

**RELATION CADRE DE SANTE - MEDECIN DANS LE TRAVAIL:
APPROCHE PAR LA CATEGORISATION SOCIALE ET LES
REPRESENTATIONS SOCIALES**

Sincères remerciements à :

SOMMAIRE

1. CADRE CONCEPTUEL	11
1.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES.....	11
1.1.1 La représentation : signification particulière associée à un objet	11
1.1.2 Les représentations collectives, individuelles et sociales	12
1.1.2.1 Les représentations collectives	12
1.1.2.2 Les représentations individuelles	13
1.1.2.3 Les représentations sociales.....	14
1.1.3 Les représentations sociales : une structuration autour d'un noyau	15
1.1.3.1 Le noyau central	16
1.1.3.2 Les éléments périphériques	17
1.1.4 Les représentations sociales traduisent les insertions des groupes sociaux	19
1.2 CATEGORISATION, STEREOTYPES ET PREJUGES	22
1.2.1 Du groupe à la catégorisation sociale	22
1.2.1 .1 Le groupe.....	22
1.2.1 .2 Les catégories sociales.....	23
1.2.1 .3 La catégorisation	24
1.2.2 De la catégorisation au stéréotype et préjugé	27
1.2.2.1 Les stéréotypes	27
1.2.2.2 Les préjugés	29
1.2.2.3 Mesure des stéréotypes et des préjugés	30
1.2.2.4 Favoritisme et discrimination, quelques pistes explicatives.....	30
2. DE LA PROBLEMATIQUE AUX HYPOTHESES.....	35
2.1 PROBLEMATIQUE	35
2.2 HYPOTHESES	35
2.2.1 Première hypothèse	35
2.2.2 Deuxième hypothèse	36
2.2.3 Troisième hypothèse	36
3. METHODOLOGIE D'ENQUÊTE	37
3.1 POPULATION	37
3.2 VARIABLES DE L'ETUDE.....	38
3.2.1 Variable Indépendante	38
3.2.2 Variable Dépendante	38

3.3 METHODE DE RECUEIL DES DONNEES	38
3.3.1 Première partie du questionnaire	39
3.3.2 Seconde partie du questionnaire.....	39
3.3.3 Troisième partie du questionnaire	40
3.3.4 Quatrième partie du questionnaire	41
3.4 MODALITES DE PASSATION	42
3.4.1 Pré-test	42
3.4.2 Diffusion.....	42
3.5 METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS	43
3.5.1. Association verbale et analyse prototypique	43
3.5.2 Evaluation des valeurs associées aux éléments consensuels	46
3.5.3 Relation intergroupe : analyse du langage	47
3.5.4 Relation intergroupe : questions d'attitude	47
4. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	49
4.1 ANALYSE PROTOTYPIQUE – CARRE DE VERGES.....	49
4.1.1 Le cadre de santé vu par les cadres de santé et par les médecins	50
4.1.2 Le médecin vu par les cadres de santé et par les médecins	54
4.1.3 Comparaison des valeurs associées.....	58
4.2 ANALYSE DU LANGAGE	62
4.2.1 Analyse globale sur les 4 vignettes	62
4.2.2 Analyse par vignette	68
4.2.2.1 Vignette « RH » : gestion des Ressources Humaines.....	68
4.2.2.2 Vignette « organisation des soins » : organisation des soins	73
4.2.2.3 Vignette « flux » : gestion des flux de patient	78
4.2.2.4 Vignette « famille » : information du patient et de sa famille	82
4. 3 RELATION INTERGROUPE : analyse des questions d'attitude	89
5. SYNTHESE GENERALE	93
POUR CONCLURE	99
BIBLIOGRAPHIE	103
ANNEXES.....	110

INTRODUCTION

Le binôme « Médecin - Cadre de santé » est au cœur du fonctionnement de chaque service de soins. Le médecin réalise le bilan de santé du patient, assure sa surveillance clinique, l'informe de son état de santé et de son évolution. Il se rend disponible pour sa famille et pour les besoins du service. De son côté, le cadre de santé organise les soins et coordonne les interventions des soignants en fonction de l'activité. Il supervise les besoins en matériel et gère les aléas. Il anticipe également l'avenir du patient pour construire avec lui son projet de vie. En somme, chacun a un rôle à jouer vis-à-vis du patient, le médecin en assurant le diagnostic et la prescription ; le cadre de santé la mise en œuvre et la coordination des soins. Tous deux sont également soumis aux mêmes pressions sociales, aux mêmes contraintes économiques qui les amènent dorénavant à rechercher l'efficacité dans la prise en charge du patient.

Cependant, s'ils ont choisi d'exercer une profession tournée vers les autres, médecin et cadre de santé ne font pas partie du même groupe professionnel et ont suivi des formations différentes. Chacun assure des missions bien spécifiques tout en étant amené à travailler en équipe pour offrir au patient une prise en charge et des soins de qualité.

Inscrits dans une organisation de travail collectif avec une dimension verticale (Rogalski, 1994), médecin et cadre de santé visent les mêmes objectifs : améliorer la santé du patient et lui offrir une meilleure qualité de vie, et ce jusqu'à la fin de celle-ci parfois. Pour atteindre ce but commun, ce travail en équipe nécessite une indispensable collaboration.

La question est dès lors : ces professionnels arrivent-ils à surmonter leurs différences pour se centrer sur ce qu'ils ont en commun, le patient et son suivi ?

Je m'interroge aussi sur le lien qui unit médecin et cadre de santé, sur ce que l'on nomme parfois : leur « interdépendance sociale ». Pour qualifier ce lien, j'hésite à choisir entre collaboration ou coopération. Peut-être parce qu'il ne m'apparaît pas évident de dissocier les deux concepts à ce stade de ma réflexion.

Au regard des nombreuses recherches que ce thème a inspirées, je me rends compte que même si les points de vue diffèrent selon les écoles, collaborer signifie travailler ensemble afin d'élaborer en commun une solution permettant d'atteindre les objectifs et coopérer exprime l'idée d'opérer ensemble par une répartition des tâches dévolues à chacun. A partir de ces deux concepts nous retiendrons déjà que travailler en équipe suppose que les acteurs partagent un même but. Aussi, médecin et cadre de santé œuvrant pour le bien-être du patient, on peut donc considérer qu'ils partagent un objectif commun.

Dans la relation de coopération, il existe une répartition précise des tâches entre les différents acteurs, chacun étant responsable de sa part de travail. On pourrait alors imaginer que cela est le cas en ce qui concerne le médecin et le cadre de santé au regard de leurs différents rôles dans un service de soins. Pourtant, en référence à Friedberg (1993), Romelaer (2002) nous dit qu'au sein d'une organisation, quelle qu'elle soit, *« la plupart des activités humaines ne sont pas des activités individuelles et solitaires : elles sont le produit des actions concertées et coordonnées de plusieurs personnes. Concertation et coordination ne peuvent donc se faire sans une étroite collaboration entre les acteurs concernés »*¹.

¹ KOSREMELLI ASMAR Michèle, WACHEUX Frédéric. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [en ligne]. http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf (consulté le 03 mars 2012).

Dans une logique de complémentarité, médecin et cadre de santé seraient donc inscrits dans une relation de collaboration interprofessionnelle. Dans son étude sur le fonctionnement d'un service de santé au Québec, Danielle D'AMOUR confirmera cette hypothèse en écrivant : « *Dans le domaine de la santé, la collaboration est généralement définie comme un processus conjoint de prise de décision partagée, (...) un ensemble de relations et d'interactions qui permettent à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise, leur expérience pour les mettre de façon concomitante au service des clients et pour le plus grand bien de ceux-ci* »².

Alors, plus qu'une définition, nous retiendrons déjà de ces quelques recherches le point de vue de Crook (1995) : « *Pour collaborer, il faut ... pouvoir exprimer publiquement ses pensées (rendre consciente une idée intuitive), négocier des consensus, partager des objectifs et être capable de co-construire ensemble* »³. Ne sommes nous pas arrivés ici à une représentation idéale de la relation attendue entre médecin et cadre de santé ?

Malheureusement, il m'est arrivé de constater que certains binômes « Médecin - Cadre de santé » ne fonctionnaient pas. La collaboration entre ces deux acteurs du soin étant parfois difficile, le dialogue n'existant pas ou plus, les valeurs semblaient différentes, les objectifs également. Il m'est arrivé d'entendre et de penser que les médecins étaient égoïstes ou encore égocentriques. Il m'est arrivé d'entendre que les cadres de santé étaient tous les mêmes, loin des soins ou encore les 'bénévoles' de la direction.

² D'AMOUR Danielle et al. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. Sciences sociales et santé, vol 17, n°3, septembre 1999, pp 63-92, p69.

³ CROOK, Ch. On Resourcing a Concern for Collaboration within Peer Interactions. Cognition and Instruction, 1995, vol. 13, n°4, p. 541-547.

Ne pourrait-on pas considérer alors que certains binômes « Médecin - Cadre de santé », ne se seraient pas laissé le temps d'identifier les connaissances spécifiques, l'expertise de chacun. Ce cas de figure épouserait les situations dans lesquelles aucun des deux acteurs n'aurait pu identifier comment l'autre investit son rôle, ni même mesurer ses qualités. Ainsi la collaboration avorterait avant même d'avoir pris corps. L'autre ne serait pas jugé sur ses compétences mais pourtant déjà « catalogué ». Appartenant à une catégorie différente et pour laquelle on identifierait déjà son « profil », on ne lui laisserait pas le temps de faire ses preuves.

Partant de ces observations, je m'interroge sur la place des représentations, des préjugés et des stéréotypes dans cette situation impliquant ces deux catégories professionnelles. Aussi, mon questionnement à l'origine de ce travail de recherche est le suivant : quelle représentation le médecin se fait-il du cadre de santé et inversement quelle représentation le cadre de santé a-t-il du médecin ? Quels impacts, ces représentations vont-elles avoir sur le binôme « médecin - cadre de santé » ? Autrement dit, en quoi les représentations sociales influencent-elles la collaboration entre ces deux acteurs du soin ?

La première partie de ce travail de recherche consiste en une présentation de la littérature sur laquelle nous avons appuyé notre réflexion. Nous présenterons ainsi les concepts de représentations sociales, de catégorisation, de préjugés et de stéréotypes.

La seconde partie de ce travail concerne la présentation de l'étude réalisée auprès de cadres de santé et de médecins. Nous tenterons à travers celle-ci de mettre en évidence les représentations que chaque groupe a de l'autre et de lui-même, ainsi que des effets de la catégorisation.

Une synthèse permettra de faire le point sur les résultats obtenus et également de faire le lien avec la théorie.

~ DE LA PROBLEMATIQUE AUX HYPOTHESES ~

1. CADRE CONCEPTUEL

1.1 LES REPRESENTATIONS SOCIALES

Introduit par E. DURKHEIM à la fin du 18^{ème} siècle, le concept de représentation a depuis été développé en psychologie sociale par de nombreux auteurs. C. FLAMENT, J.C. ABRIC, G. GUIMELLI et P. VERGES ont développé l'analyse structurale de la représentation. S. MOSCOVICI et D. JODELET, quant à eux, se sont penchés sur l'analyse du contenu. W. DOISE pour sa part, a travaillé sur l'analyse de l'insertion sociale et des relations intergroupes. Tous ont contribué à enrichir les connaissances sur le sujet et leurs travaux de recherche ont mis en évidence de nombreuses théories. Nous allons en aborder quelques unes dans ce chapitre.

1.1.1 La représentation : signification particulière associée à un objet

Au sens commun, une représentation est l'image que l'on se fait d'un objet. C'est aussi, d'un point de vue étymologique, « l'action de replacer devant les yeux de quelqu'un »⁴. Ainsi, l'image à laquelle vous pensez lorsque vous évoquez le mot « oiseau » par exemple, est votre représentation de cet objet.

⁴ Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cnrtl.fr/etymologie/representation> (consulté le 12 décembre 2011).

Mais intéressons nous plus précisément à la conception psychosociale de la représentation. Ce sujet a été le thème de nombreuses recherches et publications ces trente dernières années. Selon Serge Moscovici (1961), « *les représentations sont des formes de savoir naif, destinées à organiser les conduites et orienter les communications* ». Il s'agit donc d'une élaboration mentale permettant de simplifier la réalité afin de mieux la comprendre, une sorte de filtre interprétatif de la réalité.

1.1.2 Les représentations collectives, individuelles et sociales

Pour mieux caractériser ce qu'est une représentation sociale, nous allons tout d'abord distinguer trois niveaux de connaissances, traduisant trois ensembles de représentations : la représentation individuelle, la représentation collective et la représentation sociale.

1.1.2.1 Les représentations collectives

Emile Durkheim (1858-1917) fut le premier à évoquer la notion de représentation collective à travers l'étude des religions et des mythes. Pour ce sociologue, « *les premiers systèmes de représentations que l'homme s'est fait du monde et de lui-même sont d'origine religieuse* ».

Les représentations collectives sont les symboles et images qui représentent les idées, les croyances, et les valeurs d'une collectivité. Elles sont influencées par l'histoire ou encore la culture de la société dans laquelle le sujet évolue. Transmises en héritage, elles correspondent à une vision communautaire et sont totalement indépendantes de l'individu. « *C'est en référence automatique à ce cadre de pensée que le sujet raisonne* » et

« c'est sur ce premier ensemble de connaissances que se constitue chez les sujets l'image qu'ils ont des objets sociaux »⁵.

On retiendra également de Durkheim, l'idée d'une supériorité des éléments sociaux sur les éléments individuels et une grande stabilité des représentations collectives dans le temps, en raison de leur force à résister aux changements.

Médecin et cadre de santé, tous deux sujets de notre travail de recherche, bénéficient d'une représentation collective fortement ancrée dans l'histoire des établissements de santé, et plus particulièrement des hôpitaux. Nous développerons plus loin, un chapitre sur ce thème.

1.1.2.2 Les représentations individuelles

Fruits de l'interaction entre le sujet et son histoire, les représentations individuelles quant à elles, *« correspondent à un ensemble de connaissances que le sujet s'est construit à propos d'objets sociaux, compte tenu d'une évolution personnelle au sein d'un groupe et d'une société »⁶*. A l'opposé des représentations collectives, elles sont spécifiques à l'individu et sont en constante évolution.

C'est en travaillant sur cet axe individuel que l'on pourrait envisager un changement dans les représentations que chacun se fait de l'autre. Dans le cadre de notre étude, si l'analyse des représentations que les médecins ont des cadres de santé et inversement s'avèrent empreintes de préjugés, l'espoir tient

⁵ SALÈS-WUILLEMIN, Edith. Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles. Condé sur Noireau : L'Harmattan, 2005, p. 180-183.

⁶ Repr. in SALÈS-WUILLEMIN (2005).

peut-être de cette conception et de notre volonté d'évoluer au sein de notre groupe d'appartenance.

1.1.2.3 Les représentations sociales

Depuis les recherches de Moscovici en 1961 sur la psychanalyse, les représentations sociales sont présentées « *comme des ensembles complexes d'éléments, informations ou connaissances, partagés par un ensemble spécifique d'individus à propos d'un objet donné* »⁷. Ce qui apparaît fondamental dans cette conception des représentations, c'est la notion d'« *ensemble spécifique d'individus* » qui représente le groupe⁸. Toute représentation sociale a donc des éléments partagés par les membres d'un même groupe social. Si le groupe a une perception propre de l'objet, cette même perception va permettre de différencier, au sein de l'espace social, le groupe des autres groupes jugés « différents »; les représentations des uns n'étant pas celles des autres. Aussi lorsque l'on étudiera la représentation que les médecins ont de l'objet « cadre de santé » par exemple, on retrouvera sans doute des éléments partagés par le groupe « médecin » et éventuellement des éléments différents de ceux partagés par le groupe des cadres de santé ».

Outre leur fonction de savoir qui permettra aux individus de partager un langage commun, les représentations ont également une fonction d'orientation des conduites qui guide les comportements et les pratiques. Ainsi pour Denise Jodelet (1989), « *les représentations sociales sont des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres qui orientent et*

⁷ SALÈS-WUILLEMIN, Edith. Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles. Condé sur Noireau : L'Harmattan, 2005, p. 179.

⁸ La notion de groupe sera développée ultérieurement.

organisent les conduites et les communications sociales. Les représentations sociales sont des phénomènes cognitifs engageant l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée ». Les représentations sociales s'intercalent alors entre les individus et la réalité. Elles donnent une signification particulière à l'objet en référence aux connaissances et également aux pratiques. Elles infléchissent les décisions et orientent les actions.

Cadre de santé et médecin étant amenés à travailler ensemble, il nous paraît intéressant de croiser les représentations sociales que chacun se fait de l'autre. Dans la mesure où leurs représentations régissent leur relation et donc leur collaboration, nous émettons volontiers l'hypothèse qu'une représentation cotée plutôt négativement, engendrerait spontanément des difficultés dans ce domaine.

1.1.3 Les représentations sociales : une structuration autour d'un noyau

Jean Claude Abric (1976, 1994) s'inspire de Moscovici et avec Flament (1989), ils s'interrogent sur la structure même de la représentation sociale et développent la « théorie du noyau central ». Ils mettent en évidence la composition de la représentation sociale en éléments nucléaires ou centraux, autour desquels se tisse un ensemble d'éléments périphériques. L'ensemble présentant une organisation particulière qui donne une signification globale à la représentation. La figure 1 ci-dessous illustre la structure d'une représentation sociale selon Abric et Flament.

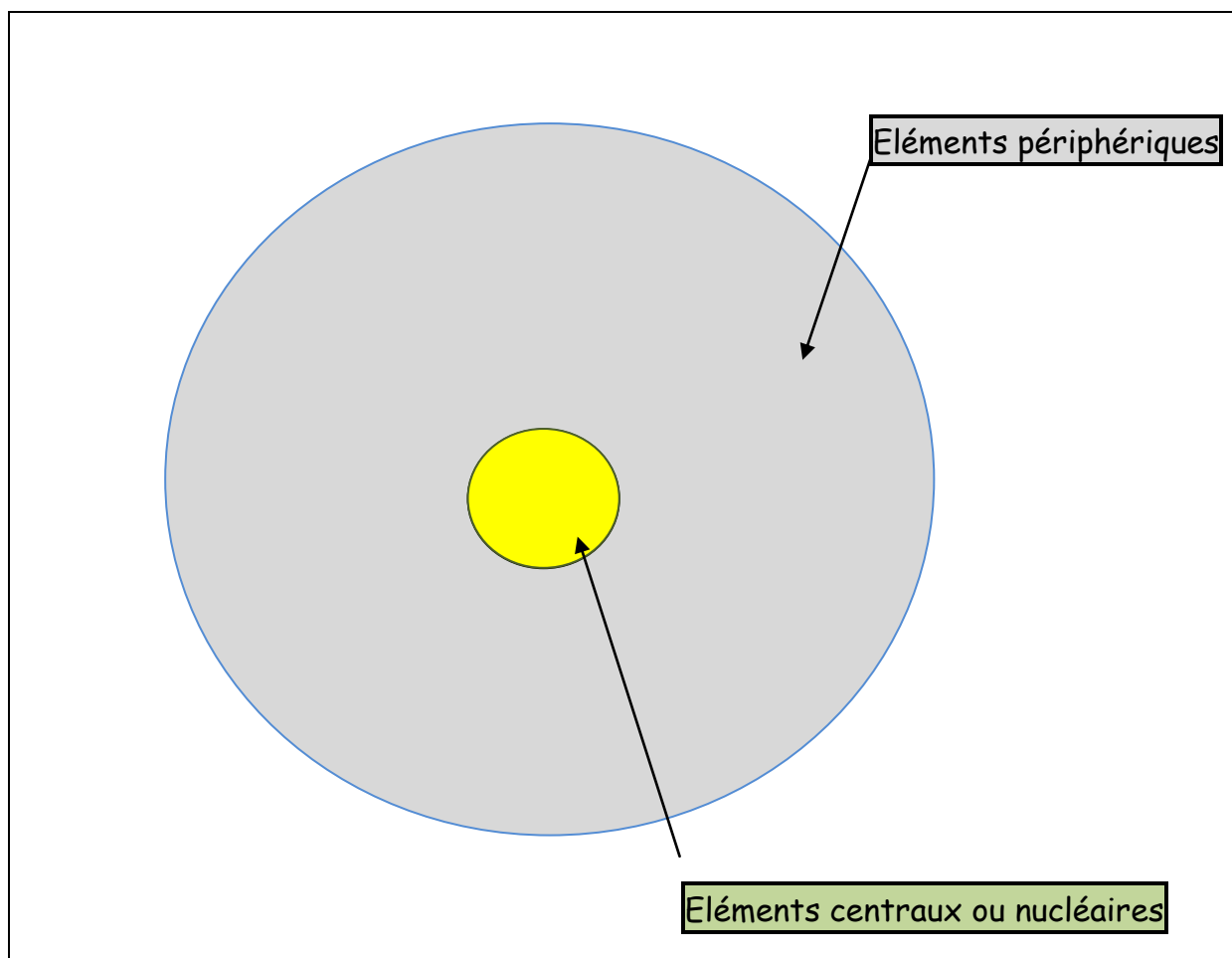


Figure 1: Structure d'une représentation sociale

Eléments centraux et éléments périphériques ont chacun des caractéristiques bien définies que nous allons distinguer afin de mieux les différencier.

1.1.3.1 Le noyau central

Le noyau central est un ensemble d'éléments consensuels, partagés qui sont associés aux valeurs et aux normes du groupe. C'est un système organisé d'éléments non négociables, ce qui définit le noyau central comme la composante la plus stable de la représentation.

Selon ABRIC, ce sont les éléments centraux qui donnent à la représentation, sa signification globale. Dans ce sens, JODELET présente le noyau central comme *un « sous ensemble de la représentation, composé d'un ou de quelques éléments dont l'absence déstructurerait ou donnerait une signification radicalement différente à la représentation dans son ensemble »*. Les éléments centraux ont donc une fonction organisatrice, c'est-à-dire qu'ils sont liés entre eux par une relation de cohérence élevée qui donne à la représentation sociale, sa propre cohérence. Le système central a également une fonction génératrice. En ce sens, ses éléments vont donner une orientation générale à la représentation sociale.

1.1.3.2 Les éléments périphériques

Les éléments périphériques sont organisés autour du noyau. Spécifiques aux expériences, ils permettent de donner un sens aux situations rencontrées et jouent un rôle fondamental en ce qui concerne la réalité. Flexibles, négociables, ils permettent l'évolution de la représentation tout en protégeant le système central. En effet les éléments périphériques se « déforment », « changent » en fonction des situations vécues, notamment lorsqu'il y a désaccords répétés entre la réalité et la représentation. Cela n'affecte pas forcément le contenu global et l'orientation générale de la représentation sociale touchée.

Voici un tableau comparant les caractéristiques des éléments centraux et des éléments périphériques d'une représentation sociale :

ELEMENTS CENTRAUX	ELEMENTS PERIPHERIQUES
<p>Consensuels : définissent l'homogénéité du groupe</p> <p>Éléments partagés par le groupe</p>	<p>Différenciateurs : supportent l'hétérogénéité du groupe</p> <p>Éléments spécifiques à l'individu</p>
<p>Fortement représentatif de l'objet</p>	<p>Peu ou pas représentatif de l'objet</p>
<p>Éléments stables, non négociables</p> <p>Organisateurs et rigides</p>	<p>Éléments flexibles, négociables, supportent les contradictions</p> <p>Mouvants et souples</p>
<p>Liés aux conditions historiques, sociologiques et idéologiques</p> <p>Associés aux valeurs et aux normes du groupe</p>	<p>Liés au contexte auquel l'individu est confronté</p>
<p>Résistent aux changements</p> <p>⇒ Donnent à la représentation sa signification et sa cohérence</p> <p>⇒ Permettent le maintien et la pérennité de la représentation</p>	<p>S'adaptent au changement</p> <p>⇒ Permettent l'adaptation, l'évolution de la représentation</p> <p>⇒ Permettent une personnalisation de la représentation et des conduites qui lui sont rattachées</p> <p>⇒ Protègent le noyau central</p>

Tableau 1 : Comparaison des éléments centraux et des éléments périphériques

L'étude des représentations sociales et notamment l'analyse de la structure vise à déterminer quels sont les éléments, au sein de la représentation qui sont dans le système central et de les distinguer de ceux qui sont dans le système périphérique. Cela permet de repérer l'univers sémantique qui constitue une représentation sociale et d'en définir les liens qui la structurent. Plusieurs méthodologies peuvent être utilisées. Parmi ces méthodologies, le questionnaire et la technique d'associations verbales occupent une large place (cf. Abric, 1994). Le traitement des données se fait par analyse prototypique (Vergès, 1992). Nous détaillerons ces méthodes dans le chapitre 3.1.1 : « Choix de la méthode : association verbale et analyse prototypique ».

1.1.4 Les représentations sociales traduisent les insertions des groupes sociaux

Inspirés par Willem Doise (1990) pour qui aucune étude sur les représentations sociales ne devrait se limiter à une analyse descriptive sans considérer l'ancrage dans les dynamiques relationnelles, nous ne pourrions finir ce chapitre sans expliquer la place des représentations sociales dans les relations intergroupes.

Pour Doise, « *la signification d'une représentation sociale est toujours imbriquée dans des significations plus générales intervenant dans les rapports symboliques propres à un champ social donné* »⁹. Autrement dit, les représentations sociales sont construites sur les échanges que les individus socialement différents, ont ensemble. Chaque groupe se positionnant dans la

⁹ DOISE, Willem. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. Bulletin de Psychologie, tome XLV, n°405, p189-195.

sphère sociale par son discours et ses attitudes face à l'autre groupe, va ainsi contribuer à façonner sa propre représentation des objets présents dans sa réalité sociale et professionnelle. Cette représentation traduira non seulement la relation que le groupe entretient avec l'objet mais également celle qu'il entretient avec les autres groupes. On pourrait presque dire, autant de rapports sociaux, autant de représentations forgées en retour.

Cette caractéristique des représentations sociales est d'autant plus saillante que l'objet de représentation est un groupe d'individus. Prenons un exemple volontairement caricatural pour mieux comprendre comment les représentations sociales traduisent les insertions des groupes sociaux. L'objet de la représentation sociale serait ici les fonctionnaires de Police. Le personnel d'un service d'Urgences est amené régulièrement à travailler avec les policiers. Souvent ces derniers sont présents pour calmer les esprits quand les rapports entre soignants et patients s'échauffent, ou encore afin d'assurer la sécurité sur la voie publique pour que l'équipe de soins puisse intervenir. On peut supposer que ces professionnels de santé ont une représentation sociale des agents de police plutôt positive, de l'ordre de l'aidant et du sécuritaire. Maintenant envisageons ces mêmes policiers dans leur relation avec une population délinquante. Agents de police et délinquants se côtoient lors de gardes à vue, de jugements correctionnels ou encore de transferts pénitenciers. Si l'on interrogeait la population délinquante sur la représentation qu'elle a des fonctionnaires de Police, il est fort à parier que nous ne soyons pas dans un registre aidant, ni sécuritaire.

Il existe donc un lien entre l'appartenance des individus aux groupes et leurs discours, entre les représentations sociales et les rapports sociaux. C'est pourquoi, l'ancrage d'une représentation, c'est le sens spécifique de son contenu pour différents groupes d'individus en fonction de la relation symbolique entre acteurs sociaux. Il est donc important dans l'analyse de prendre en compte que

les représentations s'inscrivent et évoluent dans des contextes sociaux bien distincts.

Cadre de santé et médecin entrent dans le champ social de l'univers hospitalier. Les rapports qu'ils entretiennent, les discours qu'ils échangent, la communication qu'ils établissent sont autant d'interactions qui construisent leur relation intergroupe et leurs propres représentations endogroupe et exogroupe. En lien avec ces relations entre groupes, Doise (1973) et Deschamps (1973) proposeront d'ailleurs la notion de *représentation intergroupe*.

Les études sur les relations intergroupes en psychologie sociale sont basées, pour la plupart, sur le processus de catégorisation sociale. La compréhension du processus de catégorisation sociale ainsi que les différentes définitions du groupe et leurs implications sont nécessaires dans l'étude des relations intergroupes. Ainsi nous aborderons dans cette deuxième partie théorique les concepts de groupe, catégorie, catégorisation sociale, stéréotypes et préjugés

1.2 CATEGORISATION, STEREOTYPES ET PREJUGES

1.2.1 Du groupe à la catégorisation sociale

1.2.1 .1 Le groupe

L'intérêt d'une étude sur les représentations sociales est de comparer les représentations sociales de plusieurs groupes.

La notion de groupe, largement utilisée dans le langage commun, désigne selon le dictionnaire Larousse : « un ensemble de choses, d'animaux ou de personnes, formant un tout et défini par une caractéristique commune ». La dimension sociale du groupe, le définit comme la réunion de plusieurs individus ayant des caractéristiques communes telles que l'âge, la catégorie sociale ou encore un objectif commun. Ainsi retrouverons-nous par exemple, un groupe de femmes, d'étudiants cadre de santé ou encore un groupe de supporters d'un club quelconque. Cependant il faut ajouter à cette première définition la notion d'interaction entre les éléments du groupe. Ainsi en psychologie sociale, on ne considère pas un groupe sans qu'il y ait interdépendance comportementale entre les individus qui forment le groupe. Par exemple, « être un adolescent de 18 ans » ne suffit pas à faire partie d'un groupe. Etendre au fait d' « être un adolescent de 18 ans, passant le baccalauréat cette année » permet d'envisager l'ensemble des éléments comme un groupe pour de multiples usages (économique, social, culturel).

Pour notre recherche, nous nous intéresserons à deux groupes en particulier : un groupe des cadres de santé et un groupe des médecins. Le groupe des cadres de santé sera défini comme l'ensemble des personnes exerçant la profession de cadre de santé, le groupe des médecins comme l'ensemble des personnes exerçant la profession de médecin. La caractéristique commune aux individus de chacun de ces groupes étant leur profession, exercée au sein d'un établissement de santé.

D'autre part, les études en psychologie sociale ont montré que tous les groupes développaient un sentiment d'appartenance. Cela nous conduit à définir deux types de groupe. Le premier, nommé endogroupe correspond au groupe d'appartenance d'un individu. L'individu se reconnaît des caractéristiques communes et un but commun avec les autres membres de ce groupe et s'identifie au groupe. Implicitement, il y a donc un groupe « nous ». En opposition à l'exogroupe qui correspond cette fois à un autre groupe auquel l'individu n'appartient pas, à l'égard duquel il se sent étranger. Cette fois, il y a « eux ». Nous utiliserons volontiers les termes d'endogroupe et d'exogroupe dans l'analyse des résultats. Ainsi, en prenant comme référence un cadre de santé, quand nous évoquerons le groupe des cadres de santé, nous parlerons d'endogroupe et lorsque nous nous reporterons au groupe des médecins, toujours en référence à un cadre de santé, nous utiliserons alors le terme d'exogroupe et réciproquement.

1.2.1 .2 Les catégories sociales

Toujours selon le dictionnaire Larousse, la catégorie correspond à « un ensemble de personnes ou de choses de même nature ».

D'après Anne Marie de la Haye, la catégorie se définit comme « *tout ensemble d'objets que le sujet traite, à un certain égard, de la même façon, ou considère comme relevant, d'une façon ou d'une autre, du même ensemble* »¹⁰.

Nous noterons que le terme de catégorie sociale sera utilisé pour les ensembles relevant uniquement de personnes. Pour affecter les objets à une catégorie, le sujet s'appuiera le plus souvent sur la similitude des éléments à classer. Prenons le cas du niveau social d'un ménage pour exemple : le revenu du couple serait un indicateur pour ranger le foyer dans la catégorie de la classe populaire, moyenne ou riche. Tous les ménages relevant de la classe populaire auraient comme point commun d'avoir un bas niveau de revenu. Cependant ce n'est pas la seule possibilité. Aussi certaines catégories reposent uniquement sur un critère fonctionnel, c'est le cas notamment pour les catégories professionnelles ou bien encore sur un critère spatial, comme les Parisiens ou les Belges.

Il est parfois difficile de différencier les notions de groupe et de catégorie, même si nous avons vu plus haut que la notion de groupe implique une indispensable interaction entre ses éléments. Ceci paraît plus facile lorsque l'on aborde la catégorie à travers le processus de catégorisation.

1.2.1 .3 La catégorisation

Noyé sous une information abondante et constante, l'être humain sélectionne une partie seulement de cette information et la traite selon des raccourcis cognitifs afin d'agir avec plus d'efficacité. C'est le principe de la catégorisation. Elle sera présentée par De la Haye, comme « *un découpage au*

¹⁰ DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 29.

sein de la réalité afin de faciliter l'encodage, la compréhension et le stockage des informations »¹¹. Parfois nommé « *biais de distorsion perceptive* », peut-être en raison de l'origine du concept qui trouve naissance dans les recherches en psychologie cognitive sur la perception (Tajfel et Turner 1979), le processus de catégorisation est un mode de pensée simplificateur. Après avoir mis en évidence une ou plusieurs caractéristiques d'un objet donné, lui permettant de le classer dans une catégorie existante, le sujet pourra approprier à l'objet, un ensemble de propriétés reconnues à la catégorie. Autrement dit, la catégorisation agirait comme un filtre à travers lequel le sujet pourrait uniquement utiliser certains éléments saillants d'un objet pour pouvoir le ranger dans une catégorie.

Cependant il faut savoir que le processus de catégorisation ne se résume pas à une simplification de la réalité mais implique différentes activités cognitives, associées ou non. Parmi ces activités cognitives, nous distinguerons en premier lieu : *l'application des attributs d'une catégorie à un élément de celle-ci*. Il s'agit là d'un raisonnement déductif appelé aussi biais de déduction. Aussi pour Anne Marie de la Haye, « *savoir qu'un objet appartient à une catégorie nous permet de présumer que cet objet possède un certain nombre de caractéristiques* »; ce qui peut s'avérer très intéressant parfois. Ce processus de catégorisation déductive pourrait nous apporter quelques éléments de compréhension pour notre recherche. En effet, toujours selon le même auteur, « *les recherches de psychologie sociale sur la catégorisation déductive concernent plus souvent les cas où, connaissant l'appartenance catégorielle d'une personne, nous tirons des conclusions d'une validité douteuse* »¹². Autrement dit, simplifier la réalité en appliquant à l'individu directement les propriétés

¹¹ SALÈS-WUILLEMIN, Edith. Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles. Condé sur Noireau : L'Harmattan, 2005, p. 109.

¹² DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 7.

reconnues à sa catégorie, implique que la perception de l'individu se réduit à son appartenance au groupe, au détriment de ses richesses personnelles. On comprend alors pourquoi nous devons la notion de catégorisation sociale à Henri TAJFEL (1972) qui cherchait à « *expliquer pourquoi les êtres humains se conduisent parfois de façon méprisante, hostile ou destructrice envers d'autres êtres humains qui ne sont pas de leur clan, de leur nation, de leur race* »¹³. Comme nous l'avons dit, cette démarche n'est pas forcément défavorable à l'objet et à la relation que le sujet entretient avec cet objet. Cependant nous pourrions imaginer que notre binôme « médecin - cadre de santé » puisse souffrir d'une catégorisation déductive : si le médecin a une mauvaise représentation des cadres de santé en général, il pourrait appliquer les éléments « négatifs » qu'il leur reconnaît, au cadre de santé avec lequel il serait amené à travailler. La réciproque étant valable pour le cadre de santé. Comme nous le dit Anne Marie de la Haye, « leur conduite pourrait être guidée par des sentiments que leur inspirent des personnes en regard de leur appartenance à un groupe »¹⁴. Il sera donc intéressant de partir des représentations de chaque groupe afin de mesurer si les éléments attribués à l'autre groupe sont plutôt négatifs ou plutôt positifs.

Enfin, en lien avec le questionnement à l'origine de notre travail de recherche : en quoi les représentations de chacun influencent les relations intergroupe ; il faut savoir également que parmi les activités cognitives liées à la catégorisation, de nombreuses études ont mis en évidence des biais de discrimination intergroupes ou « biais d'intergroupes ». De façon simplifiée, l'individu s'identifie à un groupe qui devient son groupe d'appartenance ; il se crée alors une identité sociale (cf. Tajfel, 1972). Ce groupe naît et vit de la

¹³ DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p.9.

¹⁴ DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 7.

comparaison avec d'autres groupes. L'individu accentue alors les ressemblances à l'intérieur d'un groupe et les différences avec les autres groupes. On retrouve là le processus de catégorisation. En constante recherche d'identité sociale positive, l'individu a tendance à évaluer les membres de son propre groupe plus favorablement que les membres des autres groupes. C'est le biais de discrimination intergroupes. L'objectif étant que le groupe d'appartenance soit évalué de façon positive en comparaison à d'autres groupes choisis. Pour ce faire, l'évaluation des groupes sera possible en les comparant à l'aide d'attributs, de caractéristiques chargées de valeurs.

Nous chercherons à établir s'il existe des biais intergroupe de type endofavoritisme et/ou exodéfavoritisme entre les groupes cadres de santé et médecins en comparant les valeurs attribuées aux traits stéréotypiques présents dans les représentations croisées. En d'autres termes, si les cadres de santé ont une représentation du cadre de santé connotée plus favorablement que la représentation que les médecins en ont et réciproquement.

1.2.2 De la catégorisation au stéréotype et préjugé

1.2.2.1 Les stéréotypes

Le concept de stéréotype introduit par Lippmann (1922) était, dans un premier temps, décrit comme « des images dans nos têtes ». Il a depuis évolué sous l'influence de nombreuses recherches pour être qualifié aujourd'hui de façon consensuelle comme « un ensemble de caractéristiques attribuées à un groupe social » (Ashmore et Del Boca, 1981).

Nous avons vu que le fait de catégoriser un objet puis de lui attribuer les informations associées à sa catégorie, permettait de faciliter le traitement de

l'information. « *Dans le cas de groupes sociaux, ces informations associées à la catégorie ne sont autres que les stéréotypes* »¹⁵. Par conséquent les stéréotypes sont un exemple de pensée catégorisante. Sorte de livre ouvert nous indiquant que tous les éléments de la catégorie A possèdent telles caractéristiques ou telles autres propriétés. Un grand classeur dans lequel nous aurions rangé toutes les représentations socialement partagées, généralisées, issues des croyances collectives propres à un ensemble d'individus. Ainsi Legal et Delouée (2008) introduisaient le concept de stéréotype en nous disant que notre jugement est basé sur des croyances que nous entretenons à propos de certaines catégories de personnes.

Cela ne va pas sans nous rappeler les éléments structuraux d'une représentation sociale décrit au chapitre 1.1.3. En effet, les stéréotypes possèdent les mêmes attributs que les éléments centraux d'une représentation : rigide, constant, figé, consensuel. D'ailleurs, « *la plupart des auteurs considèrent que les stéréotypes...sont des cas particuliers de représentations catégorielles* »¹⁶.

Selon Rouquette (1973) et Guimelli (1999), les stéréotypes sont propres à la pensée sociale et impliquent un processus de généralisation. Ainsi stéréotypé, un individu deviendrait interchangeable avec les autres membres de sa catégorie. Badad (1983) attire notre vigilance en indiquant que « le manque d'attention pour les différences à l'intérieur d'un groupe stéréotypé fait des stéréotypes, des généralisations excessives.

¹⁵ DELOUVÉE Sylvain, LÉGAL Jean-Baptiste. Stéréotypes, préjugés et discrimination. Paris : Dunod, 2008, p.41.

¹⁶ DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 30.

Rappelons quand même que les stéréotypes sont des croyances souvent fausses ou mal fondées, mais qu'ils contiennent aussi parfois des éléments de vérité (Eagly, 1987). De même, il ne serait pas juste de croire que le jugement appliqué aux individus en regard de leur catégorie est forcément négatif. C'est ainsi que la plupart des gens sont d'accord pour dire que les pompiers sont gentils, ce qui est plutôt positif ou encore que les italiens sont machos, ce qui serait plutôt connoté négativement.

Dans le cadre de notre recherche, certaines représentations des cadres de santé ou des médecins pourraient être généralisées. Représentations communes pour l'ensemble des individus sollicités, quel que soit leur groupe d'appartenance, nous serions alors sur des traits stéréotypés.

On commence à mesurer que le recours aux stéréotypes, s'il peut faciliter les relations sociales en permettant d'anticiper nos attitudes envers des individus pour qui nous aurions déjà établi une sorte de profil, peut aussi entraîner des comportements négatifs. A l'origine de ces conduites, nous trouverons les préjugés.

1.2.2.2 Les préjugés

Dans le sens général, un préjugé est « *une opinion non fondée, une idée que l'on tient pour vraie sans information ni réflexion suffisantes* »¹⁷. Malgré l'idée reçue, cela n'implique pas forcément un contenu désavantageux. On peut donc avoir un préjugé favorable envers quelqu'un.

¹⁷ DE LA HAYE, Anne-Marie. La catégorisation des personnes. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 10.

Selon Allport (1954), les préjugés sont de l'ordre du comportement. Ce sont des attitudes négatives qui s'avèreraient discriminantes pour certains groupes sociaux. Ces attitudes sont induites par notre façon de penser, de voir le monde qui nous entoure mais surtout par les stéréotypes auxquels l'individu va se référer. Comprendons bien que dans son usage psychosocial, le terme préjugé a un sens assez différent de l'usage général. Plus qu'une opinion, c'est donc une attitude, le plus souvent négative envers une catégorie de personnes.

1.2.2.3 Mesure des stéréotypes et des préjugés

Diverses mesures des stéréotypes et des préjugés ont été expérimentées depuis la définition de Lippmann en 1922. Pour notre recherche, nous retiendrons une méthode d'associations libres utilisée dans le cadre d'étude des représentations sociales (Verges, 1992) qui consiste à demander à un ensemble de personnes tout ce qui lui vient à l'esprit à l'évocation d'un groupe social donné (Lacassagne, Salès-Wuillemin, Castel, Jébrane, 2001). Cette méthode simple, permet de recueillir de nombreuses informations sur les stéréotypes. Corrélée à la méthode de Katz et Braly (1933), dite de la liste de traits de personnalité - *adjective check-list en anglais* - nous ciblerons la demande sur des adjectifs afin de recueillir les préjugés.

1.2.2.4 Favoritisme et discrimination, quelques pistes explicatives...

Les études réalisées montrent que le statut de groupe a un effet sur le favoritisme de son propre groupe et la discrimination envers les autres groupes (Salès-Wuillemin, 2006). Si nous nous appuyons sur l'ouvrage de Salès-Wuillemin, nous notons que le favoritisme envers son groupe se traduit par l'attribution de plus de ressources ou de valeurs positives à son propre groupe. La discrimination

envers les autres groupes se traduit par l'attribution de plus de sanctions ou de valeurs négatives aux autres groupes.

Plusieurs modèles théoriques ont été élaborés pour mettre en évidence un effet du statut des groupes considérés. Deux théories dominent particulièrement : la théorie de la justification du système et la théorie de l'identité sociale (repr. in Salès-Wuillemin, 2006).

La théorie de la justification du système (Jost et Banaji, 1994) prédit un favoritisme envers son propre groupe chez les groupes de haut statut, spécifiquement sur les dimensions favorisantes si elles sont perçues comme légitimes mais instables parce que, dans ces situations, le groupe de statut élevé peut se sentir menacé (Mullen, Brown et Smith, 1992). Pour les groupes de bas-statut, un favoritisme envers ceux de haut statut a déjà été montré (Sachdev et Bourhis, 1991) en particulier lorsque l'infériorité est perçue comme légitime (Boldry et Kashy 1999). Les groupes se comporteraient donc de façon à maintenir le *statu quo* existant. Les groupes de haut-statut ne remettent pas en cause un système qui est avantageux pour eux. Ceux de bas-statut ne s'insurgent pas parce qu'ils ont internalisé la hiérarchie existante et l'ont acceptée, même à leur désavantage.

La théorie de l'identité sociale de Tajfel et de Turner (1986), prédit que les groupes de statut inférieur peuvent être plus enclins à favoriser leur propre groupe pour établir une identité sociale plus favorable. C'est la recherche d'une identité sociale positive qui serait le mécanisme de base, responsable de ce favoritisme. Ce comportement envers son propre groupe serait plus fréquent quand : 1/ les différences de statut sont perçues comme instables et illégitimes par le groupe de bas statut (Ellemers, Wilkes, et Van Knippenberg, 1993) ; les membres du groupe minoritaire ne peuvent accéder à un haut statut, (Moghaddam et Perreault, 1997) ; ils ont un sentiment d'appartenance à leur

groupe (Spears, Doosje et Ellemers, 1997). Plus encore, les groupes de bas statut discriminent ceux de haut statut lorsque la comparaison intergroupe se centre sur des dimensions qui ne sont pas pertinentes (Karasawa, Karasawa et Horose, 2004).

Dans le cadre de notre étude, la perception de la hiérarchie, entre les deux populations étudiées ne correspond pas forcément à la place des groupes au sein de l'organigramme.

En effet la place du cadre dans l'organigramme d'un établissement de santé est très précise. Celui-ci est placé sous l'autorité du directeur d'établissement, délégué au directeur des soins. Et souvent, pour certains établissements, cette hiérarchie passe également par un cadre supérieur de santé - cadre du pôle de référence. Aussi, lorsque l'on interroge les cadres de santé sur leur rapport avec les médecins, ceux-ci revendiquent une collaboration indispensable mais une relation uniquement fonctionnelle, sans qu'il y ait de hiérarchie établie entre les deux groupes. Il semblerait cependant que la complexité des réalités de travail rende compte de rapports hiérarchiques plus nuancés pour plusieurs raisons.

La première découle des liens avec le chef de service et de ses missions. Celui-ci est un médecin responsable de l'organisation générale du service. Par cette position, le médecin chef de service entretient non pas une simple relation avec le cadre de santé, mais il exerce une autorité fonctionnelle sur celui-ci. Pour preuve, la consultation d'un site internet « [hopital.fr](http://www.hopital.fr) »¹⁸ offre, à tout particulier qui cherche à connaître le fonctionnement hospitalier, une définition de l'équipe soignante qui commence par « *placée sous l'autorité du chef de service et*

¹⁸http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-demarches/L-hospitalisation/Vos-interlocuteurs#article_1

collaborant étroitement avec l'équipe médicale, elle regroupe différentes catégories de personnels paramédicaux et de service », avec comme premiers maillons, le cadre supérieur de santé et les cadres de santé.

La seconde raison que nous évoquerons trouve sa place dans l'histoire. « Savoir d'où l'on vient c'est savoir qui l'on est. Chercher à décrypter son histoire professionnelle peut permettre de comprendre ses racines ou plus simplement, de rendre lisible un message perdu aux origines d'un métier »¹⁹. Cette introduction à l'historique de la profession infirmière, empruntée à Philippe Viard, nous invite à revenir sur l'origine du métier de cadre et de la relation avec le médecin pour mieux comprendre leur relation hiérarchique. Il est vrai que la fonction cadre a évolué en parallèle de la fonction infirmière. « Pendant de longues années, la profession infirmière n'a pu intérioriser sa spécificité et a confié aux médecins le monopole de sa formation comme de son perfectionnement. La représentation du métier d'infirmier a souffert de deux images : une première inféodée à un pouvoir médical paternaliste et omniscient, une seconde de soumission et de dévouement. L'image de l'infirmière ayant comme qualités le dévouement et l'obéissance, a longtemps prévalu, il était forcément difficile dans un tel contexte de voir émerger un encadrement autonome »²⁰. Les empreintes du passé sont quelquefois encore visibles. Le cadre reste pour certains médecins une « super » infirmière qui se doit d'être toujours obéissante et de se plier à la volonté du corps médical.

¹⁹ VIARD, Philippe. De la cornette au stéthoscope : histoire infirmière et dimension du sacré [en ligne]. Disponible sur : http://www.propedia-igs.fr/wp-content/uploads/2012/02/VIARD_P.pdf (consulté le 20 janvier 2012).

²⁰ CATANAS, Marc. L'évolution socio-historique de la fonction cadre [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article53&lang=fr> (consulté le 10 février 2012).

La question qui se pose dès lors est la place que chacun croit occuper dans le système et les rapports qui en découlent. En raison de l'autorité exercée par les médecins et de la trajectoire empruntée par les cadres de santé (traditionnellement issus du corps infirmier) on peut penser que ce groupe de professionnels se positionne spontanément en haut de la hiérarchie dans le rapport médecin-cadre de santé. En raison du changement de statut (passage du corps infirmier à celui de cadre de santé) et de leur place dans l'organigramme, on peut penser que les cadres de santé ne se positionnent pas face aux médecins comme un groupe inférieur en statut. On peut également penser qu'une grande majorité des professionnels amenés à travailler ensemble aujourd'hui, ont su évoluer avec le temps et s'ouvrent à cette indispensable reconnaissance des compétences de chacun afin d'arriver à construire ensemble un avenir différent.

2. DE LA PROBLEMATIQUE AUX HYPOTHESES

2.1 PROBLEMATIQUE

La problématique de ce travail de recherche concerne les représentations croisées entre le cadre de santé et le médecin et leur impact sur les relations de travail ainsi que sur le travail de collaboration entre ces deux groupes de professionnels de santé.

2.2 HYPOTHESES

En lien avec la théorie de la justification du système, la théorie de l'identité sociale, avec les considérations à propos des rapports de travail spécifiques existant dans le contexte des établissements de soins entre les médecins et les cadres de santé, trois hypothèses peuvent être avancées.

2.2.1 Première hypothèse

On peut s'attendre à ce que les médecins aient une perception plus positive d'eux-mêmes que les cadres de santé. Ce qui se traduirait par :

- ✓ des adjectifs induits par le mot « médecin » dont la valeur serait évaluée plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ la construction d'un dialogue dans lequel le médecin mis en scène s'exprimerait plus longuement, plus souvent et produirait plus de langage de type directif comparativement au dialogue construit par les cadres de santé

2.2.2 Deuxième hypothèse

On peut s'attendre à ce que les cadres de santé aient une perception plus positive d'eux-mêmes que celle des médecins. Ce qui se traduirait par :

- ✓ des adjectifs induits par le mot « cadre de santé » dont la valeur serait évaluée plus positivement par les cadres de santé que par les médecins.
- ✓ la construction d'un dialogue dans lequel le cadre de santé mis en scène s'exprimerait plus longuement, plus souvent et produirait plus de langage de type directif comparativement au dialogue construit par les médecins

2.2.3 Troisième hypothèse

On peut s'attendre à ce que la perception que les médecins ont du travail avec les cadres de santé soit globalement plus positive que la perception que les cadres ont du travail avec les médecins. Ce qui se traduirait par :

- ✓ une relation « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une collaboration « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une transmission de l'information entre médecin et cadre de santé perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.

3. METHODOLOGIE D'ENQUÊTE

3.1 POPULATION

Nous avons choisi de solliciter des personnels de santé exerçant uniquement en établissement hospitalier général, afin d'éviter d'éventuelles variations dues à une organisation de travail différente et ainsi éliminer l'effet « établissement ».

Deux groupes de professionnels ont été interrogés : 28 médecins dont 4 chefs de service et 31 cadres de santé dont 13 faisant fonction de cadres de santé.

- Les 28 médecins se répartissent entre 16 hommes et 12 femmes. Ils ont entre 26 et 58 ans (âge moyen : 43 ans) et entre 1 et 33 ans d'ancienneté (âge moyen d'ancienneté : 16 ans).
- Les 31 cadres de santé se répartissent entre 2 hommes et 29 femmes. Ils ont entre 29 et 58 ans (âge moyen : 42 ans) et entre 1 et 26 ans d'ancienneté (âge moyen d'ancienneté : 4.5 ans).

La répartition par établissement et par service d'exercice est disponible avec l'ensemble des caractéristiques de la population étudiée en annexe III.

3.2 VARIABLES DE L'ETUDE

3.2.1 Variable Indépendante

Notre dispositif de recueil repose sur une Variable Indépendante, le groupe professionnel.

- VI groupe professionnel (Médecins/Cadres de santé)

3.2.2 Variable Dépendante

Les Variables Dépendantes sont au nombre de trois :

- VD : représentations croisées
- VD : préjugés et stéréotypes
- VD : comportements déclarés en situation de travail (collaboration/opposition)

Les Variables Dépendantes sont liées aux biais perceptifs (cf. Chapitre 1.2 : Effet de la catégorisation).

3.3 METHODE DE RECUEIL DES DONNEES

Parmi les méthodes qui permettent de recueillir le contenu des représentations sociales, nous nous sommes appuyés sur l'ouvrage d'Abrić (2003)²¹ et avons choisi d'utiliser le questionnaire. Ce support permet de solliciter une large population. Il offre également la possibilité d'obtenir des données quantitatives et qualitatives qui seront utilisées pour l'ensemble de notre travail de recherche.

²¹ ABRIC, Jean-Claude. *Méthodologie d'étude des représentations sociales*. Toulouse : Erès, 2003, 296p.

Le questionnaire que vous trouverez dans sa version « médecin » en annexe I et dans sa version « cadre de santé » en annexe II, se décline en quatre parties.

3.3.1 Première partie du questionnaire

Le questionnaire débutait par une présentation générale de l'objectif de l'étude. Les participants étaient ensuite invités à répondre le plus honnêtement possible aux questions afin que nous puissions recueillir leur sentiment, leurs réactions et leur analyse. Et pour finir, un espace intitulé « Pour mieux vous connaître » permettait d'identifier les caractéristiques de la population étudiée.

3.3.2 Seconde partie du questionnaire

Intitulée « Les mots qui en évoquent d'autres », la partie II du questionnaire propose deux tableaux d'association verbale. Le premier tableau étant en lien avec la représentation de l'exogroupe, le second en lien avec la représentation de l'endogroupe. Nous n'avons pas contrebalancé l'ordre de réalisation de ces deux tâches d'évocation.

Dans un premier temps, les participants étaient invités à répondre à la question suivante : *Quels sont les adjectifs qui vous viennent immédiatement à l'esprit lorsque vous évoquez les mots « cadre de santé » et « médecin » ?* Cette mesure nous a permis d'identifier les éléments spontanément évoqués par les participants à propos de l'objet.

Dans un deuxième temps, nous avons complété les tableaux d'association verbale par un tableau de valeur associée. Les participants étaient invités à attribuer une note à chacun des adjectifs cités en fonction de la valeur qu'il

revêt pour eux. Les valeurs allaient de -5 à +5. Si l'adjectif cité revêt une valeur positive, il était demandé d'entourer +5. Par contre si l'adjectif cité renvoie à une valeur négative, il était demandé d'entourer -5. Les notes intermédiaires permettaient de moduler le jugement. Cette mesure nous a permis de comparer les valeurs attribuées au groupe d'appartenance et à l'exogroupe à travers les adjectifs communs cités.

3.3.3 Troisième partie du questionnaire

Nommée « Les situations », la partie III du questionnaire est composée de quatre vignettes. Ces vignettes sont des dessins mettant en scène un médecin et un cadre de santé, au sein d'un service d'hospitalisation, dans un contexte à chaque fois différent.

Les contextes de mise en situation ont été déterminés en fonction des missions de chacun des acteurs. Ainsi nous avons choisi deux situations relevant plutôt du rôle du cadre de santé et deux autres relevant plutôt du rôle du médecin. Pour le cadre de santé, les situations proposées sont en lien avec la gestion des ressources humaines : « *une infirmière est incompétente* » (vignette « Ressources Humaines ») et l'organisation des soins : « *l'organisation des soins ne convient pas* » (vignette « organisation des soins »). Pour les situations relevant du rôle du médecin, nous avons opté pour l'information du patient et de sa famille : « *une famille souhaite rencontrer le médecin* » (vignette « famille ») et la gestion des flux de patients : « *la situation sociale ne permet plus la sortie d'un patient ce jour* » (vignette « flux »).

Le dialogue entre ces deux personnages était à construire par les participants en fonction du thème énoncé par le titre de la vignette et nous permettait d'explorer les relations professionnelles entre les cadres de santé et les médecins.

Il est à noter que nous avons créé quatre versions pour cette partie dans lesquelles nous avons contrebalancé l'ordre des vignettes. En effet, pour limiter les variations d'écriture induites par le rang d'apparition des vignettes, nous n'avons pas souhaité présenter toujours la même vignette en premier.

3.3.4 Quatrième partie du questionnaire

Appelée « Questions d'attitude », la dernière partie du questionnaire se distingue par quatre questions fermées. Elle interroge chaque membre d'un groupe sur la perception qu'il a du travail avec l'autre.

Dans un premier temps, il est demandé à chaque participant de qualifier sa relation et sa collaboration ainsi que la transmission des informations avec l'exogroupe. Pour cela, il lui est proposé de marquer son opinion à l'aide d'une croix sur une échelle de type Lickert allant de « très mauvaise » à « très bonne ».

Dans un dernier temps, la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre le médecin et le cadre de santé ?* » propose sept situations de travail mettant en scène les cadres de santé et les médecins. Parmi « *la gestion des flux de patients* », « *la gestion des ressources humaines* », « *la gestion du matériel* », « *l'élaboration du projet de service* », « *l'organisation des soins* », « *la prise en charge du patient* » et « *la relation avec les familles* », il est demandé au participant de cocher au maximum trois propositions.

3.4 MODALITES DE PASSATION

3.4.1 Pré-test

Le questionnaire a été testé auprès d'un cadre de santé et d'un médecin.

Les consignes dans leur ensemble ont été bien comprises, cependant, une des personnes sollicitées a répondu au tableau d'association verbale en indiquant la représentation « idéale » qu'elle avait de l'objet. Ce qui nous a amené à clarifier les consignes des tableaux d'association verbale de la partie II du questionnaire.

La seconde personne a jugé que le temps nécessaire pour répondre au questionnaire était long (il a été mesuré à plus de trente minutes). Ce qui nous a amené à limiter la dernière partie : nous avons fait le choix de supprimer une question ouverte sur la perception du travail.

3.4.2 Diffusion

Le questionnaire version « médecin » a été distribué sur un seul établissement (Centre Hospitalier n°1²²) auprès de 105 professionnels médicaux exerçant dans des services de soins. Le pourcentage de retour pour cette catégorie est de 27%. Ce taux de participation reste tout à fait honorable sachant qu'il a nécessité plusieurs relances auprès des professionnels concernés, ainsi que la sollicitation d'un réseau professionnel de proximité pour motiver les retours. Les médecins du secteur médico-technique tels que radiologues, biologistes et pharmaciens ont été volontairement écartés de l'enquête car pas concernés par l'ensemble des situations choisies pour les vignettes.

²² Merci de lire pour l'ensemble du document, CH = Centre Hospitalier

Les cadres de santé étant moins nombreux sur un même établissement que les médecins, nous avons diffusé le questionnaire version « cadre de santé » sur deux centres hospitaliers généraux (CH n°1 et CH n°2), ainsi qu'à des étudiants cadres de santé ayant travaillé comme faisant fonction dans un établissement de même taille. Au total, 91 cadres de santé ou faisant fonction ont été sollicités. Le pourcentage de retour pour cette catégorie est de 34 %. Ce qui est tout à fait acceptable compte tenu du temps nécessaire pour remplir le questionnaire et de la période de diffusion qui a correspondu à la certification d'un des deux établissements de santé.

3.5 METHODE D'ANALYSE DES RESULTATS

Les résultats des questionnaires ont été extraits manuellement, saisis informatiquement et traités à l'aide du logiciel Excel de Microsoft.

3.5.1. Association verbale et analyse prototypique

La technique d'association verbale « consiste, à partir d'un mot inducteur ou d'une proposition, à demander au sujet de produire tous les mots ou expressions qui lui viennent à l'esprit. Le caractère spontané de cette production permet d'accéder rapidement aux éléments qui constituent l'univers sémantique de l'objet étudié »²³.

L'analyse prototypique (ou carré de VERGES) développée par Pierre VERGES (1994), s'appuie sur les travaux de l'école aixoise développée par Abric (1887, 1994) et Flament (1989,1994).

²³ ROUQUETTE Michel-Louis, RATEAU Patrick. Introduction à l'étude des représentations sociales. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, p. 38.

Cet outil d'analyse permet de mettre en évidence les propriétés structurales de la représentation. Verges prend en compte deux critères pour classer les mots cités et construire un tableau : la fréquence de citation des items associés au mot inducteur et leur rang d'apparition. Le tableau ci-dessous, illustre comment sont classés les éléments associés au mot inducteur en fonction de ces deux critères.

CARRE DE VERGES		Rang d'apparition	
		Faible (-)	Elevé (+)
Fréquence de citation (FC)	FC Elevée (+)	Noyau central	1 ^{ere} périphérie
	FC Faible (-)	Zone de contraste	2 ^{eme} périphérie

Tableau 2 : Carré de Verges (Edith SALES WUILLEMIN - IFCS Dijon - 2012)

- La fréquence de citation correspond au nombre d'individus ayant évoqué chacun des mots associés.
- Le rang d'apparition correspond à la position du mot sur une échelle d'énonciation allant de 1 à 5.

Le rang d'apparition croisé avec la fréquence de citation, est un indicateur de la prototypie. Les éléments prototypiques sont de bons candidats à la centralité. Plus la fréquence est élevée et le rang est faible, plus on se rapproche du noyau central de la représentation.

Les seuils admis pour déterminer les zones centrales et périphériques sont la moyenne du rang d'apparition et le seuil binomial (k) pour la fréquence de citation.

Le seuil k (limite statistique entre FC+ et FC-) au delà duquel il est estimé que les termes sont consensuellement cités par les sujets des différents échantillons, est déterminé par un test binomial. Ce test permet de calculer avec précision pour chaque groupe, la probabilité p que K individus aient produit le même mot. Il prend en compte à la fois le nombre de sujets, le nombre moyen de termes associés par les sujets et le nombre total de termes différents associés par chacun des groupes. Nous ne retiendrons que les mots produits avec une probabilité $p < 0.01$. *« Lorsque le seuil K est identifié à 6, cela signifie que les mots associés par au moins 6 sujets le sont avec une probabilité qui diffère significativement du hasard. On peut donc en conclure que le mot est socialement significativement partagé par les membres du groupe considéré »*²⁴. Le seuil k est exprimé en pourcentage en regard de la population étudiée.

Pour analyser les résultats des tableaux d'association verbale, nous ferons également le choix de ne garder que les mots dont la fréquence de citation est supérieure à 5%, c'est-à-dire cités par au moins deux personnes dans le cas de notre échantillon de population et ceci pour l'ensemble de l'analyse. Ce chiffre correspond au seuil bas.

²⁴ MORLOT Rachel, SALES-WUILLEMIN Edith. Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière. Revue internationale de psychologie sociale. 2008 n°4.

3.5.2 Evaluation des valeurs associées aux éléments consensuels

En demandant aux participants d'attribuer une note à chacun des adjectifs cités en fonction de la valeur qu'il revêt pour eux, nous allons pouvoir mesurer si les adjectifs communs attribués à l'endogroupe sont globalement plus positifs que ceux attribués à l'exogroupe. Pour cela nous allons comparer la moyenne de notes attribuées par les cadres de santé et les médecins aux adjectifs communs aux deux groupes.

Pour l'exploitation de cette question, nous utiliserons le programme Excel de Microsoft. Cependant ce programme ne prenant pas en compte les chiffres négatifs, nous avons standardisé les valeurs pour obtenir un score positif. Le tableau de correspondance ci-dessous permettra la conversion.

Valeur positive ou négative attribuée à l'adjectif	-5	-4	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3	+4	+5
Valeur pour Excel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11

Tableau 3 : Correspondance entre valeur attribué à l'adjectif et valeur dans Excel

Les moyennes des valeurs des mots mis en évidence par l'analyse prototypique, sont disponibles en annexe IV, V, VI et VII.

L'analyse statistique des résultats va nous permettre d'identifier des biais perceptifs et notamment de confirmer ou infirmer la présence de biais intergroupe de type endofavoritisme ou exodéfavoritisme.

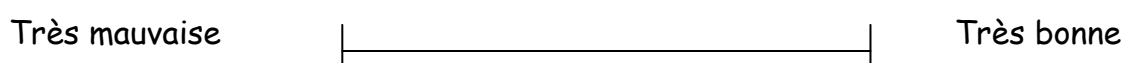
3.5.3 Relation intergroupe : analyse du langage

Pour la partie III « Les situations » du questionnaire, notre démarche consistera à partir d'une analyse du langage, à déterminer un certain nombre d'indices rendant compte de la relation entre les personnages. Selon la méthode des juges, nous avons extrait de chaque dialogue (vignette), quatre indicateurs : le nombre de mots, le nombre de prises de parole, le nombre d'interventions et le nombre d'actes de langage de type directif, pour chacun des locuteurs. Nous dissocierons dans les actes de type directif, ceux qui sont fortement marqués comme l'ordre ou la volonté, et ceux qui sont faiblement marqués comme le souhait ou le désir. Cette partie va nous aider à obtenir des éléments sur la relation intergroupe.

Nous comparerons ensuite le nombre moyen d'indicateurs pour l'ensemble des vignettes et pour chacune des catégories professionnelles étudiées. De la même façon nous comparerons le nombre moyen d'indicateurs pour chacune des vignettes et pour chaque groupe. Nous ferons ensuite une analyse descriptive des résultats obtenus.

3.5.4 Relation intergroupe : questions d'attitude

Pour la dernière partie du questionnaire qui se distingue par quatre questions fermées, nous exploiterons les résultats exprimés sur l'échelle de type Lickert illustrée ci-dessous :



Nous mesurerons avec un double décimètre le positionnement de la croix placée par le participant sur l'échelle de type Lickert. Cette échelle mesurant 7 cm, les réponses seront indiquées en centimètre et seront analysées en terme de positivité ou de négativité par rapport au centre c'est-à-dire 3.5cm.

A la suite de quoi, nous pourrons utiliser le tableau ci-dessous afin de transposer les résultats chiffrés sur l'échelle de type Lickert en une appréciation qualitative.

< 1.5cm	1.5 ≤ Moyenne < 3cm	3 ≤ Moyenne < 4cm	4 ≤ Moyenne < 5.5cm	5.5 ≤ Moyenne < 7cm
Très mauvaise	Mauvaise	Ni mauvaise, ni bonne	Bonne	Très bonne

Tableau 4 : correspondance qualitative de l'échelle de type Lickert

Nous ferons dans un dernier temps une analyse descriptive en comparant les moyennes des réponses en fonction des groupes.

Nous pourrions également mettre en relation l'analyse des réponses à la dernière question avec celle des situations présentées par les vignettes et comparer s'il y plus d'actes de langage de type directif dans les situations identifiées comme pouvant générer des tensions entre le médecin et le cadre de santé. Mais cette possibilité ne sera pas exploitée à ce stade de notre travail de recherche.

4. PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Pour commencer, il est important de préciser que l'échantillon des populations étudiées n'étant pas satisfaisant d'un point de vue quantitatif, les résultats ne peuvent en aucun cas être élargis à la population générale des cadres de santé et des médecins.

4.1 ANALYSE PROTOTYPIQUE – CARRE DE VERGES

Pour cette étude, l'échantillon de population est de 31 cadres de santé (CDS)²⁵ pour 28 médecins (Dr)²⁶.

Nous avons réalisé une analyse prototypique en regard des résultats obtenus grâce aux tableaux d'association verbale pour chaque mot inducteur et pour chaque groupe. Ces analyses mettent en évidence les représentations sociales que les cadres de santé et les médecins ont respectivement du cadre de santé et du médecin.

Les analyses prototypiques réalisées, les calculs du seuil binomial correspondant et les valeurs moyennes associées aux adjectifs sont disponibles en annexe IV, V, VI et VII.

Nous avons complété notre analyse par un test d'indépendance du Khi-Deux (ou X²). Ce test statistique montre le caractère significatif de la différence et permet de voir si les mots attribués sont typiques d'une

²⁵ Pour l'ensemble des résultats, merci de lire pour CDS: Cadre(s) de santé.

²⁶ Pour l'ensemble des résultats, merci de lire pour Dr: Médecin(s).

population en particulier. Lorsque la probabilité (p) était inférieure à .05 nous avons considéré que la différence était significative. Dit autrement nous pouvions rejeter l'hypothèse nulle (absence de différence) avec une probabilité de 95% de chance de ne pas nous tromper. Lorsqu'elle était supérieure à ce seuil nous avons considéré qu'elle était Non Significative (**NS**). L'ensemble des tests réalisés est à disposition en annexe VIII.

4.1.1 Le cadre de santé vu par les cadres de santé et par les médecins

Afin de comparer les représentations du cadre de santé par les cadres de santé et par les médecins, une analyse prototypique a été réalisée pour chaque catégorie professionnelle. L'ensemble des mots associés au mot inducteur « cadre de santé » est également disponible en annexe IV et V.

Voici un tableau comparatif des analyses prototypiques réalisées à partir des adjectifs associés au mot inducteur « cadre de santé » par les cadres de santé et par les médecins. Dans ce tableau, nous avons souligné les mots attribués à la fois par les cadres de santé et par les médecins.

Tableau 5 : Représentation du *cadre de santé*, comparaison CDS et médecins

REPRESENTATION DU « CADRE DE SANTE »	
Par les cadres de santé	Par les médecins
<p align="center">Zone du noyau <u>Organisé</u> (32,26% - 2,30)</p>	<p align="center">Zone du noyau <u>Organisateur</u> (21,43% - 2)</p>
<p align="center">Zone de contraste</p> <p><u>Disponible</u> (16,13% - 1,6) <u>Gestionnaire</u> (16,13% - 2,8) <u>Organisateur</u> (16,13% - 2,4) Compétent (12,90% - 1,75) <u>Responsable</u> (12,90% - 2,5) Fédérateur (9,68% - 2,33) Manager (9,68% - 1) <u>Rigoureux</u> (9,68% - 2) Actif (6,45% - 2) Animateur (6,45% - 3) Collaboratif (6,45% - 2) Communicatif (6,45% - 2) Coordinateur (6,45% - 2,5) <u>Dynamique</u> (6,45% - 1) Humain (6,45 - 2,5) Négociateur (6,45% - 2,5) Polyvalent (6,45% - 1,5) Référent (6,45% - 2,5) Relationnel (6,45% - 2,5)</p>	<p align="center">Zone de contraste</p> <p><u>Organisé</u> (17,86% - 2,20) <u>Dynamique</u> (14,29% - 2,50) <u>Gestionnaire</u> (14,29% - 2) <u>Attentif</u> (10,71% - 2,33) Efficace (10,71% - 2,33) Chef infirmier (7,14% - 2) Intermédiaire (7,14% - 1) Patient (7,14% - 2) <u>Rigoureux</u> (7,14% - 1)</p>
<p align="center">1^{ère} Périphérie <u>Attentif</u> (19,35% - 3,33)</p>	<p align="center">1^{ère} Périphérie <u>Disponible</u> (28,57% - 2,75) <u>Responsable</u> (21,43% - 2,83)</p>
<p align="center">2^{ème} Périphérie</p> <p>Equitable (9,68% - 3,67) Compréhensif (6,45% - 3,5) Conciliant (6,45% - 4) Débordé (6,45% - 4) Empathique (6,45% - 3,5) Honnête (6,45% - 3,5) Volontaire (6,45% - 3,5)</p>	<p align="center">2^{ème} Périphérie</p> <p>Administratif (10,71% - 3,33) Autoritaire (10,71% - 3,33) Soignant (7,14% - 5)</p>

Analyse :

On constate tout d'abord que les éléments présents dans la zone du noyau sont différents pour les cadres de santé et pour les médecins. Il s'agit du mot *organisé* pour les cadres et *organisateur* pour les médecins. On note également qu'il n'y a qu'un seul élément prototypique pour chaque groupe.

Ensuite, on peut remarquer que chacun des éléments prototypiques d'un groupe est présent dans la zone de contraste de l'autre groupe. Le test de X² réalisé sur ces mots montre que la fréquence de citation de ces deux termes ne diffère pas entre les deux groupes. Autrement dit, ni *organisé*, ni *organisateur* ne sont typiques d'une population plutôt qu'une autre.

Tableau 6 : Test du Khi-Deux réalisé pour le mot *organisé*

ORGANISE	CDS	Médecins	Test Khi-Deux
Nbre ayant cité le mot	10	5	X ² = 1,61 P < .3
Nbre n'ayant pas cité le mot	21	23	NS

Tableau 7 : Test du Khi-Deux réalisé pour le mot *organisateur*

ORGANISATEUR	CDS	Médecins	Test Khi-Deux
Nbre ayant cité le mot	5	6	X ² = 0.27 P < .7
Nbre n'ayant pas cité le mot	26	22	NS

C'est donc le mot *organisé* qui est prototypique et bon candidat à la centralité puisqu'il apparaît dans la zone du noyau pour les cadres de santé. Les cadres auraient donc une représentation du cadre de santé comme d'une personne organisée. L'adjectif attribué est une qualité reconnue à une personne méthodique, ordonnée. Les mots qui ont une relation avec l'adjectif *organisé* et que l'on retrouve également dans la zone de contraste des cadres de santé sont *responsable, rigoureux, et coordinateur*.

En ce qui concerne la représentation du cadre de santé par les médecins, nous pouvons voir que c'est le qualificatif *organisateur* qui est prototypique. Il s'agit d'un bon candidat à la centralité. Pour leur part, les médecins se représenteraient donc le cadre de santé comme quelqu'un d'organisateur. Dans ce cas, l'adjectif attribué qualifie plutôt une action, en effet quelqu'un d'organisateur est une personne qui organise, qui planifie, qui anime ou encore qui manage. On retrouve d'autres qualificatifs dans l'analyse du reste du champ de la représentation des médecins qui vont dans ce sens. Il s'agit de *gestionnaire, autoritaire et administratif*.

Interprétation :

Au regard des éléments uniques présent dans chaque noyau central, nous pourrions être tentés de penser que la représentation du cadre de santé ne semble pas très construite socialement. Il ne faut cependant pas oublier que notre échantillon de population est faible et que nous ne pouvons pas généraliser nos résultats.

Hormis l'adjectif débordé et l'adjectif administratif qui prend ici une valeur moyenne négative (-2), l'ensemble des adjectifs cités et retenus grâce à l'analyse prototypique réalisée, est noté positivement. Mais nous porterons une

attention particulière à la comparaison des valeurs dans le chapitre 4.1.3 ci - après.

Nous pouvons donc conclure que la représentation du cadre de santé est sensiblement la même pour les cadres de santé que pour les médecins sollicités. Elle relève d'une personne organisée, rigoureuse, et responsable ainsi que d'une personne organisatrice, qui anime et manage. Elle est globalement positive mais nous serions plutôt dans des qualificatifs généraux qui relèvent des fonctions et qualités attendues du cadre de santé.

4.1.2 Le médecin vu par les cadres de santé et par les médecins

Nous avons réalisé le même traitement que précédemment à propos de l'objet « médecin ». L'ensemble des mots associés au mot inducteur « médecin » est disponible en annexe VI et VII.

Voici un tableau comparatif des analyses prototypiques réalisées à partir des adjectifs associés au mot inducteur « médecin » par les cadres de santé et par les médecins. Les mots communs cités par les deux populations sollicitées, sont soulignés.

Tableau 8 : Représentation du « médecin », comparaison CDS et médecins

REPRESENTATION DE L'OBJET « MEDECIN »	
Cadres de santé	Médecins
<p>Zone du noyau <u>Compétent</u> (25,81% - 1,38) Collaboratif (22,58% - 1,86) <u>Disponible</u> (19,35% - 1,5)</p>	<p>Zone du noyau <u>Disponible</u> (25% - 1,86) <u>Soignant</u> (25% - 1,57) <u>Compétent</u> (21,43% - 1,67)</p>
<p>Zone de contraste Exigeant (16,13% - 2,6) <u>Soignant</u> (12,90% - 1,25) <u>Prescripteur</u> (9,68% - 1) Egocentrique (9,68% - 2,33) Autoritaire (6,45% - 1,5) Puissant (6,45% - 2) Débordé (6,45% - 2,5) <u>Efficace</u> (6,45% - 2,5) Présent (6,45% - 2,5)</p>	<p>Zone de contraste Humain (17,86% - 2,4) <u>Responsable</u> (17,86% - 1,6) <u>Efficace</u> (10,71% - 2,67) Stressé (10,71% - 2) Attentif (7,14% - 2) Compréhensif (7,14% - 2,50) <u>Prescripteur</u> (7,14% - 2)</p>
<p>1^{ère} Périphérie <u>Responsable</u> (22,58% - 3)</p>	<p>1^{ère} Périphérie</p>
<p>2^{ème} Périphérie Humain (16,13% - 3) Attentif (9,68% - 3) Directif (9,68% - 3,33) Egoïste (9,68% - 3,33) Honnête (6,45% - 3) Intelligent (6,45% - 3) Colérique (6,45% - 3,50) Orgueilleux (6,45% - 3,5) Professionnel (6,45% - 3,5) Désorganisé (6,45% - 4) Dynamique (6,45% - 4,5) Précis (6,45% - 4,5) Pressé (6,45% - 4,5)</p>	<p>2^{ème} Périphérie Désorganisé (7,14% - 3,5) Dévoué (7,14% - 3) Organisateur (7,14% - 4,5) Organisé (7,14% - 3,5)</p>

Analyse :

Les éléments présents dans la zone de noyau des cadres de santé sont les mots *compétent*, *collaboratif* et *disponible*. En ce qui concerne la représentation des médecins, nous pouvons voir que les qualificatifs *disponible*, *soignant* et *compétent* sont de bons candidats à la centralité. Il y a donc deux éléments centraux identiques pour les cadres de santé et pour les médecins interrogés. Il s'agit des mots *disponible* et *compétent*.

Le test de X2 réalisé sur les mots dans la zone du noyau montre que la fréquence de citation de ces deux termes ne diffère pas entre les deux groupes.

Tableau 9 : Test du Khi-Deux réalisé pour le mot *disponible*

DISPONIBLE	CDS	Médecins	Test Khi-Deux
Nbre ayant cité le mot	6	7	X2 = 0,27 P < .7 NS
Nbre n'ayant pas cité le mot	25	21	

Tableau 10 : Test du Khi-Deux réalisé pour le mot *compétent*

COMPETENT	CDS	Médecins	Test Khi-Deux
Nbre ayant cité le mot	8	6	X2 = 0,16 P < .7 NS
Nbre n'ayant pas cité le mot	23	22	

D'un point de vue qualitatif cependant on note que ces deux concepts sont respectivement liés à « *collaboratif* » pour les cadres de santé et à « *soignant* » pour les médecins. Le noyau central de la représentation n'est donc pas identique pour les deux groupes. Au-delà on peut noter que les adjectifs *disponible* et *compétent* sont reliés au travail collaboratif pour les cadres de santé, donc un travail qui implique leur propre groupe professionnel, alors que ce travail collaboratif n'est pas évoqué par les médecins. Une analyse par X², présentée dans le tableau ci-dessous, montre d'ailleurs que l'élément « *collaboratif* » est typique de la représentation des cadres de santé.

Tableau 11 : Test du Khi-Deux réalisé pour le mot *collaboratif*

COLLABORATIF	CDS	Médecins	Test Khi-Deux
Nbre ayant cité le mot	7	0	X ² = 7,17 P < .008
Nbre n'ayant pas cité le mot	24	28	

Interprétation :

Compétent, le médecin serait considéré par ses pairs et par les cadres de santé comme quelqu'un de qualifié, ayant des capacités et aptitudes professionnelles. Nous pouvons rattacher cette représentation du médecin avec un autre mot cité par les deux groupes qui est *efficace*.

Vu comme **disponible**, le médecin serait donc une personne qui dispose de temps libre ou trouve du temps ou encore que l'on a à sa disposition. Cependant le terme *disponible* utilisé par le groupe médecin est appuyé uniquement par l'adjectif *attentif*. Il est donc difficile d'en conclure que c'est dans ce sens que

les médecins qualifiaient la disponibilité. Il en est de même pour les cadres qui qualifient également le médecin comme un personne disponible mais lui attribuent un autre terme contradictoire qui est *débordé*. Nous mettrons donc une réserve sur l'interprétation accordée au sens du mot *disponible* et serions tenté de penser que le médecin sait se rendre disponible.

Qualifié de **soignant**, le médecin est décrit également comme prescripteur, attentif et humain par les deux populations étudiées. Pas uniquement chargé de traiter les malades ou de donner des soins comme nous l'indique le mot *prescripteur*, le médecin bénéficie aussi d'une image de soignant dans le sens de prendre soin, faire preuve d'humanité et d'attention.

Si les cadres de santé ont une représentation du médecin comme un professionnel **collaboratif**, nous nous étonnerons de constater que cette notion de collaboration n'est pas présente dans la population médicale, que ce soit dans la représentation qu'elle a du médecin comme celle qu'elle a du cadre de santé d'ailleurs.

4.1.3 Comparaison des valeurs associées

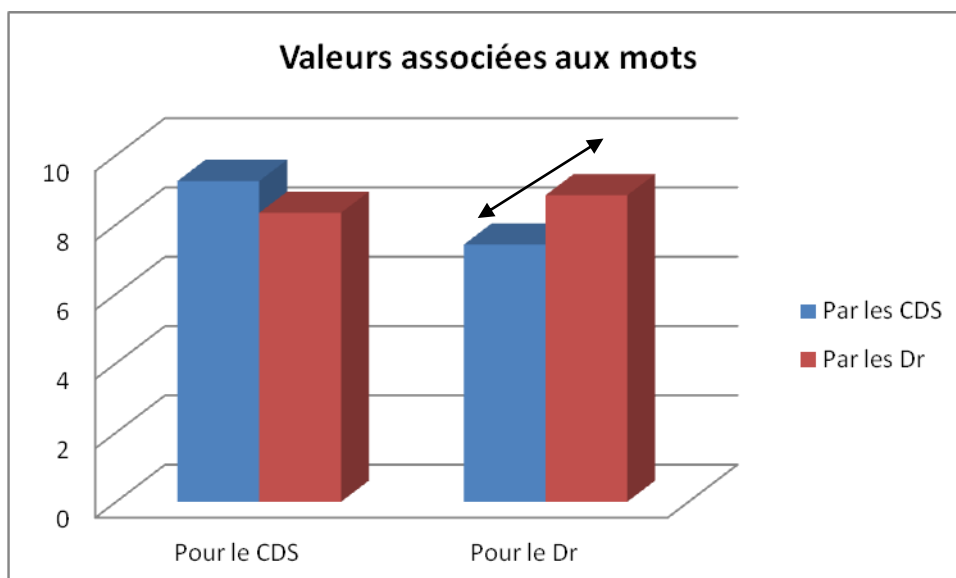
Nous avons comparé les moyennes des notes attribuées aux mots associés à l'objet « cadre de santé » et à l'objet « médecin » par les deux groupes interrogés. L'échelle de valeur va de -5 à +5 et nous utiliserons pour ces calculs la correspondance de 0 à 11 utilisée pour entrer les données dans Excel.

Nous avons utilisé le test statistique F de Fisher pour comparer les moyennes et dire si la différence entre ces moyennes était significative. Les calculs statistiques sont disponibles en annexe IX.

Tableau 12 : Moyenne des valeurs attribuées aux adjectifs cités dans l'association verbale.

Moyenne des valeurs attribuées à l'ensemble des mots	Pour le CDS	Pour le Dr
Par les CDS	9,257471264	7,42
Par les Dr	8,339880952	<u>8,843209877</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,55)=2,75; p<.10 NS	F(1,55)=6,01; p< .017

Figure 2 : Moyennes des valeurs associées aux mots cités dans l'association verbale. Comparaison entre les répondants cadre de santé et médecin



Analyse :

On constate que les médecins attribuent des valeurs plus positives au médecin ($m=8,84$) que ne le font les cadres de santé ($m= 7,42$). Cette différence est significative ($p<.02$).

Interprétation :

Nous pouvons dire qu'en attribuant plus de valeurs positives au médecin que ne le font les cadres de santé, les médecins avantagent un membre de leur propre groupe et font donc preuve d'endofavoritisme.

Nous avons fait l'hypothèse que les cadres de santé attribueraient des adjectifs plus positifs au cadre de santé qui est membre du leur groupe d'appartenance que ne le font les médecins. Ce qui n'est pas le cas.

De même, nous avons fait la supposition que les médecins attribueraient des adjectifs plus positifs au médecin que ne le font les cadres de santé. Ce qui se vérifie. Notre première hypothèse est donc confirmée pour le groupe des médecins uniquement.

Conclusion générale de l'analyse prototypique :

Dans ce paragraphe, nous allons tenter de reprendre l'ensemble des idées qui nous sont apparues au vu des résultats dégagés dans cette première partie.

D'une part, la représentation sociale du cadre de santé est globalement positive pour l'ensemble de la population étudiée. D'autre part, elle semble être partagée par les deux groupes socioprofessionnels que sont les cadres de santé et les médecins. Ceux-ci se représentent le cadre de santé à la fois comme une personne organisée, rigoureuse et responsable et comme un bon gestionnaire,

organisateur qui anime et manage. Cependant la représentation du cadre de santé ne semble pas être socialement construite auprès de l'ensemble de cette population car il y a peu d'éléments présents dans le noyau central.

Par ailleurs, la représentation sociale des médecins diffère pour les cadres de santé et les médecins. Même si le médecin bénéficie de l'image d'un professionnel compétent et disponible aux yeux des deux groupes sollicités, chacun n'y met pas les mêmes attributs. Les médecins lient la disponibilité et la compétence à l'attention portée et aux soins. Les cadres quant à eux associent la compétence et la disponibilité à la collaboration.

Pour finir, d'un point de vue général, l'appréciation par score des termes associés au mot « médecin » est majoritairement favorable. On peut cependant remarquer qu'une analyse plus étendue sur le carré de Verges laisse entrevoir des éléments de représentation négatifs de la part des cadres de santé dans la zone de contraste.

4.2 ANALYSE DU LANGAGE

Nous avons extrait manuellement de chaque dialogue (vignette), les quatre indicateurs suivant: nombre de mots, nombre de prise de parole, nombre d'interventions et nombre d'actes de langage de type directif, pour chacun des locuteurs (personnes mise en scène). L'ensemble des résultats a été informatisé avec le logiciel Excel et se trouve en annexe X.

Ensuite nous avons comparé le nombre moyen d'indicateurs en fonction des répondants. Nous avons utilisé le test statistique F de Fischer pour comparer les moyennes et dire si la différence entre ces moyennes était significative. Seuls les résultats présentant une différence significative sont présentés dans le corps du mémoire. Les calculs statistiques sont disponibles en annexe XI.

Nous avons analysé dans un premier temps l'ensemble des situations proposées, autrement dit l'ensemble des vignettes. Puis dans un second temps, nous avons réalisé une analyse en regard de chacune des situations (vignette).

4.2.1 Analyse globale sur les 4 vignettes

Les nombres moyens pour chaque indicateur sont calculés par vignette, toutes vignettes confondues.

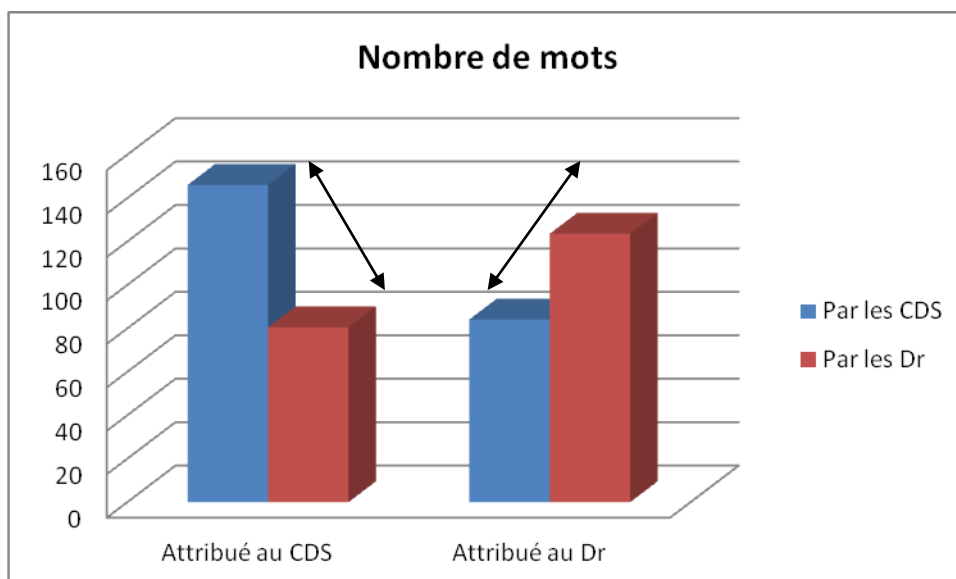
a) Nombre de mots

Tableau 13 : Nombre moyen de mots par vignette, toutes vignettes confondues

NOMBRE DE MOTS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les CDS	<u>146,0714</u>	84,0714
Par les Dr	80,5556	<u>123,5556</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,44)=9,59 ; p< .004	F(1,44)=4,98 ; p< .04

Figure 3 : Nombre moyen de mots par vignette, toutes vignettes confondues.

Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse:

On peut constater que les CDS font produire plus de mots au Cadre ($m=146,07$) que ne lui en font produire les médecins ($m=80,55$). Cette différence est très significative ($p<.004$). **Endofavoritisme CDS**

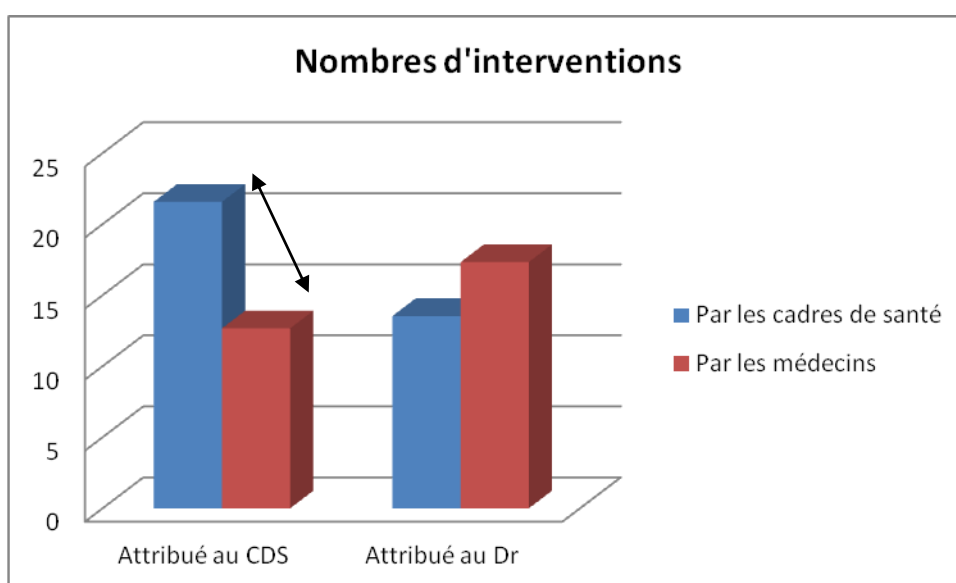
On peut constater que les médecins font produire plus de mots au Médecin ($m=123,55$) que ne lui en font produire les CDS ($m=84,04$). Cette différence est significative ($p<.04$). Endofavoritisme Dr

b) Nombre d'interventions

Tableau 14 : Nombre moyen d'interventions par vignette, toutes vignettes confondues

NOMBRE D'INTERVENTIONS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>21,5714</u>	13,5357
Par les médecins	12,6667	17,3333
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,44)=8,98 ; p<.004	F(1,44)= 2,33 ; p<.2 Non significatif

Figure 4 : Nombre moyen d'interventions par vignette, toutes vignettes confondues. Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse:

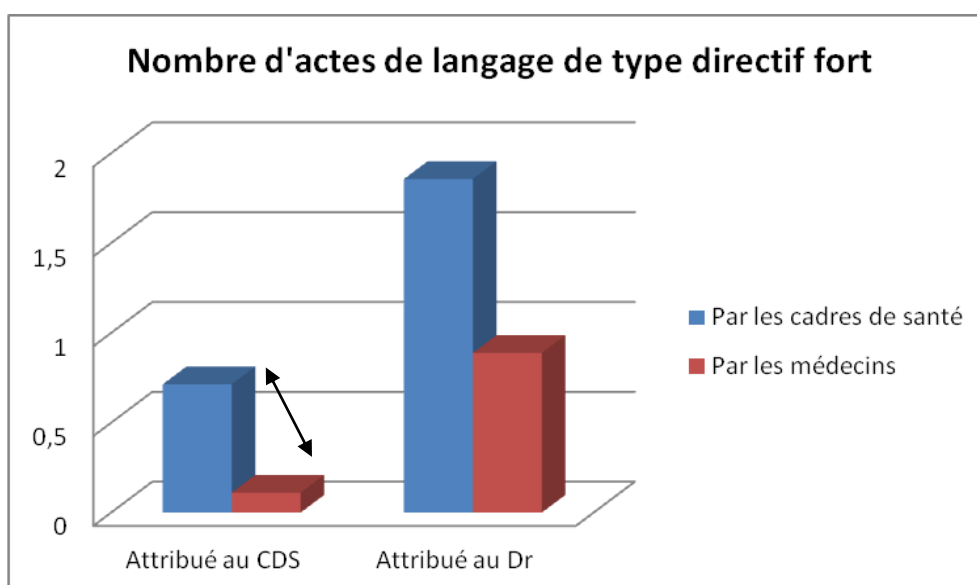
On peut constater que les CDS font produire plus de mots au Cadre ($m=21,57$) que ne lui en font produire les médecins ($m=12,66$). Cette différence est très significative ($p<.004$). **Endofavoritisme CDS**

c) Nombre d'actes de langage de type directif fort

Tableau 15 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette, toutes vignettes confondues. Comparaison entre les répondants CDS et médecins

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FORT	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>0,7143</u>	1,8571
Par les médecins	0,1111	0,8889
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,44)=8,16 ; p<.008	F(1,44)=3,02 ; p<.08 Non significatif

Figure 5 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette, toutes vignettes confondues. Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

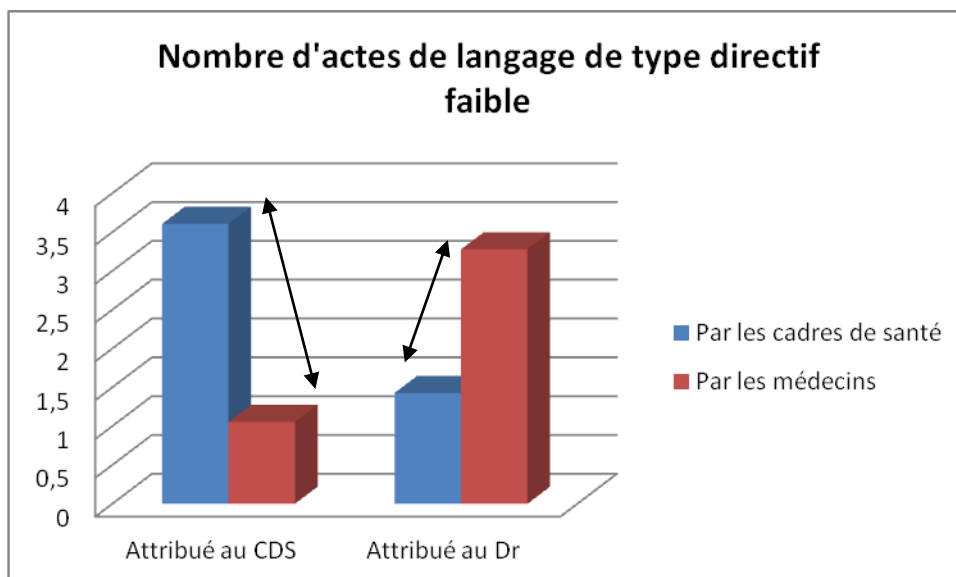
On peut constater que les CDS font produire plus d'actes de langage de type directif fort au Cadre ($m=71,43$) que ne lui en font produire les médecins ($m=0,1111$). Cette différence est très significative ($p<.008$). **Endofavoritisme CDS**

d) Nombre d'actes de langage de type directif faible

Tableau 16 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette, toutes vignettes confondues

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FAIBLE	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>3,6071</u>	1,4286
Par les médecins	1,0556	<u>3,2778</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,44)=19,18 ; p<.00001	F(1,44)=7,90 ; p<.007

Figure 6 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette, toutes vignettes confondues. Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

On peut constater que les CDS font produire plus d'actes de langage de type directif faible au Cadre ($m=3,60$) que ne lui en font produire les médecins ($m=1,05$). Cette différence est très significative ($p<.00001$). Endofavoritisme CDS

On peut constater que les médecins font produire plus d'actes de type directif faible au Médecin ($m=3,27$) que ne lui en font produire les CDS ($m=1,42$). Cette différence est significative ($p<.007$). Endofavoritisme Dr

Interprétation générale:

On peut en conclure que les CDS et les médecins donnent une place centrale dans le dialogue au professionnel de leur propre groupe quelle que soit la situation, que celle-ci fasse ou non partie de leurs missions. Ce qui va dans le sens de l'endofavoritisme envers les membres de son groupe d'appartenance.

Ces résultats sont conformes aux hypothèses 1 et 2.

Conclusion intermédiaire :

Nos hypothèses sont confirmées pour quatre indicateurs pour les CDS et pour deux indicateurs pour les médecins. Quelle que soit la situation, on note que les CDS font produire un plus grand nombre de mots, interventions, actes de type directif fort et faible au personnage de leur propre groupe que ne le font les médecins. De même pour les médecins qui font produire un plus grand nombre de mots et d'actes de type directif faible au personnage de leur propre groupe que ne le font les cadres de santé.

Apparaît donc un favoritisme envers le groupe d'appartenance. Les personnages représentant le groupe professionnel du répondant, est mis au centre de la scène, il conduit les débats, il occupe l'espace interlocutoire, il maîtrise la situation.

4.2.2 Analyse par vignette

Une analyse complémentaire, par vignette doit maintenant être réalisée afin de déterminer si l'effet que nous avons pu mesurer apparaît quelle que soit la situation. Aussi nous distingueront les situations qui engagent les missions du CDS et celles qui engagent les missions du médecin, afin de voir si l'effet repéré est maximisé ou atténué.

Afin d'ouvrir notre réflexion, nous mettrons en relation l'analyse situationnelle avec les résultats de la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* » posée dans la dernière partie du questionnaire. Le tableau comparant l'ensemble des réponses de la population des cadres de santé et des médecins est disponible en annexe XII.

4.2.2.1 Vignette « RH » : gestion des Ressources Humaines

La vignette « RH » met en scène un cadre de santé et un médecin dans une situation de gestion des ressources humaines et des compétences. Pour rappel, cette vignette commence par « *Le médecin informe le cadre de santé : une*

infirmière est incompétente ...». Nous avons considéré que cette situation relevait plutôt du rôle du cadre de santé.

D'après l'analyse de la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* », cette situation est classée :

- au 1^{er} rang avec 76,19% des médecins ayant cité cette activité comme à risque
- au 5^{ème} rang par les cadres de santé qui sont 22,58% à l'avoir citée comme pouvant générer des tensions.

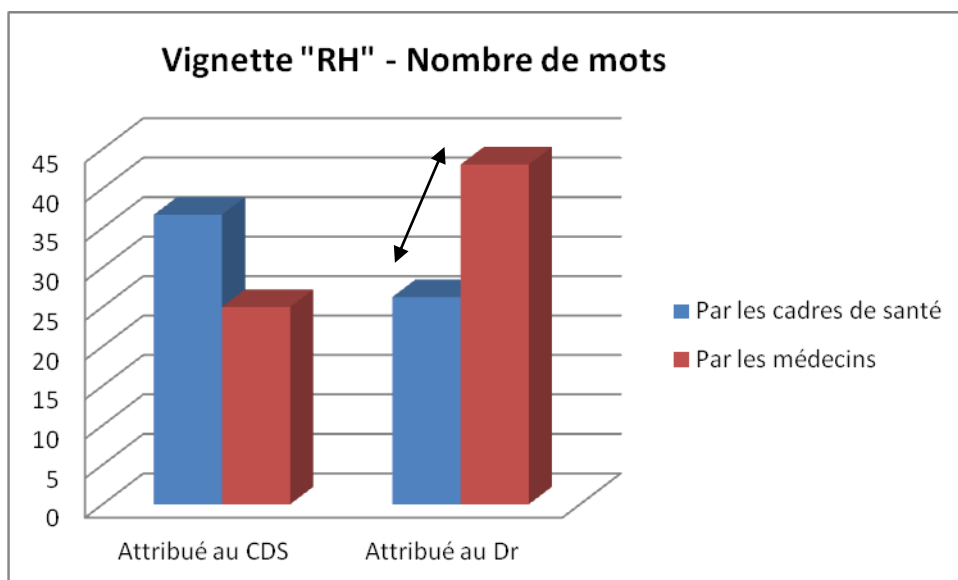
L'interprétation que nous pouvons faire de ces résultats est que cette situation n'est franchement pas perçue de la même façon par les médecins que par les cadres de santé. On peut dire qu'elle est jugée à haut risque de tension par les médecins mais pas spécialement par les cadres de santé.

a) Nombre de mots

Tableau 17 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « Ressources Humaines »

NOMBRE DE MOTS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	36,69	26,2692
Par les médecins	25	<u>43,0588</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,41)=3,03 ; p<.09 Non significatif	F(1,41)=5,00 ; p<.04

Figure 7 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « Ressources Humaines ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse:

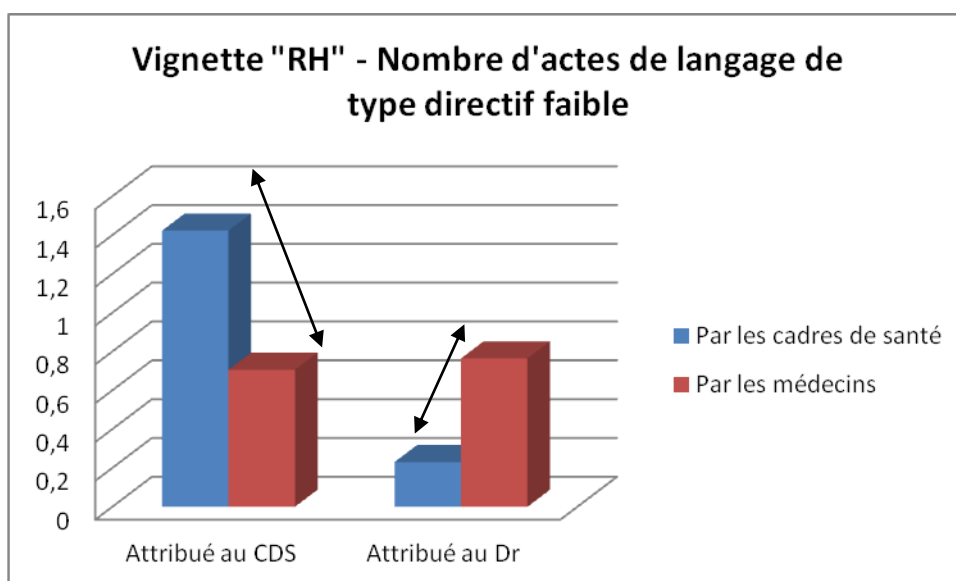
On peut constater que les médecins font produire plus de mots au Médecin ($m=43,05$) que ne lui en font produire les CDS ($m=26,26$). Seule cette différence est significative ($p<.04$). Endofavoritisme Dr

b) Nombre d'actes de langage de type directif faible

Tableau 18 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette pour l'ensemble des vignettes « Ressources Humaines »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FAIBLE	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>1,4231</u>	0,2308
Par les médecins	0,7059	<u>0,7647</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,41)=4,17 ; p< .05	F(1,41)=6,10 ; p< .02

Figure 8 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette pour l'ensemble des vignettes « Ressources Humaines ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

On peut constater que les CDS font produire plus d'actes de langage de type directif faible au Cadre ($m=1,42$) que ne lui en font produire les médecins ($m=0,70$). Cette différence est très significative ($p<.05$). Endofavoritisme CDS

On peut remarquer que les médecins font produire plus d'actes de langage de type directif faible au Médecin ($m=0,76$) que ne lui en font produire les CDS ($m=0,23$). Cette différence est significative ($p<.02$). Endofavoritisme Dr

Interprétation générale:

Lorsque médecin et cadre sont en relation dans une situation relevant de la gestion des ressources humaines, on constate que les cadres de santé font produire plus d'actes de type directif faibles au cadre de santé que ne le font les médecins. Ceci étant valable que pour un indicateur sur cinq, il ne semble pas possible de dire que dans une telle situation les cadres de santé favorisent la place du cadre dans le dialogue.

Pour ce qui est des médecins en revanche, ils font produire également plus d'actes de langage de type directif faible au personnage de leur propre groupe mais aussi plus de mots que ne le font les cadres de santé. Les médecins font preuve d'endofavoritisme en plaçant le médecin au centre de la conversation, dans une situation qu'ils considèrent comme pouvant générer des tensions entre les deux acteurs. En tant que responsable de la prise en charge du patient, les médecins se sentent concernés par les compétences de l'équipe soignante,

4.2.2.2 Vignette « organisation des soins » : organisation des soins

La vignette « organisation des soins » met en scène un cadre de santé et un médecin dans une situation concernant précisément de l'organisation des soins. Pour rappel, cette vignette commence par « *le médecin informe le cadre de santé : l'organisation des soins ne lui convient pas...* ». Nous avons considéré que cette situation relevait plutôt du rôle du cadre de santé.

D'après l'analyse de la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* », cette situation est classée :

- au 2^{ème} rang avec **64,52%** des cadres ayant cité cette activité comme à risque
- au 2^{ème} rang également par les médecins qui sont **52,38%** à avoir cité cette situation comme pouvant générer des tensions.

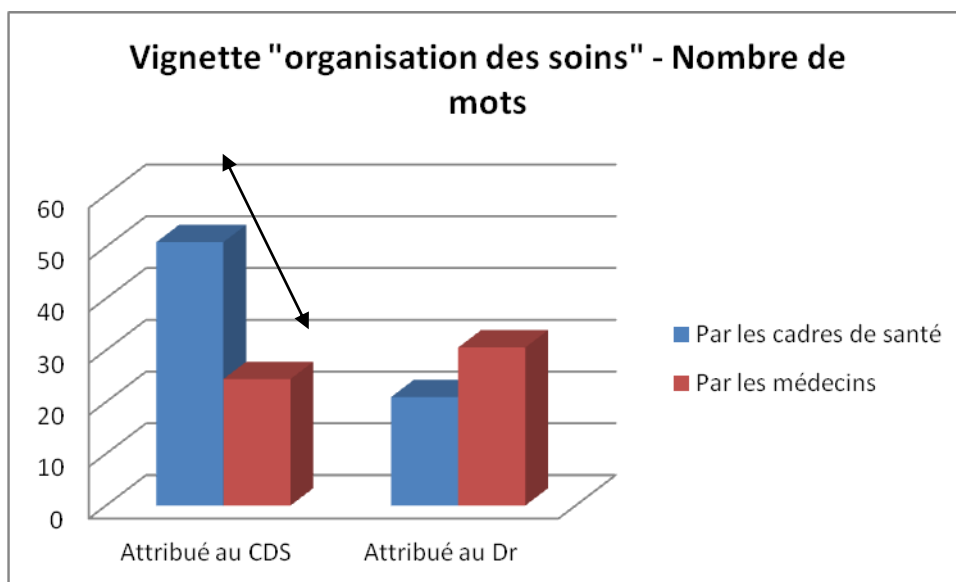
Au regard de ces résultats, nous pouvons penser que l'ensemble de la population étudiée a tendance à considérer l'organisation des soins comme une situation pouvant fragiliser la relation cadre de santé - médecin.

a) Nombre de mots

Tableau 19 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « organisation des soins »

NOMBRE DE MOTS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>50,8846</u>	20,9615
Par les médecins	24,4375	30,5333
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,40)=12,68 ; p< .002	F(1,39)=1,97 ; p<.2 Non significatif

Figure 9 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « Ressources Humaines ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse:

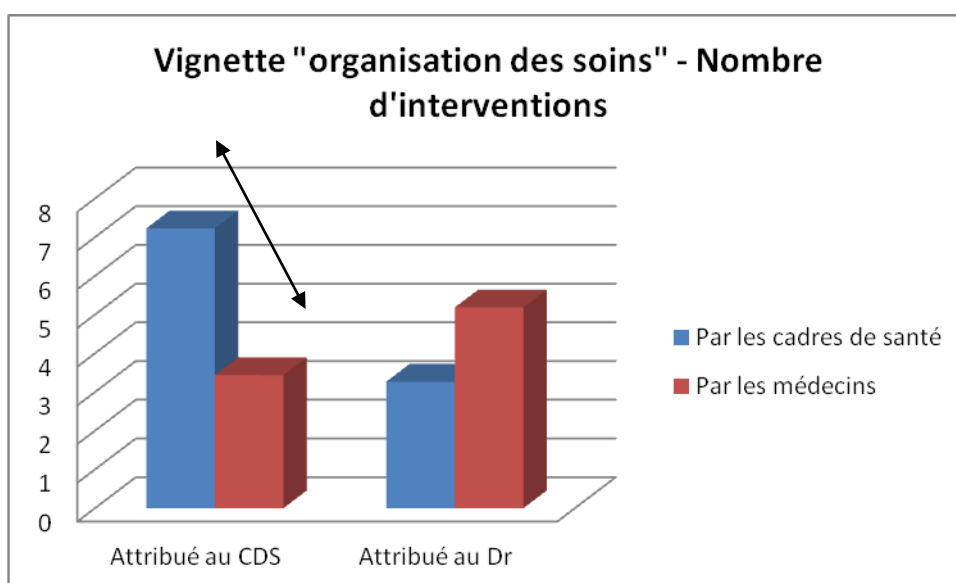
On peut constater que les médecins font produire plus de mots au Médecin (m=43,05) que ne lui en font produire les CDS (m=26,26). Seule cette différence est significative (p<.04). Endofavoritisme Dr

b) Nombre d'interventions

Tableau 20 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « organisation des soins »

NOMBRE D'INTERVENTIONS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>7,2308</u>	3,2692
Par les médecins	3,4375	5,1875
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,40)=15,98 ; p< .0001	F(1,40)=3,70 ; p<.07 Non significatif

Figure 10 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « organisation des soins ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

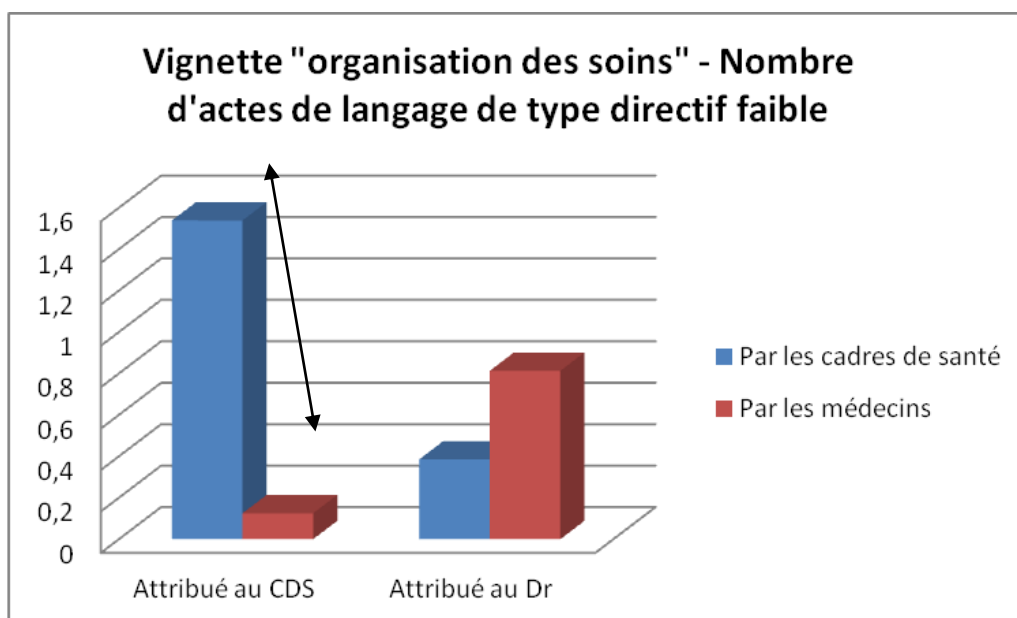
On peut constater que les CDS attribuent plus d'interventions au Cadre (m=7,23) que ne lui en attribuent les médecins (m=3,43). Cette différence est très significative (p<.0001). Endofavoritisme CDS

c) Nombre d'actes de langage de type directif faible

Tableau 21 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette pour l'ensemble des vignettes « organisation des soins »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIFS FAIBLES	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	1,5385	0,3846
Par les médecins	0,125	0,8125
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,40)=24,57 ; p<.0001	F(1,40)=1,78 ; Non significatif

Figure 11 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette, pour l'ensemble des vignettes « organisation des soins ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

On peut constater que les CDS attribuent plus d'actes de langage de type directif faible au Cadre ($m=1,53$) que ne lui en attribuent les médecins ($m=0,125$). Cette différence est très significative ($p<.0001$). Endofavoritisme CDS

Interprétation générale :

En ce qui concerne les situations dans lesquelles cadre de santé et médecin doivent échanger sur l'organisation de soins, on constate que les cadres de santé font intervenir le cadre plus souvent que ne le font les médecins et lui attribuent plus d'actes de langage de type directif faible également. Dans cette situation, les cadres de santé favorisent de façon significative le personnage de leur groupe d'appartenance.

En ce qui concerne les médecins, ils attribuent plus de mots au médecin que ne le font les cadres démontrant ainsi que le médecin trouve toute sa place dans cette situation et a des choses à dire.

Conclusion intermédiaire des situations relevant du rôle du cadre de santé:

Arbitrairement, nous avons considéré que l'organisation des soins et la gestion des ressources humaines relevaient plutôt du rôle du cadre de santé. Mais n'oublions pas que l'organisation des soins dépendant de l'organisation médicale et qu'un cadre qui mènerait cette activité sans entendre les contraintes et doléances du corps médical, ne pourrait mener cette mission de façon satisfaisante. Gestionnaire des ressources humaines et des compétences, le cadre de santé ne peut également pas évaluer ces ressources sans l'appui des professionnels médicaux qui sont amenés à confier les soins et qui ont compétence dans l'évaluation de la qualité de ces soins.

Il semblerait que dans ces deux situations, chacun des acteurs défend sa place dans l'échange de façon égale. Cela semble aller dans le sens de cette vision de nécessaire collaboration entre médecin et cadre de santé où chacun se donne le droit « d'exprimer publiquement ses pensées ..., de négocier des consensus, de partager des objectifs et être capable de co-construire ensemble »²⁷.

4.2.2.3 Vignette « flux » : gestion des flux de patient

La vignette « Flux » met en scène un cadre de santé et un médecin dans une situation de gestion de flux de patient. Pour rappel, cette vignette commence par « *le cadre de santé informe le médecin : la situation sociale d'un patient ne permet plus sa sortie ce jour ...* ». Nous avons considéré que cette situation relevait plutôt du rôle du médecin.

D'après l'analyse de la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* », cette situation est classée :

- au 1^{er} rang par les cadres avec **74,19%** des cadres ayant cité cette activité comme étant susceptible de générer des tensions entre cadre et médecin.
- au 2^{eme} rang par les médecins qui sont **52,38%** à avoir cité ce contexte comme situation à risque.

Même si l'opinion des cadres est ici plus prégnant, médecins et cadres de santé s'accorderaient à dire qu'il pourrait y avoir des tensions entre eux dans un contexte de gestion des entrées et sorties.

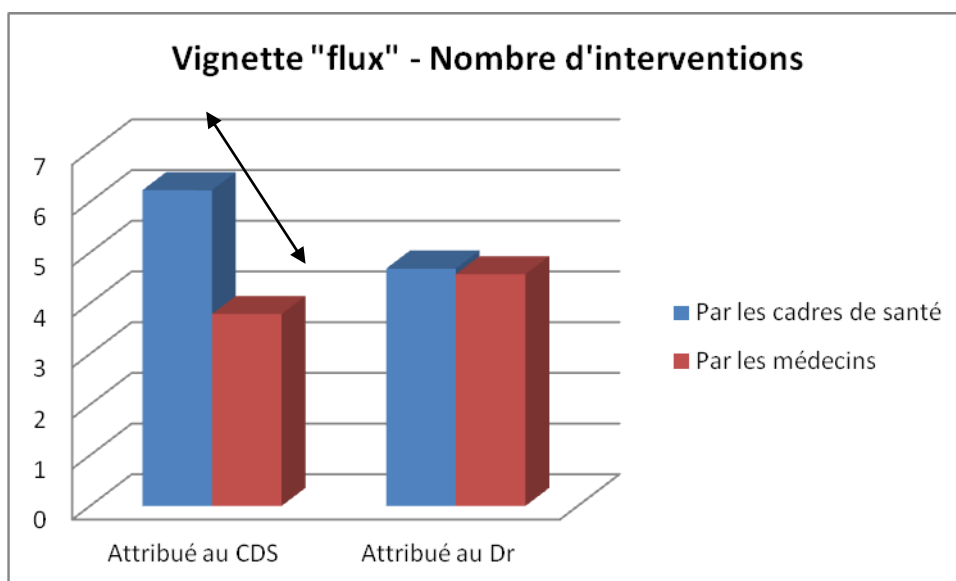
²⁷ CROOK, Ch. On Resourcing a Concern for Collaboration within Peer Interactions. Cognition and Instruction, 1995, vol. 13, n°4, p. 541-547.

a) Nombre d'interventions

Tableau 22 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « flux »

NOMBRE D'INTERVENTIONS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>6,2273</u>	4,6818
Par les médecins	3,7857	4,5714
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,34)=6,65 ; p< .04	F(1,34)= 0,01 ; p<1 Non significatif

Figure 12 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « flux ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

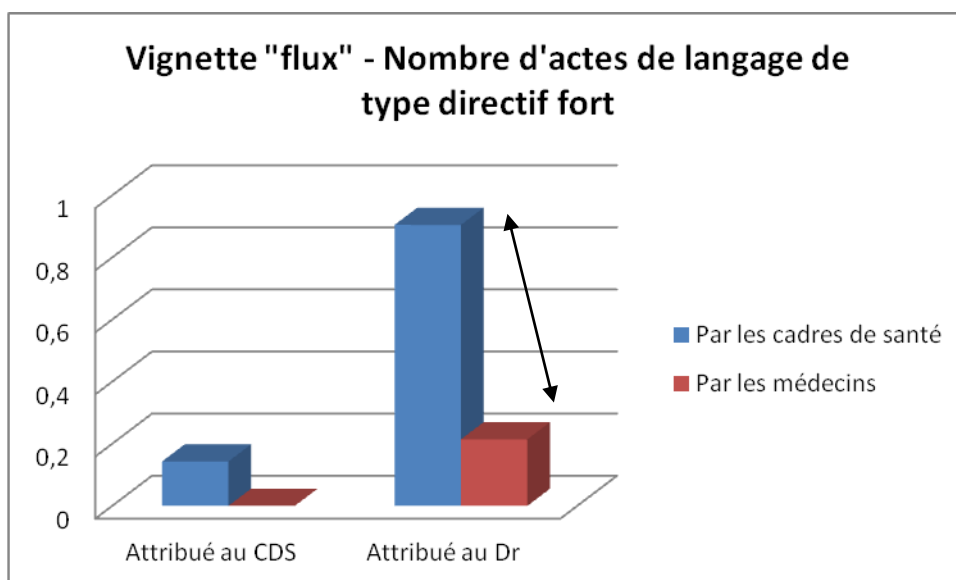
On peut constater que les CDS attribuent plus d'interventions au Cadre (m=6,22) que ne lui en attribuent les médecins (m=3,78). Cette différence est significative (p<.04). **Endofavoritisme CDS**

b) Nombre d'actes de langage de type directif fort

Tableau 23 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette pour l'ensemble des vignettes « flux »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FORT	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	0,1429	0,9048
Par les médecins	0	0,2143
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,33)=2,2 ; p<.2 Non significatif	F(1,33)=5,96 ; p<.03

Figure 13 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette, pour l'ensemble des vignettes « flux ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

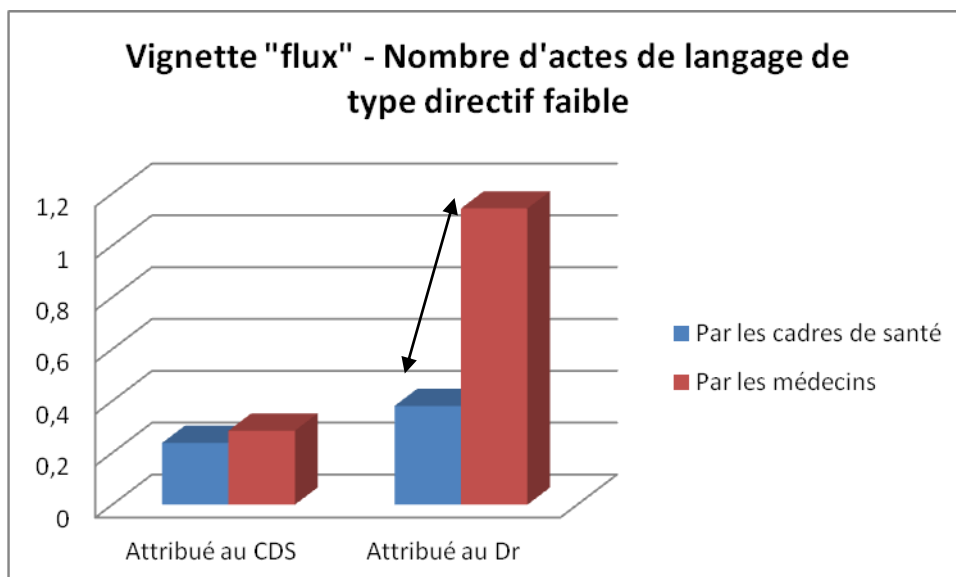
On peut constater que les médecins attribuent plus d'actes de langage de type directif fort au Médecin ($m=1,53$) que ne lui en attribuent les CDS ($m=0,125$). Cette différence est très significative ($p<.0001$). Endofavoritisme Dr

c) Nombre d'actes de langage de type directif faible

Tableau 24 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette pour l'ensemble des vignettes « flux »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FAIBLE	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	0,2381	0,381
Par les médecins	0,2857	<u>1,1429</u>
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,33)=0,05 ; $p<.9$ Non significatif	F(1,33)=7,78 ; $p<.01$

Figure 14 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette, pour l'ensemble des vignettes « flux ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

On peut constater que les médecins attribuent plus d'actes de langage de type directif faible au Médecin ($m=1,14$) que ne lui en attribuent les CDS ($m=0,38$). Cette différence est significative ($p<.01$). Endofavoritisme Dr

Interprétation générale:

Lorsque médecin et cadre échangent sur la gestion des flux de patient, on constate que les cadres de santé font plus intervenir le cadre que ne le font les médecins. Ce favoritisme n'est cependant valable que pour un indicateur sur cinq, ce qui ne nous permet pas de conclure que le cadre est placé par ses pairs au centre de la conversation.

Alors que les médecins font produire significativement plus d'actes de langage de type directif fort et faible au médecin que ne le font les cadres de santé. On peut alors dire que sans placer le personnage médecin au centre de la scène, les médecins lui offrent une place particulière dans cette situation en lui accordant le pouvoir des mots et notamment des ordres.

4.2.2.4 Vignette « famille » : information du patient et de sa famille

La vignette « famille » met en scène un cadre de santé et un médecin dans une situation d'information du patient et de sa famille. Pour rappel, cette vignette commence par « *Le cadre de santé informe le médecin : une famille souhaiterait le rencontrer ...* ». Nous avons considéré que cette situation relevait plutôt du rôle du médecin.

D'après l'analyse de la question « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* », cette situation est classée :

- au 5^{ème} rang avec 9,52 des médecins ayant cité cette activité comme à risque
- au 4^{ème} rang par les cadres de santé qui sont 29,03% à l'avoir citée comme pouvant générer des tensions.

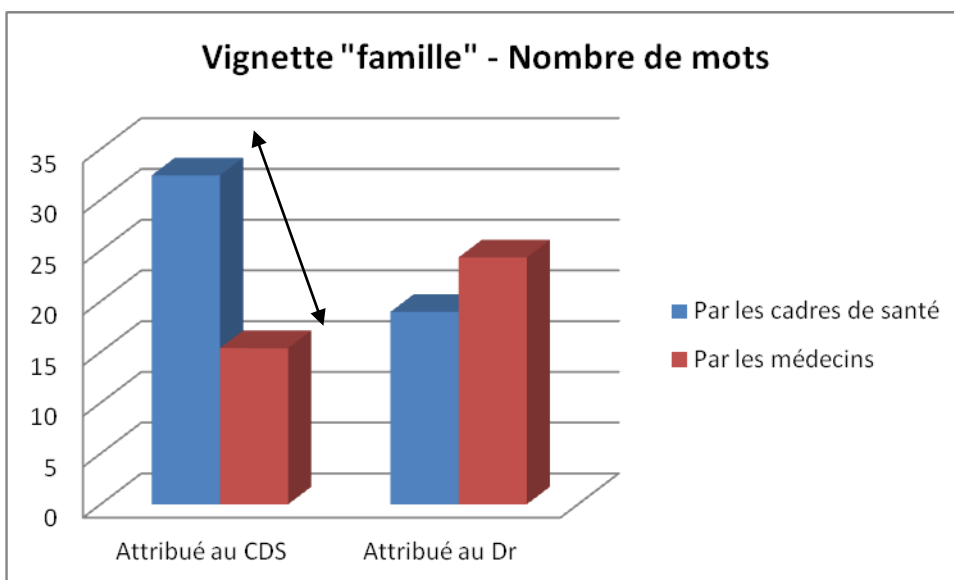
L'interprétation que nous pouvons faire de ces résultats est que la situation concernant l'échange d'informations aux familles n'est pas franchement perçue par les médecins comme pouvant faire naître des tensions avec le cadre. Alors qu'elle l'est pour un tiers des cadres de santé interrogés.

a) Nombre de mots

Tableau 25 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille »

NOMBRE DE MOTS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>32,4231</u>	18,9615
Par les médecins	15,3889	24,3333
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,42)=11,92 ; p<.002	F(1,42)=1 ,36 ; p<.3 Non significatif

Figure 15 : Nombre moyen de mots par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse:

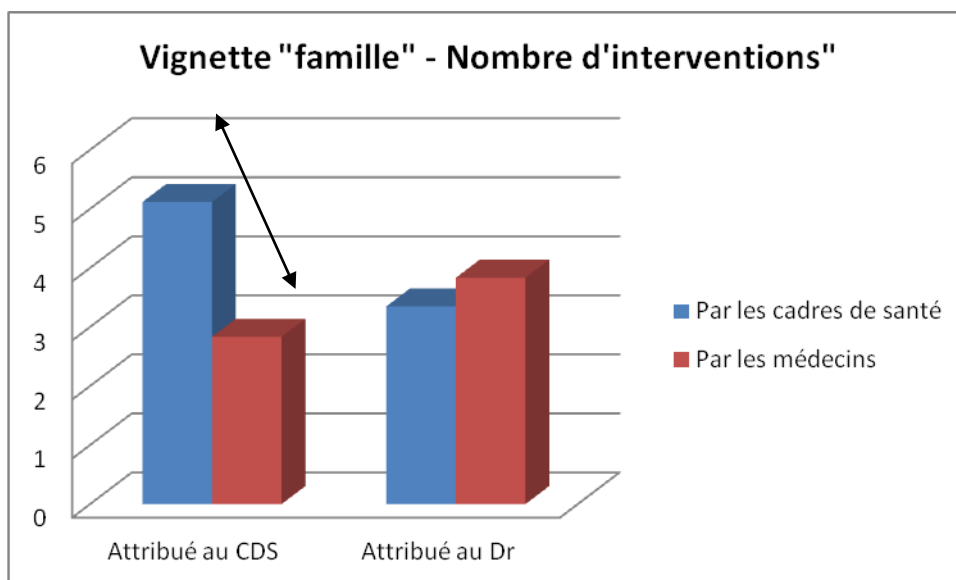
On peut constater que les CDS font produire plus de mots au Cadre ($m=32,42$) que ne lui en font produire les médecins ($m=15,38$). Cette différence est très significative ($p<.002$). Endofavoritisme CDS

b) Nombre d'interventions

Tableau 26 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille »

NOMBRE D'INTERVENTIONS	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	<u>5,1154</u>	3,3462
Par les médecins	2,8333	3,8333
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,42)=7,77 ; p<.009	F(1,42)=0,58 ; p<.5 Non significatif

Figure 16 : Nombre moyen d'interventions par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

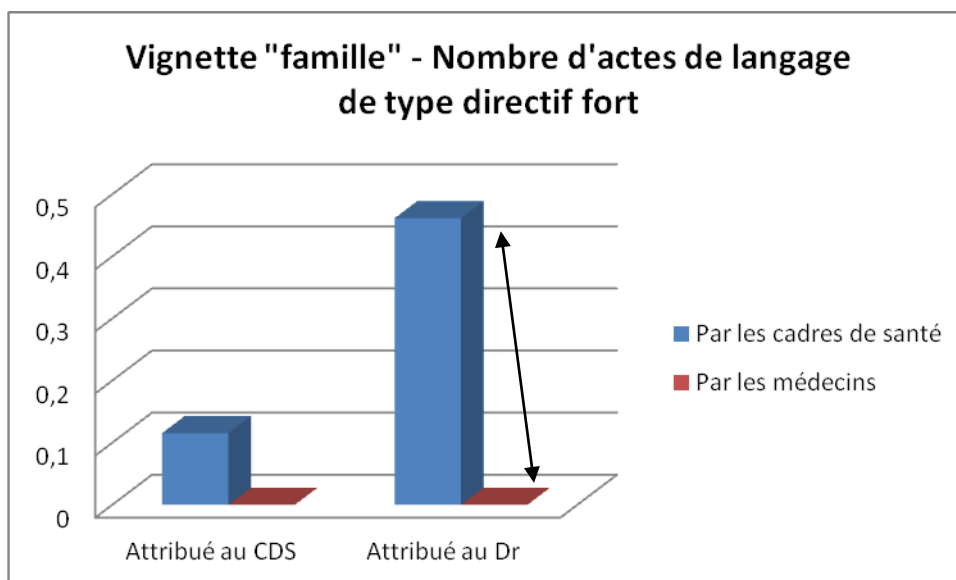
On peut constater que les CDS attribuent plus d'interventions au Cadre (m=5,11) que ne lui en attribuent les médecins (m=2,83). Cette différence est significative ($p < .009$). Endofavoritisme CDS

c) Nombre d'actes de langage de type directif fort

Tableau 27 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette pour l'ensemble des vignettes « famille »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FORT	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	0,1154	<u>0,4615</u>
Par les médecins	0	0
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,42)=2,24 ; $p < .2$ Non significatif	F(1,42)=4,65 ; <u>p < .04</u>

Figure 17 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif fort par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

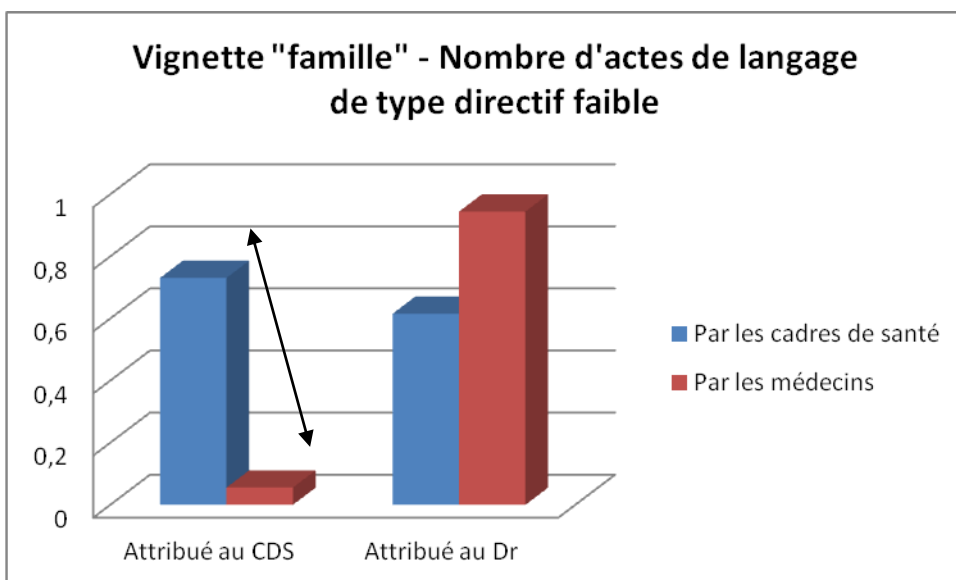
On peut constater que les CDS attribuent plus d'actes de langage de type directif fort au Médecin ($m=0,46$) que ne lui en attribuent les médecins ($m=0$). Cette différence est significative ($p<.04$). Exodéfavoritisme de la part des CDS

d) Nombre d'actes de langage de type directif faible

Tableau 28 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette pour l'ensemble des vignettes « famille »

NOMBRE D'ACTES DE LANGAGE DE TYPE DIRECTIF FAIBLE	Attribué au CDS	Attribué au Dr
Par les cadres de santé	0,7308	0,6154
Par les médecins	0,0556	0,9444
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,42)=25,27 ; p<.00001	F(1,42)=1,92 ; Non significatif

Figure 18 : Nombre moyen d'actes de langage de type directif faible par vignette, pour l'ensemble des vignettes « famille ». Comparaison entre les répondants CDS et médecins



Analyse :

On peut constater que les CDS attribuent plus d'actes de langage de type directif faible au Cadre ($m=0,73$) que ne lui en attribuent les médecins ($m=0,05$). Cette différence est très significative ($p<.00001$). **Endofavoritisme CDS**

Interprétation :

Les médecins n'attribuent pas plus d'indicateurs au médecin que ne le font les cadres de santé. Ils n'accordent donc pas de place particulière au personnage de leur groupe lors d'un échange concernant l'information du patient et de sa famille.

Ce qui interpelle en revanche dans cette situation, c'est le point de vue des cadres de santé. Ceux-ci attribuent de façon très significative plus de mots, d'interventions et d'actes de langage de type directif faible au cadre de santé que ne le font les médecins. Clairement, ils placent de ce fait le personnage cadre de santé au cœur de la discussion en lui accordant leurs faveurs pour trois indicateurs.

Dans cette situation, le point de vue des cadres de santé est également interrogant sur un autre point : ils attribuent plus d'actes de langage de type directif fort au personnage médecin que ne le font les médecins eux même. Etrange dans une situation que n'est pas identifiée comme des plus conflictuelles. Au vu de ce seul indicateur, nous serions tentés de penser que les cadres de santé chercheraient même à discriminer le médecin en le présentant comme un personnage autoritaire.

Conclusion intermédiaire des situations relevant du rôle du médecin :

Les situations de « *gestion des flux* » et « *d'information du patient et de sa famille* » n'offrent pas de résultats homogènes. Pour la première, les médecins placent le membre de leur propre groupe au centre de la scène. Pour la seconde, c'est les cadres qui défendent activement la place du personnage cadre de santé dans la discussion tout en défavorisant le médecin. Par conséquent, nous ne pouvons pas tirer de conclusion générale pour ces deux contextes que nous avons identifiés comme relevant plutôt du rôle du médecin.

4. 3 RELATION INTERGROUPE : analyse des questions d'attitude

Compte tenu des difficultés rencontrées pour le retour des questionnaires, nous avons relancé la population sur l'association verbale uniquement. C'est pourquoi nous n'avons pas le même échantillon de population pour l'ensemble de l'étude. Pour cette analyse, l'échantillon de population se compose de 31 cadres de santé et de 21 médecins.

Dans la quatrième partie du questionnaire, nous demandions aux cadres de santé et aux médecins d'évaluer la relation et la collaboration « médecin-cadre », ainsi que la transmission des informations entre eux. Le tableau ci-dessous présente les notes moyennes attribuées par l'ensemble des répondants sur une échelle allant de 0 à 7 cm. A titre indicatif, vous trouverez en annexe XIII, XIV et XV, les résultats aux questions d'attitude différenciés selon les établissements et services d'exercice des cadres de santé et des médecins.

Tableau 29 : Moyenne des notes attribuées à la relation, la collaboration et à la transmission des informations entre cadre de santé et médecin.

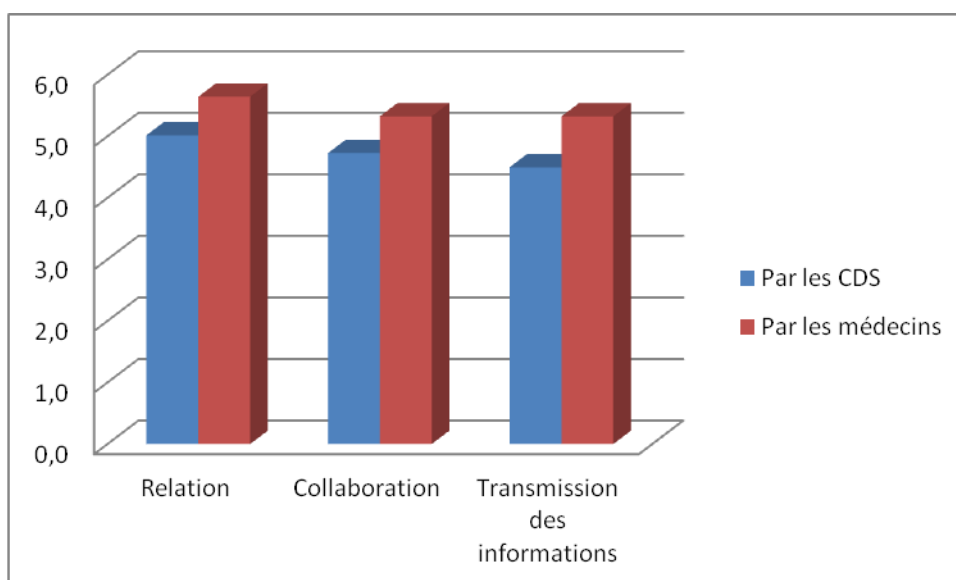
Note moyenne attribuée	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Par les cadres de santé	5,0	4,7	4,5
Par les médecins	5,6	5,3	5,3
Comparaison F de Fisher, degrés de liberté, valeur du F, valeur du p	F(1,49)=4,84 ; p < .2 Non significatif	F(1,49)=4,40 ; p < .2 Non significatif	F(1,49)=8,45 ; p < .09 Non significatif

Nous avons transposé les résultats chiffrés en appréciations qualitatives (cf. chapitre 3.4.5 méthodologie - relation intergroupe). Le tableau ci-dessous présente les correspondances sur l'échelle proposée allant de très mauvaise à très bonne.

Tableau 30 : Correspondance qualitative des notes attribuées à la relation, la collaboration et à la transmission des informations entre cadre de santé et médecin.

Evaluation quantitative et qualitative	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Par les cadres de santé	5,0	4,7	4,5
	Bonne	Bonne	Bonne
Par les médecins	5,6	5,3	5,3
	Très bonne	Bonne	Bonne

Figure 19 : Moyenne des notes attribuées à la relation, la collaboration et à la transmission des informations entre cadre de santé et médecin. Comparaison entre les réponses des cadres et des médecins



Analyse :

On constate que cadres de santé et médecins évaluent leur relation, leur collaboration ainsi que la transmission des informations de façon positive puisque l'ensemble des notes est supérieur à 3,5 cm.

Au vu des tests statistiques réalisés, on constate qu'il n'y a pas de différence significative entre l'évaluation des médecins et celle des cadres de santé quelque soit les indicateurs. Dans l'hypothèse 3, nous avons fait la supposition suivante : la perception que les médecins ont du travail avec les cadres de santé serait globalement plus positive que la perception que les cadres ont du travail avec les médecins. Ce qui se traduirait par :

- ✓ une relation « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une collaboration « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une transmission de l'information entre médecin et cadre de santé perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.

L'hypothèse 3 n'est donc pas validée.

Interprétation :

Il semble que cadres de santé et médecins soient satisfaits de la relation et de la collaboration qui existent entre eux. Plus concrètement, les médecins qualifient la relation, la collaboration et la transmission des informations avec les cadres de santé comme bonne voir très bonne pour la relation. De même pour les cadres de santé qui estiment que la relation dans son ensemble avec les médecins est bonne. Cette constatation est déjà très intéressante lorsque l'on sait que ces

deux acteurs sont amenés à travailler régulièrement ensemble. On notera cependant qu'il y a encore une marge de progression pour atteindre le degré supérieur. Autrement dit, médecins et cadres de santé peuvent encore améliorer la qualité de leur relation, de leurs échanges afin d'optimiser leur collaboration.

En ce qui concerne la relation intergroupe, on ne mesure pas de biais perceptifs entre les différentes catégories socioprofessionnelles interrogées. A savoir que médecins et cadres de santé ne se démarquent pas dans la perception qu'ils ont du travail avec l'autre.

5. SYNTHÈSE GÉNÉRALE

5.1 Biais de l'étude et autres remarques

Avant de discuter des résultats, envisageons les biais pouvant intervenir dans leur interprétation.

En premier lieu, l'utilisation des vignettes dans le questionnaire ouvrait le champ à l'originalité et à la créativité pour la présentation. Cependant les réponses à ces vignettes relevant de questions ouvertes, nécessitaient un temps de réflexion et de rédaction important. De nombreux répondants ont verbalisé cette difficulté et nous comprenons que cela ait pu freiner le retour des questionnaires malgré plusieurs relances.

Nous retiendrons comme nous l'avons dit auparavant, que l'échantillon de population reste trop faible pour prétendre généraliser nos résultats à toute la population cadre de santé et médicale. Aussi les représentations mises en évidence dans cette étude nous éveillent à la vision d'une population donnée qui n'engage pas l'ensemble des professionnels.

De plus, médecins et cadres de santé se savaient comparés puisque le questionnaire situait le répondant en tant que cadre de santé ou en tant que médecin. Le fait de se savoir comparé a pu influencer les réponses de certains que ce soit en faveur ou en défaveur de l'autre groupe.

Et même si ce n'était pas le but premier de notre recherche, il aurait pu être intéressant de comparer les résultats en fonction du lieu d'exercice du répondant. Nous aurions pu ainsi chercher s'il y avait une différence de représentation entre service de médecine ou de chirurgie par exemple.

Avant de fermer cette parenthèse, nous ajouterons que malgré les heures consacrées à ce travail de recherche, un approfondissement du cadre conceptuel, une rédaction plus fluide et linéaire ou encore une analyse approfondie des résultats pourraient être envisagés afin d'exploiter au maximum cette réflexion.

5.2 Hypothèses et discussion

En lien avec le cadre conceptuel et l'analyse des résultats de cette étude, nous proposons dans ce chapitre d'ouvrir la discussion sur quelques pistes explicatives.

Cadres de santé et médecins appartiennent à deux groupes socialement distincts par leur fonction et leur diplôme et sont cependant amenés à travailler ensemble, à partager leurs difficultés, leurs opinions, leurs idées pour construire du collectif et œuvrer conjointement pour atteindre des objectifs communs. Deux groupes bien différenciés qui sont soumis dans le champ psychosocial au même processus de catégorisation, stéréotypes et préjugés. Nous savons maintenant que favoritisme et discrimination sont des effets que l'on pourrait appeler « naturels » de la catégorisation. Nous avons pu voir à travers l'analyse des résultats que chacun de ces professionnels usait et abusait de favoritisme envers les membres de son propre groupe d'appartenance. Le constat fait ici nous a amené à nous interroger ce qui potentialiserait cet effet dans ce contexte relationnel singulier.

Nous avons émis l'**hypothèse n°1** que les médecins auraient une perception plus positive d'eux-mêmes que celles des cadres de santé. Cet endofavoritisme se traduirait d'une part par des adjectifs dont la valeur serait appréciée plus positivement lorsqu'ils sont attribués au médecin par les médecins eux-mêmes que lorsqu'ils sont attribués par les cadres de santé. L'analyse des résultats sur les valeurs associées aux adjectifs confirme cette première partie d'hypothèse.

D'autre part, cette perception plus positive d'eux-mêmes se traduirait également par un rôle principal offert au médecin dans le dialogue entre ce professionnel et le cadre de santé. L'analyse globale des vignettes montre que les médecins attribuent généralement une place centrale dans le dialogue au médecin. **Nous pouvons donc confirmer maintenant l'hypothèse n°1 dans son ensemble.**

Nous avons alors émis l'**hypothèse n°3** que les médecins auraient une perception du travail avec les cadres de santé qui serait globalement plus positive que la perception que les cadres auraient du travail avec les médecins. Ce qui se traduirait par :

- ✓ une relation « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une collaboration « médecin- cadre de santé » perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.
- ✓ une transmission de l'information entre médecin et cadre de santé perçue plus positivement par les médecins que par les cadres de santé.

L'analyse des questions d'attitude sur la relation intergroupe a montré que ce n'était pas le cas. En effet, médecins et cadres de santé évaluent favorablement cette relation sans distinction de groupe. **L'hypothèse n°3 n'est donc pas confirmée.**

Pour formuler ces hypothèses, nous nous étions appuyés sur la théorie de la justification du système : considéré socialement comme une catégorie professionnelle de haut statut sociale, nous avons vu que le corps médical a longtemps bénéficié d'un pouvoir hiérarchique sur les équipes paramédicales. Depuis le Décret du 19 avril 2002, le Directeur confère cette responsabilité aux directeurs des soins. C'est donc par délégation de ces derniers, que la ligne hiérarchique des équipes de soins passe par le cadre de santé. L'empreinte de ce fonctionnement est encore visible aujourd'hui dans certains établissements où c'est le chef de service qui choisit le cadre de santé. Un équilibre encore instable qui pourrait laisser penser que face à ces changements, le groupe de haut statut pourrait se sentir menacé et favoriserait alors son propre groupe (Mullen, Brown et Smith, 1992). Nous nous garderons bien de conclure sur ces différents points qui ne sont que des pistes de réflexion mais il semblerait que la relation cadre de santé et médecin n'évolue pas dans ce contexte.

A ce stade, l'enjeu serait de soumettre l'analyse à la théorie de l'identité sociale. Valoriser les membres de son propre groupe d'appartenance selon la théorie de Tajfel et Turner (1986) permet d'atteindre ou de maintenir une identité sociale positive. Nous serions tentés de dire que l'identité sociale des médecins existe déjà. Dans ce cas ils chercheraient plutôt à la maintenir en se positionnant à l'intérieur de l'ensemble social qu'ils forment avec les cadres de santé. Nous retrouvons bien cette idée dans l'analyse du langage par vignette lorsque les médecins n'hésitent pas à placer le personnage médecin au centre de l'échange, à lui donner le pouvoir des mots même lorsque la situation ne relève pas de ses propres missions.

Pour ce qui est des cadres de santé, en lien avec la théorie de l'identité sociale, nous nous attendions à ce qu'ils aient une perception plus positive d'eux-mêmes que celle des médecins. Ce qui se traduirait par :

- ✓ des adjectifs induits par le mot « cadre de santé » dont la valeur serait évaluée plus positivement par les cadres de santé que par les médecins.
- ✓ la construction d'un dialogue dans lequel le cadre de santé mis en scène s'exprimerait plus longuement, plus souvent et produirait plus de langage de type directif comparativement au dialogue construit par les médecins.

Cette hypothèse n°2 n'a pu être confirmée qu'en partie car les cadres de santé n'attribuent pas d'adjectifs plus positifs au cadre que ne le font les médecins ; En revanche ils placent le personnage du cadre de santé au cœur du dialogue de façon très nette et récurrente, allant même jusqu'à discriminer les médecins dans certaines situations. Pourtant nous pouvons facilement faire le même constat qu'avec la population médicale. Le favoritisme envers son propre groupe d'appartenance et l'exodéfavoritisme envers les médecins confirme nos présupposés et laisse penser que les cadres de santé sont également soumis à la théorie de l'identité sociale.

Peut-être existe-t-il un lien entre la recherche d'une identité sociale positive de la part des cadres de santé et la représentation sociale du cadre de santé. En effet, au vu des résultats de l'analyse prototypique, nous avons souligné que la représentation sociale du cadre de santé ne semblait pas être très construite. Nous avons vu que la fonction de cadre de santé est née du métier d'infirmier. Du poste d'infirmier-chef au grade de surveillant jusqu'à la qualification de cadre de santé, le métier lui-même a évolué. Anciennement « super professionnel du soin », le cadre est aujourd'hui attendu pour ses qualités managériales. D'autre part, l'ingénierie de la formation reste le sujet de

nombreuses discussions actuelles qui ouvrent la voie à d'autres orientations possibles. Difficile dans ce contexte de se forger une identité sociale forte.

Nous ne pouvons pas affirmer que l'identité des cadres de santé n'existe pas. Mais nous pouvons seulement relever que de nombreuses personnes nous demandent à nous, étudiants cadre, en quoi consiste le futur métier vers lequel nous nous destinons. Nous pouvons également reconnaître que les infirmiers que nous sommes, en poste depuis plusieurs années au côté d'un cadre de santé, éprouvaient toutefois quelques difficultés à répondre simplement à la question avant notre formation. Comment bénéficier d'une représentation socialement construite lorsqu'il nous faut encore faire connaître et reconnaître notre métier ? Gardons cependant à l'esprit qu'une représentation sociale évolue en fonction du contexte. Si la représentation sociale de la femme épanouie a su évoluer depuis les années 30 à aujourd'hui, celle du cadre de santé ne demande qu'à s'affirmer.

Juste avant de finir, nous retiendrons que cadres et médecins ont une représentation semblable du cadre de santé. Ce professionnel est ainsi défini comme un manager organisé, rigoureux et responsable. On peut alors penser que les médecins adapteront leur comportement envers le cadre de santé en fonction de ce qu'ils pensent de lui. N'est ce pas là l'intérêt des représentations sociales ? Et dans la mesure où ce qu'ils pensent du cadre correspond à ce que le cadre pense être lui-même, la relation devrait être facilitée.

Enfin, nous garderons à l'esprit que l'ensemble des cadres de santé ont une vision positive du médecin et lui reconnaissent compétence, disponibilité et collaboration. Il nous appartient maintenant de développer cette notion de collaboration qui n'émerge pas encore dans la représentation du médecin par les médecins. Pour cela, il convient de leur faire partager une vision nouvelle des organisations de travail qui s'appuieraient sur une dynamique d'échange, d'interactions et de travail collectif.

POUR CONCLURE

Comprendre mes propres représentations

Au cours de ma carrière d'infirmière, j'ai été interpellée par l'attitude de certains médecins. Je trouvais que les médecins plus que d'autres professionnels de santé, avaient tendance à se centrer sur leurs difficultés, à se plaindre de leur journée de travail. Ils déversaient volontiers leur mauvaise humeur. Ils n'étaient pas toujours reconnaissants du travail des autres soignants, certains mêmes indifférents au reste du personnel. J'en suis arrivée à me dire que tous les médecins étaient pareils et même à avoir du mal à entrer en communication avec eux car pleine de stéréotypes et de préjugés. Je sais pourtant que tous les médecins ne sont pas comme cela. D'autres m'ont laissé voir une image différente. Je sais aussi que chaque personne est singulière et pourtant ces situations ont laissé une empreinte sur moi. Je quitte aujourd'hui la fonction d'infirmière pour celle de cadre de santé. Je ne peux plus me contenter « d'appliquer la prescription » en attendant que l'orage passe comme je le faisais parfois avant. Il me semblait important d'approfondir cette réflexion et ce travail de recherche m'aura permis de le faire.

Percevoir les personnes dans toute la richesse de leur spécificité personnelle

J'ai ainsi pu appréhender les relations humaines autrement qu'à travers une vision individuelle. Je mesure aujourd'hui plus encore, la complexité de ces relations dans une dimension sociale. Hors n'est ce pas à cette échelle que se jouent les interactions entre cadre de santé et médecin ? J'ai compris que mes expériences de demain contribueront à changer mon regard sur l'autre. C'est ainsi que je garde à l'esprit que les représentations sociales se transforment en

fonction des pratiques et des connaissances du groupe. Je n'oublie pas non plus que si les stéréotypes comme les préjugés nous permettent d'appréhender le monde et les situations qu'il nous offre, ils peuvent tout aussi bien être en faveur ou en défaveur de ces situations.

Ouverture sur les sciences et la méthodologie de recherche

Parfois perdue dans les méandres des sciences sociales ou psychosociales, je ne mesure pas encore tout le chemin qui les sépare mais le but de ce travail de recherche n'est pas de faire de moi une spécialiste des représentations sociales, ni même des stéréotypes et des préjugés. Je laisse cette reconnaissance à Edith Sales - Wullemin sans qui ce travail ne serait pas ce qu'il est.

J'aurais cependant compris comment un travail de recherche peut être mené, quelles en sont les étapes, les difficultés et les plaisirs. Sans prétention, je me surprends même à donner quelques conseils aux futurs étudiants que je rencontre.

Co-construire notre avenir

L'étude réalisée m'aura permis d'entrevoir l'identité sociale des cadres de santé. De comprendre qu'elle est en cours de construction et qu'en tant que future cadre de santé je peux y contribuer.

J'aurais également perçu le métier de cadre de santé dans sa relation à l'autre, au médecin en particulier mais transposable aux autres catégories socioprofessionnelles. De nouveaux modèles de pratique professionnelle favorisant le décroisement émergent dans mon esprit, fondés sur le préfixe « co » de collectif, collaboration ou encore coopération.

Pour finir, ce travail m'aura offert la possibilité de m'interroger sur l'unité d'un groupe, sur ce qui le rassemble. Je me laisse rêver à la constitution d'un groupe nouveau, non limité aux catégories professionnelles. Je me dis que c'est peut-être déjà le cas de pôles et que notre avenir en tant que professionnels des établissements de santé s'oriente vers cette indispensable co-construction.

Aussi, je finirai par cet extrait d'un ouvrage de Guy LE BOTERF :
*« Les gains de productivité ou de performance d'une unité ou d'un collectif de travail se situent actuellement de plus en plus dans les interactions entre les membres ..., dans la qualité des relations qu'ils entretiennent entre eux. La valeur ajoutée réside non plus dans l'addition de valeurs de chaque opération réalisée, mais dans les interfaces existant entre ces opérations »*²⁸

²⁸ LE BOTERF, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris, Editions d'organisation, 2000-2001, deuxième édition revue et augmentée, deuxième tirage 2003, p. 147.

BIBLIOGRAPHIE

LIVRES ET OUVRAGES

- 📖 ABRIC, Jean-Claude. *Méthodologie d'étude des représentations sociales*. Toulouse : Erès, 2003, 296p.
- 📖 BONARDI Christine, ROUSSIAU Nicolas. *Les représentations sociales*. Paris : Dunod, 1999, 124 p.
- 📖 DE LA HAYE, Anne-Marie. *La catégorisation des personnes*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, 154 p.
- 📖 DELOUVÉE Sylvain, LÉGAL Jean-Baptiste. *Stéréotypes, préjugés et discrimination*. Paris : Dunod, 2008, 127p.
- 📖 JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. Paris : Presse Universitaires de France, 1989, 447 p.
- 📖 REVILLOT, Jean-Marie. *Pour une visée éthique du métier de cadre de santé*. Rueil-Malmaison : Lamarre, 2010, 235 p.
- 📖 ROUQUETTE Michel-Louis, RATEAU Patrick. *Introduction à l'étude des représentations sociales*. Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 1998, 159 p.
- 📖 SALÈS-WUILLEMIN, Edith. *Psychologie sociale expérimentale de l'usage du langage : représentations sociales, catégorisation et attitudes : perspectives nouvelles*. Condé sur Noireau : L'Harmattan, 2005, 318 p.
- 📖 SALÈS-WUILLEMIN, Edith. *La catégorisation et les stéréotypes en psychologie sociale*. Paris : Dunod, 2006, 161 p. WENNER, Micheline. *Sociologie et culture infirmière*. Paris : Seli Arslan, 2001, 224 p.

REVUES - PERIODIQUES

- ☞ BOLDRY J.G., KASHY D.A. (1999). Intergroup perception in naturally occurring groups of differential status: A social relations perspective, *Journal of Personality and Social Psychology*, n°77, p. 1200-1212.
- ☞ CROOK, Ch. (1995). On Resourcing a Concern for Collaboration within Peer Interactions. *Cognition and Instruction*, 1995, vol. 13, n°4, p. 541-547.
- ☞ D'AMOUR, Danielle [et al]. L'action collective au sein d'équipes interprofessionnelles dans les services de santé. *Sciences Sociales et Santé*, vol. 17, septembre 1999, n°3, p. 63-92, p. 69.
- ☞ ELLEMERS N., WILKE H., VAN KNIPPENBERG A. (1993). Effects of the legitimacy of low group or individual status on individual and collective identity enhancement strategies. *Journal of Personality and Social Psychology*, n° 64, p. 766-778.
- ☞ JOST John T., BANAJI M. R. (1994). The role of stereotyping in system-justification and the production of false consciousness. *British Journal of Social Psychology*, n° 33, p. 1-27.
- ☞ KARASAWA M., KARASAWA K., HIROSE Y. (2004). Homogeneity perception as a reaction to identity threat: Effects of status difference in a simulated society game. *European Journal of Social Psychology*, n°34, p. 613-625.
- ☞ LACASSAGNE Marie-Françoise, SALES-WUILLEMIN Edith, CASTEL Philippe, JEBRANE Ahmed. La catégorisation d'un exogroupe à travers une tâche d'association de mots. *Papers on Social Representations*, 2001.
- ☞ MOGHADDAM F.M., PERREAULT S. (1997). Individual and collective mobility strategies among minority group members. *Journal of Social Psychology*, vol. 132, n°3, p. 342-357.

- ☞ MORLOT Rachel, SALES-WUILLEMIN Edith. Effet des pratiques et des connaissances sur la représentation sociale d'un objet : application à l'hygiène hospitalière. *Revue Internationale de Psychologie Sociale*, 2008, n°4.
- ☞ MULLEN B., BROWN R., SMITH C. (1992). Ingroup Bias as a function of salience, relevance and status: An integration. *European Journal of Social Psychology*, n°22, p. 103-122.
- ☞ NEGURA, Lilian. L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales. *Bulletin de psychologie*, mai - juin 2004, tome 57 (3), p. 471.
- ☞ ROGALSKI J. Formation et activités collectives. *Le Travail Humain*, 1994, vol. 57, n°4, p. 367-386.
- ☞ SPEARS R., DOOSJE B., ELLEMERS N. (1997). Self-stereotyping in the face of threats to group status and distinctiveness: The role of group identification. *Personality and Social Psychology Bulletin*, vol. 23, n°5, p. 538-553.
- ☞ TAJFEL H., TURNER J. C. (1986). An integrative theory of intergroup conflict. In S. Worchel, & W. G. Austin (Eds.). *The psychology of intergroup relations*, p. 7-24. New York: Nelson-Hall.

MEMOIRES - THESES

- ☞ CHARON, Jack. L'accompagnement du « faisant-fonction » de cadre de santé : un bénéfice pour le postulant et l'institution. *Mémoire : Directeur des soins : Rennes : 2002, 70 p.*
- ☞ DELHOMME, Pauline. Travail en EHPAD : un réel besoin de reconnaissance ? *Mémoire : Cadre de Santé : Dijon : 2011, 55 p.*

SITE WEB

- ☞ CATANAS, Marc. L'évolution socio-historique de la fonction cadre [en ligne]. Disponible sur : <http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article53&lang=fr> (consulté le 10 février 2012).
- ☞ COHEN SCALI Valérie, MOLINER Pascal. Représentations sociales et identité : des relations complexes et multiples [en ligne]. Disponible sur : <http://osp.revues.org/index1770.html> (consulté le 20 mai 2012).
- ☞ DESBONNETS, Thierry. Coopération, interprofessionnalité et "management du soigner" [en ligne]. Disponible sur : <http://cadredesante.com/spip/spip.php?article245> (consulté le 10 mars 2012).
- ☞ DOISE, Willem. L'ancrage dans les études sur les représentations sociales. Bulletin de Psychologie, tome XLV, n°405, p189-195 [en ligne]. Disponible sur : <http://elendil.univ-lyon2.fr/psycho2/IMG/pdf/doise-ancrage.pdf> (consulté le 24 avril 2012).
- ☞ Encyclopédie de l'Agora. Durkheim Emile [en ligne]. Disponible sur : http://agora.qc.ca/dossiers/Emile_Durkheim (consulté le 25 janvier 2012).
- ☞ http://www.hopital.fr/Hopitaux/Vos-demarches/L-hospitalisation/Vos-interlocuteurs#article_1
- ☞ KOSREMELLI ASMAR Michèle, WACHEUX Frédéric. Facteurs influençant la collaboration interprofessionnelle : cas d'un hôpital universitaire [en ligne]. Disponible sur :

- http://halshs.archives-ouvertes.fr/docs/00/17/03/57/PDF/article_3fevfinal.pdf (consulté le 03 mars 2012).
- ☞ LE BOTERF, Guy. Construire les compétences individuelles et collectives. Paris : Editions d'organisation, 2000-2001, deuxième édition revue et augmentée, deuxième tirage 2003, p. 147. Disponible sur : <http://cadredesante.com/spip/spip.php?article245>
- ☞ LE HELLOCO-MOY, Gaïta. L'universitarisation de la profession infirmière : Une approche historique et pratique de l'étude de l'évolution de la profession infirmière [en ligne]. Disponible sur : <http://www.memoireonline.com/09/09/2718/Luniversitarisation-de-la-profession-infirmiere.html> (consulté le 14 février 2012).
- ☞ QUIRION Steve, GIGUERIE Marianne, LANOIX Alexandre. Le tableau blanc et la collaboration [en ligne]. Disponible sur : <http://www.recitus.qc.ca/tic/dossiers-tic/tableau-blanc/collaboration> (consulté le 03 mars 2012).
- ☞ VERGES, Pierre. L'analyse des représentations sociales par questionnaires[en ligne]. Disponible sur : http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/rfsoc_0035-2969_2001_num_42_3_5373 (consulté le 29 février 2012).
- ☞ VIARD, Philippe. De la cornette au stéthoscope : histoire infirmière et dimension du sacré [en ligne]. Disponible sur : http://www.propedia-igs.fr/wp-content/uploads/2012/02/VIARD_P.pdf (consulté le 20 janvier 2012).

AUTRE DOCUMENT CONSULTE

- 📄 DAMBRUN, Michaël. La Théorie de la Dominance Sociale de Sidanius & Pratto. Document PDF.

ANNEXES

Sommaire des annexes

Annexe n° I : Questionnaire version « médecin »	112
Annexe n° II : Questionnaire version « cadre de santé »	120
Annexe n° III : Caractéristiques de la population cadre de santé	128
Annexe n° IV : ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS « Cadre de santé » selon les cadres de santé	130
Annexe n° V : ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS - « Cadre de santé » selon les médecins.....	136
Annexe n° VI : ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS - « Médecin » selon les cadres de santé	141
Annexe n° VII : ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS - « Médecin » selon les médecins	147
Annexe n° VIII : PROTOTYPIE - Test d'indépendance du khi-deux.....	152
Annexe n° IX : ANALYSE PROTOTYPIQUE - VALEURS ASSOCIEES - Test de Fisher.....	154
Annexe n° X : ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines », « Organisation des soins », « Famille » et « Flux ».....	156
Annexe n° XI : ANALYSE DU LANGAGE – Test de Fisher.....	165
Annexe n° XII : RELATION INTERGROUPE – Activités sous tension	169
Annexe n° XIII : RELATION INTERGROUPE Perception des cadres de santé selon le service d'exercice	170
Annexe n° XIV : RELATION INTERGROUPE Perception des cadres de santé selon l'établissement d'exercice	171
Annexe n° XV : RELATION INTERGROUPE Perception des médecins selon le service d'exercice.....	172

Annexe n° I**Questionnaire version « médecin »**

QUESTIONNAIRE SUR LES RELATIONS PROFESSIONNELLES ENTRE LES PERSONNELS DE SANTE

ETUDE

L'étude est réalisée sur plusieurs établissements de santé. Elle porte sur les relations au travail existant entre les personnels soignants en établissement hospitalier, nous sollicitons votre coopération à ce questionnaire en tant que médecin.

Ce questionnaire est distribué dans le cadre d'un travail de recherche réalisé par ..., sous la direction ...

GARANTIES DE PARTICIPATION

Pour toutes les questions qui vous sont posées, c'est votre sentiment, vos réactions, votre analyse qui nous intéressent. Ainsi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. **Nous vous prions de répondre aux questions du mieux que vous le pouvez et le plus honnêtement possible en vous appuyant sur votre expérience professionnelle.**

Votre participation est libre et bénévole.

Vos réponses resteront strictement confidentielles ; le traitement de vos réponses est tout à fait anonyme.

Si vous le souhaitez vous pourrez obtenir un résumé des résultats de l'étude en envoyant une demande directement à l'adresse Contact précisée à la page suivante.

PROTOCOLE D'ACCORD

Après avoir pris connaissance des objectifs de l'étude, de son déroulement, et des garanties concernant ma participation, je me prononce sur ma participation ;

Oui, j'accepte

Non, je n'accepte pas

CONTACT ET RETOUR PARTICIPATION

Contact pour toute information : ...

Retour du questionnaire : ...

Sous enveloppe

I-POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :

Une femme

Un homme

Vous avez : ans

Vous êtes :

Médecin

Chef de service

Depuis combien d'années :

Vous exercez au :

Centre hospitalier ...

Centre hospitalier ...

Vous exercez en :

Médecine

Chirurgie

Autre :

II-LES MOTS QUI EN EVOQUENT D'AUTRES

Nous allons vous présenter des mots. Vous aurez simplement à écrire ce que ces mots vous évoquent spontanément. Nous vous demanderons d'évoquer uniquement des adjectifs.

Vous en tant que médecin

1- Quels sont les adjectifs qui vous viennent à l'esprit lorsque vous évoquez le mot : CADRE DE SANTE ?

Voici un **premier Tableau** d'association verbale. Vous le remplirez en deux temps.

-Dans un premier temps notez, dans la **première colonne**, les **adjectifs** qui vous viennent *immédiatement* à l'esprit, sans réfléchir, quand vous cherchez à **décrire** « *un cadre de santé* ». Vous écrirez ces adjectifs dans l'ordre où ils vous viennent. Vous n'êtes pas obligé(e) de remplir les 5 lignes.



	PREMIERE COLONNE		DEUXIEME COLONNE
	ADJECTIFS qui vous viennent <i>spontanément</i> à l'esprit pour décrire un cadre de santé		Valeur positive ou négative de l'adjectif
1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5



-Dans un deuxième temps, dans la **deuxième colonne**, attribuez une note à chacun de ces adjectifs en fonction de la valeur positive ou négative qu'il revêt pour vous. S'il revêt une valeur positive, vous **entourez** la note +5. Si par contre il revêt une valeur négative, vous entourerez la note -5. Les notes intermédiaires vous permettront de moduler votre jugement.

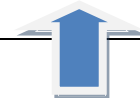
2- Quels sont les adjectifs qui vous viennent à l'esprit lorsque vous évoquez le mot : MEDECIN ?

Voici un **deuxième Tableau** d'association verbale. De la même manière, vous le remplirez en deux temps.

-Dans un premier temps notez, dans la **première colonne**, les **adjectifs** qui vous viennent *immédiatement* à l'esprit, sans réfléchir, quand vous cherchez à **décrire « un médecin »**. Vous écrirez ces adjectifs dans l'ordre où ils vous viennent. Vous n'êtes pas obligé(e) de remplir les 5 lignes.



	PREMIERE COLONNE		DEUXIEME COLONNE
	ADJECTIFS qui vous viennent <i>spontanément</i> à l'esprit pour décrire un médecin		Valeur positive ou négative de l'adjectif
1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5



-Dans un deuxième temps, dans la **deuxième colonne**, attribuez une note à chacun de ces adjectifs en fonction de la valeur positive ou négative qu'il revêt pour vous. S'il revêt une valeur positive, vous entourerez la note +5. Si par contre il revêt une valeur négative, vous entourerez la note -5. Les notes intermédiaires vous permettront de moduler votre jugement.

III-LES SITUATIONS

Vous allez maintenant voir une série de situations mettant en scène des professionnels de santé : cadre de santé et médecin. Nous vous demandons de vous mettre à la place du personnage représentant le cadre de santé.

3- Que vous évoque la scène ?

Racontez ce qui se passe entre les deux personnages suivant la situation : Qui prend la parole ? Quelles sont les paroles échangées ? Comment se termine cette conversation ?

Vous pouvez décrire la scène grâce à un texte ou imaginer un dialogue entre les deux personnages.

IV- QUESTIONS D'ATTITUDE

Pour les questions 4, 5 et 6, nous vous demandons de marquer votre opinion à l'aide d'une croix sur les lignes ci-dessous.

4 Comment qualifieriez-vous votre relation avec le cadre de santé ?

Très mauvaise _____ Très bonne

Comment qualifieriez-vous votre collaboration avec le cadre de santé ?

Très mauvaise _____ Très bonne

5 Comment qualifieriez-vous la transmission des informations entre vous et le cadre de santé ?

Très mauvaise _____ Très bonne

6 A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre le médecin et le cadre de santé ?

Parmi ces propositions, vous cochez au maximum 3 cases.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gestion des flux de patients | <input type="checkbox"/> Organisation des soins |
| <input type="checkbox"/> Gestion des ressources humaines | <input type="checkbox"/> Prise en charge du patient |
| <input type="checkbox"/> Gestion du matériel | <input type="checkbox"/> Relation avec les familles |
| <input type="checkbox"/> Elaboration du projet de service | |

MERCI

Je vous remercie sincèrement d'avoir répondu à ce questionnaire...

Annexe n° II**Questionnaire version « cadre de santé »**

QUESTIONNAIRE SUR LES RELATIONS PROFESSIONNELLES ENTRE LES PERSONNELS DE SANTE

ETUDE

L'étude est réalisée sur plusieurs établissements de santé. Elle porte sur les relations au travail existant entre les personnels soignants en établissement hospitalier, nous sollicitons votre coopération à ce questionnaire en tant que cadre de santé.

Ce questionnaire est distribué dans le cadre d'un travail de recherche réalisé par ..., sous la direction

GARANTIES DE PARTICIPATION

Pour toutes les questions qui vous sont posées, c'est votre sentiment, vos réactions, votre analyse qui nous intéressent. Ainsi, il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. **Nous vous prions de répondre aux questions du mieux que vous le pouvez et le plus honnêtement possible en vous appuyant sur votre expérience professionnelle.**

Votre participation est libre et bénévole.

Vos réponses resteront strictement confidentielles ; le traitement de vos réponses est tout à fait anonyme.

Si vous le souhaitez vous pourrez obtenir un résumé des résultats de l'étude en envoyant une demande directement à l'adresse Contact précisée à la page suivante.

PROTOCOLE D'ACCORD

Après avoir pris connaissance des objectifs de l'étude, de son déroulement, et des garanties concernant ma participation, je me prononce sur ma participation ;

Oui, j'accepte

Non, je n'accepte pas

CONTACT ET RETOUR PARTICIPATION

Contact pour toute information : ...

Retour du questionnaire : ...

Sous enveloppe

I-POUR MIEUX VOUS CONNAITRE

Vous êtes :

Une femme

Un homme

Vous avez : ans

Vous êtes :

Cadre de santé

Faisant fonction Cadre de santé

Depuis combien d'années :

Vous exercez au :

Centre hospitalier ...

Centre hospitalier ...

Vous exercez en :

Médecine

Chirurgie

Autre :

II-LES MOTS QUI EN EVOQUENT D'AUTRES

Nous allons vous présenter des mots. Vous aurez simplement à écrire ce que ces mots vous évoquent spontanément.

Nous vous demanderons d'évoquer uniquement des adjectifs.

Vous en tant que cadre de santé

1- Quels sont les adjectifs qui vous viennent à l'esprit lorsque vous évoquez le mot : MEDECIN ?

Voici un **premier tableau** d'association verbale. Vous le remplirez en deux temps.

-Dans un premier temps, notez dans la **première colonne**, les **adjectifs** qui vous viennent *immédiatement* à l'esprit, sans réfléchir, quand vous cherchez à **décrire « un médecin »**. Vous écrirez ces adjectifs dans l'ordre où ils vous viennent. Vous n'êtes pas obligé(e) de remplir les 5 lignes.



	PREMIERE COLONNE		DEUXIEME COLONNE
	ADJECTIFS qui vous viennent <i>spontanément</i> à l'esprit pour décrire un médecin		Valeur positive ou négative de l'adjectif
1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5



-Dans un deuxième temps, dans la **deuxième colonne**, attribuez une note à chacun de ces adjectifs en fonction de la valeur positive ou négative qu'il revêt pour vous. S'il revêt une valeur positive, vous **entourez** la note +5. Si par contre il revêt une valeur négative, vous entourerez la note -5. Les notes intermédiaires vous permettront de moduler votre jugement.

2- Quels sont les adjectifs qui vous viennent à l'esprit lorsque vous évoquez le mot : CADRE DE SANTE ?

Voici un **deuxième tableau** d'association verbale. De la même manière, vous le remplirez en deux temps.

-Dans un premier temps notez, dans la **première colonne**, les **adjectifs** qui vous viennent *immédiatement* à l'esprit, sans réfléchir, quand vous cherchez à **décrire « un cadre de santé »**. Vous écrirez ces adjectifs dans l'ordre où ils vous viennent. Vous n'êtes pas obligé(e) de remplir les 5 lignes.



	PREMIERE COLONNE		DEUXIEME COLONNE
	ADJECTIFS qui vous viennent <i>spontanément</i> à l'esprit pour décrire un cadre de santé		Valeur positive ou négative de l'adjectif
1 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
2 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
3 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
4 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5
5 <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	-5 -4 -3 -2 -1 0 +1 +2 +3 +4 +5



-Dans un deuxième temps, dans la **deuxième colonne**, attribuez une note à chacun de ces adjectifs en fonction de la valeur positive ou négative qu'il revêt pour vous. S'il revêt une valeur positive, vous entourez la note +5. Si par contre il revêt une valeur négative, vous entourerez la note -5. Les notes intermédiaires vous permettront de moduler votre jugement.

III-LES SITUATIONS

Vous allez maintenant voir une série de situations mettant en scène des professionnels de santé : cadre de santé et médecin. Nous vous demandons de vous mettre à la place du personnage représentant le cadre de santé.

3- Que vous évoque la scène ?

Racontez ce qui se passe entre les deux personnages suivant la situation : Qui prend la parole ? Quelles sont les paroles échangées ? Comment se termine cette conversation ?

Vous pouvez décrire la scène grâce à un texte ou imaginer un dialogue entre les deux personnages.

IV- QUESTIONS D'ATTITUDE

Pour les questions 4, 5 et 6, nous vous demandons de marquer votre opinion à l'aide d'une croix sur les lignes ci-dessous.

7 Comment qualifieriez-vous votre relation avec les médecins ?

Très mauvaise _____ Très bonne

8 Comment qualifieriez-vous votre collaboration avec les médecins ?

Très mauvaise _____ Très bonne

9 Comment qualifieriez-vous la transmission des informations entre vous et les médecins ?

Très mauvaise _____ Très bonne

10 A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre les médecins et les cadres de santé ?

Parmi ces propositions, vous cocherez au maximum 3 cases.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Gestion des flux de patients | <input type="checkbox"/> Organisation des soins |
| <input type="checkbox"/> Gestion des ressources humaines | <input type="checkbox"/> Prise en charge du patient |
| <input type="checkbox"/> Gestion du matériel | <input type="checkbox"/> Relation avec les familles |
| <input type="checkbox"/> Elaboration du projet de service | |

MERCI

Je vous remercie sincèrement d'avoir répondu à ce questionnaire...

Annexe n° III

CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION ETUDIEE**A. Caractéristiques de la population cadre de santé**

L'échantillon « cadre de santé » est composé de 31 sujets dont 13 faisant fonction cadres de santé.

Répartition par sexe :

Femme	Homme
94 % (29 sujets)	6 % (2 sujets)

Age moyen : 42 ans

Age maxi : 58 ans

Age mini : 29 ans

Durée moyenne d'exercice en tant que cadre de santé (ou FF) : 4,5 ans

Durée maxi d'exercice en tant que cadre de santé (ou FF) : 26 ans

Durée mini d'exercice en tant que cadre de santé (ou FF) : 1 an

Répartition par établissement :

Echantillon CDS	CH n°1	CH n°2	Autres établissements
31 sujets	15 sujets (48%)	10 sujets (32%)	6 sujets (20%)

Répartition par service d'exercice :

Echantillon CDS	Médecine	Chirurgie	Autres services
31 sujets	9 sujets (29%)	5 sujets (16%)	17 sujets (55%)

B. Caractéristiques de la population médicale

L'échantillon médical est composé de 28 sujets dont 4 chefs de service.

Répartition par sexe :

Femme	Homme
43 % (12 sujets)	57 % (16 sujets)

Age moyen : 43 ans

Age maxi : 58 ans

Age mini : 26ans

Durée moyenne d'exercice en tant que médecin : 16 ans

Durée maxi d'exercice en tant que médecin : 33 ans

Durée mini d'exercice en tant que médecin : 1 an

Répartition par établissement :

Echantillon	CH n°1
Dr	
28 sujets	28 sujets (100%)

Répartition par service d'exercice :

Echantillon	Médecine	Chirurgie	Autres services
Dr			
28 sujets	16 sujets (57%)	7 sujets (25%)	5 sujets (18%)

Le nombre de questionnaires « médecin » exploitable pour les parties « vignettes » et « questions d'attitude » est de 21.

La répartition par service est la suivante :

Echantillon Dr	Médecine	Chirurgie	Autres services
21 sujets	14 sujets (67%)	3 sujets (14%)	4 sujets (19%)

Annexe n° IV**ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS
« Cadre de santé » selon les cadres de santé**

ANALYSE PROTOTYPIQUE : CADRE DE SANTE SELON LES CADRES DE SANTE

CDS mots pour CDS	POURCENTAGE	FC CITATION	RG MOYEN
organisé	32,26	10,00	2,30
attentif	19,35	6,00	3,33
disponible	16,13	5,00	1,60
gestionnaire	16,13	5,00	2,80
organisateur	16,13	5,00	2,40
compétent	12,90	4,00	1,75
responsable	12,90	4,00	2,50
équitable	9,68	3,00	3,67
fédérateur	9,68	3,00	2,33
manager	9,68	3,00	1,00
rigoureux	9,68	3,00	2,00
actif	6,45	2,00	2,00
animateur	6,45	2,00	3,00
collaboratif	6,45	2,00	2,00
communicatif	6,45	2,00	2,00
compréhensif	6,45	2,00	3,50
conciliant	6,45	2,00	4,00
coordinateur	6,45	2,00	2,50
débordé	6,45	2,00	4,00
dynamique	6,45	2,00	1,00
empathique	6,45	2,00	3,50
honnête	6,45	2,00	3,50
humain	6,45	2,00	2,50
négociateur	6,45	2,00	2,50
polyvalent	6,45	2,00	1,50
réfèrent	6,45	2,00	2,50
relationnel	6,45	2,00	2,50
volontaire	6,45	2,00	3,50
accompagnateur	3,23	1,00	3,00
adaptable	3,23	1,00	2,00
anticipateur	3,23	1,00	4,00
arbitraire	3,23	1,00	4,00
assidu	3,23	1,00	2,00
authentique	3,23	1,00	5,00
autonome	3,23	1,00	4,00
bienveillant	3,23	1,00	4,00
conscientieux	3,23	1,00	3,00
coopératrice	3,23	1,00	5,00
coordonnateur	3,23	1,00	2,00
corvéable	3,23	1,00	2,00

décisionnaire	3,23	1,00	5,00
dévoué	3,23	1,00	3,00
diplomate	3,23	1,00	4,00
écoute	3,23	1,00	3,00
efficient	3,23	1,00	2,00
expert	3,23	1,00	1,00
fatigué	3,23	1,00	4,00
femme	3,23	1,00	1,00
garant qualité	3,23	1,00	3,00
garant sécurité	3,23	1,00	4,00
géo trouve-tout	3,23	1,00	2,00
impartial	3,23	1,00	4,00
intègre	3,23	1,00	1,00
interface	3,23	1,00	1,00
investi	3,23	1,00	4,00
isolé	3,23	1,00	5,00
juste	3,23	1,00	3,00
médiateur	3,23	1,00	5,00
objectif	3,23	1,00	4,00
oppressé	3,23	1,00	5,00
participatif	3,23	1,00	2,00
patient	3,23	1,00	4,00
positionné	3,23	1,00	5,00
présent	3,23	1,00	2,00
priorité	3,23	1,00	5,00
protecteur	3,23	1,00	2,00
rassurant	3,23	1,00	3,00
réactif	3,23	1,00	5,00
respectueux	3,23	1,00	2,00
responsabilisant	3,23	1,00	4,00
rigide	3,23	1,00	3,00
sérieux	3,23	1,00	1,00
social	3,23	1,00	3,00
solidaire	3,23	1,00	3,00
solitaire	3,23	1,00	4,00
sollicité	3,23	1,00	1,00
souriant	3,23	1,00	3,00
structuré	3,23	1,00	3,00
surmené	3,23	1,00	3,00
surveillant	3,23	1,00	5,00
temporisateur	3,23	1,00	5,00
visionnaire	3,23	1,00	5,00
		1,70	3,03
		5,47	

Calcul du seuil binomial

SEUIL BINOMIAL				
Nbre mots différents N	82			
Nbre de mots choisis par sujet	5			
Nbr de sujets	31			
k	0,06097561	binomiale	p-value	%
0		0,14222733	0,85777267	0
1		0,428529097	0,5714709	3,226
2		0,707394456	0,29260554	6,452
3		0,88243981	0,11756019	9,677
4		0,962005881	0,03799412	12,9
5		0,989905671	0,01009433	16,13
6		0,997756262	0,00224374	19,35
7		0,9995769	0,0004231	22,58

soit 6 donc FC+ \geq 19,35%

CARRE DE VERGES « Cadre de santé » selon les cadres de santé

CARRE DE VERGES « Cadre de santé » selon les cadres de santé		Rang d'apparition	
		≤ 3,03	> 3,03
Fréquence de citation	≥ 19,35 %	organisé	attentif
	< 19,35 %	disponible gestionnaire organisateur compétent responsable fédérateur manager rigoureux actif animateur collaboratif communicatif coordinateur dynamique humain négociateur polyvalent référent relationnel	équitable compréhensif conciliant débordé emphatique honnête volontaire

seuil bas = 5%

VALEUR DES MOTS : CADRE DE SANTE SELON LES CADRES DE SANTE

CDS : Mots pour CDS	Valeur Excel		Valeur réelle	
organisé	10,11	10	4	
MOYENNE	10,11	10	4	4
disponible	10,20	10	4	*
gestionnaire	7,25	7	1	
organisateur	10,20	10	4	
compétent	10,25	10	4	
responsable	10,50	11	5	*
fédérateur	10,67	11	5	
manager	9,67	10	4	
rigoureux	7,67	8	2	
actif	10,00	10	4	
animateur	9,50	10	4	
collaboratif	9,50	10	4	*
communicatif	6,50	7	1	
coordinateur	10,00	10	4	
dynamique	11,00	11	5	*
humain	10,00	10	4	*
négociateur	9,00	9	3	
polyvalent	8,00	8	2	
référent	10,00	10	4	
relationnel	10,00	10	4	
MOYENNE	9,47	9	3	3
attentif	10,33	10	4	*
MOYENNE	10,33	10	4	4
équitable	11,00	11	5	
compréhensif	10,50	11	5	
conciliant	11,00	11	5	
débordé	1,00	1	-5	*
empathique	6,00	6	0	
honnête	11,00	11	5	*
volontaire	11,00	11	5	
MOYENNE	8,79	9	3	3

Valeur pour Excel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Valeur réelle	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5

Annexe n° V

ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS
« Cadre de santé » selon les médecins

ANALYSE PROTOTYPIQUE : CADRE DE SANTE SELON LES MEDECINS

Dr mots pour CDS	POURCENTAGE	FC CITATION	RG MOYEN
disponible	28,57	8	2,75
organisateur	21,43	6	2,00
responsable	21,43	6	2,83
organisé	17,86	5	2,20
dynamique	14,29	4	2,50
gestionnaire	14,29	4	2,00
administratif	10,71	3	3,33
attentif	10,71	3	2,33
autoritaire	10,71	3	3,33
efficace	10,71	3	2,33
chef infirmier	7,14	2	2,00
intermédiaire	7,14	2	1,00
patient	7,14	2	2,00
rigoureux	7,14	2	1,00
soignant	7,14	2	5,00
altruiste	3,57	1	5,00
bavard	3,57	1	2,00
bureaucratique	3,57	1	3,00

calme	3,57	1	2,00
collaborateur médecin	3,57	1	4,00
compétent	3,57	1	1,00
compréhensif	3,57	1	3,00
conciliant	3,57	1	2,00
confiance	3,57	1	1,00
conflit	3,57	1	2,00
consensuel	3,57	1	5,00
coordonnateur	3,57	1	1,00
débordé	3,57	1	1,00
dépassé	3,57	1	2,00
désagréable	3,57	1	3,00
discipline	3,57	1	2,00
encadrant	3,57	1	1,00
endurant	3,57	1	3,00
équitable	3,57	1	2,00
expérience	3,57	1	3,00
fatigué	3,57	1	5,00
fédérateur	3,57	1	1,00
femme	3,57	1	3,00
garant qualité	3,57	1	2,00
gérance	3,57	1	5,00
gestionnaire	3,57	1	2,00
gestionnaire conflit	3,57	1	4,00
hautain	3,57	1	2,00
humain	3,57	1	3,00
impartial	3,57	1	4,00
infirmier	3,57	1	4,00
investi	3,57	1	1,00

loin des soins	3,57	1	3,00
matériel	3,57	1	4,00
médiateur	3,57	1	3,00
méthodique	3,57	1	1,00
motivé	3,57	1	5,00
nécessaire	3,57	1	1,00
objectif	3,57	1	3,00
obtu	3,57	1	1,00
planning	3,57	1	3,00
présent	3,57	1	3,00
professionnel	3,57	1	2,00
réactif	3,57	1	5,00
réaliste	3,57	1	5,00
rectitude	3,57	1	4,00
réfèrent	3,57	1	2,00
réflechi	3,57	1	4,00
relation	3,57	1	3,00
relationnel	3,57	1	5,00
solidaire	3,57	1	2,00
surveillant	3,57	1	1,00
synthétique	3,57	1	2,00
visionnaire	3,57	1	4,00
		1,58	2,70
	5,64		

Calcul du seuil binomial

SEUIL BINOMIAL				
Nbre mots différents N	70			
Nbre de mots choisis par sujet	5			
Nbr de sujets	28			
k	0,071428571	binomiale	p-value	%
0		0,125553512	0,874446488	0
1		0,395976461	0,604023539	3,57
2		0,676800293	0,323199707	7,14
3		0,864016181	0,135983819	10,71
4		0,954023819	0,045976181	14,29
5		0,987257409	0,012742591	17,86
6		0,997057057	0,002942943	21,43

Soit 6 donc FC+ \geq 21,43 %

CARRE DE VERGES « Cadre de santé » selon les médecins

CARRE DE VERGES		Rang d'apparition	
« Cadre de santé » selon les médecins		$\leq 2,73$	$> 2,73$
Fréquence de citation	$\geq 21,43 \%$	organisateur	disponible responsable
	$< 21,43 \%$	organisé dynamique gestionnaire attentif efficace chef infirmier intermédiaire patient rigoureux	administratif autoritaire soignant

seuil bas = 5%

VALEUR DES MOTS : CADRE DE SANTE SELON LES MEDECINS

Dr : Mots pour CDS	Valeur Excel		Valeur réelle	
organisateur	9,00	9	3	*
MOYENNE	9,00	9	3	3
organisé	9,80	10	4	*
dynamique	9,50	10	4	
gestionnaire	5,80	6	0	
attentif	9,33	9	3	*
efficace	10,00	10	4	*
chef infirmier	9,50	10	4	
intermédiaire	8,50	9	3	
patient	9,00	9	3	
rigoureux	10,00	10	4	
MOYENNE	9,05	9	3	3
disponible	10,13	10	4	*
responsable	10,00	10	4	*
MOYENNE	10,06	10	4	4
administratif	3,67	4	-2	
autoritaire	7,33	7	1	
soignant	10,00	10	4	
MOYENNE	7,00	7	1	1

Valeur pour Excel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Valeur réelle	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5

Annexe n° VI**ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS
« Médecin » selon les cadres de santé**

ANALYSE PROTOTYPIQUE : MEDECIN SELON LES CADRES DE SANTE

CDS mots pour médecin	POURCENTAGE	FC CITATION	RG MOYEN
compétent	25,81	8	1,38
collaboratif	22,58	7	1,86
responsable	22,58	7	3,00
disponible	19,35	6	1,50
exigeant	16,13	5	2,60
humain	16,13	5	3,00
soignant	12,90	4	1,25
prescripteur	9,68	3	1,00
égoцентриque	9,68	3	2,33
attentif	9,68	3	3,00
directif	9,68	3	3,33
égoïste	9,68	3	3,33
autoritaire	6,45	2	1,50
puissant	6,45	2	2,00
débordé	6,45	2	2,50
efficace	6,45	2	2,50
présent	6,45	2	2,50
honnête	6,45	2	3,00
intelligent	6,45	2	3,00
colérique	6,45	2	3,50
orgueilleux	6,45	2	3,50
professionnel	6,45	2	3,50
désorganisé	6,45	2	4,00
dynamique	6,45	2	4,50
précis	6,45	2	4,50

pressé	6,45	2	4,50
décisionnaire	3,23	1	1,00
masculin	3,23	1	1,00
modérateur	3,23	1	1,00
respectueux	3,23	1	1,00
rigoureux	3,23	1	1,00
scientifique	3,23	1	1,00
urgentiste	3,23	1	1,00
abordable	3,23	1	2,00
courtois	3,23	1	2,00
cultivé	3,23	1	2,00
écoute	3,23	1	2,00
fier	3,23	1	2,00
instructif	3,23	1	2,00
ordonnance	3,23	1	2,00
positionné	3,23	1	2,00
sauveur	3,23	1	2,00
surmené	3,23	1	2,00
aidant	3,23	1	3,00
arrogant	3,23	1	3,00
chercheur	3,23	1	3,00
coordonnateur	3,23	1	3,00
guerrisseur	3,23	1	3,00
imposant	3,23	1	3,00
pression	3,23	1	3,00
sur de lui	3,23	1	3,00
sympathique	3,23	1	3,00
visite médicale	3,23	1	3,00

altruiste	3,23	1	4,00
communicatif	3,23	1	4,00
dominateur	3,23	1	4,00
équipier	3,23	1	4,00
impatient	3,23	1	4,00
insensible	3,23	1	4,00
libéral	3,23	1	4,00
malhonnête	3,23	1	4,00
rassurant	3,23	1	4,00
tolérant	3,23	1	4,00
accessible	3,23	1	5,00
dévoué	3,23	1	5,00
flexible	3,23	1	5,00
gestionnaire	3,23	1	5,00
impartial	3,23	1	5,00
référent	3,23	1	5,00
stressé	3,23	1	5,00
		1,84	2,92
		5,94	

SEUIL BINOMIAL				
Nbre mots différents N	70			
Nbre de mots choisis par sujet	5			
Nbr de sujets	31			
k	0,071428571	binomiale	p-value	
0		0,10052517	0,89947483	
1		0,340239036	0,659760964	
2		0,616831959	0,383168041	
3		0,82250362	0,17749638	0,09677
4		0,933249899	0,066750101	0,12903
5		0,979252199	0,020747801	0,16129
6		0,994586299	0,005413701	19,3548
7		0,998798964	0,001201036	0,22581

soit 6 donc FC+ \geq 19,35%

CARRE DE VERGES « Médecin » selon les cadres de santé

CARRE DE VERGES « Médecin » selon les cadres de santé		Rang d'apparition	
		≤ 2,92	> 2,92
Fréquence de citation	≥ 19,35 %	compétent collaboratif disponible	responsable
	< 19,35 %	Exigeant soignant prescripteur égoцентриque autoritaire puissant débordé efficace présent	humain attentif directif égoïste honnête intelligent colérique orgueilleux professionnel désorganisé dynamique précis pressé

seuil bas = 5%

VALEURS DES MOTS : MEDECIN SELON LES CADRES DE SANTE

CDS : Mots pour Dr	Valeur Excel		Valeur réelle
compétent	9,50	10	4
collaboratif	8,86	9	3
disponible	10,00	10	4
MOYENNE	9,45	9	3
exigeant	7,80	8	2
soignant	9,67	10	4
prescripteur	7,33	7	1

égoцентриque	1,67	2	-4
autoritaire	6,00	6	0
puissant	8,00	8	2
débordé	6,00	6	0
efficace	10,50	11	5
présent	9,50	10	4
MOYENNE	7,39	7	1
responsable	8,43	8	2
MOYENNE	8,43	8	2
humain	10,20	10	4
attentif	9,33	9	3
directif	8,67	9	3
égoïste	3,00	3	-3
honnête	10,00	10	4
intelligent	9,50	10	4
colérique	1,00	1	-5
orgueilleux	1,50	2	-4
professionnel	5,50	6	0
désorganisé	2,00	2	-4
dynamique	9,50	10	4
précis	11,00	11	5
pressé	1,50	2	-4
MOYENNE	6,36	6	0

Valeur pour Excel	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
Valeur réelle	-5	-4	-3	-2	-1	0	1	2	3	4	5

Annexe n° VII**ANALYSE PROTOTYPIQUE ET VALEURS DES MOTS -****« Médecin » selon les médecins**

ANALYSE PROTOTYPIQUE : MEDECIN SELON LES MEDECINS

Dr mots pour Dr	POURCENTAGE	FC CITATION	RG MOYEN
disponible	25,00	7,00	1,86
soignant	25,00	7,00	1,57
compétent	21,43	6,00	1,67
humain	17,86	5,00	2,40
responsable	17,86	5,00	1,60
efficace	10,71	3,00	2,67
stressé	10,71	3,00	2,00
attentif	7,14	2,00	2,00
compréhensif	7,14	2,00	2,50
désorganisé	7,14	2,00	3,50
dévoué	7,14	2,00	3,00
organisateur	7,14	2,00	4,50
organisé	7,14	2,00	3,50
prescripteur	7,14	2,00	2,00
accessible	3,57	1,00	1,00
analyse	3,57	1,00	3,00
autoritaire	3,57	1,00	4,00
communicant	3,57	1,00	2,00
conscientieux	3,57	1,00	2,00
coordonné	3,57	1,00	5,00
débordé	3,57	1,00	2,00
décisionnaire	3,57	1,00	5,00
détaché	3,57	1,00	3,00
distant	3,57	1,00	1,00
dynamique	3,57	1,00	1,00
écoute	3,57	1,00	2,00
empathique	3,57	1,00	4,00
engagé	3,57	1,00	2,00
érudit	3,57	1,00	3,00
exigeant	3,57	1,00	4,00
exploité	3,57	1,00	3,00
ferme	3,57	1,00	4,00
gestionnaire	3,57	1,00	3,00
habile	3,57	1,00	4,00
heure de travail	3,57	1,00	5,00
honnête	3,57	1,00	5,00
indispensable	3,57	1,00	1,00
méthodique	3,57	1,00	2,00
moralité	3,57	1,00	4,00
obtu	3,57	1,00	1,00
occupé	3,57	1,00	2,00
ouvert	3,57	1,00	3,00

polyvalent	3,57	1,00	4,00
pression	3,57	1,00	3,00
probité	3,57	1,00	1,00
rassurant	3,57	1,00	3,00
réactif	3,57	1,00	3,00
réfèrent	3,57	1,00	5,00
relationnel	3,57	1,00	3,00
respectueux	3,57	1,00	2,00
rigoureux	3,57	1,00	4,00
savant	3,57	1,00	4,00
scientifique	3,57	1,00	2,00
sérieux	3,57	1,00	3,00
solitaire	3,57	1,00	3,00
soulagement	3,57	1,00	3,00
souple	3,57	1,00	5,00
spécialiste	3,57	1,00	1,00
thérapeutique	3,57	1,00	1,00
tolérant	3,57	1,00	3,00
travailleur	3,57	1,00	1,00
		1,59	2,78
		5,68	

Calcul du seuil binomial

SEUIL BINOMIAL				
Nbre mots différents N	61			
Nbre de mots choisis par sujet	5			
Nbr de sujets	28			
k	0,081967213	binomiale	p-value	%
0		0,091207253	0,90879275	0
1		0,319225386	0,68077461	3,57
2		0,59406867	0,40593133	7,14
3		0,806745022	0,19325498	10,71
4		0,925426021	0,07457398	14,29
5		0,976289307	0,02371069	17,86
6		0,993697872	0,00630213	21,43
7		0,998582928	0,00141707	25,00
8		0,999727863	0,00027214	28,57
9		0,999955033	4,4967E-05	32,14

Soit 6 donc FC+ \geq 21,42 %

CARRE DE VERGES « Médecin » selon les médecins

CARRE DE VERGES		Rang d'apparition	
		$\leq 2,76$	$> 2,76$
Fréquence de citation	$\geq 21,43 \%$	disponible soignant compétent	
	$< 21,43 \%$	humain responsable efficace stressé attentif compréhensif prescripteur	désorganisé dévoué organisateur organisé

seuil bas = 5 %

VALEUR DES MOTS : MEDECIN SELON LES MEDECINS

Dr : Mots pour Dr	Valeur Excel		Valeur réelle
disponible	10,00	10	4
soignant	9,43	9	3
compétent	10,67	11	5
MOYENNE	10,03	10	4
humain	10,80	11	5
responsable	8,40	8	2
efficace	9,67	10	4
stressé	6,00	6	0
attentif	9,00	9	3
compréhensif	10,00	10	4
prescripteur	10,00	10	4
MOYENNE	9,12	9	3
désorganisé	5,50	6	0
dévoué	10,00	10	4
organisateur	6,50	7	1
organisé	9,50	10	4
MOYENNE	7,88	8	2

Valeur pour Excel	1	2	3	4	6	7	8	9	10	11
Valeur réelle	-5	-4	-3	-	0	1	2	3	4	5

Annexe n°VIII

PROTOTYPE : test d'indépendance du Khi-Deux

ORGANISÉ	Cadres de santé	Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	10	5	Khi-Deux = 1,61
Nbre n'ayant pas cité le mot	21	23	P = 0,2046 NS

ORGANISATEUR	Cadres de santé	Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	5	6	Khi-Deux = 0,27
Nbre n'ayant pas cité le mot	26	22	P = 0.6017 NS

COMPETENT	Cadres de santé	Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	8	6	Khi2 = 0,16
Nbre n'ayant pas cité le mot	23	22	P = 0,6930 NS

DISPONIBLE	Cadres de santé	Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	6	7	Khi2 = 0,27
Nbre n'ayant pas cité le mot	25	21	P = 0,6013 NS

COLLABORATIF	Cadres de santé	de Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	7	0	Khi2 = 7,17
Nbre n'ayant pas cité le mot	24	28	P = 0,0073 Significatif

EFFICACE	Cadres de santé	de Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	2	3	Khi2 = 0.34
Nbre n'ayant pas cité le mot	29	25	P = 0.5571 NS

SOIGNANT	Cadres de santé	de Médecins	Test
Nbre ayant cité le mot	4	7	Khi2 = 1.42
Nbre n'ayant pas cité le mot	27	21	P = 0.2335 NS

Annexe n° IX

ANALYSE PROTOTYPIQUE - VALEURS ASSOCIEES - Test de Fisher

Statistiques de groupe

	GROUPE	N	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne	
VAL_DOCT	CDS	30	7,42	2,0791217	0,379593955	
	DR	27	8,8432098	2,3035287	0,443314321	
			76	83		
VAL_CADR	CDS	29	9,2574712	1,8352456	0,340796567	
	DR	28	8,3398809	2,3201095	0,438459487	
			52	27		

Test d'échantillons indépendants						
		Test de Levene sur l'égalité des variances		Test-t pour égalité des moyennes		
		F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatérale)
VAL_DOCT	Hypothèse de variances égales	0,0237580	0,8780663	2,4519509	55	0,0174113
		3	95	36		33
	Hypothèse de variances inégales			2,4385654	52,70232382	0,0181494
				33		42
VAL_CADR	Hypothèse de variances égales	1,7724092	0,1885762	1,6591497	55	0,1027780
		9	53	88		97
	Hypothèse de variances inégales			1,6523398	51,39090474	0,1045629
				03		77

Test d'échantillons indépendants					

		Différence moyenne	Différence écart-type	Intervalle de confiance 95% de la différence	
				Inférieure	Supérieure
VAL_DOCT	Hypothèse de variances égales	- 1,4232098 8	0,5804397 86	- 2,5864372 02	-0,25998255
	Hypothèse de variances inégaies	- 1,4232098 8	0,5836258 72	- 2,5939694 98	-0,25245026
VAL_CADR	Hypothèse de variances égales	0,9175903 1	0,5530485 07	0,1907436 62	2,025924286
	Hypothèse de variances inégaies	0,9175903 1	0,5553278 51	0,1970710 06	2,03225163

ANOVA						
		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Significatio n
VAL_DOCT	Inter- groupes	28,783795 5	1	28,783795 53	6,012063392	0,0174113 33
	Intra- groupes	263,32203 3	55	4,7876733 26		
	Total	292,10582 8	56			
VAL_CADR	Inter- groupes	11,994407 9	1	11,994407 87	2,752778018	0,1027780 97
	Intra- groupes	239,64607	55	4,3572012 67		
	Total	251,64047 8	56			

GROUPE	NB DE PARTICIPAN TS	VALEURS ASSOCIEE S A DOCTEUR
CDS	30	7,42
DR	27	8,8432098 8
F	F(1,55)=6,01; p<.017	

GROUPE	NB DE PARTICIPANT S	VALEURS ASSOCIEES A CDS
CDS	29	9,2574712 64
DR	28	8,3398809 52
F	F(1,55)=2,75; p<.10 NS	

Annexe n° X**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

**ANALYSE DU LANGAGE - Vignettes « Ressources Humaines »,
« Organisation des soins », « Famille » et « Flux »**

Non disponible sous ce format

Annexe n° XI

ANALYSE DU LANGAGE – Test de Fisher

COMPARAISON GROUPE 1/GROUPE 2 POUR TOUS LES INDICATEURS :

EN VERT INDICATEURS POUR LESQUELS LE TEST F de Fisher EST SIGNIFICATIF (p<.05) VOUS POUVEZ INSERER LES TABLEAUX/FIGURE CONTENANT CES INDICATEURS DANS VOTRE MÉMOIRE

Dans le tableau statistiques de groupe en gras les moyennes les plus élevées

Dans le tableau ANOVA la valeur du F, les degrés de liberté, la valeur du p.

Statistiques de groupe

	GROUPE	N (=nb de participants dans chaque groupe)	Moyenne	Ecart-type	Erreur standard moyenne
FACSMOT	1	26	32,4231	17,87998	3,50655
	2	18	15,3889	13,00741	3,06588
FACSDFA	1	26	0,7308	0,53349	0,10463
	2	18	0,0556	0,2357	0,05556
FADRDFO	1	26	0,4615	0,90469	0,17742
	2	18	0	0	0
FACSIN	1	26	5,1154	2,64313	0,51836
	2	18	2,8333	2,7062	0,63786
FLUDRDFA	1	21	0,381	0,58959	0,12866

	2		14	1,1429	1,02711	0,27451
FLUDRDFO	1		21	0,9048	0,99523	0,21718
	2		14	0,2143	0,42582	0,1138
FLUCSIN	1		22	6,2273	2,91027	0,62047
	2		14	3,7857	3,86659	1,03339
SOICSMOT	1		26	50,8846	24,86013	4,87547
	2		16	24,4375	20,63644	5,15911
SOICSDFA	1		26	1,5385	1,10384	0,21648
	2		16	0,125	0,34157	0,08539
SOICSIN	1		26	7,2308	3,19133	0,62587
	2		16	3,4375	2,60688	0,65172
RHCS DFA	1		26	1,4231	1,17211	0,22987
	2		17	0,7059	1,0467	0,25386
RHDR DFA	1		26	0,2308	0,51441	0,10088
	2		17	0,7647	0,90342	0,21911
RHDR MOT	1		26	26,2692	18,90938	3,70843
	2		17	43,0588	30,4045	7,37418

ANOVA

		Somme des carrés	ddl	Moyenne des carrés	F	Signification
FACSMOT	Inter-groupes	3086,285	1	3086,285	11,926	0,001
	Intra-groupes	10868,624	42	258,777		
	Total	13954,909	43			
FACSDFA	Inter-groupes	4,849	1	4,849	25,27	0
	Intra-groupes	8,06	42	0,192		
	Total	12,909	43			
FADRFO	Inter-groupes	2,266	1	2,266	4,651	0,037
	Intra-groupes	20,462	42	0,487		
	Total	22,727	43			
FACSIN	Inter-groupes	55,392	1	55,392	7,777	0,008
	Intra-groupes	299,154	42	7,123		
	Total	354,545	43			
FLUDRFA	Inter-groupes	4,876	1	4,876	7,786	0,009
	Intra-groupes	20,667	33	0,626		
	Total	25,543	34			
FLUDRFO	Inter-groupes	4,005	1	4,005	5,962	0,02
	Intra-groupes	22,167	33	0,672		
	Total	26,171	34			
FLUCSIN	Inter-groupes	51,001	1	51,001	4,659	0,038
	Intra-groupes	372,221	34	10,948		
	Total	423,222	35			
SOICSMOT	Inter-groupes	6927,885	1	6927,885	12,689	0,001

	Intra- groupes	21838,591	40	545,965		
	Total	28766,476	41			
SOICSDFA	Inter- groupes	19,788	1	19,788	24,573	0
	Intra- groupes	32,212	40	0,805		
	Total	52	41			
SOICSIN	Inter- groupes	142,519	1	142,519	15,988	0
	Intra- groupes	356,553	40	8,914		
	Total	499,071	41			
RHCSDFA	Inter- groupes	5,287	1	5,287	4,179	0,047
	Intra- groupes	51,876	41	1,265		
	Total	57,163	42			
RHDRDFA	Inter- groupes	2,93	1	2,93	6,107	0,018
	Intra- groupes	19,674	41	0,48		
	Total	22,605	42			
RHDMOT	Inter- groupes	2897,571	1	2897,571	5,006	0,031
	Intra- groupes	23730,057	41	578,782		
	Total	26627,628	42			

Annexe n° XII

RELATION INTERGROUPE : Activités sous tension

Voici deux tableaux présentant les réponses à la question : « *A votre avis, quelles sont les principales activités de travail qui peuvent générer des tensions entre cadre de santé et médecin ?* » posée aux cadres de santé et aux médecins ayant participé à l'étude.

Classement des situations identifiées à risque par les 31 cadres de santé :

Rang de citation	Activités susceptibles de générer des tensions entre cadre et médecin	Nombre de cadres ayant cité l'activité	% de cadres ayant cité l'activité
1	gestion des flux de patients	23	74,19
2	organisation des soins	20	64,51
3	prise en charge patient	16	51,61
4	relation avec les familles	9	29,03
5	ressources humaines	7	22,58
6	matériel	4	12,90
7	projet de service	3	9,68

Classement des situations identifiées à risque par les 21 médecins :

Rang de citation	Activités susceptibles de générer des tensions entre cadre et médecin	Nombre de médecins ayant cité l'activité	% de médecins ayant cité l'activité
1	ressources humaines	16	76,19
2	gestion des flux de patients	11	52,38
2	organisation des soins	11	52,38
3	matériel	9	42,86
4	prise en charge patient	3	14,29
5	projet de service	2	9,52
5	relation avec les familles	2	9,52

Annexe n° XIII

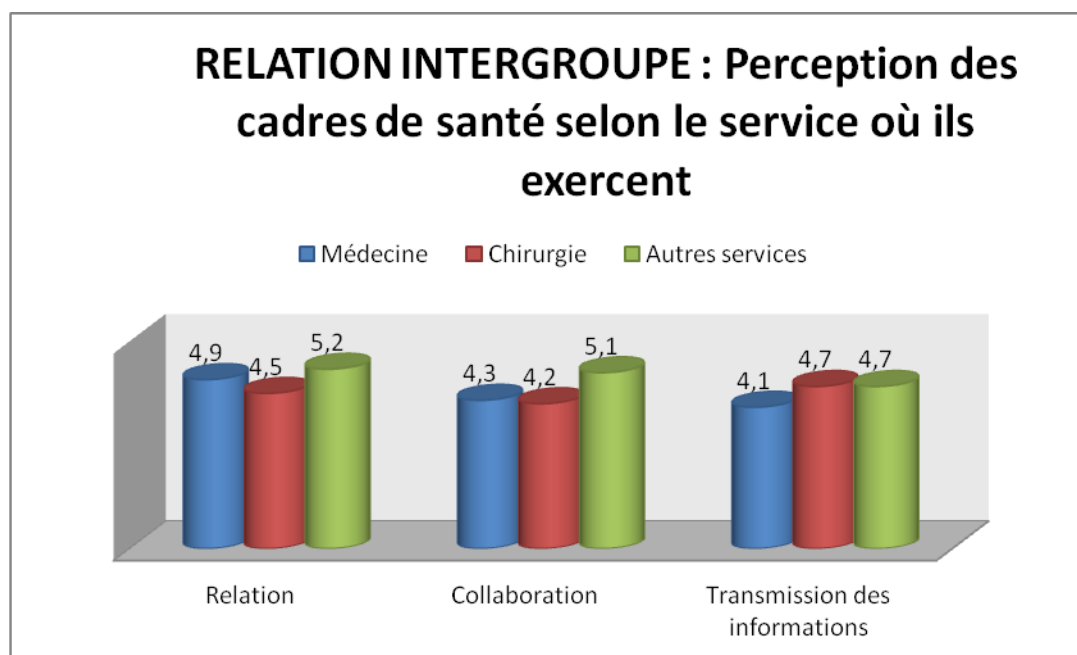
RELATION INTERGROUPE : Perception des cadres de santé selon le service d'exercice

CDS - Médecine (9 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	4,9	4,3	4,1
Médiane	5,0	4,1	4,0

CDS - Chirurgie (5 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	4,5	4,2	4,7
Médiane	4,1	3,8	5,3

CDS - Autres services (17 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	5,2	5,1	4,7
Médiane	5,5	5,2	4,5

Moyenne CDS	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Médecine	4,9	4,3	4,1
Chirurgie	4,5	4,2	4,7
Autres services	5,2	5,1	4,7



Annexe n° XIV

RELATION INTERGROUPE : Perception des cadres de santé selon l'établissement d'exercice

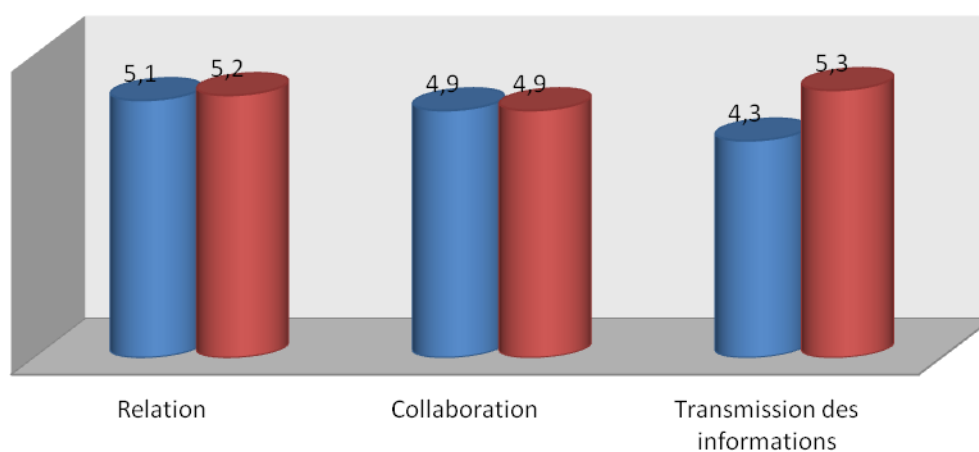
CDS - CH n°1 (15 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	5,1	4,9	4,3
Médiane	5,0	4,6	4,3

CDS - CH n°2 (10 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	5,2	4,9	5,3
Médiane	5,6	5,0	5,7

Moyenne CDS	Relation	Collaboration	Transmission des informations
CH n°1	5,1	4,9	4,3
CH n°2	5,2	4,9	5,3

RELATION INTERGROUPE : Perception des cadres de santé selon l'établissement où ils exercent

■ CH n°1 ■ CH n°2



Annexe n° XV

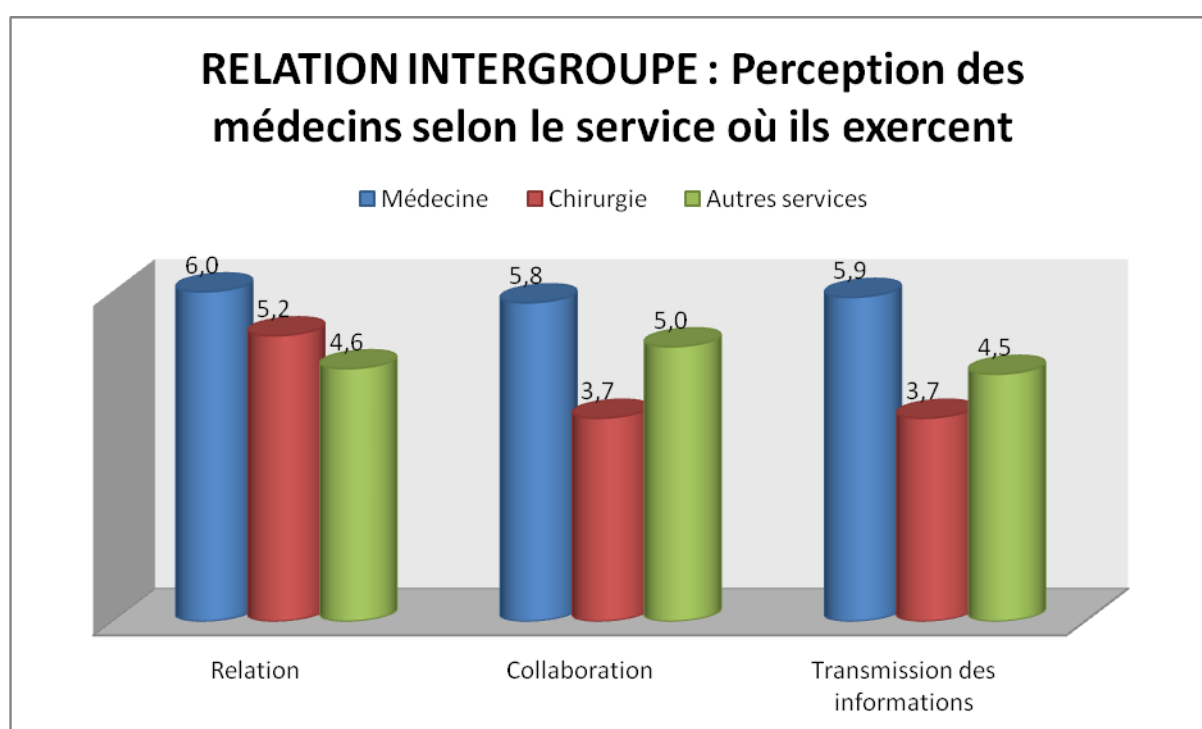
RELATION INTERGROUPE : Perception des médecins selon le service d'exercice

Dr - Médecine (14 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	6,0	5,8	5,9
Médiane	6,2	5,8	5,8

Dr - Chirurgie (3 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	5,2	3,7	3,7
Médiane	6,5	3,3	3,5

Dr - Autres services (4 sujets)	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Moyenne	4,6	5,0	4,5
Médiane	5,4	5,7	4,5

Moyenne Dr	Relation	Collaboration	Transmission des informations
Médecine	6,0	5,8	5,9
Chirurgie	5,2	3,7	3,7
Autres services	4,6	5,0	4,5



RELATION CADRE DE SANTE - MEDECIN DANS LE TRAVAIL : APPROCHE PAR LA CATEGORISATION SOCIALE ET LES REPRESENTATIONS SOCIALES

Résumé :

Entre les cadres de santé dont l'identité sociale reste à construire et les médecins revendiquant leur place dans les prises de décision, le chemin de la collaboration reste à tracer. Savoir comment chacun se perçoit et perçoit l'autre, permet d'appréhender la relation, de déterminer les points de conflit ou au contraire de coopération.

L'étude réalisée auprès de ces personnels de santé, cherche à mieux comprendre cette relation : le poids de la catégorisation et des représentations sociales sur les relations professionnelles y est analysé.

Mots clés :

Relation intergroupe - Représentations sociales

Catégorisation- Stéréotypes - Préjugés