

**Le renforcement de la cohésion
de l'équipe de soins par l'activité
physique : un enjeu pour le
cadre de santé**

Mémoire Cadre de santé

« Le sport a le pouvoir de changer le monde. Il a le pouvoir d'unir les gens d'une manière quasi unique. Le sport peut créer de l'espoir là où il n'y avait que du désespoir. » Mandela

Remerciements

Merci à mon époux ainsi qu'à mes enfants pour leur soutien et leurs indéfectibles encouragements.

Merci à mon binôme de cette année avec lequel j'ai pris un grand plaisir à partager les travaux de groupe et grâce auquel l'humour restera la clé de voûte d'une année réussie.

Merci à l'artiste et soutien de notre trio gagnant.

Merci à mon ami, Maire de ma commune et à notre équipe municipale qui n'ont eu de cesse de me soutenir et de m'encourager dans ce projet.

Merci à ma mère et à ma famille sans lesquelles je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui.

Merci à tous mes amis qui sont pour moi les piliers de la bonne humeur, la joie et la convivialité.

Merci à l'ensemble de l'équipe pédagogique de l'IFCS, aux enseignants universitaires et merci à mes deux directeurs de mémoire qui m'ont ouvert les voies d'une belle évolution personnelle et professionnelle.

Merci à mon institution et merci à mon pays de m'avoir offert cette circonstance opportune d'accomplissement.

Glossaire

ANSES	L'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail
APS	Activité physique et sportive
ARS	Agence Régionale de Santé
CDS	Cadres de santé
HAS	Haute autorité de santé
IFCS	Institut de Formation des Cadres de Santé
MAE	Management et Administration des Entreprises
OMS	Organisation mondiale de la santé
PACA	Provence-Alpes-Côte d'Azur
PNAPS	Plan National de Prévention par l'Activité Physique et Sportive
PNNS	Programme National Nutrition Santé
QVT	Qualité de vie au travail
RPS	Risques psycho-sociaux
TMS	Troubles Musculosquelettiques

Table des matières

CONTEXTE D'UNE SÉDENTARISATION SOCIÉTALE.....	1
PREMIÈRE PARTIE : LA COHÉSION ET LE SPORT, DU CONCEPT AU LEVIER.....	6
1. Les facteurs clés d'une meilleure cohésion dans un service de soins.....	6
1.1. Le cadre de santé acteur d'une bonne coopération.....	6
1.2. Le cadre de santé au cœur des actions partagées dans un secteur de soins efficient.....	8
1.3. Le groupe ou l'équipe, la place du soignant dans le service de soins.....	9
1.4. Le rôle des aptitudes relationnelles dans la cohésion soignante.....	11
2. La pratique d'une activité physique comme levier de performance.....	12
2.1. L'impact positif du sport chez les soignants.....	12
2.2. L'activité physique, un activateur de performance organisationnelle.....	13
2.3. La relation gagnante entre activité physique et résilience dans le secteur sanitaire.....	13
2.4. Les limites d'une activité physique peu adaptée.....	14
3. Synthèse d'une préoccupation de santé publique.....	15
DEUXIÈME PARTIE : LA COHÉSION ET LE SPORT, UNE ANALYSE DE TERRAIN POUR UNE MEILLEURE PROJECTION.....	17
1. Activité physique, élément incontournable d'un service en bonne santé.....	17
2. Étude quantitative, comment faire parler le soin.....	17
2.1. Les relations interpersonnelles, ciment de la cohésion.....	18
2.2. L'environnement soignant, frein ou facilitateur de la pratique sportive.....	18
2.3. Le terrain d'enquête, la population soignante.....	20
2.4. La diffusion, une logique organisationnelle.....	21
3. Intuition ou données chiffrées : le sport, un avantage.....	22
3.1. La population soignante, genre, origine et ancienneté.....	22
3.2. La pratique d'une activité physique dans le secteur sanitaire.....	24
3.3. L'environnement des soignants, une stabilité dans les relations.....	26
3.4. L'Alpha de Cronbach, mesure de la fiabilité du questionnaire.....	28
3.5. Les corrélations positives entre les aptitudes relationnelles.....	28

3.6. Le sport et les soignants, influence ou tendance	30
3.7. Synthèse de l'étude du « soignant »	33
4. Échange d'opinions vers une évolution	34
4.1. Les limites et les biais d'une appropriation personnelle	34
4.2. Les résultats discutés, des perspectives identifiées.....	36
4.3. Les perspectives d'une cohésion « soignante-sportive »	37
CONCLUSION POSITIVE D'UNE ANNÉE GRATIFIANTE	43
BIBLIOGRAPHIE.....	45
TABLE DES ILLUSTRATIONS.....	I
TABLE DES ANNEXES.....	II

CONTEXTE D'UNE SÉDENTARISATION SOCIÉTALE

En France, l'espérance de vie est relativement élevée. D'après les données statistiques recueillies par l'Insee (2021), les femmes vivraient en moyenne jusqu'à 85,5 ans contre 79,4 ans pour les hommes. De plus, sans tenir compte des chiffres liés à la crise sanitaire, il apparaît que le taux de mortalité diminue. Nous en déduisons que la population vieillit. Or, cette évolution pose question au regard des maladies chroniques que la population développe et de la complexité des pathologies associées. Il devient primordial d'y être attentif et de promouvoir les actions en faveur de la prévention des maladies chroniques. Face à ce vieillissement de la population, un nouveau paradigme a émergé depuis les années 2000 : la sédentarité interpelle le secteur sanitaire et s'étend bien au-delà de nos frontières. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'en préoccupe en l'inscrivant dans les axes prioritaires de lutte en faveur de la bonne santé. Il nous semble intéressant de définir la sédentarité qui ressort de nombreuses lectures. Ce terme n'est pas nouveau puisqu'il date de la période du néolithique durant laquelle l'homme s'est mis à travailler la terre et a opté pour un habitat fixe. En revanche, sa signification a évolué puisqu'il s'agit maintenant du temps qu'un individu éveillé peut passer en position assise ou allongée. La modernisation et l'évolution industrielle ont entraîné une sédentarisation de l'homme. En effet, par l'utilisation des moyens de locomotion et des nouvelles technologies, l'homme a modifié ses habitudes et son activité physique a progressivement diminué. D'ailleurs, l'utilisation de vélos et de trottinettes devenus électriques est autant de signes d'une évolution vers une assistance de l'homme entraînant une sédentarité. Nous nous questionnons sur l'impact de cette stagnation de l'activité sur l'homme et cherchons à identifier la population concernée par cette évolution. L'étude Inca3 (Anses, 2017) a montré que 45% des hommes et 55% des femmes seraient physiquement inactifs. Elle montre aussi que le nombre de personnes sédentaires augmente ces dernières années, notamment chez les femmes, et que la durée du temps moyen passé assis ou allongé est elle aussi croissante. Par ailleurs, l'étude « acticités » (2016) met en avant l'existence d'une relation entre la sédentarité et le risque de mortalité. La sédentarité entraîne des conséquences majeures tant pour la bonne santé des individus que pour la prévalence de certaines maladies non transmissibles comme les maladies cardio-vasculaires, le diabète ou encore certains types de cancers. En outre, la sédentarité aurait un impact sur des facteurs de risques comme l'hypertension, l'hyperglycémie ou la surcharge pondérale. D'après l'OMS, « l'inactivité physique serait directement responsable de près d'un million de décès par an au sein de l'Union européenne ». Des recherches menées dans le but d'améliorer l'état de santé de la population, initiées par un enjeu fort de santé publique, font émerger des pistes d'amélioration qui visent à favoriser la pratique d'activité physique. Pour l'OMS (2010), l'activité physique et sportive (APS) se définit comme « tout mouvement corporel que l'on effectue dans le cadre des loisirs, sur le lieu de travail ou pour se déplacer ». Nous reprendrons cette définition dans la suite de notre travail puisqu'elle regroupe la pratique sportive, compétitive, de loisirs ou les exercices physiques au travail. Selon Duclos (2021), « cinq millions de décès pourraient être évités

si la France suivait les recommandations de l'OMS ». En effet, ces préconisations ciblent la pratique d'activité physique en prévention des maladies chroniques (cardio-vasculaires, diabète de type 2 et cancers les plus fréquents). De plus, la haute autorité de santé (HAS) reconnaît depuis 2011 les bienfaits de l'activité physique notamment pour les patients atteints de maladies chroniques. Elle démontre que l'APS contribue à « retarder l'âge de la survenue de pathologies chroniques et peut faire gagner quatorze années de vie en bonne santé ». En somme, l'Activité physique est donc reconnue comme une « thérapeutique non médicamenteuse ». Or, d'après des chiffres publiés par l'Agence Régionale de Santé de Provence-Alpes-Côte d'Azur (ARS PACA, 2019), plus d'un million de personnes ont été prises en charge pour des maladies chroniques (cancers, asthme, diabète...). Ce chiffre pourrait même atteindre près de deux millions en 2028. Conscients de ce phénomène, il nous semble pertinent d'étudier le contexte actuel et l'impact de la crise « Covid -19 » sur cette problématique de santé publique. D'après nos recherches, la crise sanitaire n'ayant pas eu sur la sédentarité un effet positif escompté, le baromètre national des pratiques sportives (2021) montre que les Français ont diminué leur pratique. Cette diminution ne serait pas liée à un manque de place ni à un manque de temps. La crise et les confinements auraient aggravé de façon inquiétante les chiffres affichant une réduction de l'activité physique chez une personne sur deux en France. De même, d'après l'enquête Coviprev de Santé publique France (2022), on constate une augmentation du temps quotidien passé assis chez six personnes sur dix. Au regard de cette évolution, notre travail nous amène à étudier les textes qui viennent compléter les mesures susvisées. Ainsi, nous nous saisissons des enjeux et des stratégies initiés pour mieux nous positionner en acteur de santé publique puisque cela nous questionne.

Le Programme national Nutrition Santé (PNNS) a amorcé en 2002 une campagne médiatique en recommandant la pratique d'une activité physique.

Ensuite, la loi de modernisation de notre système de santé (2016) « introduit la prescription d'une activité physique adaptée (APA) pour les patients souffrant d'affection de longue durée ». Dès lors, l'Activité physique, reconnue comme thérapeutique, est devenue un outil à disposition des médecins traitants.

Par ailleurs, l'OMS a lancé en 2018, le « Plan d'action mondial pour promouvoir l'activité physique ». Mandatée mondialement, l'organisation élabore des recommandations qui mettent en relation le type, l'intensité et la quantité d'APS nécessaires à la prévention des maladies.

L'article R4121-1 du Code du travail quant à lui précise que l'APS est une « réponse moderne » contre les risques psychosociaux et les troubles musculosquelettiques en particulier chez les salariés sédentaires. À ce titre, cet article préconise le passage de la prévention vers une « démarche santé-bien-être » (PNAPS, 2008).

Conscientes de cet enjeu de santé publique, les collectivités locales et les associations commencent elles aussi à réfléchir à des actions en faveur de la prévention. Des équipes comme Azur Sport Santé multiplient leurs actions de promotion de l'APS. En sus des préconisations ministérielles

initiées par la Stratégie Nationale Sport Santé 2019-2024, des dispositifs visant à la mise en place d'activités physiques en entreprise témoignent désormais de l'engagement des autorités en ce sens. Pour autant, malgré les campagnes nationales, il s'avère que la courbe de la sédentarité n'amorce pas de descente. Aussi, hormis les risques d'engendrer des maladies, nous souhaitons vérifier si d'autres enjeux peuvent y être associés. D'après une publication du ministère des Sports (2018), il semblerait que le coût lié à la sédentarité aurait augmenté ces dernières années. « L'inactivité physique en France impliquerait des dépenses à hauteur de 17 milliards d'euros ». Notre recherche nous permet de comprendre que l'enjeu du développement des APS dépasse maintenant le domaine de la santé et vient plus largement intéresser l'impact économique. En effet, d'autres études portent sur l'enjeu positif sur la productivité dont doivent se saisir les entreprises. D'après les résultats d'un questionnaire envoyé à 200 entreprises (Afnor, 2021), il ressort de cela que l'APS est non seulement un levier pour la santé, mais aussi, un levier de compétitivité puisqu'un salarié qui pratique une activité physique augmente sa productivité. Pour exemple, d'après Coulommiers (2021), dans des entreprises comme la filiale du groupe Axon, qui promeut l'exercice physique et le bien-être au travail, la productivité aurait augmenté de 6%. Pour les auteurs et les contributeurs du guide, il semble désormais admis que : « l'APS améliore le bien-être et la qualité de vie, augmente la productivité et la rentabilité, diminue la rotation et les absences, favorise une attractivité, fidélise les salariés, participe à l'image de l'entreprise, participe à réduire l'impact financier lié aux dépenses de santé et renforce la cohésion et l'inclusion des équipes ». Ainsi, notre travail va se poursuivre en répondant à une nouvelle interrogation : quelle place est désormais accordée à l'APS au sein des entreprises ?

Notre revue de littérature confirme, d'après Barbusse (2009), que le sport en entreprise existait déjà en 1932, avec les premiers championnats de football organisés par JP Peugeot. Néanmoins, le sport au travail permettait à l'époque, de mettre en valeur l'image de l'entreprise et, d'offrir une distraction aux employés. Pour autant, si la pratique du sport au travail n'est pas récente, seulement 17% des Français sportifs disent le pratiquer aujourd'hui au sein de leur entreprise. Pourtant, d'après la norme Afnor-Spec (2021) qui aborde la question des activités physiques et sportives en milieu professionnel, «83% des salariés français déclarent vouloir pratiquer une APS en entreprise ». Or, on ne retrouve que 18% des entreprises (une sur cinq) qui proposent une APS à leurs collaborateurs. En tant que professionnels de santé, nous souhaitons travailler sur l'impact des problématiques sur les soignants. Pour ce faire, nous détaillerons les difficultés, le contexte et la place qu'occupe la pratique d'une APS dans le secteur sanitaire.

Depuis une vingtaine d'années, le système de santé a connu plusieurs changements d'organisation. Les évolutions sociales, médicales et économiques sont à l'origine de transformations ayant modifié l'horizon hospitalier. La nouvelle gouvernance hospitalière s'est vu introduire des dispositifs de certification mis en œuvre par la HAS en réponse à l'ordonnance 96-346 du 24 avril 1996. Dans un but de dynamisation de la qualité et de la sécurité des soins, ces dispositifs visent aussi à se

préoccuper de la sécurité des professionnels de santé. Le système de santé est passé d'une mobilisation des compétences centrées sur le soin à un contrôle des organisations voire une coercition à détailler chaque fait et geste. Un nouveau management a été initié pour « contrôler » et transmettre une « culture de la qualité ». Or, l'exigence que ces dispositifs imposent est à l'origine de pressions et de tensions auprès des équipes de soins. Par ailleurs, le système de financement des établissements de santé a évolué au gré des plans de modernisation de la gestion hospitalière. Le Plan-Hôpital 2007 a instauré certaines mesures à l'origine du nouveau système de remboursement, la « T2A ». Ce système impose une tarification à l'acte, et entraîne les établissements, « gestionnaires d'activités », dans une quête de rentabilité à l'origine d'un profond changement. L'évaluation de l'activité s'est profilée dans les tableaux de bord, les mesures, les statistiques et dans la gestion des ressources humaines. La notion de productivité, définie comme « l'ensemble des ouvrages qu'un individu contribue à réaliser » a introduit une accélération du rythme de travail, qui, associée à de nouvelles restrictions, impacte les conditions de l'activité et la cohésion de l'équipe de soins. L'évolution du taux d'absentéisme vient elle aussi impacter l'organisation et les conditions d'exercice. Une recherche de performance instaure même une notion de concurrence entre les établissements et impacte la cohésion des soignants plus habitués à s'inquiéter du bien-être du patient que du niveau d'efficacité entre institutions. Face à ces transformations, le cadre de santé, symbole du changement et leader des organisations (Mintzberg, 2004) est devenu le gestionnaire d'un « parc d'activités de soins » et doit gérer des soignants de plus en plus distants. Il est vrai que le stress au travail et le nouveau paradigme de « burnout syndrome » ou syndrome d'épuisement ont émergé et ont affaibli la cohésion d'équipe, pourtant identifiée comme le « ciment » entre qualité de vie et efficacité. Par ailleurs, les récents événements comme les attentats ou encore l'épidémie de Covid-19 ont eux aussi soumis les soignants à des facteurs stressants et déstabilisants. Pour autant, la situation vécue lors des premières vagues de la crise sanitaire aurait « ressoudé » des équipes en recréant un esprit de solidarité. En effet, dans certains services soumis à une forte tension, les soignants, en resserrant les liens, ont vécu un phénomène de levier positif sur la cohésion d'équipe. Il paraît donc essentiel et prioritaire de maintenir cet esprit cohésif et solidaire. Cependant, ces phénomènes positifs isolés n'ont concerné que très peu de services. Nombreux sont ceux qui n'ont pas ressenti d'effet positif sur la cohésion d'équipe. Cette crise a même plongé des équipes dans de grandes difficultés à la suite de l'augmentation de la charge de travail et de la charge mentale qui en découle. Il est évident que les patients atteints de Covid ont nécessité des précautions importantes quant au risque de transmission virale. Cette prise en charge a modifié les habitudes de travail, notamment lors des premières vagues. Les soignants ont dû se « surprotéger » grâce à des équipements, à l'origine d'un stress et d'un isolement. Or, cet isolement s'est ressenti dans la relation au patient, mais aussi dans la relation au sein de l'équipe. Les masques, les surblouses, les charlottes, à l'image du scaphandrier, ont amoindri les échanges entre les soignants et les patients et ont eu un impact sur la cohésion d'équipe. La charge mentale liée au virus a elle aussi eu des effets non négligeables sur le collectif

puisque les espaces d'échanges ont été réduits, voire supprimés. De plus, de nombreux soignants ont eux-mêmes été contaminés, ce qui a engendré une méfiance et a entamé la cohésion d'équipe. Face à des soignants « fatigués, désabusés », il devient alors essentiel d'imaginer de nouveaux leviers qui viendraient renforcer la cohésion. Enfin, l'absentéisme a augmenté la charge physique et mentale des agents en poste, ce qui a eu un impact négatif sur l'esprit cohésif d'agents épuisés.

Quant aux étudiants, une enquête menée auprès de 14000 étudiants infirmiers fait état de la dégradation de leur état de santé psychologique et physique (Miller, 2017). Il apparaît même que l'augmentation du stress associée au manque de temps serait à l'origine d'un « blues des élèves » et participerait à une mauvaise cohésion entre eux. Cette étude montre aussi que 18,8 % des étudiants se sentent en « mauvaise, voire en très mauvaise santé ». Un des éléments d'explication mis en évidence dans l'étude est « le manque d'activité sportive, la qualité et la quantité de sommeil ». De plus, la HAS (2020) estime que ces risques d'anxiété et d'épuisement peuvent « générer un état de souffrance psychique, voire des symptômes dépressifs avec un risque suicidaire ou encore un trouble de stress post-traumatique ». Outre les troubles d'anxiété, il est également constaté chez les soignants et les étudiants une augmentation des troubles musculosquelettiques (TMS). La ministre Roxana Maracineanu a ainsi instauré des mesures de prévention des troubles musculosquelettiques à travers la promotion de l'APS. Pour accompagner ces mesures, la sécurité sociale lance une nouvelle initiative généralisable à tous les secteurs d'activité par le décret du 28 mai 2021. Celui-ci vise à inciter les employeurs au développement du sport en entreprise pour lutter contre les TMS tout en bénéficiant d'une réduction de cotisations sociales. Pourtant, les troubles musculosquelettiques chez les soignants sont la cause de nombreux arrêts maladie. En effet, d'après le groupe MACSF qui couvre les professionnels de santé, les TMS seraient la première cause d'arrêt de travail et d'inaptitude chez le personnel hospitalier. Nous nous questionnons sur l'origine de ces troubles dans un secteur pourtant pleinement conscient des risques encourus. Les facteurs d'influence des différents troubles sont associés au manque de personnel, à la perte de sens et à l'ébranlement de la cohésion d'équipe. Le sous-effectif engendre une charge supplémentaire et induit des troubles musculosquelettiques. Les établissements de santé ont donc mis en place des formations visant à diminuer la pénibilité en montrant aux professionnels comment adopter de nouvelles postures. Des études des postes de travail et des adaptations ergonomiques ont également été initiées. Pour autant, les TMS restent la cause de 2,3 millions de jours de travail en moins. Une des préconisations visant à lutter contre les TMS reste encore l'activité physique. Cette dernière, en renforçant les tissus musculaires, participe à la réduction de la sédentarité engendrée par les douleurs. Cependant, nous pourrions nous demander pourquoi la sédentarité augmente aussi chez des soignants qui ont connu une accélération du rythme de travail ces dernières années. Il s'agit en effet de professions dans lesquelles les agents ont la perception d'avoir une activité soutenue et il serait logique de penser que ces derniers sont épargnés par la sédentarité. Pourtant, selon une étude canadienne, l'exercice des professions soignantes ne serait pas aussi bénéfique que l'on pourrait le penser. En effet, les résultats de cette

étude menée auprès de 410 infirmiers montrent que ces derniers comptabilisent environ 96 minutes hebdomadaires d'activité contre 150 préconisées par l'OMS. Par conséquent, malgré leur perception d'activité estimée à 120 minutes, seulement 23% des infirmiers respecteraient les préconisations. En somme, malgré un rythme de travail soutenu, il est admis que l'exercice de la profession soignante ne permet pas de s'affranchir de TMS et ne permet pas non plus de respecter les préconisations de l'OMS visant à lutter contre la sédentarité. Les soignants auraient même des comportements de plus en plus liés à des facteurs de vulnérabilité comme la consommation de substances addictives, une mauvaise hygiène de vie voire un isolement social.

Le thème développé dans ce travail correspond à un enjeu de santé publique et une préoccupation managériale qui font face au contexte actuel. Réfléchir à des moyens d'actions visant à réduire le stress, prévenir les risques de mauvaise santé, galvaniser et maintenir la cohésion sont les clés de motivation du travail de recherche que nous allons présenter ci-après. Conscients de cet enjeu pour la santé des soignants de pratiquer une APS, nous souhaitons désormais étudier la relation avec la cohésion d'équipe, ce qui nous amène à répondre au questionnement suivant :

En quoi l'activité physique chez les soignants influence-t-elle la cohésion d'équipe ?

Nous établirons dans une première partie le concept de cohésion auquel nous rattachons des dimensions de coopération, de performance, d'efficacité, ce qui nous conduira à traiter des aptitudes relationnelles des individus. Nous poursuivrons notre revue de littérature avec une approche de l'activité physique afin de déconstruire nos propres représentations. La seconde partie de ce travail est consacrée à la phase exploratoire dans laquelle nous élaborons un questionnaire de recherche qui nous permet une étude quantitative du terrain. Nous en présenterons enfin les résultats puis la discussion aboutissant sur des perspectives professionnelles.

PREMIÈRE PARTIE : LA COHÉSION ET LE SPORT, DU CONCEPT AU LEVIER

1. Les facteurs clés d'une meilleure cohésion dans un service de soins

Afin que le cadre de santé réfléchisse à l'amélioration de la cohésion dans le secteur de la santé, il est essentiel de connaître les facteurs d'influence et les éléments qui la composent. Pour ce faire, nous commencerons par traiter de la coopération, de l'efficacité, de la notion d'équipe puis des aptitudes relationnelles.

1.1. Le cadre de santé acteur d'une bonne coopération

L'étude du contexte lié à l'évolution du système de santé et à la crise sanitaire nous amène à nous interroger sur la nécessité pour le cadre de santé d'actionner des leviers visant à maintenir et

optimiser l'activité de soins. Pour commencer, nous allons interroger la notion de levier dont la définition (Larousse, 1995) fait ressortir au moins trois significations :

- Une barre pivotant sur un point d'appui permettant de soulever de lourdes charges.
- Une tige de commande d'un mécanisme.
- Un moyen d'action.

Si nous regardons quelles en sont les applications dans le domaine de la santé, nous définissons le levier comme un ensemble de moyens mécaniques telle la barre, stratégiques telle la tige de commande, ou encore généraux comme le moyen d'action. Dès lors, nous retiendrons le troisième sens qui nous semble pertinent au regard de notre champ d'application. Pour autant, un levier, s'il est un moyen d'action, n'est pas simplement un « outil », mais il est issu d'une réflexion et d'un accompagnement. Le cadre de santé garant de l'organisation est le vecteur d'une réflexivité et mobilise des leviers d'actions dans un but d'amélioration. Si pour Honoré de Balzac, « l'intelligence est le levier avec lequel on remue le monde », pour Félicité de Lamennais, « le plus puissant de tous les leviers, c'est la volonté ». C'est donc en faisant preuve d'intelligence et de volonté que nous souhaitons inscrire ce travail d'amélioration de la cohésion d'équipe. Or pour améliorer la cohésion, il s'agit d'en comprendre l'origine et la signification. Son étymologie vient du néo-latin *cohaesio*, formée sur le modèle de l'adhésion et signifie « rester ensemble ». Nous retrouvons la notion de cohésion dans la « force par laquelle deux choses adhèrent entre elles » (Demours, 1752). En étudiant l'historique de l'usage du mot « cohésion » (la langue française, 2021) dans les textes publiés, nous observons une courbe croissante (annexe 1) depuis les années 1900 avec une nette accélération depuis 1950. Cette récurrence de l'utilisation du mot est certainement le reflet d'écrits cherchant à comprendre les symptômes d'une génération en difficulté. Conflits, compétition, stress, tensions sont autant de signes qui doivent inciter à une coopération des acteurs pour une meilleure cohésion. La coopération est une valeur efficace qui génère la cohésion elle-même à l'origine d'une meilleure qualité de vie au travail. La coopération, au même titre que la confiance, peut influencer les relations. En effet, sans elle, l'équipe aura du mal à évoluer vers un même objectif. La coopération est définie par Muchielli comme « la participation intentionnelle et coordonnée des membres d'un groupe dans une action commune » (2012). Pour l'auteur, les individus adhèrent et convergent vers un but commun à l'origine du raisonnement et de l'esprit coopératif. Or il dit aussi que la coopération peut être limitée lorsque les individus manquent de considération les uns envers les autres, ce qui d'après nous, peut s'accompagner d'un manque de confiance.

Or, pour T. Orlick (*in* P. Provost, 1981) ¹ il existe quatre facteurs qui composent une activité coopérative : la coopération, l'acceptation des autres, l'implication personnelle et le plaisir de pratiquer une activité. Le premier facteur renvoie à la communication, l'entraide, la cohésion et la confiance. Cette coopération permet aux soignants d'affronter les situations de crise, les situations dégradées et les environnements de travail stressants. Le second facteur correspond à l'acceptation

¹ Consulté le 22 mars 2022

de l'autre avec ses différences, et se retrouve dans les valeurs d'équité de prise en charge. Le troisième facteur renvoie à la contribution de chaque individu en fonction de ses capacités. Le dernier facteur quant à lui renvoie à la notion de plaisir de chaque individu à réaliser une tâche. Nous déduisons donc que la coopération, en mobilisant des notions de confiance et de considération, participe au renforcement de la cohésion. Nous comprenons l'importance pour le cadre de santé d'influencer ces facteurs pour favoriser un environnement cohésif et une prise en charge optimale. Or, la nouvelle gouvernance prône l'optimisation de la prise en charge en introduisant la notion d'efficience. Cela nous amène à vérifier l'existence d'une relation entre la cohésion et l'efficience.

1.2. Le cadre de santé au cœur des actions partagées dans un secteur de soins efficient

À travers notre revue de littérature, nous notons une récurrence du mot « efficience » qu'il nous semble intéressant de définir. Contrairement à une chaîne de fabrication, le soin n'est pas une addition de facteurs de productions. Pour autant, la qualité du soin est bien la résultante d'une somme d'activités produites. Le terme d'efficience s'apparente selon la revue de statistique appliquée (1954) au mot anglais « efficiency » dont la traduction correspond aux notions de productivité et de rendement. Selon la HAS (2019), la recherche d'efficience entraîne des stratégies qui visent à réduire les coûts. Or la réduction des coûts ne correspond pas uniquement à une maîtrise et une gestion des stocks de matériel, mais aussi à une diminution des coûts de personnel. En jouant sur la mutualisation des ressources humaines, l'hôpital procède à des « coupes budgétaires » dans les dépenses liées au personnel. Certains professionnels peuvent ainsi se voir ralentis dans leur progression de carrière ou aussi se voir refuser la reconnaissance de compétences. Or cette gestion du personnel impacte la qualité de vie des soignants, et augmente la charge de travail à l'origine de stress. L'hôpital, garant d'un équilibre budgétaire, doit considérer la qualité des professionnels qui y travaillent et leur degré de satisfaction. En effet, l'hôpital doit travailler son attractivité, fidéliser son personnel en maintenant une culture interne efficiente. Livartowski (2010) estime que « pour que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sans les contraintes qui sont les siennes, il faut qu'existent en son sein les principes d'actions partagées qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein de l'organisation ». Nous retrouvons ici le rôle du cadre de santé qui devient un acteur central de cette nouvelle organisation en adaptant à son mode de fonctionnement celui de « new public management ». Pour Pesqueux (2008), il est désormais admis que l'efficience dans la gestion des ressources impose au cadre de santé une rationalité économique à laquelle son management doit s'adapter pour maintenir une cohésion. Cette dernière peut alors être synonyme de levier « d'accroissement de la performance du service public ». L'émergence de l'efficacité collective initiée par Bandura (1997) serait le signe d'une mutualisation des compétences coordonnées dans un processus de concertation efficace. La cohésion et le leadership seraient, pour cet auteur, les éléments essentiels à l'efficacité collective. C'est à ce titre que nous souhaitons définir la cohésion en étudiant le groupe et l'équipe.

1.3. Le groupe ou l'équipe, la place du soignant dans le service de soins

Le psychologue américain Schachter (1950) définit la cohésion comme : « La totalité des forces, qui poussent des membres à rester dans le groupe (...) elle augmente avec la valence du groupe ». Si nous considérons que la valence correspond à la capacité de liaison des individus entre eux, nous comprenons que des « forces » multidimensionnelles interagissent et conditionnent la cohésion.

Ainsi, certains auteurs considèrent trois types de forces qui sont « L'attraction individuelle reposant sur le besoin d'affiliation, les forces opératoires liées à l'activité et le prestige du groupe c'est-à-dire la fierté d'appartenir au groupe » (Festinger, 1950). Nous concevons alors que la cohésion puisse être étroitement liée au phénomène de groupe. De plus, des recherches menées dans les années mil neuf cent vingt ont conclu qu'il existe une relation entre le rendement, les facteurs de productivité, et la notion d'appartenance. En effet, les travaux qui ont étudié les individus œuvrant au sein d'une même activité montrent que l'esprit cohésif n'est pas naturel et dépend de plusieurs facteurs.

Plus tard, la sociologie de Moreno (1934) aborde une approche « individualiste » et montre que la structure du groupe serait composée d'interactions attractives et répulsives entre les individus. Certains auteurs admettent même que ce sont les relations entre les individus qui engendrent les qualités et les caractéristiques du groupe. D'autres approches, comme celles de Kurt Lewin (in Aymard, 2016) sur la « dynamique de groupe », le définissent comme un ensemble dans lequel le changement d'une partie influencerait sur les autres parties. Pour Lewin, les individus qui forment le groupe agissent les uns par rapport aux autres en créant des interactions qui le régissent. Selon lui, le groupe ne peut pas exister sans cohésion. De ce fait, si la cohésion exerce une influence sur la dynamique du groupe, le cadre de santé, en mobilisant des leviers de cohésion, exercera une influence sur cette même dynamique. Pour aller plus loin dans l'analyse de la cohésion, Bliese et Halverson (1996) la déclinent sous dimensions que sont : « la cohésion verticale qui correspond aux perceptions des subordonnés, de la prévenance et des compétences de leur leader, et la cohésion horizontale qui est une mesure du degré d'attachement retrouvé à l'intérieur d'un groupe ». Si nous reprenons cette hypothèse, la cohésion serait soumise non seulement aux relations entretenues avec la hiérarchie, mais aussi aux relations entre pairs. La prévenance et les compétences du cadre de santé participent donc au maintien d'une bonne cohésion.

Plus tard, les travaux menés par Bollen et Hoyle (1990) définissent la cohésion comme « un sens individuel d'appartenance à un groupe particulier et une sensation de bien-être individuel liée au fait d'appartenir à ce groupe ». Pour eux, l'individu entretient des relations cognitives et des relations affectives fondées sur les expériences. En outre, chaque expérience est vécue différemment selon l'esprit cohésif dans lequel l'agent se situe. Le sentiment d'appartenance est donc soumis au degré de cohésion.

Pour résumer nos recherches sur la cohésion et le groupe, nous admettrons l'existence de relations entre l'identité de l'individu et celle du groupe. Cependant, ces recherches s'inscrivent dans le domaine de l'implication émotionnelle de l'individu. Or, dans le domaine de la santé, la notion

d'équipe nous semble plus adaptée. Nous reprendrons donc la notion d'équipe que Forrester et Drexler (1999) utilisent comme « un espace social de travail que permet le rassemblement des individus ayant des habilités différentes et qui sont coordonnées pour réaliser des activités qui ne peuvent se réaliser que collectivement et pour augmenter l'efficiency de l'effort ».

D'après la revue de littérature établie par Muchielli (2012), il existe plusieurs interprétations de la notion d'équipe. Dans cet ouvrage, si pour Lafon, l'équipe est un groupe réduit qui permettrait une fluidité dans les relations, Chombard de Lauwe quant à lui relierait plutôt la notion d'équipe à une volonté d'appartenance et une volonté d'adhésion. Par ailleurs, Jacobson et Monello décrivent comme nécessaire la distinction entre le groupe représenté par des individus qui travaillent ensemble et l'équipe qui fait preuve de convergence des efforts.

Nous comprenons en effet que la vision commune, le partage de l'action et l'adhésion des individus participent à l'unité de l'équipe dans un service de soins. La proximité au sein d'une équipe intégrant des valeurs communes et l'aisance communicationnelle favorisent la coopération des soignants. Pour Estry-Béhar et Le Nezet (in Dumas, Douguet, Fahmi, 2016), « une équipe soignante est d'abord le fruit d'un fonctionnement collectif ».

En effet, le travail en équipe n'est pas naturel et doit se construire au terme d'efforts personnels impliquant une volonté de cohésion et d'organisation. Selon Hackman (in Dumas, Douguet, Fahmi, 2016), le travail d'équipe serait « un ensemble de cognitions, d'attitudes et de comportements interreliés contribuant au processus dynamique de l'activité ». Nous comprenons que le travail d'équipe notamment chez les soignants doit se nourrir de relations tel un atome afin que les éléments qui le composent forment un tout. Selon Muchielli (2019), « l'équipe forme une entité renforcée par le désir de collaborer au travail collectif en s'efforçant d'en assurer le succès ». Pour l'auteur, l'individu qui s'identifie à l'équipe va s'imprégner de ses réalisations, qu'elles soient favorables ou pas, afin de nourrir sa satisfaction. La notion d'équipe participe donc au développement de l'individu. Pour Langevin et Picq (2001), l'équipe est une partie du groupe orientée vers une tâche à exécuter ce qui constituerait sa raison d'être. Pour ces auteurs, l'équipe se définirait donc par un ensemble d'individus qui convergent vers un même objectif, source de cohésion. Il nous semble que cette définition soit la plus appropriée au secteur sanitaire qui prône la convergence des moyens, des ressources, des outils, des procédures, des compétences et, in fine, converge vers la prise en charge du patient.

Pour rejoindre cette vision de l'équipe, Sundstrom (in Langevin, 2011) estime que l'équipe réunit et développe des compétences entraînant une diminution du risque d'erreur et un maintien du niveau de qualité. En outre, il estime que l'équipe maîtrise les limites du terrain, et présente une capacité de décision dans et pour l'action grâce à l'intégration d'un processus interne simplifié.

L'équipe serait donc un ensemble, source de créativité et d'innovation, inscrivant ses membres dans une dynamique motivationnelle satisfaisante. Dès lors, nous questionnons les éléments qui peuvent influencer la cohésion interne, ce qui nous amène à étudier les aptitudes relationnelles.

1.4. Le rôle des aptitudes relationnelles dans la cohésion soignante

Selon les deux Américains Butler et Waldroop qui ont étudié les aptitudes relationnelles (*in* Granger, 2021), il existe quatre dimensions que sont l'influence, l'aisance interpersonnelle, l'intelligence relationnelle et le leadership. D'après ces auteurs, il est essentiel de faire en sorte que les dimensions se coordonnent pour inscrire l'équipe dans une complémentarité relationnelle ce qui renforce la cohésion. Si pour le cadre de santé, il est primordial de connaître l'existence des différences de personnalité, il n'en demeure pas moins essentiel de savoir les piloter pour l'atteinte d'un objectif. Chaque individu agit en fonction de ses perceptions et de ses valeurs et il revient au cadre de connaître les aptitudes relationnelles, de les coordonner pour une meilleure cohésion. Notre expérience professionnelle nous a prouvé qu'une répartition des ressources humaines optimale ne pouvait se faire qu'en pilotant les aptitudes et les compétences des manipulateurs en imagerie. En outre, le degré d'influence positive d'un manipulateur sur l'équipe dépend de sa capacité de persuasion, ce qui peut agir directement sur la mobilisation de ses collègues. De ce fait, l'individu qui exerce une influence développe une capacité à créer et entretenir des relations stratégiques en étant un bon négociateur. Par ailleurs, le degré d'influence permet à l'équipe d'engager des discussions, d'élargir le réseau professionnel, de partager des connaissances et donc d'enrichir ses relations. Nous pouvons conclure que l'influence est un vecteur de développement de la cohésion. La seconde dimension quant à elle correspond à l'aisance interpersonnelle et renvoie à la notion d'empathie. Si pour la plupart des agents du secteur sanitaire, l'engagement est lié à une vocation et une centration sur l'autre, il n'en demeure pas moins essentiel que l'aisance interpersonnelle permet une écoute, un soutien et une aide au sein de l'équipe. L'aisance interpersonnelle d'un membre de l'équipe favorise sa position de médiateur dans la gestion des conflits. En outre, cette dimension participe au renforcement de la cohésion d'équipe.

La troisième dimension correspond à l'intelligence relationnelle qui autorise une facilité de communication et de transmission des informations indépendamment du support utilisé (visuel, écrit, oral). Si au sein de l'équipe, des soignants sont dotés d'intelligence relationnelle, cela participe au renforcement de la cohésion grâce aux compétences communicationnelles partagées.

La dernière dimension correspond à la notion de leadership. Selon Guillouët (2021), le leadership est la capacité d'un individu à mobiliser sans notion de contrainte. L'individu doté de leadership est naturellement pilote des organisations. Il est également doté d'une crédibilité qui influence l'équipe sans coercition. Le soignant doté de leadership prône l'esprit de coopération, galvanise l'équipe et suscite l'intérêt. Le leadership est donc une caractéristique essentielle au maintien de la cohésion d'équipe, notamment dans le secteur sanitaire. Au terme de cette première partie, après avoir étudié la cohésion, la notion d'équipe et les aptitudes relationnelles, nous souhaitons poursuivre en analysant l'enjeu de la pratique d'une APS en service de soins pour comprendre les bienfaits, mais aussi les limites à ne pas méconnaître.

2. La pratique d'une activité physique comme levier de performance

Dès lors, nous souhaitons voir si la pratique d'une activité à une emprise sur l'individu, sur l'organisation et si cela participe à favoriser les notions de résilience et de stress auxquelles le secteur de la santé fait face.

2.1. L'impact positif du sport chez les soignants

Guillouët (2021), estime que la pratique sportive est un moteur du leadership par lequel l'individu gagne en confiance. Pour l'auteur, l'APS suivie modifie l'aspect musculaire et dessine le corps à l'image des standards d'affichages publicitaires. En effet, le renforcement musculaire génère une forme d'autosatisfaction et améliore la confiance en soi. Par ailleurs, la pratique régulière améliore les performances individuelles lors d'accomplissements sportifs. En outre, le soignant qui pratique une activité physique va renforcer sa propre estime et améliorer sa performance individuelle. D'après Schermerhorn (in Dolan, Lamoureux, Gosselin, 1996), il existe deux sortes d'influences sur le comportement du salarié. La première est liée à « l'identification affective » qui se retrouve lorsque le soignant partage des buts et adhère aux valeurs de l'entreprise. Lorsqu'il s'y associe, il fait preuve de loyauté, nourrit son sentiment d'appartenance et améliore la performance collective. L'APS peut alors remplir une fonction normative décrite par Aebischer et Oberlé (1998) telle « un processus selon lequel l'individu adhère aux normes, aux modèles, aux valeurs d'un groupe qui fait référence pour lui ». Pour compléter ces propos, G Hutton (in Muchielli, 2019) dit que « l'appartenance à une équipe peut être centrée sur un leader investi d'une confiance considérable. Une des fonctions du leadership est de personnifier l'unité et l'existence continue de l'équipe, et de maintenir l'engagement affectif de ses membres de telle sorte que l'équipe puisse travailler les périodes de difficultés ou de changements critiques ». Or, il est bien connu que le sport est un moyen de véhiculer des valeurs et de fixer des objectifs communs. L'APS participerait donc à combler ce besoin d'appartenance chez le soignant. Pour reprendre les travaux de Maslow (annexe 2) sur les différents besoins de l'individu, il semble admis que le sport puisse participer à l'accomplissement de certains de ces besoins. Il est vrai que la pratique d'une activité sportive intègre l'individu dans une équipe, crée des liens autour de la performance physique, ce qui nourrit le sentiment d'appartenance. La participation à des événements sportifs va permettre au soignant de s'identifier par rapport aux autres institutions et de développer un sentiment de fierté. Par ailleurs, la pratique de l'APS sur le lieu de travail permet un décloisonnement impliquant le brassage d'individus issus de services différents. Contrairement à l'organisation « en silo » que connaît l'hôpital, l'activité sportive permet un affranchissement des frontières entre les services et les strates. Elle autorise de nouvelles rencontres, libres d'obligations d'appartenance. En effet, l'activité physique mobilise des individus issus de milieux sociaux, culturels et hiérarchiques divers et variés. Ainsi, les différences sont gommées puisque même la tenue n'est plus liée à la fonction de l'individu. À l'image de l'uniforme scolaire, le vêtement sportif va permettre aux salariés de se défaire de la symbolique liée à leur fonction. L'activité physique lève les principes de spécialisation et de coordination décrits par Mintzberg (2004). Les relations et les représentations

étant différentes, l'activité permet aux individus de modifier l'imaginaire organisationnel et de développer des performances. De plus, nous observons aussi le besoin de réalisation dans le perfectionnement individuel et la « maximisation du potentiel » décrite dans la Théorie ESC d'Alderfer (in Dolan, Lamoureux, Gosselin, 1996). Or, si nous comprenons que l'APS participe au renforcement de la performance individuelle, nous cherchons désormais à montrer qu'elle participe également au renforcement de la performance organisationnelle.

2.2. L'activité physique, un activateur de performance organisationnelle

La performance organisationnelle renvoie à la capacité d'un service ou d'une unité de soins à atteindre des objectifs fixés. Pour reprendre le schéma de la performance² (annexe 3), nous notons qu'elle tient compte de la pertinence des objectifs, des contraintes, de la cohérence des moyens, de l'efficacité et de l'efficacités des résultats obtenus. La performance organisationnelle d'une équipe de soins va s'évaluer en fonction des résultats, du contexte, mais aussi en fonction des interactions au sein de l'équipe. Or, nous avons vu que l'efficacité, au même titre que l'efficacités, faisait partie intégrante de la cohésion d'équipe. De plus, une équipe de soins qui a la possibilité de pratiquer une APS bénéficie d'une amélioration de ses conditions de travail. En effet, la pratique de l'APS dynamise le fonctionnement du service et participe à accroître la motivation et la satisfaction. Par ailleurs, la complicité qui naît lors de la pratique de l'APS en équipe améliore les performances. Véritable exutoire, l'APS entretient une ambiance de travail positive et véhicule des énergies constructives. Les interactions au sein de l'équipe s'améliorent et galvanisent la performance organisationnelle. L'activité physique, synonyme de « bulle de neutralité » offre aussi un intérêt lors d'un conflit puisqu'elle participe à l'inhibition des relations imposées par le contexte organisationnel et autorise l'expression corporelle. En outre, la pratique proposée au sein d'un établissement offre un avantage concurrentiel, donc un levier d'attractivité, ce qui participe à la performance organisationnelle. Pour aller plus loin, nous souhaitons montrer comment, lors d'une période de crise ou d'un évènement traumatisant, l'APS peut renforcer la résilience des soignants.

2.3. La relation gagnante entre activité physique et résilience dans le secteur sanitaire

Certains soignants qui ont vu leurs habitudes professionnelles se transformer et qui ont vécu des situations traumatisantes développent les syndromes de « burnout » engendrés par la surcharge de travail, de « bore-out » liés à l'ennui, et de « brownout » signes de perte d'intérêt. Dans ce contexte, la pratique d'une activité au sein de son institution est présentée comme un des avantages sociaux valorisants. En effet, cela est considéré comme un « véritable service » offrant un avantage financier grâce à des tarifs dérisoires, voire gratuits, ce qui participe au renforcement d'une cohésion interne. Le sport en entreprise est donc un levier motivationnel, ce qui vient compléter l'hypothèse suivante avancée par le sociologue Burlot (2005) : « le sport en entreprise accroît la cohésion interne ». De

² Consulté le 23/03/2022

plus, puisque l'APS améliore l'image et la notoriété, elle profite aux soignants qui intègrent le programme sur leur lieu de travail. En favorisant la communication interne, les réseaux se développent et la cohésion relationnelle comme les échanges interpersonnels se multiplient. De même, la pratique de l'APS à l'hôpital participe à un temps de décélération dans un système de santé rythmé par une cadence effrénée. L'absence de contrainte renforce la cohésion et participe à l'amélioration de la gestion du stress. L'activité sportive, en cultivant l'effort physique et le dépassement de soi, renforce la capacité de résilience. Dans un article de Viguier-Vinson (2020), le neuropsychiatre Boris Cyrulnik met en avant l'existence d'un lien entre le sport et la résilience. Cette dernière se définit comme la capacité d'un individu à « reprendre le dessus » à la suite d'un événement traumatisant personnel ou lié à un élément extérieur. La violence de l'attentat en 2016 a été un des événements qui ont marqué la résilience des soignants. De plus, l'actuelle pandémie entraîne des syndromes d'épuisement chez de nombreux soignants. Aussi, Cyrulnik explique que dans des circonstances exceptionnelles, l'APS peut devenir une source de résilience si l'animateur ou le coach accompagne les participants, à l'image de l'échalas qui soutient le pied de vigne. Pour autant, si la pratique d'une activité renforce la cohésion, la résilience, l'esprit d'appartenance, elle doit tout de même rester une source de positivité sans engendrer de nouvelles frustrations.

2.4. Les limites d'une activité physique peu adaptée

La pratique de l'APS, bien que bénéfique, ne doit pas générer de stress supplémentaire ni de blessures. Pour ce faire, elle doit être encadrée, et autoriser un épanouissement physique et mental. Or, l'inverse peut se produire chez un soignant dont les bénéfices ne se ressentent pas. En effet, d'une société prônant le « culte de la performance » (Ehrenberg, in Pierre, 2020), nous sommes désormais dans une société où le culte du « bien-être » culpabilise ceux qui n'adhèrent pas à l'auto-responsabilité. L'APS peut alors entraîner un syndrome d'isolement chez les soignants qui sont fragiles. De surcroît, le malaise lié à la perception de l'image de soi et à la pudeur perçue lors d'une séance sportive peut générer un stress supplémentaire. D'autre part, ceux qui rencontrent des difficultés de communication peuvent ressentir un malaise lors d'une séance regroupant des participants inconnus. En effet, la peur liée au changement renvoie aux expériences personnelles et peut aussi engendrer une forme de stress. Ensuite, le niveau de performance peut entraîner une sensation de mal-être voire d'échec lorsque l'individu se compare. Cette frustration, liée à la compétition ou à la concurrence, peut entraîner des tensions de rôles, voire des conflits. De plus, il est à noter une augmentation de situations de détresse, de syndromes dépressifs, et une tendance à la consommation de substances addictives. Chez des soignants « à cran », on constate des « soignants accros » à diverses substances, mais aussi enclins à de mauvaises habitudes alimentaires. Des facteurs de vulnérabilité chez les soignants peuvent freiner l'adhésion de ces derniers à de nouvelles activités. Les étudiants perçoivent eux aussi un mal-être majoré depuis la crise sanitaire et une corrélation avec des comportements entraînant une vulnérabilité. De ce fait, la pratique doit être motivée et motivante pour que chaque soignant trouve du sens et réduise ses

facteurs de vulnérabilité. D'ailleurs, les conclusions de l'équipe d'un CHU, qui a étudié la promotion de la santé des salariés, font ressortir l'impact du stress et de la démotivation sur les relations sociales et sur la vulnérabilité. Ils ont mis en évidence une moyenne de 25,4 jours d'absence annuelle par agent. La pratique sportive doit en tenir compte pour ne pas accentuer la fatigue physique et mentale. De même, par son effet distrayant, elle ne doit pas masquer les effets néfastes de la pénibilité du travail (Pierre, 2020). En conséquence, la pratique de l'APS doit tenir compte des risques de fragilité et de vulnérabilité afin d'entreprendre une démarche d'amélioration de cohésion. Aussi, si notre travail vise à établir l'existence d'une influence entre la pratique d'une activité et la cohésion, nous n'avons pas trouvé d'étude confirmant cette relation chez les soignants. À ce titre, notre travail se poursuit par une phase exploratoire qui consiste à approfondir notre recherche auprès de professionnels de terrain.

3. Synthèse d'une préoccupation de santé publique

La phase de contextualisation soulève des enjeux de santé publique dont les autorités se saisissent. Grâce à des études comme Inca3 (Anses, 2017), nous pouvons dire que la population vieillit en se sédentarisant. Cette évolution des individus qui deviennent inactifs se répercute sur leur santé avec l'apparition de pathologies complexes. Interpellés en tant qu'acteurs de santé publique, notre expérience professionnelle nous a conduits à nous questionner sur d'éventuels leviers visant à lutter contre cette sédentarisation. En étudiant les préconisations, nous en avons identifié une qui vise à promouvoir une activité physique ou sportive. Parallèlement à cette problématique qui touche toutes les catégories socioprofessionnelles, nous avons souhaité examiner le contexte hospitalier. L'évolution du système de santé connaît une dégradation des conditions de travail des soignants (accélération du rythme, perte de sens) ce qui impacte la cohésion de l'équipe de soins. Une étude menée auprès d'étudiants infirmiers parle même de « blues des élèves » (Miller, 2017). Afin de s'inscrire dans une démarche d'amélioration de la qualité de vie des soignants, notre travail vise à évaluer l'influence de la pratique d'une activité physique sur la cohésion. Ainsi, nous souhaitons mettre en avant deux enjeux primordiaux : l'augmentation de la sédentarité et la diminution de la cohésion d'équipe. Pour y répondre, nous imaginons que l'individu, en retirant des bénéfices liés à la pratique d'une activité, peut participer à recréer ou entretenir une cohésion d'équipe. À ce titre, notre travail vise à répondre à la problématique suivante :

En quoi l'activité physique chez les soignants influence-t-elle la cohésion d'équipe ?

Notre revue littéraire nous a permis d'identifier des dimensions associées au concept de cohésion telles que la coopération, l'efficacité, et les aptitudes relationnelles qui sont les clés de lecture de notre cadre conceptuel. Selon T. Orlick (*in* P. Provost, 1981), la coopération renvoie à la communication, l'entraide, la confiance et in fine, à la cohésion. Néanmoins, la cohésion apparaît comme un levier d'efficacité, caractère fondamental de l'activité de soins d'une gouvernance axée vers la rentabilité. Nous avons ensuite précisé que notre recherche s'apparentait à la notion d'équipe plutôt qu'à celle de groupe, souvent retrouvée en association de la cohésion. De plus, selon Butler

et Waldroop (2021), la bonne cohésion dépend des aptitudes relationnelles des membres de l'équipe et nécessite la complémentarité de quatre dimensions que sont : l'influence, l'aisance interpersonnelle, l'intelligence relationnelle et le leadership. La seconde partie de notre conceptualisation montre la plus-value de la pratique sportive tant pour la performance individuelle que pour la performance organisationnelle. Néanmoins, nous avons montré qu'il existe des limites liées à l'image de soi ou à la compétition. Ces limites doivent faire l'objet d'une attention particulière pour que seuls les bienfaits profitent à l'individu. Or, si de nombreux auteurs en démontrent les bienfaits, aucune étude trouvée à ce jour ne nous permet de mettre en relation directe ces derniers avec la cohésion d'équipe dans le domaine de la santé. Conscients qu'un service en bonne santé ne peut fonctionner sans cohésion d'équipe, nous avons l'intuition que le sport favorise l'esprit cohésif. À ce titre, nous allons poursuivre notre recherche grâce à une méthode quantitative qui suivra une logique positiviste. Pour cela, nous diffuserons un questionnaire exploratoire qui nous permettra de recroiser des dimensions sociales et relationnelles avec la pratique de l'APS. Nous souhaitons également profiter de ce questionnaire pour mettre en relation la pratique d'une APS avec des caractéristiques sociodémographiques. À ce titre, notre travail vise à confirmer l'hypothèse suivante issue de notre intuition :

L'activité physique chez les soignants influence la cohésion d'équipe.

Nous présenterons la méthodologie de recherche, puis le questionnaire élaboré à l'aide des concepts théoriques. Nous traiterons les données extraites du terrain puis en présenterons les résultats. Un retour sur les limites de notre travail de recherche nous permettra d'envisager des améliorations et nous conclurons ce travail en proposant des perspectives professionnelles.

DEUXIÈME PARTIE : LA COHÉSION ET LE SPORT, UNE ANALYSE DE TERRAIN POUR UNE MEILLEURE PROJECTION

À travers cette seconde phase, nous allons vous présenter le choix de méthodologie d'enquête, l'hypothèse de recherche, la population étudiée, puis le questionnaire utilisé. Ensuite, nous expliquerons la méthode d'extraction des données qui fait suite au recueil et en présenterons les résultats.

1. Activité physique, élément incontournable d'un service en bonne santé

Après un questionnement de départ, notre contextualisation et notre revue de littérature ont apporté des premiers éléments de réponse à la problématique suivante : en quoi la pratique d'une activité physique chez les soignants influence-t-elle la cohésion ? Afin de continuer nos recherches, nous souhaitons désormais utiliser une méthode quantitative qui nous permettra de recueillir des données exploitables. Notre objectif est d'élaborer un questionnaire qui vise à confirmer l'hypothèse suivante : **L'activité physique chez les soignants influence la cohésion d'équipe.**

Il s'agit de suivre des facteurs susceptibles d'affecter les habitudes des soignants. Afin de disposer d'informations, notre questionnaire vise à identifier des leviers d'amélioration dont le cadre de santé peut se saisir. En effet, en tant que futur cadre de proximité, nous pensons que l'activité physique participe à l'entretien et au renforcement de la cohésion, à l'origine de la bonne santé du service. Pour construire notre méthode de recherche, nous avons utilisé le manuel de recherche en sciences sociales de Raymond Quivy et Luc Van Campenhoudt (2011). Nous utilisons une méthode de conceptualisation déductive puisque notre questionnaire se base sur des concepts systémiques préexistants à partir desquels nous souhaitons confirmer une hypothèse.

2. Étude quantitative, comment faire parler le soin

Nous faisons le choix d'utiliser une méthode quantitative. L'objectif est de diffuser un questionnaire auprès de soignants. Nous utilisons une méthode différentielle ce qui permettra d'établir des comparaisons entre les soignants. Notre travail cherche à confirmer l'influence entre des variables. À ce titre, nous souhaitons mettre en évidence un lien entre la pratique d'une activité physique et la cohésion d'équipe. Dans son ouvrage, F de Singly (2016) développe cette technique de recueil de données dans les enquêtes causales pour mettre en évidence les relations entre les faits et d'éventuels déterminants. Notre hypothèse peut être confirmée si nous déterminons une relation entre la pratique de l'activité physique et la cohésion d'équipe. À l'inverse, notre hypothèse sera infirmée si nous ne déterminons pas de relation entre la pratique de l'activité et la cohésion. Nous avons donc une variable dépendante qui renvoie à la cohésion d'équipe, et une variable indépendante, qui, elle, renvoie à la pratique d'une activité physique chez les soignants. Pour

chaque variable, nous avons identifié des critères et des indicateurs qui nous permettent de construire notre questionnaire et que nous allons vous détailler ci-après.

2.1. Les relations interpersonnelles, ciment de la cohésion

Au cours de notre revue de littérature, nous avons traité le concept de cohésion et identifié les quatre dimensions des relations interpersonnelles qui concourent à entretenir un travail d'équipe. Selon les Américains Butler et Waldroop (*in* Granger,2021), c'est « la coordination des différentes composantes, la coopération et la complémentarité » entre les quatre dimensions qui sont essentielles à la cohésion et au travail d'équipe. Nous utiliserons donc les différents critères des aptitudes relationnelles, repris par les deux auteurs comme les éléments fondateurs de la cohésion. La première dimension traitera de la notion d'influence à laquelle nous rattacherons des indicateurs de partage des connaissances, de défense des intérêts collectifs et de pouvoir de persuasion. En effet, pour ces auteurs, un individu aura de l'influence s'il accorde de l'importance au fait de partager les connaissances au sein d'une équipe, s'il accorde une importance au fait de défendre les intérêts collectifs plutôt que ses propres intérêts et fait preuve de persuasion lors de réunions ou lors de prises de décisions importantes.

La seconde dimension traite de l'aisance interpersonnelle dont les indicateurs mesurent l'importance accordée à l'écoute lors d'une discussion, l'importance de l'implication et de la volonté de résoudre les conflits ou encore l'importance de comprendre et percevoir les émotions.

La troisième dimension quant à elle traite de l'intelligence relationnelle dont les indicateurs mesurent l'importance accordée aux outils de communication visuels et écrits. Des indicateurs mesurant l'importance pour le sujet d'exprimer ses émotions et d'adapter son comportement viendront compléter les données.

La quatrième dimension concerne le leadership dont les indicateurs mesurent l'importance que le sujet accorde au pilotage d'un projet, aux interactions entre les individus et à la curiosité intellectuelle face à un nouveau mécanisme de savoir-faire.

2.2. L'environnement soignant, frein ou facilitateur de la pratique sportive

Selon nous, plusieurs facteurs peuvent être à l'origine de freins motivationnels à la pratique d'une activité physique. Ainsi, nous utiliserons des indicateurs qui renvoient à l'isolement d'un individu. Nous établirons des questions sur l'environnement social c'est-à-dire les liens familiaux, personnels, mais aussi les relations professionnelles. L'environnement social renvoie aux conditions qui entourent l'individu et qui lui fournissent un effet protecteur. Les contacts familiaux renvoient aux rapports de l'individu avec son entourage direct. La vie de couple est un des éléments de soutien émotionnel de l'individu, et la relation professionnelle renvoie aux rapports de l'individu avec son entourage professionnel (pouvoir compter sur l'aide de collègues en cas de difficulté face à une tâche). Ces éléments devront aussi être croisés avec la pratique de l'APS pour catégoriser notre population. Nous pensons que l'isolement social, au même titre que la fragilité physique ou mentale,

peut être un des facteurs de vulnérabilité qui freinent la motivation pour pratiquer une activité physique. Notre recherche vise aussi à mettre en évidence l'influence de l'autonomie et de l'hygiène de vie dans laquelle l'individu évolue. À ce titre, nous mettrons en corrélation la qualité du sommeil, de l'alimentation et la consommation de substances addictives, avec la pratique d'une activité physique. Ces indicateurs d'autonomie sont retrouvés dans les préconisations du Plan national Nutrition Santé 2019-2023 du ministère des Solidarités et de la Santé.

À cela, nous avons ajouté des questions qui traitent de la pratique de l'APS, ce qui nous permettra d'affiner notre recherche sur l'évolution générale du sport en entreprise. Nous étudierons les résultats des questions sur le temps accordé à la pratique sportive pour les mettre en corrélation avec les préconisations de l'OMS visant à lutter contre la sédentarité. Les dernières questions sont d'ordre sociodémographique et nous permettront d'affiner notre analyse. Pour illustrer l'organisation de nos questions en fonction de nos variables, le tableau ci-après permet de suivre de manière synthétique les indicateurs. Notre questionnaire se décompose en neuf parties. Les quatre premières parties qui concernent les questions une à quinze suivent l'ordre des dimensions liées à la variable dépendante. Les parties de cinq à huit (questions de seize à vingt-huit) concernent quant à elles les dimensions liées à la variable indépendante. La dernière partie complète nos données et nous apportera des éléments d'analyse statistique grâce à des caractéristiques sociodémographiques.

(1) **L'influence de l'activité physique sur les variables de la cohésion d'équipe**

Partie	Question	Variable	Critère	Indicateur
1	1	VD	Perception d'influence	Partager des connaissances
	2			Porter les intérêts collectifs
	3			Avoir un pouvoir de persuasion
2	4	VD	Perception d'aisance interpersonnelle	Être à l'écoute
	5			S'impliquer dans la résolution des conflits
	6			Comprendre les émotions
3	7	VD	Perception d'intelligence relationnelle	Préférer l'outil de communication visuel
	8			Préférer l'outil de communication écrit
	9			Exprimer ses émotions
	10			Adapter son comportement en fonction des situations
4	11	VD	Perception de leadership	Piloter un projet
	12			Porter un intérêt à son travail
	13			Accorder de l'importance à ses responsabilités
	14			Accorder de l'importance aux interactions entre les individus
	15			Comprendre les nouveaux mécanismes de savoir-faire
5	16	VI	Hygiène de vie	Avoir une alimentation saine : consommation de fruits et légumes
	17			Avoir une bonne qualité de sommeil
	18			Consommer des substances addictives
6	19	VI	Substances addictives	Consommer du tabac
	20			Consommer de l'alcool
	21			Consommer de la drogue
7	22	VI	Pratique de l'APS	Pratiquer une activité physique
	23			Pratiquer une activité au sein de l'établissement de santé
	24			Évaluer la sédentarité
	25			Accorder du temps à une activité
8	26	VI	Environnement social	Entretenir des contacts familiaux
	27			Vivre en couple
	28			Pouvoir compter sur des collègues

9	29	Caractéristiques socioprofessionnelles	Genre	Cocher le genre
	30		Tranche d'âge	Catégoriser les professionnels par tranche d'âge
	31		Métiers	Catégoriser les professionnels par métier
	32		Ancienneté	Catégoriser les professionnels par ancienneté
	33		Établissement d'origine	Catégoriser les professionnels par établissement

Source : création personnelle, 2022

Ce tableau offre une vision globale des variables et des dimensions que nous souhaitons intégrer et traiter dans notre questionnaire. Désormais, nous allons argumenter le choix des sujets que nous souhaitons intégrer à notre recherche.

2.3. Le terrain d'enquête, la population soignante

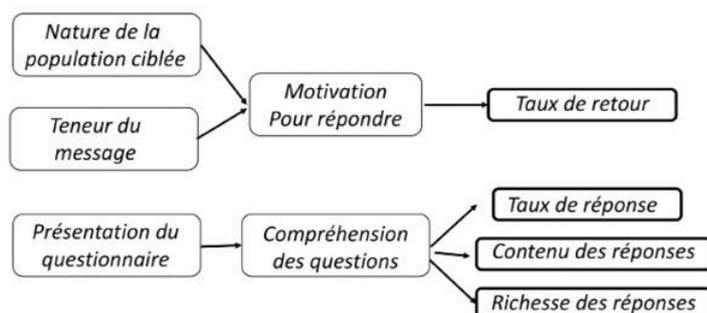
Afin de ne pas « chercher inutilement », notre travail a commencé par une phase de prospection qui vise à réfléchir au terrain d'enquête et à la population cible. Pour confirmer ou infirmer notre hypothèse, les sujets doivent correspondre aux critères d'inclusion et d'exclusion que nous vous présentons ci-après et qui nous permettront de constituer un groupe d'étude. Nous souhaitons obtenir un échantillonnage d'hommes et de femmes, issus de métiers différents dans le secteur de la santé, travaillant dans différents services et dans plusieurs établissements. Pourquoi faisons-nous le choix de cibler plusieurs établissements de santé ? Parce que nous souhaitons aussi voir s'il existe des différences dans les réponses lorsque l'on exerce dans un petit établissement ou dans une grande institution, dans une structure privée ou bien publique. En élargissant notre terrain d'enquête, nous obtiendrons des interprétations et des résultats plus généralisables. Lorsque nous aurons fait le choix des services de soins, nous diffuserons le questionnaire à l'ensemble du personnel de ce même service, ce qui autorisera un large échantillonnage et qui permettra un choix différentiel au regard de notre question de départ (sujets qui pratiquent une activité physique ou pas). Nous sollicitons en premier lieu notre réseau d'étudiants-cadres de santé pour identifier les établissements dans lesquels une activité physique est mise en place ou proposée. En effet, même si notre questionnaire ne sera pas uniquement destiné aux soignants dits « sportifs », il est indispensable de pouvoir compter sur une activité physique au sein de l'établissement afin de s'assurer de la pertinence des réponses. À ce titre, nous sollicitons un Centre Hospitalier Universitaire, une Clinique privée et un Centre Hospitalier de proximité, qui sont des établissements de statuts et de taille différents. Nous souhaitons ainsi comparer les tendances qui s'en dégagent et voir si le statut public ou privé peut avoir un impact sur certaines variables. Les établissements se trouvent tous dans les Nous avons fait le choix de n'étendre notre recherche qu'à des établissements locaux pour plusieurs raisons. Tout d'abord, il n'est pas si facile d'obtenir des contacts dans des établissements qui ne font pas partie de notre réseau. Ensuite, si des entrevues ou des entretiens doivent s'organiser pour nous permettre d'approfondir nos recherches, il est plus facile d'échanger avec des établissements de proximité. Enfin, la multiplicité des questionnaires diffusés par les autres instituts de formation peut freiner notre taux de réponse. Nous avons sollicité, en amont de la diffusion, l'accord des directions et des responsables hiérarchiques. Nous espérons pouvoir toucher un nombre conséquent de participants en le diffusant au sein de plusieurs services

afin que nos résultats soient exploitables et pertinents. Les critères d'inclusion que nous fixons réunissent l'ensemble des professionnels de santé des établissements visés. Pour participer à notre étude, les sujets devront être majeurs, et volontaires. En revanche, un sujet mineur ou n'appartenant pas aux institutions susnommées ne sera pas concerné par notre étude.

La phase de test de notre questionnaire, ancrage d'un travail pertinent.

Les résultats de notre recherche sont soumis à la notion temporelle et au délai entre la diffusion et le traitement des données. En effet, comme l'indique le schéma ci-dessous, les résultats dépendent de la motivation de réponse et de la compréhension des questions.

(2) La motivation et la compréhension face à un questionnaire de recherche



Source : Moscarola (2018)

Aussi, nous avons été attentifs aux remarques faites lors de notre phase de test. Pour nous assurer de la cohérence et de la formulation, nous avons fait le choix de tester notre questionnaire sur des sujets volontaires issus de plusieurs milieux professionnels pour éviter un biais institutionnel. Le choix de la population et le thème développé peuvent influencer sur la motivation à répondre. En effet, certaines questions d'ordre personnel, intime ou traitant de problèmes budgétaires peuvent parfois limiter le taux de réponse à une étude. À ce titre, nous soumettons la formulation des questions afin d'éviter qu'elles ne soient trop intrusives. De plus, nous avons présenté nos questions à des sujets naïfs et vierges de toute expérience soignante afin de nous assurer de la neutralité et de l'équité. Cette phase de test vise donc à améliorer le taux de réponse. Néanmoins, celle-ci ne cherche pas à améliorer le contenu ou la richesse des réponses puisque seules des questions fermées sont proposées. L'utilisation exclusive de questions fermées permet une rapidité de réponse et ne nécessite pas une grande réflexion chez le sujet. Sachant que les soignants manquent cruellement de temps, nous pensons qu'il est préférable de leur proposer un outil adapté à leurs conditions de travail actuelles.

2.4. La diffusion, une logique organisationnelle

Notre procédure de diffusion vise à obtenir les différentes validations hiérarchiques des établissements. Le logigramme organisationnel (annexe 4) représente les étapes nécessaires à l'obtention de validations. La diffusion du questionnaire débute par une demande d'autorisation

(annexe 5) auprès des directions des établissements. Après accord écrit, nous adressons notre demande à l'encadrement des services concernés c'est-à-dire ceux dans lesquels des professionnels participent aux activités physiques. Des échanges avec les responsables hiérarchiques nous permettent d'affiner notre cible de répartition des envois. Un mail de présentation accompagne l'envoi de notre questionnaire (annexe 7) qui est transmis via un lien Google form dématérialisé. Le sujet est averti du caractère anonyme de l'étude. Il reçoit le lien par sa boîte mail professionnelle et dispose d'un temps suffisant pour choisir le moment opportun pour remplir. Disposer d'un délai correct devrait permettre un taux de réponse suffisant, néanmoins, nous devons penser à la phase de résultats qu'il faut anticiper. Pour améliorer la rapidité de diffusion, raccourcir le délai de réponse et de traitement, nous utilisons l'outil informatique. La plateforme Google form nous sert d'outil pour élaborer et transmettre notre questionnaire. Les données sont extraites et codées à l'aide d'un fichier Excel et nous analysons les résultats grâce au logiciel Jamovi, utilisé lors de la formation. Dans le cadre de l'engagement de conformité de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL), nous demandons l'accord du comité éthique de l'IFCS et des établissements en vue de la diffusion. Les résultats seront mis à disposition des sujets qui souhaiteraient les consulter.

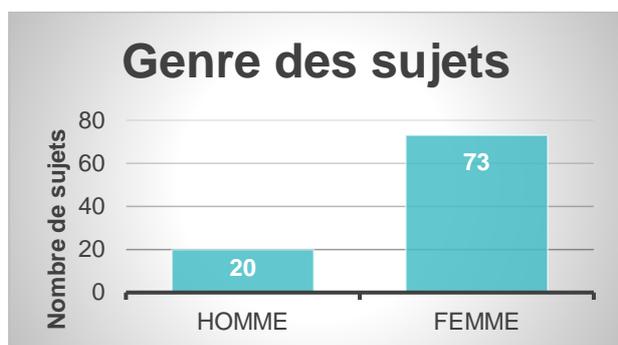
3. Intuition ou données chiffrées : le sport, un avantage

L'objectif de la méthode quantitative est une estimation, une description et une vérification de notre hypothèse. Après avoir envoyé notre questionnaire au sein de plusieurs établissements de santé, nous réalisons une grille de lecture (annexe 6) qui nous permet de recoder plus facilement les données.

3.1. La population soignante, genre, origine et ancienneté

Les résultats obtenus à partir de Google form permettent une compilation des données sous un fichier Excel. Après avoir vérifié et recodé l'ensemble, nous importons ce fichier dans le logiciel Jamovi®. Celui-ci va nous permettre d'analyser notre échantillon, de vérifier la fiabilité de notre questionnaire et de tester notre hypothèse. Il nous permettra également d'établir des corrélations et de calculer des moyennes obtenues aux différentes variables. Notre étude concerne 93 sujets qui ont répondu entre le 12 avril 2022 et le 07 mai 2022. L'échantillonnage concerne uniquement du personnel soignant employé dans des établissements de santé situés sur le bassin.... Nos premiers résultats font apparaître une disparité entre les sujets puisqu'il y a une majorité de réponses chez des sujets féminins (73 sujets féminins pour 20 sujets masculins). Au regard de la réalité de répartition des genres chez les soignants, notre résultat est conforme à la population étudiée.

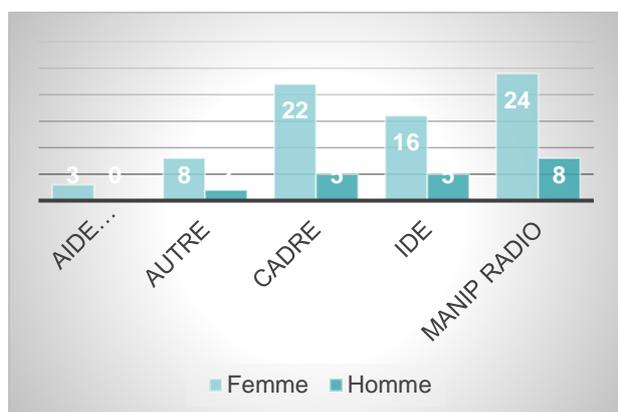
(3) Fréquence homme/femme



Source : création personnelle, 2022

En étudiant la catégorie professionnelle, nous voyons qu'il existe également une disparité entre les métiers représentés. Ce résultat ne permet pas d'établir de comparaison significative entre les catégories ce qui nous amène à écarter les métiers peu représentés pour ne garder que ceux dont la population a répondu de façon relativement homogène (cadres, d'infirmiers et manipulateurs).

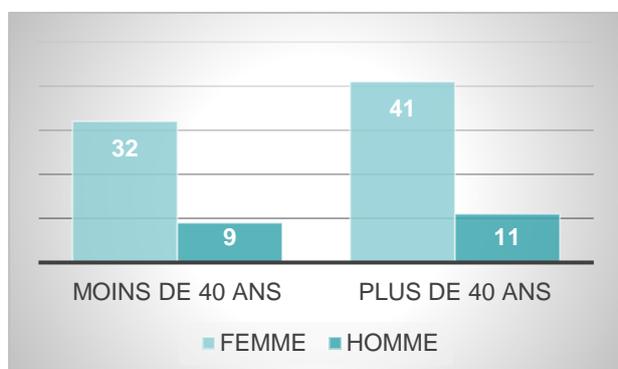
(4) Répartition des sujets par catégorie professionnelle



Source : création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

Les tranches d'âges des sujets sont équitablement représentées, ce qui témoigne d'un échantillonnage multigénérationnel.

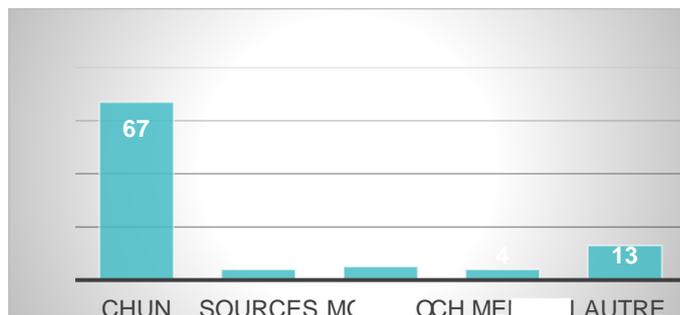
(5) Répartition homme/femme par tranche d'âge



Source : création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

Pour étudier les caractéristiques professionnelles, nous analysons de quel établissement sont issus les sujets. La majeure partie des réponses provient de soignants issus d'un Centre Hospitalier universitaire.

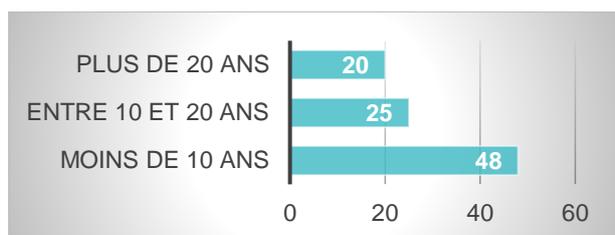
(6) **Répartition des sujets par établissement d'origine**



Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

L'ancienneté dans les établissements employeurs se répartit en trois tranches. La tranche la plus représentée est celle dont l'ancienneté est inférieure à 10 ans.

(7) **Ancienneté au sein de l'établissement**



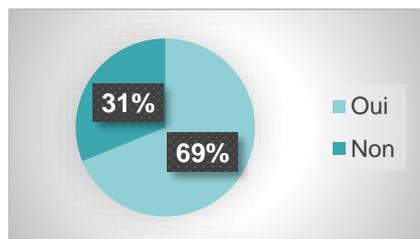
Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

Après avoir réalisé une analyse descriptive des sujets ayant répondu, nous allons présenter les résultats que nous obtenons en recroisant les données.

3.2. La pratique d'une activité physique dans le secteur sanitaire

Nous commençons par évaluer la quantité de sujets qui pratiquent une activité afin de nous assurer d'un échantillonnage correct. Les résultats montrent que 69% de la population étudiée pratique une APS, ce qui nous permet d'envisager la poursuite de notre étude.

(8) **Répartition de la pratique d'une APS chez les sujets (en %)**



Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

Grâce à des tables de fréquences, nous recroisons l'ancienneté avec la pratique de l'activité sportive. Ceci montre une majorité de sujets pratiquant une APS parmi ceux qui ont moins de 10 ans d'ancienneté. De plus, le nombre de sujets pratiquant une activité décroît avec l'ancienneté.

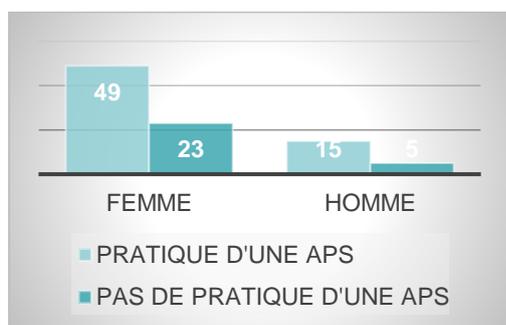
(9) **Répartition de la pratique d'une APS par ancienneté**



Source : création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

L'analyse de la pratique d'une APS en fonction du genre montre que 67% des femmes suivent une activité contre 75% des hommes, ce que nous retiendrons comme un résultat homogène.

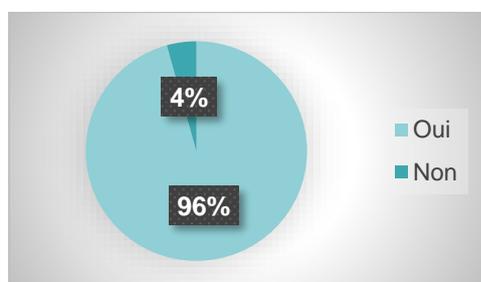
(10) **Fréquence de la pratique d'une APS/ genre**



Source : création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

Afin de vérifier la volonté des sujets à accorder du temps pour la pratique d'une activité physique, nous étudions les réponses à la question APS25 et nous constatons que 96% des sujets ont répondu favorablement.

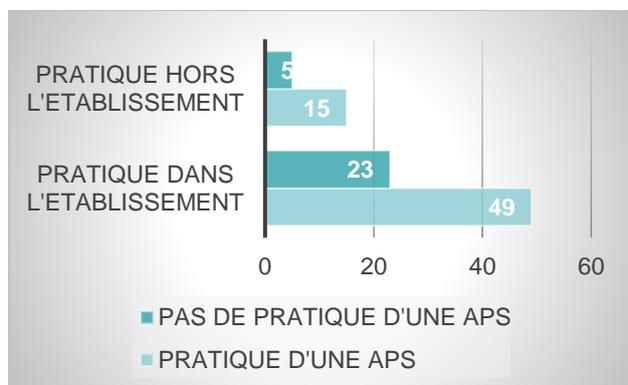
(11) **Volonté des sujets de pratiquer une APS**



Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

Nous avons par ailleurs questionné les sujets sur le lieu dans lequel ils pratiquent une activité. Sur 93 sujets, 64 d'entre eux pratiquent une activité dont seulement 13 dans leur établissement, ce qui équivaut à 14% de la population étudiée.

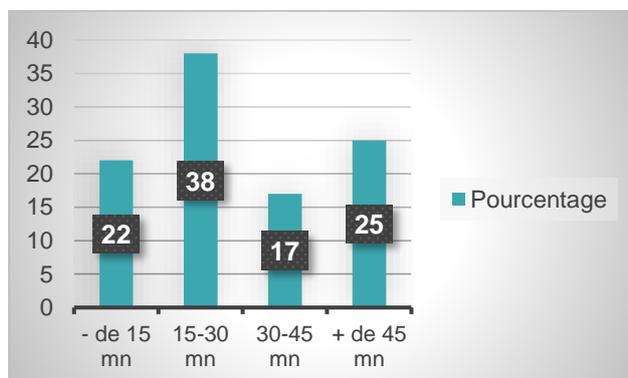
(12) **Lieu de pratique de l'APS**



Source : Création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

De plus, le temps moyen estimé par les sujets comme une activité se situe majoritairement entre quinze et trente minutes par jour.

(13) **Temps alloué à l'APS/jour**

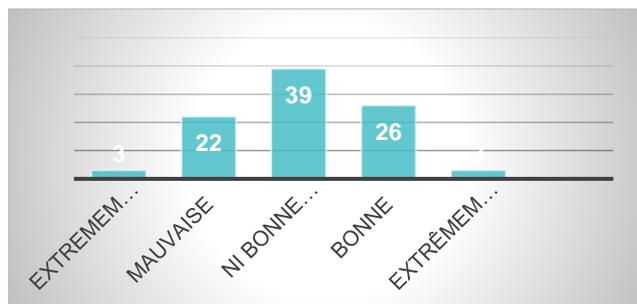


Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

3.3. L'environnement des soignants, une stabilité dans les relations

Concernant la qualité du sommeil, nous retrouvons des résultats non significatifs puisqu'aucune tendance n'en ressort. Nous ne retiendrons pas cette variable dans la suite de notre travail.

(14) **Évaluation de la qualité du sommeil**

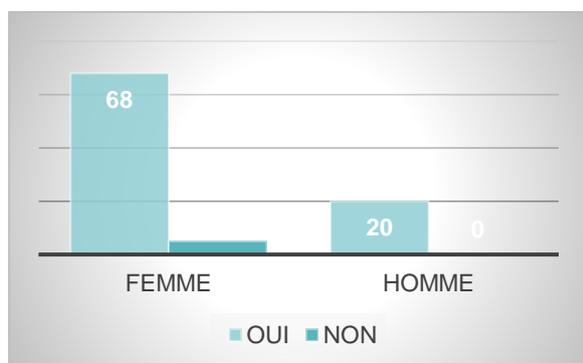


Source : création personnelle, fichier Excel, 2022

Désormais, nous souhaitons étudier les variables inhérentes à une situation d'isolement des sujets. D'après les résultats, 24 femmes sur 49 sont en couple ce qui correspond à 37% de la population féminine étudiée contre 20% chez les hommes. Si nous calculons la moyenne de sujets qui ne sont pas en couple, nous arrivons à 30%.

Quant aux liens entretenus entre la population étudiée et son environnement familial, nous pouvons voir que la plus grande majorité des sujets féminins entretient des contacts réguliers, et la totalité des sujets masculins également. La population étudiée n'est donc pas isolée de son environnement familial.

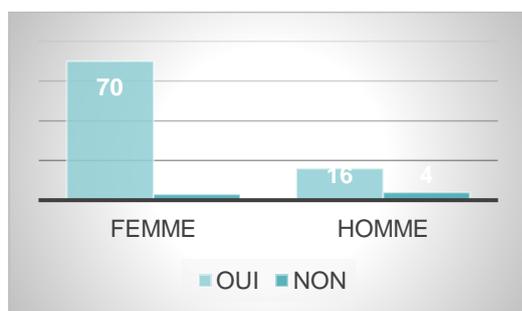
(15) **Entretien de contacts réguliers avec la famille**



Source : Création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

De même, la population étudiée a répondu de façon quasi unanime à la possibilité de compter sur les collègues face à une difficulté (95% des sujets féminins et 80% des sujets masculins), ce qui témoigne d'une bonne cohésion et d'une entraide.

(16) Perception d'entraide



Source : Création personnelle après extraction Jamovi®, 2022

Ces trois derniers résultats ne témoignent pas d'une situation d'isolement des sujets.

Après avoir étudié le profil de notre population, nous poursuivons avec l'étude de la fiabilité de notre questionnaire grâce aux calculs de l'alpha de Cronbach.

3.4. L'Alpha de Cronbach, mesure de la fiabilité du questionnaire

Après avoir importé l'ensemble des données dans le logiciel Jamovi®, nous les recodons afin de nous assurer de la conformité de la présentation et de l'utilisation statistique. Ensuite, nous calculons l'alpha de Cronbach des variables dépendantes 1-15. L'alpha de Cronbach est une méthode de calcul qui permet de valider l'utilisation du questionnaire et de la cohérence des échelles. Le résultat de ce calcul doit être supérieur à 0,7 pour être significatif.

La variable d'influence (Q 1-3) correspond à un alpha de Cronbach de 0,744, ce qui est correct

La variable de l'aisance interpersonnelle (Q4-6) correspond à un alpha de Cronbach de 0,84.

La variable d'intelligence relationnelle (Q7-10) correspond à un alpha de Cronbach de 0,59 ce qui n'est pas significatif.

La variable du leadership (Q11-15) correspond à un alpha de Cronbach de 0,85, ce qui est correct.

En somme, seul l'alpha de Cronbach relié à la dimension de l'intelligence relationnelle n'est pas significatif. Or, après avoir relu notre partie conceptuelle, nous pouvons regrouper cette dimension avec celle du leadership puisque les caractéristiques de l'intelligence relationnelle sont des composantes essentielles du leadership. Nous réalisons une nouvelle mesure en groupant les deux dimensions (Q7-15), ce qui correspond à un alpha de Cronbach de 0,86, mesure validant notre échelle. **En somme, on peut considérer que notre alpha de Cronbach est significatif, ce qui permet de poursuivre l'utilisation fiable des données.**

3.5. Les corrélations positives entre les aptitudes relationnelles

Pour utiliser cette méthode de corrélation, il nous faut vérifier le p-value qui doit être inférieure à 0,05 pour être significative. Le coefficient r de Bravais Pearson permet quant à lui de préciser la direction qui lie les variables. Celui-ci varie entre -1 et +1, et témoigne de l'évolution des variables entre elles.

Nous regroupons les questions de la partie 7 (questions 22 à 25) qui concernent la pratique de l'aps. Nous recodons les résultats afin d'en extraire des moyennes et de les utiliser dans une matrice de corrélation.

Pour commencer, nous souhaitons mettre en relation les dimensions qui composent la cohésion pour confirmer ce que disent les auteurs précédemment cités. En effet, notre partie conceptuelle présentait la cohésion comme un regroupement de quatre dimensions essentielles et complémentaires. De ce fait, nous devrions retrouver des corrélations entre les dimensions. En effet, d'après la matrice ci-dessous, il existe bien une relation entre les dimensions. Notre p-value est inférieur à 0,05 pour chaque corrélation ce qui est significatif et confirme l'existence d'une relation. Par ailleurs, pour chaque corrélation, nous observons un signe positif R de Pearson's r, ce qui signifie que les relations entre les dimensions vont dans le même sens. À ce titre, nous pouvons dire que le niveau influence a un effet positif sur l'aisance interpersonnelle, l'intelligence relationnelle et le leadership. De la même manière, l'aisance interpersonnelle a un effet positif sur le leadership, l'intelligence relationnelle et le degré d'influence.

(17) **Corrélation entre les dimensions des relations interpersonnelles**

Correlation Matrix

		MOY I	MOY AI	MOY IR	MOY L
MOY I	Pearson's r	—			
	p-value	—			
MOY AI	Pearson's r	0.675	—		
	p-value	< .001	—		
MOY IR	Pearson's r	0.571	0.633	—	
	p-value	< .001	< .001	—	
MOY L	Pearson's r	0.716	0.689	0.703	—
	p-value	< .001	< .001	< .001	—

Source : extraction Jamovi®, 2022

Par ailleurs, en utilisant cette même technique, nous pouvons observer l'existence d'une relation entre la dimension de l'influence et la pratique d'une APS puisque le résultat p-value est de 0,035.

(18) **Influence et APS**

Correlation Matrix

		MOY I	MOY APS
MOY I	Pearson's r	—	
	p-value	—	
MOY APS	Pearson's r	0.218	—
	p-value	0.035	—

Source : extraction Jamovi®, 2022

Ensuite, nous retrouvons une corrélation significative entre le partage des connaissances et la pratique d'une activité sportive.

(19) **Partage des connaissances APS**

		MOY APS	I1
MOY APS	Pearson's r	—	
	p-value	—	
I1	Pearson's r	0.212	—
	p-value	0.041	—

Source : extraction Jamovi®, 2022

De la même façon, nous pouvons identifier une relation entre le pouvoir de persuasion et la pratique de l'aps :

(20) **Pouvoir de persuasion et APS**

		MOY APS	I3
MOY APS	Pearson's r	—	
	p-value	—	
I3	Pearson's r	0.236	—
	p-value	0.023	—

Source : extraction Jamovi®, 2022

Enfin, il existe une relation positive entre le fait d'adapter son comportement en fonction des situations et la pratique d'une APS.

(21) **Adaptabilité et APS**

		MOY APS	IR10
MOY APS	Pearson's r	—	
	p-value	—	
IR10	Pearson's r	0.239	—
	p-value	0.021	—

Source : extraction Jamovi®, 2022

3.6. Le sport et les soignants, influence ou tendance

Afin de tester notre hypothèse, nous allons utiliser le T de Student, outil qui permet le calcul d'un indice p de significativité qui doit être inférieur à 0,05. Après calcul, nous constatons que notre indice p est mesuré à hauteur de 0,354, ce qui nous permet d'infirmer notre hypothèse.

(22) **Test de significativité**

Independent Samples T-Test				
		Statistic	df	p
MOY COHESION	Student's t	-0.933	89.0	0.354

Source : extraction Jamovi®, 2022

De plus, si nous analysons chaque dimension une à une, nous constatons des résultats non significatifs. Ce test permet d'infirmer notre hypothèse de recherche ce qui revient à admettre :

La pratique de l'APS chez les soignants n'exerce pas d'influence significative sur la cohésion d'équipe.

De même, nous ne pouvons pas confirmer l'hypothèse d'une relation entre la pratique de l'APS et les dimensions d'influence, d'aisance interpersonnelle, d'intelligence relationnelle ou encore de leadership.

(23) **L'APS et les aptitudes relationnelles**

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
MOY I	Student's t	-0.741	90.0	0.461
MOY AI	Student's t	-1.057	90.0	0.293
MOY IR	Student's t	-0.371*	90.0	0.712
MOY L	Student's t	-0.959	90.0	0.340

* Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Source : extraction Jamovi®, 2022

Nous souhaitons maintenant aller voir s'il existe une relation entre les substances addictives et la cohésion d'équipe. D'après nos résultats, 41% de la population étudiée consomme des substances addictives et en utilisant le test de vérification, nous observons une influence significative de la consommation de substances sur la cohésion d'équipe.

(24) **Le sport et les substances addictives chez les soignants**

Independent Samples T-Test

		Statistic	df	p
MOY COHESION	Student's t	2.56*	89.0	0.012

* Levene's test is significant ($p < .05$), suggesting a violation of the assumption of equal variances

Source : extraction Jamovi®, 2022

Ce résultat, bien que surprenant, ne nous apporte que très peu d'éléments quant à notre hypothèse de recherche. À ce titre, nous poursuivons les tests afin de vérifier l'existence d'autres relations avec la cohésion. À l'aide du test T de Student, nous allons vérifier l'existence de relations entre nos dimensions de cohésion et des caractéristiques socioprofessionnelles ou encore des caractéristiques environnementales. De même, nous souhaitons observer si le fait que le sujet soit en couple peut exercer une influence sur la cohésion. Le résultat n'étant pas significatif, il ne nous est pas possible d'établir une relation entre la vie en couple et la cohésion.

De la même manière, nous ne pouvons pas confirmer l'existence d'une relation entre l'âge et la cohésion puisque le résultat du test n'est pas significatif.

Par ailleurs, le genre n'a pas non plus d'influence sur la cohésion d'équipe.

Nous souhaitons alors poursuivre notre analyse en étudiant les moyennes obtenues pour chaque question.

➤ En ce qui concerne la dimension d'influence, nous observons une moyenne plus élevée pour le partage des connaissances que pour l'intérêt collectif ou encore le pouvoir de persuasion lors d'une prise de décision. Nous en déduisons que le partage des connaissances chez les soignants

est une valeur importante. Si nous analysons les moyennes des réponses obtenues qui varient entre 3,76 et 4,60 sur une échelle allant de 1 à 5, nous pouvons dire que l'influence du soignant quant au partage, à l'intérêt collectif ou à la persuasion est plutôt élevée.

(25) **Le partage des connaissances dans le secteur de soins**

Descriptives			
	I1	I2	I3
Mean	4.60	4.45	3.76

Source : extraction Jamovi®, 2022

➤ Quant à la dimension d'aisance interpersonnelle, nous pouvons dire que la résolution de conflit est plus importante pour les sujets que l'écoute ou la compréhension des émotions. Par ailleurs, les moyennes montrent ici aussi une importance accordée à ces valeurs chez les soignants.

(26) **La résolution des conflits, intérêt porté par les valeurs soignantes**

Descriptives			
	AI4	AI5	AI6
Mean	4.43	4.57	4.37

Source : extraction Jamovi®, 2022

➤ La dimension de l'intelligence relationnelle fait ressortir une moyenne plus élevée à la question 10 qui correspond à l'importance accordée au fait d'adapter son comportement en fonction des situations. Les moyennes obtenues tendent à prouver un intérêt pour ces valeurs, même si nous considérons qu'elles sont moins importantes que celles des précédentes dimensions.

(27) **L'adaptabilité paramédicale**

Descriptives				
	IR7	IR8	IR9	IR10
Mean	4.01	3.92	3.95	4.56

Source : extraction Jamovi®, 2022

➤ Enfin, la dimension du leadership met en avant l'importance accordée aux interactions au sein de l'équipe et montre ici aussi des scores élevés témoignant de l'intérêt auprès de la population accordée.

(28) **Les interactions et l'équipe soignante**

Descriptives					
	L11	L12	L13	L14	L15
Mean	3.75	4.26	4.26	4.47	4.25

Source : extraction Jamovi®, 2022

Afin de synthétiser une tendance chez les soignants, nous comparons la moyenne des scores obtenus pour chaque dimension et cela nous amène à dire que l'aisance interpersonnelle est plus importante chez les sujets puisque la moyenne des résultats est plus élevée. Sachant que les personnes dotées d'aisance interpersonnelle ont des capacités à comprendre les émotions ou les motivations de l'autre, nous pourrions en déduire que les soignants qui ont répondu puissent être des ressources en cas de conflit ou de difficulté.

(29) **Tendances des aptitudes relationnelles soignantes**

Descriptives				
	MOY I	MOY AI	MOY IR	MOY L
Mean	4.26	4.46	4.14	4.20

Source : extraction Jamovi®, 2022

Enfin, nous souhaitons comparer les moyennes obtenues pour chaque dimension, avec la pratique d'une APS. Nous observons que la moyenne de chaque dimension est plus élevée chez les sujets qui pratiquent une activité, ce qui nous semble être intéressant puisqu'il s'agit d'une tendance positive en faveur de la cohésion.

(30) **Tendance de la cohésion et du sport chez les soignants**

Descriptives					
	APS22	MOY I	MOY AI	MOY IR	MOY L
Mean	Non	4.18	4.32	4.10	4.09
	Oui	4.31	4.51	4.15	4.24

Source : extraction Jamovi®, 2022

Au terme de ce travail, nous pouvons admettre que notre hypothèse n'est pas confirmée puisque nos résultats ne mettent pas en évidence de relation significative entre la pratique d'une APS et la cohésion chez les soignants. Pour autant, nous avons observé des scores plus élevés chez les sujets qui pratiquent une APS. Ceci témoigne de l'existence d'une **tendance positive en faveur de la cohésion.**

3.7. Synthèse de l'étude du « soignant du bassin ... »

Notre étude fait ressortir un plus grand nombre de réponses chez des sujets féminins, ce qui est représentatif de la population soignante. Les catégories professionnelles de manipulateurs, cadres et infirmiers sont représentées d'une manière homogène contrairement aux aides-soignants qui, eux, ont très peu répondu. Nous notons que près de 70% des sujets pratiquent une activité sportive et la grande majorité d'entre eux a une ancienneté inférieure à 10 ans au sein de son établissement. Pour autant, seulement 14% des sujets dits « sportifs » pratiquent leur activité au sein de leur

établissement. De plus, la moyenne du temps alloué à une APS se situe entre quinze et trente minutes par jour. Or, nous avons vu que ce temps est insuffisant au regard des préconisations de l’OMS. Par ailleurs, 41% de l’échantillon consomme des substances addictives. Nos résultats montrent l’existence d’une influence entre la consommation des substances et la cohésion. Nous pourrions émettre une nouvelle hypothèse sur l’influence négative des substances sur l’individu, sur son rapport aux autres et donc sur la cohésion au sein de l’équipe soignante. Pour aller plus loin, nous retrouvons une quasi-totalité des sujets qui affirment entretenir des contacts familiaux, ce qui écarte l’hypothèse de sujets isolés. De la même façon, la quasi-totalité des sujets affirme pouvoir compter sur les collègues de travail, témoignant ainsi d’un esprit d’entraide ce qui rejoint la notion de coopération traitée dans le cadre théorique. Enfin, même si la méthode utilisée ne vient pas confirmer notre hypothèse, nous retrouvons des tendances à la hausse chez les sujets dits « sportifs », ce qui témoigne d’un esprit de cohésion plus élevé. De même les corrélations positives retrouvées entre l’APS et certaines caractéristiques comme l’influence ou l’adaptabilité témoignent d’un impact positif sur la cohésion. Nos résultats montrent aussi que la quasi-totalité des sujets souhaite allouer plus de temps à une activité physique. Or, les limites de notre étude nous ne nous permettent pas d’investiguer davantage, c’est pourquoi nous vous les présentons ci-après et en déduisons des perspectives professionnelles.

4. Échange d’opinions vers une évolution

Dans cette partie, nous souhaitons revenir sur notre méthode de recherche dont les limites ont pu perturber les résultats que nous attendions. Néanmoins, nous verrons que certains éléments intéressants ont permis d’envisager des perspectives professionnelles dont nous nous saisissons pour que ce travail trouve son sens et se concrétise.

4.1. Les limites et les biais d’une appropriation personnelle

Cette initiation à la recherche offre l’opportunité d’imaginer un questionnaire en faisant preuve d’authenticité et d’originalité. Malgré des risques liés à la perte de fiabilité ou de validité potentiellement engendrée par ce choix, notre capacité à retranscrire la partie conceptuelle sous forme de questions nous a permis d’aboutir à un travail construit. Néanmoins, nous avons sollicité des sujets naïfs afin de tester le questionnaire et nous l’avons ajusté en conséquence. Après l’avoir proposé à deux personnes de notre entourage familial ainsi qu’à quatre de nos collègues étudiants cadres de santé, il a été retravaillé pour en améliorer la compréhension et la cohérence. Pour autant, cette étape, bien qu’essentielle, demeure chronophage et a décalé la diffusion. De plus, le choix de départ de ne cibler que des établissements disposant d’activités déjà mises en place a dû être revu au regard du nombre insuffisant de réponses. Néanmoins, pour ouvrir notre enquête à d’autres établissements de santé, nous avons été confrontés à des difficultés de prise de contact avec certaines directions des soins. Devant une courbe de développement du taux de réponse peu dynamique, nous avons opté pour une autre stratégie en sollicitant plus largement notre réseau

professionnel. Or ce délai de réactivité nous a desservis au regard des autres questionnaires ayant déjà mobilisé l'attention de soignants déjà débordés. Ainsi, pour reprendre les facteurs qui influencent les soignants face à une recherche, nous pourrions rajouter le biais lié au nombre de questionnaires diffusés en un temps restreint. Notre réflexivité nous permet d'admettre qu'une rigueur et une meilleure organisation dans la planification de la gestion de diffusion auraient facilité notre taux de réponse. Cet exercice renvoie à la conduite de projet, son état des lieux, l'anticipation, l'organisation et la gestion auxquelles l'encadrement doit être attentif pour une optimisation d'atteinte des objectifs. Par ailleurs, la population n'est pas ciblée sur des services spécifiques au regard du peu de professionnels qui pratiquent réellement une activité au sein de l'établissement. Il s'agit d'une des limites de notre méthode de recherche, car il aurait été préférable d'établir un meilleur diagnostic afin d'analyser les offres proposées au sein des établissements et l'engagement des soignants au regard de ces offres. De plus, le choix d'ouvrir notre questionnaire à plusieurs catégories professionnelles n'a pas été pertinent puisque les résultats témoignent d'un taux de réponse très faible chez les aides-soignants. Nous pouvons nous interroger sur la signification d'un tel manque de réponse chez ces derniers. À ce titre, nous émettons plusieurs hypothèses, dont celle du désintérêt face à des questionnaires, de surcroît diffusés via des boîtes mail souvent saturées. Un manque de communication adaptée à tout type de professionnels pourrait également expliquer ce taux de non-réponse. Enfin, un défaut d'explication de notre objectif pourrait être à l'origine d'un manque de diffusion auprès des aides-soignants. Nous retenons cet élément qui mérite une investigation complémentaire, car nous imaginons réitérer des diffusions auprès des équipes et la connaissance des limites servira à l'optimisation de notre future production. En outre, le choix de diffuser notre questionnaire au sein de plusieurs structures pour en comparer les résultats n'a pas été générateur de réponses puisque la plus grande majorité de la population est finalement issue du même établissement. Nous ne pouvons donc établir aucune similitude ou différence ni sur les pratiques, ni encore sur le degré de cohésion des agents.

Après l'obtention d'un nombre de réponses suffisant, nous clôturons le questionnaire afin de disposer d'un temps d'analyse correct. L'étude des offres sportives proposées dans les établissements montre un potentiel de développement en faveur d'une APS. Les résultats montrent en effet que seulement 13% des sujets pratiquent une APS au sein de leur institution. La mise en place de l'APS à l'hôpital étant relativement récente, nous notons que cela peut être une des limites quant au nombre d'adhésions des soignants. En outre, notre étude ne tient pas compte des freins et des motivations des soignants de pratiquer un sport dans l'enceinte de leur établissement. Or il nous semble désormais essentiel de s'en saisir. Nous imaginons plusieurs facteurs d'influence qui peuvent impacter la motivation comme des créneaux non adaptés au rythme de travail, des activités non adaptées aux différents profils, ou un désintérêt pour l'activité physique. Or, notre étude montre que 96% des sujets ont répondu vouloir accorder plus de temps à une activité. **Ce résultat dépasse notre objectif puisqu'il prouve une volonté sportive unanime chez les soignants.** Néanmoins, ce résultat, bien qu'intéressant pour nos perspectives professionnelles, ne permet pas de confirmer notre hypothèse de recherche. Aussi, une approche longitudinale avec une perspective temporelle

faisant intervenir un groupe expérimental et un groupe contrôle aurait permis une réelle mesure de l'influence de l'APS sur la cohésion. En effet, en sélectionnant un échantillon ayant les mêmes caractéristiques, nous pourrions comparer l'évolution sur plusieurs mois d'une équipe soignante. Afin de mesurer l'influence du sport, il faudrait diviser l'équipe en deux et mener une étude expérimentale en proposant à un sous-groupe de pratiquer une APS suivie. À ce titre, il serait nécessaire de réaliser un questionnaire en début, en cours, puis en fin d'étude afin de suivre la progression du degré de cohésion voire de motivation.

Ayant saisi l'importance de la rigueur méthodologique dont les chercheurs doivent faire preuve pour éviter les biais, nous souhaitons poursuivre notre réflexion et envisager des axes d'amélioration au regard de ces résultats. Notre étude mérite un complément qualitatif à travers des entretiens semi-directifs. De plus, nous souhaitons comparer des études menées sur le stress chez les soignants avec nos résultats sur la pratique du sport. Pour ce faire, il est intéressant de repenser notre questionnaire en lui apportant des modifications et en le diffusant de nouveau dans quelques mois.

4.2. Les résultats discutés, des perspectives identifiées

Les résultats montrent une répartition des sujets conforme à la réalité du secteur sanitaire. Cette étude, qui utilise une méthode quantitative, ne met pas en évidence d'influence significative du sport sur la cohésion d'équipe chez les soignants. L'hypothèse est donc réfutée par la méthode de recherche employée. Pour autant, nous notons une tendance à la cohésion chez les sujets qui pratiquent une activité physique. Il est par ailleurs constaté une corrélation positive entre la notion d'influence entre individus, de partage, d'adaptabilité et la pratique sportive. Si cette corrélation n'est pas significative au regard de l'hypothèse de recherche, elle témoigne d'une relation positive c'est-à-dire de similitudes d'évolution. De plus, les résultats montrent une volonté chez 96% des soignants d'accorder plus de temps à une activité physique. Cette volonté franche des sujets à consacrer du temps au sport nous conforte dans notre intuition et nous permet d'envisager des perspectives puisque cela témoigne de l'existence d'un intérêt pour le sport. Cette enquête de terrain montre en effet que le manque d'activité physique chez les soignants n'est pas lié au manque de volonté. Or, les limites identifiées ne nous permettent pas à ce jour d'investiguer davantage. En effet, contrairement à l'étude menée par Burlot, Pierre et Pichot (2018) sur le sport en entreprise, notre méthode n'a pas permis de déterminer le rapport des soignants à la politique sportive institutionnelle. De même, en comparaison, notre étude ne met pas en évidence l'opinion des soignants quant à l'offre sportive, la communication sportive interne déployée ou encore leur degré d'adhésion et leur image de l'établissement hospitalier. De ce fait, nous pouvons dire que notre étude aurait mérité d'autres investigations. Cependant, nous ne nous attendions pas à obtenir un tel taux de réponse concernant la volonté des soignants à accorder du temps à une activité. Ce résultat semble essentiel au regard du peu d'éléments similaires retrouvés dans la littérature et que nous mettons en relation avec la motivation des soignants. Aussi, nous souhaitons interroger les facteurs clés qui permettront

de réinventer le quotidien de notre service. Futur cadre de proximité, voici comment nous imaginons créer des repères nouveaux et les partager pour offrir de nouvelles possibilités.

4.3. Les perspectives d'une cohésion « soignante-sportive »

« La santé, c'est un esprit sain dans un corps sain » (Homère).

Cette citation résume l'intuition qui a guidé notre recherche. Selon Homère, un corps sain participe à l'entretien d'un esprit sain, et donc de la santé. Ce raisonnement envisage le corps comme point de départ de la santé. De plus, il semble que le corps et l'esprit sain participent à l'entretien de la cohésion. Aussi, il semble essentiel pour un cadre de proximité de s'intéresser au « corps médical et au corps paramédical ». Si à l'origine, cela renvoie à la notion de communauté, nous nous saisissons de la double signification afin de traiter du « corps sain » des soignants. Cela nous amène au questionnement suivant :

Comment « panser le corps des soignants pour envisager une meilleure cohésion » ?

Notre enquête faisant ressortir un pourcentage conséquent de sujets consommant des substances addictives, il semble pertinent de nous inscrire dans la continuité du plan National de mobilisation contre les addictions (2018-2022). Aussi, nous allons interpréter ces résultats et les transmettre à la médecine du travail afin d'instaurer un questionnement collégial. Par ailleurs, nous proposons plusieurs objectifs qui s'intègrent dans un projet d'amélioration de la santé et des conditions d'exercice des soignants.

❖ **Le cadre de santé concepteur de projets partagés**

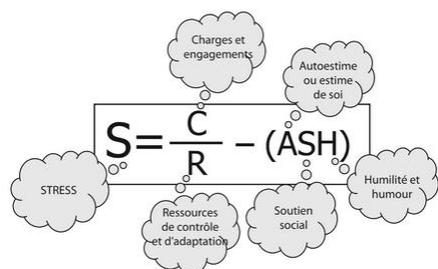
Nous allons participer à la conception et à la conduite d'un projet en lien avec les politiques de santé et les projets déjà initiés par notre institution. Notre objectif est donc de mettre en œuvre en équipe pluriprofessionnelle un projet en fonction des besoins et des attentes de chaque professionnel de santé. Nous allons le concrétiser en commençant par une enquête de terrain. Celle-ci aura pour but d'évaluer la satisfaction des soignants. Nous laisserons la possibilité à chacun de s'exprimer et de proposer des axes d'améliorations. Notre recherche a montré que seulement 14% des soignants pratiquent une APS au sein de leur établissement, que le temps alloué est relativement bas alors que 96% disent vouloir y accorder du temps. C'est à ce titre qu'en « investigateur des organisations » nous allons questionner les freins qui conduisent à de tels résultats. Ainsi, nous souhaitons investir notre rôle d'écoute lors d'échanges verbaux, mais aussi à travers des supports écrits grâce auxquels le soignant accède à un espace de liberté d'expression. Cette enquête de service sera adaptée au contexte et à l'équipe de soins. En comparant les résultats avec les différentes préconisations, nous pourrons inscrire le service dans une démarche d'amélioration.

❖ **Le manager humain de soignants en tension**

Selon De Clapiers (2001), « Il faut entretenir la vigueur du corps, pour conserver celle de l'esprit », or d'après Canouï (2003), le syndrome d'épuisement professionnel chez les soignants (SEPS)

semble s'accroître ces dernières années. Pour autant, il semble aussi que cette catégorie professionnelle soit passionnée, ce qui nous amène à penser que notre rôle est majeur dans la lutte contre le syndrome d'épuisement. Pour Dolan et Arsenault (2022), on parle de stress professionnel chronique comme « d'une surcharge adaptative qui se caractérise par une grande désorientation stratégique quant à la destination, aux motivations et aux valeurs de l'individu ». En outre, le stress serait la résultante d'une équation entre les charges ressenties, l'absence de soutien social et l'absence de mécanismes de contrôle psychologiques. Pour se souvenir de cette équation, ces auteurs ont mis au point l'acronyme « SCRACH » qui reproduit ci-dessous.

(31) **SCRACH, l'équation du stress**



Source : *Stress, estime de soi, santé et travail, 2022*

D'après cette équation, le stress augmente proportionnellement à l'augmentation des charges, si le combiné « estime de soi, soutien social, humilité et humour » n'augmente pas. De la même manière, nous comprenons que plus les ressources de contrôle et d'adaptation augmentent moins les charges pèseront et plus faible sera le niveau de stress. De plus, selon l'enquête nationale menée par Légeron (2004), « 60% des cadres présentent un niveau élevé de stress, et pour un peu plus d'un quart d'entre eux le niveau de stress atteint représente un danger pour leur santé ». Ces résultats rejoignent nos préoccupations et nous permettent de dire que l'encadrement est lui aussi concerné par cet enjeu de santé publique. Par ailleurs, nos résultats ayant montré que 41% de l'échantillon consomme des substances addictives, cela nous interpelle et nous le relient directement au stress généré par l'environnement de travail. À ce titre, nous saisissons l'importance d'intégrer la gestion des risques psycho-sociaux (RPS) à notre mode de management. Afin de favoriser une dynamique collaborative, nous souhaitons organiser des ateliers d'information lors desquels nous aborderons ces enjeux. En tant qu'animateurs, nous allons mobiliser l'ensemble de l'équipe, mais aussi nos collègues-cadres de santé. La collaboration avec nos pairs permettra une meilleure identification des risques et un élargissement des propositions d'évolution. Nous proposerons l'étude de la charge de travail et des solutions qui peuvent en découler afin d'imaginer des meilleures conditions d'exercice pour les individus qui composent l'équipe. Nous imaginons mener ces réflexions en partenariat avec le corps médical qui lui aussi est concerné par ces enjeux. Sensible à l'impact d'une bonne collaboration au sein du binôme médecin-cadre de santé abordé dans le rapport Claris (2021), nous utiliserons nos compétences relationnelles afin de favoriser le dialogue et d'associer l'ensemble de l'équipe médicale à nos actions.

❖ **L'outil de communication d'un interlocuteur multidirectionnel**

Pour une meilleure gestion des informations, nous allons élaborer un support réunissant les offres internes existantes ainsi que celles proposées par les différents partenaires que nous aurons contactées en amont. La communication s'intègre dans la valorisation de l'image de l'établissement et nous souhaitons utiliser des outils marketings pour choisir notre message et l'adapter à notre cible soignante. Pour ce faire, nous solliciterons les personnes-ressources spécialisées dans les stratégies marketing afin de réaliser un travail élaboré et concerté. Ceci devrait permettre de créer les conditions de découverte de nouvelles activités et d'offrir un choix adapté à tous les profils de soignants. Par ailleurs, notre communication ne doit pas se limiter à la diffusion d'informations, mais elle doit aussi passer par l'instauration d'échanges informels, réguliers, et programmés qui permettront de combler le besoin de reconnaissance des soignants. Conscients que les outils de diffusion évoluent, nous devons penser à adapter le support à tous les canaux de communication afin de sensibiliser un maximum de soignants. En effet, nos résultats ayant montré que la pratique d'une APS concernait majoritairement les soignants ayant moins de dix d'ans d'ancienneté, il nous semble évident de nous interroger sur les freins rencontrés par le reste des soignants.

❖ **Le management par la qualité d'un cadre impliqué**

Notre projet prévoit une dynamique de changement. Pour cela, nous commencerons par nous rapprocher de la cellule de qualité de vie au travail (QVT) en intégrant leur démarche. En analysant l'illustration (annexe 9) proposée par l'agence nationale pour l'amélioration des conditions de travail (ANACT), nous mesurons l'importance de la place de l'APS.

En effet, si notre cadre théorique a fait ressortir que l'APS améliore les relations en s'affranchissant des codes et des influences liées à la catégorie professionnelle, il semble donc essentiel d'instaurer une telle dynamique au sein du collectif des cadres de santé pour envisager des solutions adaptées, reproductibles et décloisonnées. En effet, chaque cadre volontaire peut s'impliquer dans son service et les actions qui en découlent peuvent être reproduites à l'échelle de l'institution sous forme d'actions partagées. Par ailleurs, le cadre de santé, leader des organisations, peut aussi « montrer l'exemple » en pratiquant une APS au sein de l'établissement. Convaincus que l'implication de l'encadrement participe à la promotion des actions, nous utiliserons l'expérience de cette année scolaire lors de laquelle la sédentarité a impacté notre forme physique. Conscients que l'offre correspondant aux APS en établissement n'est pas optimale, nous n'excluons pas la possibilité de fédérer notre équipe autour d'activités extrahospitalières. L'objectif est donc de créer des liens, d'entretenir un climat de socialisation tout en préservant une forme physique. Ngomane (2019) décrit dans son ouvrage différentes leçons de sagesse africaine notamment sur le rapport à l'autre. D'après cet auteur, pour faire de notre objectif une réalité, nous devons suivre nos ambitions et ne pas abandonner. Aussi, nous sommes convaincus qu'en montrant un intérêt pour la pratique d'activités physiques, les soignants auront le choix de tester de nouvelles expériences. Chercher à créer du lien, nous place parmi les individus préférant l'espoir à l'optimisme et nous imaginons trouver dans le sport la force pour réunir les soignants. Par sa position, le cadre de santé peut devenir le transmetteur d'une conception du travail partagé. En effet, lorsque celui-ci s'implique dans

les relations interpersonnelles, il peut fédérer autour de ses propres représentations en promouvant une intelligence collective. Utiliser l'activité physique comme processus d'échange, de créativité, de respect ou de responsabilité permet à l'équipe de partager un même objectif, de mêmes contraintes, et de mêmes règles. Pour compléter, les « soignants sportifs » en collaborant, construisent une identité grâce aux interactions et à la progression du groupe. Certains éléments marquants comme la participation à des événements participent à la création d'une identité et viendront renforcer la cohésion. Cependant, toute activité nécessite plusieurs niveaux d'implication.

Nous identifions d'abord l'implication individuelle du soignant qui varie selon l'estime de soi et l'histoire entretenue entre l'individu, sa propre image, celle de ses collègues, de son service et de sa hiérarchie. Le cadre de santé en instaurant une dynamique sportive permettra à l'individu de travailler sur l'estime et donc l'implication. Ensuite vient l'implication collective pour laquelle il est nécessaire d'identifier les agents influents afin de les impliquer dans les actions. À cet égard, si les soignants les plus influents adhèrent à une activité de service, cela participe à créer un conformisme social. Les autres agents, les nouveaux arrivants ou encore les stagiaires pourront ainsi identifier ce conformisme social comme étant une tendance à suivre. L'activité physique suivie par ces derniers devient alors un moyen d'intégrer l'équipe pour l'individu et participe plus largement à une implication organisationnelle.

❖ **Le cadre de santé, acteur d'un contexte économique contraint**

Sachant que l'APS participe à améliorer la santé et l'égalité professionnelle pour tous puisqu'elle améliore la conciliation entre la vie personnelle et professionnelle, nous avons souhaité consulter le guide pédagogique du sport en entreprise publié par le comité national olympique et sportif français. Celui-ci présente la mesure des impacts de l'APS d'un point de vue économique à la fois pour l'entreprise, le salarié, mais aussi la société civile (annexe 8). Le cadre de santé analyse des données microéconomiques pour s'impliquer dans une gouvernance hospitalière qui se veut vigilante à une meilleure gestion financière. À cet égard, les éléments économiques viennent conforter notre raisonnement et appuyer le fait que la préconisation d'une APS doit faire partie des prochaines actions de promotion en faveur de la santé de nos soignants. Cet argument nous semble primordial pour notre institution et nous le retenons afin de le mettre en avant auprès de notre hiérarchie.

❖ **Les conditions d'exercice, facteurs essentiels d'une activité de soins**

Afin de proposer des objectifs opérationnels visant la réduction de la sédentarité, nous allons analyser l'environnement de travail et proposer des modifications visant à inciter les mouvements. En adaptant les postes de travail en proposant l'alternance de positions debout et assises, le rapport de Bigard (2022) montre « une amélioration de la fonction endothéliale, une réduction plaquettaire, une amélioration de la santé vasculaire et une réduction des lombalgies ». En nous rapprochant de la cellule spécialisée d'adaptation des postes de travail, nous souhaitons opter pour

l'étude des évolutions au regard des contraintes de service. De même, nous proposerons des exercices d'échauffement dès la prise de poste.

❖ **Le cadre de santé, facilitateur d'un travail à distance**

Nous allons porter une attention particulière à tous les employés qui exercent en télétravail et proposer un programme personnalisé en recommandant l'alternance de la position debout, des étirements, du renforcement musculaire et une pratique d'exercices.

Pour ce faire, nous pourrions utiliser le tableau de recommandations issu du rapport de l'académie Nationale de médecine qui vise à préconiser des actions classées en fonction des caractéristiques de l'emploi.

(32) **Recommandations d'actions adaptées aux caractéristiques de l'emploi**

	Lutte contre la sédentarité	Déplacements actifs	Exercices supervisés	Sports adaptés
Emplois à forte sédentarité et inactivité	++	++	++	++
Emplois à faible sédentarité et tâches répétitives		++	+	++
Emplois à forte dépense énergétique et fortes contraintes musculaires		+	++	+
Emplois exercés en télétravail	+++	++	++ (Yoga, Qi-gong)	

Source : rapport ANM, 2022

Si nous l'analysons, nous constatons que les emplois exercés en télétravail font l'objet de fortes recommandations. Or, cette nouvelle condition d'exercice, bien que bénéfique en termes de réduction de trajet ou de tension nerveuse, demande une attention particulière au regard de la sédentarisation qu'elle peut entraîner. C'est en y réfléchissant que nous avons découvert une application mobile (Activiti pro), initiée par le CHU. Celle-ci permettant une solution numérique de sport à distance, nous envisageons de la tester dès notre retour et de la diffuser largement. Le cadre de santé, facilitateur du développement des outils de la e santé, doit se saisir de telles opportunités d'élargissement de l'offre puisqu'elles s'intègrent dans le cadre des préconisations en faveur du e-travail.

❖ **Le décloisonnement d'un acteur de santé publique**

Nos perspectives consistent in fine à mettre en place des actions qui visent à améliorer la santé des soignants. C'est en ce sens qu'il nous semble important de mobiliser nos compétences afin de communiquer, de manager par la qualité, d'écouter, de s'impliquer, de développer et de promouvoir des actions coordonnées. Néanmoins, les actions que nous imaginons ne se feront pas sans collaboration et nous souhaitons les porter au sein de notre service puis les décloisonner via le

réseau professionnel et la e santé. Pour aller plus loin dans des perspectives collaboratives, nous allons repenser certaines actions et faire émerger des partenariats en mobilisant nos compétences acquises en tant qu'adjointe au Maire, Vice-Présidente d'un syndicat de quinze communes et surtout en tant que citoyenne engagée dans le système de santé. De la même façon, nous utiliserons nos ressources et notre réseau pour conjuguer des missions, promouvoir un décloisonnement des organisations et une mutualisation des services publics.

CONCLUSION POSITIVE D'UNE ANNÉE GRATIFIANTE

« Un soignant qui va bien, c'est un soignant qui fait du bien »

En constatant une sédentarisation de notre environnement professionnel, une évolution du mode de vie, une fragilisation de la cohésion en service de soins, la pratique sportive s'est profilée comme la préconisation principale pour aborder ces enjeux de santé publique. Or, malgré la prise de conscience de l'impact de ces problématiques par les autorités, peu d'actions sont concrétisées sur le terrain et notamment dans le secteur hospitalier. Pourtant, entre changement de gouvernance, restructuration du système et crise sanitaire, l'hôpital fait face à une perte de sens, une perte de cohésion et de fortes tensions. Ces derniers ayant eu des effets négatifs sur les soignants, nous avons l'intuition que l'activité physique pourrait aussi être une préconisation pour y faire face. L'esprit d'équipe chez les soignants étant primordial à l'optimisation de la prise en charge du patient, cela nous amène au questionnement suivant : En quoi l'APS chez les soignants influence-t-elle la cohésion d'équipe ? Dans une première partie, le cadre théorique a permis de développer la notion de coopération et d'efficacité qui font partie intégrante d'une bonne cohésion. Ensuite, nous avons identifié les aptitudes relationnelles développées par Butler et Waldroop comme étant les éléments incontournables de la cohésion d'équipe. Par ailleurs, la revue de littérature a donné l'occasion de montrer l'impact positif du sport pour les soignants et pour l'hôpital. Ainsi, notre rôle de cadre de santé s'inscrit dans cette nouvelle gouvernance et nous conduit à identifier les enjeux du sport sur la performance organisationnelle.

Or, si les apports théoriques nous ont permis de saisir les enjeux d'une bonne cohésion et l'impact d'une activité physique, nous n'avons pas réussi à répondre à notre questionnement.

C'est à ce titre que notre étude s'est poursuivie à travers une enquête quantitative visant à confirmer l'hypothèse suivante : l'APS influence la cohésion chez les soignants. Cette enquête, réalisée à l'aide d'un questionnaire de recherche, a été diffusée auprès de plusieurs catégories socio-professionnelles exerçant au sein d'établissements de santé des A la suite de l'analyse des résultats, une étude de l'échantillon et l'utilisation d'un logiciel sont venues valider la fiabilité des questions de recherche. Pour autant, la méthode utilisée n'a pas permis de confirmer l'hypothèse c'est-à-dire que nous ne pouvons pas affirmer l'existence d'une influence de l'activité physique sur la cohésion chez les soignants. Néanmoins, certains éléments viennent prouver des aptitudes relationnelles plus élevées chez les sujets sportifs. Cela nous semble intéressant au regard de notre intuition de départ et nous autorise à envisager des perspectives professionnelles en faveur de l'activité physique. C'est à cet égard que nous souhaitons mettre en place des actions d'amélioration de la participation des soignants aux activités proposées par les établissements de santé. Ces propositions rejoindront les préoccupations de Canouï sur le stress professionnel chez les soignants. De plus, nous avons constaté une volonté quasi unanime des soignants quant au fait d'accorder plus de temps au sport, malgré une moyenne actuelle du temps accordé en deçà des préconisations.

Or, pour reprendre la citation de Félicité de Lamennais, « le plus puissant de tous les leviers, c'est la volonté ». Il semble donc évident que notre rôle en tant que futur cadre de santé doit débiter par la réalisation d'un état des lieux des offres existantes, l'analyse des limites et l'inscription dans un processus d'amélioration. Enfin, conscients de la nécessité d'utiliser nos ressources pour optimiser ce projet, nous souhaitons instaurer et promouvoir une dynamique participative en vue d'une efficacité collective. Cela se vaudra décloisonnant et nous permettra de faire le lien entre nos missions de cadre, acteur de santé publique, et nos missions d'élue locale puisque l'objectif commun est de prendre soin des soignants et des patients qui sont avant tout des citoyens.

Par ailleurs, si notre enquête montre une consommation de substances addictives pour plus d'un tiers de la population étudiée, nous remarquons néanmoins des aptitudes relationnelles développées, ce qui témoigne d'un esprit cohésif. C'est à ce titre que nos perspectives professionnelles prévoient une implication, un engagement dans une dynamique de projet, de changement et le développement d'une culture sportive adaptée.

Enfin, ce travail de recherche est une circonstance opportune de développement des compétences et d'enrichissement personnel. Il nous a ouverts à la réflexivité, l'analyse et nous plonge dans un univers intellectuel épanouissant. Ce mémoire clôture cette année scolaire et demeure le fruit de dix mois d'acquisition de connaissances sur le système de santé et sur les enjeux de santé publique. Nous sommes fiers de ce que nous avons fait de cette année, ainsi que de la progression qui nous a conduits vers de nouvelles perspectives.

Nous serons cadres dès demain, sans oublier hier, en regardant devant et en avançant le sac à dos plein, et les baskets aux pieds.

BIBLIOGRAPHIE

- Activité physique. (2020, 26 novembre). OMS. Consulté le 13 janvier 2022, à l'adresse <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
- Activité physique et comportement sédentaire quotidiens dans les catégories professionnelles chez les adultes canadiens. (2020, 16 septembre). Statistics Canada. Consulté le 13 janvier 2022, à l'adresse <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020009/article/00002-fra.htm>
- Activité physique et santé –. (2021, 20 décembre). Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 5 février 2022, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
- Aebischer, V., & Oberlé, D. (1998). *Le groupe en psychologie sociale*. Dunod.
- Afnor Spec S52-416. *Activité physique et sportive en milieu professionnel : un guide pour passer à l'action*. (2021). sports.gouv.fr. Consulté le 28 décembre 2021, à l'adresse <https://www.sports.gouv.fr/accueil-du-site/actualites/article/activite-physique-et-sportive-en-milieu-professionnel-un-guide-pour-passer-a-l>
- Amélioration de la performance opérationnelle ou organisationnelle d'une entreprise. (2019, 3 mai). Ad Valoris : consulté le 23 mars 2022, à l'adresse <https://www.advaloris.ch/nos-services/intelligence-organisationnelle/amelioration-de-performance-operationnelle-organisationnelle-dune-entreprise>,
- Article 144 - Loi n° 2016–41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. (2016). Légifrance. Consulté le 26 janvier 2022, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/loda/article_lc/JORFARTI000031913897/
- Aymard, A. (2016). *Dynamique des groupes*. Cairn. Consulté le 27 novembre 2021, à l'adresse <https://www.cairn.info/vocabulaire-de-psychosociologie--9782749229829-page-346.htm>
- Bal, S. (2011). Cohésion d'équipe et rôle du cadre de santé. *Soins Cadres*, 79.
- Barbusse, B. (2009). Entre sport et entreprise, une attirance réciproque. *L'Expansion Management Review*, N° 134(3), 10. <https://doi.org/10.3917/emr.134.0010>

- Bernardeau-Moreau, D., & Hingant, M. (2016). Sport et socialisation professionnelle. Le cas d'un raid organisé par une entreprise du CAC 40. *Sociologies pratiques*, 32(2), 33. <https://doi.org/10.3917/sopr.032.0033>
- Bienfaits généraux de l'activité physique, quels sont les bénéfices ? (2020). Figaro Santé. Consulté le 22 décembre 2021, à l'adresse <https://sante.lefigaro.fr/mieux-etre/sports-activites-physiques/bienfaits-generaux-lactivite-physique/quels-sont-benefices>
- Bigard, X. (2022, mars). Activités physiques et sportives au travail, une opportunité pour améliorer l'état de santé des employés. Académie Nationale de médecine.
- Blanchard, N. (2018, janvier). Activité physique et sportive, santé et qualité des finances publiques. Ministère des sports. Consulté le 22 décembre 2021, à l'adresse https://www.sports.gouv.fr/IMG/pdf/sporteco_sportsantefinancespubliques2018.pdf
- Bliese, P. D., & Halverson, R. R. (1996). Individual and Nomothetic Models of Job Stress : An Examination of Work Hours, Cohesion, and Well-Being1. *Journal of Applied Social Psychology*, 26(13), 1171-1189. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.1996.tb02291.x>
- Bollen, K. A., & Hoyle, R. H. (1990). Perceived Cohesion : A Conceptual and Empirical Examination. *Social Forces*, 69(2), 479. <https://doi.org/10.2307/2579670>
- Bourret, P. (2006). Les cadres de santé à l'hôpital : Un travail de lien invisible (2006) (SELI ARSLAN) (French Edition) (1^{re} éd.). SELI ARSLAN.
- Burlot, F. (2005). Sport et identité d'entreprise. Vers une modification de l'imaginaire organisationnel. Semantic Scholar. Consulté le 30 décembre 2021, à l'adresse <https://www.semanticscholar.org/paper/Sport-et-identit%C3%A9-d'entreprise.-Vers-une-de-Burlot/8cc0048fc547f70dde6927446dfab541ece34dfd>
- Buton, F., Fontayne, P., & Heuzé, J.-P. H. (2006). La cohésion des groupes sportifs : évolutions conceptuelles, mesures et relations avec la performance. Cairn. Consulté le 4 janvier 2022, à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-science-et-motricite1-2006-3-page-9.htm>
- Campenhoudt, V. L., & Quivy, R. (2011). Manuel de recherche en sciences sociales - 4e édition (DUNOD éd.). DUNOD.
- Canouï, P. (2003). La souffrance des soignants : un risque humain, des enjeux éthiques. *InfoKara*, Vol. 18(2), 101-104. <https://doi.org/10.3917/inka.032.0101>

Carré, P., & Fenouillet, F. (2008). *Traité de psychologie de la motivation - Théories et pratiques : Théories et pratiques (Psycho Sup) (DUNOD éd.)*. DUNOD.

C.D.E.D.M. (1954). *Concepts et terminologie de la productivité*. Numdam. Consulté le 10 février 2022, à l'adresse http://www.numdam.org/item/RSA_1954__2_1_89_0/

Chevalier, F., Cloutier, L., & Mitev, N. (2018). *Les méthodes de recherche du DBA*. EMS Editions.

Chiocchio, F. (2012). *Indicateurs pertinents à la collaboration dans le milieu de la santé*. RCPS-CHWN. Consulté le 22 février 2022, à l'adresse https://www.hhr-rhs.ca/index.php?option=com_mtree&task=viewlink&link_id=10830&Itemid=109&lang=fr

Claris, O. (2021, août). *Mieux manager pour mieux soigner*. Ministère des solidarités et de la santé.

Cohésion : *Etymologie de Cohésion*. (2012). CNRTL. Consulté le 5 février 2022, à l'adresse <https://www.cnrtl.fr/etymologie/cohesion>

Coulommiers, R. (2021, 29 novembre). *Marne. Le sport en entreprise pour prévenir les troubles musculosquelettiques des salariés*. actu.fr. Consulté le 5 février 2022, à l'adresse https://actu.fr/grand-est/montmirail_51380/marne-le-sport-en-entreprise-pour-prevenir-les-troubles-musculosquelettiques-des-salaries_46722343.html

CoviPrev : *une enquête pour suivre l'évolution des comportements et de la santé mentale pendant l'épidémie de COVID-19*. (2022). Santé Publique France. Consulté le 15 mars 2022, à l'adresse <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/coviprev-une-enquete-pour-suivre-l-evolution-des-comportements-et-de-la-sante-mentale-pendant-l-epidemie-de-covid-19#:~:text=Compar%C3%A9%20%C3%A0%20leurs%20pratiques%20d,diminution%20de%20leur%20activit%C3%A9%20sportive>

De Clapiers, L. (2001). *Il faut entretenir la vigueur du corps pour conserver celle de l'esprit*. dicocitations.com. Consulté le 11 mai 2022, à l'adresse <https://www.dicocitations.com/citations/citation-413.php>

Décret n° 2021-680 du 28 mai 2021 relatif aux avantages liés à la pratique du sport en entreprise. (2021). Légifrance. Consulté le 21 décembre 2021, à l'adresse https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000043548437?init=true&page=1&query=sport+en+entreprise&searchField=ALL&tab_selection=all

- Deprez, I., & Guillouët, S. (2021). « La pratique sportive contribue au sentiment de confiance et d'attractivité, fondamental pour acquérir du leadership ». *La Revue de l'Infirmière*, 70(275), 30-31. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2021.08.012>
- Dolan, S. L., & Arsenault, A. (2022). *Stress, estime de soi, sante et travail*. PU QUEBEC.
- Dolan, S. L., Lamoureux, G., & Gosselin, E. (1996). *Psychologie du travail et des organisations*. Gaëtan Morin.
- Duclos, M. (2021). Les bénéfices de la pratique d'une activité physique pour la santé. *La Revue de l'Infirmière*, 70(275), 16-19. <https://doi.org/10.1016/j.revinf.2021.08.006>
- Dumas, M., Douguet, F., & Fahmi, Y. (2016). Le bon fonctionnement des services de soins : ce qui fait équipe ? *RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise*, n° 20, 5(1), 45-67. <https://doi.org/10.3917/rimhe.020.0045>
- Dumas, M., & Ruiller, C. (2013). « Être cadre de santé de proximité à l'hôpital », quels rôles à tenir ? *Revue de gestion des ressources humaines*, N° 87(1), 42-58. <https://doi.org/10.3917/grhu.087.0042>
- Espérance de vie - Mortalité, cause de décès - France - Les chiffres - Ined - Institut national d'études démographiques. (2021). INED. Consulté le 19 décembre 2021, à l'adresse <https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/chiffres/france/mortalite-cause-deces/esperance-vie/>
- Étude descriptive des comportements sédentaires. (2016). *Etude Nutrinet Santé*. Consulté le 5 janvier 2022, à l'adresse <https://etude-nutrinet-sante.fr/article/view/68-Etude-descriptive-des-comportements-s%C3%A9dentaires-chez-35444-adultes-fran%C3%A7ais-occupant-un-emploi-r%C3%A9sultats-transversaux-de-l%E2%80%99%C3%A9tude-ACTI-Cit%C3%A9s>
- Festinger, L., Schachter, S., & Back, K. (1950). Social Pressures in Informal Groups. *The American Catholic Sociological Review*, 11(4), 268. <https://doi.org/10.2307/3707362>
- Forrester, R., & Drexler, A. B. (1999). A model for équipe-based organization performance. *Academy of Management Perspectives*, 13(3), 36-49. <https://doi.org/10.5465/ame.1999.2210313>

Française, L. L. (2021, 4 mai). Cohésion : définition de « cohésion ». La langue française. Consulté le 8 mars 2022, à l'adresse <https://www.lalanguefrancaise.com/dictionnaire/definition/cohesion>

Granger, R. (2021). Travailler ensemble : les 4 dimensions des relations interpersonnelles. Manager GO ! Consulté le 25 mars 2022, à l'adresse <https://www.manager-go.com/management/les-4-dimensions-des-relations-interpersonnelles.htm>

Hubinon, M., Jacquerye, A., & Borght, S. B. (1998). Management des unités de soins : De l'analyse systémique à l'évaluation de la qualité (1^{re} éd.). DE BOECK SUP.

INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. (2017). ANSES. Consulté le 26 janvier 2022, à l'adresse <https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>

infirmiers.com. (2018). Infirmier.com. Consulté le 13 mars 2022, à l'adresse <https://www.infirmiers.com/emploi/emploi/infirmier-sedentarite-risque-zero-existe-pas.html>

Langevin, P. (2011). Quels facteurs de performance pour quels types d'équipe ? L'avis des managers. HAL Open Science. Consulté le 3 avril 2022, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00594005/document>

Larousse, Ã. D. (1995, 23 mars). Définitions : levier - Dictionnaire de français Larousse. Larousse. Consulté le 13 mars 2022, à l'adresse <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/levier/46883>

Légeron, P. (2004, décembre). Le stress au travail : de la performance à la souffrance. Docplayer. Consulté le 6 février 2022, à l'adresse <http://docplayer.fr/10164511-Le-stress-au-travail-de-la-performance-a-la-souffrance.html>

Livartowski, A. (2010). Efficience hospitalière et efficience du système de santé. Revue hospitalière de France, 536.

Malherbe, A. (2018, août 30). La motivation dans le sport : quelles sont les différents types de motivations. Préparation mentale. Consulté le 24 avril 2022, à l'adresse <https://prepamentale.fr/motivations-autodetermination-sport/>

- Mellado, J. (2021, 28 novembre). Le packaging original d'Asics pour valoriser les bienfaits du sport sur la santé mentale. Creapills. Consulté le 7 mars 2022, à l'adresse <https://creapills.com/asics-boite-medicaments-sport-sante-mentale-20211124>
- Miller, M. (2017, 18 septembre). Le bilan de santé inquiétant des étudiants infirmiers. Le Monde.fr. Consulté le 7 février 2022, à l'adresse https://www.lemonde.fr/campus/article/2017/09/18/le-bilan-de-sante-inquietant-des-etudiants-infirmiers_5187406_4401467.html
- Mintzberg, H. (2004). Le management, voyage au centre des organisations. Eyrolles, Edition d'organisation.
- Mucchielli, R. (2019). Le travail en équipe : Clés pour une meilleure efficacité collective (Formation permanente) (French Edition). ESF Sciences Humaines.
- Ngomane, M., & Royer, C. (2019). Ubuntu, je suis, car tu es. HarperCollins France.
- Oms. (2010). Recommandations mondiales pour l'activité physique pour la santé. OMS. Consulté le 19 décembre 2021, à l'adresse https://sports.gouv.fr/IMG/pdf/2-1_recommandations_aps_oms.pdf
- Oms. (2018). Plan d'action Mondial de l'Oms pour promouvoir l'activité physique 2018–2030. OMS. Consulté le 19 décembre 2021, à l'adresse <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327168/9789242514186-fre.pdf>
- Perrot, S. (2005). Nature et conséquences des conflits de rôles. HAL-SHS - Sciences de l'Homme et de la Société. Consulté le 4 avril 2022, à l'adresse <https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00360474/>
- Philippe, E. (2018). Plan National de mobilisation contre les addictions. Mildeca. Consulté le 25 mai 2022, à l'adresse https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_181227_web
- Pierre, J. (2006). Le recours au sport chez Adidas. Effets des discours et des pratiques managériales sur l'implication des cadres. *Staps*, no 74(4), 69-84. <https://doi.org/10.3917/sta.074.0069>

- Pierre, J., & Barth, I. (2013). Sport et management : un dialogue ancien, de nouvelles perspectives. RIMHE : Revue Interdisciplinaire Management, Homme & Entreprise, n°6, 2(2), 2-4. <https://doi.org/10.3917/rimhe.006.0002>
- Pierre, J., & Pichot, L. (2020). LE SPORT AU TRAVAIL (Le travail en débat éd.). Octares.
- Pierre, J., Pichot, L., & Burlot, F. (2010). Le sport en entreprise au service des pratiques managériales. Communication, Vol. 28/1, 133-160. <https://doi.org/10.4000/communication.2075>
- Plan national de prévention par l'activité physique ou sportive (PNAPS) –. (2021, 20 décembre). Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 20 décembre 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/plan-national-de-prevention-par-l-activite-physique-ou-sportive-pnaps>
- Programme national nutrition santé (PNNS) - Professionnels –. (2022, 12 avril). Ministère des Solidarités et de la Santé. Consulté le 20 décembre 2021, à l'adresse <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/le-programme-national-nutrition-sante/article/programme-national-nutrition-sante-pnns-professionnels>
- Provost, P. (2009). L'activité physique coopérative. Revue des sciences de l'éducation, 7(2), 279-285. <https://doi.org/10.7202/900331ar>
- Singly, F. D. (1992). L'Enquête et ses méthodes : Le questionnaire. Nathan.
- Souffrance des professionnels du monde de la santé : prévenir, repérer, orienter. (2020). Haute Autorité de Santé. Consulté le 7 avril 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/p_3183574/fr/souffrance-des-professionnels-du-monde-de-la-sante-prevenir-reperer-orienter
- Le sport en entreprise : éléments de bibliographie. (2019). Sportentreprise. Consulté le 28 décembre 2021, à l'adresse <https://www.sport-entreprise.com/bibliographie>
- Sport et cohésion sociale - EPS & Société. (2012). EPS et société. Consulté le 15 février 2022, à l'adresse <http://www.epsetsociete.fr/Sport-et-cohesion-sociale>
- La stratégie « Activité physique pour la santé » 2018–2022 en région Paca. (2019, 24 juillet). Agence régionale de santé PACA. Consulté le 3 mars 2022, à l'adresse

<https://www.paca.ars.sante.fr/la-strategie-activite-physique-pour-la-sante-2018-2022-en-region-paca>

Le système de santé en quête d'efficacité. (2019). Haute Autorité de Santé. Consulté le 12 avril 2022, à l'adresse https://www.has-sante.fr/jcms/pprd_2974411/fr/le-systeme-de-sante-en-quete-d-efficience

Vaillé, H. (2016, 7 avril). Le Développement de la personne. Sciences Humaines. Consulté le 12 avril 2022, à l'adresse https://www.scienceshumaines.com/le-developpement-de-la-personne_fr_12966.html

Viau, R. (1994). Vallerand, R. J. et Thill, E. E. (1993). Introduction à la psychologie de la motivation. Laval : Éditions Études Vivantes. *Revue des sciences de l'éducation*, 20(2), 411. <https://doi.org/10.7202/031733ar>

Vigier-Vinson, S. (2020). Le sport est un puissant facteur de résilience. *Tempo santé*, 16.

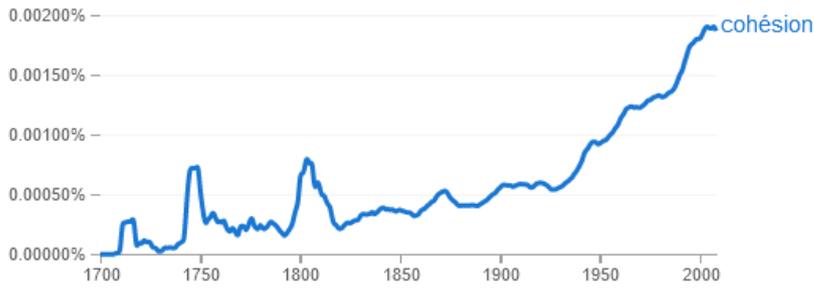
TABLE DES ILLUSTRATIONS

(1) L'INFLUENCE DE L'ACTIVITE PHYSIQUE SUR LES VARIABLES DE LA COHESION D'EQUIPE	19
(2) LA MOTIVATION ET LA COMPREHENSION FACE A UN QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE	21
(3) FREQUENCE HOMME/FEMME	23
(4) REPARTITION DES SUJETS PAR CATEGORIE PROFESSIONNELLE	23
(5) REPARTITION HOMME/FEMME PAR TRANCHE D'AGE	23
(6) REPARTITION DES SUJETS PAR ETABLISSEMENT D'ORIGINE	24
(7) ANCIENNETE AU SEIN DE L'ETABLISSEMENT	24
(8) REPARTITION DE LA PRATIQUE D'UNE APS CHEZ LES SUJETS (EN %)	24
(9) REPARTITION DE LA PRATIQUE D'UNE APS PAR ANCIENNETE	25
(10) FREQUENCE DE LA PRATIQUE D'UNE APS/ GENRE	25
(11) VOLONTE DES SUJETS DE PRATIQUER UNE APS	25
(12) LIEU DE PRATIQUE DE L'APS	26
(13) TEMPS ALLOUE A L'APS/JOUR	26
(14) ÉVALUATION DE LA QUALITE DU SOMMEIL	27
(15) ENTRETIEN DE CONTACTS REGULIERS AVEC LA FAMILLE	27
(16) PERCEPTION D'ENTRAIDE	28
(17) CORRELATION ENTRE LES DIMENSIONS DES RELATIONS INTERPERSONNELLES	29
(18) INFLUENCE ET APS	29
(19) PARTAGE DES CONNAISSANCES APS	29
(20) POUVOIR DE PERSUASION ET APS	30
(21) ADAPTABILITE ET APS	30
(22) TEST DE SIGNIFICATIVITE	30
(23) L'APS ET LES APTITUDES RELATIONNELLES	31
(24) LE SPORT ET LES SUBSTANCES ADDICTIVES CHEZ LES SOIGNANTS	31
(25) LE PARTAGE DES CONNAISSANCES DANS LE SECTEUR DE SOINS	32
(26) LA RESOLUTION DES CONFLITS, INTERET PORTE PAR LES VALEURS SOIGNANTES	32
(27) L'ADAPTABILITE PARAMEDICALE	32
(28) LES INTERACTIONS ET L'EQUIPE SOIGNANTE	32
(29) TENDANCES DES APTITUDES RELATIONNELLES SOIGNANTES	33
(30) TENDANCE DE LA COHESION ET DU SPORT CHEZ LES SOIGNANTS	33
(31) SCRACH, L'EQUATION DU STRESS	38
(32) RECOMMANDATIONS D'ACTIONS ADAPTEES AUX CARACTERISTIQUES DE L'EMPLOI	41

TABLE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : LA COHESION DANS LA LITTERATURE	III
ANNEXE 2 : PYRAMIDE DE MASLOW (1947)	III
ANNEXE 3 : LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE	III
ANNEXE 4 : LOGIGRAMME ORGANISATIONNEL	IV
ANNEXE 5 : AUTORISATION DE DIFFUSION CHU	IV
ANNEXE 6 : GRILLE DE LECTURE	V
ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE	VI
ANNEXE 8 : GUIDE DE MISE EN PLACE D'UNE APS EN ENTREPRISE	XI
ANNEXE 9 : LES COMPOSANTES DE LA QVT	XI

ANNEXE 1 : LA COHESION DANS LA LITTERATURE



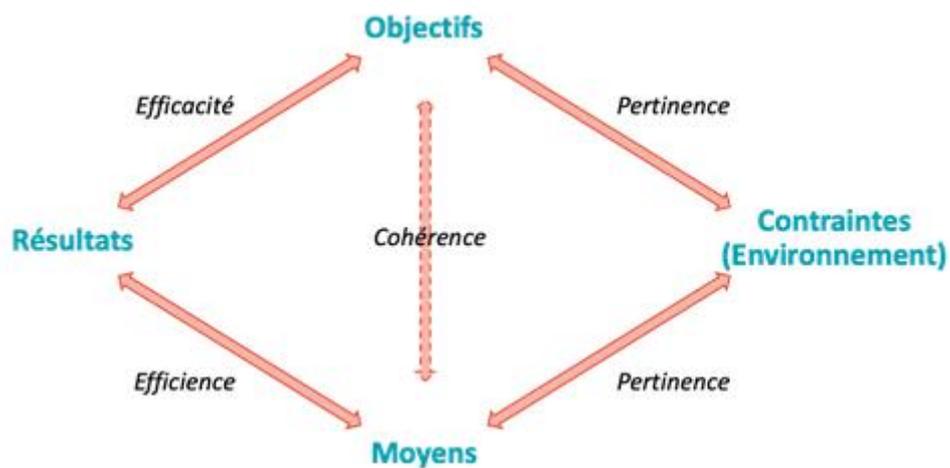
Source : *Langue française*, 2021

ANNEXE 2 : LA PYRAMIDE DE MASLOW, 1947



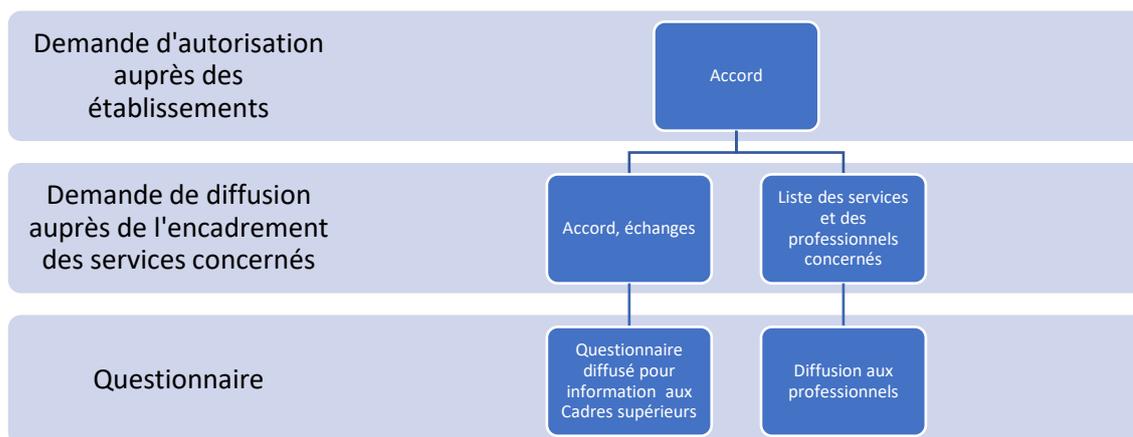
Source : *manager. Go*, 2022

ANNEXE 3 : LA PERFORMANCE ORGANISATIONNELLE



Source : *Advaloris*, 2022

ANNEXE 4 : LOGIGRAMME ORGANISATIONNEL



Source : création personnelle, 2022

ANNEXE 5 : AUTORISATION DE DIFFUSION CHU

Pour des raisons de confidentialité, nous ne pouvons annexer cette autorisation. Cependant, nous les tenons à disposition des intéressés.

Source : IFCS 2022

Pour des raisons de confidentialité, nous ne pouvons annexer les autres autorisations qui ont été accordées par mail. Cependant, nous les tenons à disposition des intéressés.

ANNEXE 6 : GRILLE DE LECTURE

DIMENSION	QUESTION	CODE
INFLUENCE	Partage des connaissances	I1
	Intérêt collectif	I2
	Pouvoir de persuasion	I3
AISANCE INTERPERSONNELLE	Importance de l'écoute	AI4
	Résolution des conflits	AI5
	Compréhension des émotions	AI6
INTELLIGENCE RELATIONNELLE	Importance du support visuel	IR7
	Importance du support écrit	IR8
	Expression des émotions	IR9
	Adapter son comportement	IR10
LEADERSHIP	Pilotage d'un projet	L11
	Intérêt du travail	L12
	Intérêt des responsabilités	L13
	Interactions au sein de l'équipe	L14
	Compréhension d'un nouveau protocole	L15
HYGIÈNE DE VIE	Consommation de fruits et légumes	H16
	Qualité du sommeil	H17
	Consommation de substances addictives	H18

SUBSTANCES ADDICTIVES	Consommation de tabac	S19
	Consommation d'alcool	S20
	Consommation de drogue	S21
PRATIQUE SPORTIVE	Pratique d'une APS	APS22
	Pratique au sein de l'établissement	APS23
	Moyenne d'APS/jour	APS24
	Souhait d'accorder du temps pour une APS	APS25
ENVIRONNEMENT SOCIAL	Contacts avec famille	ES26
	Situation familiale	ES27
	Possibilité de compter sur des collègues	ES28
CARACTÉRISTIQUES SOCIOPROFESSIONNELLES	Genre	CS29
	Tranche d'âge	CS30
	Catégorie professionnelle	CS31
	Ancienneté dans l'établissement	CS32
	Établissement employeur	CS33

Source : création personnelle, 2022

ANNEXE 7 : QUESTIONNAIRE DE RECHERCHE

Etudiante cadre de santé à l'institut de formation de ..., je réalise une étude auprès de professionnels de santé. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite travailler sur l'amélioration de la cohésion d'équipe.

Le questionnaire qui suit est **anonyme** et servira uniquement de recueil de données dans le cadre de mon travail de recherche. **Les réponses ne vous prendront que 5 minutes.**

Je tiens à vous remercier pour votre contribution et votre sincérité dans les réponses.

1. Quelle importance accordez-vous au partage des connaissances ?

- Pas du tout important
- Peu important
- Relativement important
- Très important
- Extrêmement important

2. Quelle importance accordez-vous à l'intérêt collectif ?

- Pas du tout important
- Peu important
- Relativement important
- Très important
- Extrêmement important

3. Quelle importance accordez-vous au pouvoir de persuasion lors d'une prise de décision ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
4. Quelle importance accordez-vous à l'écoute lors d'une discussion entre collègues ?
- Pas du tout importante
 - Peu importante
 - Relativement importante
 - Très importante
 - Extrêmement importante
5. Quelle importance accordez-vous à la résolution d'un conflit au sein de l'équipe ?
- Pas du tout importante
 - Peu importante
 - Relativement importante
 - Très importante
 - Extrêmement importante
6. Quelle importance accordez-vous à la compréhension des émotions chez un patient agité ou anxieux ?
- Pas du tout importante
 - Peu importante
 - Relativement importante
 - Très importante
 - Extrêmement importante
7. Quelle importance accordez-vous au support visuel lors de la présentation d'un projet ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
8. Quelle importance accordez-vous au support écrit lors du déploiement d'un nouveau matériel ?
- Pas du tout important
 - Peu important

- Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
9. Quelle importance accordez-vous au fait d'exprimer ses émotions ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
10. Quelle importance accordez-vous au fait d'adapter son comportement en fonction des situations ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
11. Quelle importance accordez-vous au pilotage d'un projet ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
12. Quel intérêt accordez-vous à votre travail ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
13. Quelle importance accordez-vous à vos responsabilités ?
- Pas du tout importantes
 - Peu importantes
 - Relativement importantes
 - Très importantes
 - Extrêmement importantes
14. Quelle importance accordez-vous aux interactions au sein de l'équipe ?
- Pas du tout importantes
 - Peu importantes

- Relativement importantes
 - Très importantes
 - Extrêmement importantes
15. Quelle importance accordez-vous à la compréhension d'un nouveau protocole ?
- Pas du tout important
 - Peu important
 - Relativement important
 - Très important
 - Extrêmement important
16. En moyenne, à combien évaluez-vous votre consommation de fruits et légumes ?
- Moins d'une fois par jour
 - Entre une et deux fois par jour
 - Entre trois et quatre fois par jour
 - Plus de quatre fois par jour
17. En moyenne, comment évaluez-vous la qualité de votre sommeil ?
- Extrêmement mauvaise
 - Mauvaise
 - Ni bonne ni mauvaise
 - Bonne
 - Extrêmement bonne
18. Consommez-vous des substances addictives (tabac, alcool, drogue.) ?
- Oui, si oui, répondez aux questions 19,29,21
 - Non, si non, passez à la question 22
19. Concernant votre consommation de tabac, diriez-vous que celle-ci est plutôt ?
- 1 2 3 4 5
-
- Faible Elevée
20. Concernant votre consommation d'alcool, diriez-vous que celle-ci est plutôt ?
- 1 2 3 4 5
-
- Faible Elevée
21. Concernant votre consommation de drogue, diriez-vous que celle-ci est plutôt ?
- 1 2 3 4 5
-
- Faible Elevée
22. Pratiquez-vous une activité physique et/ou sportive ?
- Oui

- Non
23. Si oui, pratiquez-vous cette activité au sein de votre établissement ?
- Oui
 - Non
24. En moyenne, à combien de temps évaluez-vous votre activité physique par jour (marche, vélo, activité collective...) ?
- Moins de quinze minutes
 - Entre quinze et trente minutes
 - Entre trente et quarante-cinq minutes
 - Plus de quarante-cinq minutes
25. Souhaiteriez-vous pouvoir accorder du temps à une activité physique et/ou sportive ?
- Oui
 - Non
26. Entretenez-vous des contacts réguliers avec des membres de votre famille ?
- Oui
 - Non
27. Vivez-vous en couple ?
- Oui
 - Non
28. Face à une difficulté professionnelle, pensez-vous pouvoir compter sur vos collègues ?
- Oui
 - Non
29. Êtes-vous ?
- Un homme
 - Une femme
30. Dans quelle tranche d'âge vous situez-vous ?
- Moins de 40 ans
 - Plus de 40 ans
31. Dans quelle catégorie professionnelle vous situez-vous ?
- Ide
 - Manipulateur/trice
 - Aide-soignant (e)
 - Cadre
 - Autre
32. Quelle est votre ancienneté au sein de l'établissement ?
- Moins de 10 ans
 - Entre 10 et 20 ans

- Plus de 20 ans

33. Dans quel établissement de santé travaillez-vous ?

Conformément au règlement général sur la protection des données personnelles (règlement UE n° 2016/679 du 27 avril 2016), vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de suppression, d'opposition pour motif légitime, de limitation et de portabilité aux données qui vous concernent que vous pouvez exercer en vous adressant à : ... Vous pouvez également introduire une réclamation auprès de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL).

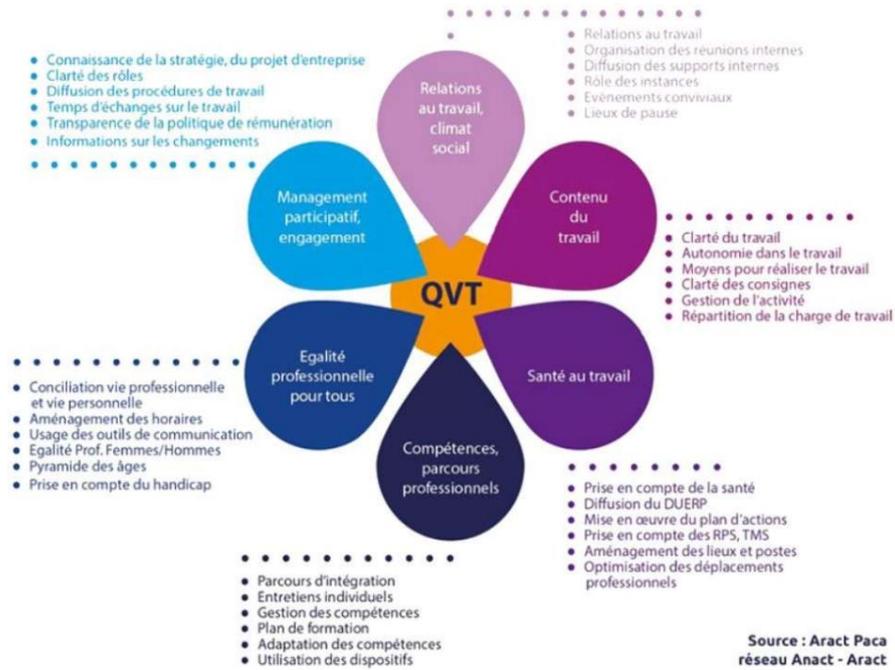
Source : Création personnelle, 2022

ANNEXE 8 : GUIDE DE MISE EN PLACE D'UNE APS EN ENTREPRISE



Source : Guide du sport en entreprise

ANNEXE 9 : LES COMPOSANTES DE LA QVT



Source : Aract Paca

Le renforcement de la cohésion de l'équipe de soins par l'activité physique : un enjeu pour le cadre de santé

Résumé

Face à une sédentarisation sociétale, le sport est la préconisation. Face à un contexte sanitaire contraint, la cohésion soignante est la préconisation. Face à de tels enjeux et afin de les mettre en lien, nous avons souhaité répondre à ce questionnement : En quoi l'activité physique influence-t-elle la cohésion chez les soignants ? Si notre cadre théorique a fait ressortir les facteurs clés d'une bonne cohésion telles que les aptitudes relationnelles, et les enjeux positifs de l'activité physique tant pour l'individu que pour l'organisation, nous n'avons pas réussi à faire émerger de lien pertinent de l'APS sur la cohésion. Ainsi, notre enquête de terrain auprès de soignants de plusieurs établissements des ... n'a pas confirmé l'hypothèse d'une influence de l'APS sur la cohésion. Néanmoins, l'apport de ce travail montre une tendance haute des aptitudes relationnelles chez les soignants « sportifs ». De plus, nous avons identifié une volonté quasi unanime des soignants au fait d'accorder plus de temps à une activité physique. Or, le faible taux de soignants pratiquant un sport au sein de leur établissement nous questionne et nous permet d'envisager des pistes d'améliorations chez des soignants dont la pratique reste en deçà des préconisations formulées par les autorités compétentes. A ce titre, nos perspectives professionnelles intègrent ces enjeux au sein d'actions coordonnées et partagées dont l'objectif sera de prendre soin des soignants pour qu'ils prennent soin des patients.

Abstract

Faced with a sedentary society, sport is recommended. Faced with a constrained health context, cohesion in care is recommended. Faced with such challenges and in order to link them, we wanted to answer this question: How does physical activity influence cohesion among caregivers? While our theoretical framework highlighted the key factors of good cohesion such as relational skills, and the positive issues of physical activity for both the individual and the organization, we were unable to identify a relevant link between PSA and cohesion. Thus, our field survey of caregivers in several institutions in the ... did not confirm the hypothesis of an influence of PSA on cohesion. Nevertheless, the contribution of this work shows a high tendency of relational aptitudes among the "sporty" caregivers. In addition, we identified a near-unanimous willingness of caregivers to spend more time in physical activity. However, the low rate of caregivers practicing sports within their institution raises questions and allows us to consider avenues for improvement among caregivers whose practice remains below the recommendations formulated by the competent authorities. As such, our professional perspectives integrate these issues within coordinated and shared actions whose objective will be to take care of the caregivers so that they take care of the patients.

Mots clés Thesaurus BDSPP : Activité physique, cohésion, santé, équipe, soignants

Keywords : Physical activity, cohesion, health, team, caregivers