professionnelle partagée.

4.4.4.2 Des temps de communication informels dans l'objectif d'harmoniser les valeurs professionnelles dans le binôme et tendre vers la construction d'une identité partagée

Les temps de communication informels semblent être le ciment de la relation dans le binôme. Par ces temps, chacun objective la façon de fonctionner de son collègue sur une situation, sur un point particulier de management, sur des thématiques professionnelles... Ainsi, ces temps de communication ne semblent non seulement pas anodins mais ils constituent selon moi les temps les plus importants à la mise en place d'une dynamique positive dans le binôme.

En effet, lors de ces moments de communication informelle, un processus relationnel se met en place. Ce processus va amener les cadres à se transformer individuellement. Au-delà du partage de valeur, c'est de l'identité professionnelle dont il est question dans ces temps de communication informels. Un processus qui va faire évoluer les cadres de santé dans leur positionnement. Ce processus repose sur les échanges réflexifs autour de situations professionnelles. Ils permettent de parler de soi professionnellement. Ils permettent ainsi d'objectiver les limites personnelles sur des sujets généraux de management sans prendre des situations directement en lien avec l'exercice du binôme. Cela désaffecte les rapports et permet de se mettre en situation de réflexivité et donc d'évolution. Cela permet aussi explicitement de définir nos limites en tant que professionnel et finalement d'encadrer le périmètre des décisions de son propre collègue lorsqu'il nous remplacera.

À travers cette analyse, c'est bien les temps de communication informels qui sont les plus importants dans les rapports de confiance qui vont se mettre en place dans le binôme. Le fait d'y prêter une attention, favorisera vraisemblablement l'émergence d'une identité professionnelle partagée chez les cadres. Ce moment s'ancre dans une forme d'Analyse de la Pratique Professionnelle (APP). L'APP modifiera sans nul doute les savoirs, savoirs-être, et savoirs faire des cadres pour leur permettre de mieux savoir agir. Le partage de valeurs communes par les cadres de santé est effectivement un pilier de la dynamique du binôme. Au-delà même de la notion des valeurs communes c'est celle de l'identité professionnelle partagée qui a été mise en avant ici. Une forme de travail invisible du cadre qui pourtant révèle sa place cruciale dans le bon fonctionnement du binôme.

4.5 Le retour à la question de recherche et projection professionnelle

A ce stade de mon travail, il semble utile de faire le point pour savoir si je peux répondre à ma question de recherche ainsi que mes hypothèses. Pour rappel, celles-ci étaient les suivantes :

Question de Recherche : En quoi le partage de valeurs communes par les cadres de santé est-il un pilier à la dynamique du binôme ?

Hypothèse 1 : La mise en place de temps d'échanges entre les cadres de santé peut favoriser la création de valeurs communes, nécessaire à l'élaboration d'une dynamique de groupe managériale efficace.

Hypothèse 2 : Confiance et cohésion sont des éléments à développer dans le binôme pour permettre une cohérence de positionnement du cadre de santé et améliorer sa compétence

Je pense avoir pu trouver des éléments de réponse à ma question de recherche et vérifier en partie mes hypothèses. Il s'avère à travers l'analyse que le partage de valeurs communes permet au binôme de fonctionner positivement, ceci répondant à ma question de recherche.

Cependant pour le faire, il est nécessaire que les cadres puissent développer un rapport de confiance entre eux. Le facteur temps dans cette perspective va jouer un rôle important. Pour autant, celui-ci est un élément lui-même incomplet ou réducteur.

L'élément essentiel pour développer des valeurs communes repose dans sa connaissance de son binôme au travers ses savoirs, ses savoirs-être, ses savoirs faire, autrement dit la perception de sa compétence professionnelle. Le fait pour le binôme de développer entre eux des temps réflexifs sur une situation de travail lui permet de mieux se connaître. Ce point semble intéressant car à travers ce travail, je me rends compte qu'au-delà du temps avec son binôme c'est bien l'expérience avec lui qui compte. Or, nous pouvons travailler longtemps avec une personne sans réellement avoir partagé d'expérience avec elle. Inversement, le temps ne semble pas aujourd'hui un facteur essentiel pour construire cette expérience. Sur ce point, les cadres de santé développent des moyens de communication qui sont majoritairement informels. En le faisant, ils donnent accès à leur façon de fonctionner dans l'action. Une action qui est souvent décontextualisée puisque les sujets abordés sont en lien avec le pôle et l'institution majoritairement.

Ce sont bien ces éléments qui semblent favoriser l'émergence de valeurs partagées chez les cadres de santé. Au-delà même de la question des valeurs, c'est une identité professionnelle qui évolue à travers la mise en place du binôme.

Le binôme dans cette perspective peut constituer un vrai levier managérial sur l'hôpital. Je pense que la question des communications informelles serait particulièrement intéressante à développer sur ce sujet. En effet, je constate que la communication informelle des cadres s'inscrit dans une forme d'analyse de la pratique professionnelle (APP). Cette APP, qui n'est actuellement pas formalisée semble pourtant être le pilier du mode de fonctionnement du binôme. Elle paraît agir directement sur la compétence des cadres qui vont partager sur des sujets communs. Pourtant elle n'est pas formalisée dans l'exercice du binôme. D'ailleurs, a-t-elle à l'être ? Elle se fait relativement naturellement si nous prenons le temps d'y accorder un peu d'importance.

Je pense plutôt à la formalisation de groupes d'APP cadres de santé dans un pôle, dans l'institution. Les carrières professionnelles nous amènent à changer de poste via la mobilité. Dans cette perspective, l'APP pourrait constituer un moment intéressant pour travailler à une identité professionnelle partagée sur le pôle ou l'institution. C'est en réfléchissant au sens de nos actions managériales que nous pourrions trouver notre place dans l'institution. Une place où l'identité professionnelle de cadre de santé pourra être affirmée.

Or, sur ce sujet, mon expérience professionnelle antérieure et ma formation à l'IFCS m'amènent à penser que la place du cadre n'est pas toujours aisée. Une place qui est d'autant plus instable qu'elle se situe aujourd'hui dans un environnement mouvant. A l'articulation des médicaux, des usagers, des administratifs... Le cadre de santé doit en permanence développer ses compétences professionnelles. Le retour d'expérience par les pairs et la réflexion sur la pratique sont des ingrédients que j'identifie comme des leviers possibles à l'amélioration de ces compétences. Pour reprendre la formule d'Aristote, « le tout est supérieur à la somme des parties ». En réfléchissant en groupe cadre sur ces pratiques, nous pourrions développer une compétence collective qui pourrait constituer une plus-value pour le pôle ou l'institution.

Mais pour légitimer cet opinion, il sera vraisemblablement utile que je me questionne sur le fait de :

« En quoi l'Analyse de la Pratique Professionnelle peut-elle être un levier d'amélioration des compétences dans un groupe cadre de santé ? »

Conclusion

CONCLUSION

Je me rends compte à travers cet écrit que ce que je croyais être une fin, constitue en fait un début de réflexion de recherche qui risque d'animer mon exercice professionnel dans les années à venir...

Ce travail de recherche a été très intéressant. Il permet de cheminer à travers une situation de départ qui m'avait particulièrement interpellé sur le travail en binôme. La compréhension par l'éclairage théorique de notions et concepts spécifiques à la dynamique des groupes ont contribué à ce cheminement. L'approche systémique des organisations est un exercice qui n'a pas été simple au début de cette démarche. De culture infirmière « technicienne » au départ, construire une réflexion complexe, nécessitant l'appropriation de notions du champ des sciences humaines n'était pas particulièrement dans mes compétences. Je me rends compte aujourd'hui, à travers l'écriture de cette conclusion que j'ai moi-même évolué durant cette année de formation. Comme un binôme qui se construit, j'ai fait évoluer mon identité professionnelle à travers la recherche et la formation.

Au-delà du binôme, c'est la question de la dynamique du groupe cadre de santé qui m'interroge aujourd'hui. Si au début de ma recherche, j'avais l'impression qu'il y avait une forme de « solitude » dans l'exercice du cadre de santé, je me rends compte aujourd'hui au contraire qu'il a beaucoup à gagner à tendre vers la collégialité. Pour autant, cette collégialité ne peut se mettre en place que dans une perspective de confiance entre les membres de ce groupe professionnel. Elle implique aussi une posture réflexive de la part des cadres pour poser des sens partagés aux actions managériales qu'ils auront à mettre en action.

Cette perspective est d'autant plus d'actualité que le monde de la santé est en mutation. La loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 nous projette vers un dimensionnement territorial. Le groupement hospitalier de territoire (GHT) devra notamment y mettre en place un projet de soins partagés ainsi qu'un projet médical partagé. Une nouvelle donne qui va mobiliser les cadres autour d'enjeux communs non plus dans un mais dans plusieurs établissements. La notion d'harmonisation des modalités de management sera à questionner par les cadres de santé qui auront à accompagner ces nouvelles évolutions.

Bibliographie

BIBLIOGRAPHIE

Dictionnaire :

Le petit Larousse illustré: en couleurs. [2007] ; 87000 articles, 5000 illustrations, 321 cartes ; cahiers thématiques ; chronologie universelle. (2006). Paris : Larousse.

Ouvrages :

Abernot, Y., & Ravestain, J. (2009). *Réussir son master en sciences humaines et sociales: problématiques, méthodes, outils. Paris : Dunod.*

Anzieu, D., & Martin, J.-Y. (2004). *La dynamique des groupes restreints. Paris : Presses univ. de France.*

Blanchet, A., & Gotman, A. (2005). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Paris : Armand Colin.*

Carré, C. (2004). *Sortir des conflits avec les autres. Paris : Éditions Eyrolles.*

Choc, B. & Ruano-Borbalan, J-C. (2002). *Le pouvoir, des rapports individuels aux relations internationales: origines et fondements, les théories contemporaines, la métamorphose du pouvoir. Auxerre : [Paris]: Éditions Sciences humaines ; Diffusion, Presses universitaires de France.*

Claude, J.-F. (2003). *Le management par les valeurs. Paris : Liaisons.*

Chouvier, B. (2002). *Les processus psychiques de la médiation: créativité, champ thérapeutique et psychanalyse. Paris : Dunod.*

Crozier, M., & Friedberg, E. (1996). *L'acteur et le système : les contraintes de l'action collective. Paris : Éd. du Seuil.*

Deutsch, M. (1958). *Trust and suspicion. Journal of Conflict Resolution, vol 2.*

Devillard, O. (2003). *La dynamique des équipes. Paris : Éditions d'organisation, 2^{ème} édition.*

Dubar, C. (2002). *La socialisation construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : A. Colin.

Francfort, I. Osty, F. Sainsaulieu, R & Uhalde, M. (1995). *Les mondes sociaux de l'entreprise*. Paris : Desclée de Brouwer.

Halpern, C. & Ruano-Borbalan, J.-C. (2004). *Identité(s): l'individu, le groupe, la société*. Auxerre : Sciences humaines.

Le Boterf, G. (2004). *Travailler efficacement en réseau : une compétence collective*. (deuxième ed.). Paris : Éditions d'organisation.

Le Boterf, G. (2008). *Construire les compétences individuelles et collectives*. Paris : Éditions d'organisation.

Libaert, T. (2009). *Introduction à la communication*. Paris : Dunod.

Luhmann, N. (2006). *La confiance un mécanisme de réduction de la complexité sociale*. Paris : Économica.

Mace, G. & Pétry, F. (2000). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche en sciences sociales*. Bruxelles : De Boeck Université ; Presses de l'Université Laval.

Michel, S. (1996). *Management: aspects humains et organisationnels* (4. éd). Paris : Presses Univ. de France.

Moliner, P. Rateau, P. & Cohen-Scali, V. (2002). *Les représentations sociales, pratique des études de terrain*. Rennes : Éditions Presses Universitaires de Rennes.

Mourey, F. Outata, S. Aubert, M. & Manière, D. (2005). *Interprofessionnalité en gérontologie: travailler ensemble : des théories aux pratiques*. Ramonville Saint-Agne : Érès.

Mucchielli, A. (2001). *Les sciences de l'information et de la communication*. Paris : Hachette.

Mucchielli, R. (2006). *La dynamique des groupes: [processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes]* (18. ed). Issy-les-Moulineaux : ESF.

Oberlé, D. (1995). *Relations humaines groupes et influence sociale*. Grenoble : PUG.

Quivy, R. & Van Campenhoudt, L. (1995). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Paris : Dunod.

Sainsaulieu, R. & Alter, N. (2014). *L'identité au travail: les effets culturels de l'organisation* (4e éd. augmentée). Paris : Presses de la Fondation. Nationale des Sciences Politiques.

Wellhoff, T. (2009). *Les valeurs donner du sens, guider la communication, construire la réputation*. Paris : Eyrolles.

Revues :

Bals, C. (2014). *La pratique réflexive dans un groupe, du type analyse de pratique ou retour de stage*. Dans Revue de l'analyse de pratiques professionnelles, 2, p 28-49.

Borgetto, M. (2006). *Crise des valeurs et fonctionnement social, le poids et les limites de la dialectique*. Dans Informations sociales n° spécial sur les valeurs en crises ?, n°136, p6-15.

D'amour, D. (1999). *L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de Santé*. Dans Sciences sociales et santé, volume 17, n°3.

Darrault-Harris, I. (2001). *La médiation dans la relation d'aide*. Dans L'Erre n° 19, juin 2001, Ecrire, encore.

Haute Autorité en Santé. (2009). Manuel de certification des établissements de santé V2010.

Servet, J-M. (1994), *Paroles données : le lien de confiance*, Dans La revue du MAUSS, n°4, 2^{ème} semestre.

Cours :

BREMAUD, L. (2015-2016). Cours de sociologie des organisations. Sociologue, maître de conférences université rennes 2.

Sites internet :

<http://archive.mexapc.org/docs/dossiermex/poitiers/poitiers15.htm> TRASSAERT, P. (1997). *Trialectique d'un réseau de firmes mis en place dans le but de concevoir un produit/système : cas du systémier automobile*. Tutorat collectif des I.A.E., 10 juin 1997, Poitiers.

www.cadredesante.com VENAUT, F. (2003). *Donner du sens aux valeurs soignantes*.

<http://www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/doc-95.pdf>

<http://www.cnrtl.fr/definition/bin%C3%B4me>

GLOSSAIRE

APP : Analyse des pratiques Professionnelles

CDS : Cadre De Santé

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes

IFCS : Institut de Formation des Cadres de Santé

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
1 DE LA QUESTION DE DEPART A LA QUESTION DE RECHERCHE :.....	2
1.1 Mon parcours professionnel	2
1.2 Les lectures et les entretiens exploratoires	6
1.2.1 Les lectures.....	6
1.2.2 L'exploration de terrain.....	10
1.2.2.1 <i>Le partage de valeurs professionnelles est un préalable à la construction du binôme cadre :</i>	11
1.2.2.2 <i>La communication dans le binôme une étape liminaire à la construction de valeurs communes :</i>	11
1.2.2.3 <i>La cohésion du binôme, une dynamique reposant sur la confiance entre ses membres :</i> 12	
1.2.2.4 <i>La complémentarité du binôme une opportunité de développer des compétences managériales individuelles</i>	12
1.2.3 La question de recherche et les hypothèses.....	13
2 LE CADRE THEORIQUE.....	14
2.1 La dynamique de groupe	14
2.1.1 L'étude stratégique des rapports dans le binôme, une vision systémique.....	14
2.1.2 Les jeux de pouvoir dans le binôme cadre de santé	16
2.1.3 Approche conceptuelle de la confiance dans un groupe	17
2.1.4 Approche conceptuelle de la cohésion	19
2.2 Les valeurs.....	22
2.2.1 Approches conceptuelles des valeurs	22
2.2.2 Approche conceptuelle de l'identité professionnelle	24
2.3 La communication	28
3 LA METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE	31

3.1	Choix de la démarche	31
3.2	Choix de la population enquêtée	31
3.3	Élaboration des outils et le déroulement des entretiens.....	32
3.3.1	Les entretiens.....	32
3.3.2	La construction du guide	32
3.3.3	Le déroulement des entretiens.....	33
3.3.4	Les limites et critiques de l'étude.....	33
4	L'ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION	34
4.1	L'ancienneté du binôme, une étape liminaire à la construction de confiance dans ce groupe de deux ?	34
4.2	Les intérêts du binôme, identifiés par les cadres	36
4.2.1	La confiance et la cohésion pour les cadres interviewés :.....	37
4.2.2	Le binôme par sa communication impacte le positionnement des cadres.....	39
4.2.3	La recherche de valeurs communes, une plus-value au travail en binôme pour une identité professionnelle partagée	40
4.2.4	La complémentarité, un avantage fort du binôme mais pour qui ?	41
4.2.5	Les verbatims « autres », une interprétation personnelle du binôme qui éloigne de la mission première de celui-ci.....	43
4.2.6	Synthèse d'analyse sur le sujet des avantages au binôme	45
4.2.6.1	<i>La confiance entre les membres du binôme s'articule sur le partage de valeurs communes</i>	<i>45</i>
4.2.6.2	<i>La notion de complémentarité entre les cadres de santé est ainsi recherchée au premier plan mais dans une acception individuelle et non institutionnelle :.....</i>	<i>46</i>
4.3	Les limites au fonctionnement du binôme, identifiées par les cadres	47
4.3.1	Le binôme, un système de stratégies, jeux de pouvoir et conflits.....	48
4.3.2	Positionnement et compétence des cadres guidés par leurs valeurs professionnelles.....	52
4.3.3	Item autres	55

4.3.4	Synthèse d'analyse sur les limites au fonctionnement d'un binôme.....	56
4.3.4.1	<i>Les éléments limitants, intrinsèques au binôme.....</i>	56
4.3.4.2	<i>Les éléments limitants, extrinsèques au binôme</i>	57
4.3.4.3	<i>La communication dans le binôme ?</i>	57
4.4	La communication : un outil indispensable au binôme	58
4.4.1	Les moyens de rencontre pour communiquer dans le binôme	58
4.4.2	La communication formelle : Assurer la continuité de la permanence de l'encadrement des équipes	59
4.4.3	La communication informelle : Un temps pouvant paraître accessoire mais qui est en fait central dans le binôme	61
4.4.3.1	<i>La communication informelle, une médiation de base pour un processus de valeurs partagées dans le binôme</i>	62
4.4.3.2	<i>La communication informelle : Des temps d'analyse de la pratique professionnelle pour les cadres de santé.....</i>	63
4.4.4	Synthèse de l'analyse de la communication dans le binôme	65
4.4.4.1	Des temps de communication formels dans un objectif purement fonctionnel.....	65
4.4.4.2	Des temps de communication informels dans l'objectif d'harmoniser les valeurs professionnelles dans le binôme et tendre vers la construction d'une identité partagée	66
4.5	Le retour à la question de recherche et projection professionnelle	68
	CONCLUSION	70
	BIBLIOGRAPHIE	71
	GLOSSAIRE.....	74
	TABLE DES MATIERES	75

Mémoire réalisé en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé

**Institut de Formation des Cadres de Santé
Centre Hospitalier Universitaire de Rennes**

Titre du mémoire : Le binôme cadre de santé : Amélioration des compétences collectives.

Auteur : OFFRET épouse ROBIC Nathalie

Directeur de mémoire : BOUDET Hélène, Cadre de santé formateur

Date de rédaction : Mai 2016

RESUME

En quoi le partage de valeurs communes par les cadres de santé est-il un pilier à la dynamique du binôme cadre ? La mise en place de temps d'échanges mais également le développement de la confiance et de la cohésion entre les cadres de santé peuvent favoriser la création de valeurs communes. Au travers cette recherche et après avoir enquêté six cadres de santé travaillant en binôme, j'ai pu répondre à cette question et confirmer mes hypothèses. Au-delà du travail prescrit dans les missions du binôme, il s'avère que des échanges informels permettent aux cadres de santé d'analyser leur pratique professionnelle et ainsi améliorer leur compétence individuelle et collective tout ceci dans un climat de confiance entre les membres.

Mots Clefs

cadre de santé, identité professionnelle,
compétence, analyse réflexive.