

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire
Université Rennes 2

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

Master ITEF Parcours cadres de santé

**De la reconnaissance au travail à
l'observance des protocoles : Le rôle du
cadre de santé**

Rachel POILVE

Directeur de mémoire : Catherine LE NÔTRE

Année 2015-2016

Institut de Formation des Cadres de Santé
du CHU de Rennes

&

Université Bretagne Loire

Université Rennes 2

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

Master ITEF Parcours cadres de santé

**De la reconnaissance au travail à
l'observance des protocoles : Le rôle du
cadre de santé**

Rachel POILVE

Directeur de mémoire : Catherine LE NÔTRE

Année 2015-2016

Remerciements

A madame Catherine Le Nôtre, ma directrice de mémoire qui a su me guider tout au long de ce travail de recherche.

A Arnaud, mon conjoint, pour son soutien quotidien.

A mes parents, et à ma belle-mère, pour leurs encouragements.

Et enfin, à Sandrine, Isabelle et Christine, mes collègues de l'IFCS, qui ont été de précieux partenaires, dans les moments de doute.

*"Le dialogue véritable suppose la reconnaissance de l'autre
à la fois dans son identité et dans son altérité"*

Proverbe africain¹.

¹www.citation-celebre.com

Sommaire

1	Introduction	1
2	Expériences professionnelles et questionnement	3
3	La question de départ.....	9
4	Qu'est-ce que l'observance des bonnes pratiques professionnelles ?.....	10
4.1	Définition de "l'observance" et "des pratiques professionnelles"	10
4.2	L'élaboration des bonnes pratiques professionnelles (RBP)	12
4.3	Les protocoles et procédures	13
5	Le cadre de santé : Rôles et missions dans la qualité des soins.....	15
5.1	Le cadre de santé et l'institution	16
5.2	Le cadre de santé et le patient.....	17
5.3	Le cadre de santé et l'équipe de soins	19
6	La phase exploratoire :	22
7	La question de recherche	23
8	Le cadre conceptuel	23
8.1	La coopération dans le travail.....	23
8.1.1	Définition de la coopération.....	23
8.1.2	La dualité de la coopération	24
8.2	La reconnaissance au travail.....	26
8.2.1	Définition de la reconnaissance	26
8.2.2	Les formes de la reconnaissance au travail.....	26
8.3	L'identité professionnelle.....	31
8.3.1	Définition de l'identité :	32
8.3.2	L'identité en psychologie-sociale :.....	32
8.3.3	L'identité professionnelle	35
8.4	Les représentations sociales.....	40
8.4.1	Définition de la représentation.....	40
8.4.2	Structure des représentations sociales.....	41
8.4.3	Les fonctions des représentations sociales.....	41
8.4.4	La représentation de soi	42
8.4.5	Les représentations professionnelles.....	43
8.4.6	Représentations sociales et communication.....	44
9	La méthodologie	45
9.1	Le choix de la méthode :.....	45
9.2	La population étudiée	46
9.3	Le choix de l'outil	47
9.4	La construction de la grille d'entretien	47

9.5	Les entretiens	48
9.6	Le traitement des données	49
9.7	Les biais et limites de la recherche	49
10	L'analyse et l'interprétation des entretiens.....	51
10.1	Les différents types de protocoles :	51
10.1.1	Analyse des données :	51
10.1.2	Interprétation :	52
10.2	L'élaboration des protocoles	54
10.2.1	Analyse des données :	54
10.2.2	Interprétation... ..	57
10.3	Présentation des protocoles à l'équipe	60
10.3.1	Analyse des données :	60
10.3.2	Interprétation	62
10.4	L'observance des protocoles	64
10.4.1	Les protocoles les mieux observés	64
10.4.2	Les protocoles les moins bien observés	69
10.4.3	Interprétation	71
10.5	Le rôle du cadre dans l'observance des protocoles	74
10.5.1	Analyse des données	74
10.5.2	Interprétation	77
10.6	Les représentations des cadres sur leurs rôles dans l'observance des protocoles	80
10.6.1	Analyse des données	80
10.6.2	Interprétation	81
11	Synthèse	83
12	Conclusion.....	88
13	Bibliographie.....	93

1 Introduction

Ce travail d'initiation à la recherche s'inscrit dans le processus de professionnalisation des étudiants cadres de santé. Le thème de ce travail de recherche aborde le rôle du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants. Le choix de ce thème est le fruit d'une interrogation qui n'a cessé de me suivre, au cours de mes différentes expériences en tant qu'infirmière, IBODE² et adjoint aux cadres de bloc opératoire.

Dans un premier temps, j'exposerai les expériences professionnelles et les lectures qui m'ont amenée à une question de départ. Puis, je présenterai les résultats de la phase exploratoire qui m'ont permise de définir la question de recherche, et l'hypothèse en lien avec cette question de recherche.

Je poursuivrai alors avec le cadre théorique, dans lequel j'aborderai sous l'angle de la psychologie-sociale, la coopération, la reconnaissance au travail, l'identité professionnelle et les représentations sociales.

Ensuite, j'exposerai la méthodologie utilisée pour ce travail de recherche. Les entretiens menés pour cette recherche seront alors analysés et interprétés en regard du cadre conceptuel. Enfin, je réaliserai une synthèse des différents résultats mis en lumière au travers l'analyse et l'interprétation, et je terminerai en concluant ce travail.

² Infirmière de bloc opératoire diplômée d'État

2 Expériences professionnelles et questionnement

Une illusion perdue, et la définition d'un objectif professionnel...

Tout commence en 1996, lorsque je rentre à l'IFSI³. En avril de la même année, l'état vote l'ordonnance portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, et incite ainsi les établissements de santé à s'inscrire dans une démarche qualité d'amélioration continue du service au patient.

Ma formation à l'IFSI est donc très imprégnée par la démarche qualité, et l'intérêt de s'inscrire dans une dynamique d'amélioration continue de mes pratiques infirmières, pour garantir tout au long de mon exercice professionnel qualité et sécurité des soins au patient, prend du sens pour le futur acteur de la santé que je m'appête à devenir.

Si à l'époque, je saisis bien ma responsabilité professionnelle dans l'application des bonnes pratiques infirmières, et la nécessité de toujours les remettre en question, en revanche, j'ai du mal à comprendre pourquoi l'état souhaite contrôler les pratiques des acteurs de santé. Pourquoi est-il nécessaire de surveiller les pratiques de professionnels qui se sont engagés pour prendre soin du patient ? Remettrait-on en doute l'engagement des soignants et leur sens de la responsabilité du patient ?

Pour mon travail de fin d'étude, je choisis donc de m'intéresser à l'hygiène des mains des IDE⁴ au cours des soins. En effet, en matière de pratiques professionnelles, l'hygiène des mains est, selon moi, la règle élémentaire à respecter pour tous les soignants. A l'aube de l'an 2000, l'incidence d'une bonne hygiène des mains sur la survenue des infections nosocomiales a déjà fait l'objet de plusieurs études. Son efficacité n'est donc plus à prouver pour tout soignant qui cherche à améliorer ses pratiques professionnelles dans l'intérêt du patient. En réalisant cette enquête, j'espère avant tout mettre en lumière, l'application unanime, par les professionnels infirmiers, des bonnes pratiques professionnelles en matière d'hygiène des mains. Ceci d'autant plus que l'article 1^{er} du décret n° 93-345 du 15 mars 1993 relatif aux actes professionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, alors en vigueur, stipule que "*Les soins infirmiers, préventifs, curatifs ou palliatifs, intègrent qualité technique et qualité des relations avec le malade. Ils sont réalisés en tenant compte de l'évolution des sciences et des techniques.*"⁵Cet article est repris avec les mêmes termes, dans l'article R. 4311-2 du Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004, qui porte sur les actes professionnels, et qui fait foi aujourd'hui en 2016. La qualité des soins techniques et relationnels n'est donc pas seulement

³ Institut de Formation des Soins Infirmiers

⁴ Infirmière Diplômée d'État

⁵ www.legifrance.gouv.fr

une responsabilité pour tout soignant, c'est aussi un devoir professionnel à la fois pour les professionnels que je souhaite observer et aussi pour la future infirmière que je m'apprête à devenir.

A l'issue de ce travail, les conclusions me déçoivent. En effet, malgré les limites de l'étude, il est mis en lumière, que plus de 50% des infirmiers de l'échantillon ont un comportement inadapté, concernant l'hygiène des mains au cours des soins. Et apparemment, que le sujet d'étude soit un jeune diplômé, ou un professionnel avec plusieurs années d'expérience, il n'y a pas de différences significatives observées dans les comportements. Cette enquête me montre donc deux choses : La première est que les acteurs de la santé sont des professionnels comme les autres, c'est à dire des êtres humains avant tout, et que la dimension soignante, dans le sens prendre soin de l'être humain, n'implique pas d'eux qu'ils soient tous parfaits. Le second constat que je peux faire est que, des connaissances récentes (chez les nouveaux diplômés par exemple) ne sont pas gages de respect des bonnes pratiques professionnelles. Ainsi, la formation initiale ne serait pas une condition suffisante pour garantir le maintien d'un certain niveau de qualité dans les pratiques professionnelles.

A ce moment, je comprends tout l'intérêt du processus de certification des établissements de santé, pour améliorer la qualité des soins. Ce premier travail m'amène également à me questionner sur les raisons de la non observance des pratiques professionnelles en général...

Alors que je m'apprête à devenir un acteur de la santé pour m'occuper des patients, et leurs apporter les meilleurs soins possibles, aussi bien dans la relation que dans le geste technique, je ne comprends pas pourquoi des professionnels infirmiers n'appliquent pas les bonnes pratiques en matière d'hygiène des mains. Comment un acteur de la santé, peut-il en arriver à devenir potentiellement dangereux pour le patient et pour lui-même ? Quel sens donne-t-il à ses pratiques professionnelles dans ces moments ? Quels sont les facteurs qui guident son action ?

Acquisition de savoirs et de savoir-faire spécifiques

Diplômée infirmière, et plutôt à l'aise avec les soins techniques, je suis attirée vers des services où ils sont particulièrement présents, comme la chirurgie, les urgences, les soins intensifs, etc. L'occasion fait que j'accepte de prendre un poste d'infirmière au bloc opératoire. Pour commencer, je bénéficie d'un mois de formation, pendant lequel je suis encadrée par une infirmière expérimentée du service. Même si je m'intègre facilement à l'équipe, les premières semaines sont empreintes de doute, parce que le bloc opératoire est un service qui, "pour le coup", est hautement technique et avec beaucoup de connaissances nouvelles à intégrer.

Finalement, le doute passe et c'est l'intérêt pour la chirurgie qui prend le dessus. Au bout d'un an, je me suis bien adaptée à l'activité du service et je commence à maîtriser, dans plusieurs spécialités chirurgicales, les interventions, leurs risques et les précautions à prendre pour le patient. Je m'investis alors dans le tutorat et l'accompagnement des nouveaux professionnels et des étudiants infirmiers. Avec cette activité transversale, d'une part j'ai l'occasion de transmettre une expérience, un savoir et un savoir-faire ; et d'autre-part, soumis à des regards novices, je prends du recul vis à vis de mes pratiques infirmières et je cherche à m'améliorer.

En 2004, je participe volontairement à un groupe de travail pour la préparation du manuel d'auto-évaluation de la première certification de l'établissement. Cette expérience est particulièrement enrichissante parce que le groupe de travail est pluridisciplinaire, et avec des professionnels venus de services différents. C'est l'occasion d'échanger sur notre propre réalité de travail, et d'avoir une autre vision du quotidien des collègues de l'établissement. Désormais, j'ai une raison supplémentaire de chercher à améliorer mes pratiques professionnelles, c'est le sentiment de participer aussi à la qualité de l'établissement, et pas uniquement du bloc opératoire.

Une recherche de sens...

Progressivement, je ressens le besoin d'approfondir mes connaissances sur les spécificités des missions de l'infirmière de bloc opératoire. Si je maîtrise désormais un certain nombre de spécialités chirurgicales, mes connaissances ne sont pas des connaissances paramédicales, sur le rôle propre de l'infirmière de bloc opératoire, sur ses véritables missions en pré-, per-, et postopératoire. En effet, mes connaissances sont centrées sur l'anatomie, les déroulés opératoires, les instruments et autre matériel chirurgical. Finalement ces connaissances sont essentiellement empruntées au milieu médical. Et mon rôle d'infirmière, quel est-il ? Quelle est ma véritable mission en tant qu'infirmière de bloc opératoire ? Quelle plus-value puis-je apporter à la prise en charge du patient au bloc opératoire ?

Pour répondre à ces questions, mais aussi afin de transmettre un savoir éclairé aux nouveaux professionnels, et d'améliorer ma prise en charge infirmière du patient au bloc opératoire, je choisis de passer le concours d'entrée à l'école des infirmières de bloc opératoire.

En 2005, je rentre donc à l'école des infirmières de bloc opératoire diplômées d'état (IBODE), où j'acquies compétence et expertise en gestion des risques et en hygiène. L'expérience acquise dans un bloc opératoire pluridisciplinaire m'a donnée des connaissances en anatomie, déroulés opératoires, et matériel chirurgical. Tout au long de ma formation, ce capital issu de l'expérience, m'a permis de me concentrer sur l'aspect du rôle spécifique de l'infirmière de

bloc opératoire que j'étais venue chercher, à savoir : La prévention des risques spécifiques pour le patient et pour le professionnel, en lien avec le patient et sa pathologie, l'intervention et le matériel chirurgical, et l'environnement du bloc opératoire.

Avec cette formation, j'ai donc non seulement développé de nouvelles compétences à partager, qui de surcroît sont reconnues par un diplôme d'état, mais j'ai aussi trouvé le sens de mon travail au bloc opératoire. Désormais je ne suis plus l'infirmière simple exécutrice du savoir médical, mais j'ai une véritable mission dans la prise en charge individualisée du patient au bloc opératoire, par la gestion des risques propres au patient lui-même, au geste chirurgical, à l'environnement et au matériel. Je dispose maintenant de nouvelles connaissances, qui me donnent une autre représentation de mon rôle en tant qu'IBODE, et qui donnent du sens à l'application des bonnes pratiques professionnelles qui m'ont été enseignées.

L'envie de transmettre l'intérêt des bonnes pratiques professionnelles...

Après les études d'IBODE, je retourne au bloc opératoire dans le même établissement. Forte de mes nouvelles compétences, je suis davantage impliquée dans la qualité et la sécurité des soins avec la volonté d'améliorer les pratiques infirmières au bloc opératoire. Je continue de m'investir dans l'accompagnement des nouveaux professionnels du bloc opératoire, et je fais à nouveau partie d'un groupe de travail pour la deuxième certification de l'établissement, la V2007. Rapidement la hiérarchie me propose de créer et d'animer un programme de formation pour les nouveaux professionnels du bloc opératoire. Pour ce projet, je sollicite la collaboration des pairs IBODE du service. Il me semble judicieux de profiter de l'expertise des IBODE présents, pour transmettre les bonnes pratiques infirmières au bloc opératoire. Bien que ce programme ait été apprécié par les participants, parce que "riche de partages sur les expériences et les pratiques professionnelles" (selon les commentaires des participants), son effet sur le reste de l'équipe est resté limité, voir nul. Cette expérience me fait comprendre, qu'il est difficile pour une minorité au sein d'une équipe, d'amener à faire évoluer les comportements en matière de bonnes pratiques professionnelles. En effet d'une part les professionnels IBODE ne souhaitent pas interroger les pratiques de leurs collègues du bloc opératoire. Ils disent que cela n'est pas leur rôle. D'autre-part, les nouveaux professionnels qui ont bénéficié de la formation, regrettent que les plus anciens n'y aient pas accès. En l'absence de connaissances communes sur les bonnes pratiques professionnelles, certains expriment qu'il leur est difficile d'aller à l'encontre d'un plus ancien, juste parce qu'il a appris que ce n'était pas la bonne façon de faire. Je perçois alors, la position fragile de ces nouveaux

professionnels qui souhaitent s'intégrer à l'équipe. Je me demande cependant le sens réel qu'ils donnent à leurs pratiques professionnelles. Si le fait d'être bien ensemble est supérieur à la nécessité d'améliorer leurs propres pratiques professionnelles, quel sens ont alors les bonnes pratiques soignantes ? Quelles perceptions ont ces soignants de leur rôle dans la qualité et la sécurité des soins ? En tant qu'acteur de la santé, il me semble que l'intérêt et la sécurité du patient devrait être au cœur des préoccupations des soignants et de leurs pratiques professionnelles : Pourquoi n'est-ce pas le cas ? Quel est l'objectif poursuivi par ces professionnels aux pratiques déviantes ? Quelle est la place du patient dans leurs pratiques professionnelles ? Que font-ils de leur responsabilité professionnelle, individuelle et collective, dans la qualité et la sécurité des soins au patient ?

Je comprends donc d'autant moins la position de mes pairs IBODE. Comme moi, ils ont suivi la formation IBODE. Comme moi, ils ont acquis une expertise en hygiène et en gestion des risques, qui leur permet de mesurer d'autant plus la nécessité d'appliquer les bonnes pratiques professionnelles, dans un milieu comme le bloc opératoire, où le risque d'infections nosocomiales (IN) pour le patient est majeur. Pourquoi ne mettent-ils pas en pratique ces connaissances ? Dans leurs pratiques quotidiennes, quel sens donnent-ils à cette expertise acquise ?

Au sujet des compétences professionnelles, un cadre de santé dans un service de réanimation déclare dans un article, que "*(...) les compétences ne sont pas intemporelles mais "mortelles" si elles ne sont pas utilisées*" (Boussemere, 2014) Ainsi, si l'on veut maintenir les compétences individuelles, cela nécessite de les utiliser pour les faire vivre. Mais avant cela, ne faut-il pas commencer par reconnaître que ces compétences ont du sens pour la qualité et la sécurité des soins ? Et comment faire en sorte que ces compétences aient ensuite du sens pour l'équipe toute entière ?

Un poste d'adjoint aux cadres de bloc opératoire : L'opportunité de transmettre l'intérêt des bonnes pratiques professionnelles...

Progressivement, les missions transversales deviennent plus motivantes que mon activité d'IBODE en salle d'opération. La volonté d'améliorer la qualité des soins et de faire évoluer les comportements, en matière d'observance des pratiques professionnelles, est désormais bien présente en moi. Cependant, en tant que professionnelle experte, je n'ai visiblement pas le statut légitime pour interroger les pratiques de mes pairs, puisque certains me font part que "*ce n'est pas le "rôle" d'une collègue de travail*"...

Si je veux poursuivre mon objectif d'améliorer les pratiques professionnelles pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, mon rôle d'infirmière est devenu limitant. Le projet de devenir cadre de santé, pour améliorer les pratiques professionnelles et contribuer à la qualité et à la sécurité des soins, commence alors à germer en moi. En effet, dans le système de soins, le cadre de santé me paraît occuper une position idéale de proximité avec l'équipe de professionnels, pour reconnaître le travail individuel fourni et sa contribution essentielle à la qualité du travail collectif, pour une meilleure sécurité des soins au patient.

En octobre 2012, l'établissement crée un poste d'adjointe aux cadres de bloc opératoire. Cette opportunité arrive au bon moment en ce qui me concerne, et la position d'adjointe me semble idéale pour m'initier à un poste d'encadrement.

Lorsque je prends la fonction de faisant fonction "d'adjoint aux cadres de bloc opératoire référent qualité", j'ai donc cette envie de donner du sens à l'observance des bonnes pratiques professionnelles. J'aimerais transmettre à chacun des professionnels infirmiers et IBODE du bloc opératoire, combien le rôle de chacun est important dans la prise en charge du patient, et que c'est tous ensemble que l'on peut y arriver.

Dès la prise du poste, je participe à la préparation de la troisième certification de l'établissement (la V2010), qui est programmée en mai 2013.

Jusqu'en 2014, j'acquiers de l'expérience dans la gestion des ressources humaines. Parallèlement, je participe à la mise en place du nouveau logiciel pour le dossier patient informatisé au bloc opératoire. D'une part, j'accompagne les professionnels infirmiers et IBODE (parfois même les médecins ou les chirurgiens), pour expliquer et préciser le fonctionnement du logiciel. D'autre part, je construis à l'attention des professionnels du bloc opératoire une "bible" d'utilisation du logiciel, qui recense toutes les fonctionnalités nécessaires à l'exercice de leur travail au bloc opératoire.

En 2014, sur sollicitation de la hiérarchie, je construis un programme de développement professionnel continu (DPC), sur la gestion des risques au bloc opératoire. En effet, la formation continue est devenue obligatoire pour tous les professionnels de santé depuis la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (ou loi HPST). Selon l'article 59 de cette loi, le DPC a pour objectifs *« l'évaluation des pratiques professionnelles, le perfectionnement des connaissances, l'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que la prise en compte des priorités de santé publique et de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé »*⁶. Le

⁶ www.legifrance.gouv.fr

programme que j'ai construit est validé par l'organisme gestionnaire du développement professionnel continu (OGDPC).

Parallèlement aux différentes missions, je suis vigilante au respect des protocoles et des procédures. Régulièrement, je fais des rappels, qui portent sur les bonnes pratiques professionnelles, sous forme de notes d'information, par le biais d'interventions lors des réunions de service, ou en interrogeant ponctuellement les mauvaises pratiques lorsque je les observe. Là encore, je perçois des limites à la portée de mes actions, sur l'observance des bonnes pratiques professionnelles. Je remarque avec déception que les bonnes pratiques professionnelles peinent à s'améliorer, et que certaines "mauvaises" habitudes perdurent. Comment faire en sorte que chaque professionnel prenne conscience de sa contribution individuelle à la qualité des soins et à la sécurité du patient ? Les règles de bonnes pratiques professionnelles constituent selon moi, un cadre de sécurité essentiel à la prévention des risques pour le patient et pour le professionnel, et sont donc gages de qualité dans les soins. Pourquoi n'ai-je pas réussi à faire évoluer les pratiques professionnelles ? Ai-je bien transmis le sens de la démarche ? Comment parvenir à faire évoluer les pratiques professionnelles, dans un objectif d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ?

3 La question de départ

Mon parcours professionnel, avec mes expériences vécues et les différents professionnels que j'ai rencontrés, m'amènent à ma question de départ pour ce travail de recherche :

Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en quoi le cadre de santé peut-il favoriser l'observance des bonnes pratiques professionnelles en vigueur ?

A ce stade de la réflexion, il semble pertinent de préciser certains termes de la question de recherche.

C'est pourquoi, dans un premier temps, je vais définir les termes : "observance" et "bonnes pratiques professionnelles".

Ensuite, afin d'établir le contexte du cadre de santé, dans une unité de soins au sein du système de santé, je vais préciser les différentes relations entre le cadre de santé et, la hiérarchie, le patient, et les professionnels de santé. J'indiquerai aussi le rôle du cadre de santé dans l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient. Enfin, je

mettrai en lumière, en quoi le management du cadre est un facteur d'observance des protocoles de soins par les soignants.

Ces apports supplémentaires, ainsi que le résultat d'un entretien exploratoire, un peu particulier, me permettront d'affiner la question de départ, pour arriver à la question de recherche.

4 Qu'est-ce que l'observance des bonnes pratiques professionnelles ?

4.1 Définition de "l'observance" et "des pratiques professionnelles"

L'observance :

L'observance c'est l'"*Action de se conformer à un modèle, à une règle ou de suivre une habitude.*"⁷L'observance s'est donc, pour un individu, suivre un modèle, faire référence à une règle.

La pratique :

La "pratique" possède plusieurs définitions. En effet, premièrement, la pratique c'est une "*Activité qui vise à appliquer une théorie ou qui recherche des résultats concrets, positifs.*"⁸Dans ce cas, la pratique c'est donc lorsqu'un individu se réfère, pour un travail, à une théorie (une science ?), avec l'objectif d'un certain résultat. Mais la pratique, c'est aussi le "*Fait d'exercer une activité particulière, de mettre en œuvre les règles, les principes d'un art ou d'une technique*"⁹. Dans cette seconde définition, le résultat de la pratique n'est pas mentionné. En revanche, avec cette seconde définition, la pratique ne fait plus seulement référence à une théorie, la pratique devient l'application d'un art, d'une règle ou d'une technique. En sociologie, la pratique c'est le "*Fait de suivre une règle d'action, d'y conformer sa conduite (dans le domaine moral et social)*"¹⁰. Ainsi, la sociologie ajoute une dimension sociale et morale à la pratique. La philosophie rejoint l'aspect moral et, puisque la pratique relève du "*domaine de la conduite morale, conçu comme la manifestation nécessaire de l'impératif moral (Kant)*"¹¹. Cependant, la morale est ce "*Qui concerne les règles ou*

⁷ www.cnrtl.fr

⁸ www.cnrtl.fr

⁹ www.larousse.fr

¹⁰ www.larousse.fr

¹¹ www.larousse.fr

principes de conduite, la recherche d'un bien idéal, individuel ou collectif, dans une société donnée"¹². Il y aurait donc dans "la pratique" d'un individu, la poursuite du bien pour autrui.

Ainsi, la pratique serait une activité effectuée par un individu, en référence à un art, une théorie, une technique ou une règle dans un environnement social. Et, l'individu, dans la réalisation de cette activité, de cette pratique, rechercherait le bien d'autrui (individuel ou collectif).

La profession :

L'adjectif "professionnelle" définit ce "*Qui appartient à une profession, qui est relatif à l'exercice d'un métier, d'une profession.*"¹³ Cependant, "la profession" possède, comme "la pratique", plusieurs définitions. Tout d'abord, le nom profession descend du latin *professio*, -*onis*, qui signifie : "*déclaration, déclaration publique, action de se donner comme*"¹⁴. La première définition de "profession", rejoint l'origine latine du mot, et décrit la profession comme une "*Déclaration publique ayant pour but de faire connaître ouvertement ses opinions, ses sentiments, ses intentions*"¹⁵. Mais, cette définition ajoute que la profession est une déclaration de l'individu qui vise à faire connaître à autrui ce que l'individu est réellement, ici la profession relève donc d'un acte identitaire. Par ailleurs, la profession désigne également toute "*Activité, état, fonction habituelle d'une personne qui constitue généralement la source de ses moyens d'existence*"¹⁶. Avec cette seconde définition, la profession devient pour un individu le moyen d'obtenir un salaire, et donc de subvenir à ses besoins. Enfin, la profession désigne aussi un "*Ensemble de personnes exerçant le même métier ou appartenant au même secteur d'activité*"¹⁷. La profession a donc aussi un rapport au groupe.

Au final, la profession se révèle être à la fois, une source de revenus, et également un acte identitaire d'appartenance à un groupe d'individus possédant un même métier.

La pratique professionnelle :

La pratique professionnelle peut donc se définir comme une action morale d'un individu, action qui se réfère à un art, une théorie, une technique ou une règle dans un environnement social. D'une part cette activité relève, pour l'individu, d'une expression de soi, et d'autre part,

¹² www.cnrtl.fr

¹³ www.larousse.fr

¹⁴ www.larousse.fr

¹⁵ www.cnrtl.fr

¹⁶ www.cnrtl.fr

¹⁷ www.cnrtl.fr

cette activité est commune à un groupe particulier, et permet à l'individu de subvenir à ses besoins.

Ainsi pour un professionnel du soin, l'observance des bonnes pratiques professionnelles reviendrait à se conformer dans l'exercice de sa profession à un modèle défini, en ayant pour objectif une prise en charge de qualité pour le patient. Et, cette pratique relèverait pour le professionnel d'un acte identitaire.

4.2 L'élaboration des bonnes pratiques professionnelles (RBP)

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, introduit la certification des établissements de soins dans l'organisation du système de santé français. Désormais, les établissements de santé ont pour obligation de se soumettre au cahier des charges des différentes certifications, orchestrées par l'Agence Nationale d'Accréditation des Établissements de Santé (ANAES), avec pour objectif l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins pour le patient.

La Haute Autorité en Santé (HAS), succède à l'ANAES avec la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

Les missions de la HAS sont définies aux articles 161-37 et suivants du code de la sécurité sociale. Parmi ces missions, on retrouve notamment l'élaboration et la diffusion des recommandations de bonnes pratiques professionnelles (RBP), ainsi que la certification des établissements de santé, publics et privés. La HAS "*(...) agit pour améliorer la qualité du système de santé afin d'assurer à tous un accès durable et équitable à des soins aussi efficaces, sûrs et efficaces que possible.*"¹⁸

Pour la réalisation de ses missions concernant la recherche dans le domaine de la santé, la HAS travaille avec plusieurs partenaires, dont l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'Institut national de veille sanitaire ou encore l'Agence nationale chargée de la sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Les RBP ont pour objectif de mettre à la disposition des différents acteurs du système de santé (professionnels, patients et usagers, décideurs) une synthèse rigoureuse de l'état de l'art et des données de la science. Le but des recommandations est d'améliorer la prise en charge des patients, et donc des soins qui leurs sont apportés.

¹⁸ social-sante.gouv.fr

Pour l'élaboration des recommandations des bonnes pratiques professionnelles, la HAS suit une procédure précise, issue d'une réflexion conduite avec la Fédération des spécialités médicales et le Collège de la médecine générale.

Par ailleurs, les RBP ont plusieurs fonctions. La première fonction des RBP est de fournir des critères d'évaluation des pratiques professionnelles, ou encore des indicateurs de qualité et de sécurité, ainsi que des indicateurs de pratique clinique. Ensuite, en formation initiale, les RBP sont enseignées dans les instituts de formation des professionnels de santé. Enfin, les RBP peuvent également servir, au niveau des établissements de santé, comme base de données, pour élaborer les procédures et protocoles de soins dans les unités de soins.

Ainsi, dans les unités de soins, les protocoles de soins et les procédures de fonctionnement intègrent les recommandations des bonnes pratiques professionnelles, tout en prenant en compte l'activité, l'environnement et les moyens de l'unité. Observer les recommandations des bonnes pratiques professionnelles dans une unité de soins, c'est donc aussi, pour tout professionnel de santé au sein d'une équipe, observer les protocoles et procédures qui sont en vigueur dans l'unité et plus largement dans l'établissement de santé.

4.3 Les protocoles et procédures

Un protocole de soins" *recouvre l'ensemble des usages et des formalités qui doivent être respectés dans certaines circonstances. (...) D'une manière plus générale, un protocole rassemble un ensemble d'actions, de gestes successifs accomplis conformément à un plan préétabli*" (Pellinghelli, 2009).

La circulaire N° DGS/DH/DAS/SQ2/99/84 du 11 février 1999 relative à la mise en place de protocoles de prise en charge de la douleur aiguë, par les équipes pluridisciplinaires médicales et soignantes des établissements de santé et institutions médico-sociales, définit le cadre général de mise en place d'un protocole de soins. Tout d'abord, "*La mise en place de protocoles de soins repose sur un travail d'équipe et doit s'intégrer dans l'organisation des soins*"¹⁹. Ensuite, tout protocole de soins doit répondre à certains critères qui sont :

- "*L'élaboration conjointe du protocole par les personnels médicaux et infirmiers impliqués dans leur mise en œuvre, avec si besoin, l'aide de médecins expérimentés ou d'experts ;*

¹⁹www.legifrance.gouv.fr

- *La validation du protocole par l'ensemble du personnel médical, par le pharmacien hospitalier ou pharmacien-gérant de l'établissement et par le directeur du service des soins infirmiers ;*
- *L'obligation, pour le protocole, d'être datés et signés par le médecin responsable et le cadre de santé du service ;*
- *La diffusion du protocole à l'ensemble du personnel médical et non médical du service, au directeur d'établissement, au directeur du service des soins infirmiers et au pharmacien hospitalier ;*
- *La diffusion du protocole à chaque nouveau professionnel dès son arrivée ;*
- *L'accessibilité du protocole en permanence dans le service : Soit dans un classeur identifié, soit par affichage ;*
- *La révision obligatoire du protocole au moins une fois par an ;*
- *La revalidation systématique du protocole à chaque changement de l'un des signataires, et la rediffusion après la revalidation"²⁰.*

"Sachant que les soignants respectent mieux les protocoles lorsqu'ils ont participé à leur élaboration, il revient aux équipes de soins de les rédiger, le plus souvent possible, ou de se les approprier en fonction de leurs besoins" (Pellinghelli, 2009).

Les protocoles de soins présentent l'avantage *"d'améliorer les prestations professionnelles avec un langage commun, des pratiques harmonisées au sein d'une unité de soins et d'un établissement"* (Pellinghelli, 2009).

Cependant, si les protocoles concourent à l'homogénéité des pratiques et sont un facteur de qualité et de sécurité des soins, les protocoles permettent aussi au soignant de répondre plus rapidement à un besoin d'un patient, de façon plus "autonome", sans avoir à attendre la venue d'un médecin. Par ailleurs, les protocoles fournissent un cadre juridique de la pratique professionnelle et sont donc un moyen d'évaluer la qualité des soins. Enfin, les protocoles représentent un moyen de reconnaissance professionnelle, car ils permettent de développer et valoriser les compétences professionnelles.

Il existe plusieurs types de protocoles, parmi lesquels, on distingue :

- *"Les protocoles sur prescription médicale, qui concernent les traitements médicamenteux, la préparation à des examens, la surveillance et le suivi d'un traitement ;*

²⁰ www.legifrance.gouv.fr

- *Les protocoles en rapport au rôle propre des professionnels, et qui concernent les soins et surveillance, les soins de prévention, les soins d'hygiène, l'éducation du patient, ou encore l'organisation des soins ;*
- *Les protocoles administratifs, qui s'intéressent davantage aux différentes conduites à tenir, et qui permettent de pallier à l'absence d'une personne de référence (autorité administrative, cadre de santé) ;*
- *Les protocoles d'urgence, qui s'appliquent lorsque le pronostic vital du patient est mis en jeu" (Pellinghelli, 2009).*

Ainsi, les protocoles peuvent être divers et variés, et ne concernent pas uniquement les pratiques de soins des professionnels.

5 Le cadre de santé : Rôles et missions dans la qualité des soins

Depuis la loi du LOI N°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, l'état revoit la gouvernance des hôpitaux. Le cadre de santé occupe désormais une position hiérarchique stratégique dans l'institution hospitalière. C'est pourquoi, *"Le travail des cadres se caractérise par des activités multiples de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes et des groupes. Il s'agit d'un travail d'articulation."* (Bourret, 2008)

En effet, dans le système de santé français, le cadre de santé responsable d'une unité de soins occupe une place centrale, qui relaie à la fois les intérêts du patient et de sa famille, de la direction de l'établissement, des professionnels d'une équipe de soignants et des collaborateurs externes au service. Ainsi le cadre de santé est donc bien ce cadre décrit par Henry Mintzberg, qui *" maintient des relations avec trois groupes de personnes : les supérieurs (...), les personnes extérieur à l'unité qu'il dirige, et les subordonnés. En fait, il est situé entre ses subordonnés et les autres, et il les relie de multiples façons"* (Mintzberg, p. 56) et finalement, *" Les cadres de santé arrangent les choses tantôt pour le malade, tantôt pour l'administration, tantôt pour l'équipe soignante ou l'un de ses membres, leur propre intérêt étant en jeu à chaque fois"* (Bourret, 2008).

5.1 Le cadre de santé et l'institution

Dans le système de soins, il apparaît que *"Les cadres sont, à juste titre, définis comme une composante et une force essentielles dans la mise en œuvre au quotidien des réformes en cours à l'hôpital. Les cadres font en effet le lien entre un « haut » constitué par les directeurs et autres dirigeants, et un « bas » constitué par le personnel hospitalier ni cadre ni dirigeant. Les cadres de santé font aussi le lien entre les médecins et les directions de gestion"* (De Singly, p. 20).

Or, en matière de dépenses de santé, les infections associées aux soins²¹ (IAS), dont parfois les pratiques professionnelles sont à l'origine, représentent un poids économique non moins considérable que ce soit pour la société ou pour les établissements de santé. En effet, les IAS entraînent des dépenses de santé supplémentaires, en termes de traitement, de durée de séjour d'hospitalisation, mais également en termes d'indemnisation. A titre d'exemple, l'OPEPS²² précise, dans un rapport, que les dépenses annuelles liées aux infections nosocomiales (qui sont des IAS), se situeraient entre 2,4 et 6 milliards d'euros. D'autre-part, ce rapport de l'OPEPS précise que la "non-qualité" coûte plus cher que la qualité, puisqu'*"une diminution de 10 % du nombre d'infections conduirait à une économie de 240 à 600 millions d'euros, soit jusqu'à six fois plus que l'effort de prévention consenti par les établissements hospitaliers, qui s'établit à une centaine de millions d'euros"* (Durand-Zaleski, Mondor, Brun-Buisson, 2002). Ces chiffres concernent essentiellement les dépenses de soins supplémentaires liées à l'IN²³, ils ne prennent pas en compte le coût des séquelles pour les patients, ni les sommes allouées aux indemnisations. Par ailleurs, l'indemnisation des IN a également un coût pour la société. En effet, un rapport de l'Organisme des accidents médicaux (ORM), effectué sur l'activité entre 2008 et 2013, précise que le montant global des indemnisations liées à une IN s'élève à 134 millions d'euros, entre 2008 et 2013, dont 3% des dossiers ont été indemnisés par l'AP-HP, 32% par l'Organisme National d'Indemnisation des Accidents Médicaux (ONIAM), et 65% par les assureurs. La part supportée par les assureurs est suffisamment conséquente, pour qu'ils exigent de la part de leurs clients des garanties en matière de prévention du risque infectieux, sous peine de voir augmenter de façon substantielle les cotisations d'assurance pour les établissements et les professionnels de santé.

²¹ IAS : *"Une infection est dite associée aux soins si elle survient au cours ou au décours d'une prise en charge (diagnostique, thérapeutique, palliative, préventive ou éducative) d'un patient, et si elle n'était ni présente, ni en incubation au début de la prise en charge."* Source : Ministère de la santé, de la jeunesse et des sports DGS/DHOS, CTINILS – Mai 2007, sur le site : <http://social-sante.gouv.fr>

²² L'Organisme Parlementaire d'Évaluation des Politiques de Santé

²³ Infection nosocomiale

Le cadre de santé a donc un rôle essentiel dans l'application des directives législatives en matière de santé. Or, l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, et l'efficacité du système de soins constituent, en 2016, les orientations principales de l'état en matière de santé. En tant que représentant de l'autorité institutionnelle (et plus indirectement de l'état), le cadre de santé a donc la mission de contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins au sein de l'unité dont il est responsable.

Cependant, contribuer à l'amélioration continue de la qualité des soins, c'est aussi faire en sorte que certaines normes soient respectées. En effet, *"Qu'elles portent sur les questions de sécurité (...), de traçabilité (...), de qualité totale, les normes qui s'imposent à l'hôpital mobilisent tous les professionnels hospitaliers et les cadres sont garants de leur respect"* (De Singly, p. 39). Ces normes dont il est question, sont notamment les normes imposées par la HAS, pour la certification des établissements de santé. De fait, non seulement la HAS élabore les recommandations de bonnes pratiques professionnelles, mais sa seconde mission est la certification des établissements de santé. La première version de certification (V2004) avait pour objectif de *"promouvoir la mise en œuvre de démarches d'amélioration continue de la qualité dans les établissements de santé"*²⁴. La seconde version (V2007) *"mesure simultanément la mise en place d'une démarche d'amélioration continue de la qualité et le niveau de qualité atteint."*²⁵ Les dernières versions (V2010 et V2014) s'attachent davantage aux pratiques professionnelles, en y incluant d'une part, le management de la qualité, et d'autre-part, la sécurité des soins par la gestion des risques. La version 2014 utilise en effet le patient traceur (un patient hospitalisé dans l'établissement concerné) pour analyser tous les aspects de la prise en charge du patient, et en particulier les pratiques professionnelles.

Désormais, l'observance des bonnes pratiques professionnelles constitue donc un critère d'évaluation de la qualité et de la sécurité des soins dans les établissements de santé. Dans les organisations que représentent les établissements de santé, et la proximité du cadre avec l'équipe, fait du cadre le contrôleur ultime des pratiques professionnelles au lit du patient.

5.2 Le cadre de santé et le patient

De part sa formation initiale, le cadre de santé est déjà un acteur du soin, avec une expérience de soignant derrière lui. Or *"Compétence, déontologie, respect : ce sont bien là les marques*

²⁴ www.has-sante.fr

²⁵ www.has-sante.fr

distinctives de toute profession hospitalière quels que soient les qualifications, les origines, les métiers, la place occupée" (De Singly, p. 24).

A la différence des soignants qui composent l'équipe, le cadre de santé n'est plus le professionnel responsable uniquement de ses pratiques professionnelles auprès des patients dont il prend soin. Son statut lui confère des responsabilités plus étendues. En tant que responsable d'une unité de soins, le cadre de santé a désormais la responsabilité de l'ensemble des soins donnés aux patients, dans l'unité dont il est le cadre de proximité.

D'ailleurs, l'arrêté du 18 août 1995 relatif au diplôme de cadre de santé, précise que "*Le bon fonctionnement de nos structures de santé, qu'elles soient hospitalières ou de formation, dépend largement de la place des cadres de santé et de leur compétence, qui est déterminante pour la qualité des prestations offertes tant aux patients qu'aux étudiants.*"²⁶

Ainsi les textes qui légifèrent la profession et donc le rôle du cadre de santé, stipulent clairement la mission et la responsabilité du cadre dans la qualité et la sécurité des soins au patient.

Par ailleurs, la non qualité des soins peut entraîner des conséquences considérables pour le patient. En effet, l'Invs²⁷, dans un rapport de 2012, révèle l'augmentation de l'apparition de bactéries multi-résistantes aux antibiotiques. Ce résultat est d'autant plus préoccupant que la population hospitalisée représente à plus de 50%, des patients âgés de plus de 65 ans, donc potentiellement plus sensibles que des patients plus jeunes. Cette observation renforce l'idée que l'amélioration continue de la qualité des soins devient indispensable aussi du fait de l'évolution de la démographie. En effet, Les patients de plus en plus âgés sont aussi plus fragiles et plus sensibles au risque infectieux. Les préjudices d'une infection nosocomiale sont de multiples natures pour le patient. La gravité d'une IN est donc variable selon l'âge du patient et son état de santé, mais aussi selon la nature du germe en cause ou encore la localisation de l'infection.

Quelle que soit l'IAS contractée, pour le patient, elle est souvent synonyme de prolongement du séjour d'hospitalisation, d'interventions invasives supplémentaires, de douleurs voire de handicaps résiduels ou de perte d'autonomie. L'IAS peut également être à l'origine d'une perte d'emploi, voire d'une désocialisation. Parfois l'infection cause le décès du patient. Les chiffres de 2012 révèlent que les IAS sont à l'origine de 4000 décès par an en France. Parmi ces décès, il est estimé qu'environ 1250 d'entre eux pourraient être évités, dans la mesure où ils

²⁶ www.legifrance.gouv.fr

²⁷ Institut de veille sanitaire

concernent des patients en bonne santé, et dont le décès serait exclusivement dû à la contraction d'une IN.

Les conséquences de la non qualité des soins peuvent donc être considérables pour le patient, et au niveau de l'unité de soins, le cadre de santé a donc la responsabilité de prévenir la survenue de ces infections.

De plus, du point de vue du patient, la Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé donne au patient un droit de regard sur les informations médicales le concernant. Pour le cadre de santé, cette loi de 2002 implique un devoir de transparence envers le patient, et les informations le concernant. Le cadre de santé doit donc également veiller à la traçabilité des soins, ceci afin de pouvoir justifier, auprès du patient, une certaine transparence des soins effectués.

5.3 Le cadre de santé et l'équipe de soins

La qualité des soins, c'est aussi la sécurité des professionnels de santé. En tant que responsable de proximité, le cadre de santé doit également veiller à la sécurité des soignants. Or, une des fonctions des protocoles et des procédures, c'est non seulement la sécurité du patient, mais c'est aussi la sécurité des soignants. En effet, si les pratiques professionnelles peuvent être mises en cause dans les infections associées aux soins et la survenue d'évènements indésirables, elles sont également source d'accidents pour les professionnels. Ainsi, à partir des AES²⁸ déclarés en 2012, l'Invs a mis en lumière qu'un tiers des accidents percutanés auraient pu être évités par le respect des précautions "standard"²⁹. Ici, le respect des bonnes pratiques professionnelles est donc directement impliqué dans les accidents déclarés. Pour la sécurité des patients et des professionnels du soin, le respect des recommandations de bonnes pratiques professionnelles s'avère donc être un facteur influent.

Par ailleurs, ce qui caractérise la relation entre le cadre de santé et l'équipe, c'est la fonction d'encadrement. Pour le préparer à cette mission, le programme de l'IFCS prévoit un module d'enseignement consacré à cette fonction d'encadrement. Ce module a pour objectif d'amener

²⁸ Accident d'exposition au sang

²⁹ Les précautions "standard" comprennent "*sept recommandations générales d'hygiène, qui sont à appliquer pour tout patient, quel que soit son statut infectieux*". "*Ces précautions visent à protéger patients et personnel vis à vis du risque de transmission des agents infectieux lors de contact avec le sang, les liquides biologiques et tout autre produit d'origine humaine*". Source : <http://social.sante.gouv.fr>

le futur cadre de santé à : " *Organiser, animer et coordonner le travail d'équipe. Favoriser la motivation et encourager les projets professionnels.*"³⁰

L'encadrement d'une équipe de soins, est donc bien une responsabilité professionnelle du cadre de santé, et la formation en IFCS consacre une partie de son programme à la fonction d'encadrement d'une équipe pluri professionnelle.

Henry Mintzberg précise le rôle du cadre auprès d'une équipe de professionnels. Il explique en effet, que le statut du cadre dans l'organisation et l'autorité en lien avec ce statut, lui confèrent des activités spécifiques de leader, de symbole et d'agent de liaison, qui représentent "les rôles interpersonnels" du cadre auprès de ses collaborateurs. Le rôle de leader serait selon l'auteur, "celui qui est le plus important" (Mintzberg, p. 71). "L'organisation se tourne vers celui qui est à sa tête pour y trouver direction à suivre, conseil et motivation. Dans son rôle de leader, le cadre définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera" (Mintzberg, p.71). Ainsi, le cadre de santé, par son rôle de leader, influe sur la qualité du travail fourni par l'équipe des professionnels dont il a la responsabilité. Pour Henry Mintzberg, ce rôle de leader revêt deux types d'activités : La première est la gestion des ressources humaines, et la seconde est la motivation des collaborateurs dans leur travail. Il s'avère donc que selon sa manière d'encadrer, de conduire les professionnels, le cadre de santé peut conditionner une motivation au travail. En effet, les choix du cadre en matière de management sont "très importants pour les modalités d'adhésion ou de rejet, d'appropriation ou d'incompréhension que le personnel encadré manifeste à l'égard des décisions et projets qu'on lui propose et impose" (De Singly, p. 23). Pour favoriser l'adhésion des professionnels aux décisions prises, Françoise de Singly suggère un management participatif.

Mais, qu'est-ce que le management ? Le management c'est d'abord l'"Ensemble des méthodes d'organisation efficace (définition et partage des responsabilités) et de gestion rationnelle (en fonction d'objectifs ou de programmes fixés) employées dans la direction d'une affaire, d'une entreprise."³¹ Mais, le management comprend également l'"Ensemble des personnes qui élaborent la politique et l'administration de l'entreprise."³² D'après ces définitions, le management fait donc référence à un ensemble de méthodes de gestion et d'organisation, qui permettent à une entreprise d'atteindre des objectifs. L'enjeu du management devient alors de faire converger les intérêts personnels des employés et l'intérêt général de l'organisation

³⁰ www.legifrance.gouv.fr

³¹ www.cnrtl.fr

³² www.cnrtl.fr

Du point de vue de la psychodynamique du travail, *"la qualité du travail vient de l'engagement subjectif des individus lorsqu'elle peut se fonder sur une conception partagée du sens donné à l'activité, lorsque les membres de l'équipe peuvent confronter leurs modes opératoires et leurs ruses dans des espaces dédiés à cette discussion, et forgent ensemble les règles de travail"* (Dejours, p. 37). Or, le management participatif, que suggère Françoise de Singly, est un management dans lequel, les professionnels d'une entreprise sont régulièrement consultés pour prendre des décisions. Dans ce management, la participation de chacun des employés procure à l'organisation une certaine cohésion. Le management participatif semble donc être un management qui favorise l'engagement des employés dans leur travail, et selon la psychodynamique du travail, cet engagement des salariés serait une condition de la qualité du travail fourni.

Dans le secteur de la santé, le management participatif vise à concilier deux objectifs : La qualité de vie des soignants et la qualité des soins. Ce concept *"(...) fait intervenir tous les professionnels dans une même logique d'écoute et de partenariat"* (Bauchetet, 2012). En effet, le management participatif a recours à certains principes, qui sont en particulier la reconnaissance au travail et la participation active de tous les professionnels dans les processus décisionnels.

Pour le cadre de santé, manager une équipe, d'une manière participative, c'est donc prendre en compte à la fois l'individuel et le collectif, c'est *"créer les conditions permettant à la fois le développement des professionnels dont il a la responsabilité et l'atteinte des objectifs du service, du pôle et/ou de l'établissement"* (Colombat, 2012). Pour ce faire, *"le manager doit s'adapter à la situation, notamment au degré de responsabilité de l'équipe, en reconnaissant les aptitudes et les motivations, les forces et les faiblesses"* (Colombat, 2012) de chacun des membres de l'équipe. A contrario, si le cadre de service ne sollicite pas les membres de l'équipe, *"Si la fédération est absente ou insuffisante, les soignants souffrent de ne pouvoir participer à un "mouvement collectif". En fait, il existe le plus souvent un véritable désir de participer, à condition d'être reconnus bien sûr"* (Colombat, 2012).

La participation apparaît donc comme une motivation pour les soignants, parce qu'elle répond à un désir de leur part. Cependant, cette participation des soignants n'est possible qu'à condition qu'ils se sentent reconnus dans leur environnement professionnel, que ce soit par les pairs, les membres de l'équipe de soins, ou par la hiérarchie (comme le cadre de santé).

Dans l'organisation du système de soins, le cadre occupe une place stratégique qui le place au centre des préoccupations/intérêts de l'institution, du patient et des collaborateurs. La priorité donnée par les pouvoirs publics, à la sécurité et à la qualité des soins, définit une mission

majeure pour le cadre de santé qui représente l'institution, auprès de l'équipe dont il est responsable. Or, il s'avère que c'est par son management, que le cadre peut conditionner l'action de ses collaborateurs. Dans ces conditions, le management participatif apparaît comme le management le plus approprié pour favoriser l'engagement des professionnels et la qualité du travail fourni.

Compte tenu de cet état de fait, il semble donc que pour les soignants, la participation à l'élaboration des protocoles peut être un facteur d'observance de ces mêmes protocoles. A ce stade de la réflexion, un entretien exploratoire paraît nécessaire pour préciser la question de recherche, et notamment pour rechercher en quoi la participation des soignants à l'élaboration des protocoles peut favoriser l'observance de ces protocoles ?

6 La phase exploratoire :

La phase exploratoire réalisée ici est un peu particulière. En effet, il s'avère qu'au cours du stage concernant la fonction d'encadrement, j'ai eu l'occasion d'avoir une discussion avec un cadre, qui m'a raconté une de ses expériences de management, au cours de laquelle il a dû avoir recours à la participation de l'équipe soignante, pour obtenir l'observance d'un protocole. La phase exploratoire est donc basée sur l'expérience de ce cadre.

En l'occurrence, la situation décrite par ce cadre, fait part d'une expérience au cours de laquelle le cadre a voulu mettre en place de nouveaux outils pour la surveillance de l'alimentation des patients en cancérologie. Ces nouveaux supports étaient destinés aux professionnels aides-soignants et infirmiers du service. Le cadre a pris la précaution d'aller informer chaque professionnel personnellement au sujet de ce nouveau support. Au bout de quelques temps, il réalise un audit sur l'utilisation de ce nouveau support, et les résultats sont décevants. Ce cadre a dû alors, avec le soutien du médecin du service, organiser une information collective des professionnels du service, pour que les professionnels observent la traçabilité de l'alimentation des patients du service, sur le nouveau support. De plus, la concertation de l'équipe soignante a permis des modifications de ce support, pour en faciliter l'utilisation par les soignants. Le cadre explique qu'à la suite de cette information, le protocole a été appliqué de manière rigoureuse par l'ensemble des soignants de l'équipe.

Dans cette situation, d'une part, il apparaît que malgré une information individuelle à propos du nouveau support, l'adhésion des professionnels de l'équipe a nécessité une information commune. D'autre-part, la consultation de l'équipe soignante a permis d'améliorer l'ergonomie

du nouveau support. Cette phase exploratoire me permet de préciser ma question de départ, et de définir ainsi la question de recherche de mon travail.

7 La question de recherche

Après la phase exploratoire, et les différentes lectures pour définir le rôle du cadre dans l'observance des protocoles, il apparaît que la participation ou la coopération des soignants à l'élaboration des protocoles est un facteur d'observance des protocoles. Or, un des principes du management participatif est que ce management qui favorise l'engagement des soignants et la qualité du travail réalisé, se base sur la reconnaissance des soignants. A partir de ces éléments, ma question de recherche devient donc la suivante :

Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en quoi la coopération du cadre et des professionnels d'une équipe de soin, à l'élaboration des protocoles, favorise l'observance de ces mêmes protocoles ?

L'hypothèse que je fais, est la suivante :

La coopération des professionnels permet la reconnaissance du professionnel et conditionne son observance vis à vis des protocoles de soins et des procédures du service.

Partant de cette hypothèse, je vais débiter le cadre conceptuel par le concept de la reconnaissance au travail.

8 Le cadre conceptuel

8.1 La coopération dans le travail

8.1.1 Définition de la coopération

La coopération c'est d'une part l'"Action de participer (avec une ou plusieurs personnes) à une œuvre ou à une action commune"³³. D'autre part, d'un point de vue sociologique, la coopération c'est une "Aide, entente entre les membres d'un groupe en vue d'un but

³³ www.cnrtl.fr

commun"³⁴. Enfin, d'un point de vue politique, la coopération c'est l'"Aide apportée par un pays à un autre, pour contribuer à son développement économique et culturel, notamment en mettant à sa disposition des ingénieurs, des médecins, des techniciens"³⁵.

La coopération c'est donc à la fois la participation à une action commune, qui sous entend l'aide mutuelle des coopérateurs dans le but de se développer. "La coopération est de l'ordre de l'entraide entre les membres d'une équipe dans la réalisation d'une activité. Elle est un déterminant dans l'efficacité ou non du travail" (Desserprit, 2015). Ainsi, la coopération sous-entend une aide mutuelle entre les coopérateurs pour une réalisation commune, dans un souci d'efficacité.

8.1.2 La dualité de la coopération

Mais la coopération c'est aussi un facteur de qualité du travail. En effet, "la coopération, entendue comme une coopération des intelligences, alimentée par la compréhension des contraintes des autres et la prise en compte de celles-ci dans les arbitrages, est effectivement une condition sine qua non de la qualité du travail" (Dejours, p. 173). La coopération ce n'est donc pas seulement une entre-aide, mais c'est aussi une mise en commun des réalités et des intelligences individuelles, permettant ainsi une meilleure qualité du travail fourni.

Dans la mesure où la coopération nécessite une mise en commun des réalités et des intelligences individuelles, la coopération met en jeu différents processus. En effet, pour les individus, le fait de coopérer, entre individus, entraîne deux formes de coopération : *La coopération complémentaire et la coopération communautaire.*

La coopération complémentaire :

Cette forme de coopération se fonde "sur la différenciation des individus et la recherche de ressources complémentaires" (Dameron, 2005). La coopération complémentaire est une coopération basée sur le calcul, en référence à la théorie de l'acteur développée par Crozier et Friedberg. Ainsi, "La coopération complémentaire se génère (...) dans le partage d'une tâche commune, entre deux individus guidés par une stratégie individuelle de gains de pouvoir pour l'accès à des ressources complémentaires" (Dameron, 2005). La coopération complémentaire est davantage une coopération verticale, c'est-à-dire une coopération entre un cadre et les professionnels d'une équipe soignante. Cette coopération verticale met en jeu des stratégies

³⁴ www.cnrtl.fr

³⁵ www.cnrtl.fr

d'acteurs, issues du fait que chacun des protagonistes (ou "acteurs") engagés dans la coopération verticale, vise à satisfaire des intérêts individuels.

La coopération communautaire :

Cette forme de coopération est basée sur la ressemblance entre les individus, en référence aux travaux sur l'identité sociale initiés entre autres par Sainsaulieu, pour lequel l'identité au travail est la *"façon dont les différents groupes s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes"* (Dubar cite Sainsaulieu, 1985). Ainsi, *"La coopération communautaire s'instaure (...) dans le partage d'une tâche commune au sein d'un groupe restreint entre des individus soucieux d'être reconnus par les autres membres comme faisant partie du même groupe, désirant préserver et développer une identité commune, autour notamment d'objectifs partagés"* (Dameron, 2005). La coopération communautaire est une coopération qui est plutôt horizontale, c'est-à-dire que c'est une coopération qui s'effectue entre pairs, entre professionnels appartenant à un même groupe.

Cependant, même si *"Toute forme de coopération peut donner lieu à une accumulation de relations ou à un enrichissement (« humain »)"* (Dameron, 2005), la coopération des intelligences ne va pas de soi, elle doit être guidée, organisée. *"C'est précisément la responsabilité du manager que d'entretenir les conditions favorables à l'exercice de l'intelligence individuelle de chaque travailleur et de l'intelligence collective, c'est-à-dire de la coopération"* (Dejours, p. 173). Ainsi, c'est au cadre de créer un climat propice à la coopération, et cette mission relève d'*"un travail particulier qui peut être classé parmi les opérations de maintien du lien social : montrer une capacité d'écoute, se montrer compréhensif et disponible, etc."* (Dameron, 2005).

Il apparaît donc que la coopération requiert, de la part du cadre, un travail de mise en relation entre différents professionnels. Mais il ressort également, que la coopération relève d'un processus d'identification à un groupe. Ainsi, pour un individu, s'identifier à un groupe, se reconnaître comme faisant parti d'un groupe, paraît être un élément essentiel pour la coopération. Mais, si la reconnaissance intervient dans la coopération au travail, que signifie exactement, pour un individu, d'être reconnu au travail ?

8.2 La reconnaissance au travail

8.2.1 Définition de la reconnaissance

La reconnaissance possède deux significations distinctes : En effet, d'une part la reconnaissance c'est l'"*Action de reconnaître quelqu'un, quelque chose.*" Au sens psychologique, c'est une "*Forme, fonction de la mémoire par laquelle le sujet pensant identifie l'objet d'une représentation actuelle à un objet antérieurement perçu*"³⁶. La reconnaissance c'est dans ce cas le fait d'identifier quelqu'un ou quelque chose, par rapport à une image, une représentation mentale que l'on a de l'objet ou de la personne. D'autre part, la reconnaissance c'est aussi un "*Sentiment qui incline à se souvenir d'un bienfait reçu et à le récompenser*"³⁷. La reconnaissance c'est ici la gratitude que ressent un individu vis à vis d'un service rendu.

La reconnaissance c'est donc à la fois l'acte de reconnaître et un sentiment de gratitude récompensé. Ainsi, quand un individu fait preuve de reconnaissance à l'égard de quelqu'un, l'individu récompense une personne identifiée par rapport à une représentation que l'individu a de la personne, et qui fait référence à un bienfait que l'individu aura reçu précédemment de la personne qu'il reconnaît.

8.2.2 Les formes de la reconnaissance au travail

Aujourd'hui, bon nombre de chercheurs ont établi le lien des bienfaits de la reconnaissance sur l'engagement de l'individu dans son travail. En effet, "*Pour de nombreuses personnes, le travail devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle. En conséquence, leurs attentes en matière de reconnaissance ont tendance à être plus grandes dans cette aire de vie*" (Brun, 2005). Cependant, le monde du travail est soumis à de profonds changements qui "*remettent justement en question la valeur de l'individu et de ses réalisations, et révisent le sens de sa contribution au cœur des entreprises*" (Brun, 2005).

Certains dirigeants prennent déjà des mesures concrètes de reconnaissance au travail, comme par exemple la participation des employés aux décisions de l'entreprise, le développement du travail en équipe, ou encore un encouragement des travailleurs à la formation. "*Ces mesures*

³⁶ Cnrtl.fr

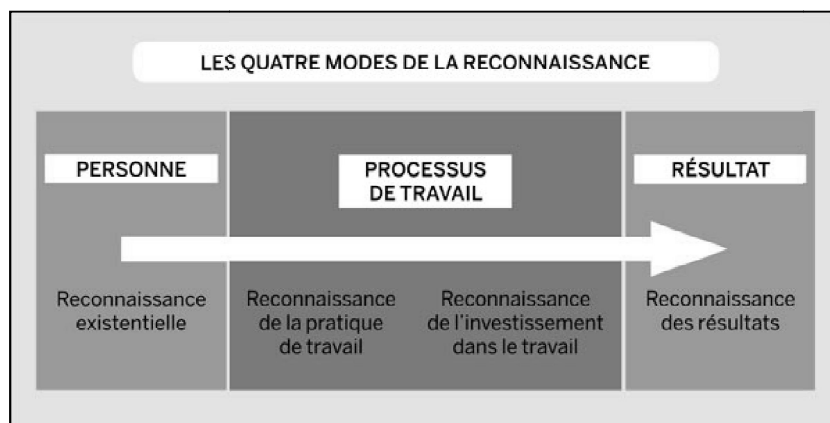
³⁷ Cnrtl.fr

de gestion des ressources humaines parlent d'ores et déjà de reconnaissance au travail, puisqu'il s'agit de reconnaître l'apport des personnes à l'organisation ainsi que leurs besoins en matière de formation et de perfectionnement." (Brun, Dugas, Tison, 2002).

Cependant, alors que Maslow (1943), dans la pyramide des besoins de l'individu, fait précéder le besoin de reconnaissance au besoin de réalisation et d'accomplissement de soi, que signifie alors pour l'individu le fait d'être reconnu au travail?

Pour tenter de donner des explications aux différentes significations que revêt la reconnaissance au travail, Jean-Pierre Brun a recensé dans la littérature quatre points de vue de la reconnaissance : La conception humaniste et existentielle, l'approche behaviorale ou comportementaliste, la psychodynamique du travail et enfin la perspective éthique. Jean-Pierre Brun schématise les quatre formes de connaissance de la façon suivante :

Tableau : Les quatre formes de la reconnaissance au travail (Brun, 2005)



D'après le tableau qui représente les quatre formes de la reconnaissance au travail, il apparaît que la reconnaissance existentielle s'intéresse à la personne, et que cette reconnaissance précède les trois autres formes de la reconnaissance, qui concernent davantage le travail en lui-même. De plus il ressort de ce tableau, que la reconnaissance au travail peut concerner la reconnaissance de la personne, la reconnaissance du processus de travail, ou encore la reconnaissance des résultats du travail. La reconnaissance du processus du travail comprend à la fois la reconnaissance de la pratique du travail, et à la fois la reconnaissance de l'investissement dans le travail. Enfin, la reconnaissance des résultats apparaît comme la dernière des formes de la reconnaissance au travail. Que représentent exactement ces quatre formes de reconnaissance décrites par Brun ?

La conception humaniste et existentielle : La reconnaissance existentielle

"La conception humaniste et existentielle de la reconnaissance s'intéresse à la personne, à son existence et au caractère unique de son être". Selon cette approche, "les personnes s'engageront spontanément dans leur travail dans la mesure où on leur procure les conditions de travail appropriées" (Brun cite Martin et autres, 1996). La conception humaniste de la reconnaissance prend comme centre d'intérêt la personne, son être, son caractère unique, son existence. Dans ce cas, la reconnaissance prend la forme d'un témoignage de la confiance en l'humain, c'est une attention accordée à la personne qui s'appuie sur l'individu en tant que tel. "Par la reconnaissance existentielle, l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions" (Brun, 2005).

Ainsi, en pratique, la reconnaissance existentielle peut s'exprimer par l'information régulière faite à des employés, sur les objectifs et les stratégies de l'entreprise. Ce peut être également le fait de faire participer l'employé au développement de l'organisation en lui permettant d'exploiter ses idées, ou encore le fait de donner aux employés un accès à la formation, pour évoluer, se perfectionner, se diversifier ou voire même se reconverter.

L'approche behaviorale : La reconnaissance des résultats

Dans cette approche, on considère que le comportement de l'individu est contrôlé par les conséquences de ses actes. Dans cette optique "Vous obtenez ce que vous récompensez" (Brun cite Nelson, 2001). Ici, la reconnaissance agit comme un renforcement positif qui incite l'individu "à produire les actions souhaitables" (Brun, 2005). La reconnaissance des résultats se centre sur le comportement de l'individu, les faits observables et contrôlables, ainsi que sur les résultats du travail. La reconnaissance prend ici la forme d'un renforcement positif, souvent associé à la notion de récompense. Pour l'employé, reconnaître les résultats, c'est reconnaître sa contribution à l'entreprise, et cela procure à l'employé un sentiment d'importance au sein de l'organisation.

Ainsi, en pratique, la reconnaissance des résultats ce peut être une cérémonie qui souligne une réussite particulière, ce peut être aussi des félicitations spontanées à un employé ayant relevé un défi, la reconnaissance des résultats ce peut être encore plus simplement la diffusion des résultats des employés.

La reconnaissance selon la psychodynamique du travail : Reconnaissance de la pratique du travail

"Selon la psychodynamique du travail, la reconnaissance représente une rétribution attendue par le sujet qui se situe principalement dans le registre du symbolique" (Brun, 2005). La psychodynamique du travail apporte deux aspects de la reconnaissance : D'une part, la notion de reconnaissance du travail réel fourni, qu'il soit visible ou invisible, et d'autre part, la notion de jugement du travail. Christophe Dejours s'est intéressé à la notion de jugement du travail dans la reconnaissance.

Pour lui, la reconnaissance c'est d'abord "*le jugement d'utilité (économique, technique ou sociale) sur le service rendu par un opérateur*" (Dejours, 2002). La reconnaissance c'est donc admettre dans un premier temps que le travail ou le service rendu est utile, c'est-à-dire qu'il sert à quelque chose, qu'il a une utilité sociale. Ce jugement d'utilité est émis "*par le personnel d'encadrement, les clients ou les subordonnés et porte sur l'utilité sociale, économique et technique du travail de l'employé*" (Dejours, 2002). Ainsi, le jugement d'utilité est un jugement émis par l'encadrement vers les employés, comme des employés vers l'encadrement.

Après le premier jugement d'utilité, "*Le deuxième jugement est celui de beauté. Il confirme que le travail accompli respecte les règles, que les solutions trouvées sont simples, dépouillées*" (Dejours, 2002). Le jugement de beauté permet d'apprécier que le travail fourni a été réalisé dans les "règles", sous-entendu, dans les règles de l'art professionnel. En effet, ce jugement de beauté "*est prononcé surtout par les pairs qui, plus que les autres, sont en mesure de juger de la qualité du travail réalisé*" (Dejours, 2002). Selon Dejours, ce jugement de beauté, émis par les pairs, comprend deux niveaux distincts :

- Le premier niveau est celui de la conformité. Le jugement de conformité fait référence au respect des règles de l'art, il "*confère alors à celui qui le reçoit l'appartenance à un métier, à un collectif de travail*" (Dejours, 2002). Si l'individu respecte les règles de travail, l'individu est alors admis dans le groupe professionnel auquel il aspire, l'individu est reconnu par les pairs comme faisant parti du même groupe professionnel.
- Le second niveau du jugement de beauté est l'originalité. "*Ce qui fait qu'on reconnaît le style de quelqu'un, le « plus ». On accède alors à l'identité, ce par quoi je ne suis à nul autre pareil*" (Dejours, 2002). Ainsi le jugement de beauté permettrait à l'individu de juger de son originalité par rapport à autrui dans son travail. Ce sentiment d'être semblable à nul autre, d'être unique, permettrait à l'individu d'exprimer son identité,

c'est-à-dire d'exprimer ce qui le différencie des autres, tout en faisant partie du même groupe.

L'approche de la reconnaissance dans la psychodynamique du travail s'intéresse davantage au vécu en situation de travail et aux dimensions non-visibles du travail (rapport subjectif au travail). Dans ce cas, la reconnaissance prend la forme d'une rétribution qui se vit surtout dans le registre du symbolique, c'est un jugement de beauté et d'utilité, un regard porté d'abord sur le travail de la personne plutôt que sur la personne elle-même, mais qui néanmoins, permet à la personne d'accéder à son unicité.

Ainsi, en pratique, la reconnaissance de la pratique du travail porte donc sur le comportement de l'individu, sur ses qualités professionnelles et sur ses compétences. Reconnaître la pratique du travail ce peut être par exemple, demander la participation des professionnels, pour les compétences qu'ils ont à partager. C'est le fait pour l'employé de pouvoir apporter une contribution à l'entreprise, en fonction de ses talents professionnels.

La perspective éthique : La reconnaissance de l'investissement dans le travail

Selon la perspective éthique, " *L'entreprise doit établir sa relation avec ses employés sur le principe que les êtres humains sont égaux entre eux et méritent d'être traités comme tels*" (Brun, 2005). La perspective éthique de la reconnaissance s'intéresse à l'être humain comme être de dignité, d'égalité. La reconnaissance prend ici la forme du souci de l'autre, d'une responsabilité individuelle et collective à partager. " *Dans un sens plus large, la reconnaissance, éclairée par la perspective éthique, s'exprime par des actions qui visent à réparer les torts causés aux employés par des choix de gestion particuliers. Elle traduit en outre une ouverture sur le domaine des valeurs individuelles et organisationnelles*" (Brun, Dugas, Tison, 2002). La reconnaissance éthique reconnaît l'investissement, et les efforts fournis par les professionnels, que les objectifs soient atteints ou pas.

En pratique, la reconnaissance de l'investissement dans le travail porte davantage sur l'implication des employés, et sur l'énergie déployée par les employés, compte tenu des contraintes d'exercice du travail. La reconnaissance de l'investissement dans le travail peut se traduire par des remerciements faits à un employé pour son investissement.

A l'issue de ces quatre approches de la reconnaissance, il apparaît que la reconnaissance peut prendre plusieurs formes mais qu'elle reste au final la possibilité de reconnaître autrui, en tant qu'être humain d'abord, et dans un second temps, en tant que professionnel fournissant un

travail. Cependant, Brun précise que *"la reconnaissance existentielle devrait être à la base de toutes les autres formes de reconnaissance"* (Brun, 2005). La *"reconnaissance existentielle"* est donc la reconnaissance qui précède (ou qui conditionne ?) les autres formes de la reconnaissance au travail, que cette reconnaissance porte sur la pratique du travail, l'investissement dans le travail ou encore sur les résultats du travail.

Par ailleurs, si la reconnaissance au travail peut prendre des formes différentes, elle peut également s'exercer à plusieurs niveaux au sein d'une organisation, et *"qu'elle soit mutuelle, à sens unique ou absente de la relation, elle ne représente pas moins une forme de message que chacune des deux parties envoie à l'autre. Inscrite au cœur des relations de travail, la reconnaissance (ou la non-reconnaissance) est susceptible de s'exprimer au travers de différents niveaux d'interactions"* (Brun, 2005). Ainsi la reconnaissance peut avoir un niveau horizontal entre collègues et un niveau vertical entre la hiérarchie et les collaborateurs, voire même entre les collaborateurs et la hiérarchie ou l'encadrement.

En conclusion, il s'avère que *"la reconnaissance au travail est un élément essentiel pour préserver et construire l'identité des individus, donner un sens à leur travail, favoriser leur développement et contribuer à leur bien-être professionnel. Les individus sont différents, et les formes de reconnaissance, multiples"* (Brun, 2005).

Les formes de reconnaissance sont variées, et elles s'adressent tantôt à la personne en tant que telle, tantôt au professionnel et à son travail. Quoi qu'il en soit, la reconnaissance permet à l'individu de se construire et de valider son identité au travail, c'est-à-dire son identité professionnelle. Partant de ce constat, il semble pertinent d'aller voir comment la reconnaissance intervient dans les processus identitaires des individus et des individus au travail.

8.3 L'identité professionnelle

L'identité professionnelle, c'est l'identité de l'individu en lien avec la profession qu'il exerce. L'identité professionnelle c'est donc en quelque sorte une identité conférée à l'individu au travers de sa profession. Mais qu'est-ce que l'identité exactement ? Comment se construit-elle ? Quelle signification a-t-elle pour l'individu ? Et à partir de là, comment la reconnaissance intervient-elle dans cette construction identitaire ?

Dans un premier temps, je vais préciser ce qu'est l'identité, pour développer ensuite la profession et l'identité professionnelle.

8.3.1 Définition de l'identité :

Du latin *idem* qui signifie le même, "l'identité" a principalement deux significations.

D'une part l'identité définit le "*Caractère de ce qui, sous des dénominations ou des aspects divers, ne fait qu'un ou ne représente qu'une seule et même réalité (identité numérique, concrète)*"³⁸. L'identité c'est dans ce cas la ressemblance entre deux objets, deux individus, qui malgré des caractères individuels différents, définissent néanmoins une réalité commune. L'identité pour un individu, c'est donc en quelque sorte une ressemblance à autrui concernant un champ défini. Cette définition de l'identité précise le caractère collectif de l'identité, dans le sens où ce sont des caractères communs à plusieurs individus qui permettent de définir entre eux une réalité identique, une identité.

D'autre-part, l'identité c'est aussi un "*Ensemble des traits ou caractéristiques qui, au regard de l'état civil, permettent de reconnaître une personne et d'établir son individualité au regard de la loi.*"³⁹L'identité c'est donc aussi un ensemble de caractères propres à l'individu, qui permettent de le reconnaître personnellement parmi autrui. Cette définition de l'identité précise plutôt le caractère individuel de l'identité, dans le sens où ce sont des aspects personnels, qui définissent l'individu pour autrui. C'est au travers de ses traits personnels que l'individu possède une identité.

Au vu de ces deux définitions, il s'avère que l'identité possède une dimension sociale, en rapport avec autrui, et une dimension individuelle, en rapport avec la personne elle-même au travers de ses différents traits. Peut-on alors parler d'"*identité collective*" et d'"*identité personnelle*" ? Ces deux identités sont-elles indépendantes, où représentent-elles une seule et même identité ?

8.3.2 L'identité en psychologie-sociale :

La psychologie sociale apporte des éléments de réponse quant à la construction de l'identité de l'individu. En effet, l'identité serait le résultat d'une dualité entre une identité pour soi, ou identité personnelle, issue d'un processus psychique, et une identité pour autrui, c'est-à-dire une identité de soi vue par autrui, construite par un processus de socialisation.

Pour Georges Herbert Mead, l'identité d'un individu représente le Soi, qui lui-même est composé de deux entités : Le Je et le Moi. "*Le Je suis la réaction des organismes aux*

³⁸ <http://www.cnrtl.fr>

³⁹ <http://www.cnrtl.fr>

attitudes des autres ; le Moi est l'ensemble organisé des attitudes des autres qu'on assume soi-même. Les attitudes d'autrui constituent le moi organisé auquel on réagit comme Je" (Deschamps & Moliner, citent Mead, 1933). Pour Mead, l'identité, le Soi d'un individu est à la fois un construit individuel, le Je, et un construit collectif, le Moi. L'identité de l'individu résulte donc d'un compromis entre une composante psychologique, le Je, et une composante sociologique, le Moi. Le Moi serait un construit social, une sorte de définition de l'individu par les différents rôles que l'individu occupe dans la société et qui lui sont proposés par cette même société. Ces rôles peuvent toucher des milieux différents, comme la sphère familiale et le rôle de parent, la sphère du travail et la profession exercée, ou la sphère des loisirs et le rôle dans un groupe. Cependant, le Je et le Moi se rejoignent dans le sens où l'identité pour soi (le Je) se construit par intériorisation des identités proposées par autrui (les Moïs) dans une société donnée, que l'individu va traverser au fil de son existence. "*Le Je représente l'aspect créateur du Soi qui répond aux attitudes d'autrui qu'on a intériorisées alors que le Moi est cet ensemble organisé des jugements d'autrui que le soi assume*" (Deschamps & Moliner, p.14). Pour Mead, l'identité se définit donc par le Soi qui est le résultat d'une "*Conversation entre le Je et le Moi*" (Deschamps & Moliner, p.14), c'est-à-dire d'un compromis entre une *identité personnelle* et une *identité sociale*.

Claude Dubar reprend les travaux de Mead pour donner une explication de la construction de l'identité sociale. En effet, Dubar définit l'identité sociale d'un individu comme la résultante de transactions "*externes*" et "*internes*". Par ces transactions, l'individu vise à réduire l'écart entre une *identité pour soi* et une *identité pour autrui*. L'*identité pour soi* représente l'*identité réelle* dans laquelle l'individu se reconnaît. L'*identité pour autrui* représente l'*identité virtuelle* attribuée par autrui et dans laquelle l'individu se reconnaît ou ne se reconnaît pas.

Les *transactions internes* sont prédictives de l'*identité réelle* qui se construit au cours d'un "*processus biographique*". Ce *processus biographique* représente l'histoire de l'individu, son vécu au travers de ses différentes expériences de la vie et de ses rencontres avec autrui. Par son histoire, l'individu se construit des modèles sociaux dans lesquels il se reconnaît personnellement. Ainsi, "*Tout individu dispose d'un ensemble d'informations ou de croyances sur lui-même. Ces éléments peuvent-être de nature très diverse (attributs, intérêts, activités,...) et c'est à eux que l'on se réfère lorsqu'on souhaite se définir ou éventuellement se présenter*" (Deschamps & Moliner, p. 78). Les choix de l'individu, pour la construction d'une *identité pour soi*, visent donc à exprimer "*quel type d'homme (ou de femme) vous voulez être*", c'est-à-dire "*quel type d'homme vous dites que vous êtes*" (Dubar, p. 109).

Cependant, cette "*identité pour soi*" n'est possible que par la reconnaissance des autres. En effet, "*L'identité pour soi est seconde et corrélative d'autrui et de sa reconnaissance : Je ne sais jamais qui je suis que dans le regard de l'autre*" (Dubar, p. 104).

Les *transactions externes* constituent le second processus intervenant dans la construction de l'identité sociale d'un individu. Ces *transactions externes* sont prédicatives de l'*identité virtuelle* qui se construit au cours d'un *processus relationnel*. Ces *transactions externes* représentent des *actes d'attribution* de la société vis à vis de l'individu, qui définissent "*quel type d'homme ou de femme vous êtes*" ou "*dit-on que vous êtes*" (Dubar, p. 109). La société propose des étiquettes sociales, reconnues par autrui (femme, homme, mari, mère, père, sportif, enfant, adulte, ...), au travers desquelles l'individu se reconnaît ou ne se reconnaît pas. Car l'identification de l'individu aux identités sociales proposées "*dépend des modes de reconnaissance par les institutions légitimes et leurs agents directement en relation avec les sujets concernés*" (Dubar, p. 108).

L'*identité réelle* de l'individu est celle qu'il poursuit, et qu'il cherche à faire reconnaître, mais celle-ci ne peut s'exprimer qu'au travers d'*identités virtuelles* reconnues par la société, ses institutions et ses représentants auprès de l'individu. L'identité sociale peut donc se définir comme un construit de l'individu consécutif "*des mécanismes de la reconnaissance de soi*", construit formé par le choix de plusieurs "étiquettes" socialement reconnues.

Pour Renaud Sainsaulieu, l'identité est davantage un processus relationnel d'*investissement de soi*. L'individu est vu comme un *acteur de soi*, qui "*renvoie non pas à un simple rôle passager sur une scène provisoire mais à un investissement essentiel dans des relations durables qui mettent en question la reconnaissance réciproque des partenaires*" (Dubar, p. 115). Ainsi, pour Sainsaulieu l'identité d'un individu repose sur la construction de relations avec autrui basées sur la reconnaissance mutuelle des individus entre eux. L'identité sociale, c'est-à-dire "*l'identité pour autrui*", est donc une dimension importante de l'identité selon Sainsaulieu.

L'identité professionnelle est une des identités sociales possibles pour les individus.

8.3.3 L'identité professionnelle

8.3.3.1 *Les différentes approches de la profession :*

La profession a fait l'objet de plusieurs recherches en sciences humaines et sociales. Je vais en développer trois approches différentes, mais qui se rejoignent néanmoins sur certains aspects.

L'apport des sociologues anglo-saxon :

En 1933, Carr-Saunders et Wilson, avancent que pour qu'il y ait une évolution d'un emploi vers la profession, trois conditions sont nécessaires autour de cet emploi :

- La première est la *"spécialisation de services permettant d'accroître la satisfaction d'une clientèle"* (Dubar, p. 128). L'emploi doit donc proposer un service spécifique qui augmente la satisfaction de clients.
- La seconde condition est *"la création d'associations professionnelles obtenant, pour leurs membres"* (Dubar, p. 128), *"le patronage exclusif des clients et employeurs requérant le service de leur métier"* (Dubar cite Carr-Saunders & Wilson, 1933). Les individus qui occupent l'emploi doivent se constituer en groupe professionnel. De plus, ces groupes professionnels, doivent défendre les intérêts de leur groupe professionnel, en obtenant notamment, l'exclusivité de la clientèle et des employeurs. Cette exclusivité, ce "patronage" donc, permet aux professionnels de se différencier des individus moins qualifiés, *"permettant ainsi d'accroître le prestige du "métier" et ceci en définissant et contrôlant les règles de la conduite professionnelle encore qualifiée de "code d'éthique et de déontologie professionnelle"* (Dubar, p. 128).
- La troisième condition est la *"mise en place d'une formation spécifique fondée sur "un corps systématique de théorie" permettant l'acquisition d'une culture professionnelle"* (Dubar, p. 128). La dernière condition pour qu'un emploi devienne une profession, c'est la nécessité d'organiser une formation spécifique, basée sur des théories, et qui rend possible la professionnalisation de l'individu.

Il semble donc, selon l'approche des sociologues anglo-saxons, que pour qu'un emploi soit considéré comme une profession, cet emploi doit tout d'abord concerner un service spécifique apporté au client. Ensuite, il faut qu'il y ait des représentants de cet emploi, qui définissent les règles professionnelles de l'emploi concerné, et qui s'assurent d'une exclusivité du service proposé, à la fois auprès de clients, et à la fois auprès des employeurs. Enfin, une formation

spécifique à l'emploi concerné semble nécessaire pour l'acquisition d'une "*culture professionnelle*"

L'approche fonctionnaliste des professions :

Parson en 1955 se base sur le modèle de la relation entre le médecin et ses malades, pour proposer une définition de la profession. En effet, Parson propose de définir la profession par un modèle de relation entre le "*professionnel*" et le "*client*". Cette relation entre le "*professionnel*" et le "*client*" comporte trois dimensions du rôle professionnel :

- La première dimension du rôle professionnel est la nécessité d'un savoir pratique ou "*science appliquée*". Ce savoir pratique présente une double compétence, celle d'un savoir théorique acquis par de longues études et sanctionné, et celle d'une pratique acquise par l'expérience. "*Cette dimension du rôle associe la norme de la valorisation de l'accomplissement*" (Dubar, p. 129).
- La seconde dimension du rôle professionnel est une "*compétence spécialisée*" ou "*spécificité fonctionnelle*". Cette spécificité "*se présente comme une double capacité, celle qui repose sur la spécialisation technique et qui limite l'autorité du professionnel au seul domaine légitime de son activité et celle qui fonde son pouvoir social de prescription et de diagnostic dans une relation plus ou moins réciproque*" (Dubar, p. 129). La "*spécificité fonctionnelle*" est donc la dimension qui délimite le champ d'action du professionnel.
- La troisième et dernière dimension du rôle professionnel selon Parson est "*un intérêt détaché, caractéristique de la double attitude du professionnel, qui unit la norme de neutralité affective avec la valeur d'orientation vers autrui, d'un intérêt empathique pour le client et pour son attente inconditionnelle*" (Dubar, p. 129). "L'intérêt détaché" envers le client signifie que l'objectif du professionnel dans l'exercice de ses fonctions, c'est la seule satisfaction du client.

Pour Parson, la profession regroupe donc trois éléments essentiels : Le premier de ces trois éléments est un savoir acquis par des études, sanctionné et enrichi par l'expérience. Le second élément qui, selon Parson, définit une profession, c'est que ce savoir acquis est délimité dans un champ spécifique. Enfin, le troisième élément que cite Parson, c'est le fait que le professionnel adopte une attitude empathique envers le client. Chapoulie, quelques années plus tard étoffe et précise la définition de Parson.

De fait, Chapoulie en 1973, définit un *"type idéal professionnel"*. Chapoulie part du principe que *"le monopole dans l'accomplissement des tâches professionnelles est le plus souvent décrit comme reposant sur :*

- *une compétence techniquement et scientifiquement fondée ;*
- *l'acceptation et la mise en pratique d'un code éthique réglant l'exercice de l'activité professionnelle"*.
- *"une formation professionnelle longue dans les établissements spécialisés ;*
- *un contrôle technique et éthique des activités exercées par l'ensemble des collègues considérés comme seuls compétents ;*
- *un contrôle reconnu légalement et organisé en accord avec les autorités légales ;*
- *une communauté "réelle" des membres partageant des "identités" et des "intérêts" spécifiques ;*
- *une appartenance par les revenus conférant prestige et pouvoir aux fractions supérieures des couches moyennes"* (Dubar cite Chapoulie, 1973, p. 130).

Chapoulie, avec son *"type idéal professionnel"*, reprend les trois Dimensions de Parson, mais il les étoffe un peu. En effet, Chapoulie reprend la dimension du groupe professionnel, mais il ajoute un aspect de reconnaissance identitaire, et un même niveau social entre individu d'une même profession. Chapoulie précise également la dimension de la formation, avec la nécessité d'établissements de formation, et l'existence d'un code éthique. Chapoulie confirme enfin la nécessité du "patronage", en apportant le contrôle des professionnels et de leurs activités par une institution légale.

L'approche fonctionnaliste de la profession présente donc une double affirmation : *"d'une part les professions forment des communautés unies autour des mêmes valeurs et de la même "éthique de service", d'autre part leur statut professionnel s'autorise d'un savoir "scientifique" et pas seulement "pratique"* (Dubar, p. 131). Ainsi, ce qui rapproche les définitions de Parson et de Chapoulie, c'est que les professionnels d'une même activité partagent les mêmes valeurs et une certaine déontologie du service rendu. Par ailleurs, les professionnels, selon cette approche, revendiquent un savoir et un savoir-faire qui sont spécifiques.

L'approche de l'interactionnisme symbolique :

Hughes reprend la relation professionnel/client de Parson, en la rapportant à la relation entre le profane et le sacré, entre le clerc et le laïc, entre l'initié et le non-initié. Pour Hughes, "les professionnels" possèdent d'abord deux attributs essentiels : un diplôme et un mandat.

- Le diplôme "*C'est l'autorisation légale d'exercer une activité interdite aux autres*" (Dubar, p. 132).
- Le mandat quant à lui désigne "*l'obligation légale d'assurer une fonction spécifique*" (Dubar, p. 132).

Ensuite, les "professionnels" possèdent également un "*savoir coupable*", c'est-à-dire "*un secret social confié par l'autorité à un groupe spécifique qui l'autorise et le mandate à échanger des signes de transgression contre des marques de réintégration sociale et de réhabilitation morale*" (Dubar, p. 133). Pour finir le tableau des "professionnels", Hughes ajoute la nécessité de l'existence d'institutions destinées "*à protéger le diplôme et à maintenir le mandat de ses membres*" (Dubar, p. 133). Ici, d'une part Hughes reprend l'idée d'une activité spécifique, et d'autre-part, Hughes fait également part de la nécessité d'une autorité légale, pour protéger la profession.

8.3.3.2 L'identité professionnelle

Pour expliciter le passage d'une identité sociale individuelle, à une identité professionnelle (sociale par définition), Hughes explicite trois mécanismes de la socialisation professionnelle :

1. Le premier mécanisme est le "*passage à travers le miroir*", par lequel l'individu découvre "*la réalité désenchantée*". "*C'est une sorte d'immersion dans la "culture professionnelle" qui apparaît brutalement comme l'"inverse" de la culture profane (...)*" (Dubar, p. 135). "*La crise et le dilemme instaurés par "l'identification progressive avec le rôle" ne peuvent se dissiper que par un renoncement volontaire aux stéréotypes professionnels*" (Dubar, p. 135). Le "*passage à travers le miroir*", c'est donc la confrontation du professionnel avec la réalité du travail.
2. Le second mécanisme "*concerne "l'installation dans la dualité" entre le "modèle idéal" qui caractérise "la dignité de la profession", son image de marque, sa valorisation symbolique et le "modèle pratique" qui concerne "les tâches quotidiennes et leurs durs travaux" et qui n'a que peu de rapport avec le premier*" (Dubar, p. 135).

"L'installation dans la dualité" serait en quelque sorte, pour un futur professionnel, un renoncement au professionnel idéal, par confrontation régulière avec la réalité du terrain.

3. Le troisième mécanisme est "*la constitution d'un "groupe de référence" au sein de la profession représentant à la fois une anticipation des positions souhaitables et une légitimation de ses capacités*" (Dubar, p.136). Le troisième mécanisme dont parle Hughes, dans le processus de socialisation professionnelle est donc l'identification à un groupe de référence.

Pour le sociologue Claude Dubar, "*Le travail quel qu'il soit constitue un élément clé de l'être social des individus*" (Dubar, p. 139). L'identité professionnelle (au sens d'identité au travail) paraît donc être un élément important de l'identité sociale des individus. Cependant, l'identité professionnelle est un des construits sociaux proposés par autrui et aux travers desquels l'individu cherche à faire reconnaître son *identité réelle*. L'identité professionnelle est donc un moyen de reconnaissance par autrui de l'*identité réelle* de l'individu. En effet, "*L'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et des compétences associées aux identités, mais aussi des images de soi que l'on privilégie à un instant de sa biographie*"(Dubar, p. 117). Ainsi, le travail, mais aussi l'école, sont autant de lieux où la reconnaissance des identités individuelles est rendue possible.

Pour Sainsaulieu, les rapports de travail représentent " *le "lieu" où s'expérimentent l'affrontement des désirs de reconnaissance (...)*" (Dubar cite Sainsaulieu, p. 115). Ainsi, Sainsaulieu définit le travail comme un espace privilégié de reconnaissance pour les individus.

La vie professionnelle de l'individu lui confère donc des identités professionnelles. Ainsi, la vie professionnelle relève d'"*une construction personnelle d'une stratégie identitaire mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la réalisation de ses désirs*" (Dubar, p. 114). Dans ces conditions, les espaces de travail représentent des "(...) *espaces d'identification prioritaires au sein desquels les individus se considèrent comme suffisamment reconnus et valorisés*" (Dubar, p. 117).

L'identité professionnelle d'un individu représente donc au final un moyen, de faire reconnaître son "identité réelle". Or, l'identité réelle d'un individu, c'est finalement l'identité au travers de laquelle l'individu se reconnaît en tant que tel, et qui guide les choix de l'individu, à chaque instant de sa vie. L'identité professionnelle est donc une identité sociale qui permet à l'individu la reconnaissance de soi.

Cependant, il s'avère que la reconnaissance de soi est une forme de représentation de soi. Dans ce cas, il semble intéressant d'aller chercher ce que sont véritablement les représentations sociales, et quels sont leurs rôles dans la société et dans les interactions interindividuelles.

8.4 Les représentations sociales

8.4.1 Définition de la représentation

Pour commencer, le mot représentation vient du latin *repraesentatio, -onis* " *action de mettre sous les yeux* ". Ensuite, la représentation possède plusieurs sens. Tout d'abord, la représentation c'est l'"*Action de rendre quelque chose présent à quelqu'un en montrant, en faisant savoir*"⁴⁰. Dans ce cas, la représentation est synonyme de présentation. Il s'agit de l'action de présenter à nouveau, de rappeler à autrui, quelque chose ou quelqu'un, par le geste ou par la communication. C'est en quelque sorte faire savoir à nouveau. Ensuite, la représentation c'est aussi l'"*Action de rendre quelque chose ou quelqu'un présent sous la forme d'un substitut ou en recourant à un artifice*"⁴¹. Ici la représentation constitue le fait de rendre présent quelque chose ou quelqu'un, et ce sous n'importe quelle forme, que ce soit une peinture, un parfum, une sculpture, un livre, une mélodie ou encore un spectacle. Mais la représentation c'est encore l'"*Action, fait de rendre présent par son existence, par sa propre présence*"⁴². Ici la représentation n'est plus un artifice, c'est une personne, un "homme" vivant. Enfin, la représentation c'est aussi l'"*Action, fait de se représenter quelque chose ; manière dont on se représente quelque chose*". Ici, la représentation c'est l'"*acte par lequel un objet de pensée devient présent à l'esprit*"⁴³ (Graw. 1981).

Au final, il apparaît que la représentation est un phénomène cognitif, qui permet à l'esprit d'un individu d'avoir connaissance d'une chose ou d'une personne, ou de se la remémorer.

⁴⁰ <http://www.cnrtl.fr>

⁴¹ <http://www.cnrtl.fr>

⁴² <http://www.cnrtl.fr>

⁴³ <http://www.cnrtl.fr>

8.4.2 Structure des représentations sociales

Tout d'abord, s'intéresser aux représentations sociales, c'est prendre conscience que " *toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne* " (Jeoffrion cite Abric, 1992). Les représentations sociales représentent donc pour l'individu ou le groupe une interprétation de la réalité, interprétation qui serait dépendante des informations que les individus ou les groupes emmagasinent au cours de leur vie. Cependant, si les représentations constituent un système d'informations du monde, les représentations guident aussi les comportements et les communications des individus et des groupes. Ainsi, les représentations sociales se révèlent être, des "*systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et orientant les conduites et les communications sociales*" (Jeoffrion cite Jodelet, 1984).

Moscovici explique que les représentations ont à la fois une logique cognitive et une logique sociale. La composante cognitive confère à la représentation sa "*texture psychologique*" (Abric cite Moscovici, 1976), "*elle est soumise aux règles qui régissent les processus cognitifs*" (Abric, p. 18). Ainsi, d'après Moscovici, ces processus cognitifs permettraient aux individus, lorsque la réalité diffère de la représentation, de réduire l'écart entre la réalité et la représentation, pour parvenir à un état d'équilibre, qui serait plus supportable d'un point de vue psychique. Ce phénomène de réduction de l'écart entre la réalité et la représentation est un phénomène de "*réduction de la dissonance cognitive*". Quant à la composante sociale, elle est liée au fait que la représentation relève d'une "*mise en œuvre des processus cognitifs*" (Abric, p. 18). Cette mise en œuvre "*est directement déterminée par les conditions sociales dans lesquelles s'élabore ou se transmet une représentation*" (Abric, p. 18). Il s'avère donc que les représentations sociales s'élaborent et se transmettent dans des contextes sociaux.

8.4.3 Les fonctions des représentations sociales

Par ailleurs, Abric a pu mettre en lumière, quatre fonctions principales des représentations : La première fonction est la "*fonction de savoir*". Les représentations "*permettent de comprendre et d'expliquer la réalité*" (Abric, p. 21). Cette fonction de savoir fait référence à la notion de "*savoir pratique*" ou de "*sens commun*", que Moscovici appelle encore "*le savoir naïf*". Ce savoir naïf est en quelque sorte, "*un cadre de référence commun, qui permet*

l'échange social" (Abric, p. 21). En effet, le fait que les individus possèdent des informations sur un sujet, favorise les échanges à propos de ce sujet.

La seconde fonction des représentations est *"la fonction identitaire"* (Abric, p. 21). Cette fonction identitaire permet *"l'élaboration d'une identité sociale et personnelle gratifiante, c'est-à-dire compatible avec un système de normes et de valeurs socialement et historiquement déterminées"* (Abric cite Carugati, 1985). Ainsi, les représentations sont à l'origine des processus identitaires, c'est-à-dire à l'origine des *"identités pour soi"* et des *"identités pour autrui"*.

La troisième fonction est *"la fonction d'orientation"* (Abric, p. 22). Cette fonction d'orientation guide *"les comportements et les pratiques"* (Abric, p.22). Cette fonction des représentations influence les comportements des individus, *"la représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques"* (Abric, p. 23).

La quatrième et dernière fonction des représentations est *"la fonction justificatrice."* (Abric, p.23). La représentation permet ainsi à chaque individu de justifier son comportement, que ce soit en amont ou en aval du comportement de l'individu. La représentation autorise les individus à *"justifier leurs conduites dans une situation ou à l'égard de leurs partenaires"* (Abric, p. 23).

Ainsi, les représentations constituent une banque de données d'informations, qui permet aux individus à la fois d'avoir une certaine vision des choses issue d'un *"savoir commun"*, mais qui permet aussi de guider et de justifier les comportements des individus, ceci en fonction du contexte et des acteurs en présence. De plus, les représentations fournissent aussi les informations qui sont à la base des constructions identitaires, pour chaque individu.

8.4.4 La représentation de soi

Les représentations individuelles sont le fruit des interactions de l'individu avec autrui, et les représentations individuelles sont un guide pour les comportements de l'individu. En effet, les représentations individuelles sont un construit de la réalité que l'individu se fait au travers des rencontres avec autrui, et ce tout au long de son parcours biographique, c'est-à-dire tout au long de sa vie. Ainsi, la représentation de soi, c'est-à-dire la représentation que l'individu a de lui-même, se construit au travers des informations données par autrui. La représentation de soi est donc le produit des différentes informations que l'individu a de lui-même. *"Dans une perspective cognitive, ces différentes informations constituent le Soi qui peut alors se*

définir comme la représentation cognitive que nous avons de nous-mêmes" (Deschamps & Moliner, citent Martinot, 2002, et Pilat, 1999).

Les informations dont dispose l'individu, à propos de lui-même, sont de deux types : d'une part ces informations concernent "*des caractéristiques personnelles, notamment des traits de personnalité*" (Deschamps & Moliner, p. 79). D'autre-part, ces informations portent sur des "*connaissances épisodiques, renvoyant à des expériences ou des comportements*" (Deschamps & Moliner, p. 79).

Cependant, la façon dont l'individu va traiter l'information liée à soi dépendrait, d'un point de vue cognitif, de quatre motivations qui sont : "*La valorisation de soi, la vérification de soi, l'évaluation de soi et l'amélioration de soi*" (Deschamps & Moliner citent Strube, 1997). Ainsi, tandis que les deux premières motivations (*valorisation de soi et vérification*) concernent "*la préservation d'une image de soi et la continuité du soi*" (Deschamps & Moliner, p 79) ; les deux dernières (*l'évaluation de soi et l'amélioration de soi*) ont "*un rôle plus dynamique en conduisant les individus à amender les connaissances dont ils disposent à propos d'eux-mêmes.*" (Deschamps & Moliner, p 79).

8.4.5 Les représentations professionnelles

"Les représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles (interagir et interréagir) et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles" (Michel-Guillou cite Blin, 1997). La représentation professionnelle est donc fonction de la profession, elle est liée à un contexte professionnel particulier, qui est le contexte professionnel de l'individu.

"Les représentations professionnelles correspondent, ainsi, aux savoirs techniques que des individus ont de leur propre métier ; il s'agit de représentations liées au travail ou à la fonction exercée" (Michel-Guillou cite Blin, 1997). Les représentations professionnelles sont donc des informations qui intéressent les savoirs en lien avec la technique, en regard de la profession de l'individu. Ainsi, "*(...) les individus, dans leurs multiples groupes sociaux, sont à la fois abreuvés de pensée collective et apprivoisent la connaissance sociale établie dans des significations plurielles (...). C'est dans ce double mouvement que se sont rendus possibles (...) soit la reproduction du sens commun soit la production d'un nouveau sens partagé*" (Pina Lalli, 2005). C'est donc dans les interactions interindividuelles, au sein des

groupes sociaux, que les représentations professionnelles sont partagées, qu'elles évoluent, participant ainsi, à la construction d'un savoir commun, de représentations communes. Les représentations professionnelles sont donc en quelque sorte l'expression d'une image que l'individu se fait de lui-même, dans le contexte du travail, par identification à un groupe.

8.4.6 Représentations sociales et communication

Les représentations sociales "*circulent dans les discours, sont portées par les mots, véhiculées dans les messages et images médiatiques, cristallisées dans les conduites et les agencements matériels et spatiaux*" (Jodelet, p. 48). Ainsi, si les représentations sociales varient en fonction des contextes et des comportements observés, en revanche, les représentations sociales sont véhiculées, transmises, par la communication.

En effet, "*la communication est l'ensemble des processus par lesquels s'effectuent les échanges d'informations et de significations entre les personnes dans une situation donnée*" (Abric, page 4).

Ainsi, la communication permet donc la transmission d'informations à partir desquelles l'individu se forge des représentations de la réalité. L'information et la communication génèrent ainsi des processus d'influence qui contribuent "*à structurer le champ social*" (Abric, page 152). Cependant, même si la communication est un vecteur de diffusion des représentations sociales, la communication n'en est pas moins influencée par les représentations sociales des individus. En effet, "*les représentations sociales, en tant que systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, orientent et organisent les conduites et les communications sociales*" (Jodelet, p. 53).

La communication joue donc un rôle essentiel dans la construction et l'évolution des représentations que l'individu se fait de la réalité. Cependant, les représentations sociales contribuent également à définir les identités de l'individu, identités sociales, professionnelles ou individuelles, et dans lesquelles chaque individu cherche à se faire reconnaître pour ce qu'il pense être.

Maintenant que la coopération, la reconnaissance au travail, l'identité professionnelle et les représentations sociales ont été explicitées, ces éléments vont servir à l'interprétation des

données de terrain qui vont être recueillies. L'objectif de l'analyse et de l'interprétation des résultats, est de chercher à savoir si la coopération des soignants et du cadre permet, ou pas, la reconnaissance des soignants, et donc l'observance des protocoles.

9 La méthodologie

En effet, la méthodologie de recherche en sciences humaines et sociales consiste, pour le chercheur, à analyser et interpréter des données issues du terrain, pour chercher à vérifier ou pas, une hypothèse avancée à partir d'une question de recherche, posée par un problème que le chercheur a pu mettre en lumière au cours de son expérience d'individu, dans un contexte donné. Les données de terrain sont interprétées en regard du cadre théorique qui a été explicité précédemment.

La question de recherche que j'ai retenue pour ce travail est la suivante :

Dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, en quoi la coopération des professionnels d'une équipe de soin et du cadre de santé, à l'élaboration des protocoles, favorise l'observance de ces mêmes protocoles ?

L'hypothèse que je fais, est que :

La coopération des professionnels et du cadre de santé permet la reconnaissance du professionnel et conditionne son observance vis à vis des protocoles de soins et des procédures du service.

9.1 Le choix de la méthode :

"La recherche consiste en une quête des connaissances au moyen d'une enquête, d'une étude ou d'une expérimentation conduite avec application dans le but de découvrir et d'interpréter des connaissances nouvelles." (OMS, 2003).

"Les connaissances nouvelles" qu'il s'agit de découvrir et d'interpréter dans ce travail de recherche, concernent les phénomènes complexes qui interviennent entre les cadres et les professionnels d'une équipe de soins, dans l'observance des protocoles et procédures par les soignants. Les phénomènes à observer pour cette recherche relevant de phénomènes psycho-

sociaux, j'ai choisi de m'orienter vers une méthode de recherche qualitative, pour le recueil, l'analyse et l'interprétation des données. Cette méthode qualitative m'a été enseignée à l'université de Rennes 2, par madame Catherine Roby, chargée d'enseignement, dans le cadre du module UEM1 (Techniques, outils d'enquête et méthodologie de la recherche), du master 1 ITEF (Ingénieries et technologies en éducation, encadrement et formation). J'ai complété les apports des enseignements de madame Roby, par la lecture du livre : "*Apprendre à chercher*" -*L'acteur social et la recherche scientifique*-, de Luc Albarello (2003).

9.2 La population étudiée

Ce travail de recherche concerne la coopération des cadres de santé et de l'équipe soignante à l'élaboration des protocoles, ce travail concerne également l'influence de cette coopération sur la reconnaissance des soignants, et sur l'observance des protocoles par les soignants. En effet, l'objectif du travail de recherche, pour l'étudiant que je suis, en formation cadre de santé, est de "*répondre aux interrogations suscitées à partir d'une pratique sociale*" (Albarello, p. 11), qui concerne les rôles, les missions ou encore les responsabilités du cadre de santé, car "*comprendre un phénomène ou un processus, c'est toujours aussi se comprendre devant et avec celui-ci*" (Donnadieu, Genthon, Vial, p. 21).

C'est pourquoi, pour ce travail de recherche, il m'a semblé pertinent de s'intéresser aux cadres de santé, responsables d'une unité ou d'un service de soins.

Par ailleurs, pour constituer l'échantillon de recherche, j'ai pris en compte le fait que les protocoles et les procédures sont présents au sein de toute unité ou service de soins, et ceci que l'établissement de santé soit issu du secteur public ou du secteur privé. En effet, les exigences de la HAS en matière de protocoles et de procédures, sont les mêmes envers le secteur public et envers le secteur privé. Ainsi, pour composer l'échantillon de recherche, j'ai pris le parti d'interroger d'une part des cadres de santé issus du secteur public, et d'autre part des cadres issus du secteur privé. L'échantillon de recherche est donc constitué de deux cadres en poste dans le secteur public, et de quatre cadres en poste dans le secteur privé.

De même, les protocoles et procédures étant présents dans chaque unité ou service de soins, et ce indifféremment de la spécialité du service ou de l'unité de soins, j'ai aussi fait le choix d'avoir une population de cadres avec des expériences diversifiées en matière de spécialité médicale et chirurgicale. Ainsi, l'échantillon de recherche se compose de la façon suivante :

- un cadre responsable d'un service de médecine polyvalente,

- un cadre responsable dans un service de chirurgie orthopédique septique,
- un autre cadre est responsable d'un service de chirurgie polyvalente,
- un quatrième cadre est responsable dans un service de chirurgie ambulatoire,
- un autre encore est responsable d'un bloc opératoire,
- et un dernier cadre est responsable dans un service de chirurgie digestive.

L'objectif avec cet échantillon est d'obtenir une population diversifiée, ceci afin d'avoir non seulement des individus vivant des réalités de travail contrastées en matière de protocoles, mais aussi de pouvoir vérifier si malgré ces contrastes, il n'y a pas néanmoins chez les cadres, des comportements récurrents qui peuvent être inhérents au statut du cadre et à sa place au sein d'un établissement de santé, et aussi aux missions du cadre auprès des équipes soignantes, au sein d'une unité de soins.

9.3 Le choix de l'outil

Pour le choix de l'outil de recherche, il s'agit d'avoir un outil qui me permette de recueillir les comportements et les pratiques sociales des cadres, concernant l'élaboration et la diffusion des protocoles et des procédures. Or *"l'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal"* (Albarello cite Blanchet et Gotman, 1992). De plus, l'entretien de recherche a pour objectif *"de favoriser la production d'un discours linéaire de l'interviewé sur un thème défini dans le cadre d'une recherche"* (Albarello cite Blanchet, Ghiglione, Massonat et Trognon, 1987). C'est pourquoi, pour l'outil de recherche, j'ai jeté mon dévolu sur l'entretien semi-dirigé.

9.4 La construction de la grille d'entretien

Dans une méthode de recherche qualitative, *"il faut que les matériaux que l'on va recueillir et analyser soient susceptibles de témoigner adéquatement des systèmes de sens présents dans le chef des sujets ; il faut donc qu'ils soient appropriés, c'est-à-dire qu'ils couvrent au mieux l'ensemble des systèmes de sens susceptibles de se manifester par rapport à une problématique donnée."* (Albarello, p. 64-65).

C'est ainsi que pour construire la grille d'entretien, dans un premier temps, j'ai tenu compte des divers protocoles et procédures qui peuvent exister au sein d'un service de soin, à savoir d'une part les protocoles ou procédures internes (ou propres au service), et d'autre-part, les protocoles ou procédures institutionnels (qui sont communs à l'établissement). De plus, j'ai également envisagé les différentes phases de construction et de diffusion des protocoles et des procédures. Enfin, j'ai aussi pris en considération les rôles du cadre de santé dans la construction et la diffusion des protocoles et procédures. Ainsi, ces différents éléments (types de protocoles, construction, diffusion et rôle du cadre) sont repris dans la grille d'entretien, et constituent les différents thèmes abordés au cours des entretiens. La grille d'entretien est présentée en annexe 1.

9.5 Les entretiens

Pour interroger les cadres, j'ai d'abord demandé l'autorisation auprès de la direction des soins des établissements concernés. Puis, dans la mesure où les cadres interrogés sont des cadres que j'ai pu croiser au cours de mes stages et de mon expérience professionnelle, je les ai donc contactés directement par téléphone, pour savoir s'ils acceptaient de participer à un entretien pour un travail de recherche. Lors de la prise de contact, j'ai précisé que la recherche que j'effectue concerne le rôle du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants.

Chacun des cadres contactés a répondu favorablement à ma demande, et j'ai pu fixer des rendez-vous avec chacun d'entre eux, sur leur lieu de travail.

Ainsi, quatre des six entretiens ont été réalisés dans les bureaux respectifs des cadres interrogés. En revanche, deux cadres ont souhaité s'installer dans une salle à l'écart du service, pour réaliser l'entretien.

Au cours des entretiens, je me suis attachée à avoir une attitude empathique envers les cadres interrogés. Ainsi, tout au long des six entretiens, j'ai tenté de m'"*immerger dans le monde subjectif d'autrui, participer à son expérience, comprendre la signification de ses paroles dans sa logique à lui tout en restant indépendant sur le plan émotionnel*" (Albarello, p. 72). La reformulation régulière au cours des entretiens m'a permis de recueillir des données significatives sur le thème de ma recherche.

Par ailleurs, les entretiens se sont déroulés entre le 7 et le 14 avril 2016. La durée des six entretiens réalisés s'échelonne entre quatorze minutes et trente minutes. En outre, pour chacun

des entretiens, les thèmes de la grille ont été abordés dans un ordre identique. De plus, tous les entretiens ont été enregistrés avec l'autorisation des cadres, et chacun des enregistrements a été retranscrit en annexe 2. Les propos des cadres qui ont été repris dans l'analyse et l'interprétation sont identifiés comme suit : "... *propos du cadre...*" (E2, 85). "E2", signifie que c'est l'entretien numéro deux, et "85" correspond à la ligne de l'entretien où se trouve les propos du cadre qui sont rapportés.

9.6 Le traitement des données

Pour le traitement des données, j'ai choisi de faire une analyse qualitative par thème. Dans un premier temps, j'ai donc effectué un travail de catégorisation des données. C'est ainsi que j'ai repris tous les entretiens, et pour chaque entretien j'ai isolé les verbatim en rapport avec les thèmes abordés, puis, je les ai classés dans un tableau Excel. Ensuite, pour chaque thème, j'ai défini des sous-thèmes qui étaient récurrents dans les propos des cadres.

Pour l'interprétations des résultats, j'ai tenté de "*remonter des matériaux observés (manifestations) aux systèmes de sens qu'ils recèlent (contenus), puis de ceux-ci aux modèles culturels qui en sont les formes socialement typiques et, enfin, de ces derniers aux conditions sociales qui président à leur présence, à leur mise en œuvre, à leur persistance ou à leur transformation*" (Albarello cite Hiernaux, 1995). C'est ainsi, que pour chaque thème et sous-thème identifié, j'ai effectué un rapprochement entre les propos des cadres, et les différents concepts développés dans le cadre théorique, et qui sont : La coopération, la reconnaissance au travail, l'identité professionnelle et le système des représentations des acteurs en présence dans l'étude, à savoir les cadres de santé et les professionnels d'une équipe de soins.

Tous les tableaux qui ont servi au traitement des verbatim des cadres sont présentés en annexe 3 (les tableaux présentés sont vierges).

9.7 Les biais et limites de la recherche

La première limite que je peux citer pour ce travail est la taille de l'échantillon. En effet, six entretiens ne suffisent pas pour avoir un échantillon représentatif de la population des cadres. La seconde limite que j'entrevois vis à vis de ce travail de recherche, est que seuls les propos des cadres ont été recueillis. De fait, l'analyse sur les freins à l'observance des protocoles, et

sur les facteurs d'observance des protocoles ne concerne que la vision des cadres. Ainsi, mener des entretiens auprès des soignants aurait été intéressant pour recueillir leurs propos, et voir si les représentations des cadres à propos de l'observance (ou de la non observance) des protocoles, rejoignent les représentations des soignants. Enfin, la dernière limite que je vois à ce travail, c'est qu'il n'y a pas eu d'enquête de terrain, pour s'assurer que les protocoles les mieux observés (ou les moins bien observés), sont bien ceux cités par les cadres interrogés.

Par ailleurs, ce travail de recherche comporte plusieurs biais :

- Le premier biais est que je n'ai pas tenu compte de l'ancienneté des cadres interrogés dans leur fonction. En effet, les représentations sociales peuvent différer d'un individu à l'autre suivant son âge.
- Le second biais que je peux citer, est que pour la dernière question de la grille d'entretien, je demande aux cadres de me donner des mots, qui selon les cadres, représentent leur rôle de cadre dans l'observance des protocoles. Et bien, pour cette dernière question, lors du premier entretien je n'ai demandé que trois mots au cadre, alors que pour les entretiens suivants j'ai demandé quatre mots. De plus, un cadre sur les six m'a donné cinq mots.
- Le troisième biais est que les cadres interrogés sont tous des femmes, et peut-être que cela limite le champ des représentations qui ont été mises en évidence dans l'interprétation.
- Enfin, le dernier biais que j'entrevois à ce travail de recherche, est le biais d'interprétation. En effet, l'analyse des propos des cadres, et le classement de ces propos a été réalisée en fonction de l'interprétation que l'apprenti chercheur a pu avoir sur les propos des cadres.

Maintenant que la méthode de recherche a été explicitée, je vais présenter l'analyse et l'interprétation des six entretiens qui ont été réalisés.

10 L'analyse et l'interprétation des entretiens

10.1 Les différents types de protocoles :

10.1.1 Analyse des données :

L'analyse de l'ensemble des réponses, données par chacun des six cadres interrogés, à propos des différents types de protocoles en vigueur dans les unités (ou service) de soins des cadres, révèle des résultats qui sont regroupés dans le tableau N°1. Il est à noter, que la proportion des propos des cadres est répartie de façon homogène, entre les quatre types de procédures et protocoles abordés par les cadres.

Tableau 1 : Synthèse des propos des cadres de santé sur les types de protocoles en vigueur dans leur unité ou service de soins :

Types de protocoles	E 1	E2	E 3	E4	E 5	E6
Procédure		I+ S	I	I+ S	I+ S	
Soins	I	S			S	S
Médicament	S	S	S			I
Hygiène	I	I	I	I		

Légende :

- I = Protocole institutionnel
- S = Protocole spécifique au service
- □ = Item non mentionné par le cadre

Le tableau N°1, ci-dessus, montre tout d'abord que quatre types de protocoles sont cités au total par les cadres, à savoir : les procédures, les protocoles de soins, les protocoles médicamenteux, et les protocoles d'hygiène.

Il est à noter que chacun des types de protocole est cité par au moins quatre cadres sur les six interrogés.

Les protocoles de soins et les protocoles médicamenteux sont, selon les cadres des protocoles qui sont spécifiques au service ou à l'unité de soins. Les protocoles de soins s'intéressent plus spécifiquement aux soins auprès du patient, ces protocoles traitent "*d'opérationnel auprès du patient.*" (E2, 60). Parmi les protocoles de soins abordés par les cadres, je note que les protocoles de pansement sont cités trois fois, sur les quatre fois où sont abordés les protocoles de soins. Par ailleurs, toujours concernant les protocoles de soins, je remarque aussi, qu'un seul cadre, sur les six interrogés, considère que les procédures relèvent également du soin, il

confie d'ailleurs à propos de l'information au patient : *"mais aussi pour moi, l'information c'est de l'ordre du soin"* (E2, 61).

Les protocoles d'hygiène sont toujours, selon les cadres interrogés, des protocoles institutionnels, c'est-à-dire, identiques pour l'ensemble des unités de l'établissement, l'un des cadres déclare par exemple : *"Par exemple, les protocoles institutionnels c'est tout ce qui est hygiène"* (E2, 40).

Quant aux procédures, les cadres semblent s'accorder sur le fait qu'elles peuvent être ou institutionnelles ou spécifiques au service. Selon les cadres, les procédures spécifiques au service, sont davantage *"des protocoles descriptifs"* (E5, 30), qui décrivent la prise en charge des patients, alors que les procédures institutionnelles, toujours d'après les cadres de santé, visent davantage la sécurité du patient. Ainsi, un cadre déclare *"(...) il y a aussi des heu...des procédures, enfin des..., sur heu..., par exemple la sécurité"* (E4, 33). Les procédures d'identité-vigilance et le circuit du médicament sont citées par deux cadres, sur les quatre cadres qui ont parlé des procédures, comme ce cadre qui déclare, que *"L'autre partie très protocolée, en fait, qui est très procédurée, c'est tout ce qui est circuit du médicament"* (E2, 84).

10.1.2 Interprétation :

Pour les professionnels de santé, les protocoles en rapport avec le rôle propre des professionnels concernent aussi bien les soins de surveillance, les soins de prévention, les soins d'hygiène, l'éducation du patient ou encore l'organisation des soins. Sous le terme protocole, à côté des protocoles en rapport avec le rôle propre des professionnels, la littérature professionnelle mentionne également les protocoles sur prescription médicale, les protocoles administratifs ou encore les protocoles d'urgence. Ces protocoles et procédures visent avant tout la qualité et la sécurité des soins, à la fois pour le patient, mais aussi pour les soignants, car ils permettent *"d'améliorer les prestations professionnelles avec un langage commun, des pratiques harmonisées au sein d'une unité de soins et d'un établissement"* (Pellinghelli, 2009). Tous ces protocoles, qu'ils concernent le rôle propre des professionnels, la prise en charge administrative, les protocoles sur prescription médicale ou encore les protocoles d'urgence, se retrouvent au niveau des établissements de santé, et plus particulièrement au niveau des unités de soins, et sont autant de critères de qualité et de sécurité des soins, que la HAS cherche à vérifier au travers de la V2014 (dernière version de certification des établissements de santé)

et du patient traceur. D'ailleurs, l'allusion faite par les cadres, aux protocoles de circuit du médicament et aux procédures d'identité-vigilance, est en rapport avec les préoccupations actuelles de la HAS, concernant la certification des établissements de santé, puisque l'observance de ces procédures compte parmi les critères d'évaluation de la V2014.

Par ailleurs, les cadres de santé, dans les établissements de santé, sont les relais de proximité de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins auprès des équipes soignantes. Cette responsabilité impose le respect de certaines normes, et *"Qu'elles portent sur les questions de sécurité (...), de traçabilité (...), de qualité totale, les normes qui s'imposent à l'hôpital mobilisent tous les professionnels hospitaliers et les cadres sont garants de leur respect"* (De Singly, 2009). Les propos des cadres à propos des différents types de protocoles et/ou de procédures, semblent signifier que les cadres ont bien cette vision plurielle des différentes normes qu'ils doivent faire observer au sein de leur unité, que ces normes soient spécifiques au service, ou communes à l'établissement, que ce soient des protocoles de soins ou des protocoles médicamenteux, ou encore des procédures de prise en charge du patient.

Ainsi, il semble dans un premier temps, que les propos des cadres sur les différents types de protocoles reflètent la réalité professionnelle des cadres, qui est aussi inhérente à leur statut social, concernant leur rôle de responsable de la qualité et de la sécurité des soins pour les patients. Or, *"toute réalité est représentée, c'est-à-dire appropriée par l'individu ou le groupe, reconstruite par son système cognitif, intégrée dans son système de valeurs dépendant de son histoire et du contexte social et idéologique qui l'environne"* (Jeoffrion cite Abric, 1992). Cette réalité réappropriée par l'individu, constitue les représentations sociales, qui se révèlent être des *"systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres et orientant les conduites et les communications sociales"* (Jeoffrion cite Jodelet, 1984). C'est pourquoi, les propos des cadres interrogés sur les types de protocoles reprennent des éléments qui sont en rapport avec la réalité professionnelle des cadres, et qui concernent le milieu de la santé.

Partant de ce constat, est-ce que le fait que les cadres associent majoritairement les protocoles de soins à la pratique soignante, peut laisser entendre que pour les cadres, seuls les protocoles de soins (au sens de soins techniques ou de techniques de soins) concernent les pratiques professionnelles ? Quel impact cela peut-il avoir sur la coopération des soignants à l'élaboration des protocoles de prise en charge, de traçabilité, ou même des protocoles et procédures d'hygiène ?

10.2 L'élaboration des protocoles

10.2.1 Analyse des données :

L'analyse des discours des cadres sur la construction et/ou l'élaboration des différents types de protocoles et procédures (institutionnels et internes), donnent les résultats présentés par les tableaux N°2 et N°3.

10.2.1.1 L'élaboration des protocoles institutionnels :

Le tableau 2 centralise les réponses concernant la construction des protocoles et procédures institutionnels.

Tableau 2 : Les propos des cadres concernant l'élaboration des protocoles et procédures institutionnels

		E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Acteurs	Cadre	X			X			2
	Médecin						X	1
	Infirmières référentes et professionnels spécialistes						X	1
	Cellule qualité				X			1
	Équipe d'hygiène hospitalière	X			X			2
	Direction des soins		X				X	2
Mise à jour			X					1

Le tableau 2 révèle premièrement que deux cadres sur six n'ont pas abordé, au cours de l'entretien, l'élaboration des protocoles ou des procédures institutionnels. En effet, les propos de ces deux cadres concernent essentiellement l'élaboration des protocoles internes au service ou à l'unité de soins. Ensuite, dans les réponses des quatre cadres qui ont parlé de l'élaboration des protocoles institutionnels, je relève que plusieurs acteurs sont mentionnés, dont les cadres de santé. L'un des cadres déclare en effet: " *Ben on a les 2 hein heu..., les protocoles qui sont communs à tous les services, donc on été faits par le ..., par nous , en collaboration avec nous, mais qui ont..., qui sont faits par le service qualité, et puis heu..., ben les personnes qui sont concernées par le sujet, par exemple, on peut avoir des protocoles d'hygiène, donc qui vont être travaillés avec heu..., l'équipe opérationnelle d'hygiène heu*" (E4, 27).

Les trois autres cadres citent également l'intervention de la direction des soins, des médecins, ou encore d'infirmières référentes, comme ce cadre qui déclare : " *en général c'est des*

protocoles qui sont rédigés par des médecins, en collaboration avec heu..., la direction des soins, ou éventuellement, en ce qui concerne notamment la douleur, des infirmières référentes, infirmière référente douleur" (E6, 43).

10.2.1.2 L'élaboration des protocoles internes au service de soins

Le tableau N°3 présente les réponses des cadres au sujet de l'élaboration des protocoles et procédures internes au service (ou à l'unité) de soins.

Tableau 3 : Propos des cadres concernant l'élaboration des protocoles internes au service de soins

		<i>E1</i>	<i>E2</i>	<i>E3</i>	<i>E4</i>	<i>E5</i>	<i>E6</i>	Total
Acteurs	Équipe soignante	C	I + GDT	GDT	GDT		GDT	GDT = 4/6
	Cadre	X	X	X		X	X	5
	Médecin	X		X		X	X	4
	Pharmacien	X						1
	Infirmières référentes et professionnels spécialisés		X			X	X	3
	Cellule qualité			X	X			2
	Direction des soins				X			1
Rédaction	C	PS		C	C	M + IDE + C	Cadres = 4/6	
Certification de l'établissement		X			X		2	
Mise à jour des protocoles		X			X	X	3	

Légende:

- □ = Item non mentionné par le cadre;
- X = Item mentionné par le cadre;
- Gdt = Groupe de travail;
- C = Cadre de santé;
- C = Consultation;
- I = Information;
- M = Médecin;
- IDE = Infirmiers;

Tout d'abord, ce qui ressort du tableau 3, c'est que l'équipe soignante et le pharmacien apparaissent comme acteurs intervenant dans l'élaboration des protocoles internes au service de soins, alors que l'équipe soignante et le pharmacien ne sont pas cités par les cadres, dans

les acteurs concourant à l'élaboration des protocoles institutionnels. Plus précisément, concernant la participation de l'équipe soignante, quatre cadres sur six parlent de groupes de travail, un cadre parle de consultation de l'équipe soignante. Un autre cadre ne fait pas intervenir l'équipe dans l'élaboration des protocoles internes au service, en revanche, ce cadre soumet les protocoles aux soignants de l'équipe ayant les compétences requises, en regard du protocole travaillé. Ce cadre déclare en effet, à propos de l'élaboration des protocoles : "*Heu..., on arrive pas à faire des travaux de groupe pour travailler autour des protocoles, donc pour l'instant on reprend les protocoles existant, ou alors on réécrit des protocoles, donc ce sont plutôt les cadres qui sont amenés à travailler dessus, et après, selon les thèmes abordés, on interpelle les professionnels, pour qu'il y ait une validation, une relecture par les professionnels*" (E5, 58). Pour ce cadre, le fait que ce sont les cadres qui travaillent sur les protocoles représente un gain de temps, et cela permet également "*d'alléger le travail des professionnels, de pas leur demander de passer par la phase d'écriture*" (E5, 62).

Par ailleurs, je note que les cadres et les médecins sont davantage cités comme acteurs participant à l'élaboration des protocoles internes au service, en comparaison avec l'élaboration des protocoles institutionnels. En effet, pour l'élaboration des protocoles spécifiques au service de soins, le cadre est cité comme acteur par cinq cadres sur six, et le médecin par quatre cadres sur six.

Je relève que dans la rédaction des protocoles internes, l'acteur principal cité par les cadres est le cadre du service, puisque le cadre est cité par quatre cadres sur six. Un seul cadre parmi les six interrogés parle de l'intervention des infirmières et du médecin dans la rédaction des protocoles.

Enfin, je remarque que deux cadres abordent le problème de la mise à jour des protocoles internes au service, "*Parce que c'est toute la problématique du protocole, c'est heu...de le remettre à jour, voilà...*" (E2, 48). Ces deux cadres, qui abordent la question de la remise à jour des protocoles internes au service, associent cette problématique avec la certification des établissements de santé. L'un des deux cadres, déclare notamment à propos de la certification des établissements et de la mise à jour des protocoles : "*Et puis il y a la certification qui arrive derrière, donc heu...qui est bientôt, qui est en octobre 2016, et on voudrait un peu être dans les clous*" (E2, 83).

10.2.2 Interprétation...

10.2.2.1A propos de l'élaboration des protocoles internes au service...

Ce que montre l'analyse des déclarations des cadres à propos de la construction des protocoles et/ou des procédures, c'est que l'équipe soignante du service coopère à l'élaboration des protocoles internes au service, par l'intermédiaire de groupe de travail. Or, *"la coopération est de l'ordre de l'entraide entre les membres de l'équipe dans la réalisation d'une activité. Elle est un déterminant dans l'efficacité ou non du travail"* (Desserprit, 2015). En effet, la coopération permet aux professionnels de partager leurs connaissances en matière de pratiques professionnelles, de s'accorder sur une vision partagée du protocole, de l'utilité du protocole et de son intérêt pour le patient. Cette forme de coopération est la coopération communautaire qui se base sur la ressemblance entre les individus. Ainsi, la coopération des professionnels à l'élaboration des protocoles internes au service permet aux professionnels de se reconnaître entre pairs.

De plus, cette coopération communautaire, dans l'élaboration des protocoles internes au service, est une forme de reconnaissance horizontale qui intéresse les pratiques professionnelles. En effet, dans les quatre formes de la reconnaissance définies par Jean-Pierre Brun, la reconnaissance des pratiques professionnelles est une *"reconnaissance de la pratique du travail"* qui s'intéresse au processus du travail. Par *"la reconnaissance de la pratique du travail"*, *"la personne (ou le groupe) se sent reconnue au regard de son expertise, de ses compétences, de son ingéniosité, de ses qualités professionnelles, de sa manière d'exécuter les tâches et de résoudre les problèmes"* (Brun, 2005). Plus précisément, reconnaître la pratique du travail c'est, en référence à Christophe Dejours, avoir un jugement de beauté sur le travail du professionnel, et ce jugement de beauté concerne notamment la conformité aux règles de l'art qui définissent les pratiques professionnelles. Ainsi, la conformité *"confère alors à celui qui le reçoit l'appartenance à un métier, à un collectif de travail"* (Dejours, 2002).

Donc, faire coopérer les professionnels à l'élaboration des protocoles internes au service revient à confirmer l'appartenance des professionnels à un métier. Or, dans le domaine du soin, ce qui caractérise les professionnels de santé, c'est l'existence d'*"une communauté réelle" des membres partageant des "identités" et des "intérêts" spécifiques*" (Dubar cite Chapoulie, 1973). Ainsi, faire coopérer les professionnels à l'élaboration des protocoles

internes au service, c'est en quelque sorte reconnaître au professionnel une identité professionnelle.

De plus, selon Dubar, l'identité d'un individu serait un compromis entre une identité pour soi et une identité pour autrui, entre une identité réelle et une identité virtuelle. Dubar précise aussi, que *"L'identité pour soi est seconde et corrélative d'autrui et de sa reconnaissance : Je ne sais jamais qui je suis que dans le regard de l'autre"* (Dubar, p. 104). Ainsi, l'identité pour soi, qui désigne l'identité réelle de l'individu, n'est possible qu'au travers de la reconnaissance de l'identité pour autrui. Or, l'identité professionnelle est une des identités pour autrui dont l'individu dispose dans la société pour faire reconnaître son identité réelle. Ainsi, la coopération des professionnels à l'élaboration des protocoles internes au service contribue à la reconnaissance de l'identité réelle des professionnels, identité réelle issue d'un processus biographique de l'individu et qui définit *"quel type d'homme vous dites que vous êtes"* (Dubar, p. 106).

De plus, l'analyse des propos des cadres à propos de la construction des protocoles fait apparaître que l'élaboration des protocoles internes au service, fait intervenir non seulement les professionnels, mais également les cadres eux-mêmes. Pour les protocoles internes au service, il y a donc coopération entre les professionnels et le cadre de l'unité. Cependant, l'identification des individus à une identité professionnelle *"dépend des modes de reconnaissance par les institutions légitimes et leurs agents directement en relation avec les sujets concernés"* (Dubar, p 108). Ainsi, la coopération conjointe des professionnels et du cadre de l'unité à l'élaboration des protocoles internes au service serait un facteur supplémentaire de reconnaissance de l'identité professionnelle des soignants, car *"L'espace de reconnaissance des identités est inséparable des espaces de légitimation des savoirs et compétences associées aux identités"* (Dubar, page 117).

Cette forme de coopération relève de la coopération complémentaire qui se fonde sur *"sur la différenciation des individus et la recherche de ressources complémentaires"* (Dameron, 2005). En effet, d'une part il s'agit pour le cadre de guider l'équipe pour parvenir à répondre à une demande institutionnelle, et d'autre-part il s'agit pour les professionnels de chercher à faire reconnaître ce qui définit leur identité professionnelle.

Il semble donc que la coopération du cadre, comme la coopération entre pairs, favorisent l'observance des protocoles et ou des procédures par le soignant, parce que l'identité du professionnel se trouve alors reconnue à la fois par ses pairs, et à la fois par un représentant de l'institution en la personne du cadre.

Cependant, cette observation est à nuancer par le fait que pour certains cadres, la remise à jour des protocoles est contrainte par la certification des établissements. Dans ce cas, quelle reconnaissance renvoient ces cadres aux professionnels, si le travail sur les protocoles relève davantage d'une obligation légale, que d'une volonté continue d'améliorer la qualité et la sécurité des soins pour le patient ? Quelles représentations du protocole donnent les cadres aux professionnels par leur communication ?

En effet, la communication est un vecteur de diffusion des représentations sociales, et c'est à partir des représentations sociales que les constructions identitaires deviennent possibles. Dès lors, l'identité professionnelle se construit à partir des représentations sociales qui sont, en partie, véhiculées par les différentes formes de communication ayant cours sur le lieu du travail. Ainsi, si le message véhiculé par le cadre concernant les protocoles est qu'"*on voudrait un peu être dans les clous*" (E2, 84), quelle représentation se fait alors le professionnel de la valeur accordée à son expertise soignante, qui caractérise l'identité professionnelle de l'individu ?

Il semble donc que la communication des cadres, envers une équipe soignante, peut conditionner l'observance du protocole visé, par les professionnels, si l'information transmise par cette communication sur le protocole, correspond à une représentation que les professionnels se font de leur identité de soignant.

10.2.2.2A propos de l'élaboration des protocoles institutionnels...

Contrairement aux protocoles internes au service, il s'avère que les soignants ne participent pas à l'élaboration des protocoles institutionnels. Par conséquent, la reconnaissance identitaire rendue possible par la coopération des professionnels, dans le cas de l'élaboration des protocoles internes au service, cette reconnaissance identitaire n'est pas possible dans le cadre de l'élaboration des protocoles institutionnels.

Cependant, "*Tout individu dispose d'un ensemble d'informations ou de croyances sur lui-même. Ces éléments peuvent-être de nature très diverse (attributs, intérêts, activités,...) et c'est à eux que l'on se réfère lorsqu'on souhaite se définir ou éventuellement se présenter*" (Deschamps & Moliner, p. 78). Ainsi, si l'identité professionnelle d'un individu constitue une forme d'expression de l'identité réelle de l'individu, et que cette identité réelle se construit au travers des informations que l'individu possède de lui-même, l'identité professionnelle est donc issue des représentations que possède l'individu sur la profession en question. Or, "*Les*

représentations professionnelles sont des représentations sociales élaborées dans l'action et la communication professionnelles (interagir et interrégir) et sont spécifiées par les contextes, les acteurs appartenant à des groupes et les objets pertinents et utiles pour l'exercice des activités professionnelles" (Michel-Guillou, 2010). Ainsi, les représentations professionnelles sont à la fois élaborées dans l'action et la communication des soignants. Donc, dans le cadre des protocoles institutionnels, pour lesquels les professionnels ne participent à l'élaboration, il semble que la communication du cadre, vis à vis des protocoles, peut être déterminante pour favoriser l'observance des protocoles par les soignants. Dans ce cas, quelles informations reçoivent les soignants sur les protocoles ? Ces informations sont-elles en cohérence avec la représentation que les professionnels se font d'eux-mêmes au travail ? Ces informations permettent-elles au professionnel de s'identifier comme acteur du soin dans l'observance du protocole ?

10.3 Présentation des protocoles à l'équipe

10.3.1 Analyse des données :

Le tableau N°4 recense les propos des cadres à propos de la façon dont sont présentés les protocoles à l'équipe soignante, ce tableau permet d'avoir une meilleure vision de la façon dont les cadres transmettent l'information à l'équipe soignante, sur les protocoles.

Tableau N°4 : Synthèse des propos des cadres au sujet de la façon dont l'information sur les protocoles est transmise à l'équipe soignante.

Moyen de transmission de l'information	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Information écrite	Mail sur existence du protocole	Affichage du protocole	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Affichage du protocole ▪ note d'information sur existence du protocole 		Journal du bloc : Existence du protocole sur intranet	Compte-rendu écrit
Information orale		Informations	Informations	Informations		Informations
Accessibilité des protocoles	Intranet	Intranet	Intranet	Intranet	Classeur + Intranet	Classeur + Intranet

Ce qu'il ressort de l'analyse des propos des cadres au sujet de la présentation des protocoles et/ou procédures à l'équipe soignante, c'est que les façons de faire semblent être homogènes

d'un cadre à l'autre. En effet, cinq cadres sur six déclarent avoir recours à un mode d'information descendant, par transmission écrite. Les supports utilisés sont alors variés, quand un cadre déclare "*Je l'ai affiché, d'accord...*" (E2, 143), un autre dit "*je l'envoie moi par mail à tous les soignants*" (E1, 53). Plus loin un autre cadre confie encore, à propos de la façon dont il transmet l'information sur le protocole : "*Alors, nous sur le bloc, on a un journal de bloc tous les mois*" (E5, 146). Un autre cadre enfin s'explique à propos de la transmission des informations au personnel de nuit : "*C'est vrai qu'il est difficile de toucher tous les soignants, je pense aux soignants de nuit, par exemple, qui sont informés heu...des nouveaux protocoles, mais pas de visu forcément avec moi dans les services, quoi. Je les informe par heu...au niveau du cahier de nuit*" (E3, 64).

Ainsi, la majorité des cadres confient transmettre l'information à propos de l'existence des protocoles. Cependant, le contenu de l'information diffusée diffère d'un cadre à l'autre. En effet, là où deux cadres transmettent, par voie d'affichage, le protocole en lui-même tel qu'il est formalisé, trois autres cadres transmettent l'existence du protocole, par le biais d'un rapport, d'un mail, ou encore d'un journal interne.

Par ailleurs, il apparaît que quatre cadres sur les six interrogés ont également recours au partage d'information par un mode de communication, qui permet les échanges interpersonnels et directs, entre le cadre de santé et les professionnels de l'équipe soignante. Parmi ces quatre cadres, trois d'entre eux couplent l'information orale avec une information écrite. Ce qu'il y a de commun entre les cadres qui utilisent l'information orale, c'est qu'ils semblent utiliser les moments où les membres de l'équipe soignante sont réunis, que ce soit sur un moment formel, comme le temps de transmissions ou lors d'une réunion de service, ou que ce soit au détour d'un moment plus informel, comme la pause des professionnels. Ainsi, un cadre confie, que la transmission de l'information concernant le protocole se fait, "*oralement en fait, au décours d'un temps de transmissions, d'une pause, heu...et heu...réunion de service aussi, heu...*" (E3, 62). Parmi ces quatre cadres, qui utilisent la relation interpersonnelle, deux d'entre eux précisent parfois la nécessité d'expliquer l'information, ou de permettre l'échange avec les professionnels. Ainsi, un cadre déclare "*Là, on a mis en place donc heu...sur Médiboard, les protocoles digestifs, bon donc là, voilà, il faut que je fasse une information beaucoup plus poussée, par rapport à ce qui est utilisable sur Médiboard, pour l'instant*" (E3, 68). Un autre cadre explique qu'il reste toujours disponible pour les soignants : "*par contre, il est mis heu..., à leur disposition pour relecture et puis aussi, si voilà, s'il y a quelque chose qu'ils heu..., qu'ils trouvent particulièrement*

choquant, ou qu'ils estiment qu'il y a quelque chose qui manque, ils peuvent revenir vers moi, (...)" (E6, 84).

Cependant, deux cadres sur six utilisent uniquement le mode écrit pour transmettre l'information sur le protocole ou la procédure. Dans ce cas, il s'avère que l'information transmise est individuelle, et que le contenu de l'information porte sur l'existence du protocole en question. C'est ainsi qu'un des cadres déclare *"je l'envoie moi par mail à tous les soignants pour qu'ils sachent que ce protocole là est sur "Blue Médi" quoi..." (E1, 53)*, quand un second cadre confie *"quand il y a un nouveau protocole donc qui est mis en ligne sur "Blue Médi", on informe du chemin d'accès de ce protocole sur le journal de bloc" (E5, 146).*

10.3.2 Interprétation

Il ressort de l'analyse des propos des cadres, concernant la transmission des informations sur les protocoles et/ou sur les procédures, que la majorité des cadres transmettent l'information de deux façons distinctes :

La première façon dont les cadres semblent transmettre l'information sur les protocoles, est la voie écrite. Dans ce cas, l'information perçue par l'individu est uniquement fonction de l'interprétation de l'information par l'individu, en fonction des représentations individuelles, que l'individu possède vis à vis de l'objet visé par l'information, et qui est ici le protocole ou la procédure. Cependant, ce mode de communication unilatérale (du cadre vers l'équipe) permet-il au professionnel de se reconnaître comme acteur du soin par l'observance du protocole visé ? Quand l'information transmise ne concerne que le protocole lui-même ou simplement l'existence du protocole en question, quelle représentation le professionnel peut-il avoir de son rôle attendu dans l'observance du protocole en question ?

Le second mode de communication utilisé par les cadres est le partage de l'information entre le cadre et les professionnels de l'équipe de soins. Ce mode de communication, qui fait appel à la relation interpersonnelle, favorise l'échange d'informations entre le cadre de santé et les professionnels. Dans cette situation, le cadre de santé peut expliciter l'information sur le protocole, il peut justifier l'objectif de ce protocole, et dire en quoi le protocole participe à l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins. De plus, ce mode de communication par la relation interpersonnelle favorise aussi les échanges entre pairs. Ainsi, par la relation interpersonnelle, d'une part le professionnel se trouve confronté à la pensée collective, et d'autre part le professionnel apprivoise *"la connaissance sociale établie dans des*

significations plurielles". C'est dans ce double mouvement que se sont rendus possibles (...) soit la reproduction du sens commun soit la production d'un nouveau sens partagé" (Pina Lalli, 2005). Ainsi, la communication du cadre à propos des protocoles, par relation interpersonnelle directe avec les professionnels de l'unité, permettrait donc aux professionnels de se construire des représentations partagées sur le rôle des soignants dans l'observance du protocole visé. La communication du cadre par relation interpersonnelle serait donc un facteur d'observance des protocoles.

Par ailleurs, lorsque le cadre communique sur les protocoles avec les professionnels, dans une relation interpersonnelle directe, le cadre permet aux professionnels d'exprimer leurs idées, le cadre reconnaît alors le professionnel en tant que personne. Or, dans les quatre formes de la reconnaissance au travail, Jean-Pierre Brun précise que *"La conception humaniste et existentielle de la reconnaissance s'intéresse à la personne, à son existence et au caractère unique de son être"* (Brun, 2005). En effet, *"Par la reconnaissance existentielle, l'individu se voit reconnaître le droit à la parole et à l'influence sur les décisions"* (Brun, 2005). Ainsi, la communication du cadre sur les protocoles, par l'intermédiaire d'une relation interpersonnelle avec les professionnels de l'équipe, aurait deux avantages en faveur de l'observance des protocoles : D'une part cela permettrait la définition d'un sens partagé du protocole dont il est question, et d'autre-part cela serait une forme de reconnaissance existentielle des professionnels.

A ce stade de l'analyse des données, il apparaît qu'une communication sur le protocole, par une relation interpersonnelle entre le cadre et les soignants, est en faveur de l'observance du protocole par les soignants. De plus, la coopération des soignants et du cadre, à l'élaboration des protocoles, serait également un facteur d'observance des protocoles par les soignants. Qu'en est-il réellement ? Quels sont selon les cadres, les protocoles les mieux observés, et ceux qui le sont moins ? Quels sont les facteurs qui favorisent l'observance des protocoles, et quels sont les freins à l'observance des protocoles ?

10.4 L'observance des protocoles

10.4.1 Les protocoles les mieux observés

10.4.1.1 Analyse des données

Les types de protocoles les mieux observés :

Les propos des cadres, sur les protocoles ou procédures, qui selon les cadres, sont les mieux observés par les soignants, sont mis en évidence dans le tableau n°5.

Tableau N°5 : Synthèse des types de protocoles cités par les cadres, comme les mieux observés par les soignants

Type de protocoles les mieux observés	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Protocoles internes	X	X				
Identito-vigilance		X			X	
Médicaux		X	X			
PEC ⁴⁴ inhabituelle				X		

Ce que montre le tableau N°5, c'est que d'après les cadres, trois types de protocoles semblent le mieux observés par les soignants. Il s'agit en l'occurrence, des protocoles médicaux, des protocoles internes ou encore les protocoles d'identito-vigilance. Même si un cadre sur les six ne donne pas d'exemple de protocole, en revanche, chacun de ces trois types de protocoles est en effet cité par au moins deux cadres (différents) sur cinq. Ainsi, un premier cadre déclare à propos des protocoles les mieux observés : *"Ben heu, j'allais dire qu'à partir du moment où c'est un protocole interne"* (E1, 74). Un autre cadre, parle des protocoles douleur, et déclare c'est *"quand même, ces protocoles là...les protocoles de la douleur, tout ce qui fait souffrir le patient, tous les protocoles de la douleur"* (E2, 236). Un troisième cadre confie, à propos des protocoles d'identito-vigilance : *"je pense par exemple à des choses comme l'identito-vigilance heu..., heu..., au bloc, le compte des compresses heu..., là on sait qu'il faut que tout le monde fonctionne de la même façon."* (E5, 78). Il s'avère donc, d'après les cadres de santé, que les protocoles les mieux observés seraient les protocoles spécifiques au service (que les cadres assimilent aux protocoles de soins techniques), ceux en rapport avec la sécurité du

⁴⁴ Prise en charge

patient, ou encore les protocoles médicaux, qui sont des protocoles médicamenteux, et qui permettent une prise en soins plus rapide et plus autonome du patient par les soignants.

Les facteurs d'observance des protocoles

Le tableau N°6 synthétise l'analyse des propos des cadres sur les facteurs qui, selon les cadres, favorisent l'observance des protocoles par les soignants.

Tableau N°6 : Synthèse des facteurs d'observance des protocoles, cités par les cadres.

Facteurs d'observance	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Soignants acteurs des protocoles	X	X					2
Appropriation du protocole par les soignants	X	X	X		X	X	5
Protocole Sécurise les soins		X			X		2
Utilité du protocole	X	X	X			X	4
Formalisation du protocole			X	X	X		3
Disponibilité du protocole						X	1
Rôle du cadre	X						1

Il ressort du tableau N°5, que le principal facteur d'observance des protocoles, cité par les cadres, est l'appropriation du protocole par les soignants. L'appropriation est citée par cinq cadres sur six. Les modes d'appropriation des protocoles par les soignants, diffèrent cependant d'un cadre à l'autre. En effet, quand l'un des cadres déclare, à propos des soignants, qu'*"il faut qu'ils trouvent vraiment le sens aux choses quoi, c'est heu..."* (E1, 122), un autre cadre précise le rôle de la communication dans l'appropriation et dit à ce sujet : *" quand l'information a été aussi bien diffusée, forcément et bien...les acteurs n'en sont que plus heu...je dirai heu...acteurs, entre parenthèses quoi, c'est quand même beaucoup plus confortable"* (E3, 84). Un autre cadre encore pense que c'est l'expérience qui favorise l'appropriation des protocoles, il déclare d'ailleurs : *"ben je pense que c'est aussi heu..., c'est aussi l'expérience de ..., du fait que ben heu, au fur et à mesure les infirmières mesurent mieux les protocoles, donc c'est plus facile pour elles heu."* (E6, 99).

Ce qui vient en deuxième position, des facteurs d'observance des protocoles, c'est le fait que le protocole est utile au soignant. En effet, quatre cadres sur six citent l'utilité du protocole, comme un facteur, pouvant favoriser l'observance du protocole. L'un des cadres déclare en

effet à propos de l'utilité du protocole : "*mais ça parce que ça leur est utile, et qu'elles en ont besoin*" (E1, 77).

Le troisième facteur susceptible de favoriser l'observance, et qui est cité par la moitié des cadres, est la formalisation du protocole. Ce que précisent les cadres, c'est la nécessité que les choses soient "*bien écrites*" (E3, 83), que le protocole soit "*bien formalisé, pour suivre la bonne conduite*" (E4, 68), ou encore que le protocole "*soit simple, et puis qu'il soit pratico-pratique, et qu'il décrive bien les choses*" (E5, 81).

Enfin, le tableau N°5 met également en évidence que deux facteurs sont également cités par un tiers des cadres. Ainsi, pour deux cadres sur six, le fait que les soignants aient été acteurs du protocole, favorise l'observance du protocole. Pour deux autres cadres encore, le fait que le protocole sécurise la pratique soignante peut aussi favoriser l'observance du protocole en question.

10.4.1.2 Interprétation

A propos des types de protocoles les mieux observés...

D'après les cadres, les protocoles les mieux observés concernent la sécurité du soin, les protocoles médicaux ou encore, les protocoles internes au service (qui sont principalement des protocoles de technique de soins). Or, pour les professionnels de santé, les protocoles de technique de soins, les protocoles médicaux ou les protocoles en lien avec la sécurité du soin, sont des protocoles qui servent, au quotidien, le travail des soignants, pour prendre soin du patient avec qualité et sécurité. Dans un service de soins, plusieurs professions sont présentes au sein de l'équipe soignante. Ces professionnels ont en commun "*une science appliquée*" (Dubar cite Parson, 1955), c'est-à-dire des compétences issues d'une part d'un savoir théorique acquis par des études et sanctionné, et d'autre-part d'une pratique acquise par l'expérience. Cette "*science appliquée*" représente pour chaque professionnel, "*une compétence spécialisée*" (Dubar cite Parson, 1955), c'est-à-dire une compétence technique qui limite l'autorité du professionnel au seul domaine légitime de son activité. Enfin, ce qui caractérise les professionnels de santé, c'est que chaque professionnel agit envers le patient avec un "*intérêt détaché*" (Dubar cite Parson, 1955), c'est-à-dire avec "*un intérêt empathique*" pour le patient et "*pour son attente inconditionnelle*". Ainsi, il semble que les protocoles, qui concernent la relation entre le professionnel de santé et le patient, sont finalement les protocoles qui définissent l'identité d'une profession. Or, l'identité professionnelle est une

image dans laquelle l'individu se reconnaît, et qu'il cherche à faire reconnaître par autrui. C'est pourquoi, il semble que les protocoles les mieux observés par les professionnels sont les protocoles, qui finalement, représentent l'identité professionnelle des soignants. En effet, il semblerait que ces protocoles qui concernent la relation soignant/soigné correspondent aux représentations que se font les soignants de leur rôle, auprès du patient.

De plus, parmi ces protocoles qui concernent la relation soignant/soigné, les protocoles qui sont internes au service, sont construits lors de groupes de travail, avec la participation conjointe du cadre et des soignants. Or, la coopération au protocole est, pour le professionnel, une forme de reconnaissance de sa pratique du travail. La reconnaissance de la pratique du travail renvoie, selon Christophe Dejours, à deux jugements, qui sont le jugement de beauté et le jugement d'utilité sociale. Ainsi, dans le cas de la coopération du cadre et de l'équipe soignante, à l'élaboration des protocoles internes au service, il y a donc, pour les professionnels, un double jugement de beauté et d'utilité qui s'opère. Ce double jugement contribue à renforcer l'identité du professionnel, puisque le professionnel se trouve alors reconnu par les pairs et par le cadre, pour ses compétences professionnelles, qui le définissent en tant que soignant.

Ainsi, il semble que les protocoles qui sont à la fois le fruit d'une coopération des soignants, et qui sont aussi relatifs à la relation entre le professionnel de santé et le patient, seront d'autant plus observés. En effet, il semble que dans ce cas, l'identité professionnelle du soignant en tant qu'expert du soin auprès du patient, cette identité dans laquelle l'individu se reconnaît professionnellement, se trouve alors reconnue à la fois par l'institution, en la personne du cadre, et par les pairs, qui sont les collègues de l'équipe de soins.

A propos des facteurs d'observance...

Ce qui pour les cadres favorise l'observance des protocoles, c'est d'abord le fait que les soignants se sont appropriés les protocoles, c'est-à-dire que la finalité du protocole a été assimilée, et que les soignants ont bien compris, d'une part l'utilité du protocole pour le patient, et d'autre part l'intérêt d'observer le protocole. En effet, "*L'intériorisation des motifs et l'adhésion sont les plus grands garants de motivation, de qualité et d'attachement à remplir ses engagements. C'est ce qui s'appelle l'appropriation*" (Aktouf, O. Frimousse, S. 2014). L'appropriation du protocole est donc en rapport avec les représentations des professionnels vis à vis du protocole. Cependant, il s'avère que les protocoles les mieux observés, selon les cadres, sont les protocoles qui concernent la relation soignant/soigné. Or, ces protocoles qui concernent la relation soignant/soigné touchent l'identité professionnelle

des soignants. Ainsi, les protocoles en lien avec la relation soignant/soigné, correspondent aux représentations que se fait le soignant de son identité professionnelle. D'un point de vue cognitif, les protocoles qui touchent la relation soignant/soigné sont donc en consonance avec les représentations que se font les professionnels de leur rôle de soignant.

Par ailleurs, lorsque les cadres font allusion à l'utilité du protocole, comme facteur d'observance, ce facteur rejoint le fait, que les protocoles qui semblent être le mieux observés, sont ceux qui ont un impact direct sur la relation entre le soignant et le patient. En effet, les protocoles qui concernent la relation soignant/soigné sont les protocoles, qui correspondent à l'identité professionnelle du soignant, parce que ces protocoles lui sont utiles pour prendre soin du patient avec qualité et sécurité. Ainsi, l'utilité des protocoles avancée par les cadres comme facteur d'observance est également en lien avec les représentations que se font les professionnels à l'égard du protocole.

Cependant, les cadres citent également la formulation du protocole comme étant un facteur d'observance du protocole. Dans ce cas, ce n'est pas la représentation que se fait le soignant vis à vis du protocole qui est en jeu, mais davantage la compréhension du contenu du protocole par le soignant, et le fait que ce contenu est adapté ou non à la réalité des soignants.

En revanche, les cadres semblent moins enclins à affirmer que la coopération des professionnels à l'élaboration des protocoles est un facteur d'observance du protocole. Pourtant, la coopération permet elle aussi la reconnaissance du professionnel et de ses compétences dans les soins. En effet, la coopération confirme d'une part au professionnel son expertise du soin auprès du patient, et d'autre part, la coopération des professionnels à des groupes de travail favorise la communication entre pairs, et l'élaboration ou la confirmation de représentations partagées au sujet des protocoles travaillés.

Ainsi, les protocoles les mieux observés semblent être les protocoles en lien avec la relation soignant/soigné, parce que les professionnels se reconnaissent, au travers de ces protocoles, comme expert du soin auprès du patient. Ces protocoles sont d'autant mieux observés qu'ils seraient pour certains (notamment les protocoles de technique de soins), élaborés en coopération avec les professionnels, ce qui pourrait renforcer le sentiment de reconnaissance des professionnels. De plus, les cadres s'accordent à dire, que le facteur prédominant, dans l'observance des protocoles, est la représentation que se font les professionnels vis à vis du protocole. Cependant, la coopération, qui potentialise la transmission, l'élaboration, ou encore la transformation des représentations sociales à propos des protocoles, cette coopération n'est pas abordée par les cadres.

10.4.2 Les protocoles les moins bien observés

10.4.2.1 Analyse des données

Les types de protocoles les moins bien observés

Le tableau N°7 regroupe les propos des cadres concernant les protocoles qui seraient les moins bien observés par les soignants.

Tableau N°7 : Protocoles les moins bien observés, selon les cadres.

	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Types de protocoles	Institutionnels	Demande de transport	Protocoles d'hygiène		Les procédures (demande d'intervention du service technique)	

Le tableau N°7 permet de se rendre compte que finalement les cadres considèrent que ce sont les protocoles institutionnels qui paraissent être le moins bien observés par les soignants. En effet, quatre cadres sur six évoquent les protocoles institutionnels, en les nommant tels quels. C'est le cas de ce cadre qui déclare : "*Les protocoles institutionnels heu, c'est vrai que heu... là je fais tout un travail sur justement heu...heu pour heu travailler sur la diminution des infections nosocomiales sur PAC, et heu...il y a beaucoup de protocoles hein heu...infirmiers hein heu... sur voilà les pansements, la réfection de pansement, les changements de rampes etc. Mais je vois bien que les gens ne sont pas appropriés ça quoi... ils vont pas... d'eux-mêmes, ils vont pas aller voir le protocole quoi*" (E1, 78). En revanche, d'autres cadres donnent des exemples de protocoles. L'un d'entre eux évoque par exemple, le protocole de demande de transport pour le patient : "*La demande de transport, voilà. Par exemple, c'est un nouveau protocole, qui est descendant.*" (E2, 155). Un autre cadre évoque les demandes d'intervention auprès du service technique et déclare : "*On sent qu'il y a une heu..., que c'est compliqué pour les gens parce que heu..., finalement là où on veut cadrer les choses heu..., ils cherchent toujours à aller au plus simple, on sent que c'est compliqué d'aller déclarer des évènements ou une demande d'intervention sur l'informatique etc.*" (E5, 115). Plus loin, un cadre explique qu'avec les protocoles d'hygiène, il faut souvent faire du rappel auprès des équipes : "*Après, heu...tout ce qui est protocole heu...ben les protocoles d'hygiène, ben c'est heu...voilà, c'est toujours du rappel*" (E3, 86).

Les freins à l'observance de ces protocoles

Le tableau N°8 récapitule les freins qui selon les cadres accentuent la non observance de certains protocoles.

Tableau N°8 : Freins à l'observance des protocoles selon les cadres

Freins à l'observance	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Non appropriation du protocole	X	X	X		X	X
Défaut d'information du cadre		X				X
Accessibilité du protocole	X				X	
Impact sur la PEC du patient		X				
Les habitudes des soignants		X		X		X
Protocole inadapté			X		X	

Ce qu'il ressort du tableau N°8, c'est que pour les cadres, le principal frein à l'observance des protocoles est le défaut d'appropriation du protocole par les soignants. En effet, cinq cadres sur six évoquent cette problématique de l'appropriation du protocole comme frein principal à l'observance du protocole en question. Cependant, certains cadres évoquent davantage un défaut d'information, comme ce cadre qui explique, à propos de l'accès des protocoles sur intranet, que " *d'abord il faudrait former les gens pour leur dire comment y aller facilement*" (E1, 93). D'autres cadres, en revanche, semblent imputer la cause de l'appropriation au professionnel lui-même. C'est ainsi qu'un cadre déclare à propos des professionnels, qu"*il y en a d'autres, heu...et bien c'est comme si en fait, il y avait des tiroirs, et on referme le tiroir, une fois que c'est acquis, et puis on oublie, on oublie*" (E2, 259). Un autre cadre implique aussi la logique du professionnel, et explique que "*peut être le, le, la logique par rapport au protocole, l'incompréhension par rapport au protocole*" (E6, 167), peut influencer l'observance du protocole par le professionnel.

L'autre fait remarquable, est que pour trois cadres sur six, les habitudes des soignants peuvent être un frein à l'observance des protocoles. L'un d'eux déclare d'ailleurs clairement : "*je pense que les freins heu, les freins à l'observance des nouveaux protocoles, c'est les habitudes*" (E6, 136). Un autre cadre explique plus précisément que parfois, ce sont les habitudes différentes rencontrées dans un autre service, qui peuvent être un frein à l'observance. Ce cadre déclare

d'ailleurs, à propos de nouvelles infirmières arrivées dans le service, *"Mais en fait, non, elles sont venues avec ce qu'elles faisaient avant et elles n'ont pas cherché à s'adapter"* (E2, 275).

Par ailleurs, alors que les principaux freins à l'observance semblent être pour les cadres, en lien avec le professionnel lui-même, certains cadres évoquent aussi des freins qui sont liés au protocole. C'est ainsi que le difficile accès au protocole, un défaut d'information du cadre sur le protocole, ou encore le fait que le protocole est inadapté, sont trois freins à l'observance des protocoles, qui sont cités par un tiers des cadres. Un cadre explique clairement par exemple sa responsabilité envers les nouveaux professionnels, dans la transmission de l'information, concernant les protocoles. Ce cadre confie d'ailleurs au sujet de la responsabilité du cadre : *"Et là en fait, c'est le rôle du cadre. Là je me suis remise en question, et bien moi c'est mon problème, là du coup, je n'ai pas donné suffisamment d'informations"* (E2, 268).

10.4.3 Interprétation

A propos des protocoles les moins bien observés...

Les protocoles qui semblent être les moins bien observés, sont majoritairement les protocoles ou procédures institutionnels. Or, ces protocoles ou procédures institutionnels sont plus éloignés de la pratique soignante, dans le sens où ces protocoles n'ont pas d'influence directe sur la relation entre le patient et le professionnel. Les professionnels se reconnaissent donc moins en tant que soignant dans l'observance de ces protocoles institutionnels. Il n'y a pas avec les protocoles institutionnels le jugement d'utilité, qui intervient dans la reconnaissance de la pratique du travail, et qui est présent avec les protocoles qui concernent la relation soignant/soigné.

De plus, il apparaît que pour ces protocoles institutionnels, les soignants n'interviennent que comme récepteurs de l'information sur le protocole, les soignants ne sont pas acteurs dans la construction du protocole institutionnel. Ici, ni le jugement d'utilité du protocole, ni le jugement de beauté ne sont donc présents pour le professionnel, comme c'était le cas pour les protocoles concernant la relation soignant/soigné. En effet, d'une part le professionnel ne se reconnaît pas dans le protocole, et d'autre part, l'absence de coopération dans la construction du protocole, inhibe le jugement de beauté par les pairs ou par le cadre. Cet état de fait peut accentuer la non observance des protocoles institutionnels par les soignants. Pour les protocoles institutionnels, il s'avère donc que les représentations des professionnels sur ces protocoles, quant à leur utilité, seront primordiales pour en favoriser l'observance. Les

représentations étant véhiculées par la communication, les cadres sont-ils sensibles à transmettre un message adapté aux soignants ? Le problème de la transmission de l'information à propos du protocole est-il envisagé par les cadres, dans l'observance des protocoles par les soignants ?

A propos des freins à l'observance des protocoles...

Ce qui apparaît en premier lieu, c'est que la non coopération des professionnels à l'élaboration des protocoles, n'est pas mentionnée par les cadres comme frein à l'observance des protocoles. En effet, comme dans les facteurs d'observance, où l'appropriation du protocole par le soignant et l'utilité du protocole dans la relation soignant/patient, paraissaient indispensables, les freins à l'observance des protocoles, cités par les cadres, concernent davantage le professionnel et ses habitudes de travail ou encore la façon dont le professionnel comprend l'information. Ainsi, il semble que les freins à l'observance sont en majorité, comme pour les facteurs d'observance, en lien avec les représentations que se font les professionnels quant à l'intérêt du protocole. Cependant, il s'avère que pour les cadres, les protocoles les moins bien observés sont des protocoles qui sont éloignés de la pratique soignante. Le professionnel ne se reconnaît donc pas dans ces protocoles, le soignant ne voit pas quelle valeur ajoutée pourrait apporter le protocole à sa pratique soignante auprès du patient. Or, en matière de représentations, la différence entre la réalité vécue par l'individu et les représentations de l'individu, crée un phénomène de dissonance cognitive chez l'individu. Ainsi, par un phénomène de réduction de la dissonance cognitive, l'individu cherche à réduire l'écart entre la réalité et ses représentations, en modifiant ses représentations, pour qu'elles deviennent davantage en accord avec la réalité. Cependant, les représentations sont véhiculées par la communication, et notamment par les informations transmises au travers de cette communication. Ainsi, il semble que pour les protocoles les moins bien observés, le rôle du cadre est important, puisqu'il s'agit alors pour le cadre, par sa communication, de réduire la dissonance cognitive qui existe chez les soignants, entre la représentation qu'ils ont de leur rôle dans les soins, et l'intérêt que présente l'observance des protocoles (non observés) dans leur rôle auprès du patient.

Or, d'après l'analyse des propos des cadres au sujet de freins à l'observance des protocoles, il ressort que les cadres ont tendance à minimiser leur rôle de transmetteur de l'information dans l'observance des protocoles. En effet, l'accessibilité du protocole et l'adaptabilité du protocole à la spécificité du service, sont davantage mises en exergue, que l'information transmise par le

cadre. Pourtant, dans une institution comme un établissement de santé, les cadres sont à l'interface de la direction, des patients et des soignants, et ils ont donc un rôle primordial de traducteur d'information, pour que chacune des parties trouve son intérêt. De fait, *"Le travail des cadres se caractérisent par des activités multiples de mise en relation, de mise en cohérence, d'intermédiaire entre des logiques, des personnes et des groupes"* (De Singly, 2009). Ainsi, si les protocoles institutionnels sont moins parlants pour les professionnels, le cadre possède néanmoins les informations nécessaires pour faire évoluer les représentations des professionnels quant aux protocoles institutionnels. Encore faut-il que les informations transmises par le cadre aux équipes soignantes, au sujet des protocoles, permettent aux professionnels de se reconnaître professionnellement dans le protocole. En effet, *"Rien ne peut être mieux fait, et dans les meilleures conditions, que ce qui est compris, admis, accepté...car ne peut générer l'adhésion et la motivation que ce qui « fait sens » du point de vue de celui qui doit réaliser"* (Aktouf, O. Frimousse, S. 2014). Or, il s'avère que concernant les protocoles institutionnels, les cadres impliquent davantage les professionnels et les protocoles eux-mêmes comme freins à l'observance, plutôt que le rôle du cadre comme traducteur de l'information qui permettrait l'appropriation du protocole par les soignants. De plus, les représentations professionnelles des individus sont à la base des constructions identitaires, et donc à la base des constructions des identités professionnelles. Ainsi, si les représentations du cadre, à propos des facteurs d'observance ou des freins à l'observance des protocoles, sont davantage orientés sur la compréhension du protocole par le soignant, et sur l'utilité du protocole pour la relation soignant/soigné, quelles représentations ont alors les cadres quant à leur rôle dans l'observance des protocoles par les soignants ? Ces représentations des cadres, à propos du rôle du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants, sont-elles compatibles avec les différentes formes de reconnaissance au travail, qui permettent aux individus de se reconnaître professionnellement et de s'investir davantage au travail ?

10.5 Le rôle du cadre dans l'observance des protocoles

10.5.1 Analyse des données

10.5.1.1 Les différents rôles du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants :

Le tableau N°9 synthétise les réponses des cadres sur le rôle qu'ils ont à jouer dans l'observance des protocoles par les soignants.

Tableau N°9 : Les différents rôles du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants.

Rôle du cadre dans l'observance des protocoles	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Contrôle	X	X	X	X	X	X	6
Relais de l'information aux professionnels		X	X	X	X	X	5
Traducteur de l'information		X	X		X	X	4
Formation des professionnels	X				X	X	3
Recadrage		X		X		X	3
Responsabilité du cadre		X	X		X		3

Ce qu'il ressort du tableau N°9, c'est tout d'abord que l'ensemble des cadres évoquent le contrôle comme étant un des rôles du cadre, dans l'observance des protocoles par les soignants. Par exemple, à propos de l'observance des protocoles, un cadre déclare que *"la seule façon, c'est de faire du contrôle"* (E2, 200). Un autre cadre qui explique comment il contrôle au quotidien, confie *"quand je suis dans le couloir heu..., voilà, c'est paf, un document nominatif sur le chariot : non heu..., un pilulier sur le chariot : non heu..., une porte ouverte de l'office infirmier heu, bon ben voilà (...) c'est des petites actions comme ça au quotidien qui (...) le management de proximité"* (E3, 108).

Ensuite, le tableau N°9 révèle que deux rôles sont majoritairement cités à côté du contrôle, il s'agit du rôle de relais de l'information et du rôle de traducteur de l'information. En effet, le rôle de relais de l'information est abordé par cinq cadres sur six. Ainsi, l'un des cadres précise qu'il transmet l'information sur des temps où l'équipe est réunie, *"c'est de la diffusion, toujours pareil heu...au décours heu..., voilà, d'une pause, des transmissions heu..."* (E3, 107). Le rôle de traducteur de l'information est quant à lui évoqué par quatre cadres sur six. Par exemple, à

propos des protocoles d'hygiène et des protocoles transfusionnels, qui sont des protocoles institutionnels, un cadre explique que *"Ah oui, et bien oui, parce que tout ce qui est transfusionnel, c'est des protocoles descendants, l'hygiène, c'est descendant, donc nous on est, l'interlocuteur, enfin... le traducteur du protocole institutionnel"* (E2, 286).

Que ce soit le rôle de relais de l'information ou le rôle de traducteur de l'information, ces deux rôles sont en rapport avec la communication du cadre envers l'équipe soignante. De plus, il semble, d'après la proportion des discours des cadres concernant les rôles de relais et de traducteur de l'information, que ces rôles (de relais et de traducteur de l'information) prennent une place importante parmi les rôles du cadre, vis à vis de l'observance des protocoles par les soignants.

Par ailleurs, ce que pointe le tableau N°9, c'est que trois rôles sont chacun cités dans 50% des cas. Il s'agit du rôle dans la formation des professionnels, du rôle de recadrage des professionnels ou encore du rôle du cadre dans sa responsabilité envers l'institution ou l'établissement. Concernant ce dernier rôle de responsabilité du cadre vis à vis de l'institution, les cadres évoquent notamment les directives de l'ARS⁴⁵, la certification à venir ou encore l'aspect législatif qui entoure la sécurité du médicament. C'est ainsi qu'un cadre explique par exemple, à propos de la loi sur la sécurité du médicament : *"et puis de toute façon, dans le cadre de la loi du 6 avril 2011 heu...on a une obligation, (...) il y a une responsabilité inévitable et inéluctable"* (E3, 99).

10.5.1.2 Le rôle de contrôle

Concernant le rôle de contrôleur du cadre, le tableau N°10 révèle que quatre cadres sur six évoquent le contrôle informel, celui qui est fait au quotidien.

Tableau N°10 : Propos des cadres concernant leur rôle de contrôleur dans l'observance des protocoles par les soignants

Rôle de contrôle du cadre	E1	E2	E3	E4	E5	E6
Contrôle informel		X	X	X		X
Audit	Autoévaluation	Audit institutionnel	Audit institutionnel		Audits internes	Audit institutionnel

⁴⁵ Agence régionale de santé

C'est ainsi qu'un cadre explique au sujet du rôle de contrôle : *"ça peut être le contrôle d'observation en fait, en regardant l'équipe travailler heu... ce n'est pas forcément sur des temps bien définis, mais ça peut être au hasard de notre journée, on peut se rendre compte que et bien il y a des choses qui ne sont pas bien faites."* (E4, 79).

On remarque également dans le tableau N°10, que trois cadres sur six évoquent l'audit des pratiques professionnelles, et que deux de ces cadres précisent que les audits pratiqués, sont des audits institutionnels.

10.5.1.3 Le rôle de relais de l'information

Concernant le rôle de relais de l'information, comme pour le rôle de contrôle, les propos des cadres sont nuancés. Le tableau N°11 reprend les propos des cadres, au sujet de leur rôle de relais de l'information sur les protocoles, auprès des soignants.

Tableau N°11 : Propos des cadres concernant leur rôle de relais de l'information dans l'observance des protocoles.

Rôle de relais de l'information	E1	E2	E3	E4	E5	E6	Total
Information sur le protocole		X	X	X	X	X	5
Répétition de l'information		X	X			X	3
Transmission des résultats/indicateurs			X	X	X	X	4

Ce qu'il ressort du tableau N°11, c'est que pour cinq cadres sur six, le relais de l'information consiste en la transmission de l'information sur le protocole, et plus précisément dans la transmission de l'existence du protocole. Un cadre précise d'ailleurs au sujet de cette transmission de l'information qu'*"il faut s'assurer que tout le monde a bien pris connaissance du protocole"* (E2, 197).

Il apparaît ensuite, toujours d'après le tableau N°11, que quatre cadres sur six déclarent que la transmission de l'information, c'est aussi la transmission des résultats des audits ou des contrôles informels que le cadre a pu réaliser. L'un des cadres précise à ce sujet, *" je présente en fait les résultats de l'audit aux équipes, quand on les reçoit une fois par mois, en disant voilà où on en est heu,...on est dans le vert, ou on est dans le rouge, heu...c'est bien, c'est moins bien heu... on a encore des axes d'amélioration (...) à mettre en place"* (E3, 101). Toujours concernant la diffusion de résultats, un cadre précise qu'il lui arrive aussi de

transmettre des commentaires de patients ou de médecins sur le travail effectué par les soignants : *"En tout cas, ben j'essaie de valoriser les choses qui sont bien faites, heu..., notamment par la reconnaissance des patients, par heu..., des choses heu..., des prises en charge appréciées par les médecins"*(E4, 99). Ce même cadre avoue en revanche qu'il fait rarement un retour aux équipes de ce qui est bien fait: *"Ça devrait, c'est vrai qu'on devrait féliciter l'équipe, mais heu, après ça devient du normal, et puis on a tendance un peu à ..., pointer les choses qui vont pas, et un peu moins les choses qui vont bien"* (E4, 97).

Ce que révèle enfin le tableau N°11, c'est que pour la moitié des cadres, le rôle de relais de l'information concernant l'observance des protocoles, c'est aussi le fait de faire régulièrement des rappels, de répéter les choses à l'équipe soignante. C'est ainsi que l'un des cadres précise, justement à propos du métier de cadre, *" En fait, c'est métier, où il faut redire les choses régulièrement"* (E2, 256).

10.5.1.4 Le rôle de traducteur de l'information

Pour ce rôle de traducteur de l'information, les cadres évoquent notamment la nécessité parfois de préciser, auprès des équipes soignantes, l'information liée au protocole à observer. C'est ainsi qu'un cadre déclare, à propos des protocoles, la nécessité de *"re-décrire plus précisément le protocole qui finalement serait peut être mal heu..., enfin incomplet."* (E5, 95). Ce même cadre explique plus loin la nécessité d'entendre aussi parfois le vécu des soignants quant au protocole visé. Ce cadre déclare ainsi, à propos de l'écoute des soignants : *"et puis après, il faut questionner les gens, savoir pourquoi ils n'ont pas heu..., pourquoi ils n'ont pas respecté la procédure"*(E5, 134). Un cadre confie aussi l'importance d'expliquer la logique du protocole, il déclare : *"Il fallu que je leur explique ma logique, que je leur montre l'intérêt qu'elles avaient à étiqueter au nom du patient"* (E6, 157).

10.5.2 Interprétation

10.5.2.1 Les rôles de contrôle, de recadrage et de responsabilité du cadre dans l'observance des protocoles par les soignants

Ce qu'il ressort de l'analyse des données, c'est d'abord que le rôle de contrôle des pratiques professionnelles est visiblement commun à l'ensemble des cadres, en ce qui concerne

l'observance des protocoles. Or, dans un établissement de santé, le cadre est le responsable ultime des pratiques professionnelles au lit du patient. Le rôle de contrôle dont parlent les cadres dans l'observance des protocoles est donc en lien avec les missions attendues du cadre. Par ailleurs, les rôles de recadrage et de responsabilité vis à vis de l'institution sont également en rapport avec le statut du cadre dans l'institution. Il apparaît donc, dans les propos des cadres au sujet du rôle du cadre dans l'observance des protocoles, que les missions du cadre, qui sont en lien avec le statut du cadre, sont très présentes. Or, la construction des identités professionnelles n'est possible que si les individus sont reconnus par des représentants d'une "institution légitime". Il semble donc que le statut du cadre de santé lui confère une autorité légitime pour reconnaître les individus dans leur identité professionnelle.

10.5.2.2 Le rôle de relais de l'information

Le second point abordé par les cadres, à propos de leur rôle dans l'observance des protocoles, est le rôle en lien avec le relais de l'information. Or, la place du cadre, dans la hiérarchie d'un établissement de santé, se trouve entre les professionnels soignants et la direction de l'établissement. Ainsi, le cadre occupe une place de choix pour transmettre les informations concernant les différents protocoles et procédures, et plus particulièrement les informations concernant les protocoles institutionnels. Cet aspect du rôle de relais de l'information est davantage lié à la place du cadre dans l'institution, plutôt qu'à son statut.

Par ailleurs, les cadres, dans le rôle de relais de l'information à propos des protocoles, mentionnent également la transmission des résultats d'audit sur les pratiques professionnelles, ou encore des résultats issus d'un contrôle informel du cadre auprès de l'équipe soignante. Ces informations au sujet des résultats du travail concourent à renforcer un sentiment de reconnaissance pour les professionnels. En effet, dans les quatre formes de reconnaissance au travail que présente Jean-Pierre Brun, il y a notamment la reconnaissance du résultat du travail. Cette reconnaissance du résultat du travail s'inspire de l'approche behaviorale, selon laquelle "*Vous obtenez ce que vous récompensez*" (Brun cite Nelson, 2001). Dans la reconnaissance du résultat du travail, la reconnaissance "*porte principalement sur le produit du travail des employés et leur contribution à la réalisation des objectifs de l'entreprise. Il s'agit donc d'une reconnaissance qui s'exprime surtout a posteriori, qui est de nature conditionnelle et dont les relations avec la mission et les objectifs stratégiques de l'organisation sont directes*" (Brun, 2005). La reconnaissance du résultat du travail agit donc

comme un renforcement, puisque cette reconnaissance du travail permet à l'individu de se faire une idée de la qualité de son travail. La reconnaissance du travail au travers d'indicateurs peut donc constituer un facteur supplémentaire d'observance des protocoles par les soignants, car cette reconnaissance permet au professionnel d'avoir une représentation factuelle de la qualité de son travail.

Cependant, en parlant de leur rôle dans l'observance des protocoles, certains cadres précisent qu'ils essaient de "*valoriser les choses qui sont bien faites*" (E4, 99), notamment par exemple auprès des équipes, "*la reconnaissance des patients*" (E4, 100) ou encore, "*des prises en charge appréciées par les médecins*" (E4, 100). Dans ce cas, il s'agit davantage pour le cadre de reconnaître l'investissement des équipes dans le travail. Or, dans les quatre formes de la reconnaissance, Jean-Pierre Brun voit la reconnaissance de l'investissement dans le travail comme un aspect éthique de la reconnaissance, où "*la personne au travail ne constitue pas qu'un moyen d'atteindre les objectifs de l'organisation : elle est une fin en soi*" (Brun cite De Konink, 1999). Ainsi, le fait de rapporter aux équipes les "remerciements" exprimés par les patients, ou encore les remarques positives émises par les médecins, peut constituer un facteur d'observance des protocoles, dans la mesure où cela représente une reconnaissance de l'investissement des professionnels dans leur travail.

Le dernier aspect mis en évidence dans les propos des cadres au sujet du rôle de relais de l'information, est la nécessité de faire régulièrement, auprès de l'équipe soignante, des rappels concernant les protocoles et la nécessité de les appliquer. Du point de vue de la reconnaissance au travail, le fait que les cadres se disent obligés de rappeler les choses, est-ce que cela ne serait pas une forme de demande de reconnaissance de la part des soignants ?

10.5.2.3 Le rôle de traducteur de l'information

Au sein des établissements de santé, le cadre, par sa fonction, peut avoir accès à une multitude d'informations, qui sont autant de possibilités, pour le cadre, de comprendre les logiques des mesures prises par une direction d'établissement. Ces mesures prises par les directions d'établissements sont parfois dictées par des objectifs économiques, ou par la nécessité d'améliorer le fonctionnement de l'organisation. Ces objectifs d'efficacité économique sont éloignés des représentations professionnelles que peuvent avoir les soignants sur leur rôle auprès du patient. Or, la communication est un "*vecteur de transmission de langage, lui-même porteurs des représentations*" (Jodelet, p. 66), et "*partager une idée, un langage, c'est aussi*

affirmer (symboliquement) un lien social" (Jodelet, p.67), une unité, une appartenance. Par conséquent, il semble que dans l'observance des protocoles, le rôle du cadre de traducteur de l'information apparaît comme un facteur susceptible de faire coïncider les représentations des soignants, avec les décisions institutionnelles. En traduisant l'information liée au protocole, le cadre peut faire en sorte que cette information devienne cohérente avec les représentations identitaires que le soignant se fait de lui-même, et cela peut favoriser l'observance des protocoles.

10.5.2.4 Le rôle dans la formation des professionnels

Quand les cadres s'expriment au sujet de leur rôle dans l'observance des protocoles par les soignants, les cadres abordent également le rôle du cadre dans la formation des professionnels. Ce rôle, comme celui en lien avec la transmission des résultats d'audit est une forme de reconnaissance du professionnel. Cependant, alors que pour la transmission des résultats, il s'agit d'une approche comportementaliste de la reconnaissance, avec la formation, il s'agit davantage d'une approche existentielle de la reconnaissance. En effet, dans la reconnaissance au travail, Jean-Pierre Brun traduit la reconnaissance existentielle comme la reconnaissance de la personne avec ses besoins, il précise que *"La conception humaniste et existentielle de la reconnaissance s'intéresse à la personne, à son existence et au caractère unique de son être"*. Selon cette approche, *"les personnes s'engageront spontanément dans leur travail dans la mesure où on leur procure les conditions de travail appropriées"* (Brun cite Martin et autres, 1996). Ainsi, en proposant une formation à un professionnel, le cadre reconnaît les besoins du professionnel qui lui sont indispensables, pour prendre soin du patient avec qualité et sécurité.

10.6 Les représentations des cadres sur leurs rôles dans l'observance des protocoles

10.6.1 Analyse des données

Le N°12 ci-dessous synthétise les réponses des cadres concernant les mots qui selon les cadres représentent le rôle du cadre dans l'observance des protocoles auprès des soignants.

Tableau N°12 : Classement des mots utilisés par les cadres pour définir leur rôle dans l'observance des protocoles.

		E1	E2	E3	E4	E5	E6
Actions centrées sur le protocole	<i>Contrôle</i>	X	X	X	X	X	X
	<i>Formalisation du protocole</i>				X	X	
	<i>Diffusion information</i>			X	X	X	X
	<i>Réactualisation du protocole</i>					X	
	<i>Accessibilité</i>					X	
	<i>Régularité</i>			X			
Actions centrées sur les soignants	<i>Faisabilité</i>		X				X
	<i>Collaboration</i>				X		
	<i>Envie / motivation</i>	X					
	<i>Donner du sens</i>		X				
	<i>S'assurer de la compréhension</i>		X				X
	<i>Accompagnement</i>			X			

Ce qu'il ressort du tableau N°12, c'est que pour la majorité des cadres, leur rôle concernant l'observance des protocoles se situe à la fois au niveau du protocole, et à la fois au niveau de l'équipe. En ce qui concerne les actions sur le protocole, tous les cadres évoquent le contrôle. La nécessité de diffuser le protocole est également citée par quatre cadres sur six. Les autres actions, évoquées par les cadres, et qui sont centrées sur les protocoles, concernent surtout la faisabilité du protocole, ou la rédaction du protocole. Et, dans une moindre mesure, les cadres évoquent l'accessibilité du protocole.

Dans les actions centrées sur l'équipe, deux cadres sur six, parlent de la nécessité de s'assurer de la compréhension du protocole. Les autres rôles centrés sur l'équipe, qui sont évoqués par les cadres, dans l'observance des protocoles, sont la collaboration avec l'équipe, l'accompagnement de l'équipe, ou encore le fait de donner du sens à l'observance du protocole.

10.6.2 Interprétation

Ce qu'il ressort de l'analyse des mots employés par les cadres pour définir leur rôle dans l'observance des protocoles, c'est que les rôles évoqués semblent davantage être des actions qui concernent le protocole. C'est le cas lorsque les cadres évoquent le contrôle des pratiques et la diffusion du protocole. Or, il s'avère que le management participatif, est le management

qui favorise l'engagement des professionnels dans leur travail, et une meilleure qualité du travail fourni. Le management participatif, fonctionne quand le manager s'intéresse à la fois à la tâche (atteinte des objectifs et des résultats), et à la fois aux professionnels, sans prioriser l'un par rapport à l'autre. En effet, pour un cadre de santé, appliquer un management participatif avec l'équipe dont le cadre est responsable, c'est "*créer les conditions permettant à la fois le développement des professionnels dont il a la responsabilité et l'atteinte des objectifs du service, du pôle et/ou de l'établissement*" (Bauchetet, 2012). Ainsi, dans la mesure où il semble que, concernant l'observance des protocoles, les cadres sont davantage orientés sur le protocole (donc sur les résultats) que vers les professionnels, quelle conséquence cela peut-il avoir sur l'observance effective des protocoles par les soignants ?

Néanmoins, il semble que les cadres sont sensibles à transmettre le bon message à l'équipe. En effet, parmi les actions centrées sur l'équipe, les actions liées à la traduction de l'information, concernant le protocole, apparaissent comme majoritaires. Or, les représentations sociales, qui orientent les comportements des individus, sont issues des informations dont les individus disposent sur l'objet visé (ici les protocoles). Ainsi, le rôle lié à la traduction de l'information apparaît ici comme un facteur important dans l'observance des protocoles par les soignants. De fait, cette traduction de l'information à propos du protocole, peut amener à faire évoluer les représentations des soignants sur les protocoles. La traduction de l'information peut donc être un facteur d'observance des protocoles par les soignants.

Cependant, si les représentations sociales orientent les comportements des individus et des groupes, les représentations influencent également la communication des individus. Ainsi, si les représentations du cadre, à propos de son rôle dans l'observance des protocoles par les soignants, sont davantage centrées sur l'atteinte des résultats que sur les soignants, quelle conséquence cela peut-il avoir sur la communication des cadres auprès de l'équipe, et donc sur l'observance des protocoles par les soignants ?

11 Synthèse

L'analyse et l'interprétation des entretiens a permis de mettre en lumière les différents phénomènes qui interviennent dans l'observance des protocoles, et notamment les bénéfices d'une coopération à l'élaboration des protocoles, entre les soignants et le cadre.

Coopération et reconnaissance de la pratique du travail :

Dans un premier temps, j'ai pu m'apercevoir, que pour les cadres, les protocoles et les procédures qui semblent le mieux observés sont ceux qui concernent directement la relation entre le professionnel de santé et le patient. Ces protocoles sont par exemple, les protocoles de prise en charge de la douleur, qui permettent aux infirmières de soulager le patient, et de répondre rapidement à ses besoins de soins. Ces protocoles peuvent également concerner, suivant les spécificités du service de soins, une prise en charge particulière du patient. Dans ce cas encore, le protocole ou la procédure sert la pratique quotidienne du soignant dans sa relation de soin avec le patient. Les procédures d'identité-vigilance, qui sont davantage des procédures institutionnelles, semblent également bien respectées, parce que ce sont des procédures qui sécurisent la relation entre le soignant et le patient, et dans laquelle le soignant est engagé professionnellement. Or, tous ces protocoles de douleur, de prises en charge spécifiques ou d'identité-vigilance, sont des protocoles et procédures dans lesquels les soignants se reconnaissent parce qu'ils représentent la relation entre le professionnel et le patient, parce qu'ils définissent un rôle professionnel auprès du patient, c'est-à-dire une identité professionnelle.

De plus, parmi ces protocoles et procédures, ceux qui sont spécifiques au service de soins, sont en général construits avec la coopération des soignants et du cadre, par l'intermédiaire de groupe de travail. Cette coopération permet au soignant d'une part un processus identitaire basé sur la ressemblance entre les professionnels d'une même équipe de soins, et d'autre-part, la coopération du cadre serait, pour l'individu, une forme de reconnaissance de son identité professionnelle, parce que l'identification professionnelle des individus "*dépend des modes de reconnaissance par les institutions légitimes et leurs agents directement en relation avec les sujets concernés*" (Dubar, p. 108). En l'occurrence, la reconnaissance dont il s'agit ici, dans la coopération à l'élaboration des protocoles, est la reconnaissance de la pratique du travail, une des quatre formes de la reconnaissance au travail que cite Jean-Pierre Brun. Cette reconnaissance procure au professionnel à la fois des sentiments d'utilité et de conformité, qui

permettent à l'individu d'avoir une représentation positive de soi en consonance cognitive avec l'image qu'il se fait de lui-même. Ainsi, la coopération des cadres et des soignants à l'élaboration des protocoles semble donc être un facteur d'observance des protocoles par les soignants.

L'influence de la reconnaissance au travail en l'absence de coopération :

En revanche, ce que révèle aussi ce travail de recherche, c'est que les protocoles ou procédures institutionnels, qui ne concernent pas la relation soignant /soigné, ou qui en sont plus éloignés, seraient moins bien observés par les soignants. Or, ces protocoles ou procédures institutionnels ne sont pas construits en coopération avec les soignants. Il n'y a donc pas pour les soignants de reconnaissance de la pratique du travail. Dans ce cas, l'observance des protocoles serait essentiellement liée à la communication des cadres auprès de l'équipe soignante, et notamment aux informations et aux messages véhiculés auprès des soignants, par l'intermédiaire de cette communication. En effet, "*la communication joue un rôle fondamental dans les échanges qui concourent à l'institution d'un univers consensuel*" (Jodelet, p. 63), et "*la communication est vecteur de transmission du langage, lui-même porteur des représentations*" (Jodelet, p. 66). Ainsi, la communication du cadre auprès des équipes soignantes joue un rôle essentiel dans l'établissement d'un sens commun, d'une signification partagée, d'une représentation commune autour de l'objet de la communication. Dans le cas des protocoles institutionnels, élaborés sans coopération du cadre et de l'équipe soignante, l'observance serait donc fonction de la communication des cadres, et notamment de la façon dont les cadres vont permettre aux professionnels de se reconnaître dans les protocoles, par l'intermédiaire du message transmis.

En effet, comme le précise Jean-Pierre Brun, "*Pour de nombreuses personnes, le travail devient le lieu central de la quête de l'identité, de la création de sens et de la réalisation personnelle*" (Brun, 2005). De fait, les professionnels au travail cherchent à faire reconnaître leur identité professionnelle, qui représente en fait l'expression d'une identité réelle, propre à chaque individu. De plus, la reconnaissance au travail comporte quatre formes différentes, qui intéressent la personne elle-même (c'est la reconnaissance existentielle), le processus du travail (c'est la reconnaissance de la pratique du travail et de l'investissement dans le travail) et le produit du travail (c'est la reconnaissance des résultats). Ainsi, il semble que dans le cas des protocoles institutionnels, construits sans coopération, la communication des cadres doit contenir, pour favoriser l'observance des protocoles, des informations qui permettent aux

soignants de se sentir reconnus professionnellement, que ce soit en tant que personne, au travers la reconnaissance existentielle, ou en tant que professionnel du soin, au travers de la reconnaissance du processus de travail (pratique professionnelle et investissement dans le travail), ou encore par la reconnaissance des résultats du travail.

Par ailleurs, lorsque les cadres évoquent les facteurs d'observance ou les freins à l'observance, le premier élément qui apparaît est la nécessité que les soignants s'approprient les protocoles. Or, s'approprier quelque chose, c'est "*attribuer quelque chose à soi-même, c'est la faire sienne*"⁴⁶. En quelque sorte, pour le professionnel, s'approprier le protocole, revient à se reconnaître en tant que soignant dans le protocole, c'est avoir une représentation du protocole qui correspond à la représentation que le professionnel se fait de son rôle de soignant. Ainsi, l'appropriation du protocole par le soignant est donc fonction de la façon dont le professionnel se reconnaît, ou pas, en tant que soignant dans le protocole. Cela rejoint le fait que l'observance des protocoles par les soignants semble liée à la façon dont le professionnel se sent reconnu au travail, au travers du protocole.

Dans les facteurs d'observance, les cadres évoquent également l'utilité du protocole, le fait que le protocole sécurise la pratique soignante, ou encore le fait que les soignants ont été acteurs du protocole. Ces éléments semblent également rejoindre l'idée que le soignant, pour observer le protocole, doit se sentir reconnu en tant que soignant, au travers du protocole.

De même, dans les freins à l'observance, les cadres citent, en plus de la non appropriation du protocole, l'accessibilité au protocole, l'inadaptation du protocole ou encore le fait que le protocole n'a pas d'impact direct sur la prise en charge du patient. Ici aussi, les freins évoqués par les cadres semblent rejoindre la problématique de la reconnaissance du soignant au travers le protocole. En effet, si le protocole n'est pas utile au soignant dans sa relation au patient, s'il n'est pas adapté au travail du soignant, dans un contexte particulier, ou encore si le soignant n'a pas accès au protocole, comment peut-il se reconnaître en tant qu'expert du soin auprès du patient, et donc observer le protocole ? Cependant, dans les freins à l'observance, les cadres ajoutent également d'une part les habitudes des soignants, et d'autre part un défaut d'information du cadre. Le problème des habitudes serait lié aux représentations des professionnels, puisque les habitudes des soignants, en matière d'observance des protocoles, peuvent varier d'un service à l'autre, suivant la façon dont les soignants auront été ou pas sensibilisés à l'observance de tel ou tel protocole.

⁴⁶ www.cnrtl.fr

Quand les différents rôles du cadre dans l'observance des protocoles, permettent la reconnaissance au travail :

Ce qu'il ressort de l'analyse et de l'interprétation des propos du discours des cadres, sur leurs rôles dans l'observance des protocoles, c'est tout d'abord que les rôles évoqués sont en rapport avec le statut du cadre. En effet, le cadre de santé, responsable d'une unité de soins, est un représentant de proximité (auprès de l'équipe soignante), de la direction de l'établissement, c'est un membre de la hiérarchie institutionnelle. De ce fait, le cadre a envers la hiérarchie certaines obligations. C'est pourquoi les rôles de contrôle et de recadrage sont fréquemment évoqués par les cadres.

Par ailleurs, le cadre responsable d'une unité de soins est un acteur du système de santé, qui est sous la tutelle de l'état. Or, depuis quelques années, les préoccupations nationales, pour les établissements de santé, sont la qualité et la sécurité des soins. C'est pourquoi, les cadres mentionnent leur responsabilité envers la HAS et l'ARS, ou évoquent encore la certification des établissements, comme étant un des rôles du cadre, dans l'observance des protocoles.

En outre, ces différents rôles, de responsabilité envers l'état, de contrôle ou de recadrage, sont des rôles, qui symbolisent aussi le fait que le cadre est un "*agent*" faisant partie d'une "*institution légitime*". D'un point de vue identitaire, cet état de fait implique donc, que le cadre est pour les soignants, une autorité légitime pour reconnaître les identités professionnelles, dans laquelle chaque soignant, se reconnaît aussi et surtout comme individu.

Ensuite, les rôles qui sont en lien avec la communication, dans l'observance des protocoles, sont particulièrement présents dans les propos des cadres. Toutefois, deux aspects du rôle concernant la communication se distinguent.

D'une part il y a le rôle de relais de l'information. Ce rôle comprend tout d'abord la transmission de l'information sur le protocole, c'est-à-dire le fait de diffuser l'information pour être sûre que toute l'équipe en a pris connaissance. Ce rôle de transmission de l'information est une forme de la reconnaissance existentielle, qui reconnaît les besoins du soignant en tant qu'individu. En effet, transmettre l'information, c'est reconnaître que le soignant a besoin d'avoir connaissance du protocole pour l'observer. Le second rôle abordé par les cadres dans le rôle de relais de l'information, c'est le rôle de répétiteur de l'information. Or, quand les cadres se disent obligés de rappeler l'information, cela peut-il s'apparenter à une demande de reconnaissance de la part des soignants ? Enfin, le dernier aspect évoqués dans le rôle de relais de l'information, c'est le rôle de transmetteur de résultats et d'indicateurs. Dans ce rôle, il y a tout d'abord le fait de transmettre par exemple les résultats d'un audit institutionnel, ou d'un contrôle informel effectué par le cadre. Dans ce cas, il s'agit de la reconnaissance du

produit du travail. En effet, cette reconnaissance des résultats, d'un point de vue comportemental, agit comme un renforcement auprès des professionnels. La reconnaissance des résultats incite l'individu à produire "*des actions souhaitables*". Cependant, communiquer des résultats, ce peut être également transmettre aux soignants les commentaires d'un patient qui aura été satisfait des soins apportés par l'équipe, ou ce peut être aussi, rapporter combien un médecin a été reconnaissant du travail fourni par l'équipe, dans la prise en charge d'un patient. Finalement, ce genre de commentaire reconnaît l'investissement dans le travail, il s'agit de la perspective éthique de la reconnaissance au travail, une autre forme de reconnaissance au travail, que cite Jean-Pierre Brun.

D'autre-part, Le second aspect abordé par les cadres, dans l'information concernant les protocoles, est le rôle de traducteur du protocole. Dans ce cas, il s'agit davantage de décrypter le protocole, de donner des précisions sur le protocole, ou encore d'expliquer l'intérêt du protocole. En effet, les protocoles institutionnels sont parfois mis en place pour répondre à des logiques organisationnelles, qui sont parfois très éloignées des pratiques des professionnels dans leur relation au patient. Le rôle du cadre consiste alors à adapter le langage organisationnel au langage des soignants, ceci afin que les soignants puissent se reconnaître dans le protocole, comme acteur du soin auprès du patient.

Or, la communication est pour le cadre un vecteur de diffusion des représentations sociales. De plus, les représentations sociales constituent "*une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place*" (Abric, p. 17). Ainsi, la communication du cadre, par le partage d'un sens commun, d'une représentation commune sur l'intérêt d'observer un protocole, permet aux soignants de donner un sens à l'observance du protocole. Cependant, ceci n'est possible, que si les soignants se sentent reconnus comme professionnels du soin, au-travers le message transmis par la communication du cadre. Or, reconnaître le soignant comme acteur du protocole en tant qu'expert du soin, n'est-ce pas une façon de reconnaître la pratique du travail ?

12 Conclusion

Ce travail de recherche sur le rôle des cadres dans l'observance des protocoles touche à sa fin, et je me rends compte aujourd'hui du chemin parcouru depuis la situation de départ...

En effet, la question de l'observance des protocoles par les soignants est une question qui me suit depuis l'école d'infirmière. A l'époque déjà en 1999, les conclusions de mon travail de fin d'étude, sur l'hygiène des mains des infirmières au cours des soins, m'avaient déçue. Plus tard, à l'école d'IBODE en 2007, les conclusions sur la prévention du risque infectieux, par l'IBODE circulante en peropératoire, ne m'avaient pas non plus convaincue des pratiques des IBODE dans la prévention du risque infectieux manuporté. Pourtant, ce travail me laissait déjà entrevoir que le comportement des IBODE n'était peut être pas seulement une question de motivation personnelle, mais que cela pouvait être lié à l'invisibilité du risque infectieux, ou encore, à un manque de reconnaissance de l'expertise IBODE. Dès lors, de retour sur mon lieu de travail, je me suis attachée à donner une vision plus précise aux professionnels, qui étaient mes collègues, sur l'intérêt d'observer les protocoles et les procédures du service. Cependant, les résultats escomptés en matière d'observance n'étaient pas au rendez-vous. C'est pourquoi, lorsque la direction m'a donné l'opportunité de prendre un poste d'adjointe aux cadres de bloc, référent qualité, la question de l'observance des protocoles s'est à nouveau posée pour moi : Comment-est-ce-que je pouvais amener les professionnels du bloc à observer les protocoles et les procédures en vigueur dans le service ? C'est alors que j'ai multiplié les actions auprès des professionnels. En effet, j'ai réalisé des ateliers en collaboration avec des infirmières du service, concernant le compte des textiles ou encore les mesures de radioprotection. J'ai également fait des rappels lors des réunions de service. J'ai aussi diffusé des notes d'information qui rappelaient l'intérêt d'observer tel ou tel protocole et/ou procédure. Sur demande de la hiérarchie, j'ai conçu et animé des programmes de formation sur la prévention des risques, pour les nouveaux professionnels. Enfin, au quotidien, je questionnais les professionnels sur leurs pratiques déviantes vis à vis d'un protocole. Malgré tout cela, même si j'entrevois un début d'amélioration, le résultat n'était toujours pas satisfaisant.

Parallèlement, j'ai été un acteur investi et motivé dans le processus d'accréditation de l'établissement qui m'employait. En effet, depuis que l'ordonnance Juppé n°96-346 du 24 avril 1996, portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, a introduit la certification des établissements de soins dans l'organisation du système de santé français, je suis convaincue de l'intérêt de ce dispositif pour l'amélioration continue, de la qualité et de la

sécurité des soins auprès du patient. Toutefois, entre la première version de certification et la V2014, qui représente la dernière version de la HAS en matière de certification des établissements de santé, l'attention de la HAS vis à vis des pratiques professionnelles est croissante. Cet état de fait me confirme l'intérêt à porter sur l'observance des protocoles et des procédures par les soignants, et ceci d'autant plus que je nourris depuis 2012, le projet de devenir cadre de santé.

C'est pourquoi, lorsque je rentre à l'institut de formation des cadres de santé en septembre 2015, et qu'il m'est alors demandé de réfléchir à une situation professionnelle qui m'a posé question, la problématique du rôle du cadre dans l'observance des protocoles s'impose à moi comme une évidence.

Aujourd'hui, alors que j'arrive à la fin des dix mois de formation des études de cadre de santé, je mesure le chemin parcouru et tout l'intérêt de ce travail de recherche dans un processus d'identification à un nouveau métier : Celui de cadre de santé.

Avant toutes choses, ce travail de recherche sur le rôle du cadre dans l'observance des protocoles et des procédures par les soignants, m'a aidé à faire bouger mes représentations quant aux comportements des professionnels en matière d'observance des protocoles. J'ai en effet pris conscience que ce que je pouvais observer chez les soignants, en matière d'observance ou de non observance des protocoles, avait peut-être une signification plus profonde que la volonté ou non d'appliquer les protocoles.

En effet, l'analyse et l'interprétation des entretiens réalisés auprès de six cadres de santé, m'a permis de dégager plusieurs éléments, qui rentrent en jeu dans l'observance ou la non observance des protocoles et des procédures par les soignants. Ces éléments sont non seulement en lien avec la coopération entre le cadre et l'équipe de soins, mais aussi avec la reconnaissance identitaire des individus, elle-même fonction des différentes formes de la reconnaissance au travail, et des représentations sociales des différents acteurs en présence.

Ainsi, ce que je retiens de ce travail de recherche, c'est que *"l'expérience de l'autre n'est jamais directement vécue par soi... en sorte que nous comptons sur nos communications pour nous renseigner sur l'identité qu'autrui nous attribue... et donc pour nous forger une identité pour nous-mêmes"* (Dubar cite Laing, 1961). En effet, tout individu, tout professionnel au travail est en quête de reconnaissance identitaire, parce que l'identité professionnelle est en fait une définition, une représentation que l'individu se fait de lui-même. Plus largement, la vie professionnelle est donc pour chaque individu, *"une construction personnelle d'une stratégie identitaire mettant en jeu l'image de soi, l'appréciation de ses capacités, la*

réalisation de ses désirs" (Dubar, p. 114). Au travers de son identité professionnelle, l'individu cherche donc à se faire reconnaître pour ce qu'il est. Cependant, cette reconnaissance identitaire, sur le lieu du travail, passe par la reconnaissance hiérarchique. Or, dans le système de santé français, les études des professionnels du soin, qu'ils soient cadres de santé ou soignants, sont régis par l'État. De fait, dans un service de soin, le cadre de santé est donc un agent d'une institution légitime, et il semble qu'il est alors la personne de choix pour reconnaître les identités professionnelles, que chaque soignant cherche à faire reconnaître, parce que ces identités professionnelles sont prédictives de ce que sont réellement les soignants en tant qu'individu.

De plus, pour les soignants, les pratiques professionnelles, qui sont enseignées dans les institutions de formation, délimitent pour chaque professionnel de santé, son champ d'action auprès du patient. Ces pratiques professionnelles définissent en quelque sorte, du point de vue des soignants, une identité professionnelle. Or, au niveau des services de soins, les pratiques professionnelles se déclinent, pour la plupart, sous la forme de protocoles et de procédures, qui peuvent être à la fois spécifiques au service de soins, ou communs à tous les services d'un même établissement. Cependant, si certains de ces protocoles ou de ces procédures concernent directement la relation entre le soignant et le patient, d'autres en revanche sont plus éloignés de la pratique soignante. Ainsi, certains protocoles seront mieux observés par les soignants, parce que ces protocoles sont significatifs des représentations que se font les soignants de leurs rôles auprès du patient. Par ailleurs, pour la HAS, ces protocoles et ces procédures, constituent des critères d'évaluation des pratiques professionnelles, critères qui sont désormais pris en compte dans la certification des établissements de santé. Le challenge pour le cadre de santé, en matière d'observance des protocoles est alors double: D'une part, le cadre de santé doit faire en sorte que les protocoles et les procédures soient appliqués par les soignants, et d'autre part, pour favoriser l'observance des protocoles et des procédures, le cadre de santé doit faire en sorte que les professionnels se reconnaissent dans les protocoles, en tant que soignants, experts du soin auprès du patient. La question qui se pose alors, pour le cadre de santé, est de savoir comment témoigner de la reconnaissance envers les soignants, de manière à ce que les soignants en viennent à observer les protocoles ?

Plusieurs possibilités sont à la disposition du cadre de santé. En effet, les formes de la reconnaissance au travail sont au nombre de quatre. Il y a premièrement la reconnaissance existentielle, celle qui reconnaît le soignant en tant qu'individu avec des besoins. Cette forme de reconnaissance peut s'exprimer par la proposition de formation pour les professionnels, ou encore par l'information régulière faite aux soignants, sur les objectifs et les stratégies de

l'établissement, sur la mise en place de tel ou tel protocole. La seconde forme de reconnaissance possible est la reconnaissance de la pratique du travail, qui porte sur le comportement de l'individu, sur ses qualités professionnelles et sur ses compétences. Reconnaître la pratique du travail, pour le cadre de santé, ce peut être par exemple, solliciter la coopération des professionnels pour l'élaboration des protocoles, ou encore prendre en compte l'avis des professionnels de santé, quant à la mise en place d'un protocole institutionnel. La troisième forme de reconnaissance au travail dont le cadre dispose, est la reconnaissance de l'investissement dans le travail. Dans ce cas, il s'agit pour le cadre de transmettre aux équipes, la satisfaction qu'ont pu exprimer les patients au cours de leur séjour, ou encore la reconnaissance d'un médecin, qui aura été élogieux sur la prise en charge d'un patient par l'équipe soignante. Enfin, la quatrième forme de reconnaissance au travail que peut utiliser le cadre, c'est aussi la reconnaissance des résultats du travail. Reconnaître les résultats du travail revient, pour le cadre, à transmettre les résultats d'un audit institutionnel, ou encore les résultats d'un contrôle informel que le cadre aura fait, sur les pratiques des professionnels.

Le cadre dispose donc plusieurs façons de reconnaître les professionnels dans leur travail, et de ces témoignages de reconnaissance dépend, entre autre, l'observance des protocoles par les soignants.

Cependant, ces formes de reconnaissance, le cadre de santé les diffuse aux soignants, au travers de sa communication. De plus, c'est par la communication que sont véhiculées les représentations sociales. Or, les représentations sociales, sont *"une vision fonctionnelle du monde, qui permet à l'individu ou au groupe de donner un sens à ses conduites, et de comprendre la réalité, à travers son propre système de références, donc de s'y adapter, de s'y définir une place"* (Abric, p. 17). Ainsi, les représentations sociales permettent de comprendre les comportements et les pratiques sociales. En revanche, les représentations influencent aussi le langage des individus. En effet, *"si deux sous-populations d'une même population ont, sur un même objet, des conceptions radicalement différentes, elles ne sauraient avoir, sur cet objet, de communication efficace"* (Jodelet, p. 236). Cet état de fait est important à prendre en considération dans le cadre de l'observance des protocoles. En effet, si les préoccupations du cadre de santé, concernant l'observance des protocoles, est davantage en relation avec le statut du cadre et les obligations inhérentes à ce statut, comment le cadre peut-il, au travers de son discours, de sa communication, rencontrer les préoccupations des soignants dans leur rôle auprès du patient ?

Au travers de ce travail de recherche, j'ai compris toute la complexité des rapports humains, et surtout le rôle important de la communication du cadre dans l'observance des protocoles. J'ai pris conscience que l'observance des protocoles dépend aussi de la façon dont le cadre arrive à rejoindre, par sa communication, les représentations des soignants, au sujet de la relation entre le soignant et le patient. En d'autres termes, il semble que si les professionnels d'une équipe de soins se sentent reconnus comme soignants, dans le langage du cadre au sujet des protocoles, alors, les soignants observeront davantage les protocoles.

Alors que je m'apprête à faire partie d'un nouveau groupe professionnel, avec des missions et des responsabilités qui sont différentes de celles que j'avais en tant que soignant, cette prise de conscience du rôle des représentations sociales dans les comportements humains, s'avère utile. En effet, en tant que soignant, la certification des établissements de santé était déjà pour moi, une opportunité pour s'inscrire dans une démarche continue d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, pour le plus grand bénéfice du patient. En tant que cadre, il semble important, au vu de mon travail de recherche, que je garde à l'esprit le bénéfice que peut amener la certification des établissements, non seulement pour les patients, mais aussi pour les soignants. Le fait d'avoir été soignant est certes un atout pour comprendre les représentations des soignants dans leurs grandes lignes. Cependant, les représentations d'un individu sont propres à chaque individu, et ces représentations dépendent de la trajectoire biographique de l'individu, des différents contextes auxquels l'individu aura été confronté, des différentes personnes que l'individu aura rencontrées. Ainsi, les logiques, les représentations que j'avais en tant que soignant sont différentes pour chacun des professionnels. Le cadre de santé ne peut donc s'affranchir de connaître les représentations des soignants, pour adapter sa communication à la réalité des soignants. En effet, *"la position d'encadrement suppose l'intervention nécessaire d'autres individus pour obtenir un résultat"* (Sainsaulieu, p.212). Ainsi, pour le cadre de santé, connaître les soignants d'une équipe, savoir ce qui les motive dans leur travail auprès du patient, semble donc être un point de départ incontournable, en faveur de l'observance des protocoles par les soignants, dans un contexte d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, à la fois pour le patient, mais aussi pour les professionnels de santé.

13 Bibliographie

Ouvrages :

Abric, J.-C. *Méthodes D'étude Des Représentations Sociales*. Ramonville Saint-Agne : Erès, 2003.

Abric, J.-C. *Pratiques sociales et représentations*. Paris : Presses universitaires de France, 2011.

Abric, J.-C. *Psychologie de La Communication : Théories et Méthodes*. Paris : A. Colin, 2014 (première édition en 1999).

Albarello, L. *Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique*. Bruxelles : De Boeck Université, 2003 (deuxième édition).

Colombat, P. *Qualité de vie au travail et management participatif*, Paris : Wolter Kluwer France, 2012.

Crozier, M. Friedberg, E. *L' Acteur et Le Système : Les Contraintes de L'action Collective*. Collection Points Série Essais 248. Paris : Éd. du Seuil, 1996 (première édition en 1977).

Dejours, C. *Le choix : souffrir au travail n'est pas une fatalité*. Montrouge : Bayard, 2015.

Deschamps, J.-C. et Moliner, P. *L'identité en psychologie sociale -Des processus identitaires aux représentations sociales-*. Paris : A. Colin, 2008.

Donnadieu, Bernard, Michèle Genthon, and Michel Vial. *Les théories de l'apprentissage : quel usage pour les cadres de santé ?* Paris : Masson, 1998.

Dubar, C. *La socialisation : construction des identités sociales et professionnelles*. Paris : A. Colin, 2015 (première édition en 2000).

Jodelet, D. *Les représentations sociales*. Paris : Presse universitaire de France, 2007 (première édition : 1889).

Mintzberg, H. *Le manager au quotidien : les dix rôles du cadre*. Paris : Éditions d'Organisation, 2006 (première édition en 1984).

Sainsaulieu, Renaud. *L'identité au travail : [les effets culturels de l'organisation]*. Paris : Presses de la Fondation nationale des sciences politiques, 1993 (réimpression de la troisième édition, première édition en 1977).

Revues :

Bauchetet, C. Objectifs soins et management, *Management participatif : Une clef du bien-être au travail ?*, N°209, octobre 2012, 58 pages.

Bourret, C. Revue Soins Cadres, *Cadre de santé, un travail de lien invisible*, N°65, Février 2008.

Boussemeare, S. Soins Cadres, *Cadre de santé, manager des compétences professionnelles*, N°90, mai 2014.

Desserprit, G. Soins cadres, *Le travail en équipe*, N° 93, février 2015, 12 pages.

Pellinghelli, C. La revue de l'infirmière, *les protocoles de soins*, N° 156, décembre 2009.

Documents électroniques :

Aktouf, O. Frimousse, S. (2014). Du Normatif au participatif : l'importance de l'adhésion, dans « Demain, que devront transmettre les organisations performantes et comment pourront-elles y parvenir ? », *Question(s) de management* (n° 5), p. 111-126.

Brun, J. (2005). La reconnaissance au travail = Employee recognition. [Québec] : Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations. *Université Laval, et la Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations.*

Brun, J.-P., Dugas, N., Tison, M. (2002). La reconnaissance au travail une pratique riche de sens : document de sensibilisation. Québec (Province), *Centre d'expertise en gestion des ressources humaines, Université Laval, and Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail*

Caelen, J. (2009). Conception participative par moments : une gestion collaborative. *Le travail humain* (Vol. 72), p. 79-103.

Dameron, S. (2005). La dualité du travail coopératif. *Revue française de gestion (no158)*, p. 105-120.

De Singly, C. (2009) .Rapport de la mission Cadres Hospitaliers, rapport final et propositions. *Le ministère de la santé et des sports*.

Dejours, C. (octobre 2002). De la reconnaissance à l'estime de soi -La reconnaissance au travail-. *Mensuel N° 131*. (Sur : www.scienceshumaines.com). Rencontre avec Christophe Dejours.

Durand-Zaleski, I. Mondor, H. Brun-Buisson, C. (2002). Le coût des infections liées aux soins. *Revue adsp*, N°32.

Jeoffrion, C. (2009). Santé et Représentations sociales : une étude « multi-objets » auprès de Professionnels de Santé et Non-Professionnels de Santé. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale (Numéro 82)*, p. 73-115.

Michel-Guillou, E. (2010). Agriculteur, un métier en mutation : Analyse psychosociale d'une représentation professionnelle, *Bulletin de psychologie (Numéro 505)*, p. 15-27.

Observatoire des risques médicaux (ORM). (2014). *Rapport d'activité 2014, pour les années 2008 à 2013*.

Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé (OPEPS). (juin 2006). La lutte contre les infestions nosocomiales. *Rapport final*.

Organisation mondiale de la santé (OMS). (2003). Méthodologie de la recherche dans le domaine de la santé : Guide de formation aux méthodes de la recherche scientifique. *Bureau régional du Pacifique occidental. Manille, (deuxième édition)*.

Pina, L. (2005). Représentations sociales et communication, *Hermès, La Revue (n° 41)*, p. 59-64

Sites web :

social-sante.gouv.fr

www.citation-celebre.com

www.cnrtl.fr

www.has-sante.fr

www.larousse.fr

www.legifrance.gouv

Résumé :

L'objectif de ce mémoire est de chercher à savoir, **comment la coopération du cadre de santé et de l'équipe soignante, à l'élaboration d'un protocole de soin, favorise-elle la reconnaissance au travail et l'observance des protocoles par les soignants ?**

L'analyse et l'interprétation d'entretiens réalisés auprès de cadres de santé a permis de mettre en lumière, que la **coopération** permettrait une reconnaissance du soignant dans son **identité professionnelle** et individuelle. Cependant, il s'avère que la participation de l'équipe soignante à l'élaboration des protocoles ne se fait que pour certains protocoles. Comment favoriser alors l'observance des protocoles, quand les soignants n'ont pas été acteurs dans la construction du protocole ?

C'est là que les différentes formes de **reconnaissance au travail**, que pourra avoir le cadre envers les soignants, agissent comme des facteurs d'observance des protocoles par les soignants...

En effet, le cadre par sa **communication** auprès de l'équipe soignante, peut témoigner de la reconnaissance aux soignants de différentes manières. Toutefois, il semble alors que **l'observance** des protocoles par les soignants, dépend du langage que le cadre emploie pour communiquer aux soignants, l'intérêt et l'objectif du protocole. De fait, il apparaît que les **représentations sociales** dont disposent chacun des acteurs en présence, qu'ils soient soignants ou cadres, au sujet de son leur rôle respectif au travail, peut influencer la communication et ainsi encourager, ou pas, l'observance des protocoles par les soignants.

Mots clés : *Observance, coopération, reconnaissance au travail, identité professionnelle, communication, représentations sociales.*