



ENSP
ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE
RENNES

Mémoire de Fin d'Étude
FORMATION DES INFIRMIERS GÉNÉRAUX
Jury : 30 et 31 octobre 2000

**L'APPORT DES REPRESENTATIONS SOCIALES
DANS
LE MANAGEMENT DES SURVEILLANTS-CHEFS**

LOUCHE Bernard

SOMMAIRE

<i>INTRODUCTION</i>	3
1^{ER} CHAPITRE	4
1 <i>LE CONTEXTE</i>	4
2 <i>LA PROBLÉMATIQUE</i>	5
3 <i>LE CONCEPT DE REPRÉSENTATION SOCIALE</i>	9
3.1 Origine du concept : une double origine	9
3.2 Emergence des représentations en psychologie sociale	10
3.3 la formalisation du concept de représentation sociale	12
3.4 caractéristiques et fonctions des représentations sociales.....	18
3.5 La théorie du noyau central	21
2^{ÈME} CHAPITRE	26
4 <i>LA MÉTHODE D'ENQUÊTE MISE EN ŒUVRE</i>	26
4.1 Caractéristiques des groupes de surveillants-chefs	26
4.2 Méthodologie des différents questionnaires.....	28
4.2.1 Premier questionnaire : énoncés spontanés de mots induits	28
4.2.2 Deuxième questionnaire : émergence de la représentation des surveillants-chefs	29
4.2.3 Troisième questionnaire : énonciation explicite de la représentation détaillée des surveillants-chefs par un exercice d'imagination	32
4.3 Résultats et analyse des questionnaires	33
4.3.1 Résultats et analyse du 1 ^{er} questionnaire	33
4.3.2 Résultats et analyse du 2 ^{ème} et 3 ^{ème} questionnaire	39
4.3.3 Analyse croisée des deux représentations.....	62
3^{ÈME} CHAPITRE	66
5 <i>QUELQUES PISTES DE REFLEXION</i>	66
5.1 La prise en compte du noyau central.....	69
5.2 L'intérêt de la diversité des éléments périphériques.....	70

5.3	L'opportunité de la variabilité des adhésions	70
6	<i>DES PROPOSITIONS D' ACTIONS</i>	71
6.1	Agir sur les facteurs de démotivation	71
6.1.1	De l'organisation du travail	72
6.1.2	... A la gestion des ressources humaines.....	73
6.2	Développer l'expertise des surveillants-chefs	74
	<i>CONCLUSION</i>	76
	<i>BIBLIOGRAPHIE</i>	77
	<i>ANNEXES</i>	81

INTRODUCTION

L'idée de ce mémoire coïncide avec notre départ de l'établissement où s'était déroulée jusqu'à présent l'ensemble de notre carrière professionnelle, d'infirmier de secteur psychiatrique à surveillant-chef des services médicaux.

C'est souvent l'occasion dans pareil cas, pour l'ensemble des surveillants-chefs, d'accompagner et de faciliter le départ de l'un d'entre eux en se retrouvant une dernière fois tous ensemble. Chacun y va de sa petite phrase, retraçant rapidement toutes ces années de travail et de complicité.

C'est justement l'une de ces petites phrases qui aura été, pour nous, le facteur déclenchant de notre travail. En effet, inscrite sur le bristol qui accompagnait le cadeau offert par mes collègues de travail, l'un d'entre eux avait écrit :

" Maintenant que tu es passé à l'ennemi, j'espère que tu te souviendras toujours que tu es un soignant".

Quel est donc cet ennemi qui puisse me faire oublier toutes ces années passées auprès de patients et remettre en cause les valeurs pour lesquelles j'avais choisi cette profession ?

Que représente la fonction d'infirmier général dans l'imaginaire des surveillants-chefs, quelles sont leurs conceptions et leurs attentes ?

Comment appréhender cet élément de dynamique groupale et institutionnelle et l'intégrer dans une pratique cohérente de management ?

C'est ce questionnement qui sera le fil conducteur de notre travail, guidera notre recherche et alimentera notre réflexion.

1^{ER} CHAPITRE

1 LE CONTEXTE

Au sein de l'institution hospitalière, de part sa fonction, l'infirmier général¹ est confronté à différentes logiques.

- ◆ une logique médicale, centrée sur le prestige et la performance thérapeutique
- ◆ une logique administrative, centrée sur les économies de gestion, l'efficience et l'organisation rationnelle de l'hôpital
- ◆ une logique soignante, transgénérationnelle, centrée sur la souffrance du malade, la qualité des soins, la prise en charge globale et le rôle propre

"... un des enjeux de l'hôpital est de coordonner les professionnels pour atteindre cet objectif premier qui est de soigner le malade (...) l'infirmier général a pour fonction de coordonner, d'être un médiateur entre les acteurs paramédicaux, médicaux et administratifs".²

Au confluent de ces trois logiques, alors qu'il est membre de l'équipe de Direction, qu'il comprend la logique médicale et reste profondément un soignant, l'infirmier général se heurtera le plus souvent à des rationalités contradictoires. Celles-ci semblent d'ailleurs aujourd'hui exacerbées par les restructurations hospitalières et la régulation des dépenses de santé où moindre coût et qualité sont les maîtres mots mais restent toutefois pour beaucoup de soignants, incontournables.

Parmi ces soignants, les surveillants-chefs³ occupent au sein de l'organisation hospitalière une place tout à fait privilégiée, au carrefour de tous les courants d'informations, en interface avec toutes les logiques et en interaction avec les infirmiers généraux.

Dans un contexte de restrictions budgétaires, ils peuvent donc apporter une plus-value importante à l'institution, constituer un groupe professionnel "relais"

¹ Lire partout indifféremment infirmier général, infirmière générale

² Schweyer, FX. L'infirmière qui devient "Directeur" . 1993

³ Lire partout indifféremment – surveillants-chefs, surveillantes chefs

dans la complémentarité des fonctions d'encadrement et s'engager pleinement dans un véritable partenariat avec les infirmiers généraux.

Mais ils peuvent également utiliser leurs fonctions pour développer des réseaux d'information parallèles, aggraver les dysfonctionnement et mettre en péril au sein du service de soins infirmiers, de l'équipe de Direction et auprès du corps médical, la légitimité de l'infirmier général.

Non pas la légitimité instaurée par les textes et le statut mais celle qui s'élabore au fil du temps, s'appuie sur le quotidien et justifie la fonction. Celle qui autorise l'infirmier général à se prévaloir de la représentativité du service infirmier et qui s'ancre dans les représentations de chacun.

2 LA PROBLEMATIQUE

Mais il ne s'agit pas pour autant de considérer l'infirmier général comme le représentant de la profession infirmière, ni comme le porte-parole de leurs revendications, ce qu'il n'est d'ailleurs pas.

Il est plutôt question de concevoir la fonction comme celle d'un Directeur de production -en l'occurrence les soins infirmiers- capable de faire produire, de produire, de professionnaliser et de diriger les moyens dont il dispose.

Diriger la production implique donc une connaissance précise du produit, une expérience concrète du milieu et une maîtrise parfaite du fonctionnement. Encore faut-il que cette production soit de qualité et satisfasse les besoins des patients et que chacun au sein de l'organisation mise en place se reconnaisse dans les valeurs et les principes qui la sous-tendent.

Cela suppose alors que l'on recherche la participation de tous les acteurs, que l'on favorise l'implication de l'encadrement et que l'on s'attache à développer au sein du service de soins infirmiers comme sur l'ensemble de l'établissement, l'autorité, la crédibilité et la légitimité qui incombent à notre fonction.

Mais cette légitimité ne se décide pas plus qu'elle ne s'impose. Au contraire, elle s'élabore et se construit au travers des situations d'interactions que nous entretenons avec les soignants et en particulier les cadres infirmiers.

En effet, c'est au cours de ces situations d'interactions, face aux conditions objectives de la situation, que les individus développent une activité de

perception et de restructuration interne, proprement cognitive qui leur permet d'intégrer, de comprendre et donner un sens à ces éléments. C'est le produit de cette activité cognitive propre à chaque individu ou à chaque groupe, qui fut introduit par Serge Moscovici en 1961 sous le nom de « représentations sociales »⁴.

Ainsi l'analyse des représentations sociales est en ce sens intéressante à réaliser dans la mesure où elle permet de discerner la réalité subjective – ou interne – des individus ou des groupes. C'est en fonction de cette réalité subjective qu'ils se situent et que peuvent être appréhendées certaines causes de leur comportement. En particulier on peut supposer que le système de représentation d'un individu ou d'un groupe, c'est à dire l'ensemble des images et des relations qui unissent ces images entre elles, est un élément déterminant du comportement, de l'efficacité, de la nature et de la structure des échanges interindividuels.

*"L'hôpital évolue, le management des personnels change et l'on ne peut concevoir la hiérarchie comme autrefois. L'hôpital d'aujourd'hui a besoin de cadres performants, sachant manier plusieurs logiques. Mais que faisons-nous pour leur permettre d'occuper réellement cette place (...) et quel modèle leur offrons-nous?"*⁵

Nous avons donc choisi de nous intéresser plus particulièrement à un corps d'encadrement, celui des surveillants-chefs, d'analyser (au travers du concept de "représentations sociales") leurs représentations de l'infirmier général (et d'en situer l'importance dans leurs comportements).

Notre choix s'est porté sur deux équipes de surveillants-chefs issues de deux établissements en santé mentale situés respectivement dans le nord et le sud de la France. Les critères qui nous ont guidés se réfèrent tout d'abord à notre connaissance de cette fonction au sein de ce type d'établissement, pour l'avoir nous même appréhendée, ensuite à notre future fonction d'infirmier général qui se déroulera dans un établissement similaire.

Mais bien plus que ces deux éléments, notre choix fut avant tout déterminé par le constat maintes fois effectué de l'existence de nombreuses divergences, voire

⁴ Moscovici, S. La psychanalyse, son image, son public. 1961

⁵ Faugier-Seuret ,CH. Encadrer les cadres soignants. Objectifs soins.1994

parfois exceptionnellement de conflits, dans ces établissements entre les surveillants-chefs et l'infirmier général.

Longtemps réfractaires aux contraintes économiques qui s'appliquaient aux établissements de santé, cantonnés le plus souvent dans un souci, certes légitime, d'un soin de qualité au service du patient mais échappant à toute évaluation, alimentés par un discours des partenaires sociaux plus idéologique que professionnel, les soignants et l'encadrement infirmier en santé mentale entretiennent encore aujourd'hui des relations de défiance à l'égard du ou des infirmiers généraux de leur établissement. A tel point que le simple fait d'intégrer l'équipe de Direction suffit parfois à exclure l'infirmier général du monde des soignants, lui contester son expertise des soins et l'affubler des attributs du plus caricatural des gestionnaires.

Force est de constater que cette situation, si elle n'est pas récente, préoccupe de façon quasi permanente les infirmiers généraux, y compris au cours de leur formation à l'Ecole Nationale de la Santé Publique et les thèmes des mémoires rédigés depuis la création de la filière témoignent de l'intérêt constant pour la fonction de surveillants-chefs. Cet intérêt semble le plus souvent suscité par les risques de conflits susceptibles d'émerger de part la proximité de deux champs respectifs de compétence. Il s'agit alors le plus souvent de clarifier les fonctions ou les rôles, d'assigner les surveillants-chefs dans des prérogatives auxquelles ils ont parfois des difficultés à adhérer, mais rarement de s'interroger sur leur représentation de l'infirmier général et les comportements à son égard qui en découlent.

De plus les surveillants-chefs représentent dans l'organisation du service de soins infirmiers, des partenaires incontournables pour l'infirmier général. Ils sont les relais d'une politique de soins ambitieuse et constituent un groupe de professionnel capable d'apporter et d'enrichir une cohérence institutionnelle qui fait parfois défaut au service infirmier. Disposer d'un panorama de leurs représentations sociales, permet d'espérer enrichir ou modifier le sens commun qui accompagne les opinions et les jugements sur cette catégorie de cadres, sortir des clichés maintes fois usités et comprendre leurs attitudes.

Plus largement et pour souligner notre volonté d'étudier les représentations sociales, nous pourrions avancer tout l'intérêt pour notre nouvelle fonction de ce champ conceptuel, issu à la fois de celui de la psychologie et de la sociologie, qui ouvre, nous semble-t-il un nouvel espace de compréhension des comportements et des mécanismes qui les sous-tendent pour une approche différente du management.

Autrement dit, si l'on admet que les représentations sociales sont un élément déterminant du comportement, bien plus important que les caractéristiques objectives d'une situation, qu'en est-il alors de leur rôle au sein des situations d'interactions, d'échanges que les surveillants-chefs entretiennent avec l'infirmier général et comment participent-elles à l'affirmation de la légitimité de l'infirmier général ?

Dans notre travail de mémoire nous tenterons de répondre à cette question et étayerons notre réponse à partir de deux hypothèses :

Les représentations de l'infirmier général, élaborées par les surveillants-chefs, sont un des éléments qui peut favoriser la légitimité de celui-ci au sein du service de soins infirmiers.

Les surveillants-chefs développent des positionnements différents en fonction des représentations de l'infirmier général qu'ils ont élaborées.

Ce travail s'appuiera sur une approche théorique du concept de représentations sociales, nous permettant d'en préciser l'origine, les caractéristiques ainsi que leurs différentes fonctions.

Dans un deuxième chapitre nous présenterons l'enquête que nous avons réalisée auprès de deux groupes de surveillants-chefs, issus de santé mentale, et développerons les résultats et analyses de leurs réponses. Pour autant il ne s'agissait pas de nous intéresser simplement à leur représentation de l'infirmier général et de l'analyser au travers de telle ou telle méthode mais également de pouvoir disposer d'éléments de comparaison avec la représentation issue d'un groupe d'infirmiers généraux afin de noter les divergences et les écarts éventuels.

Nous nous sommes donc attachés à considérer la promotion actuelle d'infirmier généraux en formation à l'École Nationale de la Santé Publique comme échantillon représentatif et cela à fin de leur soumettre un premier questionnaire permettant de mettre en évidence une série de mots, significatifs de la représentation qu'ils ont de leur propre fonction.

La production de mots ainsi réalisée, sera utilisée à la construction d'une échelle d'adhésion, constituant un deuxième questionnaire soumis cette fois-ci aux surveillants-chefs.

Un troisième questionnaire, également soumis aux surveillants-chefs, à partir de questions plus ouvertes, viendra compléter l'analyse de la représentation par une énonciation plus explicite.

Enfin dans un troisième chapitre nous nous attacherons à formuler des propositions susceptibles d'apporter d'une part des éléments de compréhension des comportements et des mécanismes qui les sous-tendent, d'autre part d'améliorer le fonctionnement du service infirmier par une approche différente du management de surveillants-chefs.

3 LE CONCEPT DE REPRESENTATION SOCIALE

3.1 ORIGINE DU CONCEPT : UNE DOUBLE ORIGINE

Apport de la psychologie cognitive

Le concept de représentation, avant d'être appliqué aux phénomènes sociaux, a été appréhendé dans une visée cognitive, afin d'analyser les processus mentaux structurant les perceptions et les jugements des individus. Ce concept se réfère à une imitation mentale intériorisée de la perception, indépendante de la perception immédiate. Plus précisément, il s'agit d'une évocation mentale d'un objet, d'une personne, d'une situation ou d'une idée en l'absence de ce même objet, personne, situation ou idée. Il est question de la reconstitution du réel, d'une reproduction mentale, (re – présenter).

Apport de la sociologie

En 1868, E. Durkheim⁶ introduit et développe la notion de représentation collective voisine de celle de représentation sociale. Il s'agit selon lui " de productions mentales et sociales (sciences, religion, idéologie, vision du monde, mythe ...) qui du point de vue de leur construction, de leurs formes et fonctions, se différencient entre elles et du sens commun."⁷.

Les représentations collectives renvoient à des connaissances stables et transgénérationnelles, partagées par les membres d'une société donnée. Elles sous-entendent un ensemble de normes et conduites à respecter et constituent un système de pression sur les membres d'une communauté.

⁶ Durkheim, E. Représentations individuelles et représentations collectives .1967.

⁷ Durkheim, E. In Jodelet, D. Les représentations sociales. 1994

3.2 EMERGENCE DES REPRESENTATIONS EN PSYCHOLOGIE SOCIALE

Spécificité de la psychologie sociale

Le développement de la psychologie sociale est étroitement lié à l'évolution des contextes socio-économiques de nos sociétés industrialisées. L'émergence et l'étude des thèmes et concepts qu'elle aborde correspondent à des interrogations issues des préoccupations et d'évènements qui ont jalonné le 20^{ème} siècle : révolution industrielle, essor du taylorisme, crises économiques et sociales, guerres mondiales, nouveaux rythmes de travail ...

Si la psychologie clinique s'intéresse au sujet individuel, la psychologie du développement à l'ontogenèse de l'individu, c'est à dire à son développement de la conception jusqu'à la mort, la psychologie sociale s'attache à reconnaître l'homme comme un être social, soumis aux mutations contextuelles et tente de comprendre comment les hommes insérés dans ces systèmes socio-économiques, se construisent et évoluent individuellement par rapport à autrui.

En un siècle d'existence, puisque les premiers travaux datent de la fin du 19^{ème}, la psychologie sociale a tenté d'appréhender les phénomènes d'emprises réciproques qui unissent un individu ou un groupe à la société et a eu à étudier les relations interpersonnelles qui se tissent entre l'individu et les groupes ou au sein des groupes entre eux, dans un contexte social.

- en 1803 Tarde définit le concept d'imitation qui préfigure les travaux sur l'influence sociale
- en 1895 Lebon décrit le phénomène de contagion mentale dans une approche psychologique des hommes en foule
- en 1897 Triplett analyse les effets de la compétition sur une performance individuelle
- en 1908 Mc Dougall étudie la vie sociale à travers les notions d'instinct et de pulsions

Plus récemment, S.Moscovici⁸ considère la psychologie sociale comme la "science du conflit entre l'individu et la société (...) la science des phénomènes de l'idéologie et des phénomènes de communication".

⁸ Moscovici, S. Psychologie sociale "fondamental". 1984

Fisher⁹ la décrit comme " l'étude des phénomènes sociaux définis par la nature toujours problématique des relations qui se jouent entre individus et société...".

Pour Moscovici¹⁰ la psychologie sociale constitue un champ spécifique à part entière car "le caractère original et subversif de son regard est de mettre en question la séparation de l'individuel et du collectif, de contester le partage entre psychique et le social dans les domaines essentiels de la vie humaine". Afin d'éviter tout réductionnisme psychologique ou sociologique, le regard psychosocial doit procéder " à une lecture ternaire des faits et des relations (...) substituer à la relation à deux termes du sujet et de l'objet, héritée de la philosophie classique, une relation à trois termes : Sujet individuel (*ego*) – sujet social (*alter*) – objet ".¹¹

Les représentations en psychologie sociale

Partant du constat de l'insuffisance des deux perspectives précédentes (cognitive et sociologique), Moscovici dans son étude en 1961¹² développe les fondements théoriques du concept des représentations sociales.

Il reproche au cognitivisme d'avoir mis en avant de façon marquée la relation entre le sujet et l'objet en négligeant le caractère social des représentations. Le groupe ne devenant que secondaire dans le processus.

A l'autre extrême, il désapprouve, dans la conception sociologique, l'idée du partage par une société entière des représentations collectives. S'il ne réfute pas l'idée d'une représentation unique dans une culture ou une société, il propose néanmoins de gommer les notions de communauté et d'uniformité pour les remplacer par l'idée d'une diversité des représentations.

Pour Moscovici¹³ " Cette hétérogénéité s'impose compte tenu de la pluralité des catégories sociales qui composent la société dans son ensemble (...) il y a autant de représentations sociales que de groupes sociaux spécifiques. "

⁹ Fisher, G.N. Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale. 1987

¹⁰ Op.Cit.1984

¹¹ Op.Cit.1984

¹² Op,Cit. 1961

¹³ Op.Cit.1986

3.3 LA FORMALISATION DU CONCEPT DE REPRESENTATION SOCIALE

Dans la théorie de Moscovici, l'idée de base est que la représentation sociale constitue une connaissance naïve, c'est à dire différente de la connaissance scientifique, élaborée à partir de modèles populaires culturels et sociaux qui fournissent des cadres de compréhension et d'interprétation de la réalité.

Ainsi en 1961, dans son étude sur la psychanalyse¹⁴, il tente d'analyser l'image que la presse des années 50 donne de la psychanalyse.

Il met en évidence une relation entre d'une part le type de publication (presse communiste, catholique, grande diffusion) soit un type de communication sur la psychanalyse propre à chaque organe (propagande, propagation, diffusion) et d'autre part une représentation de la psychanalyse par le public, véhiculée par l'un de ces trois types de communication.

Cette recherche constitue l'amorce d'une série de travaux menés sur des objets et population divers.

Représentations sociales de l'enfance – Aries – 1962

Représentations sociales de la santé et de la maladie – Herzlich – 1969

Représentations sociales chez les adolescents – Huteau – 1982

Représentations sociales du sida et de sa prévention – Morin – 1994

Définitions

De nombreuses définitions ont jalonné le concept depuis sa genèse en 1961, notamment par :

Herzlich en 1969

Blisle et Schiele en 1984

Abric en 1987

Doise en 1989

Pour Moscovici¹⁵ " La représentation sociale est un système de valeurs, de notions et de pratiques relatives à des objets, des aspects ou des dimensions du milieu social, qui permet non seulement la stabilisation du cadre de vie des individus et des groupes, mais qui constitue également un instrument d'orientation de la perception des situations et d'élaboration des réponses ".

¹⁴ Op.Cit.1961

¹⁵ Op.Cit.1961

Pour Jodelet¹⁶ la représentation sociale est définie comme « un objet mental, une forme de savoir pratique, consistant en une intégration spécifique des informations possédées sur un fait. C'est une base de connaissances, socialement élaborée et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social".

Pour Doise¹⁷ les représentations sociales sont " des principes générateurs de prises de position liées à des insertions spécifiques dans un ensemble de rapports sociaux et organisant les processus symboliques intervenant dans ces rapports ".

Approches du concept de représentation sociale

Tirant son origine au sein de la sociologie Durkheimienne, plus particulièrement autour de la notion de représentations collectives, les représentations sociales ont depuis nourri tout un courant de recherche porté par Moscovici(1961.1976.1984.1991)¹⁸ Herzlich (1969 . 1972)¹⁹ et Jodelet (1984 . 1989 . 1990 . 1991)²⁰ . Caractéristique d'autant plus complexe qu'il se situe au carrefour de plusieurs disciplines comme la sociologie et la psychologie mais également l'anthropologie et l'histoire.

Par représentations sociales Jodelet (1991) entend "des systèmes d'interprétation régissant notre relation au monde et aux autres, qui orientent et organisent les conduites et les communications sociales (...) ces phénomènes cognitifs engagent l'appartenance sociale des individus par l'intériorisation de pratiques et d'expériences, de modèles de conduites et de pensée ".

¹⁶ Jodelet, D. Les représentations sociales.1994

¹⁷ Doise, W. Attitudes et représentations sociales.1989

¹⁸ Moscovici, S. Op.Cit.1961

Psychologie des représentations sociales.1976

The myst of the lonely paradigm .1984

Des représentations collectives aux représentations sociales. 1991

¹⁹ Herzlich, C. Santé et maladie.1969

La représentation sociale.1972

²⁰ Jodelet, D. Représentations sociales : phénomènes, concept et théorie psychologie sociale. 1984

Folies et représentations sociales. 1989

Approches théoriques et méthodologiques des représentations. 1990

Toutefois il s'agit bien d'une forme de connaissance, mais distincte des connaissances scientifiques, désignée généralement comme un « savoir de sens commun » voire même « savoir naïf » qui se retrouve comme élément actif en plein cœur des relations sociales, des processus sociaux rattachés tantôt au développement individuel, tantôt au développement collectif, dans la définition des identités personnelles et sociales.

Les approches de représentations semblent surtout reposer sur la compréhension de deux processus, cognitif et social. C'est à dire un processus de production sociale des représentations. Le premier correspond à la psychologie sociale centrée sur la compréhension du phénomène cognitif. Le second s'inscrit dans l'analyse anthropologique et sociologique du phénomène social que constituent les représentations sociales à l'œuvre dans les divers processus qui structurent le système social. « cette forme de connaissance comprend donc des éléments informatifs, cognitifs, idéologiques, normatifs, croyances, valeurs, attitudes et opinions » (Jodelet.1991). Ces éléments nourrissent la démarche d'investigation scientifique afin de cerner et analyser les représentations sociales d'un objet. Ils forment dans leur interaction, un savoir, un système d'interprétation qui module et oriente le rapport du sujet à soi, à l'Autre, à la société. Un système d'interprétation qui s'inscrit dans une perspective constructiviste, comme un élément constitutif de construction sociale de la réalité.

Pour d'autres, tels que Doise²¹ il importe de distinguer les stéréotypes, les attitudes et les opinions des représentations sociales car ces éléments n'ont pas les mêmes conditions de production. Paicheler²² formule les mêmes réserves et invite à la vigilance afin d'éviter la confusion. On observe en effet que le concept d'attitude occupe une place prépondérante dans les champs d'étude anglo-saxons où l'on tente précisément d'établir un parallèle avec la notion de représentation sociale et celle de représentation cognitive (Jaspars et Fraser . 1984)²³. Ces concepts périphériques sont tantôt considérés comme étant le produit des représentations sociales tantôt comme leurs éléments structurant.

Les représentations sociales. 1991

²¹ Doise, W. Les représentations sociales : un label de qualité. sociales . Connexions, 51.

²² Morvan, J.S et Paicheler. Représentations et handicaps : vers une clarification des concepts et des méthodes. 1990

²³ Jaspars, J et Fraser, C. Attitudes and social representations. 1984

Situées au centre d'un carrefour disciplinaire, les représentations sociales entretiennent également une diversité de conceptions qui se traduit par autant d'approches de ce phénomène social.

De son origine de la sociologie Durkheimienne, le concept de représentation sociale réapparaît au cœur de l'analyse sociale sous l'impulsion de Moscovici (1976). Il soutient une position mixte en cherchant à mettre en rapport les processus relevant tant d'une dynamique sociale que psychique. L'approche centrée sur la compréhension de la dynamique psychique s'articule autour des processus d'élaboration et d'intériorisation des représentations sociales. Cette perspective met en lumière certaines dimensions rattachées à l'identité personnelle, un accent est également placé sur la dimension psychologique, mentale des représentations sociales en faisant ainsi "une construction et une expression du sujet" (Jodelet.1991). Cette caractéristique met en avant dans l'étude des représentations sociales, l'importance selon Jodelet (1991) "... d'intégrer dans l'analyse de ce processus, l'appartenance ou la participation sociale et culturelle du sujet".

Comme le fait remarquer Jodelet(1991) " l'approche sociale des représentations traite d'une matière concrète, directement observable, même si l'organisation latente de ses éléments fait l'objet d'une reconstruction de la part des chercheurs". Sur ce point, la position défendue par Herzlich (1969) dans ses travaux sur la représentation de la maladie et de la santé, participe de la même orientation. La réalité de la maladie et de la santé déborde largement le cadre des savoirs médicaux, le biologique est également social. Dans la perspective développée par Herzlich, les représentations s'inscrivent dans un champ déjà défini et structuré par un ensemble de rapports sociaux qui leur sont intrinsèques, sans oublier également que les pratiques sociales et professionnelles génèrent aussi un ensemble d'éléments agissant en interaction avec l'objet et qui apparaissent comme dimension constitutive des représentations.

Les représentations sociales sont désignées le plus souvent dans la littérature, comme un savoir pratique. Or cette dimension est déterminante dans la mesure où le processus de formation des représentations s'appuie précisément sur les pratiques sociales et professionnelles qui ont cours dans un champ donné. Les représentations, formes de connaissances pratiques qui se construisent à partir de la pratique en interaction constante avec l'objet et qui, dans ce processus, le construisent et le définissent, sont donc des interprétations de la réalité et des phénomènes complexes qui ont un sens pour les acteurs. "Elles forment en

quelques mots le lien entre le sujet et l'objet" (Jodelet. 1990). La dimension de la pratique renvoie donc à une autre notion clé, celle du sens sous toutes ses formes, à son caractère symbolique et d'interprétation.

" Il n'y a pas de représentations sans objet" (Jodelet.1991). Par cette affirmation, Jodelet nous projette directement en plein cœur de ce qui caractérise réellement ce champ d'études sociales. Les représentations sont évidemment une représentation de la réalité, d'un objet, d'individus, de faits de société, de mécanismes politiques ou encore économiques, d'individus qui sont du reste, toujours inscrits dans leurs rapports avec le monde social.

" La représentation sociale est avec son objet dans un rapport de symbolisation, elle tient lieu d'interprétation, elle lui confère des significations" (Jodelet.1991). On comprend donc ainsi mieux toute l'importance et la complexité des représentations sociales au sein des processus de constitution identitaire tant pour l'individu que pour les groupes sociaux.

Dès lors " Façonné à l'aune du double travail de la société et de l'acteur social"²⁴ l'analyste, cherchant à reconstituer, à partir des fragments de l'histoire sociale de ces groupes, cette trame de l'identité, dégage le rôle important joué par les représentations sociales.

les différents courants de recherche

Quatre courants de recherche traversent le concept des représentations sociales et peuvent parfois se recouper au sein des différents travaux.

Un premier courant s'attache à la représentation qu'une population se fait d'un objet, souvent éditée sous forme de monographie, telle l'étude de Moscovici en 1961.

Un autre courant analyse l'influence des représentations sociales sur les conduites des sujets, c'est à dire dans quelle mesure nos comportements découlent de nos représentations, tel que :

JP.Codol : représentation de soi, d'autrui et de la tâche situation²⁵

JC.Abric : L'artisan et l'artisanat²⁶

²⁴ Verges, P. Publication du CTNERHI.

²⁵ Codol, J.P. Représentation de soi, d'autrui et de la tâche dans une situation sociale. 1969.

²⁶ ,Abric, J.C. L'artisan et l'artisanat, analyse du contenu d'une représentation sociale. 1984

D'autres s'intéressent aux représentations sociales d'un point de vue méthodologique et proposent des techniques de mesure qui visent à saisir la structure des représentations.

C.Flament : L'analyse de similitude²⁷

G.Le Bouedec : Contribution à la méthode d'étude des représentations sociales²⁸

Certains chercheurs étudient les conditions de transformation des représentations sociales et les mécanismes qui sous-tendent ces modifications.

D.Jodelet : Les représentations sociales²⁹

JC.Abric : Pratiques sociales et représentations sociales³⁰

Toutefois deux grandes tendances peuvent être repérées au sein de ces courants de recherche.

La première regroupe les travaux qui s'efforcent d'appréhender le nouveau concept, de dégager ses caractéristiques et ses modalités de fonctionnement : Codol en 1969, Farr en 1978, Herzlich en 1972, Doise en 1986, Doise et Palmonari en 1986.

Certains auteurs abordent ce nouveau champ d'étude pour éclaircir ce qu'il peut en être des processus cognitifs intervenant dans l'appréhension et le traitement de la réalité sociale : Abric en 1970, Doise en 1976, Faucheux et Moscovici en 1968, Flament en 1984-1994, Jodelet en 1984-1989.

A l'intérieur de ce groupe des études s'efforcent de rendre compte d'une manière transversale des rapports que les représentations sociales entretiennent avec d'autres disciplines.

R.Kaes en 1989 avec la psychanalyse

D.Sperberg en 1989 avec l'étude des mentalités

M.Gilly en 1989 avec les sciences de l'éducation

²⁷ Flament, C. L'analyse de similitude – une technique pour les recherches sur les représentations sociales. 1981

²⁸ Le Bouedec, G. Contribution à la méthode d'étude des représentations sociales. 1984

²⁹ Jodelet, D. Les représentations sociales. 1989

³⁰ Abric, J.C. Pratiques sociales et représentations sociales. 1994

La deuxième tendance est constituée de monographies analytiques qui cherchent à appréhender le système représentationnel dans son émergence sur la scène sociale en rapport avec des catégories sociales claires comme :

C.Guimelle en 1994 – La fonction d'infirmière

R.Mardellat en 1994 – Les pratiques commerciales et la représentation de l'artisanat

J.Singery en 1986 – Les projets de changements technologiques en entreprise

C.Herzlich en 1986 – Les représentations de la santé et de la maladie

D.Jodelet en 1989 - La folie

M.J.Chombart de Lauwe en 1986 – Les représentations de l'enfance et de l'enfant

P.Salmaso et M.L.Pomberi en 1986 – Le travail

D'autres monographies portent sur des objets ou des phénomènes sociaux particuliers

M.Morin en 1984 – Les représentations du sida et sa prévention chez les jeunes

JP.Digiacommo en 1986 – La contestation

3.4 CARACTERISTIQUES ET FONCTIONS DES REPRESENTATIONS SOCIALES

Les caractéristiques

Abric en 1994 propose un double éclairage³¹.

Cognitif : la représentation est issue de la structuration mentale, par un individu, d'un ensemble d'information. Elle est donc le fait d'un sujet actif. Cette première composante est largement analysée par Abric et Flament³² à travers le modèle original du "noyau central".

Social : Dimension fondamentale puisque le contenu cognitif s'élabore au se transmet dans des conditions et des contextes sociaux spécifiques.

Quelques caractéristiques des représentations sociales

³¹ Abric, J.C. Les représentations sociales : aspects théoriques.1994.

³² Op.Cit 1981

Les représentations sont élaborées et partagées collectivement par des groupes sociaux en fonction de leurs systèmes de référence, croyances. Elles sont le fruit d'interactions sociales. Par cette voie, elles occupent une place centrale dans la communication sociale, par l'utilisation de codes de communication propres aux membres des groupes qui les véhiculent.

A ce titre, elles constituent de véritables éléments d'échanges. Selon Moscovici " leur contenu est à la fois cognitif, signifiant (les images produisent des significations et les significations sont suscitées par les images) et symbolique (ce qui renvoie à la structure imaginaire des individus)"³³.

Les processus d'élaboration des représentations sociales

Les représentations sociales s'appuient pour re-construire le réel sur deux processus fondamentaux.

✓ L'objectivation : C'est le processus par lequel les connaissances relatives à l'objet de la représentation sont organisées, "c'est un mécanisme qui permet aux individus de rendre concret ce qui est abstrait"³⁴.

Moscovici décompose ce processus en trois phases :

◆ *Une sélection* et une décontextualisation des éléments en fonction des critères culturels et normatifs qui permettent aux individus de se les approprier dans leur univers

◆ *Une schématisation* structurante qui vise à former avec les éléments sélectionnés un noyau figuratif de la représentation.

◆ *Une naturalisation* qui est un processus de "transformation des éléments de la pensée en véritables catégories du langage et de l'entendement; catégories sociales propres à ordonner les événements concrets et à en être étoffés par eux"³⁵.

✓ L'ancrage : "Processus d'enracinement social de la représentation et de son objet"³⁶. De nouveaux éléments de connaissance sont intégrés dans les systèmes de pensée plus familiers (typologie d'objets, de personnes, d'évènements). C'est par ce phénomène qu'un même objet donnera lieu à des représentations

³³ Fisher, G.N. Op.Cit.1987

³⁴ Moscovici, S. Op.Cit. 1961.1984.

³⁵ Moscovici, S. Op.Cit. 1984

³⁶,Moscovici, S. Op.Cit.1984

distinctes d'un groupe à l'autre puisqu'il résulte de systèmes de valeurs inhérents à chacun de ces groupes.

Les fonctions des représentations sociales

Abric³⁷ définit quatre fonctions fondamentales.

✓ Fonction de savoir "qui permet aux individus de comprendre et d'expliquer la réalité". Elle permet d'acquérir des connaissances et de les intégrer dans un cadre compréhensible, en cohérence avec leur fonctionnement cognitif et leurs valeurs. Elle facilite la communication sociale," elle manifeste aussi cet effort permanent de l'homme pour comprendre et pour communiquer"(Abric 1994).

✓ Fonction identitaire "qui définit l'identité et permet la sauvegarde de la spécificité des groupes". Elle permet ainsi l'identité sociale et personnelle gratifiante, compatible avec un système de normes et de valeurs socialement déterminées. Cette fonction donne aux représentations une place primordiale dans les processus de comparaison sociale et permet un contrôle social exercé par le groupe sur chacun de ses membres.

✓ Fonction d'orientation " qui guide les comportements et les pratiques". Ce processus résulte de trois facteurs essentiels :

◆ La représentation intervient dans la définition de la finalité de la situation et détermine a priori le type de relation pertinente pour le sujet dans des situations où une tâche doit être effectuée, ainsi que la démarche cognitive à adopter. Abric a ainsi pu démontrer que la représentation de la tâche détermine la démarche cognitive à adopter pour un groupe ainsi que la manière dont il se structure et communique indépendamment de la réalité objective de la tâche.³⁸

◆ La représentation produit un "système d'anticipations et d'attentes" qui se caractérise par une action sur la réalité : sélection et filtrage des informations, interprétations rendant la réalité conforme à la représentation. Ainsi l'existence d'une représentation de la situation préalable à l'interaction elle-même fait que dans la plupart des cas " les jeux sont faits à l'avance, les conclusions sont posées avant même que l'action ne débute"³⁹.

³⁷ Abric, J.C. Op.Cit.1994

³⁸ Abric, J.C. Expérimental study of group créativity. 1971

³⁹ Abric, J.C. Op.Cit.1994

♦ La représentation est prescriptive de comportements ou de pratiques obligés, en ce sens qu'elle définit le licite, le tolérable ou l'inacceptable dans un contexte donné.

✓ Fonction justificatrice " qui permet a posteriori de justifier les prises de position et les comportements. Elle intervient donc également en aval de l'action, permettant d'expliquer et justifier les conduites.

Avigor (1953), Wilson et Kayatani (1968) cités par Doise (1973)⁴⁰ ont pu montrer comment les représentations intergroupes ont pour fonction de justifier les comportements adoptés vis à vis de l'autre groupe. "Ainsi dans la situation de rapports compétitifs, vont être progressivement élaborées des représentations du groupe adverse, visant à lui attribuer des caractéristiques justifiant un comportement hostile à son égard"⁴¹.

3.5 LA THEORIE DU NOYAU CENTRAL

Dès 1927, Heider utilise le terme de noyau unitaire " centre de la texture causale du monde"⁴² lorsqu'il étudie certains phénomènes de perception sociale.

Asch en 1946, renforce cette idée d'organisation centralisée⁴³. Mais c'est Moscovici en 1961⁴⁴ qui avec la notion de noyau figuratif, introduit cette idée dans le champ des représentations sociales. Pour lui la genèse d'une représentation sociale s'effectue par étapes successives. A propos de la psychanalyse, il montre que pour les individus concernés, la première phase consiste à retenir de manière sélective une partie de l'information qui circulent dans la société sur cet objet. Ce processus " d'objectivation" permet de passer de la théorie scientifique à ce que Moscovici appelle " un modèle figuratif ou noyau figuratif".

C'est à dire une schématisation de la théorie psychanalytique s'appuyant sur une sélection de quelques éléments (inconscient, complexes, fantasmes) triés,

⁴⁰ Doise, W. Relations et représentations intergroupes .1973

⁴¹ Abric, J.C. Op.Cit.1994

⁴² Heider,F. Ding und medium. Symposium1, 109. 150. 1927

⁴³ Ash,S.E. Forming impressions of personality. Journal of abnormal and social psychology. 41. 258 - 290

⁴⁴ Moscovici,S. Op.Cit. 1961

sélectionnés et dissociés de leur contexte original afin d'être intégrés au système de normes et de valeurs du groupe considéré, alors que dans le même temps d'autres éléments sont exclus, parce qu'en contradiction avec ce même système de normes (la libido par exemple).

Ce noyau ainsi constitué à la fois simple, concret, cohérent avec la culture et les normes sociales existantes, va prendre pour le groupe considéré, le statut d'évidence, devenir réalité et constituer la base sur laquelle va s'ériger la représentation. C'est ce noyau qui va fournir le cadre d'interprétation et catégoriser les nouvelles informations qui parviendront au groupe, dirigeant ainsi la conduite et donnant sens aux évènements.

Abric s'inspire des analyses de Moscovici mais ne limite pas le noyau à une fonction génétique, il lui attribue un rôle essentiel et l'intègre dans toute représentation constituée. Pour lui c'est la clé de voûte de la représentation, c'est lui qui " donne à la représentation sa signification et sa cohérence"⁴⁵.

Pour Flament " il est composé de quelques éléments qui ont pour caractères communs d'être des notions plus ou moins abstraites fonctionnant comme des principes descriptifs de l'objet de représentation"⁴⁶.

L'idée d'un noyau autour duquel s'organise la représentation sociale est commune à de nombreuses études. Herzlich⁴⁷ étudie la représentation sociale de la santé et de la maladie et montre qu'elle s'organise autour de l'opposition "individu/santé et mode de vie/maladie". Jodelet⁴⁸ décrit la représentation sociale de la maladie mentale dans un milieu rural et montre qu'elle s'organise autour des notions de "maladie du cerveau ". Mugny et Carugati⁴⁹ parlent de "noyau

⁴⁵ Abric, J.C. Jeux, conflits et représentations sociales. Thèse d'Etat .1976

⁴⁶ Flament, C. Structure et dynamique des représentations sociales. représentations sociales.1989

⁴⁷ Herzlich, C. Op.Cit. 1969

⁴⁸ Jodelet, D. Op.Cit. 1989

⁴⁹ Mugny, G et Carugati, F. L'intelligence au pluriel : les représentations sociales de l'intelligence et de son développement.1985

dur" à partir duquel s'organisent les représentations de l'intelligence. Doise⁵⁰ utilise les termes de "principes organisateurs" ou de "méta systèmes"⁵¹.

Pour Abric le noyau central assure deux fonctions essentielles :

✓ Une fonction génératrice, c'est à dire qu'il est l'entité par laquelle se crée et se transforme la signification des autres éléments constitutifs de la représentation.

✓ Une fonction organisatrice, c'est le noyau central qui détermine la nature des liens qui unissent les divers éléments de la représentation.

Tout élément de la représentation est donc dépendant du noyau central. Ce sont les relations générées et entretenues par ces éléments centraux qui forment une structure signifiante. En ce sens, le noyau central est donc l'élément le plus stable et le plus résistant au changement de la représentation, il assure selon Abric " la pérennité dans des contextes mouvants et évolutifs"⁵².

Autour du noyau central s'organisent les *éléments périphériques*. En relation directe avec lui, ils constituent le plus gros du contenu de la représentation, sa partie la plus accessible. " Impliqués" par les éléments du noyau central, les éléments périphériques ne peuvent pas exprimer un caractère essentiel et fondamental de l'objet de représentation. Ils correspondent plutôt à des opinions, des descriptions, des stéréotypes ou des croyances. Toutefois ils jouent un rôle capital puisqu'ils " constituent l'interface entre le noyau central et la situation concrète dans laquelle s'élabore ou fonctionne la représentation "⁵³.

Flament⁵⁴ propose de considérer les éléments périphériques au regard de la théorie des scripts (Schank et Abelson)⁵⁵. C'est à dire un scénario qui fait référence à la prescription des conduites ou des comportements : ce qu'il faut faire ou ne pas faire dans telle ou telle situation. Si l'on considère que les éléments périphériques sont assimilables à des scripts, ils vont donc fournir aux individus un certain nombre de règles qui vont leur permettre de comprendre

⁵⁰ Doise,W. Les représentations sociales : définition d'un concept. Connexions, 45, 2. 1985

⁵¹ Clemence,A, Doise,W et Lorenzi-Cioldi,F. Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales. Sociales.1994

⁵² Abric,J.C.Op.Cit.1994

⁵³ Abric,J.C.Op.Cit.1994

⁵⁴ Flament,C. Pratiques et représentations sociales. théories implicites et conflits cognitifs. 1987

⁵⁵ Schank,R et Albelson,R. Scripts, plans, goals and understanding.1977

l'ensemble des aspects d'une situation, de les prévoir, de les déduire et de tenir à leur propos des discours et des conduites appropriées.

Déterminés et organisés par le noyau central, les éléments périphériques vont "assurer de façon instantanée , le fonctionnement de la représentation comme grille de décryptage d'une situation "⁵⁶.

Abric considère que les éléments périphériques répondent à trois fonctions essentielles ⁵⁷ :

✓Fonction de concrétisation, ce qui permet l'habillage de la représentation en termes concrets, compréhensibles et transmissibles.

« Ils disent le présent et le vécu des sujets ».

✓Fonction de régulation : les éléments périphériques interviennent dans l'adaptation de la représentation aux évolutions du contexte. Cela permet l'intégration dans la périphérie de la représentation, des informations nouvelles, des transformations de l'environnement. Ainsi peuvent être intégrés des éléments susceptibles de remettre en cause les fondements de la représentation en leur donnant un statut mineur, un caractère d'exception, de conditionnalité.

✓Fonction défense : le noyau central résiste au changement, car sa transformation entraînerait un bouleversement complet. Le système périphérique fonctionne dès lors comme un système de défense, il est le "pare-choc " du noyau central. La transformation d'une représentation s'opère dans la plupart des cas par la transformation de ses éléments périphériques et c'est dans ce système périphérique que pourront apparaître et être supportées les contradictions.

Flament⁵⁸ assigne également trois fonctions essentielles aux éléments périphériques qui rejoignent partiellement celles définies par Abric.

✓Ils prescrivent les comportements et les prises de position. Ils permettent au sujet de savoir ce qu'il est normal de faire ou de dire dans une situation donnée, compte tenu de la finalité de celle-ci. Ils guident directement

⁵⁶ Flament,C. Op.Cit.1989

⁵⁷ Abric,J.C. . Op.Cit.1994

⁵⁸ Flament,C. Op.Cit. 1989

l'action des individus sans qu'ils aient besoin de se référer aux significations centrales.

✓ Ils permettent une personnalisation des représentations, ainsi selon le contexte, une même représentation peut donner lieu à d'apparentes différences, mais qui restent compatibles avec le noyau central. Elles correspondent en fait à une variabilité des systèmes périphériques.

✓ Ils protègent le noyau central en cas de nécessité, fonction qui rejoint la fonction de défense développée par Abric.

Dans ce cadre théorique général, les représentations sociales apparaissent donc constituées d'un double système : le système central d'une part et le système périphérique d'autre part. Deux systèmes spécifiques mais néanmoins complémentaires.

Le système central lié aux conditions historiques, sociologiques et idéologiques, associé aux valeurs et aux normes, définit les principes fondamentaux autour desquels s'organisent les représentations. Par sa stabilité, il assure la pérennité et le maintien de celles-ci.

Le système périphérique lié au contexte auquel sont confrontés les individus. Tout en protégeant le noyau central, il permet l'adaptation et l'évolution de la représentation.

Selon Abric, c'est l'existence de ce double système qui explique que les représentations sociales soient caractérisées par des divergences individuelles sensibles à l'égard de l'objet, tout en étant organisées autour d'un noyau central commun. "Les représentations sociales sont à la fois stables et mouvantes, rigides et souples ".⁵⁹

⁵⁹ Abric, J.C. Op.Cit.1994

2^{EME} CHAPITRE

4 LA METHODE D'ENQUETE MISE EN ŒUVRE

Afin de ne pas alourdir, outre mesure, cette partie, nous avons préféré insérer en annexe les différents méthodes de recueil du contenu d'une représentation sociale plutôt que d'y consacrer un chapitre spécifique dans le corps du mémoire. C'est pourquoi nous ne signalerons que de façon succincte les références des méthodes utilisées dans les trois questionnaires. (*voir annexe N°1*)

4.1 CARACTERISTIQUES DES GROUPES DE SURVEILLANTS-CHEFS

Centre Hospitalier en santé mentale - Sud

L'établissement est un centre hospitalier, spécialisé en santé mentale, implanté dans le sud de la France. D'une capacité de 1200 lits et places, il comprend 9 services de psychiatrie adulte, 2 services de psychiatrie infanto-juvénile et un service de psychiatrie médico-légale.

Chaque service de soins, placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, psychiatre chef de service, est en charge d'un secteur de population correspondant à 70 000 habitants pour la psychiatrie adulte et 240 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Hormis les structures d'hospitalisation à temps complet implantées sur le site de l'établissement, chaque secteur dispose également, disséminées sur son aire géodémographique, au plus près des populations, d'unités de consultation, de soins ambulatoires et d'hospitalisation à temps partiel, répondant aux missions spécifiques de la santé mentale. Depuis 2 ans une Maison d'accueil spécialisée (M.A.S) et un Centre d'aide par le travail (C.A.T) sont venus compléter l'organisation hospitalière et ouvrir l'établissement sur le médico-social.

Caractéristiques du groupe de surveillants chefs issus du CHS-Sud

11 surveillants-chefs composent le groupe. 6 hommes et 5 femmes.

La moyenne d'âge est de 48 ans

7 surveillants-chefs ont entre 41 ans et 50 ans (3 femmes et 4 hommes)

4 surveillants-chefs 51 ans et + (2 femmes et 2 hommes)

Dates de nomination dans le grade :

Surveillantes-chefs : 1993 (2) – 1996 (2) – 1999 (1)

Surveillants-chefs : 1995 (1) – 1996 (2) – 1998 (1) – 1999 (1)

Diplômes de base :

5 surveillantes-chefs ont le diplôme d’infirmier de secteur psychiatrique

5 surveillants-chefs ont le diplôme d’infirmier de secteur psychiatrique

1 surveillant-chef a le diplôme d’infirmier en soins généraux

certificats ou diplômes cadre :

4 surveillantes-chefs possèdent le certificat cadre ou le diplôme cadre de santé

4 surveillants-chefs possèdent le certificat cadre

Diplômes universitaires

3 surveillantes-chefs ont un diplôme universitaire : Du(2) licence(2) ou maîtrise(1)

1 surveillant-chef a un DEUG

Centre hospitalier en santé mentale - Nord

L'établissement est un centre hospitalier, spécialisé en santé mentale, implanté dans le Nord de la France. D'une capacité de 700 lits et places, il comprend 6 services de psychiatrie adulte, 1 service de psychiatrie infanto-juvénile.

Chaque service de soins, placé sous la responsabilité d'un praticien hospitalier, psychiatre chef de service, est en charge d'un secteur de population correspondant à 70 000 habitants pour la psychiatrie adulte et 240 000 habitants pour la psychiatrie infanto-juvénile.

Hormis les structures d'hospitalisation à temps complet implantées sur le site de l'établissement, chaque secteur dispose également, disséminées sur son aire géodémographique, au plus près des populations, d'unités de consultation, de soins ambulatoires et d'hospitalisation à temps partiel, répondant aux missions spécifiques de la santé mentale.

L'établissement possède également un pôle gériatrie constitué à partir de la fusion avec l'hôpital local de la commune et d'un pôle médico-social composé d'une Maison d'accueil spécialisée (M.A.S) et d'un Foyer à double tarification et d'un centre d'aide par le travail (C.A.T).

Caractéristiques du groupe de surveillants chefs issus du CHS-Nord

9 surveillants-chefs composent le groupe. 6 hommes et 3 femmes.

La moyenne d'âge est de 48 ans

1 surveillante-chef a 35 ans

4 surveillants-chefs ont entre 41 ans et 50 ans (2 femmes et 2 hommes)

4 surveillants-chefs 51 ans et + (4 hommes)

Dates de nomination dans le grade :

Surveillantes-chefs : 1984 (1) – 1990 (1) – 1997 (1)

Surveillants-chefs : 1992 (3) – 1995 (1) – 1997 (1) – 1999 (1)

Diplômes de base :

3 surveillantes-chefs ont le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique

6 surveillants-chefs ont le diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique

certificat ou diplôme cadre :

3 surveillantes-chefs possèdent le certificat cadre ou le diplôme cadre de santé

4 surveillants-chefs possèdent le certificat cadre

Diplômes universitaires :

2 surveillantes-chefs ont un diplôme universitaire : licence(2) maîtrise(2) ou DESS(1)

1 surveillant-chef a un Diplôme Universitaire

4.2 METHODOLOGIE DES DIFFERENTS QUESTIONNAIRES

4.2.1 Premier questionnaire : énoncés spontanés de mots induits

Il vise à interroger les infirmiers généraux en formation à l'E.N.S.P (promotion 2000) sur leur représentation de leur fonction par la production la plus spontanée possible de mots à partir d'items inducteurs (voir annexe N°2).

Nous l'avons voulu très progressif, une consigne stipule que chaque question ne doit être lue qu'après avoir répondu à la précédente afin d'éviter que les dernières questions n'offrent d'éléments cognitifs pour répondre aux premières. Les réponses doivent être rapides et le questionnaire rendu dans les ¾heures

qui suivent. Sur les 21 questionnaires distribués, tous nous ont été remis dans les temps impartis.

Chaque item inducteur (au nombre de 4) :

Infirmier général

Membre de l'équipe de Direction

Directeur du service de soins infirmiers

Président de la commission du service de soins infirmiers

est significatif de la fonction d'infirmier général et permet de citer 5 mots, représentatifs pour le sujet, faisant penser à l'item inducteur lui-même. Cette requête est donc à mi-chemin entre la technique de l'association libre et celle de la carte associative puisqu'un seul item sert de prétexte à une induction en arborescence.

Les 5 mots doivent être ordonnés en un rang de 1 à 5 (5 cases). Cette requête peut s'apparenter aux méthodes de hiérarchisation des items partant du principe que les mots les plus importants étant ceux cités en premier.

Les mots "infirmier général" sont utilisés comme item inducteur de la première question pour citer 5 mots nouveaux. Si un terme que le sujet a déclaré utiliser pour désigner "infirmier général" correspond au second item inducteur qui est "membre de l'équipe de direction" il devra hiérarchiser ses futures réponses et ainsi de suite jusqu'au dernier item inducteur. On se situe encore ici dans le contexte d'associations libres.

L'ensemble des réponses sont regroupées et seuls sont retenus les mots ayant obtenu un score supérieur ou égal à 2. Ils sont ensuite réunis dans un tableau par ordre d'importance de citation. Ce tableau constituera ainsi les mots du 2^{ème} questionnaire soumis aux surveillants-chefs.

4.2.2 Deuxième questionnaire : émergence de la représentation des surveillants-chefs

Il impliquait que nous ayons dépouillé le premier questionnaire puisqu'il est élaboré à partir des mots les plus souvent cités par les infirmiers généraux à l'évocation de chaque item. (voir annexe N°3)

Notre objectif était le suivant :

A partir des mots les plus souvent cités par les infirmiers généraux à l'évocation des items inducteurs, nous avons proposé aux surveillants-chefs de deux centres hospitaliers en santé mentale, situés respectivement dans le nord et le sud de la France, de classer chacun de ces 46 mots (car pour disposer d'une mesure fiable, il faut que chaque mot puisse être évalué séparément et permettre ainsi que certains puissent être rejetés) à partir d'une échelle d'adhésion allant d'un degré égal à +3 c'est à dire "*ce mot convient parfaitement à l'idée que j'ai de la fonction d'infirmier général*" à un degré d'adhésion du mot égal à -3 c'est à dire "*ce mot ne convient absolument pas à l'idée que j'ai de la fonction d'infirmier général*".

On remarquera que nous avons fourni sur notre questionnaire les degrés de +3,+2,+1,-1,-2,-3, mais pas le degré 0, afin d'éviter l'effet bien connu de "halo" relatif aux échelles impaires. Dans l'incertitude que certains surveillants-chefs se soient alors abstenus de répondre pour certains mots, nous considérerons que cela s'apparente au degré 0.

Nous pourrions ainsi établir d'une part les éléments qui appartiennent à la représentation des surveillants-chefs et séparer de ce groupe ceux qui constituent le noyau central (forte adhésion du groupe) de ceux qui constituent les éléments périphériques (faible adhésion du groupe ou adhésion forte mais que pour une partie du groupe), d'autre part les comparer avec les éléments mis en évidence par le premier questionnaire soumis aux infirmiers généraux.

Cette méthode de hiérarchisation des mots par indice qualifié peut s'apparenter à la méthode de "choix successifs par blocs" pour ce qui est de l'utilisation d'une échelle graduée (sans zéro) mais notre échelle est plus précise et chaque item est évalué séparément.

On obtient donc à l'arrivée un résultat plus fin et l'on peut calculer pour chaque mot un indice d'adhésion plus ou moins fort qui délimitera la frontière entre le noyau "dur" (forte adhésion au terme proposé) et le système périphérique (adhésion moyenne ou forte adhésion mais que pour une partie du groupe).

Dans un premier temps, nous dépouillerons et analyserons séparément les réponses des deux groupes de surveillants-chefs pour ensuite réaliser une analyse croisée.

Pour cela nous avons réalisé pour chaque groupe toute une série de tableaux que nous commenterons.

✓**Tableau n° 1** : récapitulatif des réponses de chaque groupe de surveillants-chefs comprenant :

◆ Le score réalisé à chaque degré de l'échelle obtenu en multipliant le nombre de réponses pour chaque degré par la cotation du degré

(+3,+2,+1,-1,-2,-3)

◆ Le score global de chaque mot par addition des scores de chaque degré

◆ L'indice d'adhésion de chaque mot (score global/nombre de questionnaires distribués)

◆ Le taux d'adhésion de chaque mot (adhésion de chaque mot/adhésion maximale possible)

✓**Tableau n° 2** : mettant en évidence le taux d'adhésion de chaque mot sur le degré le plus élevé de l'échelle (score de chaque mot sur le degré +3/ le score maximal possible) afin de délimiter le noyau central de la représentation des éléments périphériques.

✓**Tableaux n° 3 (A et B)** : mettant en évidence les indices d'adhésion au noyau central et aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.

✓**Tableaux n° 4 (A et B)** : mettant en évidence l'affectation des indices adhésions les plus élevés au noyau central et aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs

A partir de ces tableaux ainsi constitués nous pourrons :

Déterminer les mots qui sont exclus de la représentation des surveillants-chefs, c'est à dire ceux ayant obtenu un taux d'adhésion < 50%.

Pour les mots restants, séparer ceux ayant obtenu un taux d'adhésion supérieur ou égal à 50% du taux maximal réalisable sur le degré +3 de l'échelle de ceux obtenant un taux inférieur à 50% sur ce même degré.

Nous tracerons ainsi la frontière entre le noyau central de la représentation et les éléments périphériques.

Observer la variabilité des indices adhésions et leur affectation en fonction de deux paramètres pris en compte (sexe et age).

4.2.3 Troisième questionnaire : énonciation explicite de la représentation détaillée des surveillants-chefs par un exercice d'imagination

Alors que les deux premiers questionnaires utilisaient essentiellement les leviers méthodologiques des techniques associatives pour identifier le noyau central, notre 3^{ème} questionnaire vise à donner de la chair à la représentation et à compléter les résultats de nos dépouillements précédents. (voir annexe n° 3)

Nous avons donc choisi de produire un questionnaire s'apparentant aux méthodes interrogatives (dont l'objectif est d'établir le contenu des représentations sociales) puisque nous ne possédions pour l'instant qu'un aperçu "fil de fer", une simple carte de mots.

Il s'agit d'appréhender un discours plus riche, plus global, où les affects et les fantasmes, les constructions cognitives originales apparaissent de façon plus explicite. Nous avons donc envisagé un exercice d'imagination où les surveillants-chefs imaginent un infirmier général et en décrivent certaines caractéristiques (qualité, age, sexe ...)

La féminisation importante de la profession infirmière mais également celle de la fonction d'infirmier général aurait pu nous éviter la 1^{er} question, mais ce troisième questionnaire s'adresse à des surveillants-chefs en santé mentale, spécialité qui fut longtemps, a contrario, et reste encore, très masculinisée. Il convenait également d'identifier le niveau d'étude scolaire et professionnelle de l'infirmier général imaginé par les surveillants-chefs qui peut nous semble-t-il être un indicateur d'idéalisation ou de rejet (peu de diplôme universitaire dans l'encadrement en santé mentale et peu de diplôme de cadre). L'âge également peut paraître intéressant, la psychiatrie conservant encore aujourd'hui des procédures de nomination des cadres à l'ancienneté.

Enfin on s'intéressera pour finir aux qualités, défauts et relations de travail de l'infirmier général, celui-ci étant souvent critiqué pour son absence sur le terrain et son éloignement des valeurs et principes de travail des soignants. La

description de sa journée de travail viendra quant à elle nous permettre de faire décrire la nature des fonctions imaginées par les surveillants-chefs.

Nous effectuerons le dépouillement et l'analyse des réponses de chaque groupe comme pour le 2^{ème} questionnaire et intégrerons les éléments mis en évidence dans l'analyse croisée.

Sur les 20 questionnaires (n° 2 et n° 3) adressés aux surveillants-chefs (11 pour le Sud – 9 pour le Nord), tous nous sont revenus avec la totalité des questions renseignées.

4.3 RESULTATS ET ANALYSE DES QUESTIONNAIRES

4.3.1 Résultats et analyse du 1^{er} questionnaire

Il vise à la production la plus spontanée possible de mots à partir d'items inducteurs. 4 items inducteurs ont été proposés au infirmiers généraux en formation :

- *Infirmier général*
- *Membre de l'équipe de Direction*
- *Directeur du service de soins infirmiers*
- *Président de la commission du service de soins infirmiers*

Les consignes pour répondre étaient :

- Les questions sont à découvrir au fur et à mesure
- Ne pas lire l'ensemble du questionnaire d'un seul coup
- Cacher avec une feuille de papier les questions suivantes
- Eviter de s'inspirer des réponses de son voisin

A chaque réponse les infirmiers généraux devaient citer 5 mots qui leur venaient à l'esprit. Le temps de réponse n'a pas excédé 30 minutes, afin d'obtenir le plus de spontanéité possible et éviter les corrections liées à l'utilisation récurrente de certains mots.

Les 21 questionnaires distribués nous ont été remis à la fin de l'exercice.

Résultats (tableau n° 1)

■ Les différents items inducteurs

Pour les 4 items inducteur, le nombre de mots cités (□2 fois) est quasiment le même :

- *Infirmier général* – 18 mots – 62 citations
- *Membre équipe de Direction* – 16 mots – 60 citations
- *Directeur du SSI* – 17 mots – 53 citations
- *Président de la CSSI* – 16 mots – 47 citations

Item inducteur "*Infirmier général*" :

Il représente l'item qui a suscité le plus de mots, lié au fait qu'il soit le premier proposé et ne souffre pas comme les suivants de problèmes de répétition. Les quatre mots constituant une forte adhésion ont été cités à partir de cet item, en particulier le mot " Direction ". Par contre cet item n'a pas provoqué l'évocation de mots qualifiant les attitudes de l'infirmier général (partenariat, réflexion, consensus) mais plutôt un positionnement institutionnel (hiérarchie, chef, autorité, expert).

Item "*Membre de l'équipe de Direction*"

Egalement les quatre mots les plus cités l'ont été à partir de cet item, en particulier le mot "Décision". A la différence du 1^{er} item, les mots se situent plus dans un registre stratégique (Stratège, politique, pouvoir).

Item "*Directeur du SSI*"

Le mot induit principalement par cet item est le mot " Manager ". Les autres mots se répartissent en majorité sur des registres évoquant à la fois une fonction de responsable institutionnel (projet, responsabilité, organisateur) et de coordonnateur (orientation, réflexion, pilotage) avec quelques éléments hiérarchiques et stratégiques (chef, leader, stratège).

Item "*Président de la CSSI*"

Un seul mot fait partie des plus cités, il s'agit de "Projet". Il est à mettre en lien direct avec la fonction de la commission du service de soins infirmiers. Par contre à la différence des autres items, les mots les plus cités évoquent plutôt une fonction d'animation et de réflexion

(participation, animateur, groupe, réflexion , représentation, avis) et caractérisent la fonction de l'infirmier général au sein de la CSSI.

■ Les mots énoncés

Direction

Il représente le mot le plus cité (17/21) avec une prédominance pour l'item infirmier général (12/17). A noter l'absence de citation du mot sur l'item président de la CSSI.

Décision, Manager, Projet

Cités à égalité (13/21) le mot décision est fortement localisé sur l'item membre de l'équipe de Direction (11/13) alors que manager est plus cité sur l'item Directeur du SSI et que projet se répartit équitablement sur les quatre items.

6 mots se situent dans une fourchette de 10/21(*responsabilité, stratège*) à 9/21 citations (*animateur, participation, politique, pouvoir*).

On note que ces mots ne sont pas évoqués à partir de l'item "*infirmier général*", ils se répartissent sur les 3 autres items avec une préférence pour l'item "*membre de l'équipe de Direction*" sauf pour le mot *animateur* qui est évoqué principalement avec l'item "*Président de la CSSI*".

7 mots se situent dans une fourchette de 6/21 (*hiérarchie, soins*) à 5/21 citations (*chef, communication, groupe, infirmier, organisateur*) . On remarque que les mots *soins et infirmier* sont uniquement énoncés à partir de l'item "*infirmier général*" et que le mot *communication*, a contrario, n'apparaît qu'avec l'item "*Président de la CSSI*".

10 mots se situent dans une fourchette de 4/21 à 3/21 citations. Le fait d'être peu cités, les localise le plus souvent sur 1 ou 2 items comme par exemple :

cohésion, orientation, consensus et partenariat à partir de l'item "*Membre de l'équipe de Direction*"

Leader et orientation à partir des items "*Directeur du SSI et Président de la CSSI*"

Référent et service à partir de l'item "*Infirmier général*".

18 mots terminent le tableau avec 2 citations. Ils sont tous compte tenu de leur faible score, localisés sur un seul item.

Au total 50 à 60 mots ont été cités par item inducteur, 46 d'entre eux plus d'une fois à chaque item (≥ 2 fois) représentant un total de 220 citations.

■Analyse des résultats

Pour 4/5 des infirmiers généraux interrogés, l'infirmier général est avant tout un Directeur ou du moins il est responsable d'une Direction (17/21). Le mot *Direction* peut-être toutefois entendu selon plusieurs significations⁶⁰ :

- Orientation vers un point donné
- Ensemble de ceux qui dirigent une entreprise

Après confirmation par les infirmiers généraux eux mêmes, il s'agit bien de la deuxième signification. On ne note donc aucune distinction entre infirmier général et Directeur du service de soins infirmiers, les énoncés spontanés situent directement la fonction dans une position directoriale et cela dès l'évocation du premier item. Paradoxalement le mot *Direction* n'est que peu cité avec les items "*Membre de l'équipe de Direction*" (2/21) et "*Directeur du SSI*" alors qu'ils évoquent plus explicitement une fonction de direction.

Faut-il y voir une attente, un désir ou plus simplement un effet induit par la formation délivrée à l'ENSP, d'autant que 1/3 des infirmiers généraux auront une fonction de Directeur du SSI dès leur première nomination et que presque ¼ ont exercé , avant le concours, les fonctions d'infirmier général sans en posséder le grade.

Pour 3/5 des infirmiers généraux, le mot *décision* caractérise la fonction avec une prédominance sur l'item "*Membre de l'équipe de Direction*" qui indique que le "pouvoir " de décision n'est envisageable q'au sein de l'équipe de Direction.

On retrouve également l'absence de citation du mot sur l'item "*Président de la CSSI*" qui confirme le rôle consultatif et non décisionnel de la CSSI et par extension celui de son président.

⁶⁰ Le petit Larousse 2000

La localisation du mot *manager* sur l'item "*Directeur du SSI*" est quant à elle logique, elle confirme le positionnement institutionnel de l'infirmier général, au sein du service infirmier et situe l'importance de sa fonction.

Le mot *projet* cité à chaque item, vient renforcer les 3 mots précédent et réaffirmer, par son évocation du projet de service de soins infirmiers, la fonction managériale de l'infirmier général.

Les autres mots cités, bien que totalisant des résultats importants, se trouvent néanmoins en deçà de la barre des 50% d'adhésion du groupe. Cela signe une cassure dans la représentation, significative de la frontière entre deux registres. L'un majoritairement partagé par le groupe, l'autre se référant à des opinions plus individuelles. Nous considérerons donc qu'il s'agit là de la limite entre le noyau central de la représentation, composé de 4 mots :

Direction

Décision

Manager

Projet

et les éléments périphériques.

Toutefois certains mots totalisant de faibles scores (2/21) comme : *expert, professionnel, coordonnateur, compétence et patients* sont à mettre en perspective avec d'autres, bénéficiant des scores supérieurs tel que : *stratège, politique, pouvoir, hiérarchie et chef*.

Bien que constituant les éléments périphériques de la représentation et ne pouvant pas à ce titre prétendre être significatif pour l'ensemble du groupe, nous notons néanmoins le peu d'importance accordée à certains mots pourtant caractéristiques des qualificatifs habituellement attribués aux infirmiers généraux, au détriment de certains autres, plus significatifs des fonctions de chef d'entreprise.

De même les mots *soins* (6/21) et *patients* (2/21) peu cités, indiquent qu'ils n'appartiennent pas à la représentation, majoritairement partagée par le groupe, ce qui peut paraître à la fois paradoxal et surprenant pour de futurs infirmiers généraux, voire Directeur du service de soins infirmiers.

Tableau Récapitulatif des mots énoncés par les infirmiers généraux en formation. (3 2 fois)

N°	Mots cités	Question 1	Question 2	Question 3	Question 4	Total	Taux d'adhésion
1	Direction	12	2	3	0	17	80.95%
2	Décision	2	11	0	0	13	61.90%
3	Manageur	3	2	8	0	13	61.90%
4	Projet	3	2	5	3	13	61.90%
5	Responsabilité	0	5	5	0	10	47.62%
6	Stratège	0	6	2	2	10	47.62%
7	Animateur	2	0	0	7	9	42.86%
8	Participation	0	4	0	5	9	42.86%
9	Politique	0	4	5	0	9	42.86%
10	Pouvoir	0	3	4	2	9	42.86%
11	Hiérarchie	3	0	3	0	6	28.57%
12	Soins	6	0	0	0	6	28.57%
13	Chef	3	0	2	0	5	23.81%
14	Communication	0	0	0	5	5	23.81%
15	Groupe	0	3	0	2	5	23.81%
16	Infirmier	5	0	0	0	5	23.81%
17	Organisateur	3	0	2	0	5	23.81%
18	Cohésion	0	4	0	0	4	19.05%
19	Collaborateur	0	4	0	0	4	19.05%
20	Leader	0	0	2	2	4	19.05%
21	Orientation	0	0	2	2	4	19.05%
22	Réflexion	0	0	0	4	4	19.05%
23	Consensus	0	3	0	0	3	14.29%
24	Partenariat	0	3	0	0	3	14.29%
25	Référent	3	0	0	0	3	14.29%
26	Représentation	0	0	0	3	3	14.29%
27	Service	3	0	0	0	3	14.29%
28	Appartenance	0	2	0	2	2	9.52%
29	Autorité	2	0	0	0	2	9.52%
30	Avis	0	0	0	2	2	9.52%
31	Compétence	2	0	0	0	2	9.52%
32	Concepteur	0	0	2	0	2	9.52%
33	Coordonnateur	2	0	0	0	2	9.52%
34	Expert	2	0	0	0	2	9.52%
35	Fédérateur	0	0	0	2	2	9.52%
36	Instance	0	0	0	2	2	9.52%
37	Patients	0	0	2	0	2	9.52%
38	Pilotage	0	0	2	0	2	9.52%
39	Plaisir	2	0	0	0	2	9.52%
40	Savoir	2	0	0	0	2	9.52%
41	Positionnement	0	2	0	0	2	9.52%
42	Professionnel	0	0	0	2	2	9.52%
43	Qualité	2	0	0	0	2	9.52%
44	Structure	0	0	2	0	2	9.52%
45	Validation	0	0	0	2	2	9.52%
46	Visionnaire	0	0	2	0	2	9.52%

4.3.2 Résultats et analyse du 2^{ème} et 3^{ème} questionnaire

C.H.S – SUD .

① **Deuxième questionnaire**

Tableau n° 1– CHS-SUD récapitulatif des réponses des surveillants-chefs sur l'échelle d'adhésion

Sur les 46 proposés, 7 mots sont exclus de la représentation des surveillants-chefs du CHS-SUD car n'obtenant pas un taux d'adhésion supérieur ou égal à 50%. Il s'agit des mots :

Instance (45.45%), Décision (42.42%), Service (33.33%), Plaisir (24.24%), Structure (21.21%), Patients (18.18%), Pouvoir (0%).

39 mots présentant des taux d'adhésion compris entre 51.52% et 90.91% composent donc la représentation.

Tableau n° 2 – CHS-SUD. taux d'adhésion sur le niveau +3 de l'échelle

11 mots obtiennent un taux d'adhésion supérieur ou égal à 50% sur le degré +3 de l'échelle d'adhésion. Il s'agit des mots :

Communication (73%)

Compétence (64%)

Projet (64%)

Professionnel (64%)

Manageur (64%)

Partenariat (55%)

Responsabilité (55%)

Fédérateur (55%)

Stratège (55%)

Qualité (55%)

Savoir (55%)

Ces 11 mots bénéficiant d'une forte adhésion de la part du groupe, nous considérerons qu'ils sont significatifs du noyau central de la représentation.

Les 28 mots restants, n'obtenant qu'une adhésion modérée constituent quant à eux les éléments périphériques.

Tableau n° 1 – CHS-Sud – récapitulatif des réponses sur l'échelle d'adhésion

Mots	+3	+2	+1	-1	-2	-3	scores	Indices adhésion	Taux d'adhésion
Communication	+24	+6					+30	2.73	90.91%
Compétence	+21	+8					+29	2.64	87.88%
Partenariat	+18	+10					+28	2.55	84.85%
Projet	+21	+6	+1				+28	2.55	84.85%
Coordonnateur	+15	+12					+27	2.45	81.82%
Qualité	+18	+8	+1				+27	2.45	81.82%
Animateur	+12	+14					+26	2.36	78.79%
Collaboration	+15	+10	+1				+26	2.36	78.79%
Participation	+15	+10	+1				+26	2.36	78.79%
Professionnel	+21	+2	+3				+26	2.36	78.79%
Représentation	+15	+10	+1				+26	2.36	78.79%
Responsabilité	+18	+6	+2				+26	2.36	78.79%
Savoir	+18	+6	+2				+26	2.36	78.79%
Organisateur	+15	+8	+2				+25	2.27	75.76%
Politique	+12	+12	+1				+25	2.27	75.76%
Fédérateur	+18	+8			-2		+24	2.18	72.73%
Manager	+21	+6				-3	+24	2.18	72.73%
Stratège	+18	+6	+1	-1			+24	2.18	72.73%
Cohésion	+15	+8	+1	-1			+23	2.09	69.70%
Pilotage	+12	+8	+3				+23	2.09	69.70%
Réflexion	+15	+8	+1	-1			+23	2.09	69.70%
Expert	+12	+6	+4				+22	2.00	66.67%
Hiérarchie	+15	+6	+2	-1			+22	2.00	66.67%
Consensus	+9	+8	+4				+21	1.91	63.64%
Leader	+12	+8	+2	-1			+21	1.91	63.64%
Chef	+12	+6	+3	-1			+20	1.82	60.61%
Concepteur	+3	+14	+3				+20	1.82	60.61%
Direction	+15	+6	+2			-3	+20	1.82	60.61%
Orientation	+12	+6	+3	-1			+20	1.82	60.61%
Positionnement	+12	+6	+3	-1			+20	1.82	60.61%
Soins	+15	+6	+2			-3	+20	1.82	60.61%
Visionnaire	+6	+10	+4				+20	1.82	60.61%
Appartenance	+12	+6	+3		-2		+19	1.73	57.58%
Autorité	+9	+8	+3	-1			+19	1.73	57.58%
Avis	+12	+8	+2			-3	+19	1.73	57.58%
Infirmier	+12	+4	+4	-1			+19	1.73	57.58%
Référent	+9	+8	+3	-1			+19	1.73	57.58%
Validation	+6	+8	+5				+19	1.73	57.58%
Groupe	+9	+4	+5	-1			+17	1.55	51.52%
Instance	+6	+10	+2	-1	-2		+15	1.36	45.45%
Décision	+6	+10	+2	-1		-3	+14	1.27	42.42%
Service	+6	+6	+3	-2	-2		+11	1.00	33.33%
Plaisir	+6	+4	+3	-2		-3	+7	0.64	21.21%
Structure	+3	+4	+5	-2		-3	+6	0.55	18.18%
Patients	+6	+4	+3	-1		-6	+6	0.55	18.18%
Pouvoir		+2	+7			-9	0	0.00	0.00%

Tableau n° 2 – CHS-SUD – taux d’adhésion sur le niveau +3 de l’échelle

Mots	Taux d’adhésion
Communication	73%
Compétence	64%
Projet	64%
Professionnel	64%
Manageur	64%
Partenariat	55%
Responsabilité	55%
Fédérateur	55%
Stratège	55%
Qualité	55%
Savoir	55%
Coordonnateur	55%
Collaboration	46%
Participation	46%
Représentation	46%
Organisateur	46%
Cohésion	46%
Réflexion	46%
Hiérarchie	46%
Direction	46%
Soins	46%
Animateur	37%
Politique	37%
Pilotage	37%
Expert	37%
Leader	37%
Chef	37%
Orientation	37%
Positionnement	37%
Appartenance	37%
Avis	37%
Infirmier	37%
Consensus	28%
Autorité	28%
Référent	28%
Groupe	28%
Visionnaire	18%
Validation	18%
Concepteur	10%

Légende

 **Mots constituant le noyau central**

Mots constituant les éléments périphériques

Tableau n° - CHS-SUD. *Indices d'adhésion au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

➤ *En fonction du sexe*

Sur les 11 mots constitutifs du noyau central, 6 mots bénéficient d'un indice d'adhésion nettement supérieur de la part des surveillantes-chefs. Les variations significatives sont comprises entre +0.44 et +1.14.

Il s'agit de :

Fédérateur (+1.14), Stratège (+1.14), Communication (+0.50), Projet (+0.47)

Responsabilité (+0.47) , Professionnel (+0.44)

2 mots bénéficient d'un indice d'adhésion supérieur de la part des surveillants-chefs, compris entre +0.30 et +0.70. Il s'agit de :

Manager (+0.30), Savoir (+0.30)

➤ *En fonction de l'âge*

3 mots bénéficient d'un indice d'adhésion supérieur de la part de la tranche d'âge 41 à 50 ans, il s'agit de :

Fédérateur (+1.62), Stratège (+1.17), Responsabilité (+0.50)

2 mots bénéficient d'un indice d'adhésion supérieur de la part de la tranche d'âge 51 ans et +, il s'agit de :

Savoir (+0.88), Manager (+0.66)

Tableau n°3 A – CHS-SUD – indices d'adhésion au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs

Mots	Sexe		Age	
	H	F	41 à 50	51 et +
Communication	2.50	3.00	2.75	2.66
Compétence	2.66	2.60	2.62	2.66
Projet	2.33	2.80	2.62	2.33
Professionnel	2.16	2.60	2.37	2.33
Manager	2.50	1.80	2.00	2.66
Partenariat	2.50	2.60	2.50	2.66
Responsabilité	2.33	2.80	2.50	2.00
Fédérateur	1.66	2.80	2.62	1.00
Stratège	1.66	2.80	2.50	1.33
Qualité	2.50	2.40	2.37	2.66
Savoir	2.50	2.20	2.12	3.00

Tableau n°3 B – CHS-SUD. Indices d'adhésion aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.

➤ *En fonction du sexe*

Sur les 28 mots constitutifs des éléments périphériques, 13 mots bénéficient d'un indice d'adhésion supérieur de la part des surveillantes-chefs, alors que 2 mots seulement bénéficient d'un indice supérieur de la part des surveillants-chefs, il s'agit de : Autorité (+1) et Consensus (+0.50)

➤ *En fonction de l'âge*

17 mots sur 28 bénéficient d'un indice supérieur de la part de la tranche d'âge 41 à 50 ans alors que 2 mots sont à référer à la tranche d'âge 51 ans et +, il s'agit de :

Avis (+0.67) et Visionnaire (+0.50)

**Tableau n°3 B – CHS-SUD – Indices d'adhésion aux éléments périphériques
En fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs**

Mots	Sexe		Age	
	Homme	Femme	41 à 50 ans	51 ans et +
Coordonnateur	2.16	2.75	2.33	2.33
Collaboration	2.16	2.50	2.16	2.33
Participation	2.33	2.25	2.50	2.00
Représentation	2.00	2.75	2.50	1.66
Organisateur	2.00	2.50	2.33	1.66
Cohésion	1.66	2.50	2.33	1.33
Réflexion	1.66	2.50	2.16	1.33
Hierarchie	2.00	1.75	2.33	1.00
Direction	1.33	2.75	2.16	1.00
Soins	1.16	2.50	2.00	1.00
Animateur	2.33	2.25	2.33	2.33
Politique	2.00	2.75	2.33	2.00
Pilotage	1.83	2.25	2.16	1.33
Expert	1.83	2.00	2.00	2.00
Leader	1.66	2.00	2.16	1.00
Chef	1.66	1.75	2.16	0.66
Orientation	1.33	1.25	2.16	0.66
Positionnement	1.16	2.6	2.14	1.00
Appartenance	1.16	2.50	2.16	0.33
Avis	1.16	2.25	1.33	2.00
Infirmier	1.33	2.20	1.57	1.00
Consensus	2.00	1.50	1.83	1.66
Autorité	2.00	1.00	2.16	0.66
Référent	1.66	1.50	1.83	1.33
Groupe	1.33	1.50	1.33	1.66
Visionnaire	1.50	2.25	1.50	2.00
Validation	1.66	1.50	1.83	1.33
Concepteur	1.50	2.25	1.83	1.66

Tableau n°4 A – CHS-SUD. *Affectation des indices d'adhésions les plus élevés au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

Ce tableau s'appuie sur l'ensemble des éléments retenus dans le tableau N°3A et permet de mettre en évidence une affectation des indices les plus élevés en fonction des deux paramètres (sexe et âge).

On notera la prédominance des adhésions issues des surveillantes chefs et de la tranche d'âge "41 ans à 50 ans" au détriment des surveillants-chefs et de la tranche d'âge "51 ans et +".

Tableau n°4 A – CHS-SUD – Affectation des indices d'adhésions les plus élevées au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs

Mots	Sexe	Age
Communication	F	41 à 50 ans
Compétence	H	51 ans et +
Projet	F	41 à 50 ans
Professionnel	F	41 à 50 ans
Manageur	H	51 ans et +
Partenariat	F	51 ans et +
Responsabilité	F	41 à 50 ans
Fédérateur	F	41 à 50 ans
Stratège	F	41 à 50 ans
Qualité	H	51 ans et +
Savoir	H	51 ans et +

Tableau n°4 B-CHS-SUD. *Affectations des indices d'adhésions les plus élevés aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

Ce tableau s'appuie sur l'ensemble des éléments retenus dans le tableau n °3 B et permet de mettre en évidence une affectation des indices les plus élevés en fonction des deux paramètres (sexe et âge).

On notera également, comme pour le noyau central, la prédominance des adhésions issues des surveillantes chefs et de la tranche d'âge "41 ans à 50 ans" au détriment des surveillants-chefs et de la tranche d'âge "51 ans et +". Toutefois certains mots présentent des affectations identiques quelle que soit la tranche d'âge considérée.

Tableau n°4 B – CHS-SUD– Affectation des indices d’adhésions les plus élevées aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l’âge des surveillants-chefs

Mots	Sexe	Age
Coordonnateur	F	/
Collaboration	F	51 ans et +
Participation	H	41 à 50 ans
Représentation	F	41 à 50 ans
Organisateur	F	41 à 50 ans
Cohésion	F	/
Réflexion	F	41 à 50 ans
Hiérarchie	H	41 à 50 ans
Direction	H	41 à 50 ans
Soins	F	41 à 50 ans
Animateur	H	/
Politique	F	41 à 50 ans
Pilotage	F	41 à 50 ans
Expert	F	/
Leader	F	41 à 50 ans
Chef	F	41 à 50 ans
Orientation	H	41 à 50 ans
Positionnement	F	41 à 50 ans
Appartenance	F	41 à 50 ans
Avis	F	51 ans et +
Infirmier	F	41 à 50 ans
Consensus	H	41 à 50 ans
Autorité	H	41 à 50 ans
Référent	H	41 à 50 ans
Groupe	F	51 ans et +
Visionnaire	F	51 ans et +
Validation	H	41 à 50 ans
Concepteur	F	41 à 50 ans

② *Troisième questionnaire*

Le troisième questionnaire vise à donner de la chair à la représentation et à compléter les résultats de nos dépouillements précédents. Il consistait en un exercice d'imagination, composé de 9 questions destinées à mieux saisir certaines caractéristiques de l'infirmier général, imaginées par les surveillants-chefs.

Question N°1 : S'agit-il d'un homme ou d'une femme ?

Le groupe dans son ensemble n'accorde pas d'importance à cette question, soit en ne répondant pas ou en précisant que cela lui est indifférent. La moitié des surveillants-chefs (3/6) ne répondent pas à la question alors que plus de la moitié des surveillantes-chefs (3/5) déclarent que cela leur est indifférent.

On note une forte proportion de non-réponses, le consensus s'établit sur le peu d'importance que cette question représente dans l'imaginaire du groupe.

Question n° 2 : Quel est son âge ?

Que se soit dans son ensemble ou séparément (homme-femme) le groupe privilégie la tranche d'âge "41 à 45 ans". Cela signifie que le groupe considère qu'il faut plus de 20 ans pour accéder à la fonction d'infirmier général (entrée en I.F.S.I à 20 ans).C'est, semble-t-il, l'expérience et la maturité professionnelle qui est mis en exergue sans toutefois imaginer que l'accès à la fonction soit l'aboutissement d'une carrière, puisque la tranche d'âge "46 à 50 ans" n'est pas massivement envisagée. De même la tranche "31 à 41 ans" pourtant possible n'est pas retenu, exprimant ainsi une certaine opposition à des carrières professionnelles trop rapides.

Question n° 3 : Quel est son niveau d'étude

Les $\frac{3}{4}$ du groupe considère le baccalauréat comme suffisant alors que pour les autres un diplôme universitaire serait nécessaire.

Les surveillants-chefs se limitent presque tous (5/6) au baccalauréat. Quant aux surveillantes-chefs (3/5) privilégient les diplômes universitaires.

Ce choix peut s'expliquer par le fait que dans ce groupe plus de la moitié des surveillantes-chefs (3/5) possèdent un diplôme universitaire, ce qui n'est pas le cas des surveillants-chefs.

Question n°4 : Quels sont ses diplômes professionnels

Deux surveillants-chefs (1 homme et 1 femme) estiment qu'il n'est pas nécessaire de posséder un diplôme d'infirmier pour accéder à la fonction d'infirmier général. Ces réponses sont à relativiser et peuvent être le fruit d'un moment d'inattention dans le déroulement du questionnaire néanmoins nous avons souhaité les mentionner car elle peuvent également s'inscrire dans le débat qui occupe aujourd'hui l'accès à la fonction d'infirmier général.

Le certificat cadre est considéré comme nécessaire par la quasi-totalité du groupe (10/11) alors que 8 surveillants-chefs sur 11 le possèdent.

Par contre, la formation à l'E.N.S.P, même si elle ne délivre pas de diplôme, n'est pas envisagée comme nécessaire pour la majorité du groupe puisque uniquement 2 surveillants-chefs l'évoquent dans leurs réponses.

Question n° 5 : Quelles sont ses principales qualités ?

Les réponses se classent au sein de plusieurs registres. Relationnel tout d'abord qui insiste sur les qualités humaines de l'infirmier général. Nous isolerons volontairement quelques mots qui nous paraissent porteur de sens et significatif de l'imaginaire des surveillants-chefs et renvoyer à une éthique professionnelle.

Il s'agit des mots suivant :

Fiable, Humble, Equitable, Honnête

Mais également des mots caractérisant une attitude :

Ouverture d'esprit, Ecoute, Patience, Disponibilité, Diplomate, Responsable

Ensuite un registre évocateur d'une maîtrise et d'un savoir faire où les mots : fédérateur, organisateur, méthodique, manager, caractérisent la fonction, doublée d'éléments évoquant le stratégique : Anticipateur, visionnaire, politique, prospectif.

Enfin un registre professionnel rappelant l'importance de l'expertise en soins, de la connaissance du terrain et de l'appartenance au monde soignant.

Question n° 6 : Quels sont ses principaux défauts

Les principaux défauts viennent bien sur en opposition aux qualités évoquées à la précédente question.

Ils signent le rejet de toute forme d'individualisme et d'autoritarisme.

Enfin tout en relativisant ces réponses du fait qu'elles émanent chacune d'un seul questionnaire, pour un surveillant-chef l'infirmier général ne devrait en principe ne pas avoir de défaut ce qui laisse perplexe sur les capacités d'idéalisation de

certaines cadres supérieurs alors que pour un autre c'est son appartenance à l'équipe de Direction qui représente son principal défaut.

Questions n° 7 : Avec qui travaille-t-il (elle) le plus souvent ?

Question n° 8 : Avec qui travaille-t-il (elle) le moins souvent ?

Les réponses obtenues par un exercice d'imagination sont identiques aux propos tenus par les surveillants-chefs dans la réalité du quotidien, lorsqu'ils évoquent l'infirmier général.

Le corps médical et les équipes soignantes en particulier les infirmiers sont absents de la sphère relationnelle de l'infirmier général. La Direction et les cadres sont quant à eux prépondérants.

L'idéal projeté correspond à la réalité à ce détail près que cette réalité est souvent sujette à de nombreuses critiques de la part des surveillants-chefs eux-mêmes.

Question n° 9 : En quoi consiste son emploi du temps ? Décrivez sommairement sa journée de travail classique.

On retrouve dans les réponses à cette question, la confirmation des éléments des questions précédentes. L'imaginaire est pauvre et le descriptif d'une journée ressemble au quotidien de tout infirmier général. Rencontres, réunions et instances ponctuent le planning.

La Direction, les cadres, les services de soins et médicaux (distinction faite dans les réponses) sont les principaux interlocuteurs. Organisation, réflexion et stratégie qualifient les préoccupations de l'infirmier général qui consacre néanmoins un peu de son temps à sa propre formation et à l'actualisation de ses connaissances.

③ Synthèse des résultats

La représentation de l'infirmier général, élaborée par les surveillants-chefs s'articule autour d'un noyau central privilégiant des qualités relationnelles, professionnelles et stratégiques au détriment d'éléments hiérarchiques et directoriaux.

L'infirmier général est tout d'abord un professionnel et un manager. Chef de projet, alliant responsabilisation et communication, il travaille en partenariat avec les surveillants-chefs et fédère les savoirs et les compétences au service de la qualité des soins infirmiers.

Fidèle à une éthique professionnelle, honnête et équitable, ouvert et disponible il est à l'écoute des préoccupations de l'encadrement.

Il sait anticiper le quotidien, se projeter dans l'avenir et s'avère être un stratège efficace .Son expertise des soins infirmiers et sa connaissance du terrain caractérise sa fonction.

Agé(e) de 41 à 45 ans, il est titulaire du baccalauréat ainsi que d'un diplôme universitaire (licence ou maîtrise) en rapport avec le monde hospitalier.

Il possède le diplôme infirmier de base (soins généraux ou psychiatrique) ainsi que le certificat de cadre infirmier (ou cadre de santé). Par contre il n'a pas obligatoirement suivi la formation dispensée par l'E.N.S.P.

Ses principaux interlocuteurs au sein de l'établissement sont la Direction et les surveillants-chefs par contre il entretient peu de relations avec le corps médical et le personnel soignant des services de soins.

Ses journées sont ponctuées par les réunions, groupes de travail et instances auxquels il participe. Réflexion, organisation et stratégie constituent son quotidien.

Tableaux récapitulatifs des réponses au 3^{ème} questionnaire

	sexe				age			Niveau scolaire		Diplômes professionnels		
	H	F	IND	NSP	31/40	41/45	45/60	Bac	Université	DE	CCI	ENSP
Groupe	2	1	4	4	2	8	1	8	4	9	10	2
Homme	2		1	3	1	5		6	1	5	5	2
Femme		1	3	1	1	3	1	2	3	4	5	

Ind : indifférent - **NSP** : ne se prononce pas

Qualités de l'infirmier général

Relationnel	Maîtrise	Stratégique	Professionnel
Ouverture d'esprit	Rigoriste	Anticipoateur	Compétent
A l'écoute	Méthodique	Visionnaire	Expert en soins infirmiers
Disponible	Fédérateur	Politique	Connaissance du terrain
Fiable	Organisateur	Prospectif	
Patient	Animateur		
Humble	Diplomate		
Equitable	Pertinent		
Honnête	Manageur		
Consensuel	Facilitateur		
Dynamique	Négociateur		
Responsable	Savoir déléguer		
Intelligent			

Défauts de l'infirmier général (ne doit pas en avoir – membre de l'équipe de Direction)

Relationnel	Maîtrise	Stratégique	Professionnel
Rigide	Eparpillé	Sans ambition	Ignorance du terrain
Entêté	Superficiel	Sans concertation	Uniquement un discours
Borné	Isolé	Exécutant	Ne communique pas
Ne pas écouter	Vouloir tout maîtriser	Sans personnalité affirmée	Ne délègue pas
Autoritaire	Stressé		
Obsessionnel			
Dans l'injonction			
Perfectionniste			

Avec qui l'infirmier général travaille-t-il le plus et le moins ?

Travaille le plus		Travaille le moins	
Direction	11	Equipes soignantes	5
Cadres infirmiers sup.	10	Infirmiers	3
Médecin /chef de service	2	Médecin /chef de service	2
Services Eco, Tech	2	Services Eco, Tech	2
DRH	1	Culte	1

C.H.S – NORD .

① Deuxième questionnaire

Tableau n° 1– CHS-NORD récapitulatif des réponses des surveillants-chefs sur l'échelle d'adhésion

Sur les 46 proposés, 2 mots sont exclus de la représentation des surveillants-chefs du CHS-Nord car n'obtenant pas un taux d'adhésion supérieur ou égal à 50%. Il s'agit des mots :

Patients (48.15%)

Plaisir (7.41%)

44 mots présentant des taux d'adhésion compris entre 55.56% et 96.30% composent donc la représentation.

Tableau n° 2 – CHS-NORD. taux d'adhésion sur le niveau +3 de l'échelle

18 mots obtiennent un taux d'adhésion supérieur ou égal à 50% sur le degré +3 de l'échelle d'adhésion. Il s'agit des mots :

Direction (73%) - Projet (73%) - Compétence (73%)

Stratège (64%) - Fédérateur (64%) - Leader (64%) - Pilotage (64%)

Responsabilité (64%) - Coordonnateur (64%) - Décision (64%) - Réflexion (64%)

Concepteur (54%) - Organisateur (54%) - Professionnel (54%) - Cohésion (54%)

Communication (54%) - Qualité (54%) - Manager (54%)

Ces 18 mots bénéficiant d'une forte adhésion de la part du groupe, nous considérerons qu'ils sont significatifs du noyau central de la représentation.

Les 26 mots restant, n'obtenant qu'une adhésion modérée constituent quant à eux les éléments périphériques.

Tableau n° 1 – CHS-NORD – récapitulatif des réponses sur l'échelle d'adhésion

Mots	+3	+2	+1	-1	-2	-3	scores	Indices adhésion	Taux d'adhésion
Direction	+24	+2					+26	2.89	96.30%
Projet	+24	+2					+26	2.89	96.30%
Compétence	+24		+1				+25	2.78	92.59%
Coordonnateur	+21	+4					+25	2.78	92.59%
Fédérateur	+21	+4					+25	2.78	92.59%
Leader	+21	+4					+25	2.78	92.59%
Pilotage	+21	+4					+25	2.78	92.59%
Responsabilité	+21	+4					+25	2.78	92.59%
Stratège	+24		+1				+25	2.78	92.59%
Concepteur	+18	+6					+24	2.67	88.89%
Décision	+21	+2	+1				+24	2.67	88.89%
Organisateur	+18	+6					+24	2.67	88.89%
Professionnel	+18	+6					+24	2.67	88.89%
Réflexion	+21	+2	+1				+24	2.67	88.89%
Animateur	+15	+8					+23	2.56	85.19%
Autorité	+15	+8					+23	2.56	85.19%
Cohésion	+18	+4	+1				+23	2.56	85.19%
Communication	+18	+4	+1				+23	2.56	85.19%
Politique	+15	+8					+23	2.56	85.19%
Qualité	+18	+4	+1				+23	2.56	85.19%
Avis	+12	+10					+22	2.44	81.48%
Manageur	+18	+4					+22	2.44	81.48%
Représentation	+12	+10					+22	2.44	81.48%
Savoir	+15	+6	+1				+22	2.44	81.48%
Validation	+12	+1					+22	2.44	81.48%
Appartenance	+9	+12					+21	2.33	77.78%
Chef	+12	+8	+1				+21	2.33	77.78%
Collaboration	+12	+8	+1				+21	2.33	77.78%
Expert	+15	+4	+2				+21	2.33	77.78%
Partenariat	+12	+8	+1				+21	2.33	77.78%
Participation	+12	+8	+1				+21	2.33	77.78%
Consensus	+12	+6	+2				+20	2.22	74.07%
Visionnaire	+12	+8					+20	2.22	74.07%
Instance	+9	+10					+19	2.11	70.37%
Orientation	+15	+4	+1	-1			+19	2.11	70.37%
Référent	+15	+4	+1	-1			+19	2.11	70.37%
Soins	+15	+4	+1	-1			+19	2.11	70.37%
Hiérarchie	+6	+12					+18	2.00	66.67%
Positionnement	+9	+6	+3				+18	2.00	66.67%
Structure	+6	+10	+2				+18	2.00	66.67%
Groupe	+9	+4	+4				+17	1.89	62.96%
Service	+9	+6	+2	-1			+16	1.78	59.26%
Infirmier	+9	+4	+3	-1			+15	1.67	55.56%
Pouvoir	+6	+6	+3				+15	1.67	55.56%
Patients	+12	+2	+2	-1	-2		+13	1.44	48.15%
Plaisir	+3	+6	+1	-2		-6	+2	0.22	7.41%

Tableau n° 2 – CHS-NORD – taux d'adhésion sur le niveau +3 de l'échelle

Mots	Taux d'adhésion
Direction	73%
Projet	73%
Compétence	73%
Stratège	64%
Fédérateur	64%
Leader	64%
Pilotage	64%
Responsabilité	64%
Coordonnateur	64%
Décision	64%
Réflexion	64%
Concepteur	54%
Organisateur	54%
Professionnel	54%
Cohésion	54%
Communication	54%
Qualité	54%
Manageur	54%
Animateur	45%
Autorité	45%
Politique	45%
Savoir	45%
Expert	45%
Orientation	45%
Référent	45%
Soins	45%
Avis	36%
Représentation	36%
Validation	36%
Chef	36%
Collaboration	36%
Partenariat	36%
Participation	36%
Consensus	36%
Visionnaire	36%
Appartenance	27%
Instance	27%
Positionnement	27%
Groupe	27%
Service	27%
Infirmier	27%
Structure	18%
Pouvoir	18%
Hiérarchie	18%

Légende



Mots constituant le noyau central



Mots constituant les éléments périphériques

Tableau n°3 A - CHS-NORD. *Indices d'adhésion au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

➤ *En fonction du sexe*

Sur les 18 mots constitutifs du noyau central, 5 mots bénéficient d'un indice d'adhésion nettement supérieur de la part des surveillantes-chefs. Les variations significatives sont comprises entre +0.50 et +0.67. Il s'agit de :

Qualité (+0.67), Décision (+0.50), Réflexion (+0.50), Concepteur (+0.50)

Aucun mot ne bénéficie d'un indice d'adhésion supérieur significatif de la part des surveillants-chefs

➤ *En fonction de l'âge*

Aucun mot ne bénéficie d'un indice d'adhésion supérieur significatif de la part d'une tranche d'âge particulière.

En effet, les indices des surveillantes-chefs âgées majoritairement de 41 à 50 ans, qui dans le tableau précédent étaient nettement supérieurs pour plusieurs mots sont ici pondérés par ceux de deux surveillants-chefs qui rentrent dans la même tranche d'âge.

On note toutefois comme pour le CHS-SUD que les indices d'adhésion les plus élevés au noyau central sont également pour le CHS-NORD l'apanage des surveillantes-chefs.

Tableau n°3 B – CHS-NORD. *Indices d'adhésion aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

➤ *En fonction du sexe*

Sur les 26 mots constitutifs des éléments périphériques, 10 mots bénéficient d'un indice d'adhésion supérieur ($\geq +0.50$) de la part des surveillantes-chefs, alors que 1 mot seulement bénéficie d'un indice supérieur de la part des surveillants-chefs, il s'agit de : Expert (+0.50)

➤ *En fonction de l'âge*

15 mots sur 26 bénéficient d'un indice supérieur de la part de la tranche d'âge 51 ans et + alors que 2 mots sont à référer à la tranche d'âge 41 à 50 ans il s'agit de :

Hiérarchie (+1) - Pouvoir (+0.5)

Comme pour le tableau précédent, les indices des surveillantes-chefs âgées majoritairement de 41 à 50 ans, qui étaient nettement supérieurs sont ici pondérés par ceux de deux surveillants-chefs qui rentrent dans la même tranche d'âge.

Tableau n° 3 A – CHS-NORD : indices d’adhésion au noyau central en fonction du sexe et de l’âge des surveillants-chefs

Mots	Sexe		Age	
	Homme	Femme	41 à 50 ans	51 ans et +
Direction	2.83	3.00	2.80	3.00
Projet	2.83	3.00	2.80	3.00
Compétence	2.66	3.00	2.60	3.00
Stratège	2.66	3.00	2.60	3.00
Fédérateur	2.83	2.66	2.80	2.75
Leader	2.66	3.00	2.80	2.75
Pilotage	2.66	3.00	2.80	2.75
Responsabilité	2.66	3.00	2.80	2.75
Coordonnateur	2.66	3.00	2.80	2.75
Décision	2.50	3.00	2.60	2.75
Réflexion	2.50	3.00	2.60	2.75
Concepteur	2.50	3.00	2.60	2.75
Organisateur	2.66	2.66	2.60	2.75
Professionnel	2.66	2.66	2.60	2.75
Cohésion	2.50	2.66	2.40	2.75
Communication	2.33	3.00	2.40	2.75
Qualité	2.33	3.00	2.60	2.75
Manageur	2.66	3.00	2.80	2.75

Tableau n°3 B -CHS-NORD – Indices d’adhésion aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l’âge des surveillants-chefs

Mots	Homme	Femme	41 à 50 ans	51 ans et +
Animateur	2.66	2.33	2.50	2.50
Autorité	2.66	2.33	2.25	2.75
Politique	2.50	2.66	2.50	2.50
Avis	2.50	2.33	2.00	2.75
Représentation	2.50	2.33	2.25	2.50
Savoir	2.33	2.66	2.00	2.75
Validation	2.33	2.66	2.25	2.50
Appartenance	2.33	2.33	2.00	2.50
Chef	2.33	2.33	2.25	2.50
Collaboration	2.50	2.00	1.50	3.00
Partenariat	2.33	2.33	2.00	2.50
Consensus	2.00	2.66	2.00	2.25
Visionnaire	1.83	2.66	1.50	2.50
Instance	1.66	2.66	2.25	1.50
Orientation	1.83	2.66	1.50	2.50
Référent	2.16	2.00	1.25	2.75
Soins	1.66	2.66	1.50	2.50
Hiérarchie	1.66	2.33	2.25	1.25
Positionnement	1.66	2.66	1.75	2.00
Structure	1.83	2.33	1.75	2.00
Groupe	1.83	2.00	1.25	2.25
Service	1.50	2.33	1.00	2.25
Infirmier	1.66	1.66	0.75	2.25
Pouvoir	1.16	2.66	1.75	1.25
Participation	2.33	2.33	2.00	2.50
Expert	2.50	2.00	1.50	3.00

Tableau n°4 A – CHS-NORD. *Affectation des indices d'adhésions les plus élevés au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

Ce tableau s'appuie sur l'ensemble des éléments retenus dans le tableau n° 3 A et permet de mettre en évidence une affectation des indices les plus élevés en fonction des deux paramètres (sexe et âge).

On notera la prédominance des adhésions issues des surveillantes chefs et de la tranche d'âge 51 ans et + occupée uniquement par des surveillants-chefs au détriment de ceux, âgés de 41 à 50 ans.

Tableau n°4 A -CHS-NORD *Affectation des indices d'adhésions les plus élevées au noyau central en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs*

Mots	Sexe	Age
Direction	F	51 ans et +
Projet	F	51 ans et +
Compétence	F	51 ans et +
Stratège	F	51 ans et +
Fédérateur	H	41 à 50 ans
Leader	H	41 à 50 ans
Pilotage	F	41 à 50 ans
Responsabilité	F	41 à 50 ans
Coordonnateur	F	41 à 50 ans
Décision	F	51 ans et +
Réflexion	F	51 ans et +
Concepteur	F	51 ans et +
Organisateur	/	51 ans et +
Professionnel	/	51 ans et +
Cohésion	F	51 ans et +
Communication	F	51 ans et +
Qualité	F	41 à 50 ans
Manager	F	41 à 50 ans

Tableau n°4 B - CHS-NORD. *Affectations des indices d'adhésions les plus élevés aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs.*

Ce tableau s'appuie sur l'ensemble des éléments retenus dans le tableau n°3 B et permet de mettre en évidence une affectation des indices les plus élevés en fonction des deux paramètres (sexe et âge).

On notera également, comme pour le noyau central, la prédominance des adhésions issues des surveillantes chefs au détriment des surveillants-chefs âgés de 41 ans à 50 ans et celles des surveillants-chefs âgés de 50 ans et + ;. Toutefois certains mots présentent des affectations identiques quel que soit le sexe ou bien l'âge considéré.

Tableau n°4 B – CHS-NORD Affectation des indices d'adhésions les plus élevées aux éléments périphériques en fonction du sexe et de l'âge des surveillants-chefs

Mots	Sexe	Age
Animateur	H	/
Autorité	H	51 ans et +
Politique	F	/
Avis	H	51 ans et +
Représentation	H	51 ans et +
Savoir	F	51 ans et +
Validation	F	51 ans et +
Appartenance	/	51 ans et +
Chef	/	51 ans et +
Collaboration	F	51 ans et +
Partenariat	/	51 ans et +
Consensus	F	51 ans et +
Visionnaire	F	51 ans et +
Instance	F	51 ans et +
Orientation	F	51 ans et +
Référent	H	51 ans et +
Soins	F	51 ans et +
Hiérarchie	F	41 à 50 ans
Positionnement	F	51 ans et +
Structure	F	51 ans et +
Groupe	F	51 ans et +
Service	H	51 ans et +
Infirmier	/	51 ans et +
Pouvoir	F	41 à 50 ans
Participation	/	51 ans et +
Expert	H	51 ans et +

② Troisième questionnaire

Le troisième questionnaire vise à donner de la chair à la représentation et à compléter les résultats de nos dépouillements précédents. Il consistait en un exercice d'imagination, composé de 8 questions destinées à mieux saisir certaines caractéristiques de l'infirmier général, imaginées par les surveillants-chefs.

Question n° 1 : S'agit-il d'un homme ou d'une femme ?

Le groupe accorde une importance relative à cette question. 4 surveillants-chefs estiment que l'infirmier général doit être un homme alors que 5 autres ne se prononce pas ou sont indifférents à cette question.

Néanmoins le choix en faveur d'un homme est clairement indiqué par les surveillant-chefs (4/5).

Question n° 2 : Quel est son âge ?

Le groupe ne privilégie aucune tranche d'âge (1/3 pour chacune), par contre les surveillantes-chefs se prononcent pour plus de la moitié, dans la tranche "31 à 40 ans " alors que les surveillants-chefs préfèrent en premier la tranche "46 à 50 ans" et celle de "41 à 45 ans".

On constate donc que les surveillantes-chefs envisagent, sans pour autant négliger l'expérience professionnelle, l'accès au grade d'infirmier général assez tôt dans la carrière (- de 20 ans) alors que les surveillants-chefs semblent considérer la fonction comme l'aboutissement d'une carrière ou du moins après un cursus professionnel de plus de 20 ans (41-45) voire de plus de 30 ans (46-50).

Question n° 3 : Quel est son niveau d'étude ?

Le niveau universitaire est nécessaire pour 7 surveillants-chefs alors que pour deux d'entre eux, le baccalauréat est suffisant et pour un seul uniquement des études secondaires.

Question n° 4 : Quels sont ses diplômes professionnels ?

Un seul surveillant-chef estime que le diplôme d'infirmier n'est pas nécessaire. Par contre l'intérêt du diplôme cadre fait l'unanimité alors que la formation à l'E.N.S.P n'est retenue que par 4 surveillants-chefs.

Question n° 5 : Quelles sont ses principales qualités ?

Le registre relationnel insiste à la fois sur des qualités humaines mais également sur une personnalité affirmée.

Le registre de la maîtrise évoque des capacités à dynamiser et à animer.

Le registre stratégique, bien que peu fourni, met l'accent sur l'anticipation et la vision du futur.

Enfin, le registre professionnel, également réduit, reprend les thématiques d'expertise, de compétence en y ajoutant la notion de "fierté" d'appartenir à la profession d'infirmier.

Question n° 6 : Quels sont ses principaux défauts ?

Au sein des mêmes registres, on constate que "pugnace" (combatif) s'oppose à "tenace" (attaché à ses idées, ses décisions), qu'ambitieux peut à la fois être une qualité comme un défaut et que l'isolement et la distance avec le terrain reste une constante.

A signaler que comme pour le CHS-SUD, un surveillant-chef signale que l'infirmier général ne devrait pas avoir de défauts.

Questions n° 7 : Avec qui travaille-t-il (elle) le plus souvent ?

Question n° 8 : Avec qui travaille-t-il (elle) le moins souvent ?

On retrouve quasiment les mêmes réponses que pour le CHS-SUD, identique aux discours réels. Le corps médical et les soignants sont absents de la sphère relationnelle de l'infirmier général. La Direction et l'encadrement omniprésents. Ici encore l'idéal projeté correspond à la réalité observée malgré les nombreuses critiques qui lui sont faites.

Question n° 9 : En quoi consiste son emploi du temps? Décrivez sommairement sa journée de travail classique.

On retrouve également dans les réponses à cette question, la confirmation des éléments des questions précédentes. L'imaginaire est pauvre et le descriptif d'une journée ressemble au quotidien de tout infirmier général. Rencontres, réunions et instances. La Direction, les cadres, les services de soins sont les principaux interlocuteurs. Organisation, réflexion et stratégie qualifient les préoccupations de l'infirmier général qui pour ce groupe semble ne consacrer que peu de temps à sa propre formation et à l'actualisation de ses connaissances.

③ Synthèse des résultats

La représentation de l'infirmier général, élaborée par les surveillants-chefs du CHS-Nord s'articule autour d'un noyau central important (18 mots) privilégiant des qualités stratégiques et managériales sous-tendues par une forte appartenance à l'équipe de Direction. L'idéalisation est prégnante au détriment d'éléments relationnels et professionnels.

L'infirmier général est un Directeur, un décideur et un manager. Chef de projet, il réfléchit, conçoit, organise, coordonne et pilote. Stratège alliant compétence et cohésion, il fédère les professionnels autour de soins infirmiers de qualité.

Il pourrait être un homme, âgé de 30 à 50 ans, infirmier de profession, cadré et universitaire mais sans avoir pour autant suivi la formation à l'E.N.S.P.

Humain et équitable, il est également tenace et sait faire preuve d'autorité. Fier de sa profession, Capable d'anticipation, visionnaire, son expertise des soins, ses capacités d'organisateur et d'animateur caractérisent sa fonction.

Ses principaux interlocuteurs au sein de l'établissement sont la Direction et les surveillants-chefs par contre il entretient peu de relations avec le corps médical et le personnel soignant des services de soins.

Ses journées sont ponctuées par les réunions, groupes de travail et instances auxquels il participe. Réflexion, organisation et stratégie constituent son quotidien.

Tableaux récapitulatifs des réponses au 3^{ème} questionnaire

	sexe				age			Niveau scolaire			Diplômes professionnels		
	H	F	IND	NSP	31/40	41/45	45/60	Second	Bac	Université	DE	CCI	ENSP
Groupe	4		2	3	3	3	3	1	2	7	8	9	4
Homme	4		1	1	1	2	3	1	1	5	5	6	2
Femme			1	2	2	1			1	2	3	3	2

Ind : indifférent - **NSP** : ne se prononce pas

Qualités de l'infirmier général

Relationnel	Maîtrise	Stratégique	Professionnel
A l'écoute	Animateur	Anticipatif	Compétent
Humain	Organisateur	Visionnaire	Expert en soins infirmiers
Disponible	Persuasif	Décideur	Fier de sa profession
Ambitieux	Gestionnaire de R.H	Stratège	Savoir communiquer
Autoritaire	Manager		
Conseiller			
Honnête			
Equitable			
Ouverture d'esprit			
Clair			
Tenace			

Défauts de l'infirmier général (ne doit pas en avoir – membre de l'équipe de Direction)

Relationnel	Maîtrise	Stratégique	Professionnel
Peu d'ouverture d'esprit	Indécis	Trop occupé	Distant avec le terrain
Accrocheur	Eparpillé	Isolé	Que du discours
Pugnace	Synthétique		
Ambitieux			

Avec qui l'infirmier général travaille-t-il le plus et le moins ?

Travaille le plus		Travaille le moins	
Direction	9	Equipes soignantes	4
Cadres infirmiers sup.	9	Infirmiers	4
Soignants	2	Ash – aides soignantes	2
Cadres missions transversales	2	Services Eco, Tech, généraux	2
Médecins	1	Autres services	1

4.3.3 Analyse croisée des deux représentations

Bien que quelque peu différentes, les deux représentations présentent néanmoins un ensemble de caractéristiques similaires, susceptibles d'être repérées au sein d'une analyse croisée et de constituer ainsi la base d'une représentation commune. Nous proposons dans cette partie d'en délimiter les contours et d'identifier les éléments qui la composent.

Au niveau des noyaux centraux

9 mots sont communs aux deux noyaux, il s'agit de :

Communication, Compétence, Professionnel, Responsable, Fédérateur, Manager, Stratège, Projet, Qualité.

Ils représentent les $\frac{3}{4}$ du noyau issu de la représentations du CHS-Sud et la moitié de celui du CHS-Nord. La sphère relationnelle est quasi inexistante, seul le mot "communication" est commun. Toutefois ce mot rappelle l'importance du dialogue dans l'imaginaire des surveillants-chefs. Une forte proportion d'éléments se référant aux compétences professionnelles et au positionnement institutionnel de l'infirmier général vient compléter la constitution du noyau central. Il s'agit d'évoquer la maîtrise d'un savoir-faire (compétence, professionnel, projet, qualité) et d'un savoir diriger (fédérateur, manager, stratège,).

La représentation s'ancre dans un registre majoritairement professionnel où les valeurs humaines et les postures psychologiques sont absentes. Le savoir-être n'est pas mis en avant, ne serait-ce qu'en termes d'attitudes, ainsi il n'est pas fait mention des capacités de l'infirmier général à maîtriser la dynamique et à favoriser la cohésion du groupe.

De même si le mot "Direction" est exclu du noyau central "Manager" moins connoté à une fonction administrative ou du moins plus dans l'opérationnalité, permet une substitution sémantique, laisse la possibilité d'une appartenance au registre soignant et autorise l'évocation de fonctions directoriales.

De même la position de "leader", c'est à dire celui qui est à la tête d'un groupe, est écartée. Il lui est préféré une plus grande centralité avec "Fédérateur".

Au niveau des éléments périphériques

20 mots sont communs aux deux représentations. Plus étoffés, les éléments périphériques correspondent au $\frac{3}{4}$ de ceux issus de chaque représentation. Il

s'agit d'habiller et d'enrichir le noyau central, d'éléments parfois contradictoires parce qu'individuels ou complémentaires. Ainsi le registre relationnel émerge, apparaissent les fonctions d'animateur. Des éléments plus dynamiques sont évoqués, (expertise, autorité, positionnement).

Les éléments périphériques de chaque représentation se complètent, s'opposent et parfois se neutralisent. Nous retrouvons une dimension hiérarchique importante, inscrivant à nouveau la fonction dans une dimension directoriale, complétée par un savoir spécifique (infirmier) et une expertise (les soins).

Le groupe et l'illusion de son pouvoir d'autorégulation sont fortement évoqués. L'appartenance et la représentativité du monde des soignants sont ici mises en avant. Éléments de cohérence et de consensus, ils inscrivent la fonction de l'infirmier général au sein d'une dynamique plus professionnelle qu'institutionnelle, à charge pour lui d'animer le service de soins infirmiers.

La variabilité des adhésions et leur affectation

En retenant comme variables, le sexe et l'âge des surveillants-chefs, nous avons pu mettre en évidence, pour chaque groupe, la variabilité des adhésions aussi bien par rapport aux éléments du noyau central comme pour ceux des éléments périphériques et identifier les différentes affiliations. L'analyse croisée met quant à elle en évidence de nombreuses similitudes entre les adhésions respectives de chaque groupe.

En ce qui concerne le noyau central, seul mot "Responsabilité" correspond à une adhésion identique (sexe et âge) des deux groupes. Il est le fait des surveillantes-chefs et de la tranche d'âge "41 à 50 ans".

"communication, projet, stratégie" viennent le renforcer mais uniquement sur une variable (sexe).

D'une façon générale, nous constatons que les plus fortes adhésions sur le noyau central commun sont issues des réponses des surveillantes-chefs alors qu'aucune tranche d'âge ne permet de repérer des similitudes communes aux deux représentations.

En ce qui concerne les éléments périphériques, des similitudes apparaissent également. 3 mots sont le fait des surveillantes-chefs et de la tranche " 51 ans et +" (groupe, collaboration, visionnaire).Un seul mot "animateur" correspond aux surveillants-chefs et à l'ensemble des tranches d'âge.

Nous constatons, comme pour le noyau central, que les adhésions les plus importantes aux éléments périphériques communs sont le fait des surveillantes-

chefs alors qu'aucune tranche d'âge ne permet de repérer des similitudes communes aux deux représentations.

Les similitudes de l'exercice d'imagination

Bien que les deux groupes divergent dans leurs réponses, le fait que l'infirmier général soit un homme ou une femme ne semble pas les préoccuper outre mesure. Nous ne constatons pas un positionnement massif d'autant que l'on peut supposer que cette divergence soit induite par la réalité professionnelle de chaque groupe. En effet si les surveillants-chefs du CHS-Sud ont bénéficié de la présence de plusieurs infirmiers généraux depuis la création de la fonction et que encore aujourd'hui, la Direction du service de soins infirmiers soit composée de deux infirmiers généraux (un homme et une femme), le CHS-Nord quant à lui n'a connu qu'un seul infirmier général en exercice. Il est probable que chaque groupe dans sa réflexion aura, par similitude, associé à l'exercice d'imagination, la réalité du quotidien.

Peu de similitude également en ce qui concerne l'âge, toutefois les deux tranches (31 à 40 ans et 41 à 45 ans) les plus citées, indiquent que les deux groupes considèrent que l'accès à la fonction d'une part nécessite un parcours professionnel suffisamment long, d'autre part qu'il n'est pas l'aboutissement d'une carrière mais plutôt un degré de responsabilité supérieur.

Le baccalauréat considéré comme une base minimale acceptable est à rapprocher de la réforme des études infirmières (baccalauréat obligatoire ou validation des acquis). Les diplômes universitaires ne font pas l'unanimité et l'intérêt qu'ils suscitent est en lien avec la formation respective de chaque surveillants-chefs .

Le diplôme de base ne semble pas être une obligation pour tous, par contre le diplôme cadre fait l'unanimité alors que la formation à l'E.N.S.P est majoritairement oubliée.

Les deux groupes insistent sur l'éthique professionnelle de l'infirmier général, évoquant des qualités humaines fondamentales (équitable, honnête, fiable) et des attitudes responsables (à l'écoute, patient, tenace). On retrouve également les thématiques d'expertise, de compétence et de stratégie. Les défauts viennent s'opposer en termes contradictoires aux qualités évoquées. Sur les deux groupes, certes de façon marginale, il est question que l'infirmier général ne devrait pas avoir, en principe, de défauts.

Cette réponse commune à deux surveillants-chefs dénote soit d'une idéalisation excessive de leur part qui nous laisse perplexe ou bien de beaucoup d'humour qui nous rassure d'avantage.

Au sein de l'environnement immédiat de l'infirmier général, le corps médical est absent, les équipes de soins en particulier les infirmiers très éloignés alors que la Direction et l'encadrement notamment supérieur sont omniprésents. Les surveillants-chefs n'envisage pas que l'infirmier général puisse travailler avec le corps médical, ce qui nous semble préjudiciable à la cohérence institutionnelle mais également au projet d'établissement dans son ensemble. Si une complémentarité n'est pas envisagée dans un exercice d'imagination comment pourrait-elle être possible dans la réalité ?

La journée de l'infirmier général est quelque peu stéréotypée. Séquencée en réunions, briefing, groupe de travail et instances. Peu de transversalité et d'interdisciplinarité alors que les autres directions fonctionnelles sont ignorées, la sphère relationnelle se limite au registre soignant.

3^{EME} CHAPITRE

Nous nous attacherons dans cette troisième partie de notre mémoire à dégager quelques pistes de réflexion en lien d'une part avec les éléments d'interprétation mis en évidence par l'exploration du concept de représentation sociale et d'autre part avec l'analyse des réponses fournies dans les différents questionnaires. Ensuite nous formulerons, au regard de notre future fonction d'infirmier général, des propositions visant plus particulièrement les surveillants-chefs. S'inscrivant dans un registre managérial, ces propositions seront également étayées par les éléments de l'enquête, mis en perspective avec la représentation des infirmiers généraux actuellement en formation à l'E.N.S.P.

5 QUELQUES PISTES DE REFLEXION

De part son inscription dans l'histoire et donc dans le temps, une représentation peut être considérée comme une succession de moments. Un état de représentation ressemble en fait à une époque, comprise entre deux, procédant de l'une et préparant l'autre. Une représentation sociale bien constituée est à la fois stable et stabilisatrice.

- Stable par l'ensemble des éléments périphériques rapportés à un même système central normatif

- Stabilisatrice dans ses rapports avec l'environnement puisque la représentation a précisément pour rôle majeur de guider le jugement et l'action, la compréhension du monde et l'emprise pratique sur celui-ci.

Il faut parfois le recul considérable du temps pour constater sa modification. Il convient donc de tenir compte de l'échelle du temps pour qu'apparaissent des phénomènes marquant de la modification d'une représentation.

Toutefois il ne s'agit pas pour autant de se contenter d'une image par trop simpliste, qui témoignerait d'une alternance entre rupture et continuité, proposant une lente évolution à l'échelle des siècles. Il convient également d'envisager, en deçà de cette échelle du temps, celle plus changeante de la

structure où les opinions se modifient plus vite que les représentations et celles-ci que les idéologies.

Ainsi au sein d'un groupe, les opinions sont plus diversifiées que les propriétés fondamentales de la représentation dont elles procèdent et si quand bien même un changement observé n'implique pas obligatoirement un changement profond de la représentation, ces deux éléments (temps et structure) se complètent et se transforment l'un dans l'autre.

Ce qui change vite est habituellement peu profond et les changements importants sont longuement préparés par l'évolution de l'environnement et des pratiques. Il faut donc en tenir compte dans l'observation d'un groupe comme dans l'analyse des données le caractérisant afin de ne pas confondre quelques fluctuations temporaires avec des transformations fondamentales.

En fait une représentation n'évolue pas pour des raisons strictement cognitives mais pour des raisons objectives produisant des effets sur la cognition. L'équilibre d'une représentation peut être ainsi rompu sous l'effet de facteurs, externes, visant à modifier l'environnement et à initier des pratiques nouvelles. Néanmoins les changements externes ne sont pas toujours pertinents pour la cognition et les représentations sociales déjà constituées ont de grandes capacités de résistance ou d'adaptation.

Mais si elles finissent par changer, c'est toujours par suite de l'évolution de leur extériorité, c'est à dire par suite d'évènements qu'elles rencontrent dans leur historicité et dont le principal effet est de modifier les pratiques.

Comme le précise Abric⁶¹, trois conditions sont toutefois nécessaires :

- ◆ Ces pratiques doivent être récurrentes dans une population donnée.
- ◆ Les pratiques doivent être valorisantes, matériellement et symboliquement ou bien maintenir les valeurs du groupe.
- ◆ Leurs implications doivent apparaître comme spécifiques et limitées dans l'ensemble de l'univers social, c'est à dire ne pas toucher de manière évidente à d'autres représentations et ne doivent pas avoir d'incidence sur le niveau de raison proprement idéologique.

A partir de ces trois conditions, on peut distinguer trois types de processus de transformation :

Les transformations résistantes dans lesquelles les pratiques sont, d'abord pour un temps plus ou moins long, rendues compatibles avec ce que prescrit le système central. Cela nécessite des mécanismes cognitifs de rationalisation qui épousent des "canevas spécifiques" décrits par Flament.⁶²

Lorsque ces rationalisations se multiplient, du fait de la répétition et de la diversification des pratiques nouvelles, le noyau central se trouve atteint puisqu'il ne suffit plus à assurer la cohérence de l'ensemble. Une représentation plus adéquate apparaît par abandon de la précédente.

Les transformations progressives où les pratiques nouvelles ne s'opposent pas directement aux prescriptions du noyau central et n'exigent qu'une activité de rationalisation limitée. Il s'agit alors d'une réorganisation de la représentation par intégration au noyau d'éléments jusqu'alors périphériques qui vont permettre de gérer globalement ces pratiques nouvelles.

Les transformations brutales qui se distinguent par l'impossibilité de fait de rationalisation efficace dans la confrontation de pratiques nouvelles et d'une représentation ancienne. Émerge alors un conflit, inéquitable, qui oppose la nécessité de l'action (les pratiques) à ce qui ne permet pas ou plus de la comprendre (la représentation).

Si toutefois ces trois types de transformation doivent être entendus avec des nuances au cas par cas, nous envisageons néanmoins de ne nous référer dans nos propositions qu'aux deux premiers et d'exclure toute approche qui s'apparenterait à une transformation brutale.

En effet cette perspective d'affrontement, ce conflit "inéquitable" ne trouve ni au sein de notre système de valeurs ni dans la conception de notre future fonction, un écho favorable susceptible de nous convaincre de son bien fondé. De plus, cette transformation nous semble par trop d'aspects, caractéristique de certaines méthodes qui ont pu être, dans le passé, appliquées à la santé mentale et induire

⁶¹ Abric.JC. central system, périphéral system – Their functions and roles in the dynamics of social representations. 1993

⁶² Flament.C. Structure et dynamique des représentations sociales. 1989

dans les comportements de l'ensemble des soignants et de l'encadrement en particulier, des attitudes et des relations professionnelles encore aujourd'hui préjudiciables à la légitimité de l'infirmier général.

5.1 LA PRISE EN COMPTE DU NOYAU CENTRAL

Le noyau central est à considérer comme la base commune significative de l'homogénéité du groupe. Il s'oppose à des éléments individuels, contradictoires voire antagonistes qui pourraient apparaître lors de l'observation.

Il s'ancre dans les valeurs, croyances et fantasmes du groupe et en définit les principes fondamentaux. C'est l'élément stabilisateur de la représentation, de sa cohérence.

Dans les deux groupes de surveillants-chefs étudiés, il est constitué essentiellement autour des compétences professionnelles, institutionnellement repérables et cristallise la représentation sur un registre d'opérationnalité. A l'affirmation statutaire d'une fonction de Direction, s'oppose la vision professionnelle d'un expert infirmier.

La substitution sémantique tient lieu de compromis, permettant à la fois de rejeter une fonction directoriale et de l'évoquer néanmoins.

Vouloir modifier les éléments de ce noyau initierait un processus de déstabilisation, préjudiciable à la cohésion du groupe et à l'équilibre de chacun de ses membres. Nous ne pouvons que constater et prendre acte de l'écart avec les éléments mis en évidence au sein du premier questionnaire soumis aux infirmiers généraux.

Toutefois ces éléments, bien que peu modifiables en l'état sont loin d'être mineurs. Leur évolution, même lente, témoignera de l'évolution de la représentation et attestera de la pertinence des moyens utilisés pour y parvenir. En effet "... la transformation d'une représentation ne se réalise que si le noyau central est lui-même mis en cause"⁶³. C'est alors les éléments périphériques d'avantage liés au contexte qui permettront cette transformation.

⁶³ Moliner.P. Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales. 1989

5.2 L'INTERET DE LA DIVERSITE DES ELEMENTS PERIPHERIQUES

Le système périphérique ancre la représentation dans la réalité et va permettre sa diversité, une certaine hétérogénéité de son contenu et parfois des contradictions.

C'est ce que nous constatons entre les deux groupes de surveillants-chefs mais surtout avec la représentation des infirmiers généraux. Le décalage s'accroît, la représentativité professionnelle et l'appartenance stricte au corps des soignants souhaitées par les surveillants-chefs s'oppose à la stratégie managériale prônée par les infirmiers généraux.

Toutefois ce sont ces éléments périphériques, capables d'accepter une multitude de comportements en fonction du vécu qui vont faciliter l'adaptation du groupe aux modifications de pratiques et d'environnement.

Susceptible d'accepter, sans mettre en danger le noyau central, des modifications importantes, ils constitueront pour l'infirmier général les accès privilégiés à la représentation.

5.3 L'OPPORTUNITE DE LA VARIABILITE DES ADHESIONS

L'étude de la variabilité des adhésions et leur affectation nous a permis de mettre en évidence tant au niveau du noyau que sur les éléments périphériques, la prédominance des adhésions des surveillants-chefs dans la représentation, de l'infirmier général, élaborée par les deux groupes.

De fait, toute information, pratique nouvelle, modification environnementale, passera d'abord par l'acceptation de celles-ci. Puis d'un statut d'évidence pour certaines, les changements deviendront réalité pour tous. Par leur validation ou leur refus, les surveillants-chefs intégreront dans la représentation de nouveaux éléments, valideront les conduites et donneront sens aux événements.

Ainsi le mot "responsabilité" prend ici toute sa signification et signe les comportements à venir ou les pratiques à développer et permettra a posteriori

de justifier les prises de position du groupe dans son ensemble. L'acceptabilité du groupe dépendra de la capacité d'intégration des surveillantes-chefs.

Bien sûr ces éléments ne peuvent pas être rapportés à l'ensemble des équipes de surveillants-chefs exerçant en santé mentale et restent caractéristiques des groupes étudiés. Ils nous indiquent simplement tout l'intérêt d'individualiser les processus de changement en les référant à des critères qui prennent en compte au sein d'un groupe, les particularités de chacun, ses affinités avec tel ou tel domaine professionnel et ses capacités à accepter la remise en question de son environnement immédiat.

6 DES PROPOSITIONS D' ACTIONS

6.1 AGIR SUR LES FACTEURS DE DEMOTIVATION

"La gestion de motivations est une question centrale, car elle répond à la nécessité d'organiser et de faire fructifier, au profit de l'entreprise, ce réservoir d'énergie que représente les motivations"⁶⁴.

La motivation est une attitude, un état d'esprit, fondé sur l'intérêt que l'on porte à ce que l'on fait. Il importe que la personne puisse choisir, décider, proposer, manifestant ainsi une certaine autonomie vis à vis de son travail. Les résultats obtenus, le déroulement des activités, l'ambiance des relations interpersonnelles permettent d'apprécier la motivation. Mais les facteurs qui la caractérisent sont individuels, subjectifs, émotionnels et spécifiques au travail et à la personne concernée.

Il semble donc impossible d'essayer de définir un "standard" de la motivation et de dégager un profil type de la personne motivée, car tout individu est unique.

Il nous paraît plus cohérent d'agir sur les facteurs de démotivation. Montésinos, citant Herzberg⁶⁵ nous en propose cinq principaux :

⁶⁴ Michel, S. Peut-on gérer les motivations. 1989

⁶⁵ Montésinos, A. Motivation, indifférence et démotivation des infirmiers. 1999

- ◆ le facteur administratif, regroupant la cohérence des structures d'organisation, l'harmonisation du fonctionnement et la qualité des résultats
- ◆ Le facteur hiérarchique s'attachant plus particulièrement aux valeurs et compétences de l'encadrement ainsi qu'à leur comportement et la manière dont ils prennent les décisions.
- ◆ Le facteur organisationnel lié aux conditions de travail.
- ◆ Le facteur économique concernant les problèmes de rémunération, primes et divers avantages financiers et matériels.
- ◆ Le facteur relationnel pour tous les éléments qui touchent aux relations entre l'individu et la tâche.

Il nous paraît important que l'infirmier général ne néglige pas l'ensemble de ces cinq facteurs et qu'il puisse y porter toute l'attention nécessaire.

Pour autant que l'on soit en mesure de percevoir les facteurs de démotivation des surveillants-chefs, l'enjeu demeure essentiel pour l'établissement et si avoir des cadres infirmiers supérieurs motivés est le désir de tout infirmier général, celui-ci devra alors faire en sorte d'être le principal gestionnaire d'un processus, relançant et confirmant cette motivation, qui s'appuiera à la fois sur l'organisation du travail et la gestion des ressources humaines.

6.1.1 De l'organisation du travail ...

Du point de vue de l'organisation de travail, les éléments fédérateurs sont à la fois collectifs et individuels, ils consistent à :

Elaborer un projet de service, cohérent, harmonieux et homogène permettant qu'un maximum de soignants se retrouvent dans les valeurs énoncés, en conséquence de quoi l'intérêt pour tel ou telle perspective n'en sera que plus aisé.

Promouvoir une organisation de travail favorisant l'autonomie et le volontariat des acteurs et renonçant à un système bureaucratique procédurier, qui déresponsabilise plus qu'il ne sécurise.

Solliciter l'échelon individuel de l'organisation, car la mobilisation passe également par la participation individuelle, en l'occurrence celle des surveillants-chefs, et l'atteinte des objectifs ne peut se faire sans leur adhésion.

En effet, face à la nécessité de concilier les besoins économiques et les aspirations des hommes qui travaillent dans l'entreprise, la pertinence du management des ressources humaines apparaît comme l'élément déterminant de la motivation et de l'efficacité des surveillants-chefs.

Leur concours s'avère indispensable parce qu'ils ont les compétences et les connaissances dans des domaines aussi larges que variés. IL en va tout simplement de leur reconnaissance.

Encourager la délégation par la responsabilisation et reconnaître ainsi les potentialités et les aptitudes misent en exergue. Il s'agit de permettre, dans le cadre défini d'une délégation, que le délégataire se voit confier des missions, des activités dans lesquelles il peut prendre des initiatives.

6.1.2 ... A la gestion des ressources humaines

En ce qui concerne la gestion des ressources humaines, l'action de l'infirmier général devra se situer à la fois en amont et en aval du recrutement des surveillants-chefs.

En amont tout d'abord signifie que l'on ne découvre pas les potentialités d'un agent à l'occasion de sa candidature sur un poste d'encadrement. La gestion des ressources humaines s'inscrit sur du long terme qui prend en compte l'affirmation d'une politique de recrutement caractérisée par :

Un suivi et une évaluation de la période de stage permettant d'apprécier la motivation des candidats face aux enjeux qui les attendent.

Un processus d'intégration prenant en considération les motivations et les capacités des individus au regard des objectifs de l'institution.

Une politique de formation continue, capable de concilier les enjeux du futur et les capacités des acteurs.

Des processus de promotion, offrant des perspectives d'avancement et susceptibles de renforcer l'appartenance à l'institution.

En aval ensuite, ce qui implique que l'infirmier général propose et favorise le recours à la formation continue de manière régulière à l'ensemble des surveillants-chefs afin de maintenir et de faire évoluer leurs compétences et ainsi renforcer leurs motivations.

Cela permet en outre chose d'actualiser les connaissances et de faciliter un certain éveil en relation avec le poste de travail.

La mise en place de procédure d'évaluation représente également un excellent outil pour apprécier les motivations. Plus qu'un bilan, ce temps consacré à l'évaluation doit être un moment privilégié de communication et d'échange entre chaque surveillant-chef et l'infirmier général où il est souhaitable de mettre en perspective les buts et les projets, objectiver le travail accompli en s'appuyant sur des faits tangibles, mesurables et observables.

Mais c'est également un moment qui doit se révéler positif pour les deux protagonistes. C'est à cette seule condition que les individus et l'institution convergeront vers la même direction. L'entretien d'évaluation est un acte mutuel (d'engagement) où l'infirmier général s'engage à accompagner, à favoriser la mise en œuvre des objectifs et des axes de progrès.

6.2 DEVELOPPER L'EXPERTISE DES SURVEILLANTS-CHEFS

Personne ressource à l'hôpital, l'expert intervient en terme d'aide et de soutien à la réalisation des projets institutionnels. L'évolution de l'hôpital et les difficultés que peuvent rencontrer les équipes et les cadres de proximité imposent une vision de surveillants-chefs, formés et experts, impulsant un nouveau style de management qui n'est pas compatible avec une structure hiérarchique traditionnelle.

Alors même que l'évolution de l'hôpital, caractérisée par une plus grande maîtrise de son environnement et un renforcement de sa cohérence interne, assigne les modes de gestion, longtemps bureaucratiques, à s'adapter aux contraintes économiques, il nous semble primordial que le service infirmier, l'infirmier général et les surveillants-chefs en particulier, s'inscrivent dans une démarche professionnelle collective afin d'aider l'ensemble des soignants à

découvrir et à comprendre le sens de leurs actions, à prendre conscience de leur appartenance à une histoire collective, celle d'une organisation qui les dépasse d'un certain côté mais qui est, bien que partiellement, continuellement construite par eux.

Ainsi est-il important de faire en sorte que les acteurs du soin, puissent se demander quels sens ils donnent à leurs actions et comment il s'y investissent. Mais il est tout aussi important qu'ils puissent relier leurs modes de fonctionnement dans l'organisation des projets au contexte historique, politique, économique et social dans lequel ils évoluent.

C'est, nous semble-t-il le pilotage des projets par l'expertise des surveillants-chefs qui accompagnera de manière la plus pertinente et la plus efficace, une démarche d'évolution, nécessairement inscrite dans le temps avec ce que tout cela suppose de bouleversement sociaux et de modifications culturelles.

CONCLUSION

Si notre travail n'avait ni la prétention d'être exhaustif ni celle de répondre à lui seul à la complexité du management, par contre il aura été pour nous , à travers notre recherche, l'occasion d'une réflexion sur la profession d'infirmier général et une aide précieuse pour notre prise de fonction.

D'ailleurs comment pourrait-il en être autrement ? S'interroger sur les représentations sociales des surveillants-chefs, comprendre leur comportement et leurs attitudes participe de fait à questionner sa propre fonction, à tenter d'en cerner les contours et à en définir les principales composantes.

Mais cela consiste également à appréhender son propre rôle sous des aspects différents, d'entrevoir ses limites et d'en accepter les contraintes.

Enfin cela nécessite, avant tout d'accepter comme possible de renoncer à ses certitudes, de s'inscrire dans le changement et ainsi d'accepter de se remettre en question.

C'est nous semble-t-il à ce prix, que pourra se construire, se consolider et se pérenniser, entre les différents acteurs du service infirmier, cette cohésion nécessaire à toute entreprise humaine qui autorise un ensemble d'individus à se considérer comme un groupe.

" Un groupe est une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Tant que cela n'est pas constitué, il peut se trouver agrégat humain, il n'y a pas de groupe."⁶⁶

⁶⁶ Anzieu, D. Le groupe et l'inconscient. 1984

BIBLIOGRAPHIE

ABRIC, J-C.

- *Expérimental study of group creativity. Task representation, group, structure and performance.* Européan journal of social psychology. N°1. 1971. pp 311-326
- *Jeux, conflits et représentations sociales.* Thèse d'Etat. Aix en Provence. Université de Provence. 1976
- *L'étude des représentations sociales.* In JODELET, D. Les représentations sociales. Paris. Presses universitaires de France. 1989
- *Pratiques sociales et représentations.* Paris. Presses Universitaires de France. Collection "psychologie sociale". 1994
- *L'artisan et l'artisanat, analyse du contenu d'une représentation sociale.* Bulletin de psychologie cognitive. n° 37. pp 861-875

ANZIEU, D.

Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal Paris. Dunod. 1984

CLEMENCE, A. DOISE, W et LORENZI-CIOLDI, F.

- *Prises de position et principes organisateurs des représentations sociales.* In GUIMELLI, C (éditeur). Structures et transformations des représentations sociales. Neuchâtel. Delachaux et Niestlé. 1994

CODOL, J-P.

- *Représentations de soi, d'autrui et de la tâche dans une situation sociale.* Psychologie Française. n° 14. 1969. Pp 217-228

DOISE, W.

- *Attitudes et représentations sociales.* In JODELET, D (Editeur). Les représentations sociales. Paris. Presses Universitaires de France. 1989
- *Relations et représentations intergroupes.* In MOSCOVICI, S (éditeur). Introduction à la psychologie sociale. Paris. Larousse. Volume N°2
- *Les représentations sociales :Définition d'un concept.* Connexions n°45,2.1985. pp 245-253
- *Les représentations sociales : Un label de qualité.* Connexions n° 51. Numéro spécial "les représentations sociales". pp 99-113

DURKHEIM, E.

- *Représentations individuelles et représentations collectives*. In Sociologie et philosophie. Paris. Presses Universitaires de France. Collection "le sociologue". 1967

FAUGIER-SEURET, CH.

- *Encadrer les cadres soignants*. Objectifs soins Décembre 1994. n° 28. pp 47-52

FISHER, G.N.

- *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. Paris. Presses de l'Université de Montréal. Dunod. 1987

FLAMENT, C.

- *L'analyse de similitude – une technique pour les recherches sur les représentations sociales*. Cahier de psychologie cognitive. Volume 1. N° 4. 1981. Pp 375-395

- *Du biais d'équilibre structural à la représentation de groupe*. In CODOL, J-P et LEYENS, J-P (éditeurs). Cognitive analysis of social behavior. La Haye, Boston, Londres. Martinus Nijhoff. 1982

- *Pratiques et représentations sociales*. In BEAUVOIS, J-L. JOULE, R-V et MONTEIL, J-L (éditeurs) Perspectives cognitives et conduites sociales – théories implicites et conflits cognitifs. Cousset. Delval. 1987

- *Structure et dynamique des représentations sociales*. In JODELET, D (éditeur). Les représentations sociales. Paris. Presses Universitaires de France. 1989

GRIZE, J-B.

- *Discours et connaissances, communication et cognition*. Volume 4. 1981. pp 343-357

HEIDER, F.

- *Forming impressions of personality*. Journal of abnormal and social psychology. N°41. pp 258-290

HERZLICH, C.

- *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale*. Paris. Mouton. 1969

"*La représentation sociale*" In MOSCOVICI, S (éditeur). Introduction à la psychologie sociale. Paris. Larousse. Volume 1. 1972

JASPAR, J et FRASER, C.

- *Attitudes and social representations*. In FARR, R and MOSCOVICI, S (édité by). Social representations. Cambridge and Paris. Cambridge University Press and Editions de la maison des sciences de l'Homme. 1984

JAOUI, H.

- *Créa.Prat*. Paris. Edition de l'Epi. 1979

JODELET, D.

- *Représentations sociales : Phénomènes, concept et théorie*. In MOSCOVICI, S (éditeur). Introduction à la psychologie sociales. Paris. Larousse. Volume 1. 1984

- *Folies et représentations sociales*. Paris. Presses Universitaires de France. 1989

- *Les représentations sociales*. Paris. Presses Universitaires de France. 1989

- *Approches théoriques et méthodologiques des représentations*. In représentations et handicaps : Vers une clarification des concepts et des méthodes. Paris. Publication du C.T.N.E.R.H.I. 1990

- *Les représentations sociales*. Paris. Presses Universitaires de France. Collection "sociologie d'aujourd'hui". 1991

- *Les représentations sociales*. Paris. Presses Universitaires de France. 4^{ème} édition. 1994

LE BOUEDEC, G.

- *Contribution à la méthode d'étude des représentations sociales*. Cahier de psychologie cognitive. Volume 4. n° 3. 1984. Pp 245-257

MICHEL, S.

- *Peut-on gérer les motivations ?* Paris. Presses Universitaires de France. Collection "Gestion" 1989.

MOLINER, P.

- *Validation expérimentale de l'hypothèse du noyau central des représentations sociales*. Bulletin de psychologie, XLI, 387, 759-762

MONTESINOS, A.

- *Motivation, indifférence et démotivation des infirmiers*. Objectif soins n° 77. Juillet – Août 1999. "Les cahiers du management"

MORVAN, J-S et PAICHELER.

- *In représentations et handicaps : Vers une clarification des concepts et des méthodes*. Paris. Publication du C.T.N.E.R.H.I. 1990

MOSCOVICI, S.

- *La psychanalyse, son image, son public*. Paris. Presses Universitaires de France. 1961

Psychologie sociale "fondamental". Paris. Presses Universitaires de France. 1984

- *L'ère des représentations sociales*. In DOISE, W et PALMONARI, G (Editeurs). L'étude des représentations sociales. Neuchâtel. Delaclaux et Niestlé. 1986

- *Des représentations collectives aux représentations sociales*. In JODELET, D (sous la direction). Les représentations sociales. Paris. Presses Universitaires de France. 1991

- *Psychologie des représentations sociales*. Cahiers Vilfredo Pareto. n° 14

- *The myst of the lonely paradigm : A rejoinder, représentation*. Social research. n° 51

MUGNY, G et CARUGATI, F.

- *L'intelligence au pluriel : Les représentations sociales de l'intelligence et de son développement*. Cousset. Delval. 1985

SCHANK, R et ALBELSON, R.

- *Scripts, plans, goals and understanding : An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale. Erlbaum. 1977

SCHWEYER, FX.

- *L'infirmière qui devient "Directeur". Profils et fonctions des infirmières générales des hôpitaux publics*. In MERLE, P (sous la direction). La compétence en question, école, insertion, travail. Rennes. Université de Rennes 2. 1993

VERGES, P.

- *Sans titre*. In représentations et handicaps : Vers une clarification des concepts et des méthodes. Paris. Publication du C.T.N.E.R.H.I. 1990

ANNEXES

ANNEXE N° 1

Les méthodes de recueil d'une représentation

1. Les méthodes de recueil du contenu d'une représentation

Les méthodes interrogatives prennent les déclarations des interrogés pour des éléments indirectement représentatifs de leurs représentations les plus profondes. Les méthodes associatives en revanche, doutent du caractère immédiatement conscient des archétypes mentaux et préfèrent procéder par association d'idées et autres stimuli de la spontanéité.

1.1 Les méthodes interrogatives

On distingue dans cette catégorie : l'entretien, le questionnaire, les planches inductrices, les dessins et supports graphiques et l'approche monographique.

L'entretien

La plupart du temps semi-directif, il permet de restituer un discours complet et cohérent et de rentrer de manière tangible dans le système de pensée (nuance, autocritique) de la personne dont on observe les mécanismes de ses représentations sociales.

Cependant comme le souligne Abric⁶⁷ à la suite de Grize⁶⁸, les règles d'énonciation du discours conduisent l'interrogé à plier sa pensée aux contraintes du langage dialogué et non l'inverse, ce qui produit "une série d'altérations de la pensée restituée : rationalisation, contrôle, obligations plus ou moins fortes de cohérence, filtrages de tous ordres".

Deuxième série d'inconvénient de l'entretien, le fait qu'il résulte d'une " situation d'interaction finalisée".⁶⁹

Il nous paraissait difficile de réaliser des entretiens individuels, d'une part parce que la procédure aurait été longue et très lourde (transcription des discours après enregistrement) d'autre part parce que les statuts d'infirmier général et de

⁶⁷ Abric,J.C. Les représentations sociales :aspects théoriques.In Abric,J.C (ED).Pratiques sociales et représentations.Paris.P.U.F. 1994.p 61

⁶⁸ Grize,J.B. Discours et connaissances, communication et cognition.Vol 14, N°4. 1881. p 343-357

⁶⁹ Abric,J.C.(1994).Ibid

surveillant-chef impliquent toute une série de blocages des situations d'énonciation.

Mais également l'inhibition découlant du dialogue avec un supérieur hiérarchique potentiel risquait de museler les interrogés ou de les aiguiller vers un discours ou l'on chercherait " ce qu'il faut dire ou ne pas dire". On est loin alors d'un système fiable à analyser, en effet l'éventuelle analyse de contenu impliquerait à longueur de temps un effort de réinterprétation, de lecture entre les lignes pour savoir ce que le surveillant-chef non seulement a voulu dire mais aussi aurait voulu dire ou n'a pas osé dire !

le questionnaire

L'entretien fournit des informations essentiellement qualitatives, tandis que le questionnaire permet, par le caractère quantitatif des résultats obtenus, de mesurer tel ou tel aspect de la population étudiée sur la nature des réponses fournies.

Abric souligne que tout comme l'entretien " la dynamique du questionnement, la relation enquêteur-enquêté peut amener n'importe qui à répondre n'importe quoi, même à la question la plus irréaliste ou la moins pertinente pour lui-même".⁷⁰

Toutefois le développement des méthodes d'analyse des données appliquées à l'étude des représentations renforce la position privilégiée du questionnaire. Il reste alors à produire un questionnaire pertinent, c'est à dire à la fois adapté au questionné, à la question que nous posons et aux outils d'analyse.

Les planches inductives

A partir des dessins ou des photos conçus comme stimuli, les sujets interrogés doivent s'exprimer librement. Nous n'avons pas retenu cette technique dites des "planches inductives" en raison de deux inconvénients majeurs. Le premier réside dans le problème du choix et de l'interprétation des images dans l'éventualité où nous aurions à notre disposition ces images. Le deuxième inconvénient à utiliser des images pour étudier les représentations des surveillants-chefs réside dans le fait que la moindre image montrée n'est pas neutre, et contribue à construire la représentation plutôt qu'à la révéler.

⁷⁰ Abric, J.C. (1994) p 62. Op.Cit.

Les dessins et supports graphiques

Cette technique correspond plus à une population d'enfants afin de les libérer de la contrainte de l'écrit ou de l'oral mais nous semble peu adaptée à des surveillants-chefs, tout en ne doutant nullement que certains d'entre eux puissent maîtriser des capacités artistiques. Enfin le côté puéril de la technique aurait certainement dénaturé le sérieux du travail proposé.

L'approche monographique

Les meilleures études sur les représentations sociales ont utilisé les techniques de l'anthropologie, lourdes mais fiables et ne séparant pas le discours des pratiques. Dans ce registre on recense non seulement les techniques ethnographiques proprement dites, mais encore les enquêtes sociologiques, les analyses historiques et les investigations psychosociologiques (observation vidéo, etc. ...). Nous n'avons ni le temps, ni les moyens de mettre en œuvre un chantier d'observation de ce type et surtout le contexte ne s'y prêtait pas.

1.2 Les méthodes associatives

Elles utilisent des techniques comme l'association libre et ses différentes variantes. A partir d'un ou plusieurs mots inducteurs, le sujet doit produire en réponse d'autres mots, expressions ou adjectifs qui lui viennent à l'esprit.

Ces méthodes ont la préférence des théoriciens du "noyau central" des représentations sociales, parce qu'elles sont les plus neutres possible.

Par ailleurs, les difficultés d'expression sont gommées, puisqu'il s'agit d'énoncer des concepts pêle-mêle (simples mots) et non de restituer une syntaxe (phrases écrites ou parlées) et ses schémas mentaux.

Deux techniques principales relèvent des méthodes associatives : l'association libre et la carte associative.

La première permet aux sujets interrogés de fournir une série de mots qui leur viennent à l'esprit à partir de mots stimuli, tandis que la seconde établit une série d'induction en cascade pour obtenir selon l'expression de Jaoui " une carte mentale"⁷¹.

⁷¹ Jaoui, H. Créa. Prat. Paris. Edition de l'Epi. 1979

2. Les méthodes de repérage de l'organisation et de la structure d'une représentation

Après avoir identifié le contenu des représentations sociales, il convient d'en étudier l'organisation interne, afin d'identifier d'une part ce qui est commun à l'ensemble des sujets interrogés (le noyau central) et d'autre part ce qui précise la représentation mais qui s'apparente plutôt à telles ou telles caractéristiques du sujet. Afin de repérer l'organisation structurelle d'une représentation sociale, les théoriciens recensent deux séries de méthodes.

Celles identifiant les liens entre les éléments de la représentation et celles établissant une hiérarchie des items.

2.1 Méthodes de repérage des liens entre les éléments de la représentation

A partir des mots cités par le sujet à la suite de stimuli inducteurs, il s'agit de regrouper entre eux ces items qui se ressemblent.

Ainsi ces techniques permettent de demander au sujet lui-même d'effectuer sur sa propre production, un travail cognitif d'analyse, de comparaison, de hiérarchisation. On distinguera trois techniques assez voisines :

La constitution de couples de mots

La comparaison pairée

La constitution d'ensemble de mots

On constatera que notre choix méthodologique s'est porté sur un compromis simplifié de ces variantes.

Constitution de couples de mots

Le sujet regroupe par paire les mots qui lui semblent "aller ensemble" ce qui permet de réduire la polysémie de certains termes. Le protocole complet stipule qu'une interview fait suite à cette définition de paires, afin d'éclaircir définitivement la démarche du sujet. Cette lourdeur nous a découragé à avoir recours à cette méthode.

Comparaison pairée

L'ensemble des paires possibles d'un corpus de termes produits par le sujet lui est soumis afin qu'il les évalue sur une échelle allant de "très semblable" à "très dissemblable". Sachant qu'il a été produit lors du 1^{er} questionnaire pour chaque stimuli entre 50 et 70 mots, on imagine la lourdeur du procédé.

Constitution d'ensembles de mots

Variante de couples de mots, il s'agit ici de regrouper les mots "qui vont bien ensemble" puis de justifier la constitution de ces ensembles par un titre ou une courte phrase.

2.2 Méthodes de hiérarchisation des items

Ces protocoles visent à distinguer, parmi les mots induits, ceux qui sont communs à l'ensemble des sujets interrogés (noyau central) et ceux qui varient d'une catégorie de sujets à l'autre (système périphérique) en partant du principe que les mots placés au sommet des hiérarchies effectuées font partie du noyau central.

Les tris hiérarchisés successifs

Cette technique permet d'effectuer un classement portant sur un grand nombre de mots. Il est demandé aux sujets de trier un ensemble de mots en deux groupes, les plus importants par rapport aux mots inducteurs et les moins importants. Dans chacun de ces deux groupes, on doit ensuite trier en deux sous-groupes identiques en nombre, les plus importants et les moins importants, ainsi de suite jusqu'à un tri parfait. Plusieurs problèmes nous ont découragés d'avoir recours à cette technique, notamment la lourdeur et le longeur de la procédure ainsi que la nécessité d'établir plusieurs questionnaires pour les surveillants-chefs.

Les choix successifs par blocs

Cette méthode permet d'étudier à la fois les relations de similitude et d'antagonisme ou d'exclusion. Il est demandé aux sujets d'affecter aux mots induits une note de +3,+2,+1 ou -3,-2,-1 en fonction de la similitude du mot induit avec le mot inducteur.

ANNEXE N° 2

Questionnaire N° 1

Infirmiers généraux en formation

Consignes concernant les réponses

- Les questions sont à découvrir au fur et à mesure.
 - Ne pas lire l'ensemble du questionnaire d'un coup
 - cachez avec un papier les questions suivantes.
- Évitez de vous inspirer des réponses de votre voisin, c'est très important.

Citez 5 mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez les mots :

INFIRMIER GENERAL

--	--	--	--	--

Citez 5 mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez les mots :

MEMBRE DE L'EQUIPE DE DIRECTION

--	--	--	--	--

Citez 5 mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez les mots :

DIRECTEUR DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

--	--	--	--	--

Citez 5 mots qui vous viennent à l'esprit quand vous entendez les mots :

PRESIDENT DE LA COMMISSION DU SERVICE DE SOINS INFIRMIERS

--	--	--	--	--

ANNEXE N° 3

Bernard LOUCHE
Infirmier général
E.N.S.P

A l'attention des :

Cadres infirmiers supérieurs
du Centre hospitalier de

Mesdames, messieurs,

Dans le cadre de la formation des infirmiers généraux à l'Ecole Nationale de la Santé Publique de Rennes, nous devons rédiger un mémoire de fin d'étude portant sur un sujet à caractère professionnel.

Mon thème qui portera sur les représentations sociales, nécessite un travail de recherche à partir d'une enquête auprès des cadres Infirmiers supérieurs travaillant en psychiatrie. J'ai pensé que je pourrais solliciter votre participation, aussi ai-je pris la liberté de vous adresser, sous couvert de la direction du service de soins infirmiers, un questionnaire à chacun.

Il est bien sûr anonyme et vos réponses seront traitées globalement comme celles des cadres infirmiers supérieurs issus d'autres établissements. Pour renforcer encore un peu plus la confidentialité, après avoir répondu aux différentes questions vous pourrez glisser le questionnaire dans l'enveloppe prévue à cet effet et la cacheter avant de la retourner à la DSSI qui m'adressera la totalité des réponses.

Vous remerciant par avance pour votre participation,
Je vous prie d'agréer l'expression de mes respectueuses salutations.

Bernard LOUCHE

Questionnaire n° 2 et n° 3 (Surveillants-chefs)

Dans le tableau ci-dessous, vous entourerez pour chaque mot proposé, le nombre qui mesure le mieux votre opinion, sachant que :

+3 → ce mot convient parfaitement à l'idée que j'ai d'un infirmier général

-3 → ce mot ne convient absolument pas à l'idée que j'ai d'un infirmier général

	OUI					NON
Direction	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Décision	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Manager	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Pouvoir	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Visionnaire	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Validation	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Structure	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Responsabilité	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Politique	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Soins	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Cohésion	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Consensus	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Représentation	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Appartenance	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Coordonnateur	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Partenariat	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Savoir	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Professionnel	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Hiérarchie	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Infirmier	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Collaboration	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Participation	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Projet	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Communication	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Stratège	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Animateur	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Chef	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Réflexion	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Groupe	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Référent	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Service	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Autorité	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Expert	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Plaisir	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Positionnement	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Pilotage	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Patients	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Orientation	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Organisateur	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Fédérateur	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Instance	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Leader	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Compétence	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Qualité	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Concepteur	+3	+2	+1	-1	-2	-3
Avis	+3	+2	+1	-1	-2	-3

Maintenant imaginez un(e) infirmier(e) général(e). Réfléchissez quelques instants à son apparence, son âge, ses qualités et répondez en quelques lignes à chacune des questions suivantes.

1/ S'agit-il d'un homme ou bien d'une femme ?

2/ Quel est son âge ?

3/ Quel est son niveau d'étude ?

4/ Quels sont ses diplômes professionnels ?

5/ Quelles sont ses principales qualités ?

6/ Quels sont ses principaux défauts ?

7/ Avec qui travaille-t-il (elle) le plus souvent ?

8/ Avec qui travaille-t-il (elle) le moins souvent ?

9/ En quoi consiste son emploi du temps? décrivez sommairement sa journée de travail classique .

Qui êtes vous ? (Traitement statistique)

Un Homme <input type="checkbox"/>	Diplômes professionnels
Une Femme <input type="checkbox"/>	IDE <input type="checkbox"/> ISP <input type="checkbox"/>
Année de naissance : -----	CCI <input type="checkbox"/> DCS <input type="checkbox"/>
Date nomination dans le grade : -----	Diplômes universitaires
	DU <input type="checkbox"/> Licence <input type="checkbox"/>
	Maîtrise <input type="checkbox"/>
	Autres <input type="checkbox"/> Précisez