GHU PARIS
PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
SAINTE-ANNE

UPEM
UNIVERSITÉ PARIS-EST MARNE-LA-VALLÉE

IFIS
INSTITUT FRANCILIEN D'INGÉNIERIE DES SERVICES

Gérer le conflit dans une équipe en psychiatrie, une opportunité à saisir ?

Sous la direction de : **Marie-Laurène MENINI**

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « économie sociale et solidaire santé et médico-social »

Cyril AMAR

Promotion Rogers : **2018 - 2019**

Date du Jury : **17 juin 2019**

GHU PARIS
PSYCHIATRIE & NEUROSCIENCES

INSTITUT DE FORMATION DES CADRES DE SANTÉ
SAINTE-ANNE

UPEM
UNIVERSITÉ PARIS-EST MARNE-LA-VALLÉE

ifis
INSTITUT FRANCILIEN D'INGÉNIERIE DES SERVICES

Gérer le conflit dans une équipe en psychiatrie, une opportunité à saisir ?

Sous la direction de : Marie-Laurène MENINI

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « économie sociale et solidaire santé et médico-social »

Cyril AMAR

Promotion Rogers : **2018 - 2019**

Date du Jury : **17 juin 2019**

« La différence faisant partie de ce monde, le conflit est inévitable. Au lieu de le condamner, nous devons je crois, en faire bon usage. Le frottement entre la roue d'une locomotive et le rail est nécessaire pour déplacer le train. Tout polissage résulte d'un frottement. La musique du violon provient d'un frottement. Nous avons quitté l'état sauvage quand nous avons découvert le feu par friction. La friction de l'esprit sur l'esprit est une bonne chose. »

Mary Parker Follet

Remerciements

Je tiens à remercier en premier lieu Mme Marie-Laurène Menini, ma directrice de mémoire pour avoir accepté de m'accompagner dans cette aventure. Son écoute, ses conseils, ses propositions, ses relectures m'ont aidé tout au long de cette année si particulière.

Je remercie également l'ensemble des formateurs de l'IFCS Sainte Anne pour leur accompagnement pédagogique ainsi que M. Salaün professeur à l'université Paris-Est-Marne-La-Vallée pour ses apports et ses conseils tout au long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie chaleureusement les infirmiers qui ont accepté de participer à la réalisation de l'enquête.

Je pense également à M. Valimahomed, Mme Heintz, et Mme Basso qui chacun à leur manière m'ont accompagné et m'ont encouragé dans mon parcours d'évolution professionnelle.

Je remercie mes compagnons de promotion sans qui cette année n'aurait pas été aussi riche, notamment Élodie, Lucie, et Emmanuelle.

Enfin je remercie ma famille pour leur soutien, et mon mari, pour son réconfort, son écoute et sa sollicitude.

Liste des sigles utilisés

CNAM : conservatoire nationale des arts et métiers

IDE : infirmier diplômé d'État

IFCS : institut de formation des cadres de santé

INJEP : institut national de la jeunesse et de l'éducation populaire

MAUSS : mouvement anti-utilitariste dans les sciences sociales

Table des matières

INTRODUCTION 5

1. Un conflit à gérer : tâche et ressource du cadre de santé 7

1.1 Conflit exposé, conflit à gérer 7
1.2 Ce que je croyais du conflit 8
1.3 L'influence de la spécialité sur la spécificité du conflit 9
1.4 Les ressources mis à ma disposition 9

2. Le cadre conceptuel : qu'est-ce que le conflit ? Qu'est-ce qu'une équipe ? Qu'attend-on du cadre de santé ? 13

2.1 Le conflit 13
2.2 La dynamique de groupe 15
2.3 L'autorité 18
2.4 La notion d'attente de rôle 21
2.5 Les missions du manager selon C. Dejours 22

3. De la première approche de terrain à la question de recherche 25

3.1 Émergence d'une question de recherche et de ses hypothèses 26
3.2 Hypothèses 27

4. Méthode d'enquête 29

4.1 Choix de la méthode d'enquête 29
4.2 Choix de la population enquêtée 29
4.3 Accès à la population 31
4.4 Trame des entretiens 31
4.5 Présentation de la population 32

4.5.1 Les infirmiers de l'unité A 32
4.5.2 Les infirmiers de l'unité B 33
4.6 Conditions des entretiens 35

5. Analyse 37

5.1 L'interface avec l'équipe infirmière : l'importance de la cohésion 41
5.1.1 Ils sont différents les uns des autres mais désireux de former une équipe 41
5.1.2 Ils co-construisent leurs réflexions dans l'échange 42
5.1.3 Ils se créent leurs propres outils de cohésion 43
5.1.4 Ils se protègent les uns les autres 43
5.1.5 Ce qu'ils attendent du cadre pour protéger et maintenir leur cohésion 44
5.1.6 Retour sur les hypothèses 45
5.2 L'interface avec les médecins 46
5.2.1 Les rapports entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale 46
5.2.2 Ce que les infirmiers attendent du cadre pour faciliter la relation entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale 47
5.2.3 Retour sur hypothèse 49
5.3 L'interface avec l'administration hospitalière 49
5.3.1 L'administration pouvoir déshumanisé 49
5.3.2 Prendre en compte la réalité de l'exercice infirmier en unité de soins pour traduire les directives 50
5.3.3 Retour sur la première hypothèse 51
5.4 L'assistance professionnelle du cadre à son équipe 51
5.4.1 Le parcours professionnel passé du cadre de santé 52
5.4.2 La capacité à entendre son équipe et à agir 52
5.4.3 La prise en compte des contraintes du terrain 52
5.4.4 Retour sur la deuxième hypothèse. 53
5.5 La méthode intégrative de résolution de conflit de Mary Parker Follet. 53
5.5.1 On est entendu 54
5.5.2 La diversité est un atout 55
5.5.3 Un exemple de méthode intégrative d'un conflit 55
5.5.4 Retour sur la dernière hypothèse 56

6. Retour sur les hypothèses et discussion 57

6.1 Hypothèse 1 57

6.2 Hypothèse 2 58

6.3 Hypothèse 3 58

6.4 Discussion générale 59

CONCLUSION 61

Annexe I : guide d'entretien semi directif 1

Annexe II : entretien semi directif avec Etienne IDE Unité A 1

INTRODUCTION

Ce mémoire est une initiation à la recherche en sciences humaines. Dans le cadre d'une année de formation au sein de l'institut de formation des cadres de santé, IFCS de l'hôpital Sainte-Anne, il permettra la validation du module 3 ce qui concourra à obtenir un diplôme de cadre de santé ainsi qu'un master I « économie sociale et solidaire santé et médico-social » en partenariat avec l'université Paris-Est-Marne-la-Vallée.

Devenir cadre de santé est une évolution de l'identité professionnelle, c'est accepter des responsabilités intermédiaires en tant qu'interface entre différents acteurs, l'administration hospitalière, la coordination avec l'équipe médicale, l'animation de l'équipe soignante, les usagers et leurs familles. Les réformes successives du système de santé français en recherche constante d'équilibre financier et d'efficience en soin amènent les cadres de santé à développer une grande adaptabilité. Ces réformes ont été concomitantes à l'émergence dans les médias de la prise de conscience de la souffrance des soignants à l'hôpital, à travers la mise en lumière de l'épuisement professionnel, des cas de harcèlements, de burn-out, ou de perte de sens. Des conflits sociaux à l'hôpital sont également venus émailler l'actualité, nombre d'articles dans la presse quotidienne mais également professionnelle, des articles de revues scientifiques et des recherches questionnent les difficultés que rencontre l'hôpital aujourd'hui. L'actualité sociale en général en France est marquée par la notion de conflit et la nécessité de le résoudre, aussi en tant que cadre de santé j'ai souhaité m'intéresser à la problématique du conflit. Le cadre de santé dans ses missions de management doit gérer les conflits liés au travail que rencontre son équipe, en tant que faisant fonction de cadre de santé, nous avons été amené à remplir cette mission, au sein d'une unité d'hospitalisation en psychiatrie, et c'était alors posée la question de la mise à distance du cadre de santé par l'équipe infirmière de l'existence du conflit, nous apprenions sur le tard et par un chemin détourné l'existence d'un conflit interpersonnel lié au travail qui évoluait depuis plusieurs mois

Ce travail de recherche en sciences sociales, réalisé tout au long de cette année de transition, a été l'occasion de prendre du recul sur la pratique de l'encadrant, de prendre le temps de se poser des questions, de découvrir des auteurs et de réfléchir à la manière dont cette problématique a été pensée dans différentes sciences, notamment en sociologie et en psychosociologie. Nous en sommes ainsi venu à nous questionner sur ce qu'attendent les

infirmiers d'une équipe de soin en psychiatrie, du rôle du cadre de santé, dans ses missions de prévention et de gestion des conflits liés au travail.

Nous décrirons la situation vécue qui nous a amené à cette question. De manière à comprendre la situation, une recherche documentaire nous permettra de cerner les concepts de conflits, d'équipe de soin, et d'autorité. La réalisation de trois entretiens exploratoires viendra enrichir la réflexion pour élaborer une question de recherche et des hypothèses.

Dans une seconde partie, plus empirique, nous retournerons dans des services de soins en psychiatrie mettre à l'épreuve nos hypothèses. Nous décrirons la manière dont a été réalisée une enquête de terrain auprès de personnels infirmiers en unité d'hospitalisation psychiatrique. Une analyse des différentes thématiques retrouvées dans les discours de soignants autour de leur perception du conflit et du rôle du cadre de santé dans cette problématique, à l'aune des hypothèses qu'avaient engendrés la question de recherche sera explicitée. Enfin une discussion générale viendra clore ce travail dans ce qu'il a pu soulever comme réponses à nos questionnements, et comme nouvelles interrogations.

1. Un conflit à gérer : tâche et ressource du cadre de santé

1.1 Conflit exposé, conflit à gérer

Dans notre expérience de faisant fonction de cadre de santé, nous avions été confronté à des conflits interpersonnels à l'intérieur de l'équipe. Un conflit a toutefois été, nous semble-t-il, assez marquant dans sa violence, sa durée, ses conséquences, sur l'ambiance de travail, et sa difficulté de gestion. Nous allons vous exposer la situation initiale.

Au détour de deux événements relatés par une cadre de permanence concernant deux agents du service que nous encadrions, une infirmière et un infirmier, et relayés dans un compte rendu de permanence transmis à la direction des soins et à l'ensemble de l'encadrement et de l'encadrement supérieur de l'hôpital, nous avions dû convoquer ces deux agents à tour de rôle.

Convoqué un par un, pour qu'ils nous expliquent ce qui s'était passé la veille, un conflit entre eux nous est exposé avec force d'émotions, d'exemples d'interactions négatives entre eux, de reproches sur la posture de soignant et sur la manière de prodiguer les soins de l'autre.

L'infirmière nous explique, au-delà de la situation relatée par l'encadrement de permanence, que son collègue « n'est pas fiable, qu'il essaye d'en faire le moins possible, que très souvent il quitte le service sans prévenir et que les week-ends il dort pendant deux ou trois heures». Elle nous montre alors des photos prises avec son téléphone portable de la couche faite de coussins et de couvertures que s'était fabriqué son collègue pour dormir.

L'infirmier à son tour nous explique que sa collègue est « impossible, qu'elle a mauvais caractère, qu'elle agresse tout le monde, collègues et patients, qu'elle fait semblant de travailler mais ne fait que ce qui l'arrange comme soins, qu'elle ne travaille pas en équipe ».

Clairement la situation de conflit, qui nous était exposée ce jour-là, évoluait depuis un certain temps à l'intérieur de l'équipe sans que nous n'ayons pu la percevoir et sans qu'elle nous ait été exposée.

De par la fonction d'encadrant, il nous incombait alors de gérer un conflit, entre membres de l'équipe infirmière, et qui semblait évoluer depuis un certain temps avant que nous n'en soyons informé. Plusieurs questionnements surgissent pour essayer de comprendre ce qui est

en train de se jouer, ce qui fait conflit, ce qui fait équipe ? Comment le cadre de santé peut préserver l'intégrité de l'équipe ? Comment prévenir l'apparition de phénomènes qui nous semblent inexorables ? Comment gérer un conflit dont on ignore l'existence ?
Cela nous renvoyait à notre propre expérience de soignant, où quand un conflit éclatait entre membres de l'équipe soignante, il était tu à la hiérarchie le plus longtemps possible jusqu'à ce que cela « coûte de trop » à l'équipe ou jusqu'à ce que la qualité ou la sécurité des soins en ait à pâtir. Alors le conflit était exposé à l'encadrement, mais bien après qu'il soit connu par l'ensemble de l'équipe et quand il avait pris une grande proportion.
Une contradiction semble apparaître, alors que les équipes soignantes ont facilement tendance à renvoyer le cadre de santé à ses missions de gestions des problématiques pourquoi dans cette occurrence le cadre est tenu à l'écart de ce qui malmenait l'équipe dans son ambiance de travail ? Qu'est ce qui prévaut à cette mise à distance ?

Qu'est ce qui prévaut à la mise à distance par l'équipe paramédicale du cadre de santé dans la connaissance du conflit interpersonnel intra-équipe ?

1.2 Ce que je croyais du conflit

Les conflits interpersonnels sont courants dans les services de soins, et il nous semble que la mission du cadre de santé de prévenir et gérer les conflits se trouve au croisement de deux enjeux forts de l'institution hospitalière, la recherche d'efficience en soin et la qualité de vie au travail. Cette mission demande une compréhension des interactions entre professionnels de l'équipe, et si a priori le conflit voit s'opposer au moins deux personnes, ses conséquences s'étendent sur l'équipe entière, notamment dans l'ambiance de travail. Ainsi il nous semble important d'explorer ce qui fait équipe.
Par ailleurs il nous semble important d'explorer la notion de conflit, dans sa nature. Si a priori le désaccord est à l'origine du conflit, il n'est pas le conflit. Le conflit nous parait être l'issue malheureuse d'un désaccord qui pour différentes raisons fait se figer la relation. Alors la dynamique que supposerait la recherche d'entente n'est plus recherchée. Le conflit dans nos

représentations est un danger de perte d'unité de l'équipe, comme une fissure qui pourrait disloquer l'intégrité d'une équipe quand certains soignants vont se positionner dans le conflit dans des camps qui s'opposent. Ce danger de perte d'unité de l'équipe prend-il une dimension supplémentaire dans le cadre des prises en charge en santé mentale ?

1.3 L'influence de la spécialité sur la spécificité du conflit

Nous souhaitons inscrire cette recherche dans le cadre d'une unité d'hospitalisation psychiatrique. Au-delà de l'inscription de notre carrière dans cette spécialité, les conditions de l'exercice d'infirmier en équipe de soin psychiatrique portent en elle un grand nombre de possibilités de désaccords, germes de conflit. Nous retrouvons une nécessaire préservation de l'intégrité de l'équipe, une nécessité d'accord entre différentes professions, dans une prise en charge de santé en partie empirique. La préservation de l'intégrité de l'équipe s'impose pour préserver chacun dans sa possible rencontre avec la violence du patient, la coercition du soin quand il est nécessaire et refusé par le patient. Elle se retrouve également dans l'étayage psychique assuré par les soignants au patient, étayage assuré individuellement et collectivement par l'équipe. La nécessité d'accord se retrouve dans la collégialité des regards pluri-professionnels sur les patients qui vont s'additionner pour se donner à voir au mieux la réalité du patient, mais les regards sur les patients peuvent aussi s'opposer, d'où l'importance en psychiatrie des staffs quotidiens et des réunions cliniques. Enfin la prise en charge est en partie empirique. En effet il n'existe pas de référence unique et validée qui organise celles-ci ce qui peut entraîner régulièrement débats, désaccords, et nécessité d'arbitrage. Cependant est ce que ces temps d'échanges permettent vraiment à ce que les désaccords soient exprimés ? Si tel n'est pas le cas, le cadre perd une chance de connaître les enjeux d'un conflit qui ne serait pas exprimé et dont il pourrait ignorer l'existence.

1.4 Les ressources mis à ma disposition

La situation de conflit qui nous était finalement présentée demandait à être gérée. La mise à distance de la connaissance du conflit nous donnait le sentiment de le subir et pour ainsi dire nous déroutait. En tant qu'encadrant d'unité de soin, il nous fallait nous saisir de cette

situation, mais comment ? Notre premier réflexe a été d'explorer les ressources que l'hôpital nous offrait.

Si des formations sur la gestion des conflits sont proposées aux personnels encadrants dans le plan de formation de l'hôpital, nous ne trouvions pas sur l'intranet hospitalier l'aide nécessaire, pas de protocole, ni de procédure, ni de partage d'expériences au niveau institutionnel. Dans l'espoir de trouver une aide, nous nous étions alors intéressé à la prescription faite au cadre sur sa mission de prévention et de gestion des conflits. Pour se faire nous avions exploré *la fiche métiers d'encadrants d'unité de soins* du Ministère de la Santé, et *le guide de l'encadrant et de l'encadrante dans la fonction publique* du Ministère de la Fonction Publique qui nous avaient été donnés par la direction des soins à notre prise de fonction où figure une fiche méthodologique intitulée « *prévenir et résoudre les conflits* ».

La fiche métier.

Dans la fiche métier issue du répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie de la fonction publique hospitalière il est fait référence dans la définition du métier à « organiser l'activité de soins et des prestations associées, manager l'équipe […] en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations […] gérer les risques […] développer les compétences individuelles et collectives ».

Dans la définition, il est à supputer que le rôle de prévention et de gestion des conflits s'inscrit dans différentes composantes de la définition même du métier.

Au niveau de l'activité, cette mission s'inscrirait dans « l'encadrement de proximité d'équipe(s), gestion et développement des personnels ».

Au niveau des savoir-faire requis, ce rôle s'énoncerait comme « piloter, animer, communiquer, motiver une ou plusieurs équipes ».

La fiche métier précise également au niveau des connaissances requises, un niveau de connaissances approfondies en animation d'équipe, en communication et relations interpersonnelles.

Force est de constater que la prescription de prévention et gestion des conflits est laconique, elle n'y est pas clairement explicitée mais sous-entendue dans l'activité d'encadrement, dans les savoir-faire de pilotage, d'animation d'équipe et de communication à l'équipe mais requiert aussi une connaissance approfondie en communication et relations interpersonnelles.

Le guide de l'encadrant et de l'encadrante dans la fonction publique.

Dans un chapitre intitulé « encadrer une équipe » figure une fiche méthodologique, « prévenir et résoudre les conflits ». Le rôle du cadre de santé y est clairement défini comme « consistant à savoir anticiper les conflits » bien qu'il soit rappelé la fréquence et la normalité des conflits et les risques de ceux-ci « toute équipe est susceptible de vivre des tensions qui risquent de porter atteinte à sa cohésion et à son efficacité ». Il est intéressant de prendre en compte l'intitulé de la prescription faite au cadre quant au conflit par le Ministère de la Fonction Publique, au-delà de la gestion du conflit, prescription nous est faite de le résoudre, à distinguer de la définition de notre rôle dans l'article de cadre de santé.com *Travail en équipe et gestion des conflits : rôle du cadre de santé,* qui serait déjà de le gérer.

Prescription nous est donc faite de prévenir et de gérer voire de résoudre des conflits, ce qui suppose donc d'en avoir forcément connaissance, malgré une probable volonté de l'équipe de le soustraire à la connaissance de l'encadrant.

Sur cette fiche méthodologique une première définition du conflit est énoncée comme « une différence réelle ou perçue portant sur des valeurs, des besoins, des objectifs, des idées ou une méthodologie, qui provoque une situation de stress et de tension. Ce qui distingue un problème d'un conflit, c'est l'élément émotionnel. Un désaccord peut très vite évoluer en conflit si chaque partie reste ferme sur sa position ».

Si cette définition vient conforter notre représentation sur le conflit, elle nous fournit la composante émotionnelle que nous n'avions pas clairement identifiée. Au-delà de nos représentations, il s'agit maintenant de comprendre la manière dont ont été pensées dans la littérature savante les termes de notre questionnement.

2. Le cadre conceptuel : qu'est-ce que le conflit ? Qu'est-ce qu'une équipe ? Qu'attend-on du cadre de santé ?

Les disciplines dans lesquelles nous espérons trouver des éléments de compréhension du phénomène étudié se situent dans le champ de la sociologie du travail et de la psychosociologie.

Il nous apparaît important de commencer nos recherches par la manière dont a été pensé le conflit, en psychologie, en philosophie et en management. Puis nous investiguerons ce qui fait équipe notamment par le concept de dynamique de groupe, pour essayer de comprendre le contexte d'apparition du conflit. Enfin il nous semble pertinent d'explorer le concept d'autorité pour appréhender les contours du rôle du cadre de santé dans l'accomplissement de sa mission de gestion des conflits.

2.1 Le conflit

D. Picard professeur d'université en psychosociologie et E. Marc professeur d'université en psychologie dans *Les conflits relationnels* soulignent que l'une des caractéristiques principales d'un conflit est la prédominance de l'émotionnel sur le rationnel car celui-ci renvoie souvent à des situations douloureuses de l'enfance. Et ils précisent que le conflit a un aspect « régressif » qui rend d'autant plus difficile, pour celui qui le vit, « sa compréhension intellectuelle » et son analyse.

Le conflit, poursuivent-ils, tire donc « la relation vers des réactions déstructurantes comme :

- L'antagonisme des positions
- L'incompréhension
- La confusion dans les échanges
- La justification de soi et la diabolisation de l'autre ». (Picard, 2008, pp. 71-75)

Ce dernier item s'était largement retrouvé dans notre situation d'appel.

D.Picard et E. Marc dans l'introduction de leur ouvrage *Les conflits relationnels* posent le conflit comme « inhérent aux rapports humains. Il fait partie des formes « normales » de la relation à l'autre au même titre que « la bonne entente », la coopération ou l'évitement ».

G.Simmel philosophe et sociologue allemand, de la fin du XIXème siècle dans *Le conflit* développe une pensée originale, selon lui

> le conflit n'est pas un accident dans la vie des sociétés, il en fait partie intégrante. […] il est comme tel, davantage qu'un facteur qui concourt à la formation d'associations et d'organisations au sein d'une collectivité : il est directement une forme de socialisation, ce qui veut dire que la société vit et subsiste parce qu'elle comporte nécessairement des conflits ». (Simmel, 2015, p. 8)

Simmel distingue même une nature positiviste du conflit qui serait ainsi un substrat à la socialisation voire une source d'enrichissements ; cette nature positive du conflit se retrouvant précisément dans ce que le conflit n'est ni rejet de l'opposition ni indifférence face à cette opposition mais vise justement à retrouver une unité. Ainsi pour Simmel le conflit « tisse avec son caractère de négation une unité qui n'est que conceptuelle, mais impossible à défaire en fait ». (Simmel, 2015, p. 20)

Finalement pour Simmel, c'est par la prise en compte de la diversité de regards et des oppositions de pensées qu'on peut tendre vers une dynamique de cohésion.

On retrouve cette notion positive du conflit, dénommée alors vision constructive du conflit dans la pensée développée par Mary Parker Follet, conseillère en management et pionnière de la théorie des organisations du point de vue des ressources humaines, et contemporaine de Simmel. Cette américaine d'origine quaker, persuadée de l'égalité des hommes quel que soit leur niveau social ou hiérarchique au sein d'une organisation, et riche d'expériences de négociation tant dans ses activités associatives que par son rôle de « public representative » dans différents organismes chargés de prévenir ou régler des conflits du travail, développe dans son œuvre « Creative Experience » un éloge de la diversité et une manière originale de concevoir le conflit. Marc Mousli enseignant notamment au CNAM de Paris et consultant indépendant en management et en prospective, dans ses travaux sur Mary Parker Follet résume sa pensée

> Quand deux individus ou deux groupes ont un différend, il n'y a donc aucune raison de supposer a priori que l'un a raison et l'autre tort. Simplement, ils ont des intérêts, des objectifs, des horizons différents. Chacun dispose d'informations que l'autre n'a pas, et interprète à sa façon les informations qu'ils ont en commun. Les obstacles les

> plus difficiles à surmonter sont la méfiance, les arrière-pensées que chacun prête à l'autre, et les pièges du langage. (Mousli, 2005)

Pour Mary Parker Follet, il existe trois méthodes pour traiter un conflit, « la domination (ou, symétriquement, la soumission), le compromis et l'intégration ». Elle rejette tour à tour, la domination « qui sacrifie la précieuse diversité » et le compromis, « temporaire et vain » car « deux parties cèdent chacune un peu, abandonnent une partie de leurs objectifs, de leurs ambitions, de leurs désirs […] et repartent mécontentes d'avoir dû en rabattre ». Mary Parker Follet, nous rapporte Marc Mousli privilégie la méthode de l'intégration.

> L'intégration suppose de l'invention », alors que « le compromis ne crée rien, il s'arrange avec ce qui existe déjà ; l'intégration crée quelque chose de nouveau ». L'ambition est de « sortir par le haut », en cherchant ce qui peut satisfaire les intérêts légitimes des deux parties, ce sur quoi l'on va pouvoir se mettre d'accord sans arrière-pensée. Il ne s'agit pas de renoncer provisoirement ou en façade à une part de ses désirs, mais de les satisfaire par l'explication réciproque, la réévaluation de ses objectifs et la créativité. (Mousli, 2005)

Nous voyons alors que le conflit si inexorable qu'il paraît être, peut être perçu non seulement comme positif, inhérent à la condition humaine et source de socialisation mais comme une opportunité, une chance à saisir, peut-être même une chance d'évolution.

Explorons maintenant le contexte d'apparition du conflit, l'équipe soignante à travers le concept de dynamique de groupe.

2.2 La dynamique de groupe

R. Mucchielli, agrégé de philosophie, docteur en médecine et docteur en sociologie ainsi qu'en psychologie, en donne une double définition dans *La dynamique du groupe*,

> L'ensemble des phénomènes psychosociaux qui se produisent dans les petits groupes, ainsi que les lois qui régissent ces phénomènes et l'ensemble des méthodes qui permettent une action socio psychologique de l'individu dans le groupe, ou du petit groupe sur un plus gros. (Mucchielli, 2018, p. 26)

Dans cette recherche nous considérerons la dynamique des groupes dans le sens des phénomènes psychosociaux et plus particulièrement dans l'influence exercée par un groupe

primaire sur le comportement de ses membres notamment le « climat psychologique » et les « pressions non conscientes » que le groupe met en œuvre sur ses membres.

Dans *La dynamique des groupes restreints* D. Anzieu et J-Y. Martin définit le groupe primaire comme ayant les caractéristiques suivantes :

> Un nombre restreint de membres tel que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres (…).
>
> La poursuite en commun et de façon active des mêmes buts (…).
>
> Des relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres (sympathie, antipathies, etc.).
>
> Une forte interdépendance des membres et sentiments de solidarité.
>
> Une différenciation des rôles entre les membres.
>
> Une constitution de normes, de croyances, de signaux, de rite propre aux groupes. (Anzieu et Martin, 2017, pp. 36-37)

Nous voyons ainsi tout ce qui concoure à créer unité des individualités en un groupe.

Pour prendre en considération la notion de conflit au sein d'un groupe, il nous paraît intéressant d'investiguer les facteurs de bon moral du groupe en extrapolant que leurs contraires, les facteurs de mauvais moral comporteraient des risques supplémentaires d'émergence de conflit. R. Mucchielli en regroupant diverses analyses de chercheurs sur des groupes divers, définit sept facteurs du « bon moral » :

1. Bon fonctionnement des relations affectives interpersonnelles correspondant à une satisfaction des membres sur les performances groupales (…) à une cohésion avec intercompréhension, entraide et confiance mutuelle.
2. Bon fonctionnement des relations avec l'autorité formelle.
3. Confiance dans l'accessibilité des objectifs du groupe.
4. Coopération et esprit de participation.
5. Tolérabilité des contraintes et des pressions extérieures.
6. Ambiance joyeuse.
7. Maturité du groupe avec capacité de réflexion des membres. (Mucchielli, 2018, p.80)

Le groupe ainsi constitué, dans toutes ces composantes tendant à unifier, à faire cohésion et cohérence, voit s'instituer en son sein pour conserver cette unité une pression de

conformité, une force qui viendrait s'opposer à toutes les forces mettant à jour les dissemblances, les différences, les disparités des membres qui le constitue. R. Mucchielli nous apprend que le groupe primaire exerce sur ses membres « une pression de conformité » comme « une exigence du groupe à celui qui y participe. […] Cette pression de conformité a pour finalité de tendre à unifier les conduites, les opinions, les perceptions, les idées ». (Mucchielli, 2018, p. 41) Et cette pression de conformité est issue « d'un besoin d'approbation et d'un besoin de certitude ». Besoin d'approbation plongeant « ses racines dans l'enfance » et besoin de certitude dans « la recherche de l'adhésion des autres ». Cette pression de conformité se retrouve d'autant plus dans certaines conditions que R. Mucchielli nous précise

> Lorsque le groupe est très motivé.
> Lorsqu'il est livré à lui-même.
> Lorsqu'il est réuni pour une décision urgente.
> Lorsqu'en absence d'informations objectives ou de moyens corrects au départ, le groupe s'engage dans une impasse sans le savoir. (Mucchielli, 2018, p. 43)

Nous retrouvons ici la nécessité pour être équipe de se définir dans la stabilité et l'organisation, venant peut-être s'opposer au sentiment d'être livré à soi-même en période de bouleversement au niveau du service et au niveau institutionnel. Nous retrouvons également la nécessité que l'équipe se considère collectivement responsable d'une réalisation, ici sa mission de soin à travers la réalisation d'un certain nombre de tâches.

Dans le cas présent, ce qui prévaut à la mise à distance du cadre de la connaissance du conflit tel que nous l'avons vécu, relève, nous semble-t-il, d'une pression de conformité du groupe. Une première piste se dégage dans les raisons de la mise à distance qui serait que l'équipe se serait sentie livrée à elle-même. De plus la notion de déviant, comme exemple de non-conformité à la pression de conformité par le groupe primaire, serait avant tout « d 'essence affective » de plus « l'argument de solidarité est toujours latent comme test d'appartenance et épreuve suprême de loyauté à l'égard du groupe ». (Mucchielli, 2018, p. 45) Ainsi le membre du groupe qui informerait le cadre de l'existence du conflit ne se conformerait pas à la pression de conformité et serait ainsi déloyal envers le groupe. On comprend qu'à priori personne n'aurait envie de se mettre dans cette position inconfortable. Cependant le conflit perdure, si les protagonistes du conflit ne trouvent pas de solutions à leurs désaccords, si l'équipe infirmière mis à contribution pour résoudre ce conflit n'en trouvent pas non plus, il

faudra certainement se résoudre à faire intervenir un nouveau protagoniste : le cadre de santé. Or dans la situation évoquée cela n'a pas été le cas. Se pose alors la question de ce qu'est attendu par l'équipe du rôle du cadre de santé dans la prévention et la gestion des conflits, et quels seraient déterminants de ces attentes. Le rapport entre le cadre de santé et l'équipe qu'il encadre est en premier lieu un lien hiérarchique d'autorité. Dans *La dynamique des groupes restreints,* on distingue le leadership, le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun, du headship, le droit de commander et de se faire obéir conféré par l'institution et pour le compte de laquelle il les exerce. (Anzieu et Martin, 2017) Il serait intéressant à ce stade de voir de quelle manière a été pensé le concept d'autorité en sociologie.

2.3 L'autorité

R. Mucchielli dans *La dynamique des groupes* distingue

> quatre grandes « variables » […] à prendre en considération pour comprendre les phénomènes de groupe relatifs à l'autorité et au leader » notamment
> la structure formelle du groupe et la structure sociale hiérarchisée dans laquelle le groupe s'insère. […] Le chef statutaire, au sein d'un groupe primaire (une équipe par exemple), lui-même englobé dans une organisation, détient une autorité formelle liée à la définition de son poste hiérarchique et comportant des limites.
> (Mucchielli, 2018, p. 71)

Il définit par la suite

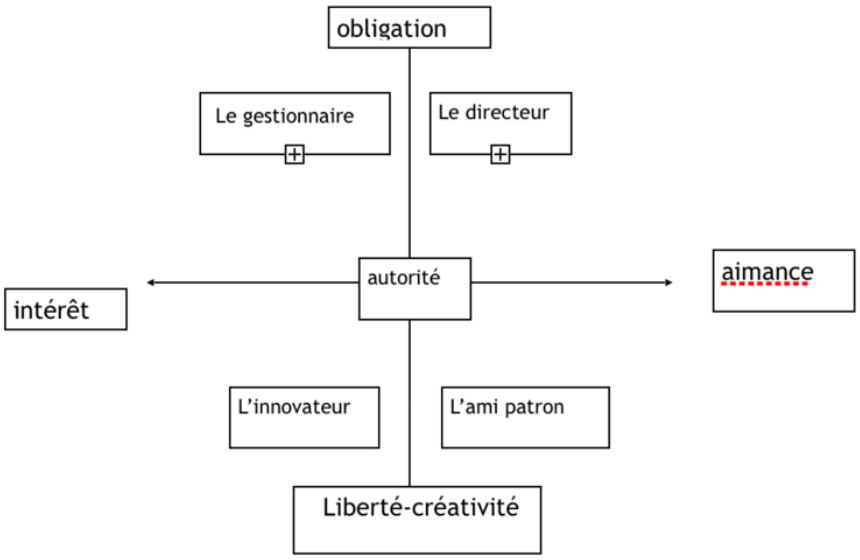
> les cinq fonctions du leader : la fonction d'organisation du groupe en vue de la tâche, la fonction de définition des situations dans lesquelles se trouvent le groupe, la fonction de centration sur les relations intérieures et la cohésion du groupe : on attend du chef qu'il aplanisse les tensions et facilite l'unité ou cohésion du groupe, la fonction de maintien et de promotion des valeurs, des principes, de l'idéologie du groupe, et la fonction de représentation du groupe vis-à-vis des groupes extérieurs ou auprès des instances sociales […]. (Mucchielli, 2018, p. 72)

Par ailleurs un article intitulé *Pouvoir, domination, charisme et leadership*, extrait du journal en ligne du MAUSS éclaire la notion d'autorité. En partant de la typologie de M. Weber éminent sociologue allemand et un des pères fondateurs de la sociologie comme science, A. Caillé sociologue et universitaire propose une explicitation de la typologie de Weber sur l'autorité, adaptée aux organisations contemporaines, et retravaillée sous l'angle de la théorie de l'action inspirée, par M. MAUSS éminent sociologue du XIXème et XXème siècle. M. Weber dans *Économie et société* en partant « d'une distinction […] entre la possibilité d'imposer sa volonté contre toute résistance […] (et) la possibilité d'imposer une décision grâce à la reconnaissance de sa légitimité par ceux qui obéissent […] distingue trois types de pouvoir ou d'autorité légitime. […]

- Le pouvoir traditionnel […] (se caractérise par) l'obéissance (qui) repose sur la croyance dans le caractère sacré de traditions immémoriales. […]
- Le pouvoir bureaucratique […] (caractérisé par) (l'obéissance (qui) dépend de la position occupée par le donneur des ordres au sein d'une organisation et des prérogatives que cette position lui confère. […]
- Le pouvoir charismatique […] (reposant sur le caractère) jugé extraordinaire, doté de pouvoir et de qualités surnaturelles, surhumaines ou […] exceptionnelles ». (Caillé, 2016)

A. Caillé articulant cette typologie de l'autorité, avec la théorie de l'action de M. Mauss explicite le concept d'autorité à travers une quadruple polarité du mobile de l'action, conçue d'une part entre un pôle allant de l'intérêt pour soi à l'intérêt pour autrui et un autre axe allant de la liberté/créativité à l'obligation couplé à une quadruple polarité de l'action collective entre différents acteurs sociaux, celle-ci s'axant entre un pôle allant du contrat à la sympathie et un pôle allant de la passion à la loi. Il en arrive à distinguer quatre modalités de l'incarnation de l'autorité, le gestionnaire, le directeur, l'ami patron et l'innovateur. Il propose ainsi le schéma suivant.

Typologie de l'autorité d'A. Caillé dans le journal du MAUSS



A. Caillé précise que « tout dirigeant doit savoir combiner les quatre registres de l'action, qui sont quatre modalités possibles de la légitimité. […] S'il le fait bien, il accroît le pouvoir d'agir du collectif ». (Caillé, 2016)

Cependant dans le contexte de l'exercice infirmier en hôpital, il nous faut apprécier la spécificité de la double autorité. L'infirmier est soumis à l'autorité hiérarchique du cadre de santé et l'autorité fonctionnelle du médecin responsable du service.

Se pose alors la question de la manière dont pourraient se coordonner des autorités qui se situeraient dans des registres d'action différents ? Cette dualité engendre des enjeux de légitimité pour chacun des acteurs, et de reconnaissance réciproque entre eux, quand cette dualité ne se réduit pas à une rivalité voire une négation de l'autre.

Ces deux autorités tiennent leurs pouvoirs de l'institution pour laquelle ils les exercent, ce qu'Anzieu et Martin appelle le headship. Mais il nous semble important de considérer les enjeux de faire coïncider headship et leadership. En effet le leadership, compris comme le processus par lequel une personne influence un groupe de personnes pour atteindre un objectif commun ne peut être appréhendée que dans la perception effective de celle-ci par l'équipe. Il s'agirait alors de faire coïncider le rôle qu'attend du cadre de santé l'institution, du rôle qu'attend du cadre de santé l'équipe de soin. Nous arrivons ainsi à la notion d'attente de rôle du cadre par l'équipe.

2.4 La notion d'attente de rôle

Dans un document numérique sur internet intitulé *Les concepts de statut et de rôle* publié par l'association de psychologie et de sociologie clinique Ariane dirigée par P. Lorrot, chercheur associé à l'INJEP, F. Collantier formatrice dans le social définit le rôle comme « un modèle organisé de conduites relatif à une certaine position de l'individu dans un ensemble interactionnel. Il est l'ensemble des exigences (normes, attentes, responsabilités…) qui proviennent de la structure sociale et qui sont associées à une position donnée dans cette structure. Il est encore l'ensemble des actes que réalisent les individus en fonction de leur position définie par la structure sociale ». On y distingue :

> Le rôle prescrit : […] système d'attentes existants dans le milieu social de l'occupant d'un statut » et « […] des attentes concernant son comportement à l'égard des occupants d'un autre statut ». « […] le rôle prescrit s'appelle quelquefois les attentes de rôle.
>
> Le rôle subjectif : il s'agit des attentes spécifiques que l'occupant d'un statut perçoit comme applicables à sa propre conduite, lorsqu'il est en interaction avec les occupants d'un autre statut. […] le rôle subjectif s'appelle quelquefois la perception de rôle.
>
> Le rôle mis en acte : il s'agit des conduites manifestes de l'occupant d'un statut lorsqu'il est en interaction avec les occupants d'un autre statut. (Collantier, s. d.)

R. Mucchielli dans *La dynamique des groupes* nous indique que

> le mot de rôle est entaché dans notre langue, d'une signification qui lui vient du théâtre et du cinéma. Dans ce sens, il évoque un « masque » par lequel nous prenons des attitudes composées pour incarner un personnage distinct de notre personnalité propre.
>
> Par le rôle, […] nous jouons, et, par-là, « nous ne sommes pas nous-mêmes » […] ce n'est pas l'individu lui-même qui décide de son rôle ou plutôt :
>
> - le rôle qu'il a décidé de jouer à l'avance
> - le rôle qu'il croit jouer
> - le rôle que les autres attendaient de lui
> - le rôle qu'ils lui imputent
> - le rôle qu'il a effectivement joué (Mucchielli, 2018, p.62)

Ces rôles ne sont pas nécessairement les mêmes, et ne sont pas nécessairement concordants. Ainsi si en tant que cadre nous pouvons nous questionner et prendre conscience de ces différents niveaux et des contradictions ou discordances qui peuvent se manifester dans notre pratique. Se pose alors la question de ce que l'équipe que nous serons amené à encadrer attend de nous dans notre rôle de cadre notamment dans notre mission de prévention et de gestion des conflits, puisque le rôle qu'attend de nous l'institution est l'accomplissement de nos missions notamment de celle-ci.

Dans notre situation de départ, il serait intéressant de nous demander dans quelle mesure ce ne serait pas un manque de légitimité du cadre par l'équipe qui prévaudrait à sa mise à distance.

Christophe Dejours psychiatre, psychanalyste, titulaire de la chaire Psychanalyse-Santé-Travail à l'université ParisV dans le cadre de son approche de la psychodynamique du travail met l'accent sur la prise en compte du travail réel par le cadre, qui serait alors le substrat de sa légitimité. Il décline ainsi différentes missions du manager.

2.5 Les missions du manager selon C. Dejours

Dans *Le choix : souffrir au travail n'est pas une fatalité*, C. Dejours, dans la deuxième partie de son ouvrage intitulé *Le temps du changement* au chapitre « les nouveaux managers » reprend les six différentes missions du manager que nous identifierons aux missions du cadre en ajoutant ses préconisations « pour une approche managériale qui tienne compte du travail réel ».

- Connaître et reconnaître le travail réel de ses subordonnés : […] Les ressources qu'il revient au manager de mobiliser, ne relèvent pas de l'ingénierie mais d'un engagement de la subjectivité. Cela suppose qu'il comprenne ce que la création de valeur doit à la dynamique de travail de ses équipes. Et qu'il accepte ses risques au cœur même de son travail. […] La première fonction du manager, c'est ainsi d'apporter une assistance professionnelle à ses subordonnés. Elle implique que le manager ait une connaissance du travail vivant, et qu'il ait le goût et la capacité de transmettre son expérience et ses connaissances techniques sur le procès de travail.
- Entretenir la convivialité et la confiance : […] Toute règle de travail est à la fois référée à l'efficacité de la coopération dans le monde objectif (qualité, productivité, sécurité, sûreté) et au vivre ensemble au sein du collectif de travail […]. La

convivialité est une production de l'activité déontique et c'est elle qui témoigne des conditions nécessaires à l'exercice des intelligences singulières. L'activité déontique (étant) […] ce qui permet à chacun de ne pas se sentir seul, vis-à-vis du réel du travail, vis-à-vis de la hiérarchie et du commandement, et vis-à-vis du risque en cas d'erreur. Témoigner de son travail, prendre la parole pour défendre une opinion n'est possible que si la confiance existe. […] La seconde fonction du manager, c'est d'entretenir la confiance par sa capacité d'écouter ses subordonnés, non seulement individuellement, mais surtout collectivement.

- Coordonner les intelligences et favoriser la coopération : […] la quatrième fonction du manager est d'entretenir les espaces de délibération entre membres de l'équipe selon deux dynamiques : un espace formel de discussion (réunion d'équipe, […] et un espace informel qui se localise dans les espaces de convivialité […]
- Traduire les directives : […] il (le manager) a à interpréter les ordres, en fonction de ce qu'il connaît du travail vivant dans les équipes qu'il dirige […] la cinquième fonction du manager (est de) relayer vers le bas les directives de l'entreprise, en assumant l'interprétation qu'il en fait pour les services qu'il dirige. (Pour se faire il s'appuie sur la doctrine) un ensemble de notions qui permet d'interpréter les faits et de diriger l'action, de références théoriques, d'éléments d'expérience mais aussi de valeur axiologique, sur les plans éthique et politique, qui servent de référence commune. […] Comme il existe toujours un écart entre la prescription et la réalisation, les salariés sont amenés à adapter les ordres en fonction du contexte et en référence à cette doctrine. (…) Lorsqu'il (le manager) constate les manquements répétés de ses subordonnés à ses principes, il a pour mission de remettre en discussion la doctrine […].
- Arbitrer et assumer ses décisions : […] le courage d'assumer ses décisions, ne pas se contenter de transmettre des ordres venus d'en haut, en se déchargeant de la responsabilité de ce qu'ils impliquent pour ses subordonnés.
- Contribuer à l'écriture des doctrines : […] la participation à l'élaboration de la doctrine de l'entreprise. (compris comme) « langage commun en vue d'une œuvre commune (Dejours, 2017, pp. 167-187)

Il se dégage une notion d'implication du cadre pour faire fonctionner ensemble les directives et la prise en compte de la réalité du travail ce qui peut constituer en soi une prise de risque.
Il se dégage également l'enjeu de la confiance, celle que le cadre doit engendrer et celle dont il doit bénéficier de la part de l'équipe, de la direction et, dans notre contexte, du pouvoir médical. Ainsi nous retrouvons les concepts de légitimité, de confiance, de prise en compte du travail réel. Voyons maintenant ce que des infirmiers en santé mentale peuvent nous dire de leur perception du conflit, et de ce qu'ils perçoivent de leur cadre dans cette situation.

3. De la première approche de terrain à la question de recherche

Nous avons décidé de rencontrer trois IDE diplômées d'état, travaillant dans trois services distincts et, exerçant en unité de soins psychiatriques depuis au moins trois ans. Nous avons réalisé avec elles des entretiens semi directifs autour du conflit entre collègues et du rôle du cadre de santé. Nous n'avons pas choisi de discriminer par le genre, et ces trois professionnelles sont des femmes.
L'ancienneté dans la spécialité leur permet d'avoir un recul, qu'il nous semble pertinent de considérer pour appréhender la notion de conflit dans une équipe de soin.

Dans ces entretiens sont apparus divers éléments venant enrichir notre réflexion :

- Des éléments ayant trait aux qualités du cadre de santé, notamment sa disponibilité ou son indisponibilité « *c'était un vrai courant d'air, on ne le voyait jamais dans le service* […] *il était toujours en réunion à l'extérieur* », « *c'était un cadre très présent, il assistait aux transmissions* […] *il était avec nous en pause, alors forcément il entendait ce qu'on se racontait* ». La notion de jugement sur l'efficacité du cadre de santé « *ce n'était pas la peine de lui en parler, il ne servait pas à grand-chose* » est également ressortie des entretiens exploratoires. La notion de posture du cadre est également à noter « *quand je suis allée le voir* […] *il* (le cadre de santé) *m'a dit « vous croyez vraiment que j'ai que ça à faire »* ». La notion de peur de sanction est très souvent revenue « *je ne voulais pas non plus que ma collègue ait des problèmes* ».
- Des éléments ayant trait à la nature du conflit notamment la notion d'intimité « *c'était des choses* (les raisons du conflit) *personnelles, ça ne concernait pas le cadre* ». Nous distinguons ici une perception variable de l'appartenance du cadre de santé à l'équipe par celle-ci. Il ressort également que ce ne sont pas tous les conflits qui arrivent à la connaissance du cadre de santé « *on s'est débrouillés entre nous, au final ça s'est calmé tout seul* ».
- Des éléments ayant trait à la qualité de l'équipe dans son ancienneté d'expériences « *ça fait longtemps qu'on travaillait ensemble, on se connaissait bien* » ou dans sa cohésion « *on était quand même une bonne équipe, on était là les uns pour les autres* ».

Il est à noter qu'à aucun moment lors de ces entretiens exploratoires les infirmières ne nous ont parlé de la mission de soin, de la qualité ou de la sécurité du soin, ni même des patients pris en charge. Pourrait-on y voir un refus de leur part de considérer les risques que pourraient engendrer la non résolution de celui-ci dans la qualité des prises en charge ? Ou bien comme R. Mucchielli dans *le travail en équipe* distinguant les groupes orientés vers le groupe des groupes orientés vers la tâche, il s'agirait d'un déséquilibre de l'équipe qui à l'occurrence d'un conflit se centrerait plus sur elle-même que sur sa tâche ?

3.1 Émergence d'une question de recherche et de ses hypothèses

Il nous semble que la perception du conflit est d'une importance majeure dans cette recherche. Dans quelle mesure ce que l'équipe infirmière croit savoir du rôle qu'accorde le cadre de santé au conflit influe-t-il sur leur crainte de l'évoquer ? Dans les entretiens exploratoires, on peut voir que la posture du cadre ou ses propos peuvent amener l'équipe à croire que le cadre ne veut pas en entendre parler « *vous croyez vraiment que je n'ai que ça à faire* ».

Par ailleurs nous retrouvons la question de la légitimité du cadre de santé auprès de l'équipe, qui serait issue de l'accomplissement de ses missions, et a contrario un jugement négatif sur l'efficacité du cadre « *ne servant pas à grand-chose* » s'il ne les accomplit pas.

En filigrane s'inscrit dans la notion d'efficacité perçue du cadre de santé, la notion d'interface réelle avec le pouvoir administratif et médical et la prise en compte de la réalité du terrain d'exercice soignant. Nous commençons ainsi à percevoir quels seraient les facteurs influençant la reconnaissance de la légitimité du cadre afin que l'équipe lui confère un rôle dans la gestion des conflits.

Nous souhaitons également explorer la manière dont est perçue par l'équipe infirmière la dimension positiviste du conflit, puisque le conflit semble être inexorable. L'occurrence d'un conflit ne pourrait-elle pas être une opportunité pour le cadre de faire concorder en sa personne headship et leadership, de se rapprocher des fonctions de leader de Mucchielli et des missions du manager de Dejours, et enfin en intégrant la diversité comme le préconise Follet de « sortir par le haut » du conflit pour faire évoluer l'équipe ?

Nous synthétiserons ce qu'a ouvert le cadre conceptuel et les entretiens exploratoires de la question de départ en une question de recherche qui s'énoncerait comme suit :

Quelles sont les attentes de rôle du cadre de santé dans la gestion des conflits interpersonnels liés au travail par l'équipe infirmière dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie générale ?

3.2 Hypothèses

Hypothèse 1 : **L'équipe de soin ne perçoit pas le cadre comme une autorité reconnue par le pouvoir administratif et médical et de ce fait ne lui confère pas de rôle sur le fonctionnement de l'équipe de travail et ses conflits.**

Hypothèse 2 : **L'équipe de soin attend du cadre de santé qu'il fournisse une assistance professionnelle dans l'exercice du travail réel pour lui conférer une autorité dans le règlement des conflits dans l'équipe.**

Hypothèse 3 : **L'équipe de soin en psychiatrie ne perçoit pas la dimension constructive du conflit pour l'organisation du travail.**

4. Méthode d'enquête

4.1 Choix de la méthode d'enquête

Conformément aux préconisations de l'IFCS, la méthode des entretiens semi directifs a été retenue. De plus ce choix a été motivé par l'objet de la recherche. Ces entretiens cherchaient à investiguer les ressentis des conflits exprimés, leur influence sur l'ambiance de l'équipe, leurs attentes quant au rôle du cadre de santé dans la gestion des conflits, et enfin la manière dont serait perçue la dimension positiviste du conflit.

L'observation ne nous semblait pas appropriée pour explorer ce phénomène sur le terrain, par la temporalité qui serait à la fois trop court dans la survenue du conflit et dans la prise de connaissance de l'existence du conflit par le cadre de santé et à la fois trop longue dans l'accomplissement de la mission du cadre dans la gestion du conflit.

4.2 Choix de la population enquêtée

Comme nous l'avons vu, le contexte de l'hospitalisation en psychiatrie est potentiellement facteur de conflits d'équipe du fait des forts enjeux de coopération, de gestion des affects, de conflits de valeurs dans les prises en charge des personnes hospitalisées. Nous avons choisi de réaliser ces entretiens semi-directifs avec des infirmiers d'unité d'hospitalisation temps plein de psychiatrie générale.

Nous avons choisi d'enquêter sur une population d'infirmiers diplômés d'état pour respecter une cohérence de formation et de compétences partagées par le cadre de santé souvent issu de la population infirmière. Interroger une population d'aides-soignants, dans l'espoir d'enquêter également sur la perception de l'autorité, aurait risqué d'introduire un biais par le déséquilibre de position sociale qui n'est pas souhaité dans cette recherche.

Les entretiens semi-directifs ont été réalisés sur deux hôpitaux ayant en charge la santé mentale des parisiens. Un hôpital dépendant de la fonction publique hospitalière et un hôpital de structure associative.

Ainsi nous nous sommes entretenu avec quatre IDE d'une unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein d'un hôpital relevant de la fonction publique hospitalière, nommée

pour ce travail unité A, ainsi qu'avec quatre IDE d'une unité d'hospitalisation psychiatrique temps plein d'un hôpital relevant d'une organisation associative que nous nommerons unité B. L'unité A dispose de 26 lits d'hospitalisation et se situe à l'intérieur de Paris intra-muros, elle prend en charge la santé mentale des parisiens d'un arrondissement huppé de la rive gauche. L'unité B dispose de 24 lits d'hospitalisation, et se situe en grande banlieue. L'unité B assure la prise en charge en santé mentale d'un arrondissement plus populaire de la rive gauche, avec un profil de population plus largement issus de la diversité.

Les critères d'inclusion des infirmiers interrogés ont été au nombre de trois :

- Le nombre d'unités managées par le cadre de santé. Nous avons choisi d'enquêter dans des unités où le cadre de santé ne manage qu'une unité. Puisqu'il est possible d'imaginer que les attentes du cadre de santé par l'équipe infirmière pourraient être influencées par le périmètre d'intervention du manager.
- Le nombre d'infirmiers compris dans l'équipe de soin de l'unité. Nous avons choisi d'enquêter dans des unités de soins psychiatriques comportant au moins dix IDE. Puisqu'il est possible d'imaginer que la question des conflits ne se posent pas dans les mêmes conditions dans une équipe réduite ou une équipe plus fournie, ne serait-ce que par le nombre d'interactions entre professionnels.
- L'ancienneté dans la fonction. Nous avons choisi de nous entretenir avec des IDE ayant au moins trois ans d'exercice dans des unités d'hospitalisation, car l'expérience de travail et donc l'expérience du conflit sont des critères nécessaires à prendre en compte, puisqu'on peut s'imaginer qu'un jeune recru avec peu d'expériences du conflit aura une perception peu vécue du conflit. Nous nous préviendrons ainsi de position inégalitaire par rapport aux compétences.

Pour résumer nous avons enquêté dans deux unités d'hospitalisations de deux établissements différents ne faisant pas partie de l'institution dans laquelle nous exerçons, auprès d'infirmiers travaillant dans des unités pour lesquelles l'encadrement est exclusif, ayant au moins trois ans d'ancienneté, et où l'équipe comporte au moins dix IDE.

4.3 Accès à la population

Nous avons sollicité deux cadres de santé de deux unités de soins appartenant à deux hôpitaux différents. Nous avons d'abord sollicité par téléphone l'accord avec l'encadrement supérieur de réaliser des entretiens semi-directifs avec des soignants de leurs services dans le cadre d'un mémoire en sociologie en vue de l'obtention d'un diplôme de cadre de santé et d'un master I en management. Nous leur avons explicité le sujet de l'enquête : les facteurs influençant ce que l'équipe infirmière attend du cadre de santé dans sa mission de prévention et de gestion des conflits liés au travail, et les critères d'inclusions des infirmiers interrogés puis nous avons été adressé par eux aux cadres des unités. Ceux-ci une fois informés à leur tour de l'objet de l'enquête ainsi que des critères d'inclusion et bénéficiant de l'accord de leur encadrement, nous proposaient des rendez-vous au sein de leur unité pour rencontrer les professionnels à interroger. Par la suite, nous avons confirmé par courriel notre demande aux deux cadres supérieurs et aux deux cadres de santé pour formaliser la requête selon leurs procédures.
Ainsi l'ensemble des entretiens se sont réalisés au sein même des unités, pendant le temps de travail des infirmiers.
Nous avons sollicité auprès de chacun des infirmiers l'autorisation d'enregistrer l'entretien, en leur assurant anonymat et confidentialité.

4.4 Trame des entretiens

La question inaugurale de chaque entretien demandait à l'infirmier interrogé de nous faire le récit d'un conflit lié au travail qui a eu lieu au sein de l'équipe où il travaillait. Cela permettant d'appréhender la manière dont le professionnel se positionnait face au mot conflit, dans les silences inauguraux, les demandes de précisions, la nature du conflit qu'il nous exposerait et la manière dont il allait nous le narrer, à travers ses enjeux, ses conséquences, son ampleur, ses protagonistes, la place du cadre, la manière dont ce conflit avait été résolu, les émotions qu'il avait suscitées.
Puis était explorée la perception de l'autorité dans son intensité et sa nature. Cette question amenait à percevoir les différentes figures d'autorité ressentie.
Les temps formels et les temps informels étaient par la suite évoqués. Les temps informels évoqueraient la convivialité, son inscription dans le service, l'implication ressentie du cadre

dans celle-ci, et enfin l'intérêt de la convivialité dans l'exercice hospitalier. Les temps formels exploreraient les temps de réunion, les temps de réflexions d'équipe, de quelle manière ceux-ci s'articulaient dans le service, la possibilité d'émettre une opposition, la perception par les infirmiers de l'accueil de cette opposition tant par le médecin que par le cadre.
Par la suite le ressenti de l'assistance professionnelle fournie par le cadre à l'équipe était exploré et, par là même, de quelle manière la connaissance / reconnaissance du travail réel par l'encadrement influençait ce que l'équipe attend du cadre de santé dans sa mission de prévention et de gestion des conflits.
Enfin étaient évoqués la perception par les soignants des différentes méthodes de résolution des conflits, à travers la domination, la recherche du compromis et éventuellement une troisième méthode qui ne serait pas les deux premières.
Nous avons conclu chaque entretien par un talon sociologique et des remerciements pour leur participation.

4.5 Présentation de la population

4.5.1 Les infirmiers de l'unité A

Anaïs a 39 ans. Elle est infirmière diplômée d'état depuis 2003. Elle a toujours exercé en psychiatrie générale. Elle a intégré l'équipe de l'unité A depuis cinq mois, auparavant elle travaillait sur un autre secteur du même hôpital. Elle a vécu deux expériences de conflits avec l'encadrement qui l'ont marqué, et avait motivé un changement d'affectation. Anaïs a une présentation discrète, son discours est sensible et le choix de ses mots réfléchi. Étant arrivée récemment dans son nouveau service, il semble qu'elle ne se permet pas de s'affirmer dans ces propositions ni de prendre des positions franches, elle se soumet à l'expérience des anciens du service.

Denise a 42 ans. Elle est infirmière depuis 2010 et exerce depuis dans l'unité A. Auparavant Denise était aide-soignante au sein du même hôpital dans d'autres unités. Denise a un franc-parler et une gouaille, elle est vive dans ses propos. Se considérant comme ancienne dans le service, elle se vit comme faisant partie des leaders de son service.

Étienne a 35 ans. Il est infirmier depuis 2006 et exerce dans l'unité A depuis un an et demi. C'est son premier poste à Paris, Étienne pourtant peu ancien dans le service, fait valoir un parcours professionnel exclusivement en psychiatrie riche d'expériences. Il détient une position de leader, dans le service. Il est réfléchi dans ses réponses, et ne mâche pas ses mots. Il a la parole facile et n'hésite pas à parler de ce qui ne va pas. Il a pu dans le passé avoir des conflits avec sa hiérarchie ou ses collègues.

Hortense a 39 ans. Elle est infirmière depuis 2003 et exerce depuis dans cette unité. Ancienne dans l'unité, elle est porteuse de l'histoire du service et favorise l'intégration des nouvelles recrues. Elle fait figure de sage dans son discours et ses propos sont modérés et réfléchis.

4.5.2 Les infirmiers de l'unité B

Bernard a 63 ans. Il est diplômé depuis 1996 et exerce dans l'unité B depuis onze ans. Il a toujours exercé en psychiatrie. Bernard avait eu dans le passé un désir de faire évoluer sa carrière vers des fonctions d'encadrement, ce qu'il n'a pu réaliser pour des raisons personnelles. Il a une grande expérience, et se met assez fréquemment en position de « responsable du service ». Diplomate il appréhende souvent les sujets sur une double facette. De par son ancienneté, il a la particularité d'avoir aidé à former son ancien collègue infirmier qui est devenu son responsable hiérarchique. Il prendra sa retraite à la fin de l'année.

Charles a 64 ans, il est diplômé depuis 1991. Il a commencé à exercer dans ce service depuis son arrivé en France en 1985. Charles est originaire d'un pays d'Afrique de l'ouest et est diplômé en médecine de l'ex-Union Soviétique. Charles n'a pas fait valider en France son diplôme de médecine générale obtenu à l'étranger, mais a gardé une double identité professionnelle, il se revendique comme un médecin raté mais comme un infirmier polyvalent. Il se réclame d'une grande expérience, et relate qu'il menace assez facilement sa hiérarchie de démission. Charles nous a paru très tranché dans ses positions, les choses sont blanches ou noires. Il prendra sa retraite également à la fin de l'année.

Françoise a 42 ans. Elle est diplômée depuis 2013 et exerce dans l'unité depuis un an et trois mois.

Auparavant Françoise travaillait en soins somatiques. Françoise se définit assez régulièrement au cours de l'entretien comme quelqu'un de doux et de diplomate, arrondissant tous les angles et ménageant tout le monde. Elle a comme projet de rester dans ce service.

Géraldine a 30 ans, et est diplômée depuis 2013, depuis cinq ans dans l'unité, elle a commencé sa carrière en soins somatiques. Géraldine parle assez facilement, et bien que relativement ancienne dans le service, elle est l'une des plus récentes. Philosophe, elle compose avec ses collègues et sa hiérarchie, impliquée dans son travail, elle propose des axes de réflexion et des outils pour améliorer le travail

Tableau récapitulatif des infirmiers de l'unité A

Pseudonyme	Sexe	Âge	Ancienneté dans le service	Ancienneté dans la fonction
Anaïs	F	39 ans	5 mois	16 ans
Denise	F	42 ans	9 ans	9 ans
Étienne	M	35 ans	1 an ½	13 ans
Hortense	F	39 ans	16 ans	16 ans

Tableau récapitulatif des infirmiers de l'unité B

Pseudonyme	Sexe	Âge	Ancienneté dans le service	Ancienneté dans la fonction
Bernard	M	63 ans	11ans	22 ans
Charles	M	64 ans	34 ans	18 ans
Françoise	F	42 ans	1 an ½	6 ans
Géraldine	F	30 ans	5 ans	6 ans

4.6 Conditions des entretiens

L'ensemble des entretiens a été réalisé dans la semaine que nous accordait l'IFCS pour les réaliser soit du 25 février au 1er mars. Malheureusement cette semaine correspondait à la première semaine des vacances de février pour l'académie de Paris, ainsi les équipes de soin étaient limitées dans leurs effectifs pour cause de vacances scolaires, et la réalisation des entretiens dans les unités sur le temps de travail a conduit à ce qu'un certain nombre soient entrecoupés pour raison de service et d'autres très retardés dans leur réalisation pour les mêmes raisons.

Les entretiens se sont déroulés en moyenne sur une heure.

Nous avons décidé d'opter pour le tutoiement ou le vouvoiement à la convenance de la personne interrogée.

1er Jour d'entretien : Anaïs, IDE de l'unité A

L'entretien avec Anaïs s'est déroulé en matinée et a été entrecoupé à trois reprises, les effectifs étant au minimum et le service un peu « chargé ». De plus la salle dans laquelle se déroulait l'entretien et qui avait été mis à notre disposition par l'encadrement était sollicitée par un médecin qui est intervenu deux fois pour demander combien de temps l'entretien allait continuer. Anaïs semblait un peu mal à l'aise de laisser le travail à son équipe et inquiète pour ses collègues.

2ème jour d'entretien Bernard et Charles, IDE de l'unité B

L'entretien avec Bernard s'est déroulé à l'inter-équipe, puis après son temps de travail pour une demi-heure. La salle qu'il nous a proposée pour la réalisation de l'entretien était un bureau médical inoccupé à cette heure-là.

L'entretien avec Charles succédait directement celui avec Bernard dans le même bureau médical.

Ces deux entretiens n'ont pas été interrompus pour raison de service.

3ème jour d'entretien : Denise et Etienne, IDE de l'unité A

L'entretien avec Denise s'est déroulé au début de sa prise de service en après-midi. L'entretien s'est déroulé dans une vaste salle en face de la salle de détente du personnel, qui ne semble pas avoir d'usage particulier si ce n'est l'entrepôt d'outillages encombrants. Cette salle donnait par une baie vitrée sur le patio de l'unité d'où régulièrement les patients ou ses collègues lui faisaient des signes amicaux. L'entretien a été interrompu deux fois pour raison

de service. Ces coupures rendaient difficiles la continuité du discours, ne sachant plus où elle en était puis minimisant ce qu'elle avait dit avant la coupure.
L'entretien avec Étienne s'est déroulé en milieu d'après-midi. L'entretien s'est déroulé dans la même pièce que l'entretien précédent, et il n'a pas été interrompu. Étienne s'est montré très prolixe et c'est avec lui que nous avons réalisé l'entretien le plus long.

4ème jour d'entretien : Françoise et Géraldine, IDE de l'unité B

L'entretien avec Françoise s'est déroulé en début d'après-midi en fin de service. Elle nous a proposé une pièce attenante au bureau infirmier pour réaliser l'entretien. Le fond sonore des infirmiers en discussion dans la pièce contiguë nous a conduit à lui proposer au bout de vingt minutes d'entretien de changer de pièce pour le bureau médical à l'étage où nous avions réalisé les entretiens avec Bernard et Charles. Françoise était assez mal à l'aise avec les appareils enregistreurs, et chuchotait quand elle parlait de conflits ou de difficultés.

5ème jour et dernier jour d'entretien : Hortense, IDE de l'unité A

L'entretien prévu initialement à 13h30 n'a été finalement réalisé qu'à partir de 17h, un soin avec un patient la retenait jusqu'alors. Hortense était visiblement fatiguée, elle riait d'épuisement nous semblait-il de manière assez fréquente.

5. Analyse

Après retranscription de chaque entretien nous nous sommes attelés à rechercher au-delà du discours des infirmiers interrogés sur les différents thèmes que nous leur soumettions, ce qu'ils nous disaient en réalité.

Nous avons conscience que le nombre d'entretiens réalisés pour cette enquête ne pourrait porter de valeur scientifique, et que la prise en compte des disparités d'organisation, et de la spécificité de chaque unité viendrait compliquer l'analyse, malgré les caractéristiques communes choisies pour la population interviewée.

Deux unités différentes, pour une mission commune.

Nous pouvons déjà remarquer une première ligne de différence entre ces deux unités. L'unité A, à travers les discours de ses professionnels semble portée par une philosophie de soin claire, partagée, portée par le médecin chef de pôle et la cadre de pôle, énoncée lors des entretiens en vue d'intégration à l'unité tant en équipe médicale que paramédicale. Faire partie de l'unité c'est déjà avoir accepté cette philosophie. Cette philosophie de soin semble s'articulée autour de l'alliance thérapeutique avec le patient ce qui se traduit par le maintien des portes du service ouvertes comme preuve de confiance par le service de l'alliance thérapeutique, une recherche constante de dialogue entre soignés et soignants, et l'utilisation des mesures de contraintes comme ultime recours. Anaïs nous dit « […] *l'écoute et la bienveillance* […] *c'est la réputation du service* ». Etienne complète « *c'est un service qui explique les choses* ». Hortense la plus ancienne dans l'unité A nous dit clairement « *c'est un service très particulier, on travaille l'alliance à tout prix, surtout pas de contention* ». Cette philosophie de soin portée par le médecin chef de pôle en fait une référence ultime pour les personnes interrogées dans l'unité A. Ainsi tous les soignants interrogés sur les figures d'autorité du service le placent en tête, Etienne le nomme même « *dieu le père* ». L'organisation du temps de travail est également assez spécifique et semble visée la cohérence de pratique au niveau du pôle et la cohésion des équipes, certains infirmiers des unités intra-hospitalières assurent des jours de travail en extra hospitalier et tous les soignants sont amenés à réaliser un minimum de douze nuits par an. Cette écoute, cette bienveillance, cette alliance sans cesse recherchées nous ont paru rendre difficile aux professionnels de cette unité de s'autoriser à parler des conflits, à le concevoir ou à s'en remémorer.

Quand on leur parle de désaccord, nous sommes d'abord confrontés à de longs silences, puis à des amnésies « *dans l'équipe je n'ai pas de souvenir comme ça* », nous dit Anaïs sans même

oser prononcer les mots désaccords ou conflit. Pour Denise quand on lui parle de désaccord en lien avec le travail dans l'équipe ses premiers mots sont « *alors ici non, je n'ai souvenir de rien et ça fait huit ans que je suis là* », l'éventualité d'une directive de l'administration annoncée par son encadrement, qui aurait pu créer du désaccord voire du conflit ne fait pas plus échos à ses souvenirs « *je n'ai pas trop de souvenirs de ça, ça ne me dit rien* », la perception de l'utilisation d'un compromis pour gérer un conflit « *je n'ai aucun exemple en tête, j'en sais rien* ». Dans un premier temps, l'évocation des conflits n'était rendue possible qu'en faisant appel à des expériences professionnelles passées, dans une autre unité, une autre philosophie des soins, un autre encadrement. La recherche continue d'évocation des conflits au sein de leur équipe actuelle, en les autorisant à évoquer des conflits de leurs anciennes expériences professionnelles mais aussi en décortiquant avec eux ce conflit à travers notamment ses protagonistes les aidaient à « oser » se remémorer, Hortense avec une certaine réserve finit par « oser » se rappeler pour en parler, une différence de manière de voir les choses entre deux collègues « *oui bah après, c'est déjà arrivé* », des interprétations plus ou moins permissives des consignes médicales « *oui, c'est vrai que ça peut arriver* ».

L'unité B de par, peut être son fonctionnement associatif ou son statut ne relevant pas de la fonction publique en appelle beaucoup plus souvent à la direction générale, ou à la direction des soins qu'au médecin-chef. Dans cette unité on peut être amené à régler directement des désaccords avec la direction des soins, les conflits peuvent amener à la séparation d'avec un protagoniste du conflit, muté sur une autre unité ou invité à démissionner. Nous n'avons pas retrouvé, dans les entretiens avec les infirmiers de l'unité B, de difficulté à évoquer des désaccords, des conflits, ce qui a sûrement contribué à ce que cela soit plus prégnant et révélateur dans les entretiens avec les infirmiers de l'unité A.

Les conflits vécus

À partir des différentes postures par rapport au conflit dans les équipes, nous avons recueilli des descriptions des différents types de conflit que nous vous présentons dans un tableau qui recoupe ceux-ci avec leurs protagonistes, leur contexte d'apparition, leurs différentes gestions et enfin leurs conséquences. Nous avons retranscrit pour plus de visibilité les données sur ces conflits librement partagées dans un tableau par unité.

Tableau récapitulatif des conflits évoqués en premier par les IDE de l'unité A

	Thème	Protagoniste	Contexte	Méthode	Conséquence
Anaïs	Désaccord avec nouvel encadrant	Anaïs et le nouveau cadre	Départ de l'ancienne cadre, séparation difficile car très estimée	▪ Tentative de dialogue ▪ refus de dialogue	✓ Mutation d'Anaïs vers une nouvelle unité
Denise	Clivage d'équipe dans la capacité à tenir le cadre de soin	Équipe IDE dont Denise, cadre, médecin	Service tendue	▪ Réunion de concertation IDE/cadre/médecins pour redéfinir le cadre	✓ Meilleure concertation ✓ cadre de soin respecté
Étienne	Mise en danger par une collègue IDE qui partait plus tôt de son poste	Etienne et sa collègue, l'IDE qui part plus tôt / cadre/ conjoint de l' IDE direction des soins	Appel à renfort sur une autre unité, puis agitation dans le service en sous effectif à cause du départ de la collègue	▪ Tentative de dialogue ▪ Sollicitation du cadre ▪ collègue revue par le cadre ▪ arrêt maladie , allégation de tentative de suicide , menace de plainte contre l'hôpital pour harcèlement.	✓ Reprise du travail pour la collègue incriminée ✓ demande de sollicitude à son égard par la direction au cadre ✓ incompréhension d'Etienne et de sa collègue
Hortense	Clivage d'équipe IDE/ directives médicales	Équipe IDE dont Hortense / médecins / cadre	Service tendu	▪ Reproche de la part des médecins	✓ Agression physique d'un soignant par le patient

Tableau récapitulatif des conflits évoqués en premier par les IDE de l'unité B

	Thème	Protagonistes	Contexte	Méthode	Conséquence
Bernard	Bonnes pratiques / hygiène	IDE en faute / cadre /équipe dont Bernard	Pas de contexte particulier	▪ Reprise de l'IDE par le cadre ▪ Reprise des bonnes pratiques en réunion cadre équipe	✓ Bonnes pratiques mieux partagées
Charles	Mauvaise entente avec nouvelle collègue	Charles , sa nouvelle collègue, le cadre	Intégration nouvelle collègue	▪ Entretien avec le cadre	✓ Mutation dans une autre unité de la nouvelle collègue
Françoise	Bonnes pratiques / produits injectables	Médecin/ Françoise et sa collègue	Traitement en urgence	▪ Dialogue entre Françoise et sa collègue	Pas de conséquence
Géraldine	Organisation des soins entre le matin et la nuit	Équipe IDE du matin/ cadre de jour/ cadre de nuit / équipe IDE de nuit	Sentiment de charge de travail trop importante par l'équipe IDE du matin	▪ Cadre de jour sollicité par équipe de matin ▪ Concertation Cadre de jour/ cadre de nuit .	Réunion bimestrielle entre équipe de jour et équipe de nuit.

Les conflits exposés sont de différentes natures. Cependant il me semble intéressant de noter une proportion plus grande de clivage d'équipe dans les exemples de conflit des IDE de l'unité A. Il parait difficile vu le nombre d'entretiens d'émettre des hypothèses explicatives de ce constat. Peut-être que la recherche constante d'alliance avec le patient et de cohésion à l'intérieur de l'équipe les amènent à se remémorer de manière plus aiguë voir plus douloureuse ces vécus de clivage à l'intérieur de l'équipe. Par ailleurs il ressort de la comparaison de ces deux tableaux, une constante : l'échange verbal est au cœur des méthodes de gestion des conflits, entretiens avec l'encadrant, dialogue entre infirmiers, concertation d'équipes.

Sur l'ensemble des corpus d'entretiens il est intéressant de constater qu'une recherche autour des conflits produise une majorité de propos sur la cohésion d'équipe. Nous pouvons nous demander de quelle manière le fait qu'un étranger au service, un étudiant chercheur venant questionner des professionnels en santé sur l'intimité de leurs équipes, notamment autour des désaccords et conflits provoque une réaction de défense où l'interrogé mettra l'accent sur ce qui unit et fonde l'équipe. Peut-être que si nous avions interrogé l'entente entre professionnels et la concorde dans l'équipe, aurions-nous eu plus de facilité à les faire parler sur les conflits internes ?

Peut-être que cette défense signe leur perception négative des désaccords, vécus alors comme source de culpabilité plutôt que nécessaire facteur de dynamisme ?

La grille d'analyse de l'ensemble des entretiens permet de dégager des discours infirmiers, cinq thèmes principaux sur ce qu'attendent les infirmiers du rôle de cadre de santé dans sa mission de prévention et de gestion des conflits. Ces thèmes sont en lien avec les interfaces du cadre de santé, auprès de l'équipe infirmière, l'équipe médicale et l'administration

- Le cadre de santé est garant de la cohésion de l'équipe
- Il est porte-parole de l'équipe infirmière auprès de l'équipe médicale, et facilite le dialogue entre les deux
- Il humanise l'administration et traduit les directives
- Il apporte une assistance professionnelle à l'équipe qu'il encadre et cela influe sur ce que celle-ci attend de lui dans sa mission de prévention et de gestion des conflits

Enfin nous explorerons la perception de la méthode intégrative de résolution de conflit de Mary Parker Follet dans la réalité des équipes infirmières en hospitalisation psychiatrique.

5.1 L'interface avec l'équipe infirmière : l'importance de la cohésion

Les infirmiers mettent en avant l'affirmation de leur cohésion d'équipe.

Ce premier thème de la cohésion s'articule autour de cinq sous-thèmes majeurs :

- ils sont différents les uns des autres mais désireux de former une équipe
- pour se faire ils échangent, discutent, réfléchissent, élaborent
- ils créent leurs propres outils de cohésion
- ils se protègent les uns les autres
- ce qu'ils attendent du cadre pour protéger et maintenir leur cohésion.

5.1.1 Ils sont différents les uns des autres mais désireux de former une équipe

Avant tout les infirmiers mettent en avant qu'ils apprennent les uns des autres, ils s'enrichissent du savoir de l'autre, savoirs techniques ou relationnels, savoir sur les patients ou sur l'histoire du service. Il est à noter que nous retrouvons d'emblée le premier facteur de bon moral d'une équipe que R. Mucchielli énonce en « *un bon fonctionnement des relations affectives interpersonnelles correspondant à une satisfaction des membres sur les performances groupales* […] *à une cohésion avec intercompréhension, entraide et confiance mutuelle* ». Géraldine nous dit « *(...) on prend la personne avec ses habitudes parce qu'on a beaucoup à apprendre de ces personnes-là* […] ».

La notion de cohésion d'équipe qui s'enrichit de la mixité vient juste après. La mixité entre anciens du service qui seraient détenteurs de l'histoire des patients et les nouveaux du service, entre les jeunes diplômés et les anciens. Il est intéressant de constater que ceux qui mettent le plus l'accent sur la richesse de cette mixité sont précisément ceux qui en ont à tirer profit : Charles et Bernard bientôt retraités, cette position de sage et d'ancien les valorisent probablement « […] *on fait la mixité* […] » nous dit Bernard et Charles rajoute « c'est *bien quand vous mettez ensemble les anciens avec les jeunes pour que ça soit équilibré* » émaillant son discours de quatre « *de par mon expérience* ». Anaïs qui n'a que cinq mois d'ancienneté dans son service et qui, peut-être par allégeance à l'équipe, reconnaît l'intérêt du savoir des anciens, « […] *c'est une équipe qui est là depuis très longtemps et qui connaît très bien les patients* […] *moi je viens d'arriver et je fais confiance à mes collègues expérimentés* […] ».

La cohérence des pratiques, résultat de la cohésion d'équipe est mis en avant également. Nous retrouvons ainsi les deux premières caractéristiques psychologiques fondamentales des

groupes primaires que nous avait défini R. Mucchielli, l'interaction comme inter-influence du groupe dans ce que les conduites et les échanges ne sont plus des expressions personnelles en soi mais sont déterminés (au moins partiellement) par ce que font ou disent les autres, et l'émergence de normes comme règles de conduite reconnues comme bonnes par le groupe qui constituent ainsi son code de valeur**.** Ainsi Françoise trouve que « […] *les personnes avec qui je travaille, on travaille un petit peu pareil* […] » et Bernard pense que « […] *tout le monde penchera vers la bonne pratique* […] ».

L'équipe maintient précisément sa cohésion du fait que les désaccords osent être dits. Ils « *crèvent l'abcès* » nous dit Étienne, mais dans le respect et la bienveillance, dans l'idée que l'intérêt premier est le patient qui nécessite pour une bonne prise en charge une bonne cohésion d'équipe. Françoise nous dit « […] *on arrive à dire même quand on est pas d'accord* […] ».

5.1.2 Ils co-construisent leurs réflexions dans l'échange

La première notion qui ressort de ce sous-thème est le besoin de l'équipe de trouver un consensus, du moins dégager une idée soutenue par la majorité. Étienne nous dit « […] *si je suis pas d'accord tout seul, la première des choses que je vais faire c'est demander à mon collègue* […] *et puis on va demander à un troisième* » , sa collègue Anaïs d'enchérir « […] *on essaye de parler entre nous pour savoir si les autres étaient d'accord avec nous* […] *mais si y'a une grande partie de l'équipe qui pense que là il y a un problème, je pense que tout le monde* […] » et Charles de conclure sur ce propos « […] *on doit avoir une voix unique pour le bon fonctionnement (...) du pavillon* ». La concertation à la recherche d'une idée la plus partagée remplirait plusieurs fonctions. La première fonction semble être au niveau de la prévention du conflit, sans ce consensus trouvé il y'a danger pour la cohésion de l'équipe et Hortense nous dit que « […] *le conflit, il était évidemment entre nous parce qu'on avait pas* […] *une ligne de parole* […] ». Anaïs précise « […] *les temps d'équipe et d'inter-équipe ça permet quand même de lisser un peu tout* » Denise précise « […] *il y'a toujours moyen de se parler avant qu'on dégénère (...)* ».

La seconde fonction semble être d'obtenir un poids suffisant pour que leurs arguments puissent être entendus. Hortense nous dit « […] *y'a rien qui nous empêche de faire appel au médecin pour faire modifier les consignes si toute l'équipe est d'accord* […] *c'est comme s'il fallait un poids de plus* ».

Cette notion de poids suffisant à atteindre pour échanger avec le médecin renvoie aux enjeux de la relation entre équipe IDE et médecin qui seront traités supra.

Les temps et les lieux d'échanges sont une autre notion exprimée par les soignants. Il semble que toutes les modalités soient bonnes à prendre, dans le peu de temps que leur laisse le temps pris par le travail soignant auprès du patient. Un temps de pause avec un collègue ou deux, une pause d'équipe dans un moment plus calme, l'inter-équipe qui verra se côtoyer l'ensemble des soignants de la journée de travail. Les lieux de ces échanges varient en fonction de ce que leurs locaux leur permettent. Pour l'unité A, l'unité dispose d'un patio, et d'une salle de détente « riquiqui » d'après Hortense mais qui est utilisée quotidiennement, l'unité B ne dispose pas de salle de détente, et les échanges se font soit dans le bureau infirmier, soit à l'extérieur de l'unité sur le porche d'entrée.

La convivialité semble être perçue comme un moyen de permettre la communication et l'échange, pour favoriser la co-construction de la réflexion d'équipe, comme si parler avec son collègue nécessitait une certaine connaissance de l'autre pour oser lui parler. Bernard y voit le « *le moyen d'entretenir de bons rapports* […] *la convivialité permet d'aller à la rencontre de chacun* […] ». Nous retrouvons ici, deux des sept caractéristiques psychologiques des groupes primaires que nous avait appris R. Mucchielli, l'émergence d'une structure informelle nourrissant les interactions.

5.1.3 Ils se créent leurs propres outils de cohésion

Pour l'unité B, il a été évoqué la construction par l'équipe d'une fiche de poste par heure d'arrivée afin de mieux définir les tâches de chacun et mieux planifier les soins.

Pour l'unité A, plusieurs groupes de discussion sur des réseaux sociaux ont été créés à un moment donné de l'histoire du service, et les nouveaux arrivants se greffent à ce groupe de discussion. Cet outil permet de maintenir l'échange et la réflexion en dehors des temps de présence des soignants, et permet une coordination entre l'intra-hospitalier et l'extrahospitalier mais toujours *« en conservant le secret et l'anonymat du patient* » complète Étienne.

5.1.4 Ils se protègent les uns les autres

Cette convivialité qui permet de mieux se connaître pour oser se parler, pour se concerter favorisant ainsi la cohésion d'équipe, permet aussi « de *se connaître sur un autre niveau* »

nous raconte Hortense. Cette rencontre du personnel et de l'intime fait que chaque membre de l'équipe est dépositaire des difficultés de vie de ses collègues et provoquera un élan d'aide au collègue en difficulté. Étienne nous confie « *(la collègue) qui avait des problèmes de dépendance* […] *il y avait une réelle volonté de soutien et d'aide pour cette collègue-là* […] ». Les membres de l'équipe vont suppléer à la charge de travail de cette collègue en difficulté. En parler à la hiérarchie n'est pas perçu comme une solution dans un premier temps, ainsi Françoise raconte « du *moment qu'on arrivait à gérer, à trouver des compromis* […] *c'est peut-être pour ça qu'on n'allait pas voir la cadre* ». Etienne nous confie que finalement le cadre est perçu « […] *(comme) un outil* […] *c'est une personne qui a des outils à utiliser, des ressources après avoir utilisé celle de l'équipe (...)* ». Françoise nous relate un autre exemple de tentative de suppléance par l'équipe d'une collègue en difficulté « *on a une collègue* […] *(pour qui) la médecine du travail a préconisé un temps partiel* […] *mais elle n'arrive pas à suivre* […] *il y en a qui la couvre parce qu'on se dit c'est vrai, elle est pas bien* […] *on va essayer de lui donner des tâches qui vont pas essayer d'être… , elle va pas aller aux entretiens mais elle va aller aux accompagnements* ». Ainsi la situation perdure, tant que l'équipe n'accepte pas d'être arrivé au bout de leurs propres ressources, Françoise évoque « *six mois* », dans l'exemple d'Etienne « *quasiment un an* ». L'équipe semble se faire un devoir de trouver par elle-même une solution aux difficultés que rencontrent leur collègue dysfonctionnel, faire appel au cadre est vu comme un échec de la capacité de l'équipe à s'auto protéger. Ainsi si une partie de l'équipe en parle à sa hiérarchie on leur reprochera « vous *pouvez gérer autrement que d'aller voir la cadre* » nous raconte Françoise. Anaïs nous parle de délation « *on a l'impression de faire de la délation* ». voire de tabou « c'était *le seul tabou qu'on avait avec elle* » évoquant sa cadre. Cette situation rappelle la pression de conformité qu'exprimait R. Mucchielli. L'équipe provoque ainsi son isolement en se mettant en état d'être livrée à elle-même favorisant ainsi l'émergence de cette pression de conformité. Ceci nous donne ainsi quelques éléments explicatifs de notre question de départ.

Enfin les soignants évoquent ce qu'ils attendent du cadre pour maintenir la cohésion de l'équipe.

5.1.5 Ce qu'ils attendent du cadre pour protéger et maintenir leur cohésion

Les professionnels interrogés font surtout ressortir qu'ils attendent du cadre un positionnement de celui-ci favorisant la convivialité, et la réflexion d'équipe.

En faveur de la convivialité Hortense pense que sa cadre la considère comme « […] *positif et essentiel à la cohésion d'équipe* […] » Bernard pense que le cadre « doit *être le moteur de la convivialité* », Géraldine en appelle au « *bien-être au travail* », pour d'autres soignants ils attendent déjà que leur cadre « *n'essaye pas de l'empêcher* » comme dit Denise, ou simplement en le permettant nous dit Étienne « […] *elle y participe en laissant faire* ».
En faveur de la réflexion, les soignants attendent des outils permettant la réflexion. Géraldine nous dit que « *ce qui était bien (en parlant des cadres) c'est qu'ils ont mis en place* […] *tous les deux mois une réunion inter-équipe pour* […] *poser sur table (...) tout ce qui ne va pas* ». Hortense attend du cadre « (*la mise) en place de temps de réflexion infirmiers, aides-soignants, y'a qu'à partir de notre cadre qu'on peut arriver à mettre ça en place* »
Géraldine évoque même la médiation entre soignants organisée par la cadre pour « *apaiser les tensions* ».

5.1.6 Retour sur les hypothèses

Il ressort de l'analyse de ce premier thème que les soignants mettent en avant la cohésion de l'équipe et leur capacité à s'entendre pour assurer la meilleure prise en charge possible. Cette volonté d'être perçu par une image de cohésion et de maîtrise, donne à penser que celle-ci serait en lien avec ce qu'ils pourraient estimer comme « le poids en plus » pour pouvoir être entendu, notamment par les médecins. Se dessine également en filigrane la notion de territoire, ce qui se joue à l'intérieur de l'équipe infirmière ne concerne que l'équipe infirmière, comme si donner à voir leurs désaccords nuirait à leurs propres intérêts et ce faisant ils épuisent leur propre ressource en s'isolant, en se mettant en état d'être livrés à eux-mêmes. Il est avant tout attendu du cadre qu'il favorise la réflexion des professionnels de l'équipe, il est perçu comme ressource, une fois que celle de l'équipe est épuisée. Nous pouvons nous demander alors dans quelle mesure ce choix de l'équipe de tenter de gérer le collègue qui met en difficulté l'équipe ne serait pas dû à leur crainte que le comportement dysfonctionnel du collègue ne jette le discrédit sur l'équipe entière, ce qui participerait à expliquer le délai dans notre question de départ.
Le second thème le plus abordé dans les entretiens semi-directifs réalisés auprès des infirmiers d'unité de soin psychiatrique est l'interface entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale.

5.2 L'interface avec les médecins

En psychiatrie, les regards des professionnels se croisent autour de la prise en charge des patients. Les infirmiers se trouvent entre deux autorités celle hiérarchique du cadre de santé et celle fonctionnelle du médecin, l'équipe infirmière mettant en œuvre les décisions médicales, celles-ci ont un impact sur l'organisation de l'équipe.

Dans l'interface avec l'équipe médicale, deux sous thèmes se dégagent :

- Les rapports entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale
- Ce que les infirmiers attendent du cadre pour faciliter la relation entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale

5.2.1 Les rapports entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale

Il ressort en premier lieu que l'équipe infirmière veut être entendue dans les remarques ou demandes de compréhension de la prise en charge des patients par le médecin. C'est de la confrontation des regards des différents professionnels que le patient se donnera à voir. Les infirmiers veulent comprendre les arguments des médecins et ce qui motive ces choix. Ils veulent pouvoir être associés à la réflexion, tout en reconnaissant l'autorité médicale qui tranchera sur la voie à prendre « *si lui (le médecin) est capable d'argumenter* […] *même si on est pas d'accord après bon voilà c'est lui, qui prend en charge in fine le patient* ». Un sentiment fort de faire partie d'une équipe soignante médicale et paramédicale se dégage quand les soignants ont le sentiment que leurs paroles sont entendues, qu'ils sont des interlocuteurs des médecins pour la prise en charge, des collaborateurs reconnus. Dans ces conditions d'écoute, on en appelle au médecin, en lui apportant les arguments de l'équipe infirmière afin qu'il change les consignes plutôt que de ne pas les respecter « *j'appelle le médecin, on fait changer les consignes* » nous dit Anaïs.

Cependant les infirmiers ont souvent le sentiment que leurs paroles ne sont pas prises en compte par l'équipe médicale, un sentiment de ne pas être entendu, « *souvent on est pas entendu »* nous dit Françoise en précisant *« il écoute, on espère qu'il écoute mais il dit souvent rien ou impose un truc et dit « c'est comme ça et pas autrement »* », ce sentiment de ne pas être entendu entame la motivation à travailler, « […] *on est découragé* […] *on a pas envie de travailler dans ces conditions* ». Dans l'unité A une philosophie de soin forte,

mettant en avant la recherche d'alliance thérapeutique avec le patient est défendue par le médecin-chef de pôle et la cadre de pôle, les médecins et les infirmiers à leur embauche sont avisés de cette philosophie de soin et leur embauche vaut acceptation de cette idée du soin « *c'est un service très particulier, on travaille l'alliance à tout prix* ». Le fait de partager entre médecins et infirmiers une vision du soin commune, soutenue et défendue par les plus hautes autorités de ces deux corps professionnels, diminue l'occurrence des oppositions. Denise de l'unité A nous relate qu'un médecin n'écoutait pas les arguments des infirmiers, il ne travaillait pas en collaboration avec l'équipe infirmière « *Moi j'ai souvenir d'un-là qui est parti il y a à peu près un an et demi qu'il n'est pas resté enfin voilà il n'a pas été renouvelé parce qu'il ne travaillait pas avec nous ça lui a été dit* ».

Les infirmiers demandent à être considérés comme interlocuteurs légitimes auprès de l'équipe médicale, de par leur diplôme, formations et expériences mais aussi de par leur présence constante auprès des patients pris en charge, ils ont le sentiment qu'ils sont les professionnels qui connaissent le mieux le patient. Bernard nous dira « le *médecin* […] *ne connait les patients que par la clinique, là ceux qui la vivent au quotidien c'est les aides-soignants, les infirmiers, si eux ne font pas remonter l'information il (le médecin) ne peut rien faire* », son collègue de rajouter « *on est plus présent ici, on est plus proche, on passe beaucoup de temps avec les patients que les médecins eux-mêmes* ». Il y a un refus d'être considéré comme simple exécutant, si l'infirmier ne comprend pas ce que le médecin lui demande, il refusera. Etienne, par exemple, nous dit qu'il avait répondu à un médecin « *moi le médicament je ne vais pas le donner, je ne comprends pas pourquoi je fais ça* […] *soit on prend un temps où on explique* […] *si je ne sais pas, je fais pas* ».

Face à cette nécessité de maintenir un dialogue entre équipes médicales et paramédicales, le cadre peut être ressource selon différentes modalités : porte-parole de l'équipe infirmière, facilitateur de dialogue entre le médical et le paramédical afin de prévenir des conflits potentiels.

5.2.2 Ce que les infirmiers attendent du cadre pour faciliter la relation entre l'équipe infirmière et l'équipe médicale

Les équipes paramédicales en unité de soin psychiatrique interrogées semblent attendre avant tout du cadre qu'il soit leur porte-parole pour défendre la parole infirmière auprès de l'équipe médicale, et du médecin responsable de l'unité plus particulièrement. Pour se faire elles en

appellent à la collaboration entre le responsable paramédical et le responsable médical, collaboration perçue satisfaisante par l'ensemble des personnes interrogés. Anaïs nous dira à ce propos « […] *j'ai l'impression qu'elles travaillent bien toutes les deux* […] *ça fonctionne bien la collaboration* ». Il en sort également que les infirmiers pour solliciter le cadre afin qu'il soit leur porte-parole doivent lui fournir des données objectives, une argumentation convaincante pour que leur cadre puisse assumer cette mission. Géraldine nous raconte « *le cadre* […] *va poser des questions pointues pour que* […] *si jamais il doit être amené à être le porte-parole de son équipe, que ce soit quelque chose de ficelé* » pour se faire « *il y a des preuves que j'amène en amont* ». Le cadre s'appuiera sur les données étayées de son équipe pour les synthétiser et les transmettre au médecin responsable, Bernard nous informe « *les transmissions, les validations des médicaments, tout ça il (le cadre) il prendra et il verra* […] *pour pouvoir le mettre devant le senior (médecin responsable)* ». Nous retrouvons ici une des fonctions de leader définit par R. Mucchielli la fonction de représentation du groupe vis-à-vis des groupes extérieurs ici le groupe des médecins.

Par ailleurs les infirmiers attendent de leur responsable hiérarchique qu'il les soutienne par son positionnement face aux médecins « *elle (la cadre) peut-être vraiment soutenante auprès de l'équipe en se positionnant après coup aussi face au médecin dans quelque chose comme un soutien* » nous dit Hortense, sa collègue Denise confirme « *elle (la cadre) était soutenante avec nous quand même elle pouvait expliquer pourquoi nous on se sentait pas, pourquoi on avait l'impression que c'était dangereux.* (les consignes médicales) » Ce soutien attendu va jusqu'à la notion de défense, la cadre défendrait son équipe face aux médecins, Géraldine nous explique « *j'ai eu un médecin qui m'avait ordonné d'injecter, j'ai refusé parce que je ne savais pas ce qu'il y avait dedans* […] *mon cadre a pris ma défense parce qu'il m'a expliqué* […] *tu n'as pas à injecter un produit que tu ne connais pas* ». Denise également va exprimer cette notion de rôle de défense de l'équipe par le cadre « *elle (la cadre) a pris mon parti, elle m'a défendu (...) elle ne m'a pas laissé toute seule face au chef de pôle* ».

Enfin il est attendu du cadre, dans un volet plus préventif des conflits, qu'il incite l'équipe infirmière à se saisir des réunions avec l'équipe médicale pour formuler leurs éventuelles interrogations voire leurs oppositions « *il nous incitait un peu à parler de ça* […] *vous avez des choses particulières à dire ?* » nous dit Anaïs, de manière à ce qu'elles puissent être levées. Cette mise en avant de l'équipe par l'encadrement semble être appréciée « *on nous*

laisse le temps de prendre la parole (...) on va nous demander notre avis et nous solliciter, on se sent mis en avant […] *y a pas un monologue* ».

5.2.3 Retour sur hypothèse

Il semble que les équipes infirmières perçoivent le cadre comme une autorité reconnue par le pouvoir médical et de ce fait lui reconnaisse un rôle à jouer dans les conflits : il est la personne désignée pour être leur porte-parole auprès de l'équipe médicale. Le cadre préviendra les conflits entre les infirmiers et les médecins en favorisant la formulation de la pensée de l'équipe infirmière au cours des réunions entre ces deux équipes et en la faisant exister et reconnaître comme entité. Enfin il est attendu du cadre par son équipe un soutien et une défense. Ceci semble invalider en partie la première hypothèse, l'équipe de soin confère au cadre de santé un rôle de prévention et de gestion des conflits car elle perçoit le cadre comme une autorité reconnue par le pouvoir médical. Voyons ce qu'il en est du deuxième volet de cette première hypothèse, la perception par l'équipe infirmière de la reconnaissance de l'autorité du cadre par le pouvoir administratif.

5.3 L'interface avec l'administration hospitalière

Le pouvoir administratif est majoritairement perçu comme un pouvoir contraignant et déshumanisé. Les soignants perçoivent bien le rôle du cadre en tant qu'interface entre la réalité du terrain, l'équipe de soin et l'administration, mais ils perçoivent également que ces deux champs ressortent de deux logiques différentes que le cadre doit articuler. Le cadre peut être perçu comme intercesseur auprès de l'administration, mais il est surtout attendu par son équipe qu'il humanise ces directives, par la prise en compte de la réalité du terrain.

5.3.1 L'administration pouvoir déshumanisé

L'humain est au centre de la prise en charge en santé, et de ce fait les directives qui ne sont pas en lien direct avec le temps passé auprès des patients sont perçues par les équipes comme une méconnaissance de leur travail par l'administration. Denise nous confie « *on nous demande toujours des choses en plus qui ne sont pas en lien direct avec le patient et que ça nous laisse de moins en moins de temps pour s'occuper des patients* […] *tout ça c'est au*

détriment du temps passé auprès des patients ». Étienne est encore plus tranché « *on ne voit pas d'humanité sortir de la direction, c'est le cadre qui fait le lien, mais en dehors de ça c'est qu'il n'y a pas d'humains, pour nous, pour moi en tout cas* ». Il ne semble pas que les soignants attendent un résultat de l'action du cadre dans son rôle d'intercesseur auprès de l'administration. Il leur semble important tout de même que le cadre remplisse ce rôle, ne serait-ce que pour montrer que le cadre entend la position de l'équipe infirmière. Les soignants perçoivent les directives de l'administration comme obligation et de ce fait comprennent que leur cadre doit « s'y plier » ainsi qu'eux-mêmes. Étienne nous dit « *notre cadre ne peut rien y faire, elle n'a pas de possibilité d'action là-dessus, elle peut faire remonter, elle fait remonter d'ailleurs en plus de manière hyper efficace notre opposition c'est pas pour autant qu'il y a eu des conséquences ou des suites à notre opposition* […] *c'était comme ça, on ne peut rien y faire* ». Anaïs sa collègue confirme « parfois*, elle (la cadre) nous en parlait pour nous expliquer qu'elle ne pouvait pas faire autrement* ». Les soignants sont conscients du positionnement du cadre de santé, attaché à son équipe et dépendant de sa direction, le cadre joue ici un rôle auquel il ne peut échapper. Étienne nous explique « *le cadre c'est un entre-deux il est entre la direction qui va lui parler* […] *économie et gestion des lits, chiffres et le soignant qui va lui parler humain et temps. Et avec deux temporalités complètement différentes entre l'administratif et le soignant. Et le cadre est le lien entre les deux forcément à un moment donné il va à l'encontre de l'un ou à l'encontre de l'autre il va plus souvent à l'encontre des démarches de l'équipe mais ce n'est pas de son fait c'est de par des contraintes qui sont envoyées par la direction donc forcément nous on est pas tout le temps content* ». Pour Bernard « *le cadre est entre le marteau et l'enclume, il y a des décisions qu'il sera obligé d'aller annoncer, ce sont pas lui en tant qu'humain* ». Même si l'équipe infirmière et le cadre sont soumis à des contraintes, il semble qu'il soit attendu par l'équipe que le cadre assume un rôle de traduction des directives, afin d'assurer leur adhésion.

5.3.2 Prendre en compte la réalité de l'exercice infirmier en unité de soins pour traduire les directives

Nous retrouvons ici la cinquième fonction du manager selon C. Dejours : interpréter les directives en relayant vers le bas les directives de l'entreprise, en assumant l'interprétation qu'il en fait pour les services qu'il dirige. Géraldine nous apporte que « le *fait qu'il (le cadre) ait une perception de cette directive à la même hauteur que l'infirmier qui est sur le terrain en*

nous disant « on fait un point dans trois semaines » et pas juste voilà je vous balance l'info ». Sentir la réticence du cadre à faire appliquer les directives renforcent l'idée que celui-ci n'est pas détaché de la réalité du terrain, Denise nous relatant une directive pour travailler des week-ends en dehors du roulement normal sans être payé en heures supplémentaires « *il avait pas envie parce qu'il sait aussi que déjà c'est pas marrant de bosser un week-end sur deux et qu'on a pas envie de venir pour la gloire sur le week-end de repos* ». La traduction des directives par le cadre permet non seulement leur application mais surtout leur appropriation par les soignants parce que comprise. Géraldine nous dit « *j'accorde beaucoup plus de crédit quand on va m'exposer les choses et me dire pourquoi je les fais que me dire voilà faut faire* […] *les cadres qui ont tendance à donner juste des directives, à balancer les directives sans expliquer à leur équipe pourquoi ils le font je les perçois comme moins autoritaire* […] ».

5.3.3 Retour sur la première hypothèse

Il semble que ce n'est pas sur le rôle d'intercesseur auprès du pouvoir administratif que le rôle du cadre est attendu par son équipe mais sur sa capacité à traduire ces directives à l'équipe, en prenant en compte la réalité du travail de son équipe. Les soignants attendent du cadre qu'il humanise le rapport de l'équipe à l'administration, et c'est par cette capacité à traduire les directives et à impliquer les équipes que cela conférera au cadre un rôle dans la prévention et la gestion des conflits.

Voyons ce qu'il en est de l'influence de l'assistance professionnelle du cadre de santé à l'équipe sur la perception de sa légitimité dans son rôle de prévention et de gestion des conflits.

5.4 L'assistance professionnelle du cadre à son équipe.

Il semble que se dégage de cette thématique plusieurs sous-thèmes :

- le parcours professionnel passé du cadre de santé
- la capacité à entendre son équipe
- la prise en compte des contraintes du terrain.

5.4.1 Le parcours professionnel passé du cadre de santé

Le fait que le cadre de santé ait été auparavant infirmier lui confère par l'équipe une maitrise du métier, une connaissance du terrain. Charles nous confirme « […] *puisqu'étant infirmier lui-même* […] *avant d'avoir ce rôle là, ça lui a permis de savoir ce que cela veut dire ».* et Hortense de confirmer *« ma cadre était infirmière donc je pense qu'elle était au clair* ». L'inscription dans la spécialité de la carrière antérieure du cadre en tant qu'infirmier est un plus à cette reconnaissance, Françoise insiste « *l'ancienne (cadre) elle était déjà infirmière psy avant donc ce n'était pas la même chose alors que la nouvelle elle vient de réa, elle était nouvelle aussi dans la psychiatrie* […] ».

Le réseau professionnel du cadre de santé qu'il s'est forgé lors de sa carrière antérieure en tant qu'infirmier est également considéré comme un atout, Denise nous dit « *elle (la cadre) a déjà bossé aux urgences, elle peut appeler quand on des problèmes pour transférer des patients* […] *on travaille beaucoup avec le secteur Y* […] *elle a bossé au secteur Y, elle les connait et elle hésite pas à les rappeler* […] *elle est très soutenante* ». Pour l'unité B le parcours professionnel est plutôt vu comme une maitrise des professions qu'il encadre comme si avant d'avoir été cadre, il aurait été IDE et auparavant AS et ASH, Bernard nous dit « *c'est ce qu'on appelle la culture d'entreprise, il (le cadre) maitrise tous les échelons* […] *il (l'équipe) le voit autrement parce que c'est son expertise qui est en train de jouer* […] » Il nous a semblé remarquable qu'une seule infirmière interrogée, Anaïs , évoque l'IFCS dans le parcours professionnel de sa cadre « *elle a une expérience et une formation* ».

5.4.2 La capacité à entendre son équipe et à agir.

La capacité d'écoute et de réactivité revient très souvent dans les propos des soignants. Pour Hortense « […] *il suffit d'une parole pour qu'elle entende* […] *qu'une personne lui dépose la parole pour qu'elle comprenne qu'il y a quelque chose à organiser* […] *donc je pense qu'elle peut complètement nous aider dans la gestion des conflits* ». et Géraldine de soutenir « […] *on sait que si on pose certaines questions, elles seront étudiées et puis on aura un retour* […] ».

5.4.3 La prise en compte des contraintes du terrain.

Tous les entretiens vont dans ce sens, la prise en compte de la réalité du travail est perçue comme un soutien, il est même intéressant de noter le ressenti d'une infirmière quand le cadre

ne prend pas en compte les contraintes du terrain. Géraldine nous relate un souvenir d'un cadre qui donne à son équipe un travail à faire en plus, au moment de son propre départ du service pour la journée, cela même au cours d'une journée difficile pour le service « *ça m'a profondément gêné* […] *en plus de ça, ça aurait été l'histoire de deux minutes de dire « vous avez quoi comme charge de travail qui est restante ? »* […] *(et de proposer) ça et ça vous pouvez le décaler à demain* […] *juste montrer que voilà on vous soutient* ».

5.4.4 Retour sur la deuxième hypothèse.

L'assistance professionnelle qu'apporte le cadre de santé aux infirmiers nous paraît bien être un facteur influençant ce que l'équipe attend du cadre dans sa mission de prévention et de gestion des conflits. Cette légitimité professionnelle prend ses sources comme nous l'avons vue dans l'origine professionnelle du cadre, avoir partagé le quotidien infirmier, avoir partagé une identité professionnelle commune permet, nous semble-t-il, aux équipes de présupposer que le cadre connait la réalité de la journée de travail d'un infirmier et notamment ces contraintes inhérentes. Le réseau que le cadre de santé s'est construit y compris dans sa carrière d'infirmier, permet d'avoir une reconnaissance par l'équipe de sa capacité à utiliser les différentes ressources mis à sa disposition par l'institution et éventuellement tirer parti d'une certaine influence en faveur de l'équipe qu'il encadre. Savoir écouter son équipe, prendre en considération la parole soignante pour la transformer en action est également un attendu de l'équipe, le cadre doit agir et apporter les réponses, ces trois critères semblent être incrémentiels, c'est parce qu'il entend son équipe que le cadre se mettra à l'action, c'est en passant à l'action qu'il est censé apporter une réponse à son équipe, et cette réponse prouve son écoute et sa capacité d'action. Enfin la prise en compte de la réalité de terrain ne doit pas se tenir à une posture de cadre, un discours désengagé de l'agir du cadre, mais bien se retrouver sur le terrain, le cadre ne peut pas se désintéresser des conséquences de ces directives sur l'équipe, pas plus qu'il ne peut faire fi de la charge de travail du jour.

5.5 La méthode intégrative de résolution de conflit de Mary Parker Follet.

Au cours de ces entretiens, j'ai essayé d'explorer ce que les IDE pouvaient me dire de cette méthode de résolution des conflits en les faisant d'abord parler de leur perception de la méthode de la domination puis de celle du compromis, et enfin en leur demandant d'essayer

de trouver une méthode autre que les deux précédemment citées. Je pense avoir mal conduit cette investigation. Si les deux premières méthodes étaient clairement explicitées dans le guide d'entretien et trouvaient résonnance dans leurs expériences, le fait de ne pas expliciter cette troisième méthode, leur demander de la trouver par eux-mêmes n'était visiblement pas la bonne manière de procéder puisque cela n'a parlé à personne. Il est à noter que certains soignants ont trouvé la médiation comme méthode de résolution des conflits qui ne passe ni par la domination ni par le compromis. Il s'agit de faire intervenir le cadre comme médiateur dans un conflit entre deux collègues. Le fait d'avoir une oreille attentive, le fait de pouvoir trianguler le conflit, avait suffi à désamorcer le conflit. Géraldine nous raconte « *une médiation, c'est juste pour que les deux puissent dire ce qu'ils ont sur le cœur, mais devant une tierce personne* […] *le fait qu'elles aient pu s'expliquer et se dire les deux ce qu'elles avaient l'une et l'autre à se reprocher* […] *ça a apaisé les tensions* ». En filigrane, dans tout le corpus d'entretiens j'ai l'impression d'avoir retrouvé des éléments de la méthode intégrative promue par M.P.Follet

5.5.1 On est entendu

Quelle que soit la nature du conflit, quelle que soit l'ampleur du conflit il est attendu du cadre à un moment donné, avec plus ou moins de latence, de se saisir de ce conflit et de le gérer. Il est convoqué en tiers juste et sage entre les protagonistes du conflit, à l'intérieur de l'équipe infirmière, entre l'équipe infirmière et les médecins, entre l'équipe infirmière et une directive de l'administration. Dans ce dernier cas nous avons vu qu'il était avant tout attendu de lui, une capacité d'écoute, des preuves de prise en compte de la réalité du terrain, et enfin une traduction humanisée de la directive pour l'équipe de telle manière, qu'elle soit acceptée et suivie.

Pour les deux premiers cas il est également attendu une capacité d'écoute, qui se retrouve dans tous les entretiens. Le cadre est présent, non seulement il écoute et se faisant est perçu comme soutenant mais il favorise l'émergence de paroles visant à avoir la vision la plus claire du conflit.

« *Il (le cadre) a discuté avec chacun d'entre nous* […] *franchement il en tient compte* » nous dit Charles.

5.5.2 La diversité est un atout

La diversité des regards infirmiers est perçu comme une richesse par l'équipe. Etienne nous dit « *on est complètement différent* […] *y a pas un seul collègue qui ressemble à un autre collègue, entre les anciens les plus jeunes, les parents les non parents* […] *c'est un service incroyable on a une diversité* […] *plus il y a désaccords plus on arrive à trouver une solution qui doit être commune* ». Françoise complète sur la diversité « […] *il y a des tempéraments différents* […] ». Cette diversité qu'on retrouve à l'intérieur de l'équipe infirmière se retrouve également à l'intérieur de l'équipe médicale, des médecins de différents âges, avec des niveaux de responsabilités différentes, et individuellement un regard unique sur la prise en charge, source potentielle de conflit. Mais cette diversité dans l'équipe médicale rassure aussi l'équipe infirmière, Etienne nous confie « *moi ce qui me rassure, c'est qu'il y ait d'autres médecins qui soient plutôt orientés sur la prise en charge que je souhaite* […] *on est en psychiatrie, on a différents regards, heureusement* […] »

5.5.3 Un exemple de méthode intégrative d'un conflit

Géraldine nous fait part d'un exemple de conflit qui nous semble avoir été résolu selon une méthode intégrative. Cette infirmière relatait un sentiment de charge de travail de l'équipe infirmière du matin trop élevée. Cette équipe en se concertant pensait trouver une solution, de reporter une partie des tâches du matin sur l'équipe de nuit. L'équipe du matin, au lieu d'en parler directement à leurs collègues de nuit, s'en est remise à leur cadre pour qu'il se concerte avec le cadre de nuit et les collègues de nuit. S'en est suivie de la concertation des deux cadres, l'institution d'une réunion bimestrielle entre l'équipe du matin et celle de nuit, de manière à ce qu'elles puissent mieux échanger et mieux se représenter les charges et les contraintes respectives. La résolution du conflit n'a pas été d'acquiescer l'idée de l'équipe du matin, cependant les équipes ont su se saisir de ce nouveau temps d'échange pour mieux connaître l'autre, et cette nouvelle réunion est perçue comme une avancée dans la concertation des équipes « *l'effet positif* […] *c'est je pense d'avoir réuni les deux* […] *ce qui était bien c'est qu'ils (les deux cadres) ont mis en place du coup tous les deux mois une réunion inter-équipe pour qu'ils puissent poser sur table un petit peu tout ce qui ne va pas* ».

5.5.4 Retour sur la dernière hypothèse.

La perception d'une méthode intégrative des conflits, puisant sa force dans la prise en compte de la diversité nécessite une créativité pour transformer ce qui paraissait comme conflit en un moyen d'évolution de l'équipe vers un meilleur dialogue. Une meilleure cohésion transparaît dans l'ensemble des corpus d'entretien sans être explicitement perçu comme telle. Si les méthodes de compromis ou de domination viennent assez facilement entrer en résonance avec l'expérience des soignants, cette troisième méthode transparaît dans la perception positive de la diversité des regards dans l'équipe infirmière mais aussi dans celle de l'équipe médicale. La troisième hypothèse se trouverait au moins en partie validée.

6. Retour sur les hypothèses et discussion

La question initiale s'interrogeait sur ce qui prévaut à la mise à distance par l'équipe paramédicale du cadre de santé dans la connaissance du conflit interpersonnel intra-équipe.
L'ouverture d'un cadre conceptuel, autour des concepts de dynamique de groupe, de conflits, d'autorités et d'attente de rôle, conjointement à la réalisation d'enquêtes exploratoires sur le terrain, avaient permis de formaliser une question de recherche :

Quelles sont les attentes de rôle du cadre de santé dans la gestion des conflits interpersonnels liés au travail par l'équipe infirmière dans les unités d'hospitalisation en psychiatrie générale ?

Nous avons pu ainsi émettre trois hypothèses
Hypothèse 1 : L'équipe de soin ne perçoit pas le cadre comme une autorité reconnue par le pouvoir administratif et médical et de ce fait ne lui confère pas de rôle sur le fonctionnement de l'équipe de travail et ses conflits.
Hypothèse 2 : L'équipe de soin attend du cadre de santé qu'il fournisse une assistance professionnelle dans l'exercice du travail réel pour lui conférer une autorité dans le règlement des conflits dans l'équipe.
Hypothèse 3 : L'équipe ne perçoit pas la dimension constructive du conflit pour l'organisation du travail.
La réalisation d'entretiens semi directifs avec des infirmiers d'équipe d'hospitalisation psychiatrique nous a permis de pouvoir confronter nos hypothèses avec les discours des infirmiers interrogés.

6.1 Hypothèse 1

Si l'équipe infirmière perçoit le cadre comme une autorité reconnue par le pouvoir administratif, notamment par l'autorité qu'il confère au cadre d'exercer le pouvoir en son nom, les soignants n'attendent pas du cadre qu'il soit leur intercesseur pour porter à l'administration leurs désaccords. Ils perçoivent que la place a du cadre se situe sur plusieurs niveaux et doit faire concorder plusieurs logiques en même temps notamment les logiques

administratives, médicales, soignantes, des usagers et de leurs familles. Ils attendent du cadre une capacité à traduire les directives de l'administration de manière à ce qu'elle soit comprise par tous, et en prenant en compte la réalité des contraintes inhérentes à l'exercice infirmier. C'est cette capacité à humaniser l'administration qui est attendue par l'équipe infirmière pour lui conférer un rôle dans la prévention et la gestion des conflits.

En ce qui concerne la perception par les soignants d'une autorité du cadre reconnue par le pouvoir médicale pour lui reconnaitre un rôle à jouer sur les conflits liés au travail, les soignants apprécient la collaboration entre leur encadrement et les médecins de l'unité. Mais ils attendent avant tout du cadre de santé, qu'il participe à la reconnaissance de l'équipe comme une entité reconnue par le pouvoir médical, en favorisant en premier lieu la cohésion de l'équipe, et l'expression de l'équipe. Les infirmiers attendent également un soutien du cadre voire une défense quant aux risques que la parole infirmière ne soit pas entendue.

Il paraît de ces éléments que l'hypothèse 1 soit invalidée.

6.2 Hypothèse 2

La perception par les infirmiers de la capacité du cadre à leur apporter une assistance professionnelle se retrouve dans les discours des soignants interrogés. Cette capacité prend son origine dans la formation initiale du cadre, la plupart du temps d'origine infirmière, dans l'inscription dans sa spécialité de la carrière antérieur du cadre, il connait la clinique, il connait les difficultés que rencontrent les équipes de soin, et enfin dans le réseau du cadre au sein de l'institution en faveur de l'équipe. L'équipe infirmière attend avant tout d'être reconnu au sens fort par le cadre.

6.3 Hypothèse 3

Les soignants ne semblent pas percevoir la dimension constructive du conflit. La difficulté à s'en souvenir, à en parler semble aller dans ce sens. L'émotion, finalement toujours assez latente dans ces discours sur le conflit ne donne pas à penser que le conflit puisse être perçue sur un versant positif. Les soignants perçoivent l'intérêt de leur propre cohésion, pour une meilleure cohérence des soins, dans un souci de meilleure coordination avec l'autorité médical mais il semble que le conflit est perçu comme irréductiblement quelque chose à

éviter, et si l'évitement est impossible, alors il faudra le minimisait pour le rendre le plus petit possible. Anaïs parlait de « *lisser le conflit* ».

6.4 Discussion générale

La gestion du conflit demeure une mission du cadre de santé. L'institution attend de lui que sa gestion du conflit soit efficace, à la satisfaction de tous ses protagonistes.

Finalement les équipes infirmières confèrent un rôle au cadre de santé dans la gestion de leurs conflits liés au travail, s'ils perçoivent que le cadre de santé remplit ses missions de manager notamment la reconnaissance de leur travail, la reconnaissance de leur intégrité en tant qu'équipe, la prise en compte du travail réel. Il semble que le headship ne suffise pas à faire légitimité de l'autorité du cadre de santé et c'est par la reconnaissance des soignants de ses qualités effectives de leader que l'équipe lui confère ce rôle.

Mais le conflit s'il est de la responsabilité du cadre de le gérer, il demeure de la responsabilité de toute l'équipe de soin qu'il soit catalyseur d'énergies et producteur d'innovations plutôt que frein à la collaboration et risque de mauvaises prises en charge.

Changer le regard sur le conflit, pourrait passer par une culture du conflit, pour mieux se l'approprier. Yves Clot, titulaire de la chaire de psychologie du travail au CNAM, dans un séminaire intitulé *Économie et sens* en juin 2013 propose de réhabiliter *la dispute professionnelle*. Il rappelle que

> Dès lors que l'on parle de qualité du travail, les points de vue divergent, voire sont contradictoires. La clinique de l'activité fonde donc son action sur l'hypothèse qu'en la matière, l'existence de points de vue différents n'est pas un drame, mais qu'elle peut d'abord être une source de développement de l'efficacité et de la santé au travail et, ensuite, qu'elle permet de na pas tricher avec le réel. Le réel ne se découvre jamais mieux que lorsque l'on organise sur lui des controverses pour en faire le tour ». Cette prise en compte de la diversité des regards est d'autant plus prégnante dans la prise en charge en santé mentale qu'une grande part de celle-ci repose sur un certain empirisme.

Organiser la dispute professionnelle, en dehors de l'occurrence de l'événement qui peut le provoquer peut-être un outil efficace pour le cadre de santé pour changer la manière dont les

équipes de soins envisagent le conflit. De la même manière, former les équipes à cet exercice qui suppose respect du cadre défini, réflexions, argumentations pour espérer convaincre peut permettre au cadre de santé de travailler sur le maintien du sens du travail et du collectif. Cette pratique de la dispute professionnelle peut aussi permettre au cadre de santé d'être proactif sur les situations à venir. E.M Fox, docteur en organisation du travail dans sa thèse consacrée à Follet, nous rapporte E. Groutel indique que « le leader doit anticiper le futur avec comme but, non d'aller simplement à sa rencontre, mais d'essayer de le contrôler ».

L'isolement du cadre de santé dans son exercice devrait être pris en compte par l'hôpital. La création de groupe d'analyse des situations professionnelles pour l'encadrement devrait être promue par l'hôpital, au sein d'un pôle ou à un niveau plus large de l'institution. La co-construction de savoirs, l'échange d'expériences, l'écoute, l'analyse de situation, dans un cadre bienveillant et confidentiel pourrait permettre une meilleure cohérence institutionnelle par une meilleure cohésion managériale.

Ces deux outils, l'organisation de la dispute professionnelle au sein de l'équipe par l'encadrement et des groupes d'analyses de situations professionnelles pour encadrants semblent corroborés D. Combarnous. Dans son article de mai 2018 dans objectifs soins & management intitulé *Évolution de la fonction cadre de santé*. Elle y rend compte du travail des rencontres annuelles des cadres, RAC, organisés par la Fédération Hospitalière de France. Un des axes d'évolution de la fonction cadre développé par la RAC est

> l'innovation au cœur du quotidien. Le management doit se réinventer et se restructurer pour être et avoir un coup d'avance dans l'innovation. Il faut créer un espace où puisse librement s'exprimer l'institution. Qui mieux que les professionnels de terrain savent ce qui est bien pour eux et surtout pour le patient. Pour ce faire, il ne faut pas se contenter de réaliser de l'amélioration continue mais également impulser des projets créateurs de valeurs.

CONCLUSION

Ce travail de recherche s'est déroulé tout au long de cette année d'étude. Ces quelques mois d'enseignement conjoint de l'IFCS et de l'université ont été une opportunité pour enrichir nos savoirs expérientiels d'encadrant, par de solides apports théoriques dans le champ du management, et de la sociologie.

Le choix du thème de ce mémoire n'a pas été facilement opéré. Néanmoins, nous savions a priori que nous voulions aborder la thématique du conflit. Si elle s'est retrouvée dans notre pratique d'encadrant, elle n'a cessé d'être d'actualité : conflit social à l'hôpital, crise de l'hôpital publique, perte de sens, de repères ; et plus généralement conflit social généralisé.

Le conflit appelle sa gestion, et c'est du talent du manager que dépend sa résolution vers une meilleure intégration du conflit afin de permettre à la diversité d'être une richesse pour l'unité de soin et finalement pour l'hôpital. L'exploration théorique et conceptuelle nous a permis de prendre du recul face à nos idées préconçues notamment que le conflit est nécessairement négatif, qu'il est un danger. Il apparaît que le conflit serait plutôt une opportunité à saisir afin de libérer le management et de diffuser le leadership. Il a également permis un étayage savant sur notre réflexion. La psychosociologie a été d'un grand recours pour délimiter ce qu'est une équipe de soin, une dynamique d'équipe, l'autorité et ses perceptions, et finalement l'attente de rôle. L'élaboration d'une question de recherche nous a amené à questionner ce qu'il est attendu d'un cadre de santé par l'équipe qu'il manage dans sa mission de prévention et de gestion des conflits. La réalisation d'une grille d'entretien semi-directif a été un exercice nouveau et nécessaire pour récolter des discours de deux équipes infirmières permettant dans un second temps la réalisation d'une grille d'analyse de ceux-ci.

Évaluer la validation ou la non validation de nos hypothèses en regard du terrain, nous a permis, à titre expérimental d'adopter une posture de chercheur pour aller à la rencontre de professionnels que nous avons, pourtant, l'habitude de manager. Ce changement de regard a forcément participé à cette prise de distance, quant à un vécu de soignant vers une identité d'encadrant.

Une quatrième hypothèse que nous n'avions pas formalisé, mais qui nous inquiétait dans les attentes de rôle du cadre de santé, était une éventuelle non attente du cadre de santé par l'équipe infirmière, que celle-ci n'attende plus rien ou vraiment plus grand-chose de leur encadrant. Cette hypothèse était sûrement issue du discours répandu de contestation de l'hôpital d'aujourd'hui, contestation généralisée, prise dans un mouvement rétrograde du

« c'était mieux avant ». Cette hypothèse cachée, n'est pas validée, les cadres de santé existent toujours au sein des unités, physiquement et psychiquement. Les soignants leur confèrent toujours un rôle, avant tout de continuer à les aider à mieux faire.

La recherche documentaire professionnelle a éveillé en nous un grand intérêt, et nous a fait nous rendre compte de l'importance de celle-ci dans l'exercice de cette fonction. Le chemin parcouru pour la rédaction de ce mémoire, aussi laborieux qu'il a pu nous paraître, par moments, nous a réservé de nombreuses surprises. On ne sait pas à l'avance, on recherche, on questionne, on se documente, et pourtant on avance. La découverte des auteurs fait partie des surprises que nous réservait ce chemin, notamment de réaliser comment les concepts se répondent à travers leurs domaines, l'espace et le temps. Comme Follet et Simmel de part et d'autre de l'Atlantique, au début du siècle dernier semblent se répondre, et continuent de résonner avec Clot ou Dejours plus contemporains.

Il serait intéressant de poursuivre cette recherche en questionnant les attentes des cadres de santé dans leur propre rôle de prévention et de gestion des conflits liés au travail, en les confrontant, à la fois, à ce qu'attendent d'eux les directeurs des soins et les directeurs des ressources humaines dans la réalisation de cette mission et à ce que nous avons vu des attentes des équipes infirmières.

Nous terminerons avec une dernière citation de M.P. Follet :

> « C'est une erreur de croire que nous pouvons résoudre les problèmes. Cette croyance est une entrave à la réflexion. Ce dont nous avons besoin, c'est une démarche pour appréhender les problèmes. Quand nous pensons que nous avons résolu un problème, par la mise en place du processus de résolution, de nouveaux éléments, de nouvelles forces apparaissent dans la situation et vous avez sur les bras un nouveau problème à résoudre. »

Bibliographie

Anzieu, D. & Martin, J-Y. (2017). *La dynamique des groupes restreints.* Paris : Edition PUF

Caillé, A. (2016). *Pouvoir, domination, charisme et leadership*. Revue du Mauss permanente. Repéré à http://www.journaldumauss.net/?Pouvoir-domination-charisme-et

Combarnous, D. (2018). Évolution de la fonction de cadre de santé. Objectifs SOINS & MANAGEMENT, (N° 262), p.52

Collantier, F . (2015). *Les concepts de statut et de rôle.* Repéré à http://www.aspsariane.fr/assets/sites/aspsariane.fr/uploaded/Les%20concepts%20de%20statut%20et%20de%20rôle.pdf

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

Direction générale de l'administration et de la fonction publique – Ministère de la fonction publique (2017) *Guide de l'encadrante et de l'encadrant dans la fonction publique.* Repéré à https://www.fonction-publique.gouv.fr/files/files/publications/coll_cadres_de_la_FP/Guide-de-l-encadrant-web.pdf

Groutel, E. (2013). *Follet un management au service de la société.* Paris : Édition Humanisme & organisations éditions.

Harley, F.,Rufin, F.,Catanas,M.,Carré,S. (6 mai 2003) *Travail en équipe et gestion des conflits : rôle du cadre de santé.* Repéré à https://www.cadredesante.com/spip/profession/management/Travail-en-equipe-et-gestion-des-conflits

Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes *Le répertoire des métiers de la santé et de l'autonomie-fonction publique hospitalière : encadrant d'unité de soins et d'activités paramédicales* Repéré à http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/spip.php?page=fiche-metier&idmet=27#ancre4

Mousli, M. (2005). *Éloge du conflit. Mary Parker Follet et le conflit constructif.* Négociations, no 4(2), 21-33. Repéré à https://www.cairn.info/revue-negociations-2005-2-page-21.htm

Mucchielli, R. (2018) . *La dynamique des groupes : Processus d'influence et de changement dans la vie affective des groupes.* Issy-les-Moulineaux : Edition ESF

Picard, D. & Marc, E. (2008). *Les conflits relationnels.* Paris : Edition PUF

Simmel, G. (2015). *Le conflit.* Belval : Edition Circé

Annexe I : guide d'entretien semi directif

Guide d'entretien semi-directif pour infirmier en unité d'hospitalisation psychiatrique

Question inaugurale : Pouvez-vous me raconter un conflit en lien avec le travail qui a eu lieu au sein de votre équipe ?

Thème 1 : du désaccord au conflit

- Pouvez-vous me raconter un désaccord en lien avec le travail qui a eu lieu au sein de votre équipe ?
- Ça se passe comment en cas de désaccord liés au travail entre collègues IDE ?
- Ça se discute où ? Quand ? Ça se passe comment quand le désaccord ne trouve pas de solution facile ?
- C'est plutôt des désaccords de quel ordre, de quelle nature qui ne trouvent pas de solutions faciles ? C'est gérer comment racontez moi ?
- Et quand ça tourne au conflit ça se passe comment ? C'est plutôt quel genre de désaccord qui tourne au conflit ? Et c'est géré comment ?

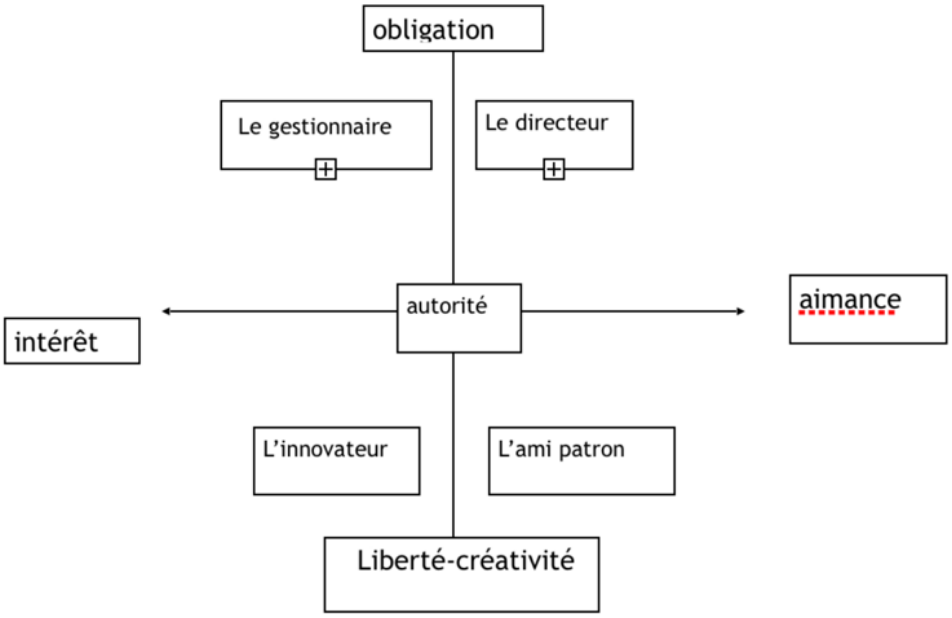
Thème 2 : l'encadrement en lien avec l'administration et l'équipe médicale

- Ça se passe comment quand un changement dans les pratiques est demandé par la direction ?
- Comment cela vous a-t-il été annoncé ? Et quand ça ne passe pas, ça se passe comment ?
- Y a-t-il des moments d'échanges prévus avec le cadre pour ces difficultés ? Concrètement avez-vous déjà eu l'occasion de manifester une opposition à votre cadre sur une nouvelle directive de la direction ?
- De quelle manière le cadre avait réagi ? Avec quelles conséquences ?
- Avez-vous déjà eu l'impression que le cadre ne semblait pas d'accord avec les directives qu'il annonçait à l'équipe ? Ça se manifestait comment ?

- Est-ce que ça changé quelque chose à leur mise en œuvre ?
- A votre connaissance le cadre de santé a-t-il déjà fait remonter à sa propre hiérarchie les difficultés que rencontrait la mise en œuvre de directives auxquelles l'équipe signifiait son opposition ? De quelle manière ? Avec quels effets dans la réalité du service ? Comment vous comprenez ça ?
- Dans les rapports avec les médecins ça se passe comment quand il y a divergence sur la manière de considérer la prise en charge ?
- Et avec l'équipe médicale les échanges sont faciles ?
- Ça se passe comment en cas de désaccord avec les médecins sur une facette de la prise en charge ?
- Et si le désaccord persiste ça se passe comment ? Où ? Avec qui ? Ça ose être dit ? C'est accueilli comment ?
- Dans ces cas-là votre cadre réagit comment ? Comment percevez-vous votre cadre dans sa position avec l'équipe médicale ?

Thème 3 : perception de la nature et de l'intensité des figures d'autorités

- De 1 à 10 si vous deviez noter l'exercice effectif de l'autorité 1 pas du tout et 10 ressenti effectif très fort de l'autorité, vous évalueriez à combien celle du cadre de santé ? Et celle du médecin responsable ? Voyez-vous d'autres figures d'autorité dans l'unité ?
- Sur le schéma ci-joint vous mettriez où le cadre, le responsable médical ?



(À partir des pôles de l'action collective et individuelle, on distinguera donc :

- Dans l'ordre de l'intérêt pour soi, de la rationalité instrumentale et du contrat (on retrouve le pouvoir rationnel légal de Weber), de la négociation, a du pouvoir le gestionnaire. On lui obéit parce que l'on croit que c'est lui qui, à partir de fins communément partagées, sait obtenir la meilleure combinaison possible des moyens.

- Dans l'ordre de l'intérêt pour autrui et de la sympathie, exerce une influence, a du pouvoir, l'ami patron. On lui obéit parce qu'on l'aime bien, et on l'aime bien parce qu'il aime bien, « il est humain » et sait prendre en compte les difficultés et les problèmes particuliers de chacun.

- Dans l'ordre de l'obligation (morale, juridique, économique), met en œuvre la Loi, a du pouvoir le directeur (on est assez proche du pouvoir traditionnel de Weber).On lui obéit parce qu'il incarne les valeurs fondatrices de l'organisation et qu'il est le seul qui en a une vue générale.

- Dans l'ordre de la liberté-créativité, de la générativité (on retrouve le pouvoir charismatique de Weber), innove, entreprend, a du pouvoir l'innovateur. On lui obéit ou plutôt, on le suit parce qu'il a de l'allant, il permet de sortir des routines, il apporte de l'espoir en faisant miroiter des possibles à faire advenir.)

- Au fond pour vous qui exerce vraiment l'autorité ? Cadre, médecin, autre …
- La manière de réagir du cadre dans cette situation influence t'elle ce que vous pourriez attendre du cadre dans la gestion du conflit

Thème 4 : communication formelle et communication informelle

- Finalement dans les réunions est-ce que c'est possible d'exprimer une opposition ou une divergence ?
- Est-ce que vous trouvez que la parole est autant aisée à prendre dans chacune de ses réunions ? C'est dû à quoi d'après vous ?

- Y a-t-il quelque chose qui est fait pour inviter à la prise de parole ? Par qui ? Comment ? Avec quels effets ?
- Vous, personnellement arrivez-vous à dire les choses dans ces temps là ? Même les choses avec lesquelles vous ne seriez pas d'accord ? Vous le dites plutôt à qui ? Où ? Comment ?
- Quand un collègue au cours d'une réunion exprime un désaccord sur le travail (manière de faire les choses, orientation de prise en charge du patient) est-ce que l'idée a déjà circulé au sein de l'équipe IDE avant d'être exposé en réunion ? Racontez moi …
- Comment est accueillie cette manière de voir les choses ? Avez-vous un exemple en tête, racontez…
- La convivialité au sein de votre service ça se passe comment ? Existe-t-il des moments de convivialité dans votre service au quotidien ? Racontez moi… Avec qui ? Où ? Ça dure combien de temps ? C'est organisé comment ? Par qui ? Les appareils ménagers, la nourriture les friandises qui les ramènent ?
- Et des moments de convivialité plus exceptionnels ça existe chez vous ? Racontez moi. Des repas hebdomadaires ? des anniversaires ? des réjouissances ? Qui les organise ? Cadre invité ? Médecins invités ? Pourquoi ?
- Pensez-vous que cela influence l'entente en général dans le service ?
- À votre avis ça a quelle utilité la convivialité au sein d'une équipe soignante ?

Thème 5 : assistance professionnelle du cadre

- À votre connaissance le cadre a-t-il déjà pu solutionner une problématique de travail par son expertise ?
- D'après vous est-ce que votre cadre se rend compte de la réalité de votre journée de travail ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça, concrètement ? Y a-t-il des moments où ça peut se parler ?Avec qui ? Comment ?
- Avez-vous déjà trouvé personnellement des solutions pratiques à un problème de travail ? Est-ce que ça c'était parlé avec le cadre ? Avant ? Après ?
- Aviez-vous ressenti que votre solution était valorisée par votre cadre ?
- Pensez-vous que cette expertise professionnelle lui confère une capacité à gérer le conflit ?

Thème 6 : perception des méthodes de résolution des conflits

- Et quand les conflits sont gérés par la domination (« c'est comme ça pas autrement ») ça se passe comment ? Est-ce qu'il s'agissait plutôt du cadre ou du médecin ?
- Quand il s'agissait plutôt d'une domination (soumission) à la manière de faire ou de voir du médecin, quelle était la position du cadre de santé d'après vous ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Quand il s'agissait plutôt d'une domination (soumission) à la manière de faire ou de voir du cadre, quelle était la position du médecin d'après vous ? Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?
- Quand il semblait que le soignant s'était soumis à la parole du cadre ou du médecin, ça se passait comment, après dans l'intimité de l'équipe ?
- Et quand c'est sur le mode du compromis que les conflits sont tentés d'être gérés ça se passe comment ?
- Vous a-t-il déjà paru que le cadre essayait de trouver un compromis dans le cas de conflit ?
- Est-ce que les opposants étaient satisfaits de ce compromis ?
- Que pensez vous de cette méthode pour gérer les conflits ?
- Y a-t-il des fois où le conflit a été géré autrement que par le compromis ou la domination, pouvez-vous me raconter ?
- Avez-vous souvenir de cas de conflit qui n'ont été géré par le cadre ni par la soumission ni par le compromis ? Pouvez-vous me raconter ?
- Vous rappelez-vous un conflit où sa gestion par le cadre avait permis de le résoudre en permettant aux opposants d'avoir raison tous les deux ? Ça s'était passé comment ?

Talon sociologique

Âge, année de diplôme, ancienneté dans le service, projet de rester ou partir du service, nombre de service dans la carrière, situation maritale, situation parentale, âges des enfants, antécédent de protagoniste de conflit, appartenance syndicale, existence d'un projet d'évolution professionnelle vers la fonction d'encadrant.

Annexe II : entretien semi directif avec Etienne IDE Unité A

Est-ce que tu peux me raconter un conflit lié au travail entre collègues infirmiers qui était resté en tête. Sur quoi ? comment ça s'est passé ? Comment ça été discuté comment ça a été tenté d'être résolu ? Alors un conflit majeur qui m'a marqué et c'est la finalité qui m'a marqué : j'ai travaillé avec une collègue qui faisait en sorte d'arriver une heure en retard et de partir, si elle pouvait une heure à l'avance au niveau du travail. Comme la semaine c'était quelque chose qui était plutôt pas cautionné mais qui pouvait être toléré parce qu'on est en équipe, parce qu'on est en nombre donc ça passait puis c'était relativement embêtant mais de courte durée. Un week-end on était trois avec cette collègue il y a une situation de crise à 8h le soir et donc j'ai dû être appelé en renfort dans un autre service, mes deux collègues sont restés ensemble, il y a une situation de crise dans notre service et cette collègue en question était déjà partie, c'était un samedi soir. Donc au final bah il restait une seule soignante dans un service de vingt lits pour gérer le conflit ça a été assez problématique. Le lendemain avec ma collègue on a vu notre, parce que c'était le samedi, donc le dimanche on a retravaillé ensemble donc on a vu notre collègue pour lui dire que ce n'était pas possible, on ne pouvait pas ne pas pouvoir compter sur elle au moins sur les temps de présence dans le service, notre collègue nous a dit que ça ne nous regardait pas, que c'était au cadre de voir ça. Nous on aurait préféré parler entre nous avant d'aller voir le cadre donc on lui a laissé le choix, « mais écoute pas de problème si tu refuses de pouvoir nous entendre on va en parler directement au cadre le lundi quoi ». Ce qui a été fait et cette collègue-là ne nous a plus adressé la parole pendant trois mois, elle a eu un arrêt et en off le cadre l'a vue, hein essayé de lui en parler et en off le cadre en question nous a dit qu'il ne pouvait rien faire parce que la direction lui avait demandé plutôt de ménager cette collègue-là qui avait pendant l'arrêt qu'elle avait fait, il semblerait, fait un passage à l'acte suicidaire et une tentative de suicide et son mari voulait porter plainte pour euh contre l'établissement pour harcèlement donc nous on en est resté avec une situation de mise en danger qu'on avait vécu. La collègue qui se sent agressée par nous

alors qu'on a essayé de mettre les formes les plus, on essaye de mettre le plus de formes possibles dans cette situation-là, le cadre qui gère ça et in fine le cadre on lui dit bah ménage cette collègue même si elle sort.

Tu disais que la semaine ça passait ou en tout cas c'était accepté le fait qu'elle puisse arriver plus tard et partir plutôt ça avait été parlé ? Oui oui c'était parlé entre nous le cadre l'avait déjà vue il semblerait par rapport à ça, après quand on est face à une personne…

À la base le cadre était au courant de cette situation-là ? Non pas dans ces proportions-là bien sûr que non le matin ou le soir aux horaires extrêmes le cadre n'est pas là. **Et combien de temps ça a duré jusqu'à ce que le cadre soit mis au courant que c'était aussi le soir ?** Ça a dû prendre plusieurs mois quasiment un an j'ai envie de dire ?

Et comment tu expliques le fait que, comme ça, c'est resté dans l'équipe ? Parce que si le service tient, globalement c'est un problème qui va revenir une fois par mois ou une fois par semaine, max toutes les deux semaines, une collègue qui se barre plutôt OK c'est chiant. **Mais c'était tous les jours ?** Bah à chaque fois qu'elle bossait mais nous on ne bosse jamais avec les mêmes personnes donc au final ça va embêter une personne, une fois de temps en temps, une fois toutes les deux semaines, mais ça passe donc ça peut être absorbé je pense que c'est ça qui a justifié le fait que ça dure aussi longtemps. **Mais enfin concrètement tu devais bien te rendre compte à chaque fois que tu bossais avec elle ça se passait comme ça ?** Oui bien sûr mais ça nous avait jamais mis en danger. Je sais pas ça nous a semblé aberrant aussi mais est ce qu'on essaye pas de protéger ou d'éviter les conflits ? Est-ce que y'a pas une tentative d'heu d'éviter les conflits parce que c'est pas la seule collègue, on a tout le temps, dans tous les services que j'ai pu avoir il y avait des collègues qui arrivaient systématiquement en retard, qui partaient plus tôt : ça non ; qui partaient plutôt, très rare, mais qui arrivaient en retard systématiquement, en fonction des collègues on sait. On sait y compris dans ce service-là, on sait qu'il y'a tel collègue qui n'arrivera jamais sans un quart d'heure de retard ou sans vingt minutes de retard voilà. **Et donc comment t'expliquerais le fait que l'équipe ait pris sur elle autant de temps avant de... ?** Je pense qu'il n'y avait pas de situation qui m'était en danger les collègues à ce moment-là, c'est une collègue qui fournissait de mon avis et de l'avis de plusieurs collègues, qui fournissait une charge de travail qui n'était pas non plus transcendante, si on arrive avec une heure de retard et qu'on part une heure en avance on se dit que l'investissement au travail est plutôt léger, au final donc c'était une collègue qui était présent ou pas au final qui avait peu… On s'adaptait pour

pouvoir encaisser le travail qu'elle pouvait ne pas fournir donc qu'elle soit là ou pas au final le changement est léger. **Mais quand bien même ?** Oui Je comprends qu'on soit payé de la même manière pour pas le même travail fourni ? **Mais au-delà de ça le côté, comment ça se fait que, alors que communément il y a pas trop de soucis d'aller solliciter le cadre pour qu'il puisse trouver une solution aux problèmes qu'on rencontre, pourquoi dans ses affaires là, quand il y a un conflit entre deux collègues ou entre un collègue et plusieurs collègues y a tout un temps où l'équipe va prendre sur elle et essayait de ménager de s'adapter jusqu'à ce que finalement la sécurité des soins en vienne à être touchée et là c'est le point de rupture de possibilité que l'équipe contienne cette histoire ?**Alors ça a quelques années mais je peux faire le lien avec une autre problématique dans ce service-là qui avait été vécu à peu près un an avant où une collègue consommait des toxiques sur son lieu de travail et donc pareil on a tout fait pour essayer de gérer ça en équipe pour pouvoir protéger notre collègue, qui elle, alors ces deux collègues complètement différentes mais celle qui consommait des toxiques avait une réelle problématique psychiatrique de dépendance et une problématique sociale qu'on connaissait tous, donc c'était vraiment un problème avec une collègue qui avait des problèmes extérieurs extrêmement important donc on faisait tout pour la protéger, pour la protéger cette collègue-là. Un jour elle a franchi certaines limites. On lui avait proposé la médecine du travail avec un arrêt. **C'est l'équipe infirmière qui a proposé ?** On avait essayé de gérer ça par l'équipe infirmière sans passer par les cadres. C'était avant la première histoire et donc pas de médecin du travail, ça a été géré avec notre cadre, notre cadre de l'époque venait d'arriver et nous dit : je suis incapable de gérer ce genre de situation là, j'appelle ma cadre sup', ma supérieure, ça c'est fini donc une ***silence*** donc un blâme, elle a été dans un premier temps mise à pied, elle avait des soucis de santé énormes, des soucis extérieurs énormes avec un risque de passage à l'acte suicidaire qui pour nous était majeur, on s'est retrouvé dans une situation en se disant : mince ! notre collègue on peut l'aider, pas forcément en cautionnant ses consommations mais en l'orientant vers un arrêt vers un suivi obligatoire tout ça. La réponse de l'administration a été vous êtes défaillante vous dégagez il a fallu que l'intégralité du service signe de tous les soignants, agents, hors cadre, signe un papier en disant que c'était une très bonne professionnelle hors ces périodes de dépendance et de soucis extérieurs mais en tant que telle, quand elle était sevrée, parce qu'elle avait déjà eu des périodes de sevrage c'était vraiment une bonne professionnelle attentionnée adaptée et que la solution n'était pas forcément de l'expulser mais peut-être de l'accompagner, de la

prendre en charge d'un point de vue médical. Elle a fini par être réintégrée sur un poste aménagé. Il y a les syndicats qui se sont saisie de l'affaire mais ça a été un semi traumatisme pour l'équipe en disant « on a un problème avec une collègue ou une collègue a un problème qui impacte au final les prises en charge on essaie de gérer ça de notre côté, ça passe pas, on appelle le cadre, la réponse du cadre c'est on met cette collègue dehors ». Ça c'était un an avant cette histoire, la première histoire avec la collègue qui prenait une heure avant et une heure après c'est pas du tout le même profil il y avait pas quelque chose qui nous semblait de l'ordre pathologique dans son approche c'est plutôt un manque d'investissement dans le travail qui posait problème mais ça peut expliquer le fait que ça ait retardé aussi l'idée de remonter ça à nos supérieurs. **La manière dont ça avait été géré la première fois ?** Oui ça a été un traumatisme pour beaucoup, pour beaucoup, et qui a duré pendant plusieurs semaines. **Mais dans les deux cas finalement ce n'était pas au niveau du cadre c'était au-dessus qu'était prise la décision finale ?** Oui tout à fait mais la personne qui a relayé dans les deux cas, c'est le cadre. Alors pour le coup la première fois c'était son incapacité à pouvoir gérer le conflit qui l'a orienté vers sa cadre sup' et la seconde fois notre cadre a fait ce qu'il avait à faire, c'est juste qu'après c'est la direction qui a dit attention potentiellement on peut avoir des soucis avec cette soignante. **Est-ce que tu as déjà été, toi personnellement, dans une confrontation avec un collègue sur une manière de faire où tu n'es pas d'accord sur la manière de faire ?** Ouais ouais. **C'est plutôt quel genre de choses ?** Sur des pratiques ou sur des actions de soins à faire où je crois que mon premier ici c'était en arrivant sur HÔPITAL X c'était une collègue qui m'a dit ça fait quatre ans que je suis dans le service moi les ECT je ne veux pas les faire c'est le genre de chose que j'ai un peu de mal, on fait tous le même boulot pour le coup et voilà et l'autre fois c'était un quiproquo au niveau de paroles rapportées à chaque fois que ça m'a directement touché c'était très court parce que je vais voir les personnes directement pour crever l'abcès donc la première situation on s'est engueulé je crois quelque chose de bien et on est allé fumer une clope après je suis revenu la voir en disant bein on discute, on se pose, la période de tension est passée il est hors de question qu'on passe six mois à se prendre la tête pour une ânerie, pour un soin qu'elle a toujours fait. **Quelle différence de pratique ?** C'était une collègue qui ne voulait pas aller au sismo (sismothérapie) par exemple la première c'était juste ça moi je suis l'ainée. **Et là en parlant vous avez réussi à trouver un accord ?** Oui nous on avait des horaires d'arrivée la personne qui arrivait à 9h elle allait au ECT donc je lui ai dit pas de problème moi je vais aux ECT mais

tu me laisses arriver à 9h au lieu d'arriver à 6h30 ou j'irai pas aux ECT c'est aussi simple que ça. **C'était quoi la solution ?** Mais j'y suis pas allé et j'ai dit non c'est pas ton ancienneté qui fera que. Du coup elle a gueulé, elle a claqué des portes mais elle y est allée. Après on a discuté on s'est dit ça sert à rien de s'emporter pour des choses comme ça. Le dialogue permet à chaque fois de crever… **Oui pour peu qu'il y ait de la bonne volonté ?** C'est hyper compliqué mais je pense que la bonne volonté il faut pas l'attendre de l'autre il faut qu'elle parte de soi-même. **Mais y a aussi des fois on peut être convaincu que la manière dont on fait la chose c'est la bonne pratique ?** Je n'ai jamais eu de conflit sur ce genre de situation parce que chaque fois qu'il y a un doute on va toujours dans tous les services que j'ai pu faire c'était géré de manière collective. S'il y a un doute là on a eu le cas avec un patient ici sur les prises en charge sur lesquels moi clairement je n'étais pas d'accord, je ne suis toujours pas d'accord sur la prise en charge on a pu faire une multitude de réunions, faire participer plusieurs médecins et avoir un regard un peu plus objectif sur la situation. Il y a un choix de soins qui a été pris qui correspond absolument pas à celui que moi j'attendrai, tant pis ça a été décidé en équipe, collégialement pas de problème avec différents médecins. Moi ce qui me rassure c'est qu'il y ait d'autres médecins qui soient plutôt orientés sur la prise en charge que je souhaite en disant voilà on est en psychiatrie on a différents regards heureusement qu'on en a plusieurs, si le regard majoritaire ne correspond pas au mien mais il est majoritaire c'est certainement qu'il doit être meilleur et on attendra quelques années. Dans mon parcours de soins j'ai principalement travaillé dans des services analytiques donc de base je sais qu'il y a des maladies que je ne comprends pas, de par l'éducation psychiatrique que j'ai pu avoir, psycho-pathologique, les borderline les états limites je n'arrive pas à concevoir cette maladie là c'est une psychose blanche, c'est une psychose en devenir mais l'état limite pour moi c'est un fourre-tout. **Par exemple il y a des choses, des indications médicales qui ne sont pas tout à fait claires pas tout à fait écrites. On peut avoir en fonction de l'équipe de travail ce jour-là et surtout les week-ends quand il n'y a pas les médecins, quand il n'y a pas le cadre des interprétations plus ou moins laxistes ou plus ou moins strictes par rapport à cette indication, personne n'a raison, personne n'a tort, il n'y a rien qui dit que c'est non il n'y a rien qui oblige à ce que ça soit non.** On a toujours un cadre présent en psychiatrie ça a l'air d'être la philosophie de ce service-là, et moi j'ai toujours travaillé dans un service comme , on a un cadre fixe mais rien ne nous empêche de transgresser ce cadre du moment qu'on a une limite après on le transgresse d'une manière collective , c'est-à-dire par exemple

ça nous arrive par exemple sur l'exemple du week-end sur les consignes de sortie ça nous arrive régulièrement de ne pas avoir de consignes de sortie d'avoir des patients qui sont stabilisés qui nous nous rassure qui nous disent : Est-ce que je peux aller m'acheter un café on a pas la possibilité de l'accompagner ,jamais de moi-même je prendrai la responsabilité d'ouvrir la porte par compte si on est trois ou quatre et ça ça nous arrive tous les week-ends à un moment donné pendant la pause-café ou autre on dit Monsieur machin veux sortir moi personnellement ça ne me semble pas déconnant est-ce que ça vous est-ce que vous êtes d'accord ? **Mais le lendemain pour pas que ça soit une autre équipe ?** On transmet ça. **Et si l'équipe du lendemain n'est pas dans la possibilité de pouvoir être aussi large que ce que l'équipe s'était permise de faire la veille ça peut éventuellement mettre en difficulté cette équipe du lundi** ? Et bein jamais vu avec le dialogue le patient globalement il le sait on lui dit systématiquement : écoutez là on a pas l'autorisation médicale on prend sur nous donc c'est vraiment la la le dialogue si on lui on lui explique au patient et le lendemain, en plus, mettons c'était le week-end on arrive au lundi on dit le médecin est là, demandez-lui ou on transmet à l'équipe il est sorti ça s'est passé hyper bien on a pris sur nous dites aux médecins de le voir et de lever. Je, euh arrivé sur cet exemple là en tout cas ça me semble compliqué si c'est verbaliser un soignant tout seul qui ouvre la porte Qui dit moi je qui passe pour le bon objet et porte-à-faux les autres collègues. **Mais par exemple un goûter, un deuxième goûter, une largesse quoi on sait pas mais le dimanche qu'on peut difficilement on peut moins facilement se permettre le lundi ?** Bon alors ça ça arrive on peut se retrouver en difficulté avec ça de la générer des conflits d'équipe. **Bah en tout cas un désaccord déjà de largesses de la veille ça m'a mis en difficulté.** Est-ce que le cadre peut avoir une action là-dessus ? **Non mais déjà comment ça se passe entre collègues quand il y a ce type de désaccord là sur une manière de faire ou personne n'a raison personne a tort c'est deux manières de voir les choses.** On demande aux médecins de trancher on a suffisamment de alors on a des médecins qui sont extrêmement accessibles ici on demande aux médecins de trancher vraiment quand ça peut arriver si nous on est débordé par exemple le second goûter, c'est un très bon exemple ça arrive régulièrement si on est débordé on dit non après on a aussi on fait avec le fonctionnement de chaque soignant et le patient ils sont bien au clair avec ça aussi ils savent très bien qu'en fonction de tel ou tel autre soignant ils vont plus ou moins avoir des possibilités d'aménagement. Un patient qui fume n'ira jamais taper, taxer un soignant qui ne fume pas donc déjà il repère qui peuvent aller voir et après en fonction de…Il

y a des collègues qui donne des cigarettes moi je ne donne pas de cigarettes j'ai jamais eu un patient qui m'a dit l'autre est gentil vous êtes méchants non c'est juste que j'ai des cigarettes pour moi pour la journée j'en donne pas plus. Et nos patients sont malades ils restent quand même conscients d'une bonne partie de la réalité de l'environnement qui les entoure donc c'est des conflits qui peuvent exister c'est des légers problèmes de fonctionnement qui peuvent exister mais qui sont très facilement rattrapable pour moi avec des mots et expliqué et y compris avec un patient délirant il y a toujours un petit accès avec un patient délire et s'il n'y a plus d'accès, on fera en sorte de stopper le patient.

Est-ce que c'est déjà arrivé que le cadre vous annonce une nouvelle directive de la direction des soins « voilà à partir d'aujourd'hui on nous demande de faire comme si on est loin de faire comme ça ? » Et que ce soit à l'encontre de l'intégrité de l'équipe ou d'une partie de l'équipe ou de moi-même ? **Comment ça se passe ?** Alors je parle en mon nom, si c'est une mesure qui me semble adaptée, très bien, si c'est une mesure qui me semble complètement aberrante je ne la pratique pas. Ah, ça pose problème si tout le monde fait comme moi, on va pas loin, bah si y en a qui sont d'accord ou pas c'est compliqué. À chaque fois que c'est arrivé c'est sur des mesures qui concernaient, on dira ou impactant moi, mon mode de fonctionnement, que ce soit pour le port des blouses, que ce soit pour le nom de famille dessus ou autre. Il y a un cadre légal strict, je me fie au cadre légal strict, après les arrangements d'une structure avec ce cadre légal, si ça ne correspond pas à mes pratiques, je me fie au cadre légal. J'ai vécu ça pour le nom inscrit sur ma blouse, j'ai travaillé ici pendant des années avec mon nom de famille qui était retiré, suite à des soucis en début de carrière en Bretagne, un petit hôpital, où avec le nom de famille on retrouve facilement les gens et donc ici il n'y a pas eu de problème pour que mon nom de famille soit retiré il y a juste mon prénom mes initiales en arrivant sur ce site je suis tombé sur une cadre qui m'a dit que non la loi c'est ça ! Je lui dis d'accord c'est intéressant on ne me l'a jamais sorti mais pourquoi pas donc je lui ai demandé d'où elle sortait ce cadre légal, parce que le cadre légal c'est on doit pas porter notre nom de famille sur nous, on doit être identifiable ce qui est une grosse différence, si je m'appelle (Etienne) je suis identifiable au secteur (A) c'est pas forcément avec mon nom de famille, si je vais signer je signe avec mon nom de famille, mais vu que j'ai à faire des renforts, pour me retrouver avec des patients dans des situations assez difficiles pour eux comme pour nous, j'aime pas que mon nom de famille soit collé à leur nez dans cette directive-là. **Est-ce que tu en avais parlé à tes collègues ?** La plupart des collègues

m'ont dit oui, mais que les collègues n'ayant pas retrouvé comme moi avec une amie proche … **Ils ont dit oui à quoi ?** oui, y'a pas, oui, que certains ça leur est égal d'avoir un nom de famille et d'autres préféraient ne pas avoir le nom de famille y en a qui voulait mettre du scotch moi j'ai coupé mes blouses, comme ça c'était réglé. Les nouvelles blouses que cette cadre-là m'a commandé parce que, en plus il a fallu démarcher d'autres personnes et donc voilà moi mes collègues, soit ça leur était complètement indifférent, soit c'était d'accord ouais on aimerait bien ne pas avoir notre nom de famille sur nos blouses .**Est-ce que c'est déjà arrivé par exemple que t'es l'impression que le cadre, quand elle annonçait une directive comme ça de la direction des soins, tu ne la sentes pas tout à fait au clair avec cette directive, tu la sens pas complètement 100 % convaincu par ce qu'elle dit elle-même ?** Non je pense que c'est dû, de mon point de vue, pour certains cadres comme pour certains infirmiers diplômés, les textes ou le cadre sont extrêmement rassurants, il y a une certaine rigidité dans une lettre qui a été écrit en disant, ça va être comme ça, ça va être comme ça, ça va être comme ça, donc les aménagements possibles avec ce cadre-là sont très compliqué, on retrouve souvent ça je pense chez les jeunes diplômés : ouais mais il est marqué à telle heure c'est à 16h qu'il faut donner tel traitement ou y a tel soin il est 16h15 c'est une catastrophe on est sorti du cadre de la prescription et on trouve souvent ça aussi avec des jeunes cadres, ils disent voilà la loi c'est comme ça, c'est comme ça, c'est comme ça, c'est comme ça, je pense que c'est un côté rassurant d'avoir quelque chose de rigide les anciens cadres pour moi ont une certaine forme de souplesse que leur expérience leur a donné. L'alcool est interdit dans un service, l'alcool est interdit dans un hôpital, j'ai pu voir ça, des cadres qui disaient non il est hors de question qu'il y a un pot de départ qui soit fêter ici avec de l'alcool, ça génère tout de suite un conflit avec l'équipe en disant l'idée n'est pas de se saouler sur place, l'idée c'est de rendre hommage à un soignant Un collègue, ça fait partie de notre vie, de rentrer, de quitter un service, là y'a un conflit qui est né pour une rigidité mais je pense qui rassure. L'histoire du nom de famille. Pour moi est juste. **La cadre avait commandé de nouvelles blouses avec ton nom de famille les blouses sont arrivées et toi t'as fait quoi ?** Je les ai coupées je les ai coupées **C'est-à-dire ?** Ça c'est pas une de mes blouses j'ai pris un cutter et je les ai remis exactement comme elles étaient avant j'ai laissé Étienne B et le reste de mon nom de famille je l'ai enlevé. **Elle a réagi comment ?** Elle m'a demandé ce que c'était, je lui ai dit que j'avais pas compris parce que les blouses étaient arrivées comme ça. **Et après ?** Elle a laissé couler. **Elle a pris de l'expérience quoi ?** Je sais pas, je sais pas, je trouvais ça d'une bêtise

absolue parce que bon je lui avais quand même expliqué les angoisses que ça pouvait générer, le passé que j'avais pu avoir avec ça, voilà je me suis retrouvé avec mon genou sur la gorge du patient dans des états d'agitation extrême avec mon nom qui est collé le patient en me croisant disant toi et (citant mon de famille) OK à Paris c'est vaste mais je viens pas d'un lieu qui était vaste on se connaissait tous. **Toi ça te parle pas le côté tu sens pas le cadre adhéré à 100 % à ce qu'elle est en train de me demander ?** Pour ça ? **Non de manière générale une directive.** Si la directive est censée, claire, les cadres arrivent souvent nous la vendre. **Moi je te parle quand tu perçois que le cadre lui-même n'est pas convaincu par ce qu'il raconte.** Pas tout le temps bien sûre parce que le cadre c'est un entre-deux, il est entre la direction qui va lui parler, j'exagère je vais dans les extrêmes : économie et gestion des lits, chiffres et le soignant qui va lui parler humain et temps. Et avec deux temporalités complètement différentes, entre l'administration entre l'administratif et le soignant et le cadre est le lien entre les deux forcément à un moment donné il va à l'encontre de l'un ou à l'encontre de l'autre il va plus souvent à l'encontre des démarches de l'équipe mais ce n'est pas de son fait c'est de par des contraintes qui sont envoyées par la direction donc forcément nous on est pas tout le temps content on lui fait part il y a plein de mesures de contrainte qui sont clairement, absolument pas soutenues par le cadre, ça se voit, quand un cadre nous dit qu'il y a un effectif qu'il y aura un soignant en moins sur un jour bien sûr que ça lui fait pas plaisir, on le sait bien, nous on est pas content, lui il est pas content mais voilà c'est fait. **Est-ce que ça change quelque chose à la mise en œuvre de la directive le fait que tu aies perçu que le cadre n'adhérait pas lui-même ?** Bien sûr bien sûr. Dans quel sens ? Dans un sens positif dans un sens positif on est pas déconnecté de la réalité d'un cadre tant que le cadre est aussi dans notre réalité il est sur deux plans tant qu'il arrive à jongler, de mon point de vue, tant qu'il arrive bien à jongler avec les deux là, il y a une dynamique qui se crée, mais en faisant entre nous des demandes qui sont clairement impossibles moi j'aimerais qu'on soit 10 pour un patient, j'exagère, mais ça il pourra jamais répondre par la positive et la direction qui est, potentiellement, souhaiterait qu'il y a un seul soignant pour 40 malades ce serait formidable au niveau des économies mais c'est pas réaliste non plus. Le cadre, lui, il est entre ces deux plans là, il adhère pas forcément. Si il y adhère j'ai envie de dire tant mieux ça veut dire qu'il y a quelque chose, parce que, parce que concrètement je n'ai jamais vu un seul cadre qui souhaitait aller à l'encontre d'un service, ils travaillent tous pour le mieux-être d'un service avec les limites qu'on lui donne et les limites des soignants aussi, on a tous des

caractères différents donc nous aussi on limite les marges de manœuvre du cadre si il y a quelque chose de vraiment positif y'a pas trop de problème pour le vendre si il y adhère si il y adhère pas ça peut permettre de nous vendre en disant : les gars ou les filles je peux pas faire plus, je suis limité je peux pas. On a ça pour les arrêts, alors ici on a peu d'arrêt, mais dans d'anciens services où il y avait beaucoup d'arrêt, des arrêts de travail, bah ouais y'a une demande d'intérimaires qui a été faite on a pas d'intérimaire, y a une demande de vacataires qui a été faite y'a pas de vacataires bon comment on fait ? Des matins/après-midi j'en ai fait à gogo, là le cadre globalement il me dit tu peux partir je peux pas t'imposer de rester tu peux partir tu laisses ta collègue seule, c'est pas du chantage, jamais je l'ai vécu comme ça. **En tout cas ça joue d'une manière plutôt positive le fait de percevoir… ?** Le fait qu'il y a un humain en face ouais et pourquoi on a tant de problèmes avec la direction c'est qu'on voit pas d'humanité sortir de la direction c'est le cadre qui fait le lien mais en dehors de ça c'est qu'il n'y a pas d'humains, pour nous, pour moi en tout cas.

Est-ce que ça arrive qu'un soignant ou qu'un groupe de soignants ne soit pas d'accord avec la prise en charge du médecin, avec la thérapeutique du médecin, avec des directives du médecin ? Ça se passe comment ces choses-là ? C'est arrivé il y a deux jours ici on n'en a discuté pendant une semaine, en équipe déjà entre nous, il y a un mail qui a été envoyé aux médecins concernés écrit par une équipe d'une journée et signé par l'intégralité des personnes qui étaient présentes pendant la rédaction de ce mail là et en copie jointe à notre cadre. La cadre a géré ça avec le médecin Elle nous a fait la relève ça n'a pas fait changer les choses donc il y a deux jours devant peu d'évolution qu'il y avait on lui a demandé on a demandé à notre cadre de venir aux transmissions et d'assister à notre échange sur ce patient là et les difficultés présentées par une dizaine de personnes pendant les transmissions c'est quand même plus parlant qu'un mail ou des retours brefs dans les couloirs, c'est une dizaine de personnes qui vont dans le même sens. Donc elle a fait le lien avec le médecin a refait le lien avec le médecin puisqu'il était là, nous ça a permis d'appuyer un peu plus nos décisions avec le médecin. Au final y'a quand même eu une journée de latence il y a une action qui a été mise en place qui nous semble un peu plus adaptés par rapport à ce patient là. Il faut du temps en fait c'est vraiment la notion de temporalité j'en parlais tout à l'heure entre les cadres les médecins les patients les soignants c'est pas du tout la même temporalité. Et donc on est on a besoin de temps et de passer d'étape par étape, notre cadre pour moi c'est un outil c'est

dégueulasse de dire ça c'est une personne qui a des outils à utiliser, des ressources après avoir utilisé celle de l'équipe une fois que l'équipe tombe d'accord on est pas d'accord pour moi c'est là que le cadre arrive comme personne ressource si le cadre n'est pas personne ressource ou s'il est en difficulté on remonte on est dans des systèmes hyper pyramidal et il ne faut pas squeezer ça on passe par la cadre sup' , la cadre sup' ça passe toujours pas ou ça marche pas on a d'autres possibilités de faire remonter, évènements indésirables ou autre voire des fois événements indésirables dès la base à reprendre en accord avec notre cadre pour faire accélérer les choses. Mais avec son accord toujours.

Là on va passer à l'autorité à la perception ressentie de l'autorité, si vous deviez évaluer la perception du ressenti de l'autorité de 1 à 10, 1 un ressenti très léger et 10 c'est un ressenti très fort de l'autorité vous évalueriez à combien l'autorité que vous ressentez de votre cadre de santé ? Actuel ? Je suis désolé je suis un abruti fini je dirais 10 ou 0, euh je j'ai toujours dit à mes cadres que je reconnaissais un cadre en fonction de ses compétences après c'est moi mon rapport à ça, mais tous les cadres que j'ai considéré comme compétent n'ont jamais eu de problème à me dire quoi que ce soit donc y avait une autorité qui relevait du 10 quand il me demandait quoi que ce soit toujours c'était oui parce que l'humanité fait partie de la compétence pour moi et donc un cadre qui déjà n'avait pas d'humanité ou qui pour moi n' avait un contact uniquement rigide et légal, qui enlève tout ce qui est de l'humain n'a aucune autorité donc c'est du 0 ou 10 J'ai pas d'entre deux heureusement j'en ai pas croisé beaucoup mais j'ai croisé deux cadres qui pour moi qui faisaient défaut d'humanité mais de manière incroyable qui les mettaient en danger , qui nous mettaient en danger, elles ne pouvaient absolument rien faire avec l'équipe moi y compris mais avec les équipes complètes parce qu'elles n'avaient aucune autorité parce que quelqu'un qui oublie l'humain ne peut pas. **Le responsable médical de l'unité l'autorité ressenti ?** Pareil alors c'est autre chose, ouais tu vas me dire que pour un cadre je suis censé répondre aux demandes d'un cadre ça c'est la loi, un médecin c'est censé être un collaborateur un médecin chef de l'unité il oriente quand même la politique du service. **Le médecin responsable de l'unité ?** De l'unité pas du pôle ? **Après.** On fait deux travail(s) différents c'est pas mon supérieur hiérarchique c'est un collaborateur donc on va dans le même sens c'est pas mon cadre et mon manager mon médecin chef d'unité n'est pas mon manager il est quelqu'un avec qui je travaille et en plus c'est cool on va dans même sens le cadre aussi il va dans le même sens mais il a des contraintes qui sont autre, les contraintes toujours de la direction , nous on a les contraintes

du patient et celle de la direction mais dans une moindre mesure on a surtout celle du patient donc on bosse plutôt relativement bien ensemble, autorité du médecin y en a pas trop c'est l'autorité de collègue à collègue c'est la reconnaissance professionnelle. Et pour évaluer de 1 à 10 l'autorité ressentie de la cadre Sup', enfin de la cadre de pôle ? Pareil 10. 10 ? Ouais 10. Et le chef de pôle ?10 ou 100 rire c'est Dieu le Père ouais 10/10/10 pour toutes les personnes qui sont là au niveau de la structure pyramidale qu'on peut avoir dans notre profession tous à 10.

Si on décortique un petit peu la notion d'autorité selon quatre pôles de l'innovation de la créativité la figure d'autorité qui propose qui est force de proposition qu'on a envie de suivre parce que justement elle propose des choses nouvelles. Le cadre qui est quand même très sympa et très humain et on a envie d'être sympa parce qu'il est parce qu'il est vachement sympa. Le cadre qui est très légaliste la loi c'est la loi y'a des règles ou l'intérêt pour le patient pour la prise en charge on peut décortiquer la notion d'autorité en quatre facettes qui se conjuguent un petit peu pour faire l'autorité y'a pas de version négative et en vérité de toute façon la figure d'autorité elle va jouer sur ces quatre modalités en fonction de la situation en fonction des personnes mais si vous deviez quand même essayer de placer ce que vous ressentez de la figure d'autorité du cadre de santé, du responsable médical de l'unité vous less situeriez plutôt où vous ? Dans ce que vous ressentez comme exercice de leur autorité ? Silence bah mince moi j'ai envie de mettre un peu au centre j'ai juste envie de mettre un point au centre, silence je ne peux pas en mettre ailleurs. L'ami patron ça ne marche pas mais il faut quand même avoir de l'aimance forcément toute liberté possible c'est pas possible non plus ça marche pas que des contraintes ça marche pas tout pour le patient il y a la réalité du monde qui est là quoi. **Pour le cadre le responsable médical de l'unité voilà ils sont plutôt assez équilibrés dans l'exercice de leur autorité ? Ils ont toutes ses facettes un petit peu ? Pas trop ?** Bien sûr bien sûr bien sûr avec en fonction de chacun des plus par exemple avec le médecin chef de pôle on aime bien se taquiner par rapport à la notion d'aimance dans le jeu mais c'est son intérêt qui en premier va m'attirer j'ai pas envie que ça soit un copain j'ai envie qu'il est une passion pour son travail c'est pour ça qu'on fait ce boulot là donc en arrivant c'est plus ça qui va me donner de l'attirance envers ce responsable là avec le temps ce qui pourrait me donner encore plus de passion ou d'amour je ne sais pas c'est de l'aimance c'est ce qui sera capable de transmettre en plus et donc je crois que c'est quelque chose qui, l'intérêt c'est que ça reste pour moi c'est

central C'est toujours au centre de cette figure là mais ça peut bouger ce n'est absolument pas fixe entre des temps hyper importants de sortie en équipe, des pots de départ ou autre ou là on sera plus dans le relationnel affectif voir la liberté la créativité ou autre que dans les obligations mais et les temps de contraintes parce qu'il y aura une refonte ou une fusion avec un autre secteur ou autre on est tout le temps en train de bouger mais la moyenne fait que c'est au centre en continu. **Moi on m'a dit dans ce service il y a la réunion du mardi ou on va prendre ,cadre, médecin, équipe infirmière on va prendre les patients un par un et le jeudi où c'est pareil cadre médecin équipe où va y avoir une première partie sur les choses un petit peu organisationnelles et puis après on va s'intéresser d' un peu plus près à un , deux, trois patients et alors est-ce que vous trouvez que c'est autant aisé de prendre la parole dans ces deux réunions ?** Oui c'est pas du tout les mêmes choses je peux difficilement comparer j'ai fait quelques réunions du jeudi mais le jeudi je suis pas là je suis au CMP donc la réunion du jeudi j'en ai vu très très peu mais pour moi celle à laquelle j'ai pu assister y avait autant de parole, limite plus de parole le jeudi que le mardi parce que le mardi va y avoir aussi la présentation des nouveaux patients donc c'est les médecins qui vont peut-être plus expliquer, nous on parlera de l'environnement présent des informations qu'on a pu avoir , et le médecin de l'historique après au niveau des échanges sur la prise en charge ou autre le jeudi ça me semble hyper intéressant et là avec plus de questionnements et de paroles donc les deux n'ont pas les mêmes objectifs. **Est-ce que vous trouvez qu'il y a quelque chose qui est fait dans ces deux réunions pour favoriser la prise de parole ?** Non non non qui veut parler qui peut s'exprimer, s'exprime après est-ce que quelque chose a été mise en place pour faciliter la parole ? Je pense. D'une personne un peu réservée ou autre ? Non y a pas. **Vous personnellement est-ce que t'arrives à dire dans ces réunions là un désaccord ?** Ouais ouais je n'ai jamais eu de problème pour dire mes désaccords mais je peux dire aussi mes accords. **Je ne sais pas si on lève la main pour dire je suis d'accord ?** Si si clairement si si quand on discute sur une prise en charge bien sûre qu'on attend on attend l'approbation aussi de tout le monde c'est important de dire qu'on est d'accord aussi. **Les cas où t'es pas d'accord c'est accueilli comment en face ? Tu perçois que c'est accueilli comment ?** C'est hyper vague ça dépend à chaque fois du désaccord si c'est pour dire parce que je suis pas d'accord pour dire que la couleur des chaussettes devrait être verte, l'accueil sera souvent prit pour une ânerie, on peut être en désaccord dans des situations des fois on se dit pourquoi ? pourquoi ces propos-là , c'est accueilli avec bienveillance ou un sourire de la

part de l'équipe et puis c'est pas relevé si c'est pour un point qui semble un peu plus pertinent sur la prise en charge soit les gens sont en désaccord complet et majoritaire et donc là y'a peu de discussion on nous dit voilà non pourquoi et puis souvent s'est expliqué, on est dans un service qui explique les choses, les médecins ou les collègues vont nous expliquer pourquoi c'est pas possible si c'est soutenu par plusieurs personnes là ça lance débat donc c'est plutôt bien accueilli sauf pour des remarques qui sont globalement ressenties par tout le monde comme étant peu, non pertinente à l'instant ce qui nous arrive tout le temps de faire des remarques on a pas bien compris la question et puis on va parler d'un autre sujet bon oui d'accord mais non c'est pas la question. **Par exemple un désaccord qui pourrait être exprimé dans cette réunion là avant d'être exprimé en réunion est-ce que c'est discuter au sein de l'équipe ?** C'est très rare qu'on tombe sur des situations qui n'ont pas as été évoqués avant ne serait-ce qu'au sein d'un petit groupe d'une petite équipe d'une équipe restreinte. Nos temps de pause on les passe à discuter nos temps de cigarettes on les passe à discuter on est tout le temps en train de discuter des patients on a des outils propres à nous-mêmes extérieur qui nous permettent de donner des informations entre nous sur certaines prises en charge créé par l'équipe pour communiquer. On est tout le temps en train de discuter donc c'est rare. **C'est quoi des outils propres à vous qui vous permettent de communiquer entre vous ?** Des outils qui sont certainement pas validés par la direction comme Messenger WhatsApp ou autre sans donner les noms des patients on sait tout de suite quand on est dans une équipe retrouver les euh, de qui on parle quand on est dans un service et donc ça nous arrive régulièrement quand on est en extrahospitaliers ou qu'on est en besoin d'information ou de questions que ce soit débattu là-dessus. Au sein de ce service-là de ce secteur il doit y avoir quatre outils comme ça différent un allouer à la connerie à l'échange humoristique et trois sur vraiment les fonctionnements ou les prises en charge qui nous pose problème ou des problématiques uniquement du service. **Qui a eu cette idée-là, enfin comment ça a émergé cette histoire ?** Moi quand je suis arrivé c'était déjà mis en place on a pu mettre ça en place avec des collègues amis sur un autre secteur et ça a été repris par la suite c'est pour créer un lien au début. Tout le monde n'a pas les numéros de tout le monde au final mais avec WhatsApp pas besoin d'avoir le numéro de téléphone pour être sur la même groupe donc ça permettait d'avoir des informations, des diffusion d'informations importantes pour des sorties ou des choses comme ça je pense que ça a débuté comme ça et avec le temps parce que c'est vrai qu'il y en a une qui est arrivé y a pas longtemps par exemple l'État limite il y a

une page qui a été créé uniquement pour se poser des questions sur les états limites les prises en charge des états limites, tout le monde a été invité là-dessus tout le monde toutes les personnes qui était motivé, y en a qui ont été retiré, y en a qui ont demandé à venir. Toujours en conservant le secret et l'anonymat du patient mais si on s'occupe du patient en continue on sait de qui on parle. **Et ça fait le lien comme ça entre intra et extra ?** Oui bien sûr c'est très rare pour revenir à la première question c'est très rare que ça ne soit pas réfléchi avant on est pas sur de l'impulsif hein ici très peu on n'en a des coups de sang bien sûr on a de l'impulsif mais on est en psychiatrie donc ça n'a aucune valeur si ce n'est pas réfléchi ou raisonné à un moment donné. Donner son désaccord sans l'argumenter bah c'est cool mais on est en psychiatrie donc ça n'a vraiment aucun sens il faut pouvoir argumenter il faut pouvoir expliquer quitte à reprendre après.

Pour revenir un petit peu la convivialité ça se passe comment dans ce service ? On couche tous ensemble. Rires. Il y a des personnes qui la portent, y a des personnes qui la portent réellement euh et qui laissent le plaisir et la possibilité à l'autre de continuer à la transmettre ou à l'apporter. Je suis tombé sur un service j'ai quitté un secteur qui était vraiment en grosse difficulté pour arriver ici et je suis tombé sur un service qui m'a accueilli extrêmement bien à bras ouverts et assez familial avec des sorties d'équipe avec quarante collègues ça faisait des années que je n'avais pas vu ça en Bretagne oui mais à Paris jamais et voilà moi j'aime bien laisser libre cours à ma créativité quand j'en ai envie et c'est un service qui m'a rapidement laissé la possibilité d'emballer une pièce complète de journaux , euh qui m'a laissé la possibilité de retourner une pièce un bureau au sens propre tout retourné. On a la possibilité de pouvoir jouer avec nos collègues dans du jeu bienveillant et c'est bien accueilli et au contraire c'est entretenu donc c'est agréable : on a pu faire des jeux de piste incroyable ici sur plusieurs semaines. **Et c'est entretenu par qui ?** Par plusieurs collègues qui laissent je pense que c'est dépendant de plusieurs collègues mais c'est aussi leur manière de pouvoir laisser à l'autre la capacité de faire, je suis tombé sur une équipe qui était hyper soudée , on pouvait très bien me dire bah écoute tu arrives tu te tais pas forcément accueillir et me laisser la possibilité de voler le téléphone portable de mon collègue d'aller le cacher dans le bureau médical au niveau -1 et de faire un jeu de piste qui va lui prendre quatre heures pour le retrouver après dix passages dans des pièces différentes , faut avoir la liberté de le faire et donc ça c'est une équipe qui laisse cette liberté y'a pas une seule personne, je parlais de la cohérence dans la prise en charge du patient : ça elle est commune, elle est relativement

commune sur les gros points on est à peu près tous d'accord on est complètement différent aussi c'est impressionnant chaque collègue on a vraiment on a pas un seul qui se ressemble à l'autre on a tous vraiment des parcours de vie divers et variés on a tous des formations divers et variés, c'est assez dingue ! Y a pas un seul collègue qui ressemble à un autre collègue entre les anciens les plus jeunes les parents les non parents ceux qui viennent du bout du monde ce qui ne viennent pas du bout du monde c'est un service qui est incroyable on a une diversité. **Est-ce que le cadre participe un peu convivialité ?** Notre cadre actuel je n'ai pas connu avant ça fait un an que je suis dans le service quand je suis arrivé c'était une autre cadre bien sûr qu'elle y participe, elle y participe en laissant faire silence la fois où j'ai emballé le poste de soins intégralement une cadre rigide m'aurait dit c'est scandaleux tu peux pas faire ça sur l'incendie je ne sais pas, elle aurait forcément trouver quelque chose on a notre cadre qui était là notre cadre sup' qui est passée ça les a toutes les deux fait rigoler et au bout d'une journée et elles ont dit bon ça serait quand même bien qu'il y ait une partie qui disparaisse mais elles ont laissé la possibilité de partager ça , silence de laisser la capacité de sortir un peu du cadre avec un rappel à la fin gentil pas méchant mais en disant attention faut pas …. **Et alors est-ce que des fois la cadre organise la convivialité ?** Malheureusement oui pour elle, elle a essayé de le faire mais les deux fois, rire, les deux fois où elle l'a fait la première fois c'était quoi ? c'était pour le nouvel an je crois que c'était pour le nouvel an ou pour Noël c'était une catastrophe : le service c'était le bordel pas possible on s'est retrouvé à ouvrir une bouteille à 16h on était trois alors qu'on devait être une douzaine, ouais elle y participe mais je pense que c'était décevant pour elle et une seconde fois aussi elle a fait une grande réunion sur laquelle elle s'était vachement investie et pas de pot parce qu'on était plusieurs à vouloir dire beaucoup de choses sur cette réunion là et c'était suite à une période hyper compliquée donc en ayant commencé à 6h, 6h du matin on voulait pas rester je crois que elle ça lui a , ça l'a vexé parce que elle , elle s'était vachement investie là-dedans mais nous on pouvait pas ,on ne voulait pas et on ne pouvait nerveusement. Donc oui elle y participe elle y participe clairement après les exemples que j'ai en tête c'était des vraies réussites et des petits échecs à la fois on peut jamais amener tout le monde. **D'après toi ça sert à quoi la convivialité dans une équipe ?** À vouloir venir travailler le matin clairement on aime tous notre métier ici. Y'a y'a, je, je, je n'ai en tête aucun soignant qui vienne ici pour des raisons alimentaires y'a pas loin pour ça mais personne par contre le fait de savoir qu'on va être avec des copains collègues ça permet vraiment d'être soulagé au travail d'être avec des gens qui on peut avoir

confiance. Le fantasme du soignant parfait ça n'existe pas l'équipe parfaite elle existe et là on n'en approche pour moi. C'est une équipe qui prend en compte nos évolutions psychiques : déjà lundi je peux être bien, mardi je peux être hyper mal, mercredi je sais pas en fonction de l'environnement extérieur de la vie je ne suis pas un soignant fixe j'ai des humeurs qui changent, l'extérieur m'impacte aussi moi et donc forcément impacte mon travail. On est dans un service qui permet de l'entendre ça permet de, de , pour moi de participer à la convivialité et à l'envie venir vouloir travailler d'aimer ce qu'on fait , je reprends le lien avec l'autre collègue qui avait des problèmes de dépendance et ben pour le coup il y avait une réelle volonté de soutien et d'aide pour cette collègue là ,on aurait pas eu à ce moment donné là, le côté familial dans cet autre service là ,je pense que cette collègue là, elle aurait juste eu un un rappel à la loi en disant mais (claquement de doigts) dégage c'est pas grave on est pas censé prendre de la drogue, on en a rien à faire, tu pars.

Est-ce que à ta connaissance le cadre était déjà en mesure de pouvoir apporter une assistance professionnelle de par son expertise ? Ici ? **Oui ou dans ta vie d'infirmier ?** Dans ma vie oui plusieurs fois, ici, non, non, pas à ma connaissance. Oui bien sûr bien sûr bien sûr bien sûr mais c'était toujours dans des, dans des contextes de relation très passionné, et d'aimance plutôt avec les cadres dans le sens je précise, dans le sens où à chaque fois que j'ai vu des cadres de par leur expérience pouvoir aider, accompagner les collègues c'est des collègues qui avaient la possibilité de se confier par rapport à leur vie privée ou à leur vie professionnelle avec ces cadres voilà, séparer les deux ça me semble assez utopiste. Et donc de par la confiance que ces cadres là pouvaient apporter, ils ont pu accompagner leurs paroles, ont pu être entendu par ses collègues là y aurait pas de relation de confiance et d'amitié, c'est pas de l'amitié, mais de respect, de facilités de parole ces cadres là n'auraient pas pu accompagner. **Alors attention vraiment je ne sais pas trop ce que tu entends par accompagner un collègue moi je te parle juste de l'équipe rencontre un problème on sait pas trop comment faire et le cadre qui dit non mais faites comme si fait comme ça parce qu'il a l'expérience et vous allez faire comme elle dit et ça solutionne le truc ?** Non, j'en ai jamais rencontré comme ça, moi je pense à des problèmes personnels qui étaient associés à des collègues. **Non vraiment assistance pro assistance dans l'exercice réelle de votre travail quoi un truc que vous étiez en difficulté on ne savait pas comment faire et elle a trouvé la solution ?** Pour de l'administratif, oui , pour de l'administratif plusieurs fois pour de l'administratif, pour du soin ,non jamais vu parce que parce que une équipe c'est souvent

beaucoup beaucoup de soignants donc y'a beaucoup de questionnements y'a beaucoup de propositions qui sont faites donc c'est rare donc le temps que le problème arrive au cadre c'est très compliqué pour un cadre de trouver une nouvelle idée euh donc pas vécu par contre pour tout ce qui est problème administratif, l'expérience oui bien sûr bien sûr il y a un paquet de cadres qui ont pu nous aider parce qu'elle connaissait tel nomenclature ou tel protocole pour avoir telles choses oui bien sûr il y a eu plusieurs fois. **Et alors dans quelle mesure cette expertise professionnelle que tu leur reconnais éventuellement elle participe à ce que tu pourrais attendre du cadre dans ses missions de résolution des conflits le fait qu'elle connaisse le métier qu'elle connaisse les rouages qu'elle sache ?** Là on parle de problème de service ou de conflit de service ? **Des fois il y a des conflits de service qui viennent problématique de service ?** Tu peux reposer la question je suis désolé. **Est-ce que ça confère au cadre une compétence dans la gestion des conflits le fait que tu leur reconnaisses une expertise professionnelle ?** Oui bien sûr si c'est un conflit qui est lié à un dysfonctionnement ou à une incapacité de pouvoir se coordonner bien sûr qu'un cadre qui a de l'expérience aura plus de facilité à gérer ça , soit parce qu'il a déjà rencontré ce problème là soit parce qu'il connaît des solutions il a entendu de par son expérience des choses des solutions possibles à amener à ce conflit là donc oui bien sûr c'est indiscutable hein l'expérience sera toujours, souvent, facilitera en tout cas souvent notre travail c'est une réalité même si ça fonctionne pas tout le temps. **Concrètement quand les conflits sont gérés sur le mode de la domination c'est comme ça c'est pas autrement ça se passe comment ?** Dans l'équipe ? **Vous vous le ressentez comment et ça se passe comment ?** Distance clairement ça se concrétise directement par des distances physiques c'est-à-dire un cadre avec qui on peut parler et y'a pas de euh et c'est pas systématiquement tranché par la loi c'est comme ça c'est souvent un cadre qui aura déjà la porte ouverte avec qui on pourra discuter, même des micros problème si la réponse systématique c'est comme ça, point barre quel est le sens d'aller voir cette cadre là ? Il suffit d'aller chercher taper sur Internet. **Mais c'est pas forcément quelque chose de systématique que ça se termine en en c'est comme ça c'est pas autrement mais parfois on peut en arriver à la conclusion de c'est comme ça on a entendu toutes les versions au final c'est comme ça et c'est pas autrement sur ça ?** C'est des cas particuliers tout dépend de la raison le (regroupement) super fusion waouh on est ravi on saute une partie de nos repos de nos récupération c'est comme ça c'est pas autrement notre cadre ne peut rien y faire elle n'a pas de possibilité d'action là-dessus elle peut faire remonter

elle a fait remonter d'ailleurs en plus de manière hyper efficace notre opposition c'est pas pour autant qu'il a eu des conséquences ou des suites à notre opposition mais donc c'était comme ça on peut rien y faire mais c'est pas non plus tributaire d'elle-même. **Est-ce que c'est déjà arrivé avec le médecin l'équipe émet des oppositions sur la manière dont est gérée la prise en charge, l'orientation, sur la prise en charge sur la thérapeutique c'est discuter c'est échanger mais au final voilà le médecin pense qu'il a raison et vous demande de faire comme il a dit.** On fait (souffle) on fait ça bousille une part de cconfiance qu'on peut avoir avec le médecin il faut beaucoup plus de temps pour récupérer après ce genre de petit conflit là, pour déjà en parler en remettre une bonne ambiance autres le travail ici, si on sait qu'on est pas entendu ça laisse peu de place à la parole. À quoi ça sert que je m'exprime si la parole elle est balayée. Donc il faut du temps pour retrouver ce genre de situation là après il peut aussi avoir des mécanismes de défense au niveau de l'équipe pour dire très bien on fait comme ça on fait comme ça et on va le faire parfaitement et donc dans un mois on verra bien si le patient décompense complètement ou s'il est ré hospitalisé ou si ça fonctionne ou pas , et bien souvent ça fonctionne pas donc on revient en arrière et c'est triste là c'était l'exemple d'une prise en charge. **Mais vous mettez en œuvre ?** Oui, oui, oui. **Et alors dans ces moments là quand le médecin arrive un truc de c'est comme ça et c'est pas autrement qu'est-ce que vous attendez comme posture du cadre quand le médecin gère le conflit en mode au final c'est comme ça et c'est pas autrement ?** Je suis vraiment désolé mais à chaque fois y a tellement de possibilités, tout dépend vraiment du conflit, à chaque fois, c'est contextuel c'est difficile de s'extraire de tout ça si le médecin fait vraiment n'importe quoi à un moment donné nous on va être mis en en danger, on est censé être cohérent dans nos prises en charge. **En dehors d'une erreur.** Même sur une prise en charge il a pu nous arriver y'a pas si longtemps que ça de dire aux médecins écoute, moi le médicament je vais pas le donner je ne comprends pas pourquoi je fais ça je ne comprends pas la prise en charge soit on prend un temps où on explique soit tu me dis c'est comme ça moi je te dis moi je suis censé faire ce que je fais comme travail donc si je ne sais pas je ne fais pas. **Disons qu'il va t'avancer des arguments qui ne te convainquent pas.** Ah mais là c'est pas une question de conviction après c'est une question de reconnaissance professionnelle de l'autre, c'est un médecin. **Donc à partir du moment où il t'amène des arguments en tout cas qu'il puisse en avoir en supposant qu'il puisse te les fournir c'est bon ?** Non bien sûr que non mais si lui il est capable d'argumenter si c'est une argumentation qui se tient même si

on est pas d'accord après bon voilà c'est lui qui prend en charge in fine le patient. **Dans ces moments-là qu'elle regarde tu vas porter sur ton cadre, est ce que tu attends quelque chose de lui a ce moment-là, dans sa manière de réagir ?** Je reprends l'exemple de tout à l'heure qui s'est passé il y a deux jours on a demandé à notre cadre d'assister aux transmissions pour qu'elle puisse entendre l'échange qu'on avait sur cette prise en charge. Sachant que, quand on dit je ou on ,moi je ne peux m'exprimer qu'en mon nom après toutes les actions qui sont mises là comme j'ai pu le dire au début c'est des actions qui sont systématiquement collectives Je me re pète mais le soignant parfait n'existe pas par contre l'équipe oui pour moi plus il y a de regard plus il y a de discussions, plus il y a désaccords plus on arrive à trouver une solution qui doit être commune et pertinente dans notre travail donc c'est rarement, moi si je suis pas d'accord tout seul la première des choses que je vais faire c'est demander à mon collègue à côté : écoute moi je suis pas d'accord et toi et puis on va demander un troisième et puis si là y'a trois regards qui vont dans le même sens on va dire que peut-être que c'est commun. On va peut-être proposer quelque chose d'autre, si là, l'équipe arrive scindée en deux et ben ça fait des grandes discussions après c'est la décision médicale qui prévaut même si on est pas d'accord.

Est-ce qu'il y a des fois où t'as l'impression que le conflit a tenté d'être géré sur le mode du compromis ? Sur une prise en charge c'est compliqué de faire un compromis. **Par le cadre y en a qui veulent ça y en a qui veulent ça, ça sera un peu de l'un , un peu de l'autre ?** c'est régulièrement utilisé pour les congés , vecteur de conflit incroyable lui il a ça moi j'ai pas ça ou moi j'ai ça et lui il a pas ça , pourquoi ? comment ? on coupe la poire en deux toi t'es un petit peu de ça et t'as perdu un petit peu de ça et l'autre a perdu un petit peu tard et a gagné un petit peu de ça là on arrive sur un compromis. **Est-ce que c'est satisfaisant ?** Lorsqu'il est vécu de manière équitable oui compromis c'est censé être équitable c'est un entre-deux. **Lorsqu'il est vécu de manière équitable ou lorsqu'il est fait de manière équitable ?** Je crois que majoritairement quasi systématiquement il est fait de manière équitable et pourtant il n'est pas vécu de manière équitable mais je crois que systématiquement il est fait de manière équitable. Des grandes inégalités c'est tout de suite vu par beaucoup de personnes dans l'équipe. **Et du coup vous en êtes satisfait du compromis ?** Pour les vacances ? Pour cet exemple là ? Un comprimé c'est censé être accepté par tout le monde c'est censé être un autre deux. **C'est accepté par tout le monde mais ça demande à chacun des protagonistes de ne pas se voir satisfait de l'intégralité de ce qu'il demandait**

de faire un pas en arrière pour arriver à un compromis donc il y a une perte dans la satisfaction qui était recherchée à la base je vais être moins satisfait que ce que j'avais réclamé mais on sera tous les deux satisfaits et tous les deux moins. Bien sûr je crois que d'expérience c'est des choses qui évoluent avec le temps. Le soignant aussi s'adapte avec ces compromis là, je pré prends l'exemple des vacances, si à une période je pouvais demander trois jours parce que j'avais besoin de trois jours mais qu'il fallait systématiquement que je fasse un compromis peut-être que je vais demander six jours et là le compromis arrivera certainement à trois et je serai ravi d'avoir mes trois, on s'adapte tous, rire. **Est-ce que tu as déjà un souvenir où le conflit n'a été géré ni par la domination le c'est comme ça et c'est pas autrement ni par le compromis ?** Ah ouais ça c'est des conflits silence oui par le côté affectif c'est ni l'un ni l'autre et pas de compromis. Ah j'ai pas le choix s'il te plaît dépanne moi sur ce coup là notamment avec des remplacements excessifs, c'est quelque chose qui marche à très court terme. **Comment vous définiriez cette méthode là ?** De l'affectif, de l'affect, c'est pas compromis y'a pas de compromis y'a pas de c'est comme ça par exemple des remplacements ou des poursuites de service. **Par exemple s'il y a une compétition entre deux soignants pour avoir cette semaine là de congé soit c'est l'un qui l'a soit c'est l'autre qui l'a.** Non je pensais pas pour le repos je pensais plutôt au conflit de remplacer sur des repos pour continuer notre service alors qu'il est fini on est censé être là le matin et on poursuit l'après-midi parce que y'a pas de collègues parce que les collègues sont en arrêt ça ça arrive régulièrement que les demandes soient faites sur un plan plutôt affectif. **Mais il est où le conflit à la base ?** Parce qu'on a pas du tout envie de rester au travail à la base ça peut générer un conflit moi je voulais partir. **Mais là c'est le collègue qui vous le demande à vous ?** Non c'est le cadre qui nous demande de rester c'est là où j'attendais le côté affectif. **Je ne sais pas si ça fait vraiment conflit si à la base ça ne plaise pas, le conflit ça serait je ne veux pas rester si vous resterez**. À d'accord OK alors est-ce qu'il y a un autre il y a forcément d'autres moyens que ces deux là, déjà tu as l'entre-deux parce que le compromis et souvent fait à base de médiation hein c'est comme ça quand même in fine c'est un compromis qui est imposé bien souvent. Pour l'exemple des repos silence oui oui oui oui oui oui oui j'ai vu dans ces situations là certaines fois des cadres dire vous ne me laissez pas la possibilité de faire comme ça je vous laisse gérer l'intégralité pour les plannings par exemple pour les repos c'est vous qui gérez. Après le problème et le risque c'est que in fine passe par l'autoritarisme en disant bah ça pas été fait mais vu et ça a marché pour le coup des plannings intégralement

fait par l'équipe. Comme ici à un moment donné le planning a été fait par l'équipe en tout cas tout le monde mettait ses doléances et puis en fonction le cadre gérait équilibré.

AMAR	Cyril	ROGERS

Mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de cadre de santé
et du master (1ère année) « économie sociale et solidaire santé et médico-social »

Gérer le conflit dans une équipe en psychiatrie, une opportunité à saisir ?

Institut de formation des cadres de santé Ile de France – Sainte Anne
Université Paris Est Marne la Vallée

Les conflits liés au travail sont inévitables dans les services de soins. En psychiatrie, les regards des différents professionnels s'ajoutent et se confrontent pour tenter de saisir l'usager dans sa globalité afin de lui assurer la meilleure des prises en charge. Une des missions du cadre de santé est de prévenir et de gérer ces conflits. Ce mémoire permet de saisir ce que les infirmiers d'unité d'hospitalisation en santé mentale attendent de leur cadre de santé dans la réalisation de cette mission, et d'évaluer la manière dont est perçue le conflit. Le cadre théorique explorera les concepts de conflit, d'équipe, d'autorité et d'attente de rôle. Ce cadre théorique sera confronté à des entretiens semi-directifs réalisés auprès d'infirmiers en unité d'hospitalisation psychiatrique afin d'évaluer les facteurs qui rentrent en jeu, selon les équipes pour conférer au cadre de santé un rôle dans la gestion des conflits. Cette enquête empirique permettra de saisir leurs représentations du conflit, et du rôle du cadre dans celui-ci. Au cadre de santé de promouvoir un management où le conflit n'est ni à éviter, ni à minimiser car c'est peut-être par l'intégration de la diversité que sera mieux partagé le sens du travail pour une meilleure efficience des soins et une meilleure qualité de vie au travail.

Mots clés (thésaurus BDSP) :
Cadre de santé – Management hospitalier – Conflit travail

L'Institut de Formation des Cadres de Santé de Sainte-Anne (Paris) n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.