

Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris Est Créteil/Val de Marne

Diplôme de Cadre de Santé



***Transmission des savoirs :
entre don et obligation,
le rôle du cadre de santé***

Magali CALLOIS

DCS@12-13

42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59



Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de L'Ecole Supérieure Montsouris sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de L'Ecole Supérieure Montsouris.

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui de près ou de loin m'ont accompagné dans cette démarche. Merci d'avoir cru en moi, et de m'avoir donné votre force dans les moments difficiles.

Je tiens également à remercier Mme TERRAT Evelyne, directrice de mémoire pour sa présence, son accompagnement et le partage de ses savoirs professionnels.

Enfin, merci à ma famille et à mes amis qui ont jonché le chemin de cette réalisation par leurs encouragements, leur amour et tout simplement leur présence, vous êtes mes savoirs-être et ma reconnaissance.

Table des matières

Remerciements	
Abréviations	8
Introduction	10
1 Du cheminement vers la problématique	12
1.1 Contexte	12
1.2 Un parcours professionnel	13
1.3 Constat	15
2 Cadre conceptuel	16
2.1 La transmission et le chemin des savoirs	17
2.1.1 Historique : au commencement du savoir	17
2.1.2 Les connaissances éléments de la compétence	19
2.1.3 L'expérience : un portefeuille de compétences.....	19
2.1.4 La culture de service pour le partage des compétences.....	21
2.1.5 La compétence comme somme des savoirs	24
2.1.6 Le « don » dans la Transmission des savoirs	26
2.2 Du compagnonnage au tutorat.....	29
2.2.1 L'évolution historique	29
2.2.2 Le compagnonnage	30
2.2.3 Les seniors et la transmission des savoirs	30

2.2.4	Le tutorat infirmier.....	31
2.3	La transmission intergénérationnelle.....	32
2.3.1	Du prescrit de la formation au réel des situations.....	32
2.3.2	La génération Y : une nouvelle génération de professionnels	34
2.4	Le cadre de santé.....	35
2.4.1	Le rôle du cadre de santé dans la transmission des savoirs.	35
2.4.2	La transmission des savoirs et la pérennité des compétences	36
2.4.3	Le management des compétences	38
2.4.4	La reconnaissance comme motivation du don	41
2.5	Conclusion du cadre conceptuel	44
3	L'enquête de terrain	46
3.1	Méthodologie	46
3.2	Choix de l'outil de l'enquête.....	46
3.3	Elaboration du guide d'entretien.....	47
3.4	Choix du terrain et des professionnels	47
3.5	Les limites et les points forts de l'enquête	48
3.6	Méthodologie durant les entretiens	48
3.7	Présentation des professionnels interrogés	49
4	Interprétation des entretiens	49
4.1	Analyse descriptive.....	49
4.1.1	Les professionnels.....	49
4.1.2	La transmission des savoirs.....	51
4.1.3	La transmission générationnelle.....	59

4.1.4	Le management des compétences	61
4.2	Analyse explicative.....	66
4.2.1	La relation intergénérationnelle et la transmission des savoirs	66
4.2.2	Le management des compétences, un outil prescrit	67
4.2.3	La reconnaissance soignante comme levier d'actions	69
5	Nouvelle perspective de recherche : L'organisation apprenante :.....	71
5.1.1	Une nouvelle théorie de la transmission des savoirs	71
5.1.2	Le rôle de cadre de santé dans cette perspective	74
	Conclusion	77
	Bibliographie	78
	Tables des annexes.....	5

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé.

FFCS : Faisant Fonction Cadre de Santé

GPEC : Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences.

GPMC : Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences.

Loi HPST : loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires.

***L'avenir n'est jamais que le présent
à mettre en ordre.
Tu n'as pas à le prévoir mais à le
permettre.***

Antoine de Saint Exupéry
La Citadelle. 1948

Introduction

En tant que futur cadre de santé, ce qui me tient à cœur dans la pratique soignante, c'est la transmission des savoirs professionnels, comme valeur sûre de la reconnaissance des soignants et de leur travail au sein d'une équipe.

Lors mes deux années de faisant fonction cadre de santé (FFCS), ce qui m'a étonné et interrogé concerne le devenir des compétences lorsqu'un agent quitte un service, et qu'un nouveau professionnel arrive. De plus, compte tenu de la place que prend l'arrivée de la génération « Y » sur le marché du travail, il semblerait qu'il se dessine une toute autre dimension pour la transmission des savoirs. Parallèlement, les différentes réformes hospitalières depuis une vingtaine d'année, ont modifié la conception de l'hôpital, et notamment tel qu'il existe et qu'il fonctionne aujourd'hui. Nous permettant d'affirmer que le management à venir est amené à changer.

Pourtant, pour les générations de soignants qui se succèdent, il est important de réaliser une transmission de la culture du soin. C'est pour cela, que gérer la transmission des savoirs et développer les compétences des soignants permettraient de pérenniser ces dernières au sein d'une institution, dans le but de faire face aux modifications démographiques du « baby boom ». Enfin l'abandon de l'hospitalo-centrisme nécessite aujourd'hui, une pluri-compétence et une polyvalence de la part des soignants, démontrant l'actualité de cette thématique. Devant l'ensemble de ces éléments, j'ai souhaité comprendre les concepts qui entourent la transmission des savoirs, mais aussi le rôle régulateur du cadre de santé dans ce processus.

En tant que futur cadre de proximité, il me paraît primordial, de repérer les changements organisationnels et d'en adapter le management ; pour qu'au sein des unités de soin de par la reconnaissance, les soignants transmettent comme un don leurs savoirs professionnels, dans le but d'une relation intergénérationnelle, force de partage et d'équilibre.

Ainsi au cours de ce travail, j'explorerai le constat situationnel qui m'a conduit à mener cette recherche autour de la transmission des savoirs. J'aborderais ensuite, les concepts relatifs à cette thématique, avec une réflexion autour de : que transmet-on ? Qui transmet ? Et comment transmet-on ? Puis, je tenterai d'analyser si la transmission des savoirs est un don ou une obligation. Ensuite, je présenterai les outils qui sont à la disposition du cadre de santé pour mener à bien cette transmission

intergénérationnelle des savoirs, tels que le management des compétences et la reconnaissance des soignants.

Enfin, dans la visée de confronté le prescrit au réel, je comparerai les notions conceptuelles aux paroles de mes futurs pairs, afin d'affirmer ou d'infirmer le postulat de départ. Puis, j'envisagerai de nouvelles perspectives quant à cette recherche, mais aussi quant au positionnement du cadre de santé dans ces nouvelles pistes de réflexion.

1 Du cheminement vers la problématique

1.1 Contexte

En préalable de l'élaboration de mon travail de réflexion sur la transmission des savoirs, j'ai tout d'abord souhaité analyser le monde qui m'entourait et surtout celui qui entourait l'hôpital d'aujourd'hui. Rapidement des fils conducteurs sont apparus : comme les changements opérés depuis la loi HPST¹, qui font que les professionnels et les professions sont en pleine modernisation, tant au niveau environnemental, économique que sociologique.

Parallèlement, j'ai compris qu'en tant que futur cadre de santé, la compréhension des facteurs de contingences, dans mon quotidien professionnel, permettrait l'accompagnement des équipes soignantes au plus près de la réalité des soins, et des organisations. Dans cette réflexion, je me suis naturellement orientée vers le sujet de la transmission des savoirs professionnels et l'importance de celle-ci dans la pérennité des compétences. Puis, comment à travers cette transmission, la reconnaissance des professionnels donne lieu à un engagement dans ce processus.

Mon exercice professionnel et mes lectures, m'ont permis de réaliser l'importance d'acquérir et de développer des compétences, mais aussi de les transmettre à des pairs, dans le but de rendre ces derniers opérationnels. Cet élément étant au cœur des préoccupations actuelles, en lien avec les enjeux démographiques, économiques, organisationnels et sociaux. Pour cela, les institutions hospitalières et le cadre de proximité devront réfléchir aux anticipations stratégiques pour l'avenir de l'hôpital.² Enfin, à l'ère de la mobilité des professionnels soignants au sein de l'Europe, il a été nécessaire de faire évoluer les mentalités, quant à l'homogénéité des formations et l'émergence de compétences spécifiques comme un enjeu individuel, pour les nouveaux professionnels de la santé.

Pour comprendre ce qui a motivé, le développement de cette thématique, je vais tout d'abord présenter mon parcours professionnel en précisant les éléments

¹ LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. Site <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 15 février 2013).

² L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : Acquérir et transmettre des compétences et si on formait au travail. <www.anact.fr> (consulté le 20 mars 2013).

relatifs à la transmission des savoirs professionnels et de façon transversale quels seraient les concepts qui éclairciraient ma réflexion.

1.2 Un parcours professionnel

Parler ici de mon parcours professionnel me semble important puisque c'est au travers de ce dernier, que la dimension de la transmission des savoirs m'est apparue comme un élément principal de la profession de soignant nécessaire à la pérennité des compétences

Après l'obtention de mon diplôme infirmier, je choisis de travailler dans un service d'hémodialyse. Mon choix s'oriente vers cette spécialité pour deux raisons : technique et relationnelle. Mes premières semaines sont très difficiles, comme pour tout nouveau professionnel, pourtant au travers du « tutorat », je vais découvrir un aspect fondamental, qui constituera le socle de ma fonction : *la transmission des savoirs*, savoir-faire et savoir-être. L'expérience des unes, servant alors pour la construction de l'expérience des autres. Je découvre alors bien plus qu'une relation, une interaction qui passe par ce don à l'autre, socle de la relation soignant-soigné et de la relation soignant-soignant.

Après avoir développé et consolidé mes connaissances, je forme à mon tour mes pairs et découvre à quel point ce processus est prépondérant et valorisant. Je transmets un savoir connu et utile à tous (obligatoire et réglementaire), mais aussi mon propre savoir-faire (don). Le cadre de l'unité me nomme référent, ce qui me permet, avec sa collaboration, de développer au sein du service l'accompagnement de mes pairs. Malheureusement cette démarche garde des limites de deux points de vue, puisqu'elle n'est ni formalisée, ni développée sur l'établissement. Cette « expérimentation » me permet de donner un sens, à ce qu'est le soignant, à ce qu'il sait et à ce qu'il peut transmettre.

Parallèlement la notion de « compétences » émerge mais reste pour moi, un mot difficile à définir, puisqu'ayant suivi la formation infirmière avant 2009, la notion « d'objectifs » est la seule que je connaisse. Pourtant au fur et à mesure que mon expérience grandit, l'encadrement me reconnaît des compétences, c'est donc dans l'exercice professionnel, qu'elles se sont développées et qu'elles ont pris toute leur importance, pour moi, pour le service, pour l'établissement et surtout pour mes pairs.

Je réalise alors à quel point, il a été difficile dans l'exercice de mes fonctions, de réaliser des actions soignantes, qui m'étaient inconnues. J'ai certes fait preuve d'adaptation, d'analyse grâce à mes connaissances, pourtant j'ai aussi tâtonné, et fait

des erreurs.... J'aurais parfois souhaité, être accompagnée, dans cette démarche avec mon individualité, ma personnalité et mon savoir être.

Je vois alors se dessiner l'importance d'optimiser mes savoirs et mes compétences, afin de maintenir des savoirs professionnels et institutionnels dans le but de faire perdurer un patrimoine soignant.

Les soignants jouent depuis 2009 et le nouveau référentiel de formation infirmière, un véritable rôle « d'accompagnant » pour les étudiants, et pour les nouveaux professionnels. Dans ce sens, l'apprentissage se développe dorénavant, moins unilatéralement, mais bien plus transversalement du « *donner et prendre* »³. Pourtant, force est de constater que les difficultés et les modifications que connaît l'hôpital, ont des répercussions sur la motivation des professionnels et sur le sens au travail. Quel en est l'impact sur la transmission des savoirs et son organisation?

Dans les autres postes occupés, je rencontre le même processus, avec l'apparition des « tuteurs ». Le tutorat prend alors pour moi, une dimension toute particulière dans ma fonction. J'aime transmettre mon savoir, et savoir-faire aux professionnels que j'encadre au quotidien et aux étudiants. Ce que je ressens, c'est le partage de mon expérience, des petites choses que je fais sans les avoir apprises dans des livres théoriques, mais bien face aux situations auxquelles je suis confrontée et auxquelles il a fallu faire face avec intuition et analyse.

Dans ce deuxième aspect de mon parcours professionnel, je parlerai de ma prise de fonction en tant que Faisant Fonction Cadre de Santé (FFCS) en chirurgie vasculaire, où je passe d'un poste infirmier le dimanche soir au poste d'encadrement le mardi matin. Je remarque alors, que sans accompagnement spécifique, ma position est difficile. En effet, je cherche la moindre information (procédures, références, correspondants) pour donner matière à ce nouvel exercice professionnel. J'analyse la situation et comprends alors à quel point le tutorat est un outil indispensable à l'opérationnalité des agents, au développement des compétences et à leur pérennité.

Pourtant, comment faire en sorte, que cette transmission de savoirs soit réalisée dans une organisation où se joue des relations générationnelles entre « novice et expert », ou entre « vouloir et devoir » ? Dans ce jeu de savoirs, mais aussi de pouvoir, le cadre de santé devient responsable de ce qui peut être transmis et de ce

³ ALTER Norbert. *Donner et prendre : la coopération en entreprise*. Paris : La Découverte/Poche, octobre 2010. 233p.

qui doit être transmis, se dessine alors une question que le cadre de santé peut se poser et qui me semble intéressante à développer :

Entre don et obligation, quel rôle joue le cadre de santé pour la pérennité des compétences du service ?

1.3 Constat

Dans le service d'urologie où j'ai été FFCS pendant un an, un agent, référent pendant 30 ans, a décidé de quitter le service, pour intégrer un tout autre secteur de soins. Après l'acceptation par la direction de ce changement, une infirmière nouvellement diplômée, s'est présentée pour la remplacer. Son expérience en chirurgie se limitait au poste qu'elle avait occupé en tant qu'Agent des Services Hospitalier (ASH) au bloc obstétrical et aux stages qu'elle avait effectué durant sa formation.

Les questions que je me suis posées à ce moment-là ont été les suivantes :

- Comment transmettre des savoirs acquis en 30 ans sur 3 semaines d'encadrement ?
- Quelle perte de compétences pour le service et pour le pôle de chirurgie ?
- Comment le cadre de santé peut-il se positionner dans cette situation.
- Quel est le pouvoir de celui qui sait ?
- Comment accompagner ce professionnel dans un processus d'apprentissage de la culture soins et de la culture de service ?

Face à l'ensemble de ses interrogations, je me suis tout d'abord, demandé :

- Que représentent les différentes notions que sont les savoirs, les connaissances, les compétences, l'expérience et la culture de service ?
- Qu'englobe le terme de transmission, qui transmet et que transmet-on ?
- La transmission est-elle un don ou une obligation ?

Dans un second temps et face à cette problématique, d'autres interrogations sont intervenues, mais plus spécifiques au rôle du cadre de santé et de son positionnement : Est-il un acteur direct, ou indirect ? Finalement, je réalise que quel que soit son positionnement direct ou indirect, le cadre de santé joue non seulement un rôle dans la transmission des savoirs, mais surtout dans la construction et le

maintien des compétences collectives. Puisque « *transmettre les savoirs d'un service est d'une part nécessaire au collectif et à sa performance* »⁴.

De plus, cette acquisition de « *savoirs* » permet aux nouveaux arrivés une meilleure intégration, et une opérationnalité plus rapide. C'est « *cultiver au-delà de la formation initiale actuellement dispensée une formation professionnelle maison* »⁵

Le cadre de santé a ici un rôle majeur, puisqu'il est le gestionnaire des savoirs de son service, dans la visée de maintenir des compétences au sein de son unité, de son pôle, ou même de son établissement ? Puisque ces savoirs, savoir-faire et savoir-être constituent le socle de la pratique soignante, les cadres de proximité, en dégage deux enjeux majeurs : Celui des apprentissages collectifs (échanges des savoir-faire, intégration de nouveaux acteurs) et celui des règles de reconnaissance (du savoir scientifique aux savoirs en action et en discussion).

Que signifie alors transmettre son savoir? C'est transmettre des connaissances, des savoirs, savoir-faire, des savoir-être, des compétences, une expérience, une culture ? Je vais au travers du cadre conceptuel tenter de développer ces notions pour une meilleure approche et compréhension. Enfin, il reste primordial de garder à l'esprit que la transmission du savoir, est une part du patrimoine professionnel à transmettre entre générations, sachant qu'il n'est ni écrit dans un manuel de la parfaite infirmière, ni appris dans le programme des études infirmières, ni d'ailleurs dans aucun ouvrage.

2 Cadre conceptuel

Afin de comprendre l'interaction dans la relation de la transmission des savoirs, il est important de comprendre tout d'abord ce que l'on transmet, qui transmet et en quoi consiste l'action de transmettre ? Enfin en quoi le cadre de santé a-t-il un rôle à jouer dans cette « transmission des savoirs », relative à la pérennité des compétences nécessaires au fonctionnement organisationnel de l'hôpital. Voici les notions que je vais développer dans le cadre conceptuel, pour tenter d'enrichir la réflexion autour du constat auquel j'ai été confronté en tant que FFCS.

⁴ Conseil et formation activ'partners : <<http://www.activpartners.com>> (consulté le 29 novembre 2012).

⁵ Ibid.

2.1 La transmission et le chemin des savoirs

2.1.1 Historique : au commencement du savoir

La transmission des savoirs est une notion qui a toujours existée tout d'abord sous une forme paternaliste, l'adulte donnant à l'enfant un cadre de référence pour la vie en société, nommé aussi « *processus de filiation*⁶ ». En effet pendant longtemps, notre société s'est inscrite « *dans un schéma de transmission des savoirs, des savoir-faire et des comportements socialement acceptable, d'une génération à l'autre*⁷ ».

Nous étions dans une transmission verticale, des anciens vers les plus jeunes, jusqu'au moment où ces derniers devenaient assez matures pour être laissés seuls, révélant ainsi une société traditionnelle. De plus l'histoire de l'humanité, est là pour nous rappeler à quel point il est important de transmettre des savoirs intergénérationnels, pour la « survie » d'une société. Tel en est exemple, des bâtisseurs de cathédrale du 12^{ème} siècle, qui se transmettent des savoir-faire au travers des générations d'artisans, sous-entendu ici de père en fils.

Jean-François GUICHAUX⁸, le décrit très bien avec la « *trans-mission* », *qui se traduit par le passage d'une mission*⁹». Nous laissant prendre conscience de l'importance de ne pas perdre les connaissances, les innovations et toutes sortes de savoir théorique, pratique, de fabrication que nos pairs ont créés et utilisés. Donnant ainsi à celui qui sait et qui transmet une place importante dans la société, et permettant à cette dernière de perdurer.

Pourtant les choses vont prendre une tournure complètement différente, avec la génération de mai 1968, qui s'élève contre cette « *culture dominante*¹⁰ ». En effet, cette génération met en place ses propres codes, valeurs, et les apports des générations précédentes sont alors totalement remis en question ; remettant ainsi en cause les fondements de la société traditionnelle et de ses institutions. Il émerge l'idée de liberté : liberté des choix, de penser, d'apprendre ; mais aussi l'idée d'égalité entre les hommes et les femmes, et surtout entre les générations... Ce qui créait ainsi

⁶ LAMBERT Jacques, *Mais que reste-t-il de la transmission intergénérationnelles*. Soins cadres n°79. Août 2011, pp14-19.

⁷ Ibid.

⁸ GUICHAUX Jean François est un cadre de santé ergothérapeute, formateur IFPEK, à Renne

⁹ GUICHAUX Jean François, *La transmission des savoirs, une question d'autonomie*. Soins cadre de santé, n°68, novembre2008, pp43-45.

¹⁰ Ibid.

l'individualité au cœur de la société, « avec comme corollaire, la formulation de la notion de droits et de besoins plus que de devoirs et de limites¹¹ ». Dans ce changement de représentations, la société s'est donc détraditionnée, modifiant ainsi la transmission entre générations. Nous avons alors constaté, au fil du temps, la perte de certains savoir-faire. Il est donc aujourd'hui important de valoriser ces derniers et de mettre en place un véritable processus de transmission, pour la pérennité des savoirs, sous peine de les voir voués à disparaître.

Au-delà de ces savoirs, ce sont comme l'exprime G Le Boterf, « des savoirs y faire¹² », que l'on cherche à transmettre. Plus communément décrit comme : des tours de main, un coup d'œil, une oreille fine... des sens mis en exergues, et qualifiés de savoirs tacites. D'ailleurs, déjà Diderot en 1751 caractérise dans son œuvre « l'encyclopédie¹³ », à travers des gravures de l'art des pratiques d'environ deux cent métiers, une compilation des savoirs professionnels de l'époque, montrant ainsi que la transmission des savoirs traverse le temps et ne peut être considérée à un instant donné.

Les changements opérés ces dernières années, ont modifié l'image de l'hôpital traditionnel en hôpital moderne, où la technologie est omniprésente. Pourtant le métier de soignant ne peut pas se technocratiser à outrance, en effet la place du savoir-faire et du savoir-être est, et restera le socle de la profession d'infirmière. Entretenir ce savoir au travers les générations est aussi important que le travail en lui-même, car en « donnant », à l'autre cette part de soi, on l'amènera à donner à son tour, une part de lui.

En opposition, certains affirmeront « qu'il faut regarder devant et que c'est vers de nouvelles compétences qu'il faut se tourner pour aborder au mieux le contexte économique. Pourtant c'est sur l'expérience acquise et le savoir-faire développé que se sont forgées les meilleures pratiques¹⁴ » Par ailleurs, la réingénierie des formations initiales qui mettent en avant l'approche par compétences « vient bousculer le paradigme pédagogique de la transmission de connaissances pour promouvoir un

¹¹ LAMBERT Jacques, *Mais que reste-t-il de la transmission intergénérationnelles*. Soins cadres n°79. Août 2011, pp14-19

¹² LE BOTERF Guy, *repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009.p30.

¹³ Xavier Nègre, *lexilogos mots et merveilles d'ici et d'ailleurs* <www.lexilogos.com/encyclopedie_diderot_alembert.htm> (consulté le 23 mars 2013).

¹⁴ iNFIPP, *le pari de l'humain*, <http://www.infipp.com/nos-formations-2013/formation-transmission-des-savoirs> (consulté le 11 décembre 2012).

*modèle socioconstructiviste*¹⁵». Ce dernier étant défini comme, le fait de « *co-construire ses connaissances en confrontant ses représentations à celles d'autrui* »¹⁶.

Il est important de comprendre que gérer les connaissances, n'est pas qu'une affaire de technique et de technologie. En effet, les connaissances théoriques et pratiques, résident dans le cerveau des professionnels, seule une faible partie s'en échappe pour se retrouver dans des documents écrits. Faut-il donc, dans la transmission des savoirs s'intéresser au facteur humain ?

Afin, de comprendre les éléments qu'il est important de retenir pour la transmissions des savoirs, nous allons développer les concepts suivants.

2.1.2 Les connaissances éléments de la compétence

La connaissance est un sous-élément de la compétence et répond aux questions du type : pourquoi et comment ?

La connaissance est investie par la personne, qui l'utilise en fonction de son expérience, de son vécu et de ses valeurs. En ce sens, nous pouvons affirmer que la connaissance est personnelle et subjective, « *même s'il existe une connaissance collective, celle-ci n'est jamais que la somme des connaissances individuelles* »¹⁷. Pourtant ce qui distingue les professionnels, ce ne sont pas leurs connaissances, mais bien l'utilisation qu'ils en font en situation de soins. En effet, il semble « *difficile de transmettre des connaissances : chacun les construit et les organise à sa manière* »¹⁸. C'est pour cela que « *les connaissances doivent être transformées en savoirs pour devenir des objets transmissibles* »¹⁹.

2.1.3 L'expérience : un portefeuille de compétences

L'expérience se définit comme étant des compétences développées face aux situations de soins. Elle est une partie du patrimoine d'une collectivité pourtant il est

¹⁵ Ibid.

¹⁶ KOZANITIS Anastassis,

Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage, septembre 2005. 14p. <http://www.polymtl.ca/bap/docs/documents/historique_approche_enseignement.pdf> (consulté le 23 mars 2013).

¹⁷ Gestion des connaissances <<http://www.gestiondesconnaissances.be/modele.php>> (consulté le 13 mars 2013).

¹⁸ LE BOTERF Guy, *repenser la compétence*, Paris : Edition d'organisation/Eyrolles, 2009. p71.

¹⁹ Ibid.

important de considérer les zones d'ombre et les secrets de l'expérience. Comment en effet, expliciter ce qui a été réalisé sans réelles explications ?

Selon Patricia Benner, on peut donc parler d'expérience « *lorsque les notions et les attentes préconçues sont remises en question, mises au point ou infirmées par la réalité. L'expérience est l'amélioration des théories et des notions préconçues par la confrontation à de nombreuses situations réelles qui ajoutent des nuances ou des différences subtiles à la théorie*²⁰ ». Pour cela, elle reconnaît différentes étapes dans le développement de l'expérience, le professionnel passant ainsi par les stades : « *novice / débutant / compétent / performant / expert*²¹».

Nous permettant d'affirmer que les mécanismes d'analyse seront différents, face à une situation, selon que l'on se place du côté de l'infirmière expert ou de la nouvelle professionnelle. En effet, l'analyse du problème se fera de manière plus intuitive pour l'infirmière experte, au contraire de la nouvelle professionnelle qui sera plus dans un raisonnement conscient analytique des moindres détails pour résoudre un problème simple. Le nouveau professionnel « *doit apprendre à rassembler et à mobiliser ses savoirs, ses savoir-être ainsi que ses savoir-faire dans le but de résoudre les problèmes qu'il rencontre et développer, in fine, son capital d'expériences sur le sujet*²²».

C'est en fait, une évidence, personne ne peut vivre une expérience à la place de l'autre. Dans ce sens, G. Le Boterf affirme que « *vouloir transmettre une expérience est illusoire*²³ ». Pourtant il précise que certes l'expérience n'est pas transmissible, mais que « *nous pouvons fort bien transmettre les leçons tirées de ces expériences*²⁴». Face à cette opinion, nous pouvons dire que la transmission des savoirs n'est pas ici donnée pour donner mais bien accompagner. En effet, le professionnel qui transmet « *n'est pas l'interface entre le livre et l'apprenant, et*

²⁰ BENNER Patricia, de Novice à Expert /Excellence en soins infirmiers, 9p. Site sideralsanté : <<http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>> (consulté le 16 mars 2013).

²¹ Ibid.

²² TOUTAIN Olivier, L'enjeu de l'apprentissage expérientiel et de la métacognition dans l'éducation entrepreneuriale, <http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/65.pdf/downloadFile/file/65.pdf> (consulté le 06 février 2013).

²³ LE BOTERF Guy, *repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009. p72.

²⁴ Ibid.

*l'apprenant est quant à lui, un agent actif plutôt que le réceptacle passif de la sagesse d'autrui*²⁵».

On parle donc ici de l'apprentissage en situation, retrouvée dans la littérature, sous le nom de la transmission expérientielle, c'est-à-dire « *une opération de transmission, où le professionnel en immersion apprend, non seulement la théorie, mais à la faire fonctionner à la première personne du singulier, en se prêtant lui-même à l'expérience*²⁶». Parallèlement, la théorie de l'apprentissage expérientiel, incarnée par les travaux de David A Kolb²⁷ (1984), montre que « *l'acquisition et la transformation d'expérience est centrale dans le processus d'apprentissage. En d'autres termes, l'apprentissage expérientiel est une théorie cognitive (les individus transforment, en mobilisant leur propriété cognitive, leur expérience en nouvelles connaissances) et situationnelle (l'apprentissage est situé dans l'expérience)*²⁸».

L'expérience se développe, au fur et à mesure, avec la mise en pratique de compétences permettant ainsi, de penser en réalisant et de réaliser en pensant. L'expérience est plus que jamais un atout majeur, dans les organisations de travail où l'adaptation rapide et réactive, est devenue essentielle. Elle est un facteur nouveau dans la prise en compte des compétences des professionnels, qui doit faire penser au cadre de santé à sa valorisation.

2.1.4 La culture de service pour le partage des compétences

La culture de service est connue particulièrement au sein des entreprises pourtant des similitudes existent au sein des organisations hospitalières.

²⁵ TOUTAIN Olivier, L'enjeu de l'apprentissage expérientiel et de la métacognition dans l'éducation entrepreneuriale, <http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/65.pdf/downloadFile/file/65.pdf> (consulté le 06 février 2013).

²⁶ Centre interdisciplinaire de formation à la psychothérapie relationnelle, <<http://www.cifpr.fr/+-experientiel>> (consulté le 16 mars 2013).

²⁷ A. KOLB David est un éducateur qui a beaucoup contribué à l'étude des styles d'apprentissage.

²⁸ TOUTAIN Olivier, L'enjeu de l'apprentissage expérientiel et de la métacognition dans l'éducation entrepreneuriale, <http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/65.pdf/downloadFile/file/65.pdf> (consulté le 06 février 2013).

Pour une compréhension globale, la culture : « est un processus d'apprentissage avec son origine et son évolution en fonction des relations à l'environnement et des interactions entre ses membres²⁹ ». Nous amenant, à supposer que la transmission des savoirs est également inscrite dans cette notion et fait donc partie d'un processus, qui s'acquière dans une lignée horizontale, transversale et surtout dans une temporalité : les uns après les autres, et surtout en lien les uns avec les autres.

La notion « d'interaction entre ses membres », qui apparaît dans la culture de service, nous permet de dire que c'est bien dans la relation que les savoirs se développent, s'acquièrent et se transmettent. La culture de service, « *structure et garantit ce que l'on nomme l'esprit d'équipe et l'engagement*³⁰ », nécessaire à la satisfaction, et à la reconnaissance au travail.

La culture de service serait donc une notion indispensable pour la transmission des savoirs, montrant que c'est dans l'esprit collectif et le partage qu'elle prend tout son sens. Aujourd'hui, cette culture a pris une toute autre dimension, en effet c'est de par le travail des soignants, de leurs interrogations, et de leurs propositions, que le service se construit chaque jour dans un but commun : une prise en charge optimale et de qualité pour le patient. C'est le patrimoine à conserver et à préserver au plus près de ce qu'il est, ainsi que la justification de ce qu'il s'est passé, des moments agréables ou non, de l'entraide mais aussi des liens entre les différents acteurs du système.

En effet, « pour les professionnels, la culture de service représente les rites et symboles qui constituent les bizarreries de toute société humaine, pour d'autre, c'est la vision, le système de valeurs des dirigeants, voire les codes de comportement effectifs. Pour d'autres, c'est l'identité profonde et le sens commun construit au sein du corps social ; notion valorisée mais vague, voilà peut être la raison profonde du succès de la culture³¹ ».

Comme le dit Maurice Thévenet, cette culture de service touche les organisations, « il est donc digne d'intérêt³² » de la prendre en compte pour deux

²⁹ THEVENET Maurice, *La culture d'entreprise*. Paris : puf/Que sais-je ?, 1993.p 43.

³⁰ ALTER Norbert, *Donner et prendre, la coopération en entreprise*. Paris : édition La découverte/poche. Octobre 2010. p8.

³¹ THEVENET Maurice, *La culture d'entreprise*. Paris : puf/Que sais-je ?, 1993. p5.

³² Ibid.

raisons : premièrement, l'hôpital, ne peut pas se passer de ses échanges sociaux, qui sont une ressource, même s'il est important de garder à l'esprit que cette culture de service ne doit pas régir les relations, au risque d'être phagocytaire pour l'organisation. Deuxièmement, puisqu'elle fédère les professionnels autour d'un objectif commun, tout en gardant à l'esprit le désir de ne rien changer de ce qu'ils connaissent parfaitement. *C'est donc un « intégrateur pour certains et plutôt une défense, pour d'autre³³ ».*

Chaque service, chaque équipe possède une histoire et un passé. La prendre en considération, est pour le cadre de santé la mise en avant d'une existence en tant que telle, avec l'identification des liens et des jeux d'acteurs qui ne sont pas sans conséquences dans la transmission des savoirs. Pour le cadre de santé, la culture de service est un outil qui lui permet d'analyser les implications des professionnels. Il pourra en effet mieux comprendre les enjeux qui se jouent au sein de l'unité et définir des rôles précis. De plus le groupe a une identité propre, elle n'est pas que la somme des individus qui la composent, mais bien un groupe d'individus qui ne se seraient jamais rencontrés, si le travail ne les y avait pas contraints. Parallèlement à cela, la connaissance « du jeu des acteurs » permet au cadre de santé de définir les agents/positifs et les agents/négatifs et met ainsi en avant les éléments nécessaires à la réussite d'un projet.

La culture de service est donc, un paramètre indispensable au bon fonctionnement d'une organisation, car elle donne un cadre de référence pour les anciens professionnels (rassurés) et pour les nouveaux professionnels (rassurant). Pourtant, Il existe parallèlement à l'effet positif d'une culture de service, un effet négatif de n'y intégrer personne de nouveau ou de le faire mais sans convictions avec la notion que de toute façon le nouveau professionnel, ne pourra jamais faire aussi bien que l'ancien qui est parti. Enfin, la culture de service met en évidence des droits et devoirs de la personne envers l'hôpital mais également les droits et les devoirs de l'hôpital envers les professionnels. Partie de là, la transmission des savoirs requière donc d'un certain devoir de la part des soignants envers l'institution, et les pairs.

Le cadre de santé doit alors trouver le juste milieu dans l'utilisation de cette culture de service au sein de l'organisation. Il doit tenir compte de son évolution en fonction de l'environnement et des professionnels qui la compose. La culture présente ne ressemble pas à celle qu'elle a été hier, et à celle qu'elle sera demain, malgré la subsistance de ses racines. N'en serait-il pas de même pour les savoirs

³³ Ibid.

professionnels ? En cela, la culture encourage le travail collaboratif et le partage des acquis conditionne la suite, telle une boucle bouclée.

2.1.5 La compétence comme somme des savoirs

La compétence est définie habituellement comme une somme de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être. Pourtant selon G. Le Boterf, mieux vaut la considérer, « *comme une combinaison* ³⁴ » et non comme une superposition. Celle-ci s'enrichissant au cours du temps en fonction des individus. Or, ce qui nous importe, c'est surtout la capacité « *d'agir avec pertinence et compétence dans une situation donnée* ³⁵ ».

Dans cette conception même de la compétence il ne s'agit plus de lister les ressources (connaissances et savoirs) des professionnels, mais bien de favoriser l'interaction d'un contexte environnemental, et d'un raisonnement individuel.

Selon C. Lévy-Leboyer « *la compétence est considérée comme un ensemble d'aptitudes et de talents, de traits de personnalités et de connaissances acquises pour mener à bien les tâches assignées à un individu* ³⁶ ». Cette définition reprend bien le contexte situé en amont et comme le précise G Le Boterf, il faut « *conjuguer être compétent et avoir des compétences* ³⁷ ». Pour rejoindre C. Lévy-Leboyer, Maurice Thevenet, définit la compétence comme « *la capacité à résoudre des problèmes, à aborder une situation et tout un ensemble de mécanismes cognitifs destinés à traiter la réalité* ³⁸ ».

Juridiquement, la compétence de façon globale, prend toute sa dimension grâce à la loi du 4 mai 2004³⁹, relative à la formation professionnelle tout au long de la vie. En effet cette dernière « *marque une évolution importante des règles du jeu social, et s'inscrit explicitement dans une logique économique où la formation et la gestion des compétences sont des éléments essentiels de la compétitivité des entreprises et de*

³⁴ LE BOTERF Guy. *Repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009. p17.

³⁵ Ibid. p21.

³⁶ LEVY-LEBOYER Claude, *Le bilan de compétences*. Paris : éditions d'Organisation, 1993. p63.

³⁷ LE BOTERF Guy, *Repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009. p21.

³⁸ THEVENET Maurice, *La culture d'entreprise*. Paris : puf/Que sais-je ?, 1993. p70.

³⁹ LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. JORF n°105 du 5 mai 2004 page 7983. Texte n° 1. Site <www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf> (consulté le 21 janvier 2013).

*l'employabilité des salariés*⁴⁰». L'importance de la transmission des savoirs prend donc ici tout son sens.

Dans ce contexte, il est opportun de poursuivre la réflexion sur les modalités de développement des compétences dans la formation des soignants entre la théorie et la pratique, afin d'ouvrir les perspectives d'une professionnalisation. La professionnalisation est par définition « *un processus d'engagement volontaire pour développer ou renforcer une identité de métier. Cette identité est constituée des pratiques, comportements et valeurs du professionnel* »⁴¹. Cette notion, porteuse de valeurs positives, reconnaît le professionnalisme des individus, travaillant selon « *les usages de la profession et dans les règles de l'art* »⁴².

Enfin et selon Guy Le Boterf, « *Etre compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec compétence dans une situation de travail (activités à réaliser, événement auquel il faut faire face, problème à résoudre, projet à réaliser...).* C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources (savoir, savoir-faire, comportements, modes de raisonnement...) »⁴³.

Mais ces dispositifs demandent la mise en place d'aménagements organisationnels et managériaux pour faciliter les apprentissages, en effet la compétence est devenue collective puisqu'elle exige de savoir s'associer et d'échanger avec les autres des apprentissages et des savoirs. C'est donc dans cet état d'esprit communautaire que le cadre de santé pourra s'inspirer, pour développer la transmission de savoirs professionnels permettant le développement de compétences.

L'analyse de tous ces concepts que sont les connaissances, l'expérience, les compétences et la culture de service, nous amène à dire que seuls, ils ne sont pas transmissibles les uns permettant la construction des autres, c'est dans ce but qu'ils sont regroupés sous le terme de transmission des savoirs. Finalement, il est important de reconnaître « *que les savoirs, et savoir-faire, ne sont qu'un panier de ressources* »⁴⁴ et que c'est bel et bien la manière de les utiliser qui leur donne une

⁴⁰ Le cercle les Echos <<http://lecercle.lesechos.fr/entreprises-marches/management/221130215/quest-ce-que-la-professionnalisation>> (consulté le 16 mars 2013).

⁴¹ Ibid.

⁴² Ibid.

⁴³ LE BOTERF Guy, *Repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009. p21.

⁴⁴ Ibid. p17.

réelle valeur. C'est donc sur cette dimension contextuelle, qu'il est intéressant de se questionner.

2.1.6 Le « don » dans la Transmission des savoirs

Selon la définition du petit Larousse, transmettre c'est « *faire passer quelque chose à ceux qui viennent ensuite, à ses descendants, à la postérité : Transmettre un usage. Parallèlement c'est aussi communiquer quelque chose à quelqu'un après l'avoir reçu* ⁴⁵ ».

Transmettre un savoir c'est aussi le partager dans un processus d'échange entre des professionnels, avec d'un côté ceux qui fournissent les savoirs et de l'autre ceux qui les reçoivent. Le partage des savoirs est généralement bilatéral, en effet les professionnels qui participent à l'échange nommés les émetteurs attendent une certaine reconnaissance et un retour de la part des récepteurs. C'est cette reconnaissance qui sera par ailleurs, l'une des clés de la réussite d'un processus de partage.

De façon générale, transmettre son savoir c'est le sentiment de laisser quelque chose de soi. De plus c'est rendre à l'autre ce que l'on a nous même reçu à un moment de notre vie professionnelle.

Selon Godbout et Caillé,⁴⁶ « *nous qualifions de don toute prestation de bien ou de service effectuée, sans garantie de retour, en vue de créer, nourrir ou recréer le lien social entre les personnes* ⁴⁷ ».

En opposition, il apparaît aussi que cette notion de « don », met en évidence « *que derrière des pratiques d'apparente générosité, gratuité et liberté se cache un cadre très strict de règles et codes sociaux qui oblige à donner, à recevoir et à rendre. Le refus de donner, recevoir ou rendre signifierait une rupture des rapports sociaux* ⁴⁸ »

⁴⁵ Dictionnaire Larousse, <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transmettre/79176>> (consulté le 16 mars 2013).

⁴⁶ GODBOUT et CAILLE, sont les auteurs de L'esprit du don, aux éditions Boreal, 1992.

⁴⁷ DENAULT Bernard, nouvelles pratiques sociales, vol. 6, n° 2, 1993, p. 223-225: compte rendu de l'esprit du don de Godbout et Caillé. <<http://id.erudit.org/iderudit/301240ar>> (consulté le 21 janvier 2013).

⁴⁸ WIKIPEDIA, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Essai_sur_le_don> (consulté le 10 février 2013).

Dans la transmission des savoirs, il s'avère donc que : « *c'est par la morale du don que l'utilité sociale prime sur l'utilité privée : pourtant le don se complexifie et perd son caractère éminemment chrétien de gratuité pure* ⁴⁹ » et d'un point de vue politique, « *il devient instrument de pouvoir et de manipulation* ⁵⁰ ».

Devant ces nombreuses affirmations, le don n'est donc pas des plus simples à définir puisqu'il dépend de multiples facteurs.

Selon la classification de Marcel Mauss, la relation du don a trois temps. Cette classification du don a pris naissance au travers des travaux anthropologiques que Marcel Mauss a effectués auprès des tribus amérindiennes et océaniques donnant lieu à des concepts tels que le *Potlatch*⁵¹ et la *kula*⁵², et permettant de manière générale de développer : l'anthropologie sociale. En effet dans son œuvre *essai sur le don*, Marcel Mauss fait « *un cas particulier du don en général, et du don entre les humains un condensé de rite social* ⁵³ » et développe ainsi l'interrelation dans les groupes sociaux en parallèle de l'esprit de transmettre rites, culture et savoirs. La *Kula* désigne alors la réciprocité de l'échange, ce que nous recherchons dans la transmission des savoirs est bien présent ici. Dans son analyse de la *Kula*, Marcel Mauss spécifie également la notion de transfert, ce qui dans la transmission est un élément connu du secteur sanitaire avec la notion de transfert de compétences.

C'est donc, dans le concept revisité de la *kula*, que nous pouvons dire qu'apparaît la notion de la transmission des savoirs, mis en avant par Marcel Mauss dans l'échange : donner, recevoir et rendre.

Le premier temps, *donner* doit être spontané et désintéressé. Il ne doit donc pas être fait par obligation ou dans l'attente d'un retour. Ce point a suscité beaucoup de controverses. Pour beaucoup d'écoles psychologiques et sociologiques, « *un don qui procurerait un bénéfice, quel qu'il soit, financier, social ou narcissique, au donateur*

⁴⁹ HAESLER Aldo, compte rendu lien socio : *le don et contre don* <<http://www.liens-socio.org/Le-don-et-le-contre-don>> (consulté le 10 février 2013).

⁵⁰ Ibid.

⁵¹ Le *Potlatch*, a pour but une lutte de générosité pour établir la hiérarchie entre différents groupes et leurs représentants. (Selon Marcel Mauss).

⁵² La *kula* est présentée comme le cas suprême de l'échange du don. (Selon Marcel Mauss)

⁵³ MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : puf/Quadrige, septembre 2012. p IX.

ne serait pas un don désintéressé, donc ne serait pas un « vrai » don. Reconnaître un don c'est admettre une obligation morale de rendre ⁵⁴».

Pour le don, le deuxième temps qui consiste à *recevoir* permet de valider le don en lui-même. Après cette étape, dans un laps de temps plus ou moins long, il apparaît le *rendu* de ce qui a été donné, nommé par Mauss « *le contre don ou le don de retour*⁵⁵». Pourtant cette étape doit se réaliser sans manifestations aucunes et passer presque inaperçue pour être reconnue à sa juste valeur. « *La valeur attendue du don et du contre-don ne réside donc pas dans la valeur matérielle des biens échangés mais dans le lien relationnel qu'il crée, entretient et façonne entre donateur et bénéficiaire. En ce sens il s'oppose formellement à la relation commerciale, Au contraire, l'inégalité du donné et du rendu, loin d'être une imperfection archaïque et résiduelle est le moteur de la poursuite de la relation* ⁵⁶».

L'apport de Mauss a montré que la relation de don/contredon a essentiellement pour but de créer et entretenir un lien de relation : « *qui peut être ainsi marqué par la confiance, la générosité ou au contraire l'égoïsme et la suspicion*⁵⁷ ». Il nomme autrement donner-recevoir-rendre par « *échange-volontaire-obligatoire. Sans nier qu'un don* ⁵⁸», ou dit-il encore, « *une donation, implique le plus souvent une volonté, ou une liberté, ou une gratuité.* ⁵⁹». Il met en lumière, le caractère obligatoire de tout don, lui attribuant ainsi le statut d'un fait social : « *toute manière d'agir obligatoire, soustraite à l'arbitraire individuel* ⁶⁰». Cette découverte tient en fait à l'association de trois critères intimement liés : « *donner ne peut être sans qu'il y ait réception, au sens d'acceptation, et recevoir oblige de même à rendre* ⁶¹».

L'échange devient donc le centre névralgique de la vie du groupe professionnel. Il apparaît essentiel que le cadre de santé soit le vecteur de cet échange entre génération de professionnel, afin de rendre possible la transmission des savoirs. Dans

⁵⁴ MILLET Pascal, Don et accompagnement professionnel dans l'action sanitaire et sociale : <<http://epssel.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/cours/deuil/Don.pdf>> (consulté le 10 février 2013).

⁵⁵ MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : puf/Quadrige, septembre 2012.p 18.

⁵⁶ Ibid

⁵⁷ Ibid.

⁵⁸ Ibid

⁵⁹ Ibid

⁶⁰ Ibid

⁶¹ Ibid

ce processus nommé : donner, recevoir et rendre, il est important de prendre en considération les acteurs de la transmission des savoirs.

Tout comme Jean Guehenno⁶² qui précise que « *qui croit en l'intelligence des autres la provoque et la fait naître, qui en doute et s'en défie la rend timide jusqu'à la détruire* ⁶³ ». Il apparaît alors l'importance du rôle du cadre de santé et des accompagnants dans la transmission du savoir.

2.2 Du compagnonnage au tutorat

Selon Johanne Daigle « *On ne naît pas infirmière, on le devient qu'après un entraînement sérieux* ⁶⁴ ».

2.2.1 L'évolution historique

Les origines de la fonction et du mot tuteur ne sont pas clarifiés, c'est face aux questions de ses « étudiants » que Socrate mobilise sa réflexion réaliste pour pouvoir enseigner aux autres, mais aussi les amener à trouver, par leurs propres moyens, le chemin de leur propre réflexion.

On peut parler ici d'une « *pédagogie interactive au travers de laquelle il s'agit surtout de guider, d'orienter la recherche de l'apprenant* ⁶⁵ ».

Il semblerait que la notion de tutorat ait été développée par Comenius, de son vrai nom, Jan Anos Konesky (1592-1670), philosophe, grammairien et pédagogue tchèque, qui traite dans son ouvrage « La grande didactique », que la compréhension des informations passe par la pratique. C'est faire des connaissances apprises, les siennes pour les mettre en application dans une situation professionnelle.

En France, à partir du moyen âge, la formation des apprentis se fait généralement en situation de travail, chez le maître artisan.

⁶² GUEHENNO Jean est un critique littéraire qui réalisé une étude approfondie de l'œuvre.

⁶³ Blog Les amis de Guehenno, <<http://amis-de-guehenno.over-blog.com/pages/quelques-citations-de-jean-guehenno>> (consulté le 23 mars 2013).

⁶⁴ DAIGLE Johanne, Devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX siècle. Recherches féministes, vol. 4, n° 1, 1991, p. 67-86. <<http://id.erudit.org/iderudit/057630ar>> (consulté le 21 janvier 2013).

⁶⁵ BARNIER Gérard, *Le tutorat dans l'enseignement et de la formation*. Paris : l'Harmattan, novembre 2011. p16. (Savoir et formation).

Au début du 20^{ème} siècle, apparaît le dispositif de formation en alternance. Le tutorat qui jusque-là était presque exclusivement réservé à l'industrie et à l'artisanat, se développe dans d'autres corporations, tel que l'hôpital. On les retrouve sous le nom « d'accords séniors », au sein des entreprises et devient un mode de formation à part entière. Il est notamment une volonté politique pour permettre non pas des connaissances à appliquer en situation sans les adapter, mais bien d'appliquer et de développer en situation, des connaissances et une expérience.

Cette notion de tutorat, basée sur la transmission de savoir-faire, en situation de travail, n'est pas sans nous rappeler le concept de compagnonnage.

2.2.2 Le compagnonnage

Développer au 16^{ème} siècle, le compagnonnage reflète des valeurs fortes, liées au monde ouvrier, de solidarité et de fraternité entre professionnels d'une même corporation, afin de former les nouveaux arrivés. Cette notion se développe autour d'un geste précis et professionnel.

Avec ce mode de formation, c'est la pérennité d'un métier, d'une compétence précise qui est mis en avant, et non pas des connaissances pour des connaissances, mais bien un accompagnement dans des situations de travail pour mettre en application des savoirs. On voit donc apparaître ici les savoir-faire, et savoir-être.

Ce mode d'enseignement nécessite de réelles capacités intellectuelles et d'analyse de la situation ; et montre le reflet de l'analyse réflexive que je traiterai plus en amont.

2.2.3 Les seniors et la transmission des savoirs

Processus développé dans les entreprises, ayant pour première intention de permettre l'embauche des plus de 50 ans sous peine d'une amende étatique. Il apparaît un double intérêt à cette mesure, transmettre un savoir faire aux nouvelles générations ; donnant lieu à une rapide opérationnalité, mais aussi à une valorisation des salariés à travers un métier et des valeurs d'entreprise. La loi prévoit « *le financement d'une part de la rémunération des salariés de 55 ans et plus assurant le*

*tutorat de jeunes de moins de 26 ans embauchés en contrat de professionnalisation*⁶⁶».

Anticiper aujourd'hui les pertes de compétence est devenue une priorité pour l'Etat. En effet, il est urgent de s'intéresser à la transmission des savoirs de les mettre en lien grâce à une gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC). Parmi les parcours possibles, nombre d'accords ou plans d'action au sein des entreprises ont prévu le tutorat pour maintenir ces compétences. D'autres entreprises préfèrent instaurer un véritable "mentoring" « *pour faciliter l'échange intergénérationnel, entre les organisations mais aussi entre collègues*⁶⁷».

Le tutorat, pour la pérennité des compétences, s'est bien développé dans les entreprises sans doute lié aux obligations légales. L'hôpital aujourd'hui et depuis un certains nombres d'année, préconise ce procédé. Pourtant il manque une formalisation du dispositif et sa reconnaissance est encore mal définie.

2.2.4 Le tutorat infirmier

La notion de tutorat infirmier, remonterai au 17^{ème} siècle. Les soins apportés aux malades ainsi que l'enseignement sont exercés par des sœurs. « *Les sœurs étaient relevées de leurs fonctions de mois en mois par d'autres sœurs*⁶⁸ » Une fois la sœur novice formée par une sœur experte, elle devient à son tour une sœur enseignante. Son rôle n'était pas d'apporter des réponses aux problèmes posés mais de d'accompagner l'apprentissage sans le précéder.

Il est d'abord là pour faciliter la compréhension du travail. Parallèlement il consiste aussi à encourager l'apprenant face à ses incertitudes, pour que ce dernier développe des capacités d'initiative et d'autonomie.

⁶⁶ LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. JORF n°0261 du 10 novembre 2010 page 20034 texte n° 1 <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023022127> > (consulté le 27 janvier 2013).

⁶⁷ Groupe conseil SVP <<http://www.svp.com/article/accords-seniors-les-entreprises-doivent-elles-les-renegocier>> (consulté le 27 janvier 2013).

⁶⁸ CHARLES Gérard, *L'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*. Paris : le centurion, 1979, p 67. (Collection infirmières d'aujourd'hui).

Le tutorat infirmier est rendu officiel au travers du secteur de la psychiatrie, par la circulaire du 16 janvier 2006⁶⁹, qui prévoit la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. Cette formation des « pairs par les pairs », permet aux infirmiers novices de se former, au contact de professionnels experts, à travers les différentes dimensions du soin que sont les savoir-faire, savoir-être et savoir être. Nous pouvons ici, considérer les fonctions du tuteur par le « C.Q.F.D : Conduire, Questionner, Faciliter, Diagnostiquer⁷⁰, » permettant au cadre de santé d'orienter sa stratégie de mise en place du tutorat au sein de son unité, mais aussi d'analyser le jeu des acteurs et de définir les personnes ressources.

Enfin, le tutorat permet de faire le lien avec les « jeunes », population actuellement fragilisée du point de vue de l'emploi, dans la visée de « *préparer le renouvellement des générations et favoriser la transmission des savoirs*⁷¹ » permettant aux organisations de « *progresser sur le terrain de la capitalisation des savoirs*⁷² ».

2.3 La transmission intergénérationnelle

L'idée d'une transmission générationnelle, n'est pas nouvelle, pourtant les enjeux en sont tout autre aujourd'hui. En effet on ne forme plus les nouveaux professionnels comme auparavant.

2.3.1 Du prescrit de la formation au réel des situations

Le jeune soignant, va en effet vouloir s'affirmer en tant que professionnel, pour cela il souhaite mettre en application les savoirs acquis durant sa formation initiale. Pourtant rapidement il va faire l'expérience de la différence entre ce qui est demandé et ce qu'il va réellement faire, notons ici la notion de « *travail prescrit et travail réel* ».

⁶⁹ Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en œuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. Site sante.gouv <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>> (consulté le 23 décembre 2012).

⁷⁰ WIKIPEDIA : <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>> (consulté le 21 janvier 2013).

⁷¹ POUGET Julien: la génération Y, <<http://www.lageneartionny.com>> (consulté le 29 novembre 2012).

⁷² Ibid.

Il y a par définition, « d'un côté le travail prescrit, c'est-à-dire ce qui est attendu du travailleur et formalisé dans des procédures, des directives, des marches à suivre, des codes, des programmes, etc. Et par ailleurs le travail réel, à savoir ce que l'opérateur produit et a le sentiment de produire effectivement, tantôt en deçà, tantôt au-delà des règles et des attentes formelles ⁷³ ». D'où, la nécessaire intervention de pairs expérimentés. L'accompagnement et l'échange sont le socle de la relation de novices à experts. Ainsi il convient de valoriser l'accompagnement pour obtenir : le sens au travail pour l'encadrant et une facilité d'adaptation pour l'encadré.

Cette transmission intergénérationnelle, qui se réalise avec bienveillance et authenticité par des pairs, qui ont vécu les mêmes situations, facilite l'accompagnement du nouveau professionnel au travail réel. Loin du travail prescrit auquel il a été habitué lors de sa formation, c'est donc un ajustement entre le réel et le prescrit dont il doit prendre conscience pour développer ses connaissances, ses compétences et son expérience.

Cette analyse empirique entre la théorie et les faits doit donc être développée, en situations professionnelles aux cotés de pairs expérimentés, et sera donc un objet d'échange, « facilitant la consolidation des savoirs, des savoir-faire et l'aide au positionnement des savoir-être ⁷⁴ ». Pourtant, comme le souligne Jean-François Guichoux, « il est important de rester vigilant quant à l'accompagnement, en effet celui-ci ne doit pas être écrasant, il doit laisser l'autre grandir à son rythme dans la professionnalisation car il n'a pas vocation à être reproduit comme un modèle ⁷⁵ ».

Accepter d'être référent à l'accompagnement, c'est aussi accepter de voir ses propres savoirs questionnés par un professionnel, porteur de ses propres valeurs et ses propres savoirs. Cette réappropriation des savoirs professionnels suit donc l'évolution générationnelle, elle-même liée à l'évolution sociétale et donnant lieu au « propre processus de professionnalisation du soignant expérimenté, continuum de toute vie professionnelle ⁷⁶ », c'est-à-dire chacun apportant sa pierre à l'édifice. La transmission des savoirs est donc une boucle se bonifiant avec le temps et avec les éléments de contingence, qui entourent d'une part de d'autre la transmission.

⁷³ MAULINI, O, travail, travail prescrit, travail réel (2010). FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, <<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/publ-1101.pdf>> (consulté le 4 mars 2013).

⁷⁴ GUICHAUX Jean François, *La transmission des savoirs, une question d'autonomie*. Soins cadres de santé, n°68, novembre 2008, pp 43-45.

⁷⁵ Ibid.

⁷⁶ Ibid.

Cette transmission intergénérationnelle devient donc transversale et non plus verticale comme cela a été longtemps le cas. Cette transversalité s'est d'ailleurs beaucoup développée et a pris forme depuis le référentiel de 2009⁷⁷, sous la forme de l'analyse et la démarche réflexive.

2.3.2 La génération Y : une nouvelle génération de professionnels

De plus la génération Y, identifiée au début des années 90, est considéré comme la génération du multimédia met en avant ces attitudes d'apprentissage différentes. Pourtant, *« les stratégies d'adaptation d'un individu ne sont pas différentes d'une génération à l'autre. En effet, en sociologie, c'est la société qui semble être au cœur d'un processus de transformation et non seulement un groupe générationnel ⁷⁸»*.

Selon les sociologues, qui ont étudié la génération Y, il faut considérer cette dernière non pas comme *« une réalité objective, aux vues des analyses comportementales comparées avec les générations antérieures, mais plutôt une transformation sociale ⁷⁹»*. Enfin, la génération Y, qui connaît de nombreuses modifications de l'environnement techno-socio-économique, ne fait que s'adapter aux modifications qui lui sont « imposées », tout comme leurs pairs l'ont fait au même âge, avec la génération précédente. Transmettre c'est donc exister dans la nouvelle génération.

Accompagner, c'est donc prendre l'engagement de formaliser les savoirs, donnant ainsi au cadre de santé, l'opportunité de mobiliser les professionnels expérimentés autour d'un projet ambitieux qui les valorise : la transmission des savoirs.

⁷⁷ MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS BO Santé, Protection sociale, Solidarités no2009/7 du 15 août 2009, Page 275. ANNEXE III LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION. Site sante.gouv : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 4 mars 2013.

⁷⁸ JOANNES Cyril, Comprendre la "Génération Y" pour mieux la manager décembre 2012. Site cadresante <http://www.cadresante.com/spip/profession/management/article/comprendre-la-generation-y-pour-mieux-la-manager.html>> (consulté le 13 février 2013).

⁷⁹ Ibid.

2.4 Le cadre de santé

Ces missions sont répertoriées dans la fiche métier du cadre de santé d'unité de soins⁸⁰, publiée en 2004 par le ministère de la santé et de la protection sociale, pour définir la responsabilité du cadre. De façon générale, il doit posséder multiples compétences : Relationnelles, organisationnelles, d'encadrement des équipes et managériale

Le cadre doit faire adhérer son équipe aux projets, par un management participatif et doit faire preuve d'ouverture d'esprit en adoptant des attitudes d'écoute.

Il fait preuve de dynamisme et d'esprit d'initiative et sait prendre des décisions efficaces dans l'intérêt des patients et de leurs familles. Une de ses missions est d'accompagner une équipe, de la guider en dégagant le maximum de son potentiel et de sa motivation. De plus intégrer le soin, dans le quotidien du cadre de santé, est primordial, pour la compréhension du travail effectif, réalisé par les équipes soignantes. De par sa formation initiale d'infirmière, il reste référent. Il peut donc dans l'encadrement des nouveaux professionnels ou d'étudiants, faire valoir la transmission de ses savoirs. Il est important que le cadre de santé conjugue prise de décision, écoute, respect de l'individuel et du collectif, épanouissement et valorisation de chacun. Concilier qualité du soin, qualité du travail et maîtrise des dépenses constitue donc un défi, que le cadre doit relever dans un système de santé en mutation.

2.4.1 Le rôle du cadre de santé dans la transmission des savoirs.

Le cadre de santé ne peut imposer l'accompagnement et le tutorat, sous peine de voir disparaître l'envie de transmettre les savoirs. Pourtant son rôle dans ce processus relève de sa responsabilité et définit donc une certaine obligation. Il doit être le lien entre l'avant et l'après tout en respectant l'équilibre de la relation : « *l'authenticité, l'écoute, la confiance, ainsi que le respect de l'autre et de son vécu* ⁸¹ ». Il apparaît donc indispensable de considérer cette relation comme dégagée de toute obligation, en effet cette transmission doit être le reflet d'une volonté partagée et d'une motivation à échanger.

⁸⁰ Annexe 1: fiche métier du cadre de santé.

⁸¹ GUICHAUX Jean François, *La transmission des savoirs, une question d'autonomie*. Soins cadres de santé, n°68, novembre 2008, pp 43-45.

Le cadre de santé concerné par l'intégration et la professionnalisation des nouveaux soignants, devra mettre en place « *un processus d'accompagnement où les conditions suivantes sont réunies : reconnaissance et confiance au sein d'une équipe pour l'intérêt collectif* ⁸² ». Malgré les nécessités institutionnelles et économiques de rendre opérationnel les nouveaux soignants, le cadre doit garder à l'esprit que l'intégration de ces derniers est un véritable investissement pour l'avenir. En effet s'il se passe dans les meilleures conditions il sera reproductible.

Pourtant sur un « marché de biens rares » que sont les compétences, il apparaît un risque pour les apprenants : « *celui de créer un concurrent, un opérateur disposant des mêmes ressources et poursuivant des objectifs similaires sur un marché de biens rares, en l'occurrence les postes avantageux. Donner quelque chose à l'autre réduit ainsi la valeur de ses propres ressources* ⁸³ ». Au contraire considéré comme un investissement « *en temps, en transfert de compétence ou en alliance stratégique serait un moyen de pouvoir, ultérieurement, améliorer sa propre efficacité et ses propres compétences* ⁸⁴ ». Cette démarche de choisir de passer du temps auprès des nouveaux professionnels est considéré comme un véritable coût d'opportunité.

La politique de la transmission de savoirs est destinée à mobiliser et à fidéliser les professionnels. De plus, c'est un véritable outil de compréhension pour le cadre de santé, dans les jeux de pouvoir qu'il peut identifier dans le processus : donner, recevoir et rendre.

2.4.2 La transmission des savoirs et la pérennité des compétences

L'évolution actuelle des besoins de la population, nécessite l'évolution et la pérennité des compétences. En effet, il est important de faire preuve de flexibilité et d'adaptabilité face à un environnement sans cesse en mouvement. Dans ce contexte, les organisations doivent pouvoir mobiliser leur « *capital intellectuel* ⁸⁵ », afin de faire face à la demande évolutive du système de santé : « *une organisation doit dorénavant*

⁸² Ibid.

⁸³ ALTER Norbert. *Donner et prendre. La coopération en entreprise*. Paris : La Découverte, 2010. p28.

⁸⁴ Ibid. p29

⁸⁵ Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/pourquoi.php>> (consulté le 13 mars 2013).

non seulement savoir comment faire les choses, mais aussi comment faire bien et rapidement de nouvelles choses ⁸⁶».

Pour cela le rôle du cadre de santé est majeur, face aux processus, procédures et techniques qui ne cessent d'évoluer, « *les organisations elle-même changent de visage, la flexibilité, et la polyvalence deviennent une évidence nécessaire. La question des transferts de compétences est débattue dans les professions paramédicales, afin de continuer à apporter des prestations de qualité* ⁸⁷». Pourtant, devant les difficultés, que connaît l'hôpital de nos jours le cadre de santé, ne possède plus les moyens de tuteur les nouveaux professionnels, comme il le souhaiterait. En effet, le remplacement des départs ne se chevauchent plus, nécessitant que le cadre de santé adapte le processus de transmission des savoirs.

Dès lors, dans un premier temps, il devient indispensable pour le cadre de santé, d'opérer une sélection parmi les savoirs, afin de ne garder que ceux qui sont indispensables à la bonne marche de l'organisation. Dans un deuxième temps, l'enjeu pour le cadre de santé est de maintenir et de développer les compétences individuelles et collectives au sein de son unité de soins.

Mettre en avant la transmission des savoirs et sa régulation, sert surtout à capturer les connaissances des professionnels qui sont sur le point de quitter leur établissement. La mobilité interne, le jeu des restructurations massives ainsi que le départ anticipé des soignants à la retraite posent très souvent le problème de connaissances et savoirs perdus car non documentés avant le départ de ceux qui les détiennent. Et ainsi, éviter la disparition des connaissances qui devient un problème majeur pour beaucoup d'organisations. Cependant, « *capitaliser une expérience longue de trente ans en quelques mois, avant le départ d'un employé, relève du défi et il est souvent trop tard... S'il est possible, durant ces quelques mois, de capturer les faits marquants de l'employé dans le cadre de la dernière fonction qu'il a occupée, il devient beaucoup plus problématique de revenir en arrière et de tracer l'expérience, souvent multiple et diversifiée, d'un employé* ⁸⁸».

La gestion des savoirs doit être mise en place de façon systématique et structurelle, à travers tous les échelons organisationnels, « *de façon à capitaliser les expériences et leçons de travail de chaque employé tout au long de sa carrière*

⁸⁶ Ibid.

⁸⁷ Ibid.

⁸⁸ Ibid.

*professionnelle*⁸⁹». Pourtant il ne s'agit pas ici d'élaborer un « référentiel de compétences, mais bien de prendre en considération les porteurs de compétences ⁹⁰».

Le cadre de santé est garant, sous la directive des établissements d'aujourd'hui, de la préparation « des compétences de demain et dans le même temps les individus doivent pouvoir trouver au sein de ces structures, les ouvertures qui leur permettront d'inventer leur propre parcours de professionnalisation et d'employabilité⁹¹». Les établissements, quant à eux : « se doivent de faire correspondre besoins et disponibilités en compétence ⁹²», afin d'éviter la mise en danger de la chaîne de compétence d'un établissement et du même coup de sa notoriété, agissant directement sur le recrutement des patients.

Le capital intellectuel de la profession soignante, constitue l'une, sinon la valeur primordiale pour l'organisation hospitalière. « Le secteur professionnel prend de plus en plus conscience de la valeur économique et donc marchande de la dimension connaissance. Il ne s'agit plus de mode mais bien de survie ⁹³».

2.4.3 Le management des compétences

L'institution hospitalière recèle de savoirs, dont une partie est consignée dans des documents de toutes sortes (protocoles, informations numérisées, ...). Les professionnels sont les dépositaires du reste des savoirs, par leur familiarité avec les procédures, leur expertise des soins et du métier.

Les nouveaux acteurs d'une organisation, ne doivent pas se limiter à la consommation d'informations brutes. En effet après avoir vérifié empiriquement les informations, ils doivent en faire l'interprétation, afin de structurer, et de capitaliser ces connaissances en expérience.

Pour cela, le cadre de santé les aide à reconnaître :

⁸⁹ Ibid.

⁹⁰ LE BOTERF Guy, *Repenser la compétence*. Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2008. p18.

⁹¹ iNFIPP, le pari de l'humain, <http://www.infipp.com/nos-formations-2013/formation-transmission-des-savoirs> (consulté le 11 décembre 2012).

⁹² Ibid.

⁹³ Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/demystifier.php>> (consulté le 13 mars 2013).

- Les connaissances qui sont des informations, des observations et des expériences acquises par des personnes.
- Le savoir qui est un ensemble de connaissances.
- La compétence, qui selon C. Lévy-Leboyer⁹⁴, « désigne la capacité d'un individu à réaliser de façon satisfaisante une tâche déterminée. Dans le cadre professionnel, la compétence est considérée comme un ensemble d'aptitudes et de talents, de traits de personnalités et de connaissances acquises pour mener à bien les tâches assignées à un individu ⁹⁵».

Les différents rôles, du cadre de santé consiste alors en :

- un « rôle de régulateur ⁹⁶», dans cette organisation en « valorisant la circulation des savoirs professionnels ⁹⁷», qui restera cependant inutile, sans la constitution d'une dynamique de groupe, qui passe par une certaine incitation à partager ses connaissances.
- Un rôle de « répartiteur des ressources ⁹⁸», en recensant les compétences existant au sein de son service, pour définir les besoins, afin d'ajuster le plan de formation annuelle.

Ce management des compétences, permettra d'anticiper la transmission des savoirs et l'encadrement des nouveaux professionnels, ainsi que le maintien de professionnels ressources pour cette transmission.

Pour le cadre de santé, cette « sauvegarde » des savoirs et des savoir-faire a pour but de réduire la sensibilité de son activité, notamment au départ d'un soignant possédant un capital de savoirs important. Etant dans une organisation à logique « compétence », le cadre de santé tend à devenir un véritable « gestionnaire » des soins et des compétences, dans un objectif qualitatif et sécuritaire, en participant « à l'identification et sélection des savoirs stratégiques afférents, et à l'exploitation des connaissances tout en assurant leur protection ⁹⁹».

⁹⁴ LEVY-LEBOYER Claude est spécialisée en psychologie du travail, et étudie depuis plusieurs dizaines d'années la motivation en entreprise.

⁹⁵ Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/connaissance.php>> (consulté le 13 mars 2013).

⁹⁶ MINTZBERG Henri, *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : éditions d'Organisation/Eyrolles, 2006. p92.

⁹⁷ Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/connaissance.php>> (consulté le 13 mars 2013).

⁹⁸ MINTZBERG Henri, *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : éditions d'Organisation/Eyrolles, 2006. p95.

⁹⁹ Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/connaissance.php>> (consulté le 13 mars 2013).

C'est dans cette optique, qu'une gestion des savoirs nécessite aujourd'hui d'être formalisée. Depuis 2005, la France a mis en place un système de Gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) ou aussi appelé gestion prévisionnelle des métiers et compétences (GPMC), qui a pour but une meilleure gestion des ressources humaines et plus particulièrement, l'organisation de la mémoire collective.

Elles sont, selon l'agence régionale de santé (ARS), définies « *comme une gestion anticipative et préventive des ressources humaines, permettant de faire évoluer les personnels en fonction des contraintes de l'environnement et des choix stratégiques de l'établissement*¹⁰⁰ ». Elles relèvent davantage du directeur des ressources humaines, que du cadre de proximité, mais nécessite pourtant sa présence dans le processus. C'est dans ce dernier que le cadre de santé peut développer un véritable management des compétences afin de garantir la qualité et la sécurité de prestations proposées aux patients, mais également une reconnaissance des soignants et de leur travail.

Le cadre de santé, dans cette gestion des connaissances, savoirs et compétences, au niveau d'une organisation, soumet la mise en avant des comportements, des processus et des technologies permettant :

- « *de connaître individuellement ce que l'organisation connaît collectivement et de pouvoir l'appliquer ;*
- *de connaître collectivement ce que chaque employé connaît individuellement et de le rendre applicable ;*
- *de savoir reconnaître ce que l'organisation ne sait pas et de pouvoir l'apprendre*¹⁰¹ ».

Pourtant « *la volonté stratégique d'une organisation de s'approprier et de pérenniser les connaissances en son sein, au-delà des compétences des uns et des autres, peut entraîner une certaine méfiance des acteurs impliqués : une fois leurs connaissances intégrées au système de gestion, quelle sera leur valeur ajoutée*¹⁰² » ?

¹⁰⁰ ARS Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences (GPMC), <<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Gestion-Previsionnelle-des-Met>> (consulté le 20 avril 2013).

¹⁰¹ Gestion des connaissances, < <http://www.gestiondesconnaissances.be/definir.php>> (consulté le 13 mars 2013).

¹⁰² Dictionnaires et Encyclopédies, site academic, <<http://fr.academic.ru/dic.nsf/frwiki/920328>> (consulté le 15 mars 2013).

Ainsi, la volonté du cadre de santé de mettre en place le management des compétences peut se heurter aux stratégies individuelles des acteurs de la transmission. Il convient donc pour le cadre de santé d'intégrer ces caractéristiques individuelles, dans l'objectif de parvenir à une gestion des compétences efficaces, à moyen et à long terme, entre don et obligation.

2.4.4 La reconnaissance comme motivation du don

Historiquement la Pyramide de Maslow¹⁰³ a défini des besoins et leur satisfaction et notamment dans le cas qui nous intéresse celui du besoin d'être reconnu et de s'accomplir. Le cadre de santé en marge de ce concept, doit entretenir la motivation de son équipe, et prendre en compte les multiples facteurs d'interactions. En effet, la motivation « *n'est pas un trait de caractère, c'est un processus qui permet de faire des efforts importants pour une activité précise. Cette notion, est différente du dynamisme, de l'énergie ou du fait d'être actif* ¹⁰⁴ ».

Aujourd'hui, les soignants entendent faire valoir leurs qualifications professionnelles, loin de la vocation qui a longtemps été l'argument principal de la profession, ils souhaitent être reconnus en fonction de leurs compétences. Cette mise en avant de la reconnaissance des soignants permettra l'engagement et l'envie des professionnels de transmettre leurs savoirs. En effet, il est reconnu que la satisfaction et la reconnaissance du travail des agents est source de performance. Face à cette réalité, le cadre de santé recherche l'implication des professionnels, à travers leur initiative, leur participation et leur engagement.

Tout d'abord, pour essayer de faire le lien avec le rôle du cadre dans la transmission des savoirs, et comment amener cette transmission, nous nous sommes appuyés sur les théories de la reconnaissance. En effet, « *il apparaît la nécessité de tenir compte des besoins de reconnaissance exprimés (ou non) par les individus en situation de travail* ¹⁰⁵ ». Cette reconnaissance s'exprimant par un engagement du

¹⁰³ Annexe 2: la Pyramide de Maslow.

¹⁰⁴ Site : le journal du net : http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation_leboyer.shtml, consulté le 13 mars 2013.

¹⁰⁵ GUEGEN Haud et MALOCHET Guillaume. *Les théories de la reconnaissance*. Paris : La découverte, 2012. p57.

professionnel, mais aussi « *par la construction d'un sentiment de confiance et de commune appartenance* ¹⁰⁶», comme nous avons pu le démontrer plus en amont.

Ensuite, en matière de motivation, les cadres de santé doivent agir sur quelques leviers : « *communiquer, faire confiance, responsabiliser orchestrer, et soigner l'ambiance* ¹⁰⁷». Dans cet objectif, le cadre de santé fait de la reconnaissance et de la valorisation, des enjeux permanents, pour amener les professionnels à se mobiliser autour de l'objectif commun de la transmission des savoirs.

Comme nous l'explique Claude Lévy-Leboyer : « *Les entreprises qui valorisent les ressources humaines sont plus motivantes que les autres. Pour motiver les salariés, il faut communiquer en interne, définir des objectifs précis et donner un retour grâce à l'évaluation. Les valeurs et la culture d'une organisation peuvent aussi être des facteurs de motivation* ¹⁰⁸». Le cadre de santé qui incarne des valeurs auxquelles les soignants adhèrent, sont également motivantes dans le quotidien de travail des professionnels, qui vivent actuellement à contrario, une perte de valeur.

De plus, dans les activités de soins, il persiste ce que nous pouvons nommer « *l'invisibilité sociale* ¹⁰⁹», qui faute d'une régulation institutionnelle satisfaisante, risque de diminuer l'engagement des soignants, c'est donc dans ce rôle que s'inscrit le cadre de santé, dans son service. Faire de la reconnaissance, un aspect central de la politique de gestion de ressources n'est-il pas alors une des directives, que le cadre de santé doit donner à son management ?

Selon le MAUSS (mouvement anti-utilitarisme dans les sciences sociales), la reconnaissance est considérée comme complémentaire au don, elle permet selon les théories de reconnaissance : « *de penser les interactions sociales dans une perspective essentiellement culturelle, morale et identitaire* ¹¹⁰». De plus, il est important de coupler la reconnaissance au don pour « *établir une mise en rapport*

¹⁰⁶ Ibid.

¹⁰⁷ Ibid.

¹⁰⁸ Claude Lévy-Leboyer "La motivation n'est pas un trait de caractère". Site : le journal du net <http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation_leboyer.shtml> (consulté le 13 mars 2013).

¹⁰⁹ GUEGEN Haud et MALOCHET Guillaume. *Les théories de la reconnaissance*. Paris : La découverte, 2012. p57.

¹¹⁰ Ibid. p92.

*raisonné*¹¹¹», afin que dans cette reconnaissance faite par le cadre de santé envers le soignant, se réalise également un don.

En effet, le cadre qui « donne » une reconnaissance au soignant, lui permet de « donner » à son tour. Le processus « donner, recevoir et rendre » s'appliquerait-il aussi dans cette relation qui lie les soignants et l'encadrement ? Rappelons par la même occasion, que le don, au sens anthropologique, ne désigne pas directement un acte de gratuité ni même de gratitude, mais un type de relationnel entre le donateur et le donataire. Démonstré par Marcel Mauss, qui précise dans son essai sur le don, « *que celui-ci est bien lié à une triple obligation de donner, recevoir et rendre. De sorte que dans le don, le lien importe plus que le bien* »¹¹².

Nous souhaiterions montrer dans ce sens, que la reconnaissance est un moyen pour effectuer le don. Pourtant, parallèlement, A Caillé et M Hénaff développent une toute autre thèse, puisqu'il semblerait que le don « *serait l'opérateur fondamental de la reconnaissance entre humains* »¹¹³.

Dans ce concept de reconnaissance, Paul Ricoeur soutient quant à lui que « *coupler l'esprit du don et la reconnaissance, donne lieu à une reconnaissance mutuelle* »¹¹⁴ Cette reconnaissance entre les différents professionnels, permettait une transmission intergénérationnelle efficace pour une pérennité des compétences.

Pourtant, sans savoir réellement qui serait l'investigateur de la transmission des savoirs, entre l'esprit du don ou la reconnaissance, le cadre de santé prend alors conscience que tout est lié à son rôle régulateur des savoirs mais surtout des relations. Dans la visée, de faire exister l'association « donner par reconnaissance », et « reconnaître pour permettre le don » L'expression souvent utilisée du donnant-donnant ou gagnant-gagnant, ne prend-il pas ici tout son sens ?

Enfin, « *la reconnaissance est ce qui permet la viabilité d'une vie. Elle revêt en ce sens, un caractère nécessaire, pour ne pas dire vitale* »¹¹⁵, ne serait-elle pas le centre de la transmission des savoirs et de la pérennité des compétences. Le cadre

¹¹¹ Ibid. p97.

¹¹² Ibid.

¹¹³ Ibid. p99.

¹¹⁴ Ibid.

¹¹⁵ Ibid p105.

face à ce constat peut, en parallèle d'un management des compétences, réaliser un management par la « reconnaissance du don » et « du don de la reconnaissance ».

Pour finir et selon la pensée de Confucius : « *Ce que l'on sait, savoir qu'on le sait. Ce que l'on ne sait pas, savoir qu'on ne le sait pas : n'est pas là le véritable savoir* ¹¹⁶ ».

2.5 Conclusion du cadre conceptuel

Comme nous avons pu le voir tout au long du cadre conceptuel, il apparaît que la transmission des savoirs est tout d'abord, la nécessaire définition de ce que l'on souhaite transmettre. Pourtant, rapidement quel que soit l'élément qui est transmis ce sont bien des compétences et leur pérennité qui sont mises en avant. Le cadre de santé identifie et régule les savoirs, compte tenu de l'importance à les transmettre de génération en génération. Aux yeux de tous, il semble indispensable de créer un référentiel de compétences qui permettrait à l'encadrement d'un établissement de manager des compétences dans un but de sécurité et de qualité. Mais, comme nous l'avons supposé en amont entre don et obligation, comment le cadre de santé peut permettre cette nécessaire transmission des savoirs ?

Dans un premier temps la littérature nous montre que transmettre est comparable à un don. En effet, donner à quelqu'un son savoir, mais aussi son savoir-faire, relève bien d'un don entre l'expert et le novice en soin. Ce don implique ce que Marcel Mauss identifie dans le processus donner, recevoir, et rendre, que nous qualifierons d'exemple même de la transmission des savoirs. En effet, celui qui donne permet à l'autre de donner à son tour comme un enjeu de la transmission générationnelle. C'est un acte de pure gratuité qui permet au donateur la reconnaissance de son expertise. Et pour le donataire, la valeur même de l'esprit et des valeurs d'une relation. Puisque c'est bien dans cette dernière que s'inscrit cette transmission des savoirs.

Dans un second temps, nous dirons que transmettre des savoirs relève aussi de la responsabilité de chacun : tout comme un parent envers son enfant. Pourtant dans le milieu des soins les choses ne sont pas si évidentes, en effet chacun transmet ce qu'il sait, mais aussi ce qu'il sélectionne. Parfois, dans l'observation il apparaît que les soignants ne veulent pas transmettre, dans une visée de garder pour eux cette

¹¹⁶ Proverbes chinois et pensées chinoises, <http://www.chine-informations.com/guide/proverbes-chinois-et-pensees-chinoises_253.html> (consulté le 13 mars 2013).

spécificité qui les rend précieux et à part des autres comme un enjeu de pouvoir de celui qui sait.

Toujours dans la littérature, il apparaît que le cadre de santé dispose « d'outils » managériaux pour permettre cette transmission des savoirs au sein de son équipe. Ceux-ci consistent en un management des compétences et en la reconnaissance des individus dans leur unicité.

Le management des compétences, est un outil plus institutionnel qui permet un référencement des compétences d'un établissement. Ensuite, pour mener à bien ce projet qu'est la transmission intergénérationnelle des savoirs, il est important que le cadre de santé fasse valoir la reconnaissance des professionnels, comme un levier d'action sur les éventuelles résistances à transmettre.

Enfin, il apparaît que la transmission des savoirs est bien un don entre générations. Le fait de nommer des agents « référent » de tel ou tel savoir constitue un véritable management qui permet de valoriser les différences de chacun, autour d'un socle commun. De plus, cela est nécessaire pour mettre en œuvre toute l'efficacité d'une équipe pour atteindre la visée collective qui consiste en la responsabilisation, l'adaptation et la créativité du professionnel face à l'environnement mouvant qui l'entoure.

Suite au cadre conceptuel, nous souhaitons vérifier par une analyse de terrain, les hypothèses suivantes :

Hypothèse n°1 : Le management des compétences est un outil managérial actuel, qui permet au cadre de santé de réaliser une gestion des savoirs et de leur transmission.

Hypothèse n°2 : La reconnaissance des soignants est une alliée du cadre de santé, pour donner l'envie aux professionnels de transmettre leur savoir.

3 L'enquête de terrain

3.1 Méthodologie

Afin d'élaborer, l'enquête de terrain, je me suis posée différentes questions, et notamment celle sur l'importance de la spécificité des unités, où exerçaient les cadres de santé que j'allais interroger.

Mon sujet portant sur le rôle du cadre de santé dans la transmission des savoirs, j'ai sélectionné une population de professionnels en lien avec la thématique, soit des cadres de proximité. De plus, j'ai décidé de rencontrer des cadres concernés directement par l'importance d'une transmission des savoirs formalisée, au sein des unités. Voici les deux critères essentiels, qui ont accompagné mon choix concernant l'échantillonnage en pré-requis des entretiens.

3.2 Choix de l'outil de l'enquête

J'ai fait le choix de réaliser une enquête qualitative avec des entretiens semi-directifs, permettant en aval une analyse catégorielle.

Mon sujet traitant de la transmission des savoirs, du don et de l'obligation de transmettre, il me semblait plus pertinent pour un recueil d'informations de qualité, de rencontrer les professionnels en face à face. Afin de comprendre en parallèle les émotions et l'intéressement quant au sujet présenté. Cette technique de recueil d'information lié à l'échange permet une certaine spontanéité de la part du professionnel.

De plus et en lien avec le thème de mon mémoire, tout comme j'ai pu le signifier tout au long de mon cadre conceptuel, est un processus qui se réalise dans l'échange du donner et recevoir, et donc les entretiens en sont la représentation même. Enfin, Ils permettent de poser des questions ouvertes, laissant le libre choix des réponses aux professionnels interviewés, qui peut ouvrir l'interrogation sur des domaines auxquels, je n'aurais pas pensé.

Pourtant, face à ce constat, il reste important de garder, des « questions de relance », pour obtenir des réponses plus appropriées et recentrer le sujet lorsque cela s'avère nécessaire.

3.3 Elaboration du guide d'entretien¹¹⁷

L'élaboration de ce dernier s'est réalisé en plusieurs temps. En effet, en lien avec mon cadre conceptuel, j'ai tout d'abord élaboré :

- la transmission des savoirs,
- la transmission intergénérationnelle
- le management de compétences.

Ensuite, dans chacune des parties, j'ai écrit plusieurs questions, certaines comprenant des questions de relance, par soucis de clarté.

Mon directeur m'a confirmé le choix de mes questions. Après avoir réalisé des « entretiens tests », j'ai réalisé que les questions manquaient de précisions. En effet, elles étaient trop globales, les cadres de santé me demandant toujours quel était le sens réel de la question.

J'ai donc fait le choix, dans un second temps, de diviser et de reformuler les questions en plusieurs, pour permettre d'éclaircir et de cibler davantage le sujet, tout en laissant assez de liberté au professionnel pour y répondre. Mon objectif étant de trouver le bon équilibre.

3.4 Choix du terrain et des professionnels

Le choix des établissements s'est fait selon deux critères :

- A savoir si la problématique relève de l'établissement et de l'ensemble des unités où est-ce qu'elle relève d'une unité en particulier. Dans cette analyse, cela permet la mise en avant du type de management exercé par le cadre de santé.
- Celui d'un tout nouvel établissement où justement la politique des ressources humaines est directement liée à la GPEC, car l'organisation de la structure mutualise les moyens humains et matériels.

Me permettant de réaliser la place et le rôle du cadre de santé dans le dispositif de la transmission des savoirs via le management des compétences et la reconnaissance.

¹¹⁷ Annexe 3 : guide d'entretien.

Le fait, d'appartenir au premier établissement me m'a pas posé de soucis, par contre je n'ai pas souhaité interroger mes anciennes collègues directes. Ensuite, j'ai fait le choix de prendre rendez-vous auprès des cadres de santé des unités suivantes : de diabétologie, de psychiatrie, d'hémodialyse, des urgences de SSR, et de médecine interne.

Ce choix de l'échantillon s'est fait en fonction des services concernés directement par la nécessaire transmission de savoirs spécifiques. La prise de contact s'est faite par téléphone, après que les directrices des soins des deux établissements aient donné leur accord pour la réalisation des entretiens. Lors de ces prises de contact, j'ai présenté mon préambule (annexe 4), qui présentait le thème de mon mémoire, la durée approximatif de l'entretien, et la confidentialité des informations transmises et enregistrées.

J'ai dès ce premier contact pris conscience de plusieurs éléments : le peu de temps que les cadres de santé pouvaient m'accorder, en lien avec leur charge de travail et leur impression dissociée entre la théorie et la pratique. Pourtant, elles m'ont toutes reçu avec enthousiasme et m'ont accordé le temps nécessaire aux entretiens.

3.5 Les limites et les points forts de l'enquête

Mon analyse reposant sur l'exploitation de 6 entretiens, je reste consciente qu'il faut être prudent quant à l'interprétation des éléments apportés. En effet, l'analyse qui en découle ne peut être considérée comme significative. Pourtant elle permet l'ouverture sur bien d'autres réflexions. D'un point de vue positif, les entretiens m'ont permis un riche échange sur un sujet qui me passionne et la qualité des informations qui m'ont été transmises, des plus enrichissantes pour ma future prise de poste.

Je note tout de même un élément important à la question 5 de l'entretien : *pensez-vous que c'est un don ou une obligation de transmettre son savoir ?*, le mot « don » a été compris comme une capacité. Les réponses attendues ont donc été biaisées par cette incompréhension.

3.6 Méthodologie durant les entretiens

Tous les entretiens se sont réalisés dans le bureau des cadres interrogés. L'endroit était calme, pourtant pour deux d'entre eux, il y eut des interruptions par des appels téléphoniques, ou par l'intervention de médecins. Le préambule de l'entretien fut lu au début de la rencontre, tout comme les différentes parties citées

plus haut. Afin d'obtenir des réponses spontanées, je n'avais pas transmis les questions de l'entretien en amont. J'ai réalisé les entretiens de la même manière avec un ordre défini de questions, pourtant certaines réponses étant données en amont des questions, j'ai reformulé avec le cadre de santé la réponse qu'il m'avait soumise après avoir formulé la question.

3.7 Présentation des professionnels interrogés

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6
Services	Psychiatrie	Urgences	Hémodialyse	Médecine	Maternité	SSR
Age	54 ans	52 ans	44 ans	43 ans	48 ans	38 ans
Ancienneté infirmière	20 ans	22 ans	15 ans	18 ans	20 ans	15 ans
Ancienneté cadre de santé	15 ans	12 ans	9ans	1 an	8ans	2ans
Type d'établissement	Hôpital public 1	Hôpital public 1	Hôpital public 1	Hôpital public 1	Hôpital public 2	Hôpital public 2
Durée de l'entretien	25 min	32 min	1H05	1H09	1H02	25 min

4 Interprétation des entretiens

4.1 Analyse descriptive

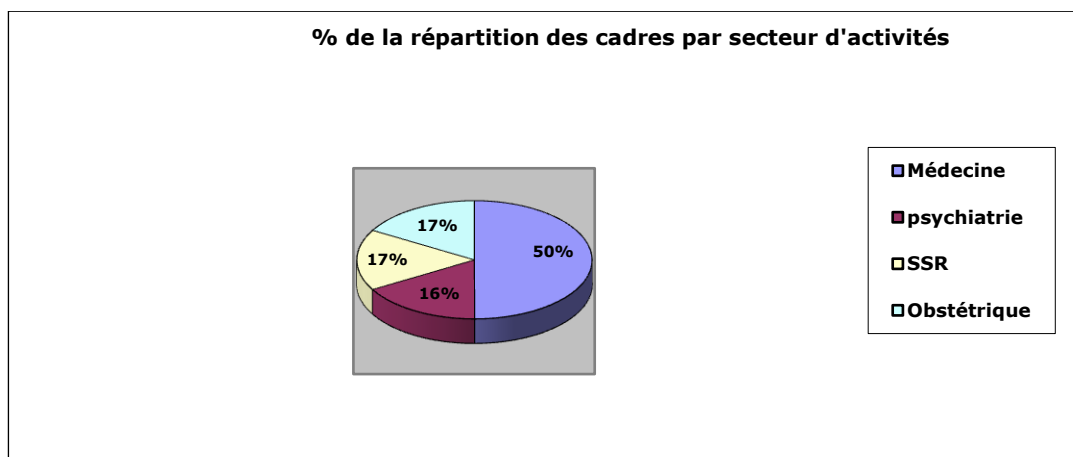
4.1.1 Les professionnels

Un total de 6 entretiens¹¹⁸ a été réalisé sur 6 services et deux structures hospitalières différentes (4 cadres de santé pour l'une et 2 cadres de santé pour l'autre), sachant qu'elles appartiennent au même groupement hospitalier, elles ont donc la même directrice d'établissement. Les deux structures sont sensiblement identiques sur le nombre de professionnels y travaillant, le nombre de lits d'accueil des

¹¹⁸ Annexe 5: Synthèse des entretiens réalisés auprès des cadres de santé.

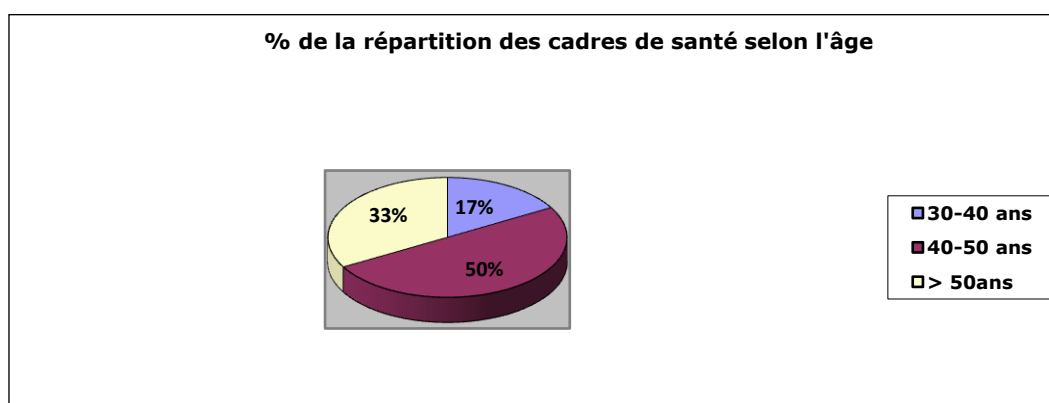
patients et les activités de soins. Quelques éléments diffèrent mais ils n'y a aucun intérêt à les aborder car peu significatifs pour cette étude. Les professionnels interrogés sont des cadres de santé diplômés d'état. Par soucis de lecture, nous appellerons échantillon l'ensemble des entretiens réalisés. Nous allons tout d'abord présenter cet échantillon.

Pourcentage de cadre de santé par secteurs d'activités



Il apparaît au regard de ces données : 51 % des cadres interrogés appartiennent de façon égalitaire au secteur SSR, obstétrique et psychiatrie soit environ 17% par secteur, contre 49% pour la médecine. Révélant que dans cet échantillon les cadres de médecine sont majoritaires.

L'âge des cadres de santé

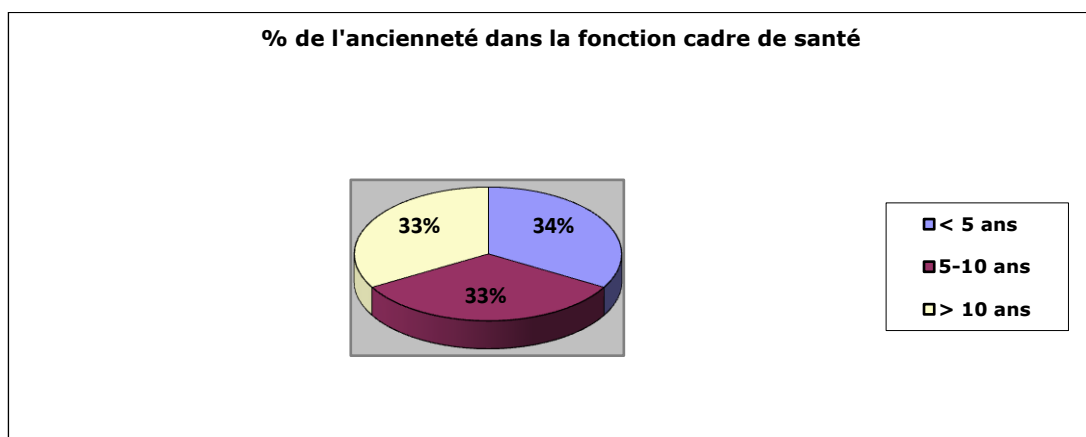


Il apparaît que majoritairement les cadres de santé interrogés ont : entre 30 et 40 ans pour 17%, entre 40 et 50 ans pour 50%, et plus de 50 ans pour 33%. Révélant que majoritairement les cadres de santé ont plus de 40 ans pour 83%.

Ancienneté dans la fonction infirmière

Pour 50 % des cadres de santé interrogés, la fonction d'infirmière représente entre 15 et 20 ans de leur vie professionnelle, contre 50 % pour 20 ans et plus.

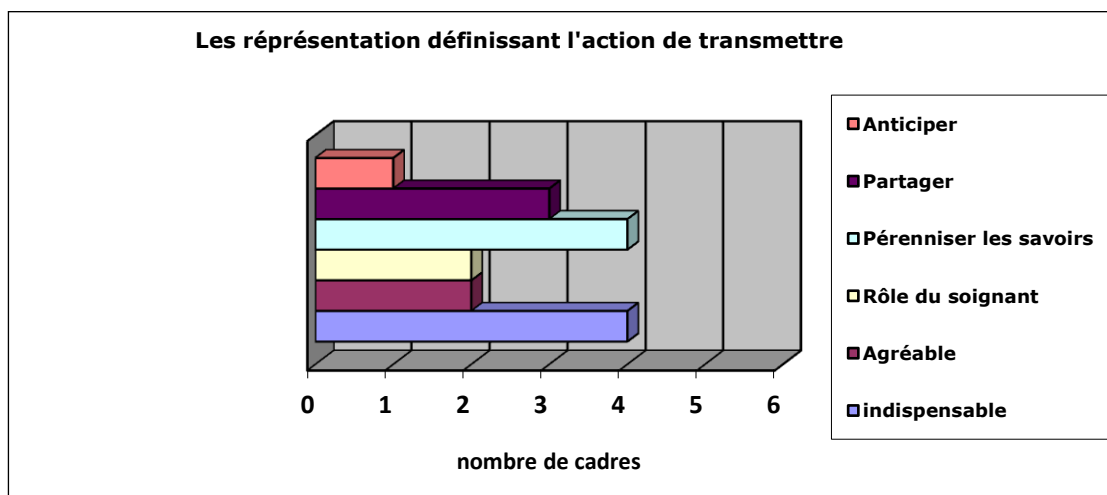
Ancienneté dans la fonction cadre de santé



Au regard de ces données, les cadres interrogés ont une expérience de la fonction très différente, permettant d'envisager une certaine diversité de réponses. De façon plus globale et face à ces trois derniers diagrammes, nous pouvons dire que les cadres interrogés ont une expérience professionnelle réaliste, de la fonction infirmière et cadre mais aussi une expérience intergénérationnelle.

4.1.2 La transmission des savoirs

L'action de transmettre en général



Face à ce graphique, nous pouvons observer que 4 cadres interrogés sur 6 estiment que transmettre est indispensable, ils précisent même dans les différents entretiens : *primordial et incontournable*. 3 cadres sur 6 pensent quant à eux que transmettre est *un partage entre professionnels*, et surtout cela relève pour 2 cadres sur 6 du *rôle propre de l'infirmière*. De plus, il semblerait que cette action soit *agréable* pour 2 d'entre eux. Enfin, 1 cadre sur 6 pense que transmettre est *intimement lié au passé et à l'avenir* et donc nécessite que transmettre soit *une action anticipée*.

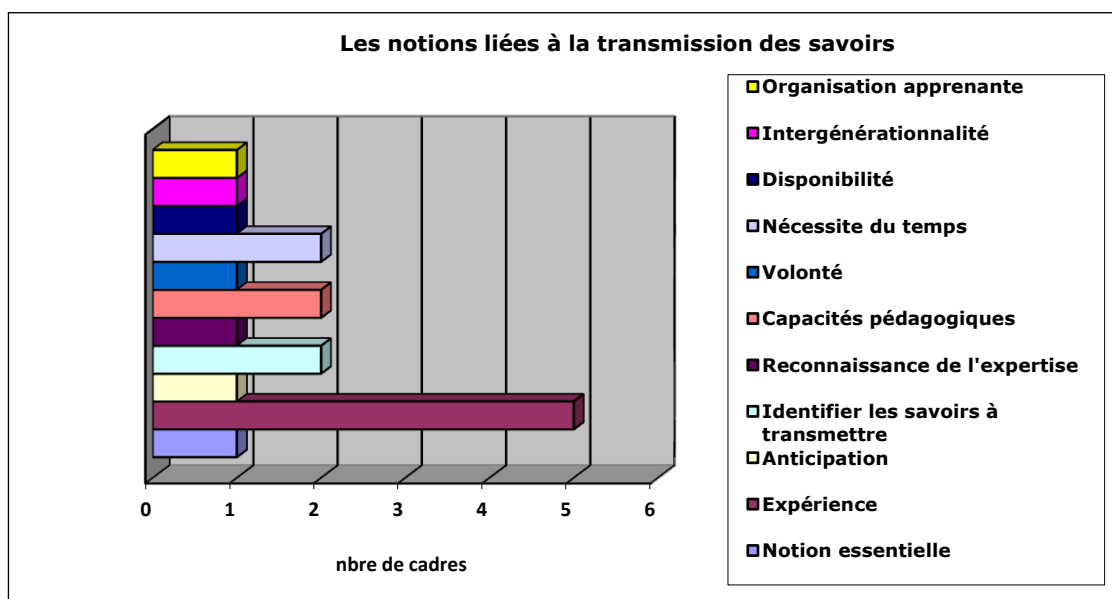
De façon plus explicite et relative aux entretiens, les cadres dans cette interrogation ont associé différentes notions, que nous trouvons intéressantes de présenter :

- Le cadre n°1 : pas d'association.
- Le cadre n°2 : *Agréable/rôle propre/pérennisation des savoirs/partage*.
- Le cadre n°3 : *Indispensable/pérennisation des savoirs/Anticiper*.
- Le cadre n°4 : *Pérennisation des savoirs/partage*.
- Le cadre n°5 : *Partage/pérennisation des savoirs/indispensable*
- Le cadre n°6 : *Indispensable/agréable/rôle propre*.

Nous permettant de dire sans trop d'avancement sur l'étude que les cadres de santé considèrent que transmettre est relatif à la profession, que c'est nécessaire pour pérenniser les savoirs, que cela est agréable et découle d'une relation de partage.

De façon globale, et face aux associations, deux représentations sont significatives, nous informant que la transmission est un partage pour pérenniser les savoirs.

Définir la transmission des savoirs



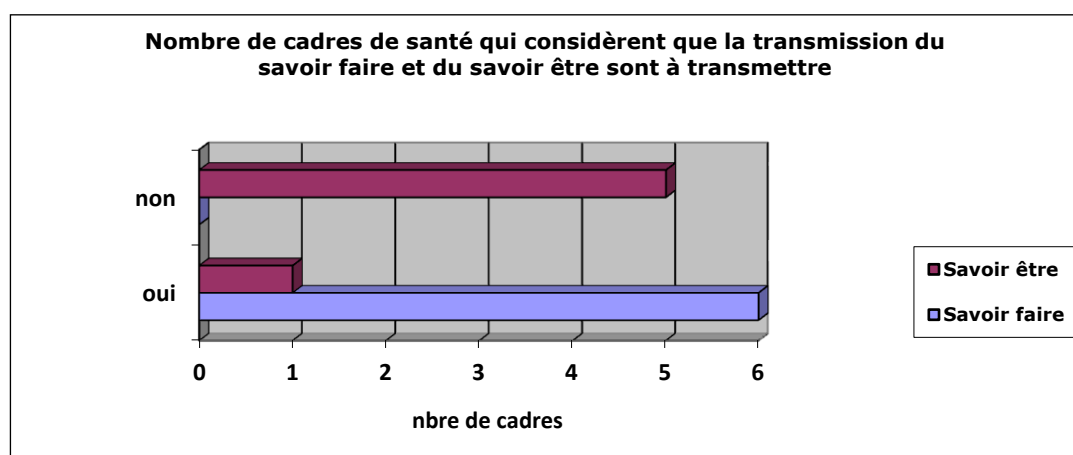
Selon les données recueillies lors des entretiens, nous pouvons décrire ici trois groupes de notions, classifiés par importance : le premier groupe qui comporte 7 notions sont citées par 1 cadre sur 6 qui qualifie la transmission des savoirs comme une *notion essentielle*, relevant de la *relation intergénérationnelle des professionnels*, et qui nécessite une *anticipation* en terme d'organisation.

Pour cela, le cadre doit *reconnaitre l'expertise du soignant et sa volonté de transmettre, ainsi que sa disponibilité*. Enfin, les cadres interrogés estiment que la transmission des savoirs se réalise dans une *organisation dite apprenante*.

Le deuxième groupe, qui concerne 2 cadres sur 6 regroupe 3 notions : *L'identification des savoirs à transmettre par le cadre de santé, les capacités des professionnels à transmettre*, ainsi que la *nécessaire temporalité* de la transmission des savoirs. Enfin, 5 cadres sur 6 estiment que la transmission des savoirs est liée et découle de *l'expérience*.

Nous permettant de dire que la transmission des savoirs est définie, comme la volonté de transmettre entre génération, le savoir que les soignants ont acquis au fil de leur expérience. C'est un processus qui nécessite *une organisation anticipée*, dans une organisation elle-même apprenante.

La transmission du savoir faire et du savoir être

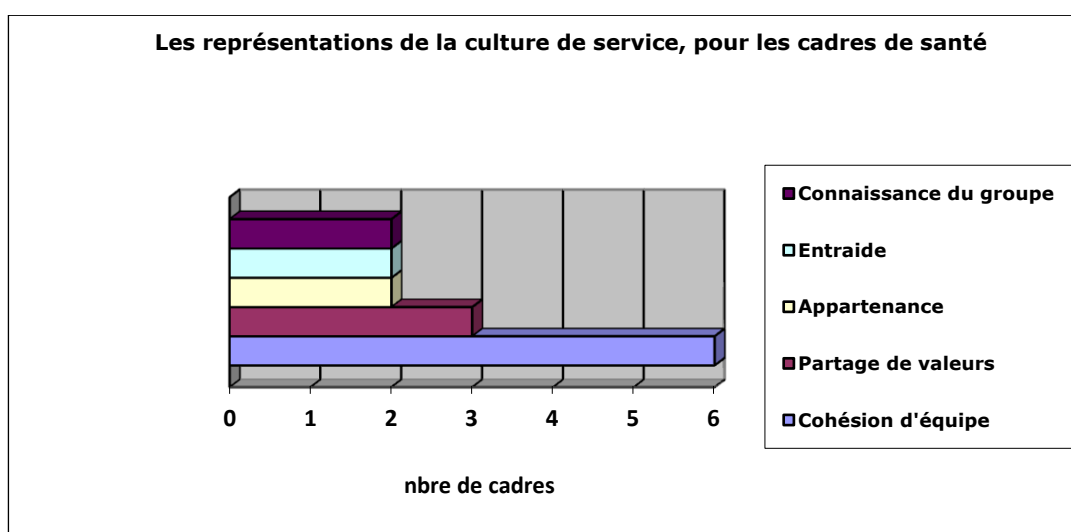


En regardant le graphique ci-dessus, nous constatons que tous les cadres interrogés pensent que la transmission du savoir-faire est à transmettre, alors qu'à l'inverse le savoir-être n'est pas un savoir à transmettre sauf pour le cadre du secteur de psychiatrie, qui justifie sa réelle importance dans la prise en charge des patients, en termes de sécurité.

Nous permettant de penser que le savoir-être est individuel à chaque professionnel, ce qui fait penser que la richesse d'une équipe ou d'un groupe est liée à cet aspect.

La transmission de la culture de service

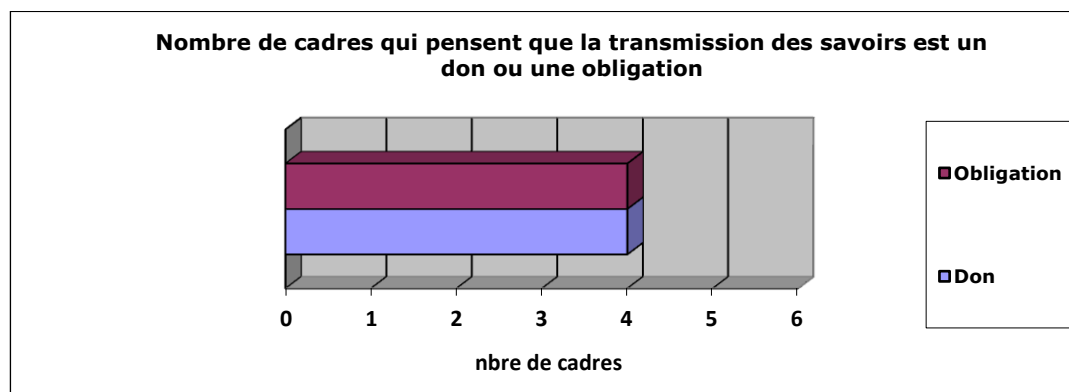
A cette question, 6 cadres sur 6 ont reconnus que la culture de service devait également se transmettre. De plus, ils mettent en avant différentes raisons et représentations de l'importance de transmettre cette culture, que nous trouvons retranscrite dans le graphique ci-dessous.



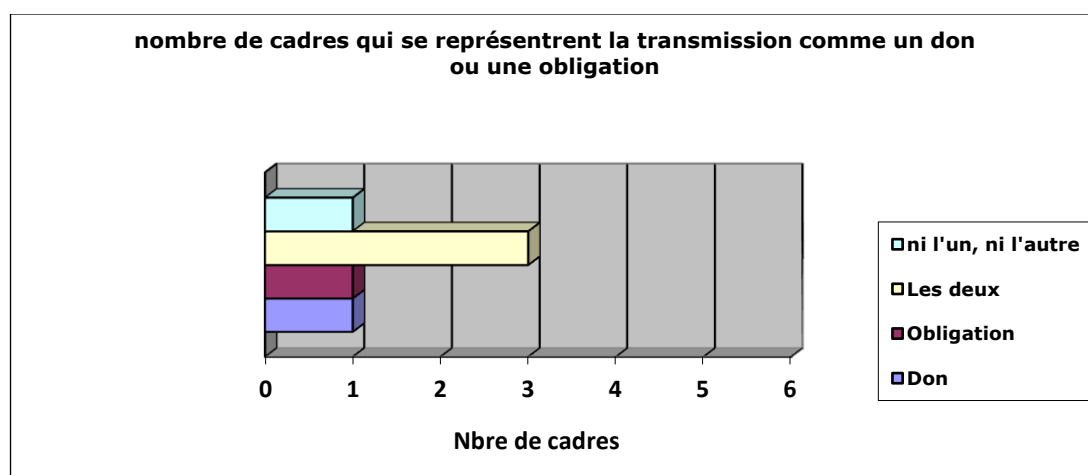
Les cadres de santé avancent au cours des entretiens, que la culture de service permettrait en tout premier point, la *cohésion de l'équipe* pour 5 cadres sur 6, qui donnerait lieu aussi à *un partage de valeurs* pour 3 des cadres interrogés et au sentiment *d'appartenance* pour 2 d'entre eux et à égalité de ce dernier pour *l'entraide* et *la connaissance du groupe*.

Il semble donc primordial pour le cadre de santé de s'intéresser à cette notion, et de connaître les professionnels qui composent l'équipe pour que le processus de la transmission des savoirs se réalise.

Entre don et obligation de transmettre



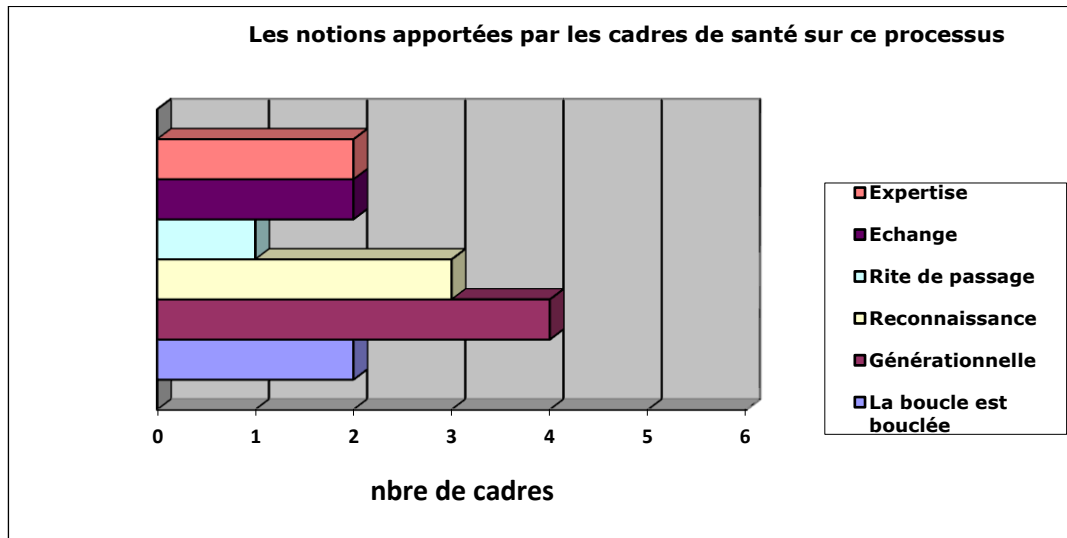
Cette interprétation n'est pas assez significative si nous la regardons comme telle, c'est pour cela que nous avons souhaité différencier quatre éléments : Un don, une obligation, les deux et ni l'un ni l'autre. Le graphique ci-dessous nous donne donc des informations plus précises.



Finalement de part une division complémentaire, nous constatons que les valeurs sont différentes de par les précisions apportées, en effet 3 cadres sur 6, pensent que la transmission associe le don et l'obligation contre 2 qui les différencie et 1 qui considère que cela ne représente ni l'un, ni l'autre.

Signifiant alors que dans la transmission des savoirs, il y a bien le « don » qui représente essentiellement la volonté de transmettre et « l'obligation » qui fait suite à la nécessité de transmettre des savoirs, au risque de les voir disparaître.

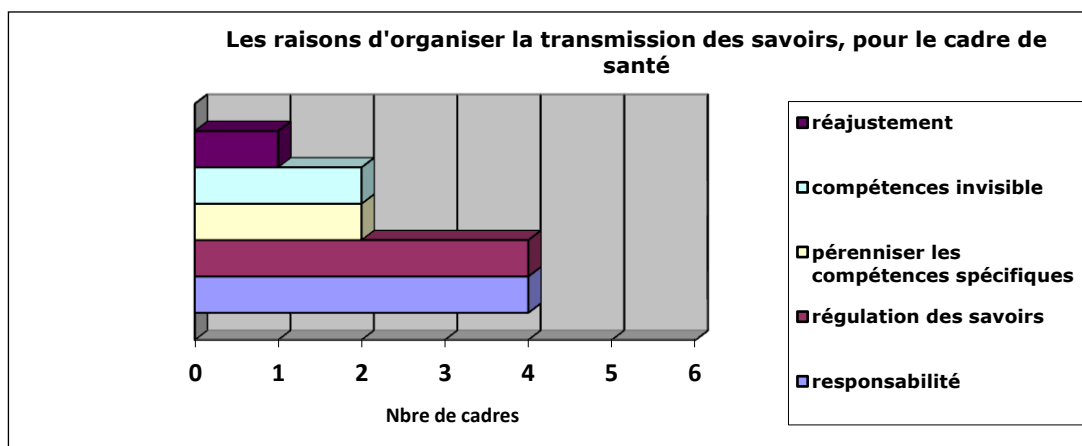
Le processus donner, recevoir et rendre



Selon les données récoltées lors des entretiens et retranscrites dans ce graphique, il semblerait que le processus avancé par Mauss : donner, recevoir et rendre, suggère à 4 cadres sur 6 la représentation d'un *processus générationnel* et qu'il représente *une boucle bouclée*.

Parallèlement, il permet une *reconnaissance* des soignants pour 3 des cadres interrogés, et qui passe par *l'expertise et l'échange* pour 1 des cadres. Les *rites de passages* rejoignent l'idée même de l'expertise qui fait notamment penser aux différentes étapes dont fait référence Patricia Benner, dans son ouvrage traitant des différentes étapes entre novice et expert.

Le rôle du cadre de santé dans l'organisation de la transmission des savoirs



Selon les données, que nous pouvons observer dans ce graphique, le cadre de santé joue un rôle important dans l'organisation de la transmission des savoirs.

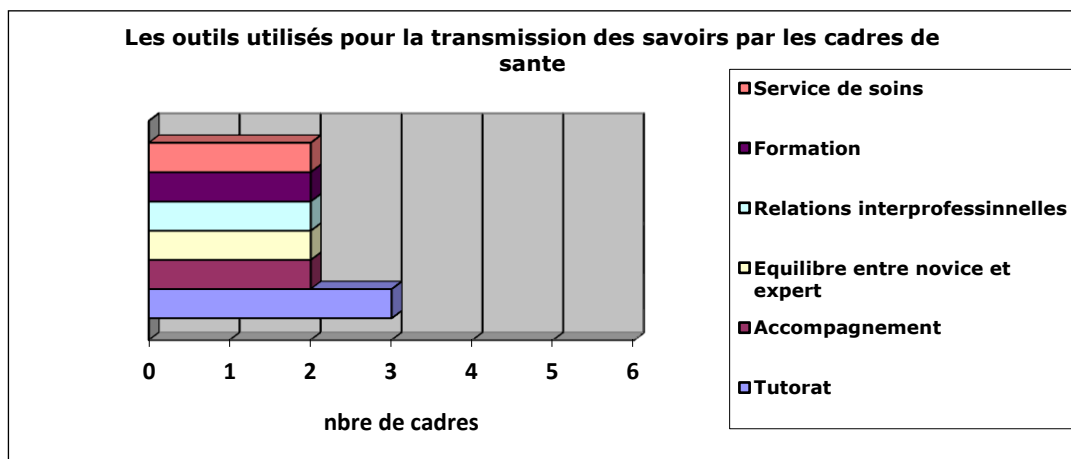
Pour 4 personnes sur 6, cela sous-entend que le cadre de santé *régule les savoirs* et que pour cela il devra *identifier les savoirs et les compétences spécifiques de l'unité*. Ensuite, 4 cadres sur 6 pensent que cela relève de *leur responsabilité* notamment en ce qui concerne la sécurité et la qualité. De plus, pour 2 cadres sur 6, les raisons apparaissent dans *l'identification des compétences, parfois invisibles*, le cadre de santé mettra en avant l'importance de transmettre son savoir comme une *valeur essentielle*, qui a pour visée : *la pérennisation des compétences* pour 2 des cadres interrogés. Enfin, 1 cadre estime que l'organisation des savoirs est importante pour *réajuster les savoirs entre les besoins et les ressources de l'unité*.

Il est important de noter qu'au cours des entretiens, les cadres de santé précisent dans leur réponse :

- *Prioriser les savoirs à transmettre.*
- *Rechercher l'équilibre des compétences des professionnels novices et experts.*
- *Repérer les relations interpersonnelles et groupales.*
- *Accompagner cette transmission au fil de l'eau, au travers d'un travail longitudinal.*

Nous permettant d'affirmer que les cadres interrogés ont bien conscience de l'importance de pérenniser les savoirs et les compétences et que ce défi relève bien de l'activité directe des managers.

L'organisation de la transmission des savoirs : quels « outils » pour le cadre de santé

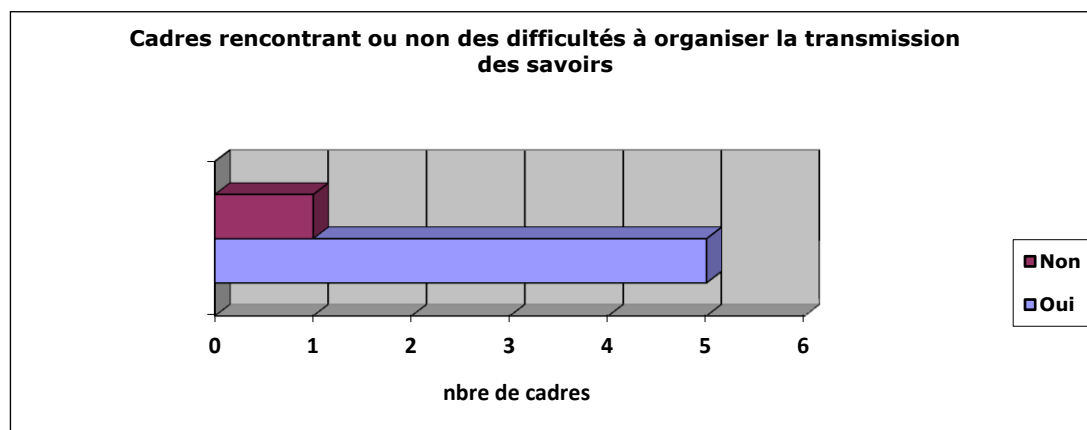


Dans l'interprétation de ce graphique, nous pouvons signifier que les cadres interrogés disent avoir peu d'outils concernant la transmission des savoirs d'ailleurs dans les outils qu'ils mettent en avant, nous constatons que ce sont surtout les professionnels qui en sont la clé.

En effet, la transmission se réalise dans le service de soins, et par les *relations interprofessionnelles avec l'accompagnement des experts envers les novices* et que l'on nomme *tutorat*.

La formation est une notion qualifiée par 2 cadres sur 6, comme un outil de la transmission des savoirs, ce qui peut nous faire supposer que la transmission des savoirs se fait par d'autres biais.

Les difficultés rencontrées par les cadres de santé

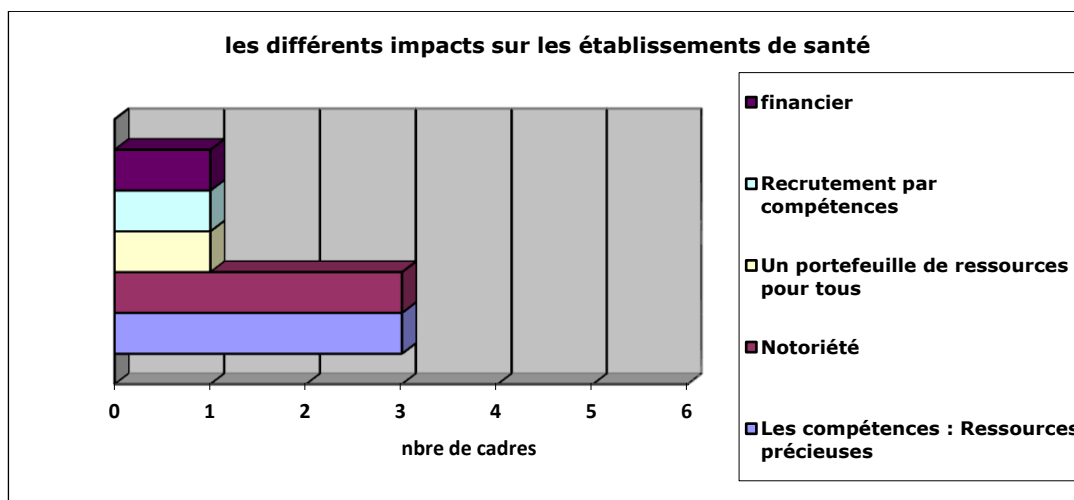


Nous pouvons au regard de ce graphique dire que 5 cadres de santé sur 6 ont des difficultés à organiser la transmission des savoirs.

Ces dernières sont identifiées par les cadres, et révèlent surtout *des contraintes de temps et d'effectifs*. Pourtant ce qui inquiète l'ensemble de l'encadrement, c'est la diminution de *motivation des professionnels à transmettre leur savoir*.

En effet, les structures actuelles connaissent cette perte de sens qu'ont les agents de leur travail, pourtant, dans notre cas il est difficile de quantifier cette « difficulté » sans une vérification plus précise auprès des soignants, en effet l'impression des cadres de santé n'est pas toujours celle des soignants.

L'impact d'une transmission générale pour les établissements de santé

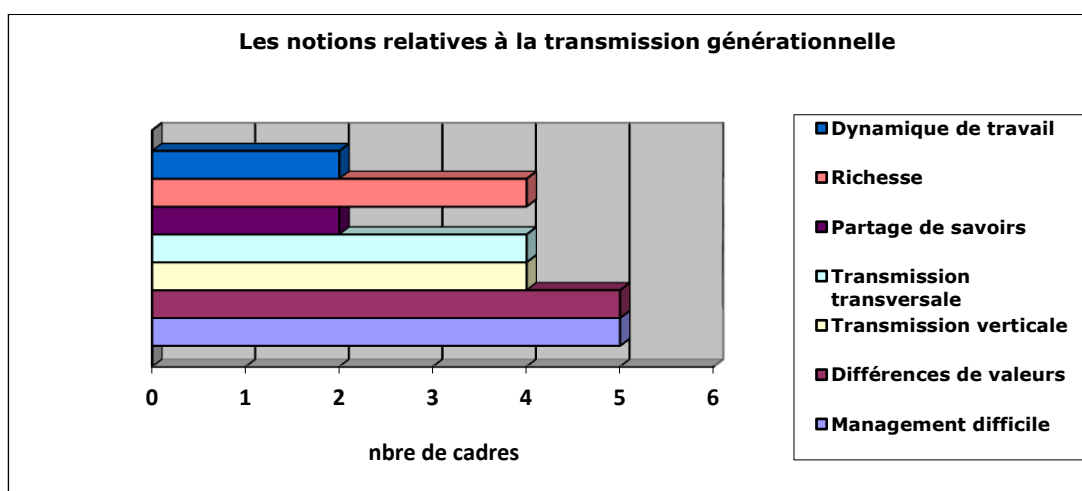


Au regard des données du graphique ci-dessus, nous observons que 3 cadres sur 6 pensent que la transmission des savoirs a pour les établissements de soins un impact sur la détention d'un portefeuille de ressources précieuses que sont les savoirs et compétences, valorisant ainsi sa *notoriété*.

Enfin 3 cadres pensent de façon indépendante que la transmission a également un impact sur *l'aspect financier de l'établissement, le recrutement, et le partage des ressources*. Nous permettant de dire que la transmission des savoirs est un véritable enjeu de performance pour les établissements de santé.

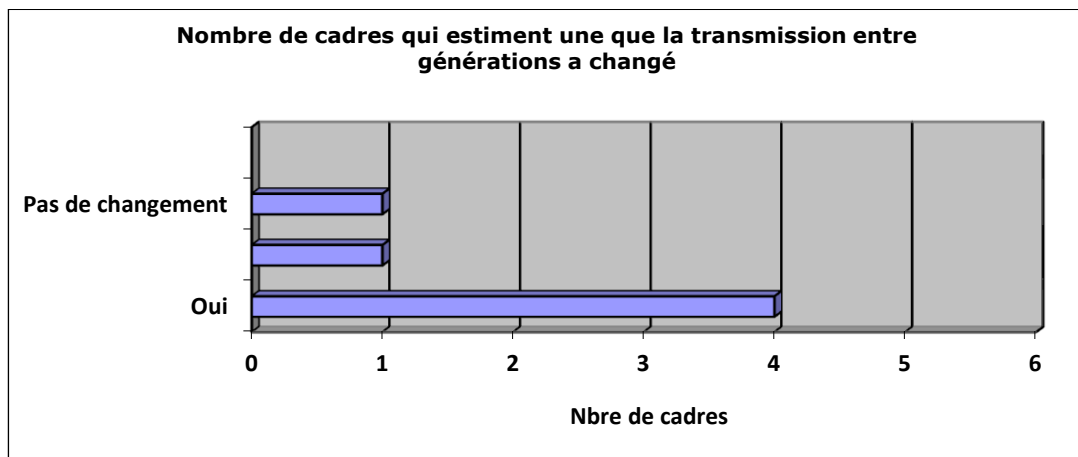
4.1.3 La transmission générationnelle

La transmission intergénérationnelle

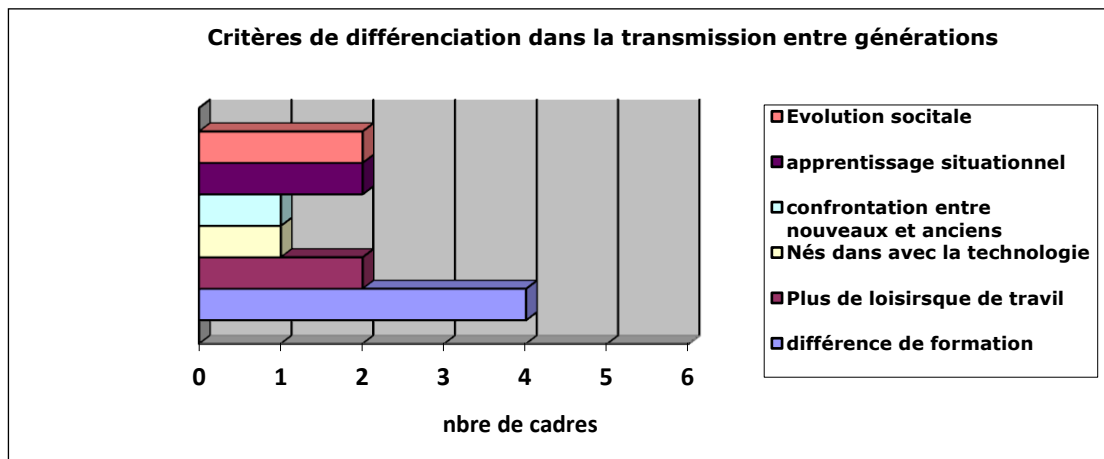


Ces données mettent en avant le fait que malgré une *richesse liée à la diversité générationnelle* pour 3 cadres sur 6, le *management d'une équipe de générations différentes est difficile* pour 5 cadres et notamment *concernant les valeurs et les devoirs*. Pourtant, pour 2 des 6 cadres cela permet *le partage des connaissances et entraîne une dynamique de travail au sein de l'équipe*. La transmission générationnelle garde bien sa signification de *transmettre des anciens au plus jeunes* pour 4 cadres sur 6 mais nous pouvons aussi constater une évolution puisque 4 des cadres interrogés pensent que *la transmission devient de plus en plus transversale*. D'ailleurs lors des entretiens certains font un va et vient entre verticalité et transversalité, signifiant peut-être que les mœurs transmissifs sont en train d'évoluer.

La transmission générationnelle est la même qu'auparavant ?



Majoritairement les cadres interrogés disent que oui pour 4 d'entre eux, contre 2 cadres qui disent d'une part ne pas voir la différence pour un et d'autre part qu'elle n'a pas réellement changée pour l'autre



Les critères qui reposent sur la différenciation entre avant et maintenant sont répertoriés dans le graphique ci-dessus.

- La différence relative à la formation initiale : 4 cadres
- Les loisirs plus que le travail : 2 cadres
- Evolution même de la société : 2 cadres
- Apprentissage situationnel : 2 cadres
- La confrontation entre les nouveaux et les anciens : 1 cadre, montrant peut-être que cette nouvelle génération est plus ancrée à donner son avis.
- Nés avec la technologie : 1 cadre, permettant aux nouvelles générations d'être plus à l'aise face aux technologies, actuelles.

De façon plus précise, le cadre n°2 met en avant que *les nouvelles générations sont différentes des générations passées ce qui semble normale*, mais c'est bien *l'objectif collectif* qui est visé et qui nécessite que chaque individu d'une génération s'adapte et adopte un comportement commun, pour le fonctionnement organisationnel. Ces données sont citées par le cadre de santé n°1, qui dit quant à lui que *les professionnels de la nouvelle génération doivent se mettre dans les rangs pour faire fonctionner l'organisation*.

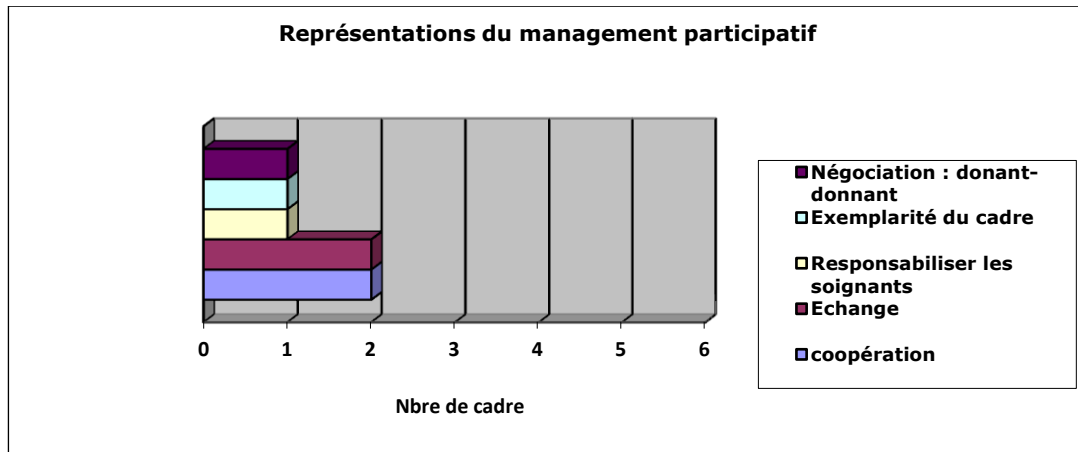
Pourtant cela est reproductif, les générations changent, en lien avec l'évolution même de la société. La différence semble le plus souvent liée aux modifications qu'a entraîné le référentiel relatif à la profession infirmière, du 21 juillet 2009.

4.1.4 Le management des compétences

Le type de management qui favorise la transmission des savoirs

Le type de management le plus adapté à la transmission des savoirs, est le management participatif pour 4 sur 6 des cadres interrogés, pourtant au cours des entretiens il apparaît aussi que 4 sur 6 des cadres doivent de plus en plus réaliser un *management situationnel*, c'est-à-dire adapté à celle-ci.

C'est pourquoi nous pouvons en conclure qu'il est important de concilier le tout en passant donc: d'un management participatif, à un consensus en faisant preuve d'autorité certaine et justifiée.

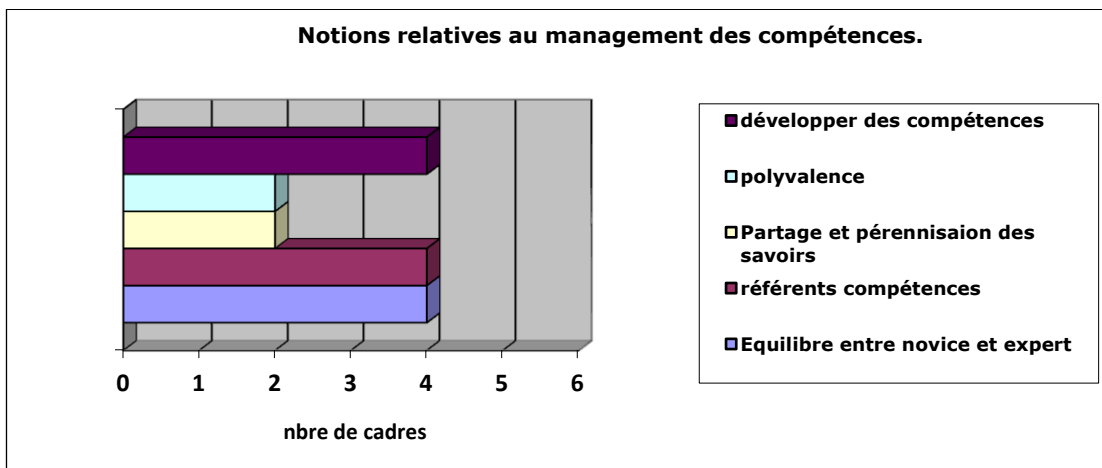


Ce type de management permet pour 1 cadre sur 6, un management adapté aux générations différentes qui se côtoient au travail, ainsi qu'un moyen de responsabiliser les soignants pour un autre cadre, en créant pour 2 d'entre eux une coopération et un échange entre les membres de l'équipe.

De plus, le consensus dans ce mode de management découle bien selon 1 des 6 cadres interrogés de la négociation et du donant-donnant.

Enfin, selon 1 des professionnels interrogés, le cadre de santé doit faire preuve d'exemplarité pour manager une équipe soignante.

La définition du management des compétences

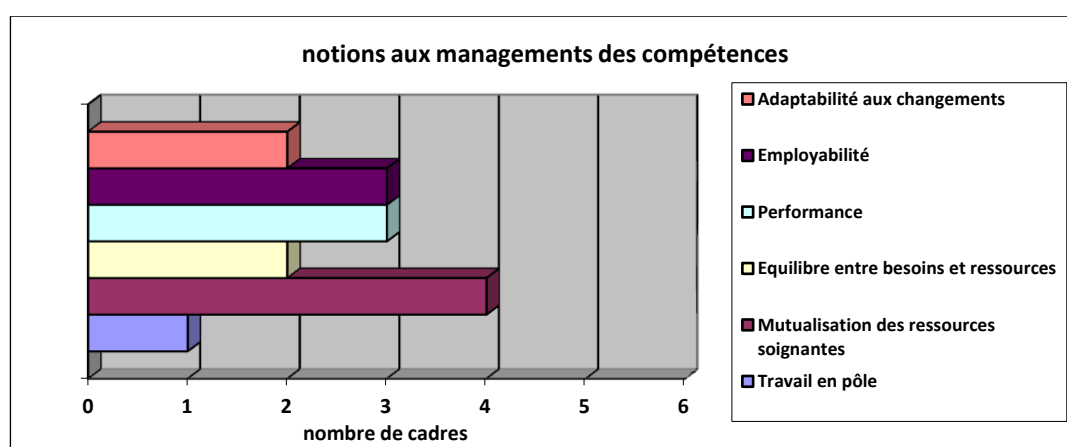


Principalement, un management des compétences permet pour 4 des cadres de santé interrogés un équilibre entre novice et expert, mais aussi de définir des référents compétents auxquels se référer. Pour le cadre n°5, cela permet *notamment*

la compréhension de la différence entre le travail prescrit et le travail réel. Enfin, le management des compétences développerait de nouvelles compétences.

Remarquons ici, que ces trois notions sont intimement liées les unes aux autres et ne peuvent exister les unes sans les autres. Pour 2 des personnes interrogées ce que recherchent les cadres de santé, c'est principalement le partage des compétences pour leur pérennisation, mais aussi pour une certaine polyvalence au sein de leur unité. Afin, comme le précise, le cadre n°6 : afin de ne pas favoriser la toute compétence au risque d'enjeu de pouvoir pour celui qui sait.

L'intérêt d'un management des compétences



Selon les données contenues dans ce graphique, 4 cadres sur 6 considèrent que le management des compétences à un intérêt pour la mutualisation des ressources soignantes.

Vient en second intérêt et à égalité, l'employabilité, la performance et l'adaptation face aux changements pour 3 des cadres interrogés. Enfin, l'organisation du travail en pôle n'est représentative que pour 1 cadre.

Celui-ci ne semble pas faire partie des intérêts majeurs du management des compétences. Pourtant nous retiendrons pour interrogation l'opposition entre le travail en pôle et la mutualisation des ressources soignantes, qui nous auraient semblées plutôt en lien.

De plus, aucune case précisait autres, pourtant les cadres ont développé des éléments qu'ils nous semblent intéressants de préciser ici :

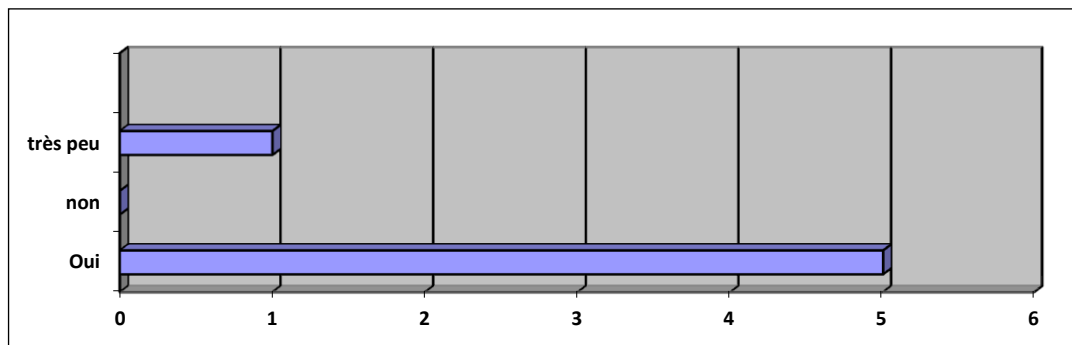
- Il est important de *s'ouvrir vers les autres unités pour éviter l'hypermotivation*, élément qui serait réducteur pour les compétences.
- *La spécificité crée une unicité des compétences*, ce que nous essayons d'éviter dans la transmission des savoirs.

- *Nous sommes d'ailleurs dans un schéma complètement différent puisque selon les besoins des patients on transfère dans les unités ayant des compétences adaptées et pas l'inverse.*

Les cadres de santé s'étant ici exprimés, mettent en avant les limites de la polyvalence et de la mutualisation, avec notamment le risque de perte des cultures de services et d'identité, et donc de l'implication puisque l'appartenance n'est plus définie comme telle.

Après les entretiens, et face aux réponses formulées par les cadres de santé, la mutualisation des ressources soignantes sous-entend, la poly-compétence et donc un équilibre entre les besoins et disponibilités ; mettant alors en avant la poly-compétence pour la performance et l'employabilité, afin de faire face aux changements que connaît actuellement l'hôpital, telle *une boucle bouclée*.

Une notion appropriée au monde hospitalier actuel ?



Pour 5 des cadres de santé, le management des compétences, n'est pas une notion appropriée, car peu utilisée sur leur établissement. Ce qui ne met pas en avant un manque de volonté, mais bien le fait que *l'objectif actuel des deux établissements de l'échantillon est différent*. En effet, ils connaissent pour l'un comme pour l'autre : *un plan de retour à l'équilibre avec des restructurations, un taux d'absentéisme important lié au travail en flux tendu continu et surtout au sentiment de perte d'appartenance des soignants*.

Ainsi l'état financier d'un établissement est primordial pour les projets institutionnels, mais aussi pour l'investissement et l'état d'esprit des professionnels. Nous permettant de dire qu'à l'hôpital, le contexte environnemental et financier sont liés de manière intrinsèque.

Malgré le pessimisme qui ressort des entretiens, lié au contexte actuel, les cadres de santé, se positionnent dans une réflexion postérieure. En effet, les cadres interrogés disent pour l'ensemble, qu'il est important de *réfléchir au positionnement futur de l'établissement et de définir une prévision des métiers et compétences*, pour faciliter la gestion hospitalière, afin de garantir *un avenir aux savoir-faire*.

La reconnaissance comme levier d'action à la transmission des savoirs.

Les 6 cadres interrogés, définissent la reconnaissance comme un véritable outil managérial de la transmission des savoirs. Pour cela et afin d'en dégager l'intérêt nous avons recensé les propos que ces derniers ont émis au cours des entretiens.

Cadre n°1 : *Il faut reconnaître, mais méfiance par rapport aux rivalités entre celui qui sait et transmet qu'on reconnaît et les autres. Dans cela il faut donc agir entre don et obligation.*

Cadre n°2 : *Il me semble important de référencer les savoirs, et les référents pour donner du sens, c'est-à-dire reconnaître l'importance de la transmission dans le but de créer de l'investissement.*

Cadre n°3 : *Dans cette dualité du don et de l'obligation, la reconnaissance donne lieu à l'investissement du soignant. Transmettre c'est donc jouer pour l'avenir. Reconnaître pour donner l'envie de transmettre à son tour.*

Cadre n°4 : *cette reconnaissance à être compétent, valorise le soignant, lui donnant alors l'envie de transmettre. Reconnaître c'est aussi donner du sens. En effet, nous pouvons dire que lorsqu'il y a perte de ses valeurs au travail, il y a préjudices pour la transmission des savoirs.*

Cadre n°5 : *Le cadre de santé doit se méfier de ne pas au travers d'une trop grande reconnaissance, créer une super infirmière, qui sait tout mais qui ne se remet jamais en question.*

Cadre n°6 : *Le soignant a envie de transmettre en retour de cette reconnaissance. La reconnaissance dans le don et l'obligation c'est l'invisibilité du lien entre les deux.*

L'illustration que font les cadres de santé, de la reconnaissance comme plus-value, représente le contexte même de l'agissement que doit adopter l'encadrement. Le rôle du cadre au travers la reconnaissance, c'est permettre aux professionnels de comprendre la place importante qu'ils occupent au cœur du système transmissif mais aussi organisationnel.

4.2 Analyse explicative

Afin de mettre en lien les concepts théoriques et les résultats recueillis lors des entretiens auprès de cadres de santé, nous allons réaliser une analyse explicative des données exploitées.

Celle-ci, met en avant trois chapitres : la relation intergénérationnelle et la transmission des savoirs, le management des compétences un outil prescrit et la reconnaissance comme levier d'action.

4.2.1 La relation intergénérationnelle et la transmission des savoirs

Lors de la réalisation des entretiens, la transmission des savoirs fût reconnue par les cadres de santé, comme *une nécessité* mais aussi comme *indispensable, et incontournable* pour que les savoirs spécifiques des soignants ne disparaissent pas. Pour cela le cadre de santé doit en réaliser une gestion au plus proche de la réalité, dans le but de pérenniser des compétences soignantes, mais aussi pour que soit assuré la *continuité des soins, la sécurité et la qualité de la prise en charge*. Cela est donc, d'une part de la *responsabilité du cadre* et d'autre part du *rôle direct des soignants*. Comme un relais qui se transmet entre individus et là en l'occurrence entre soignants.

Dans cette action de passer le relais, nous entendons une transmission d'une génération d'experts à une génération de novices, mais aussi d'une génération d'anciens vers une génération de jeunes. Pourtant dans ce domaine les mentalités semblent changer, puisqu'une partie des cadres de santé interrogés, caractérisent cette *transmission plutôt comme un partage*, démontrant bien que l'évolution générationnelle est la conséquence, d'une réflexion nécessaire autour de la transmission des savoirs.

De plus, nous pouvons déduire que la transmission des savoirs, à la différence de ce que nous avons pu avancer dans le cadre conceptuel, se fait de façon de plus en plus transversale, la verticalité disparaît au fur et à mesure que la génération Y prend du terrain sur la génération qui la précède (génération X). Pourtant, il est important que nous soyons analytiques puisque la génération Y connaîtra le même phénomène lorsque la génération Z sera elle-même sur le marché du travail, avec ses valeurs, ses concepts et ses comportements. Nous amenant à dire que le *côtoiement de deux générations est un véritable enrichissement pour les professionnels* puisque les idées

sont nombreuses, la créativité est importante permettant l'émergence de projets, socle de la viabilité des organisations. Nous réalisons alors que les savoirs évoluent dans le temps et s'enrichissent de l'expérience des individus qui les portent.

L'acquisition des savoirs, comme nous l'avons décrit précédemment, s'acquiert au fil du temps et de l'expérience, et nécessite que les nouveaux professionnels fassent la différence entre la théorie et la pratique. Pour être référent, et accompagner les nouveaux professionnels, *il faut posséder de véritables compétences pédagogiques*, il semblerait alors qu'entre don et obligation la question ici ne se pose pas. Ces compétences pédagogiques, recueillent tout d'abord le fait de posséder un savoir, savoir-faire et savoir-être. Ensuite, la connaissance de ses capacités et de ses limites dans le domaine, est indispensable. De plus, *il devra être à l'écoute faire preuve de diplomatie et de disponibilité*. Enfin, il est important que le référent soit à même de reconnaître pour lui-même le *positionnement d'apprenant*. Révélant alors que *transmettre son savoir est un métier* et ne s'improvise pas.

La transmission des savoirs est directement en lien avec les générations passées, présentes et futures, ce qui nécessite dans cette cohabitation : *le partage de valeurs communes dans la visée d'une cohésion d'équipe*. C'est au travers d'une culture de service forte, que cela prend forme avec le *sentiment d'appartenance et d'identité professionnelle*. Pourtant l'ensemble des cadres de santé interrogés formulent le fait que la culture de service influence l'idée même de transmettre ou non. Révélant alors, ce qui peut se jouer au sein d'une équipe, d'où le nécessaire rôle régulateur du cadre de santé dans la transmission des savoirs. Dans ce rôle régulateur, c'est la recherche d'un équilibre que le cadre de santé cherche à réaliser, notamment entre *ceux qui sont capables, ceux qui veulent et ceux qui savent transmettre*.

Entre le don et l'obligation, ce sont bien les deux qui sont nécessaires pour permettre d'effectuer une des missions du rôle propre de soignant : donner, recevoir et rendre.

4.2.2 Le management des compétences, un outil prescrit

Le management des compétences, est décrit par les cadres de santé interrogés comme *l'identification des forces et des faiblesses d'un groupe afin de rechercher un équilibre*. Sa réalisation se fait surtout au travers de la gestion des ressources

humaines et plus précisément avec les plannings de travail, afin de répondre au mieux aux besoins relatifs à la sécurité et à la qualité des soins.

C'est aussi pour certains d'entre eux le fait de mettre les savoirs en actions, nommés aussi compétences. Ces dernières sont d'ailleurs reconnues comme *des ressources précieuses* pour la notoriété *des hôpitaux*. Il semble donc important d'envisager l'avenir dans ce sens.

De plus, dans le management des compétences ce que nous cherchons à mettre en avant c'est « *la pérennisation des compétences et la polyvalence* ». Ce que nous avons vérifié empiriquement et qui se confirme auprès des cadres interrogés, qui souhaitent par cette théorie développer « *des compétences au sein des unités de soins* ». Tout en restant prudent face à la « *toute compétence* », qui est selon Maurice Thévenet « *phagocytaire pour les organisations* ¹¹⁹».

D'où la nécessaire organisation de la transmission des savoirs, justifiant alors, les notions de *coopération, de partage et d'échange*, avancées lors des entretiens. Dans cette idée, il est indispensable comme nous avons pu le voir dans le chapitre précédent, de donner une importance certaine au groupe. En effet, ce dernier est composé de différentes personnes qui font la fonctionnalité dans la transmission et la richesse des savoirs.

Pourtant et à contrario de ce que nous avons vu en amont, la majorité des cadres de santé interrogés estiment que le management des compétences n'est pas la priorité des établissements auxquels ils appartiennent, car actuellement ce n'est qu'une *jolie théorie idéale*.

Ils réalisent en effet, une gestion quotidienne et au fil de l'eau. Les remplacements sont effectués en fonction des postes et des agents disponibles mais pas comme nous avons pu le développer dans le cadre conceptuel, en fonction des compétences. Révélant que le management des compétences dans la réalité du terrain ne peut être considéré comme un outil de la transmission des savoirs.

Les cadres de santé réalisent une *priorisation des savoirs à transmettre pour permettre aux nouveaux professionnels d'avoir un minimum pour commencer*. Dans cette réalité, le management des compétences disparaît au profit d'une gestion de

¹¹⁹ THEVENET Maurice, *La culture d'entreprise*. Paris : puf/Que sais-je ?, 1993. p5.

l'absentéisme, d'ajustement de planning, pour avoir des professionnels présents toujours dans un souci de sécurité. Afin, de pallier au manque de moyens auxquels les cadres de santé sont aujourd'hui confronté.

Révélaient ainsi, et loin du management des compétences, que la transmission des savoirs se réalise au travers d'un accompagnement journalier, en situation de soins, non formalisés.

Face à cette réalité, il semblerait que loin du cadre conceptuel, qui définit le management des compétences comme le régulateur de la transmission des savoirs et de la pérennité des compétences, c'est d'autres concepts qu'il aurait été intéressant de développer, tel que le management des savoirs et l'organisation apprenante.

4.2.3 La reconnaissance soignante comme levier d'actions

Lors des entretiens et suite aux questionnements que nous avons posés dans le cadre conceptuel, il apparaît que la reconnaissance des soignants dans la transmission des savoirs est un fait poignant et recueille l'unanimité. On peut remarquer que sans reconnaissance, il n'y pas de motivation et c'est bien cette dernière notion que nous recherchons. En effet, la motivation laisse espérer la reconnaissance, du coup cette dernière devient un véritable levier à disposition du cadre de santé pour faire valoir la transmission des savoirs dans l'unité de soins. De plus, la transmission comme nous l'avons compris dans le cadre conceptuel, constitue un don de soi pour l'autre qui appartient à la même sphère professionnelle ; définissant en soi la notion *d'appartenance*, mais aussi le regard porté sur soi par le cadre et par les pairs.

Pourtant ce don comme nous pouvons aussi le constater, entraîne des jeux de pouvoir et nécessite donc que le cadre de santé ait, dirons-nous un certain contrôle sur cette attitude, pour que la transmission des savoirs ne se fasse pas de façon aléatoire mais qu'elle soit inscrite dans les valeurs collectives de l'équipe de soins. D'ailleurs les cadres de santé mettent bien en avant le fait que reconnaître les professionnels comme « *des référents de compétences* » permet de « *donner du sens au travail, et donc l'envie de transmettre* » son savoir professionnel et ainsi être identifié comme le soignant qui à « *marqué les esprits et auquel on cherche à ressembler* ».

Pourtant, et cela semble évident, le rôle du cadre dans cette démarche est de reconnaître, non pas un soignant mais les soignants afin d'éviter comme un mausolée la création de « *la super infirmière* ». Chacun pourra et devra transmettre son savoir professionnel dans son domaine de préférence. De plus, certains cadres citerons ici, le fait d'avoir des agents ayant *des compétences extérieures profitables à tous* (ex : *syndicaliste et le droit du travail, l'associatif et la cohésion du groupe...*). De fait, le rôle du cadre de santé est donc de *reconnaître à juste dose, pour ne pas créer de rivalité* et donc faire preuve d'équité, mais aussi comme le définit le cadre conceptuel, la construction d'un sentiment de confiance et de commune appartenance.

Ensuite, il est important que l'encadrement identifie : que la *reconnaissance ne se réalise non pas à un instant donné mais dans le temps*, comme un *cercle vertueux* d'une transmission intergénérationnelle, que *c'est un travail de longue haleine*. Pourtant, dans cet esprit que constitue le lien qui lie le don et l'obligation c'est bien l'éviction *de la perte de valeurs* que recherche le cadre de santé, qui deviendrait alors *préjudiciable pour la transmission des savoirs*. De plus, il semblerait que la reconnaissance agisse effectivement sur l'émergence du don et que finalement toute contrainte obligée ne soit alors qu'un leurre qui reflète pourtant une chose primordiale: la perte de sens et d'envie.

De plus, dans cette idée même du don et de l'investissement du professionnel dans la transmission des savoirs c'est *un investissement sur l'avenir* et donc une nécessaire *durabilité* que le cadre de santé recherche. N'est-ce pas cela que l'organisation hospitalière souhaite aujourd'hui ?

Enfin, c'est bien dans ce contexte même de l'organisation hospitalière que tout se joue, puisque les conditions de travail dans l'organisation permettent d'une part la circulation des savoirs et des référents, la reconnaissance du travail et son sens mais aussi cette organisation qui est en soi est *une organisation apprenante*.

En revenant à notre problématique de départ relative au rôle du cadre de santé dans la transmission des savoirs, il semble au regard de cette analyse, que celui-ci relève plus d'une reconnaissance du travail et des soignants, ainsi qu'un management dans une organisation apprenante, que d'un management des compétences. Le cadre de santé constate le différentiel entre le travail prescrit et le travail réel des soignants Son rôle concerne aussi le vouloir et le pouvoir, en effet, le cadre de santé doit « *identifier des compétences (le pouvoir agir), incontournable à leur évaluation, met*

en évidence leur expression (le savoir agir), renforce la motivation (vouloir agir) et contribue à la reconnaissance ¹²⁰».

En réponse aux hypothèses, le cadre de santé en reconnaissant le travail des soignants, permet un levier d'actions pour la transmission des savoirs, c'est comme nous l'avons dit la part invisible entre le don et l'obligation de transmettre. Pourtant concernant le management des compétences, celui-ci est peu connu et donc n'appartient pas aux mœurs actuelles des cadres de santé interrogés. A contrario, l'organisation apprenante en serait semble-t-il le vecteur principal ?

5 Nouvelle perspective de recherche : L'organisation apprenante :

Depuis la réalisation des entretiens et la confrontation faite avec le cadre conceptuel, nous pouvons dire que dans la situation annoncée en amont sur le management de compétences pour permettre la transmission des savoirs et la pérennité des compétences semble très éloigné du travail réel des cadres de santé.

Dans l'idée de toujours s'interroger, nous pourrions nous demander quel est dans ce cas l'outil de la transmission des savoirs si le management des compétences n'en est pas un ?

Après l'analyse des entretiens réalisés nous pourrions dire que la transmission des savoirs se fait « *au jour le jour, avec les moyens du bord* », comme si l'organisation et l'environnement participaient activement à cette transmission. C'est donc dans ce sens, que le cadre de santé possède de nouvelles perspectives pour développer la transmission des savoirs et donc la pérennité des compétences.

5.1.1 Une nouvelle théorie de la transmission des savoirs

Face aux spécialisations, nous pouvons identifier des facteurs plutôt négatifs pour l'organisation actuelle comme la rigidité qui engendre la fermeture sur l'extérieur et notamment sur les nouveaux savoirs. L'apprentissage par répétition doit donc laisser la place à l'apprentissage en situations. D'ailleurs, nous pouvons dire qu'un

¹²⁰ Genty David, *De l'identification des compétences à la reconnaissance*. Diplôme cadre de santé, 2009. Paris Ecole Supérieure Montsouris. P29.

phénomène nouveau est apparu avec « *l'émergence des organisations apprenantes* »¹²¹. Définie, comme « *une organisation ouverte, composée d'individus ou de groupe autonomes combinant des savoirs dans l'action* », pourtant il faut être conscient de l'aspect éphémère des éléments de cette entité. Parallèlement, les évolutions technologiques entraînent l'envie de la part des patients d'une prise en charge excellente et personnalisée. Pour cela les organisations sont devenues de plus en plus flexibles pour répondre individuellement aux attentes des patients. Par définition, l'organisation flexible est « *capable de percevoir les changements, potentiels ou réels, d'environnement et de se transformer pour améliorer son insertion présente ou future* »¹²².

Dans ce contexte, il est important de rappeler que par nature, les individus sont apprenants, pourtant l'organisation du travail doit continuer à être « *conçue pour stimuler l'apprentissage individuel et favoriser la mise en commun des savoirs individuels* »¹²³. Nous pouvons dire, que l'organisation apprenante à une nature de type flexible, c'est-à-dire : « *ouverte, communicante, créative, globalisante, intégrée* »¹²⁴. En effet par contractions avec les organisations antérieures, elle n'est pas guidée par un chef charismatique, ni de façon individualiste. Cette organisation nécessite que les acteurs intégrés face preuve d'une grande autonomie, mais aussi de capacités d'intégration, d'ouverture d'esprit et d'esprit d'initiative.

Depuis les travaux en sociologie du travail, l'organisation apprenante se caractérise par « *un niveau élevé de qualification et une grande polyvalence* »¹²⁵.

De plus, nous pouvons dire que cette dernière permet une chose essentielle, dans la transmission des savoirs, c'est sa capacité à opposer le travail prescrit, du travail réel. Pour Guy le Boterf « *le travail prescrit est reconnu comme bien plus pauvre que le travail réel* »¹²⁶, nous permettant de dire qu'une grande part de la connaissance se réalise en situation de soins et pas uniquement lors de la formation initiale.

¹²¹ TARONDEAU Jean-Claude. *Le management des savoirs*. Paris : puf/Que sais-je ?, octobre 2003. p90.

¹²² Ibid. p91.

¹²³ Ibid. p92.

¹²⁴ Ibid. p94.

¹²⁵ Ibid. p95.

¹²⁶ LE BOTERF Guy, *repenser la compétence*, Paris : Edition d'organisation/Eyrolles, 2009. p71.

A contrario, ne pas laisser cette part d'autonomie aux professionnels en leur permettant d'aller au-delà du travail prescrit, risque de bloquer ou de freiner les initiatives et la créativité, les adaptations et les improvisations. Dans ce contexte c'est donc la « *pratique professionnelle, qui qualifie l'activité réelle, inspirée par les événements et les circonstances d'exercice professionnel* ¹²⁷», et que nous pouvons qualifier de savoirs situationnels.

Nous aborderons maintenant une notion très actuelle, qui se développe depuis le référentiel de la formation des infirmières et qui prend tout son sens dans cette organisation apprenante: l'analyse réflexive, qui par définition, est le fait d'analyser sa pratique avec la mise en lien des connaissances propres à l'individu.

John Dewey¹²⁸ qui est à l'origine du courant de l'approche réflexive, l'a défini « *d'une part, par l'explication du principe de la continuité de l'expérience puis, d'autre part, par sa définition de l'acte de penser (la réflexion)* ». ¹²⁹

Enfin selon David A Kolb¹³⁰ « *l'apprentissage est plus efficace et plus puissant lorsqu'il est fondé sur l'expérience personnelle et surtout s'il est suivi d'une réflexion sur cette expérience* ¹³¹».

En lien, avec ces concepts de l'analyse réflexive, nous pouvons déduire que pour la transmission des savoirs, c'est cette approche qui permettrait aux nouveaux professionnels, avec l'aide des tuteurs, de développer des compétences et une rapide opérationnalité. De plus, la formation actuelle des étudiants infirmiers est basée sur ce principe d'apprentissage permettant ainsi une grande adaptabilité dans les spécificités des soins. Cette pratique au quotidien permet donc de s'interroger sur son propre travail, et ses représentations, mais semble ne pouvoir exister que dans l'organisation que nous avons citée plus en amont et caractérisée d'organisation apprenante.

De par sa proximité avec le terrain et en lien avec la fonction soignante qu'il a lui-même exercé, le cadre de santé est à même de comprendre, de reconnaître et de

¹²⁷ WIKIPEDIA, <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>> (consulté le 21 janvier 2013).

¹²⁸ John Dewey est un philosophe américain dont les écrits dans le domaine de la pédagogie sont une référence en éducation nouvelle.

¹²⁹ WIKIPEDIA, <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>> (consulté le 21 janvier 2013).

¹³⁰ David A Kolb est un psychologue américain, qui a travaillé sur les théories d'apprentissage et notamment sur l'apprentissage expérientiel.

¹³¹ WIKIPEDIA, <<http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>> (consulté le 21 janvier 2013).

valoriser cette part d'invisibilité que constitue la différence entre le travail prescrit et le travail réel, afin de favoriser l'émergence d'une organisation apprenante et de ses acteurs. De plus, ce processus d'analyse est des plus intéressants pour le cadre de santé, puisqu'il permet la création d'une relation et d'une dynamique de groupe et d'équipe.

La transmission des savoirs permet de ce fait, la cohésion d'équipe et son intéressement au travail, dans un environnement apprenant, donnant une histoire passée et future aux savoirs puisqu'en perpétuelle évolution.

Rappelons donc cette citation d'Antoine de Saint Exupéry :

L'avenir n'est jamais que le présent à mettre en ordre. Tu n'as pas à le prévoir mais à le permettre.

Pourtant, il est important de rester prudent face à de nouvelles organisations et d'en faire rapidement l'évaluation pour en connaître les travers. En effet, l'organisation apprenante nécessite tout d'abord des pré-requis indispensables à son bon fonctionnement en termes d'adhésion de la part des professionnels concernés, et de responsabilités. C'est bien l'homme qui en est la source, et donc une « *ressource irremplaçable* ¹³² »

L'organisation apprenante propose d'organiser les unités selon les principes de l'action, et non plus comme un droit de propriété sur le savoir, les jeux de pouvoirs y sont semblent-ils contrôlés. Partager des savoirs, prend donc le pas sur transmettre des savoirs, avec les acteurs clés que sont les hommes et les femmes d'expérience.

5.1.2 Le rôle de cadre de santé dans cette perspective

Ce type d'organisation nécessite que les managers aient des perspectives inspirées et innovantes du travail d'encadrement. Qu'ils puissent également suivre l'évolution de la société et donc de l'organisation hospitalière, afin de s'adapter aux changements organisationnels et générationnels.

¹³² TARONDEAU Jean-Claude. *Le management des savoirs*. Paris : puf/Que sais-je ?, octobre 2003. p111.

Pour la pérennisation des compétences, Jean Claude Tarondeau nous précise que « *la compétence est, du fait de son historicité et de sa contextualité, un concept de nature pragmatique et contingente* ¹³³ ». La contingence est une théorie souvent avancée dans les débats organisationnels, qui signifie le fait qu'une organisation n'aurait pas été la même si elle avait évolué dans un contexte temporo-spatial différent. En effet, la compétence est indiscutablement liée à l'action : « *l'action passée actualisée sous forme d'expérience, l'action présente qui révèle et valide la compétence et l'expérimente pour générer des compétences futures* ¹³⁴ ». Démontrant alors « *qu'il n'y a pas de compétence organisationnelle, sans action organisée* ¹³⁵ ».

Comme semble le penser Jean Claude Tarondeau, la place du manager est primordial dans ce processus de transmission des savoirs et de pérennisation des compétences, pour cela « *il doit croire en cet apprentissage et à la créativité des individus comme une source illimitée de ressources* ¹³⁶ ». Dans cette visée, les cadres de proximité interrogés prônent également l'expérimentation, pour apprendre des savoir-faire, des savoir-être qui font alors du professionnel, un soignant.

Le rôle primordial que joue le cadre de santé, dans cette organisation apprenante tel un chef d'orchestre, relève du fait qu'il met en avant les capacités d'apprentissage des professionnels qu'il encadre. Comme nous l'avons déjà mis en avant dans le cadre conceptuel et au travers des entretiens : reconnaître pour permettre de transmettre, et dans ce cas plus précis reconnaître pour permettre d'apprendre.

Tout comme nous l'a signifié un cadre interrogé, « *il faut rester humble et se positionner en tant qu'apprenant, toutes générations confondues. Nous avons toujours à apprendre des uns et des autres* ». De plus, l'organisation apprenante offre aux managers, l'occasion de développer le travail de groupe, l'autonomie et l'interaction, le goût et le sens de l'expérimentation. Les nouvelles générations deviennent dans ce domaine de véritables alliés inconscients.

Le cadre de santé prend alors, en considération que ce « *qu'ils savent ne compte guère par rapport à ce qu'ils peuvent apprendre et faire apprendre* ¹³⁷ ».

¹³³ Ibid p101.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Ibid.

¹³⁶ TARONDEAU Jean-Claude. *Le management des savoirs*. Paris : puf/Que sais-je ?, octobre 2003. p97.

¹³⁷ Ibid.

Révélatant ici la naissance même de la transmission des savoirs dans l'organisation apprenante. Tout comme Gaston Bachelard nous le dit : *Rien ne va de soi. Rien n'est donné. Tout est construit.* Nous permettant de dire qu'entre don et obligation, c'est bien la part invisible entre les deux que le cadre de santé met en vie, la transmission de savoirs par la reconnaissance des acteurs, de leurs compétences transmissives mais surtout de leur compétences pédagogiques. C'est d'ailleurs cela qui a été signifié dans les entretiens : *le don de transmettre comme la capacité à transmettre.*

Par conséquent, nous pouvons affirmer que c'est dans la volonté d'une réussite collective, que la transmission des savoirs se réalise, pourtant le cadre garde à l'esprit l'individualité des soignants pour la part de créativité, qui en soit est un savoir exceptionnel. Et ainsi, créer une valeur ajoutée aux savoirs et aux compétences, permettant la performance et l'employabilité des agents, parallèlement au portefeuille de compétences que créait cette organisation.

Enfin, cela montre à quel point le cadre de proximité est un acteur majeur dans la transmission des savoirs et dans la pérennité des compétences. Il devra donc faire preuve d'intuition, et de créativité, donnant ainsi à l'organisation une part novatrice, afin de permettre aux savoirs, d'exister et d'évoluer, dans l'objectif de s'adapter au monde qui avant même d'être le présent est déjà le futur.

Conclusion

A l'issue de ce travail de recherche, il semble que l'expression « *transmissions de savoirs si souvent employée, donne une vision réductrice du but recherché*¹³⁸. ». Il s'agirait plus largement de réaliser un accompagnement sur des situations problématiques et d'analyser ces dernières, grâce à la diversité des points de vue que permet l'intergénérationnalité.

Cette conclusion, n'en est pas une pour moi, puisque, conclure ce travail serait illusoire. En effet, dans cette démarche de recherche j'ai compris le quotidien même du cadre de santé, en ce qui concerne notamment la prise de décision et les choix qu'il doit faire, mais aussi les limites qu'il faut parfois se fixer dans les rendus que l'on réalise. Cette recherche était donc riche, des valeurs que doit posséder le cadre de santé, c'est-à-dire aller aux delà de ses limites, garder la tête haute même quand les évènements deviennent difficiles et créer. Oui car faire preuve de cette créativité c'est être à même d'évoluer avec des générations dans des organisations différentes.

Quant à la réalisation de ce travail, je dirais que c'est une réelle méthodologie de travail et d'organisation dont il a fallu faire preuve. De par cet apprentissage, il ressort l'importance d'appréhender le travail et la recherche sous un angle méthodique, ce dernier étant souvent la clé de la réussite. Pour reprendre mes propres mots initiés dans le constat : « *J'ai certes fait preuve d'adaptation, d'analyse grâce à mes connaissances, pourtant j'ai aussi tâtonné, et fait des erreurs* ». Le savoir serait-il alors un continuel recommencement ?

Les différentes lectures et réflexions qui ont accompagné mon parcours pour réaliser ce mémoire, m'ont permis de comprendre à quel point la veille intellectuelle du cadre de santé est indispensable pour son positionnement et surtout en réponse aux adaptations continues dont il doit faire preuve. C'est cette adaptabilité qui me semble des plus intéressantes et des plus actuelles compte tenu des nombreux changements que connaît l'organisation hospitalière. A ce propos, je me souviens des paroles d'un professeur universitaire qui fut marquantes pour moi : « *Mesdames, messieurs vous êtes les cadres de demain, les clés de la créativité organisationnelle sont entre vos mains* ».

Je souhaite aujourd'hui pouvoir réaliser cette parole, puisque c'est au travers de cette année de travail, et de recherche que mon positionnement même de cadre de santé qui est né.

¹³⁸ GUICHAUX JF, la transmission des savoirs, une question d'autonomie. Soins cadres de santé, n°68, novembre 2008, pp 43-45.

Bibliographie

Ouvrages :

- ALTER Norbert, *donner et prendre. La coopération en entreprise*. Paris : La découverte/poche, octobre 2010. 233 p
- LE BOTERF Guy, *repenser la compétence*, Paris : édition d'organisation/Eyrolles, 2009 139p.
- THEVENET Maurice, *La culture d'entreprise*. Paris : puf/Que sais-je ?, 1993. 123p.
- LEVY-LEBOYER Claude., *Le bilan de compétences*. Paris : éditions d'Organisation, 1993. 150p.
- MAUSS Marcel, *Essai sur le don : forme et raison de l'échange dans les sociétés archaïques*. Paris : puf/Quadrige, septembre 2012. 241p.
- BARNIER Gérard, *Le tutorat dans l'enseignement et de la formation*. Paris : l'Harmattan, novembre 2011. 287p. (savoir et formation)
- CHARLES Gérard, *l'infirmière en France d'hier à aujourd'hui*, Paris : le centurion, 1979. 67p. (collection infirmières d'aujourd'hui)
- MINTZBERG Henri, *Le manager au quotidien : les 10 rôles du cadre*. Paris : éditions d'Organisation/Eyrolles, 2006. 283p.
- GUEGUEN Haud et MALOCHET Guillaume, *Les théories de la reconnaissance*. Paris : La découverte, 2012. 126p.
- TARONDEAU Jean-Claude, *Le management des savoirs*. Paris : puf/Que sais-je ?, octobre 2003. 127p.

Textes législatifs :

- LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. JORF n°0167 du 22 juillet 2009 page 12184 texte n° 1. Site <<http://www.legifrance.gouv.fr>> (consulté le 15 février 2013).
- LOI n° 2004-391 du 4 mai 2004 relative à la formation professionnelle tout au long de la vie et au dialogue social. JORF n°105 du 5 mai 2004 page 7983. texte n° 1. Site <www.legifrance.gouv.fr/WAspad/UnTexteDeJorf> (consulté le 21 janvier 2013).

- LOI n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites. JORF n°0261 du 10 novembre 2010 page 20034 texte n° 1. <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023022127>> (consulté le 27 janvier 2013).
- Circulaire DHOS/P2/O2DGS/6C n° 2006-21 du 16 janvier 2006 relative à la mise en oeuvre du tutorat pour les nouveaux infirmiers exerçant en psychiatrie. Site de sante.gouv <<http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-02/a0020031.htm>> (consulté le 23 décembre 2012).
- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DES RELATIONS SOCIALES, DE LA FAMILLE, DE LA SOLIDARITÉ ET DE LA VILLE MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SPORTS BO Santé, Protection sociale, Solidarités no2009/7 du 15 août 2009, Page 275. ANNEXE III LE RÉFÉRENTIEL DE FORMATION. Site sante.gouv : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/arrete_du_31_juillet_2009_annexe_3.pdf, consulté le 4 mars 2013.

Mémoire :

- Genty David, De l'identification des compétences à la reconnaissance. Diplôme cadre de santé 2009. Paris Ecole Supérieur Montsouris. p95.

Revue :

- Jacques Lambert : *Mais que reste-t-il de la transmission intergénérationnelles*. Soins cadres n°79 Août 2011, pp14-19.
- Jean François Guichaux: *La transmission des savoirs, une question d'autonomie*. Soins cadre n°68 novembre2008, pp43-45.

Supports électroniques :

- L'Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail : Acquérir et transmettre des compétences et si on formait au travail. <www.anact.fr> (consulté le 20 mars 2013).
- Conseil et formation activ'partners : la transmission des savoirs en entreprise. <<http://www.activpartners.com>> (consulté le 29 novembre 2012).

- Xavier Nègre, lexilogos mots et merveilles d'ici et d'ailleurs <www.lexilogos.com/encyclopedie_diderot_alembert.htm> (consulté le 23 mars 2013).
- iNFIPP, le pari de l'humain, <http://www.infipp.com/nos-formations-2013/formation-transmission-des-savoirs> (consulté le 11 décembre 2012).
- Anastassis Kozanitis, Les principaux courants théoriques de l'enseignement et de l'apprentissage, septembre 2005. 14p. <http://www.polymtl.ca/bap/docs/documents/historique_approche_enseignant.pdf> (consulté le 23 mars 2013).
- Gestion des connaissances <<http://www.gestiondesconnaissances.be/modele.php>> (consulté le 13 mars 2013).
- Gestion des connaissances <<http://www.gestiondesconnaissances.be/demystifier.php>> (consulté le 13 mars 2013).
- BENNER Patricia, de Novice à Expert /Excellence en soins infirmiers, 9p. Sideralsanté : <<http://www.sideralsante.fr/bibliotheque/benner.pdf>> (consulté le 16 mars 2013).
- TOUTAIN Olivier, L'enjeu de l'apprentissage expérientiel et de la métacognition dans l'éducation entrepreneuriale, <http://www.colloque-pedagogie.org/workspaces/colloque_2011/pub_data/65.pdf/downloadFile/file/65.pdf> (consulté le 06 février 2013).
- Centre interdisciplinaire de formation à la psychothérapie relationnelle, <<http://www.cifpr.fr/+experientiel>> (consulté le 16 mars 2013).
- Le cercle les Echo <<http://lecercle.lesechos.fr/entreprises-marches/management/221130215/quest-ce-que-la-professionnalisation>> (consulté le 16 mars 2013).
- Dictionnaire Larousse <<http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/transmettre/79176>> (consulté le 16 mars 2013).
- DENAULT Bernard, nouvelles pratiques sociales, vol. 6, n° 2, 1993, p. 223-225: compte rendu de *l'esprit du don de Godbout et Caillé*. <<http://id.erudit.org/iderudit/301240ar>> (consulté le 21 janvier 2013).
- WIKIPEDIA, <http://fr.wikipedia.org/wiki/Essai_sur_le_don> (consulté le 10 février 2013).

- HAESLER Aldo, compte rendu lien socio : *le don et contre don* <<http://www.liens-socio.org/Le-don-et-le-contre-don>> (consulté le 10 février 2013).
- MILLET Pascal,
Don et accompagnement professionnel dans l'action sanitaire et sociale <<http://epsel.univ-fcomte.fr/ressources/bibliotheque/cours/deuil/Don.pdf>> (consulté le 10 février 2013).
- Blog Les amis de Guehenno, <<http://amis-de-guehenno.over-blog.com/pages/quelques-citations-de-jean-guehenno>> (consulté le 23 mars 2013).
- DAIGLE Johanne, devenir infirmière : les modalités d'expression d'une culture soignante au XX siècle. Recherches féministes, vol. 4, n° 1, 1991, p. 67-86. <<http://id.erudit.org/iderudit/057630ar>> (consulté le 21 janvier 2013).
- Groupe conseil SVP <<http://www.svp.com/article/accords-seniors-les-entreprises-doivent-elles-les-renegocier>> (consulté le 27 janvier 2013).
- WIKIPEDIA : http://fr.wikipedia.org/wiki/Essai_sur_le_don, consulté le 10 février 2013.
- POUGET Julien: la génération Y, <<http://www.lageneartionny.com>> (consulté le 29 novembre 2012).
- MAULINI O, travail, travail prescrit, travail réel (2010). FORDIF-Formation en direction d'institutions de formation, <<http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/maulini/publ-1101.pdf>> (consulté le 4 mars 2013).
- WIKIPEDIA : <http://fr.wikipedia.org/wiki/Tutorat>. Consulté le 21 janvier 2013.
- JOANNES Cyril, Comprendre la "Génération Y" pour mieux la manager décembre 2012. Site cadresante.com: <<http://www.cadresante.com/spip/profession/management/article/comprendre-la-generation-y-pour-mieux-la-manager.html>> (consulté le 13 février 2013).
- Gestion des connaissances, <<http://www.gestiondesconnaissances.be/pourquoi.php>> (consulté le 13 mars 2013).
- ARS et Gestion Prévisionnelle des Métiers et des Compétences, <<http://www.ars.paysdelaloire.sante.fr/Gestion-Previsionnelle-des-Met>> (consulté le 20 avril 2013).
- Dictionnaires et Encyclopédies, academic, <<http://fr.academic.ru/dic.nsf/frwiki/920328>> (consulté le 15 mars 2013).

- Claude Lévy-Leboyer "La motivation n'est pas un trait de caractère". Site : le journal du net <http://www.journaldunet.com/management/dossiers/040123motivation/motivation_leboyer.shtml> (consulté le 13 mars 2013).
- Proverbes chinois et pensées chinoises, <http://www.chine-informations.com/guide/proverbes-chinois-et-pensees-chinoises_253.html> (consulté le 13 mars 2013).

Tables des annexes

Annexe 1 : Fiche métier du cadre de santé

Annexe 2 : Pyramide de Maslow

Annexe 3 : Guide d'entretien

Annexe 4 : Préambule aux entretiens

Annexe 5: Synthèse des entretiens réalisés auprès des cadres de santé

Fiche métier du cadre de santé

Pyramide de Maslow

1. Survie - besoins physiologiques : respirer, boire, manger, dormir, se chauffer, se vêtir, se reproduire...

2. Sécurité - protection physique et morale : vivre dans un milieu non menaçant, accumuler, avoir une maison, soigner sa santé, être informé...

3. Appartenance (ou socialisation) : affection, échange, amitié, statut social, intégration à un groupe, possibilité d'expression...

4. Reconnaissance (ou estime) : s'affranchir, exprimer sa compétence, être considéré, se savoir apprécié, avoir une notoriété, participer aux choix, détenir du pouvoir, du prestige...

5. Accomplissement - réaliser et se réaliser : s'épanouir, être consulté et écouté, méditer, être autonome, décider ensemble, traiter en commun des désaccords...



Support d'entretien destiné aux cadres de proximité.

Mon objectif : Recueillir votre point de vue concernant la transmission des savoirs et les moyens dont vous disposez pour mettre en place ce processus.

Le Talon sociologique :

Age :

Ancienneté dans la fonction infirmière :

Ancienneté dans la fonction cadre :

Etablissement Public ou Privé

La transmission des savoirs :

Question 1 : Que diriez-vous de l'action de transmettre, en général ?

Question 2 : Que représente pour vous la notion « transmission des savoirs » ?

QR : Que dire alors des savoirs professionnels ?

Question 3 : Pensez-vous que les savoir-faire et savoir-être sont des savoirs que l'on peut transmettre ?

Question 4 : Pensez-vous que la culture de service, fait partie des éléments à transmettre ?

Si oui, comment

Si non, pourquoi ?

Question 5 : Pensez vous que c'est un don ou une obligation de transmettre son savoir ?

Question 6 : Que pensez-vous du processus donner, recevoir et rendre ?

Question 7 : A votre avis, pourquoi le cadre de santé doit organiser la transmission des savoirs ?

Question 8 : Comment organisez-vous la transmission des savoirs ?

QR : Que représente pour vous la notion de tutorat ?

QR : Avez-vous des professionnels formés au tutorat dans votre unité?

QR: Existe-t-il un processus de tutorat dans votre unité, pour les nouveaux arrivés ?

Question 9 : Rencontrez-vous des difficultés à organiser la transmission des savoirs dans votre unité?

Si oui, lesquelles ?

Si non, pourquoi ?

si oui, quel en est l'impact ?

si non, pourquoi ?

Questions 10 : Selon vous, quel est l'impact de la réalisation de transmission de savoirs pour l'organisation générale de l'hôpital ?

QR : Connaissez-vous la GPEC et quel est son lien avec la transmission des savoirs ?

Transmission générationnelle :

Question 11 : Que direz-vous de la transmission intergénérationnelle ?

Question 12 : Pensez-vous qu'elle est la même qu'auparavant ?

QR : Les attentes des professionnels sont elles les mêmes ?

Le management par compétences :

Question 13 : quel type de management favorise le plus la transmission des savoirs ? Et pourquoi ?

Question 14 : Que signifie pour vous le « management des compétences »

QR : Diriez-vous que la transmission des savoirs est liée à la pérennité des compétences ?

QR : Comment faites-vous pour pérenniser les compétences de votre unité ?

Question 15 : Quel est selon vous intérêt d'un management des compétences ?

L'organisation du travail en pôle

La mutualisation des ressources soignantes

Equilibre entre besoin et disponibilité des compétences

La performance

L'employabilité

Adaptabilité des soignants face aux changements.

Question 16 : Est-ce une notion qui vous semble appropriée au management hospitalier actuel ?

Si oui, en quoi l'est-elle ?

Si non, pourquoi ?

Question 17 : Pensez-vous que la reconnaissance des professionnels puisse représenter une plus value dans la transmission intergénérationnelle ?

Préambule aux entretiens

Je me présente Magali Callois, je suis étudiante à l'institut Montsouris. Dans l'objectif d'obtenir mon diplôme de cadre de santé, Je souhaiterai m'entretenir avec vous dans le cadre de mon mémoire, afin de réaliser prochainement une analyse empirique, concernant la transmission des savoirs et la pérennité des compétences.

L'objectif de notre entrevue est d'avoir votre point de vue sur l'importance de transmettre des savoirs professionnels dans la pérennisation des compétences et quel est le rôle du cadre de santé dans ce processus.

Mon souhait est que vous puissiez vous exprimer le plus librement possible. J'ai évalué la durée de l'entretien à 45 minutes.

Je vous demande l'autorisation de vous enregistrer, afin d'être entièrement disponible pour cet échange. De plus cet enregistrement me permettra ultérieurement d'exploiter au mieux les informations que vous m'aurez transmises.

Cet entretien est anonyme et je m'engage à ce qu'il reste confidentiel.

Je vous remercie par avance du temps que vous allez m'accorder.

Si vous n'avez pas de questions je vous propose de commencer.

<u>La transmission des savoirs :</u>	
Question 1 : Que diriez-vous de l'action de transmettre, en général ?	
Cadre 1	Pour le secteur de la psychiatrie c'est incontournable, pour transmettre des savoirs indispensables à la prise en charge du patient. Et notamment en termes de législation, de pathologies et de comportements. D'ailleurs, il faut savoir que le secteur de la psychiatrie est expert dans ce domaine avec le développement du tutorat infirmier.
Cadre 2	C'est agréable et surtout cela fait partie de notre rôle de soignants. C'est pérenniser ce que l'on sait pour les autres par un partage.
Cadre 3	C'est primordial, donne un feeling au sein de l'équipe. Le statut d'expert devient alors une ressource à prendre en compte, évaluer le <i>turn over</i> , pour anticiper la transmission avant les départs.
Cadre 4	C'est l'apprentissage de son propre savoir pour l'autre et c'est une manière de créer la continuité dans l'expertise d'un soin. Pour le savoir infirmier, c'est la transmission de l'expertise entre les infirmières, une culture soignante.
Cadre 5	C'est partager son savoir avec les autres. Action de verticalité, de quelqu'un qui sait et qui transmet à l'autre. C'est permettre que l'autre s'enrichisse, et qu'il apporte aussi d'une certaine manière, à son tour. A pour action de renvoyer des informations indispensables à la survie de l'organisation.
Cadre 6	C'est une nécessité, mais aussi un plaisir qui permet d'assurer la continuité et la sécurité des soins.
Question 2 : Que représente pour vous la notion « transmission des savoirs » ?	
Cadre 1	C'est une notion essentielle, en effet les savoirs doivent être transmis pour évoluer dans le temps et s'enrichir des expériences des uns et des autres. Cela sous entend entre générations et de novice à expert.
Cadre 2	Ne pas attendre le dernier moment, c'est une valeur qui se prépare pour cela il est nécessaire d'identifier les savoirs des professionnels, qui sont propres à chacun, c'est un véritable travail de fond, puisqu'il relève de la technique individuelle du professionnel, nécessitant la reconnaissance de cette dernière. Etre référent d'un savoir s'acquière au fil du temps et donc des expériences. Ce qui demande de faire la part des choses entre la théorie et la dextérité.

Cadre 3	Concernant la technique pure, tout le monde est capable d'acquérir des connaissances, pourtant c'est bien en situation que l'infirmière développera des compétences. Pour la transmission des savoirs, le petit plus qui fait que les infirmières sortent du lot, c'est qu'elles ont des capacités pédagogiques. Parallèlement, elles sont toutes capables de transmettre des savoirs au minimum un an après leur prise de fonction, mais cela reste très personne dépendante. De plus, il faut avoir envie de transmettre. Savoir veut aussi dire pouvoir. Il faut aussi dans la transmission des savoirs, se sentir à l'aise, sachant que d'autres veulent garder cette identité d'infirmière expert.
Cadre 4	C'est le petit truc en plus, lié à l'expérience d'une personne au fur et à mesure des situations rencontrées, ou d'une collègue. On acquiert une expérience, une expertise qui remet en question ses propres savoirs de formation. Se réalise sur une longue durée, sachant qu'il y a des soignants qui veulent et d'autres qui ne veulent pas encadrer. La transmission du savoir en pâti. En même temps, il y a une technique pédagogique pour transmettre, transmettre c'est un métier en soit. Parfois les soignants peu sure d'eux n'osent pas transmettre. En effet, transmettre c'est aussi être à l'écoute et disponible pour la personne apprenante. L'environnement est essentiel pour la bonne démarche de la transmission des savoirs. Pour transmettre il faut de la diplomatie, les débuts sont souvent difficiles. L'accompagnement est essentiel. Doubler les nouveaux professionnels permettrait cette transmission des savoirs, mais les arrivés et les départs se font au même moment. Il faut donc renseigner sur le B.A.B.A, et la culture de l'équipe.
Cadre 5	C'est apporter à l'autre son expérience, son enrichissement, et une façon de voir.
Cadre 6	Ils sont acquis en partie à l'école mais surtout sur le terrain par l'expérience et s'acquièrent en situation de soins, l'organisation est apprenante pour le nouveau professionnel.
Question 3 : Pensez-vous que les savoir-faire et savoir-être sont des savoirs que l'on peut transmettre ?	
Cadre 1	En psychiatrie, le savoir-faire et le savoir-être sont transmis d'une certaine manière puisque les comportements des soignants peuvent engendrer les comportements des patients. C'est donc indispensable pour la sécurité.

Cadre 2	On recherche souvent à ressembler à quelqu'un, de professionnel qui est expert dans son domaine. Pourtant le savoir être est lié à l'éducation que l'on a reçu et fait que l'on est différent les uns des autres, se transmettre un savoir être est donc plus difficile.
Cadre 3	Oui pour les savoir-faire, mais souvent au début car ensuite, cela se transforme avec ses propres valeurs et capacités gestuelles. Le savoir être est plus difficile, l'équipe est souvent le relai de ces savoirs par les valeurs communes partagées.
Cadre 4	Un savoir-faire oui, mais un savoir-être c'est plus difficile, c'est personne dépendante avec son propre caractère et ses valeurs. Cela dépend des compétences. Difficile de faire changer les personnes, ce ne n'est pas comme des savoirs théoriques voir pratiques. Certaines situations remettent en cause notre conception et du coup certains savoirs-être peuvent se modifier. Cette alors une remise en question de sa pratique, donc il est question. Les savoirs évoluent donc, avec le temps, et selon le contexte environnemental.
Cadre 5	<p>Apporter sa façon de voir, c'est un apprentissage avec les parents, depuis son enfance. Pour moi, il se forge avec le caractère au fil du temps. Les expériences de vie apportent aussi de savoir être et donc une façon de se comporter.</p> <p>Dans la vie professionnelle, les soignants arrivent avec des acquis, car ils ont été marqués par des situations. Les expériences difficiles rencontrées dans la formation et la vie, créaient de la bienveillance envers le patient, donnant envie d'être accompagnant.</p> <p>Les savoir-être personnels, te donne des savoirs et des compétences professionnelles. Par exemple une soignante qui serait déléguée syndicale et qui va apporter des compétences extérieures en terme de droit du travail, et de législation...</p> <p>Il faut reconnaître que les soignants ont le même diplôme mais pas les mêmes compétences. Le socle de la fonction est théorique et pratique, mais dans la transmission du savoir-être, je donne des conseils et j'accompagne. Le principal c'est de le faire avec son cœur, plus on est vrai plus ça marche. il s'agit surtout d'être soi même.</p>
Cadre 6	Savoir-faire oui, mais pas les savoir-être, cela dépend des personnes, de leur caractère et de leur vie. C'est souvent une notion très personnelle, qui nécessite de connaître le professionnel pour la décrire.

<p>Question 4 : Pensez-vous que la culture de service, fait partie des éléments à transmettre ?</p> <p>Si oui, comment ? Si non, pourquoi ?</p>	
Cadre 1	<p>En effet c'est un élément important surtout pour la cohésion d'équipe, et le partage des valeurs d'une unité. Elle se réalise à travers l'intégration du nouveau professionnel au groupe.</p>
Cadre 2	<p>Ce sont les habitudes de service si tenté qu'elles soient bonnes, partager des valeurs et un esprit d'équipe, mais pour cela il faut des relations d'équipe sereines, pas d'autoritarisme.</p>
Cadre 3	<p>La culture de service = cohésion d'équipe. C'est une appartenance et une identité particulière à un groupe partageant des valeurs communes. C'est primordial pour l'intégration des professionnels. Nous remarquons que les personnes ne partageant pas les mêmes valeurs, ne s'investissent pas de la même manière au sein du service. Revendiquer cette culture permet une mise en avant des particularités du service.</p> <p>Elle se réalise dans le partage de valeurs communes au service mais aussi à l'établissement. La difficulté pour le cadre, c'est d'identifier les valeurs de l'équipe, admettre la spécificité du service (exemple : palliatif sans schéma de guérison), valoriser l'entraide mais pas trop. De plus, il faut être humble c'est-à-dire accepter d'être apprenant avant de transmettre. Petit à petit, on construit ses compétences, et on trouve sa place au travers de rites de passage. Le cadre de santé doit bien connaître son personnel, et la dimension du groupe, ce qui est primordial dans le management. Enfin, le cadre de santé identifie les liens de pouvoir dans une équipe par rapport à cette expertise.</p>
Cadre 4	<p>Oui, dans l'accueil des nouveaux professionnels cet élément culturel donne le ton, pour les valeurs partagées par les soignants, y adhérer donne lieu à l'intégration du professionnel dans le groupe. Je dirais que la transmission des savoirs est intégrée dans cette culture, soit elle se fait parce l'équipe influe l'idée même de transmettre ou non.</p>
Cadre 5	<p>La culture du travail en équipe est à transmettre. Le nouveau professionnel ne doit pas rester dans son coin, qu'elle s'isole. Aider pour avoir aussi un retour. Le travail en équipe est importante et sa cohésion indispensable. Pour cela le cadre de santé doit connaître le travail des uns et des autres. Cette vision n'est pas très claire dans les établissements de santé, de plus la mouvance du moment ne permet pas de se centrer sur cela, puisque la cohésion des équipes est mise à mal. Actuellement les</p>

	projets de service ne sont pas définis, mon but en tant que cadre de santé est de maintenir au maximum le travail d'équipe, la sécurité et la qualité de la PEC du patient, comme un objectif commun.
Cadre 6	Oui, parce que c'est ce qui fait qu'un professionnel s'attache ou non à l'unité et s'y adapte, y développe des compétences et donc s'épanouit au travail.
Question 5 : Pensez vous que c'est un don ou une obligation de transmettre son savoir ?	
Cadre 1	C'est pour moi une obligation de transmettre en psychiatrie, pour le respect de la réglementation et pour éviter et limiter des comportements anxiogène envers les patients psychotiques.
Cadre 2	Je ne parlerai pas de don ou d'obligation, car le savoir est une mission relevant du cadre de la profession infirmière, pourtant transmettre, n'est pas inné, transmettre son savoir est aussi un apprentissage.
Cadre 3	Tout le monde est capable de transmettre un savoir pourtant, cette action relève elle-même d'un savoir qu'est la pédagogie. Les référents ont « le don » de transmettre par contre d'autre ne sont pas à l'aise pour le faire. De toute façon il faut faire du cas par cas, c'est trop personne dépendante pour le généraliser. Pourtant ce que je recherche c'est l'équilibre entre celles qui sont capables, celles qui veulent, et celles qui savent transmettre. Pour cela en tant que cadre de santé il faut analyser les savoirs des soignants, les connaître voir les reconnaître pour que la transmission est lieu dans les meilleures conditions.
Cadre 4	C'est un don, on ne peut pas obliger quelqu'un à transmettre son savoir, pourtant certains savoirs dits de B.A.B.A doivent être transmis. Donner aux nouveaux arrivés un minimum pour travailler qui sera ultérieurement amélioré par les formations. C'est dans un objectif sécuritaire que l'obligation prend sa forme. Donner un savoir est un « don », car certains sont plus doués que d'autres, pour transmettre.
Cadre 5	Ce sont les deux, une obligation car sinon c'est une mauvaise infirmière et en même temps c'est un don, car tout le monde n'est pas à même de transmettre son savoir. Par contre, les référents ne se posent pas toujours la question, des besoins pour les nouveaux professionnels et n'adaptent pas la transmission.
Cadre 6	C'est une obligation en termes de sécurité, de plus cela relève du rôle de l'infirmière d'encadrer, d'accompagner et de transmettre son

	savoir, pourtant certains sont plus à l'aise, dépend de la capacité à transmettre et de son savoir être.
Question 6 : Que pensez-vous du processus donner, recevoir et rendre ?	
Cadre 1	C'est la boucle même de la fonction soignante et de la transmission entre génération.
Cadre 2	La boucle est bouclée. Recevoir quelque chose de quelqu'un de plus jeunes que les anciens ne peuvent pas connaître est moins fréquent que l'inverse. De plus, le rendu ne se fait pas sous la forme de l'apprentissage mais dans l'organisation des tâches. Ce que le référent aura transmis facilitera son travail au quotidien. La reconnaissance de l'encadrant se réalise dans le temps, le référent expert reste dans les mémoires. Dans ce processus il y a donc l'identification à un soignant qui a marqué les esprits et auquel on voudrait ressembler.
Cadre 3	C'est une notion générationnelle de passation, comme j'en ai parlé d'un passage de rites entre expert et novice.
Cadre 4	C'est notre métier, on donne, on reçoit et on rend, c'est un échange. Bien réussir il permet d'acquérir une expertise, pour transmettre à son tour
Cadre 5	Difficile. Les professionnels donnent des explications au fur et à mesure. Pourtant, il est reconnu que les apprenants ne retiennent que 20 %, et que transmettre dans les premiers temps relève plutôt de l'organisation. Comment je lui transmets telle ou telle chose ? Faut-il développer la formation ? Tout d'abord il faut préconiser, les soins de sécurité. Un jour, tu transmets, à quelqu'un qui retransmettra à son tour. Découle donc, d'une volonté de donner, mais surtout de capacités à donner.
Cadre 6	Donner c'est apporter aux patients. Le retour, c'est le patient, qui nous le rend, avec des marques de satisfaction et des remerciements. Le retour au sein de l'équipe c'est être reconnu comme référent de la transmission. Il faut que la personne soit réceptive à la transmission des savoirs, sinon la transmission est biaisée. Transmettre à son tour c'est rendre ce que l'on a reçu = retransmettre. Retransmettre, ce que professionnel a acquis c'est une réussite. Attention, il faut garder à l'esprit qu'il y intègre ses propres valeurs, transformées et adaptées pour les faire évoluer. Puisque les compétences évoluent en permanence.

Question 7 : A votre avis, pourquoi le cadre de santé doit organiser la transmission des savoirs ?	
Cadre 1	Il en va de sa responsabilité en termes de sécurité et de qualité. Ce sont ces deux éléments qui doivent prioriser la transmission de certains savoirs. En tout cas dans les premiers temps.
Cadre 2	Eviter toute divergence, et que tout parte dans tous les sens. Il est régulateur des savoirs de l'unité. Organiser cette transmission c'est aussi, de façon plus globale, permettre aux compétences spécifiques d'être pérennes.
Cadre 3	Identifier les forces et les faiblesses de chacun, en effet il n'y a pas de super équipe. Pour le cadre de santé cela consiste à rechercher l'équilibre des compétences des unes et des autres entre novice et expert : recherche d'un consensus. On réalise que beaucoup de chose se transmettent dans l'observation. De plus, c'est faire valoir, le petit plus que l'on ne trouve pas dans les protocoles. Mais il faut de l'expérience pour repérer les forces et les faiblesses des soignants et les interactions du groupe pour trouver un équilibre. Le rôle du cadre de santé est régulateur. Du coup après avoir identifié les compétences des soignants, je compense entre les faiblesses des unes et les forces des autres, en gardant à l'esprit la sécurité du patient.
Cadre 4	Evaluer les difficultés et les manques, est dur pour le cadre lorsqu'il vient d'arriver, puisqu'il doit identifier les savoirs du service. Définir et maintenir les savoirs du service, effectuer les soins de qualité et de sécurité pour les patients. On ne reste pas dans le passé, il est important de faire évoluer les méthodes, les savoirs et les pratiques. Travailler en équipe sur le développement de nouvelles techniques et de nouveaux savoirs, pour favoriser des compétences. Pour cela le cadre de santé réaliser un consensus d'équipe, il en est le garant, il doit garder à l'esprit que c'est un travail de longue haleine.
Cadre 5	En période d'adaptation, il y a peu de choses transmises, c'est surtout en fonction des besoins qu'il faut répondre. Dans l'organisation actuelle, il est difficile par manque de temps d'accompagner les nouveaux arrivants. Les pré-requis sont liés à la sécurité, (dépister les signes révélant une urgence). Il faut donc réaliser une priorisation des transmissions. On organise les savoirs en fonction de ces propres valeurs, de sécurité. La transmission se fait au quotidien et au fil de l'eau.

Cadre 6	Il est garant de la suite de l'apprentissage théorique de la formation. Il met en action les savoir-faire. En effet sortis de la formation, ils n'ont qu'un kit de survie. C'est donc une nécessité d'accompagner les nouveaux professionnels dans l'apprentissage des fonctionnements, des savoir-faire. Enfin, pour moi le savoir-faire se développent dans et selon la spécialité.
Question 8 : Comment organisez-vous la transmission des savoirs ?	
Cadre 1	Par chance, la spécificité de la psychiatrie et le fait que nous soyons encore dans un financement de dotation globale nous laisse un nombre suffisant de professionnels, permettant un véritable encadrement des soignants nouvellement arrivés. Je tiens beaucoup à ce processus d'accompagnement et d'encadrement pour le soignant, en effet la spécialité peut sans ces savoirs faire peur. C'est un investissement pour l'avenir d'encadrer et d'accompagner les professionnels. Souvent cet encadrement se réalise au moins sur 2 à 3 semaines, avec ensuite un équilibre entre des professionnels expérimentés et d'autres non. De plus les psychiatres sont présents pour les soignants et sont donc eux aussi à même de transmettre un savoir-faire (entretien...) et un savoir être (posture et comportement)
Cadre 2	Les nouveaux arrivants sont encadrés par les plus anciens et les plus expérimentés, je nomme les référents selon leurs spécificités (cci, matériel urgence, traumato...), et l'organisation de la transmission se fait selon les savoirs identifiés en amont. Attention, il y a cependant des biais, le cadre de santé doit rester vigilant sur le fait que les professionnels doivent travailler dans tous les secteurs, pour développer la poly compétence indispensable dans le service des urgences. Je souhaite aussi orienter les soignants dans des secteurs qui leur sont inconnus pour développer d'autres compétences. Chacun dans une dimension différente, transmet son savoir.
Cadre 3	L'encadrement des nouveaux professionnels, est moins difficile pour l'unité, car l'expansion du service a permis le recrutement de professionnels supplémentaires. Ce qui donne plus de temps et donc plus de disponibilité pour transmettre les informations nécessaires. Les infirmières de l'unité portent un point d'honneur à l'encadrement. Je pense qu'il faut au moins 4 semaines pour les différents rites de passages dans la spécificité. Initialement je souhaite que soit transmis des savoirs en termes de sécurité. Je mets aussi un point d'honneur à la formation

	<p>des nouveaux professionnels pour leur mettre toutes les clés en mains afin de réussir au mieux à s'adapter au travail. Je favorise aussi le stage pré professionnel au sein de l'unité pour les futurs soignants que je recrute dans la même visée que précédemment.</p> <p>Enfin, dans le service les patients sont eux même compétents dans le domaine et transmettent aussi leur savoir (état de santé) aux soignants.</p>
Cadre 4	<p>Je pense, que la transmission des savoirs se fait dans les situations de soins car nous n'avons pas les moyens actuellement de réaliser cette transmission dans les meilleures conditions. Les formations sont difficiles à entreprendre du fait de l'ajustement des plannings et des problématiques d'arrêt maladie que nous connaissons.</p>
Cadre 5	<p>En trois jours cela me semble inconcevable de transmettre des savoirs professionnels, mais finalement les cadres de santé se posent-elles des questions sur les savoirs à transmettre ? Pour moi c'est dans l'organisation des soins et grâce aux professionnels comme les infirmières mais aussi les ASH et les aides soignantes qui sont à mon sens le pivot de l'hôpital. Une mine d'informations que l'on se transmet les uns aux autres grâce aux savoirs et savoir-faire des professionnels, toutes catégories confondues.</p>
Cadre 6	<p>Dans la théorie et idéalement se serait de mettre en binôme pour les accompagner au mieux, pourtant avec les conditions actuelles de l'hôpital, on sait que ce n'est pas possible. Par contre, il faut ne pas les laisser seuls. Le cadre de santé s'assure qu'ils puissent se référer, et identifier les référents. Son rôle est d'organiser les conditions pour que le professionnel trouve les ressources dont il a besoin, au moment ou il en a besoin. S'assurer sur la planification que le novice pourra confronter son travail à l'expertise d'un collègue, afin de toujours respecter le critère de sécurité. Le tutorat est une jolie théorie en pratique à mettre en place c'est beaucoup plus difficile. Souvent se sont les tuteurs des étudiants qui font l'accompagnement des arrivés, en se servant de leurs acquis pédagogiques. Le cadre de santé doit vérifier en amont les compétences à la transmission des savoirs, en effet ce n'est pas donné à tous le monde. Et en plus cela demande du temps ce que nous n'avons pas actuellement.</p>

<p>Question 9 : Rencontrez-vous des difficultés à organiser la transmission des savoirs dans votre unité?</p> <p>Si oui, lesquelles ? Si non, pourquoi ?</p> <p>si oui, quel en est l'impact ? si non, pourquoi ?</p>	
Cadre 1	Non, nous avons encore les moyens de le faire, contrairement à d'autres services de l'établissement.
Cadre 2	Oui c'est souvent difficile puisqu'il faut jongler entre : plusieurs encadrements en même temps, une gestion des plannings et des ressources humaines en cas d'arrêt maladie. Pour moi, cela dépend de l'organisation hospitalière, dans l'unité le matin c'est par exemple plus facile, mais l'après midi est plus formateur. Certains aspects de l'unité ne sont pas prioritaires dans les premiers temps : accueil et l'orientation, la salle déchoquage. Il faut du temps pour les uns et les autres, le remplacement et la passation de poste et de savoirs nécessitent selon moi au moins 15 jours d'encadrement, pour les 3 secteurs (médecine, chirurgie, déchoquage). Ce qui n'est pas beaucoup, car les urgences nécessitent du temps pour l'apprentissage des savoirs. Le cadre de santé est responsable, pour cela il centralise les infos et fait des bilans réguliers.
Cadre 3	Oui et non. Nous avons développé un processus de tutorat des nouveaux professionnels, mais ce n'est pas formalisé. L'apprentissage de savoirs en situation est donc beaucoup plus intéressants, l'organisation devient apprenante. L'importance d'un retour sur investissement. Investir pour l'avenir : mais pour cela il faut donner les moyens temporels aux professionnels.
Cadre 4	Faire correspondre les formations et les nécessités de service. Se réalise plutôt des mini-formations en faisant des petits points aux moments des transmissions infirmières. Cette transmission se fait par les médecins, les AS et les IDE, le cadre de santé et les étudiants qui sont allés dans d'autres unités. Les nouveaux arrivés ont aussi beaucoup à apprendre et chacun devrait réajuster ses propres pratiques. Chacun d'entre nous peut apprendre des choses et des gens. Mais certains ne veulent pas apprendre de nouvelles notions. En effet, on ne considère pas une seule technique mais plusieurs par compte il n'y a qu'une règle. Le cadre de santé doit déjà faire une évaluation des savoirs mais aussi des volontés des acteurs pour la transmission des savoirs. Laisser le temps au nouveau professionnel, c'est accompagner

	et respecter le niveau d'apprentissage. Il n'existe pas de processus de tutorat formalisé, chacun apprend sur le « tas ». sachant que cet encadrement valorise et fidélise les professionnels au long court. Dans le quotidien, il faut retenir et retirer de l'expérience de ses pairs, au sein de l'unité mais au delà de cette frontière, le plus souvent dans des contextes de fermetures estivales.
Cadre 5	Oui, c'est difficile de réaliser un accompagnement des nouveaux professionnels et de leur transmettre des savoirs. Du aux problématiques de remplacement de date à date et au fait qu'il n'existe pas de processus d'encadrement au sein de l'unité ou même de l'établissement. Révélant que cet aspect n'est pas une priorité institutionnelle
Cadre 6	Trop de contraintes : temps, effectifs. Mais aussi la limite de la motivation des professionnels à la transmission des savoirs.
Questions 10 : Selon vous, quel est l'impact de la réalisation de transmission de savoirs pour l'organisation générale de l'hôpital ?	
Cadre 1	Avoir des compétences c'est comme avoir des ressources précieuses, qui mettent en avant la notoriété d'un professionnel, d'une unité et d'un établissement. Depuis le regroupement de la formation des IDE de soins généraux et de psychiatrie et le référentiel de 2009, la formation comporte peu de savoirs dans ce domaine, l'organisation est donc le lieu de l'apprentissage de la transmission.
Cadre 2	Je n'y ai pas réfléchi, on pourrait le noter dans le logiciel aghir, le recrutement n'est pas lié aux compétences. Urgences des compétences, évolutives ce n'est pas figé dans le temps, les formations sont importantes mais c'est surtout le terrain qui forme les soignants.
Cadre 3	Reconnaître des compétences, c'est mettre en évidence l'image de marque de l'établissement. La formation et les journées d'encadrement ont un impact financier, en même temps on a plus à y gagner qu'à y perdre. L'hôpital donne aux soignants des moyens d'acquérir des compétences, aide au recrutement et à l'évaluation. Importance aussi de prendre en considération la spécificité, car il existe des profils de poste pour des profils de soignants.
Cadre 4	Compétence et expertise à l'hôpital, valorise l'établissement. La GPEC n'est pas forcément connue des CDS. Mais par rapport à la réalité du terrain le remplacement des compétences dans le même domaine, n'est pas réalisable et le transfert des compétences n'a pas lieu. Ce sont

	les collègues du terrain qui transmettent les savoirs. Connaître les habitudes du service.
Cadre 5	Impact sur les ressources humaines, car en arrivant le nouveau professionnel est dans le pâti car seul, les premiers temps. La GPEC, est un gros mot de l'école des cadres, mais ce n'est pas la politique actuelle de l'établissement. Aujourd'hui, ce n'est pas la réalité. Il faut que les soignants soient autonomes, par contre il faut aussi prendre en considération ce manque de savoirs. La confrontation est la source du savoir, en effet c'est face aux situations que l'on apprend le mieux. C'est un peu la pédagogie par l'erreur. Pourtant est-ce vraiment la solution. ?
Cadre 6	Dans la théorie ce serait bien, mais l'organisation ne le voit pas et je ne suis pas persuadée qu'il se préoccupe de la transmission des savoirs. On le voit bien avec le remplacement date à date des départs et des arrivées dans les unités de soins.

Transmission générationnelle :

Question 11 : Que direz-vous de la transmission intergénérationnelle ?

Cadre 1	Ah la nouvelle génération, le management est difficile, ils n'ont pas les mêmes devoirs que nous. Pour moi la transmission des savoirs se fait toujours des plus anciens vers les plus jeunes. Dans notre secteur c'est inévitable.
Cadre 2	Verticalité et transversalité les anciens toujours vers les plus jeunes. Pourtant cela n'est pas sans répercussion puisqu'on constate l'apparition d'une problématique majeure : des clans. Le partage des savoirs met en avant un pouvoir lié à l'expertise. Pourtant cette diversité intergénérationnelle est riche.
Cadre 3	Je ne rencontre pas de problèmes, cette grande diversité de mon équipe, est plutôt riche, pour la cohésion d'équipe et le partage des connaissances. J'apprécie ce mélange et cette cohabitation intergénérationnelle, il y a beaucoup d'échanges. Cela entraîne une dynamique, finalement tout le monde monte dans la barque.
Cadre 4	Primordial, l'ancien mais qui a su évoluer, et qui a développé une expertise actuelle. Tout le monde n'est pas dans le discours du « c'était mieux avant », d'ailleurs c'est ce qui fait les conflits, et c'est pour cela que l'intégration des nouveaux ne se fait pas bien dans l'équipe. La

	transmission dans la transversalité, mais toujours pas bien vécu. Avec les nouveaux soignants du nouveaux référentiel, différenciation de statut LMD. C'était mieux avant, disent les plus anciens, contre : oui mais nous on à une formation universitaire, disent les plus jeunes. Cela créait une division des équipes, avec la posture de nouveaux et d'anciens soignants.
Cadre 5	On n'est pas sur la même longueur. On n'est pas dans les mêmes attentes, il faut reprendre les règles sans cesse. Les agents se comportent comme des enfants. Ce n'est pas une génération qui est comme ça ou comme ça. Tout le monde n'est pas à mettre de le même panier. Pour certains le travail est devenu alimentaire. Dans l'absolu, les nouveaux professionnels ont à apporter des choses, mais c'est souvent la transmission de l'ancien au nouveau. En plus, les anciens ont évolué avec les technologies. C'est une bonne chose, se confronte aux nouvelles activités et pratiques, cela permet de « booster les équipes ».
Cadre 6	C'est une source de grande richesse, le jeune devrait pouvoir se nourrir de l'expérience de ses pairs. Ce devrait être très enrichissant, encore faut il que les acteurs prennent conscience de cette richesse. En effet, celle-ci est devenue transversale et beaucoup de professionnels de l'ancienne génération voit d'un mauvaise œil, le fait que les petits nouveaux peuvent leurs apprendre des choses.
Question 12 : Pensez-vous qu'elle est la même qu'auparavant ?	
Cadre 1	Ils pensent plus à leurs loisirs qu'à leur travail. La confrontation entre les anciens et les nouveaux n'est pas toujours facile. Mais de toute façon on a de moins en moins le choix. L'avantage c'est que dans la spécialité, les anciens ont des savoirs à transmettre et donc il faut bien que les nouveaux se mettent dans les rangs, pour le bon fonctionnement du service.
Cadre 2	Dans ce que j'ai cru comprendre, les nouveaux arrivés, restent moins longtemps à la différence des anciens qui étaient des piliers d'équipe et qui bougeaient lors des départs en retraite, ou des regroupements de service ou de mutualisation. Les urgences ne sont pas beaucoup touchées par ce phénomène, car beaucoup de soins globaux et c'est une unité de professionnels plutôt jeunes. La génération Y, suit beaucoup l'évolution sociétale, mais aux urgences les soignants doivent adopter un comportement commun, pour que cela fonctionne.

Cadre 3	<p>L'humilité c'est se mettre dans cette position d'apprenant et c'est valable pour tous. La transmission verticale est essentielle, mais la transversalité, n'est pas de prima bord. Au début c'est un apprentissage assez scolaire, ils doivent suivre le formatage. Par contre, en positivité du phénomène je dirais que la nouvelle génération est plus à l'aise avec la technologie, (rentrer des paramètres, analyser les pannes). Ils sont disponibles pour les informations. Cela fonctionne parce qu'ils se mettent dans ce rôle. Il faut qu'il matérialise pour comprendre et mettre les savoirs en action.</p>
Cadre 4	<p>La transmission verticale a changée nous sommes plus dans une transversalité de l'information. A apprendre sur le terrain, cela ne risque t-il pas de faire diminuer la transmission des savoirs ? Pourtant sur les lieux de stage, ils ne vont pas chercher les infos alors qu'ils pourraient aller se renseigner auprès des professionnels expérimentés. La génération Y et la formation actuelle ne permettent pas de faire les liens, entre la théorie et la pratique. Ils appliquent sans analyser. Certaines choses ont été modifiées. La vie privée avant le travail alors qu'à mon époque s'était différent.</p>
Cadre 5	<p>Aujourd'hui, le développement des formations en termes de compétences, qui sont extrêmement larges, englobe trop de chose, en effet on déplore qu'il n'y a pas assez de spécificité. De toute façon les compétences sont des gros mots. Les nouveaux professionnels quand à eux, font ce qu'ils veulent. Tout le monde ne sait pas ce qu'est une compétence. L'infirmière a du mal à évaluer une compétence, telle qu'elles sont présentées aujourd'hui. D'ailleurs et c'est prouvé, même la recherche en soins infirmiers prend difficilement une place pour les soignants. Pour devenir expert, il faut ranger, sa tête, et tirer le bon tiroir lorsque cela est nécessaire. C'est cela qui doit aujourd'hui intéresser les nouveaux arrivés, créer des tiroirs sur la base des référents pour avoir du savoir et savoir-faire, au moment où cela sera nécessaire.</p>
Cadre 6	<p>Elle évolue avec chaque génération. Avant on était plutôt dans l'imitation aujourd'hui les théories d'apprentissage ont évoluées, donc les méthodes pédagogique aussi. Auparavant, pour faire bien il fallait faire comme ça et c'est tout, maintenant on fait les choses mais on se pose la question de pourquoi est-ce qu'on les fait comme ça. Quand on</p>

	détermine le pourquoi, on peut adapter les soins aux situations, parce que dorénavant le soignant analyse la situation avant de faire alors qu'avant face à une situation il y avait des soins précis à exécuter. Cela a fait évoluer la manière dont on transmet son savoir entre générations.
--	---

Le management par compétences :

Question 13 : quel type de management favorise le plus la transmission des savoirs ? Et pourquoi ?

Cadre 1	Le management participatif est le plus favorable, faire participer les gens pour transmettre les savoirs est indispensable. En effet, il importe au cadre de santé d'obtenir sa coopération dans cette démarche de façon continue sans être dans l'obligation de rappeler son importance. Pourtant, le cadre de santé doit trouver un équilibre entre ce mode de management et la nécessaire autorité dont il faut parfois faire preuve, dans la gestion d'une équipe.
Cadre 2	Management participatif, le cadre de santé doit être dans l'échange avec l'équipe, De plus c'est un management actuel avec les nouvelles générations. Ils accepteraient moins, le management autoritarisme dont a pu faire preuve les anciennes surveillantes. Pour moi, les savoir-faire développent les compétences. Enfin, gardons à l'esprit qu'il faut savoir pour être compétent et être compétent pour transmettre.
Cadre 3	Aujourd'hui c'est situationnelle, pour le management, il faut prendre du recul et observer comment l'organisation fonctionne et en adapter son type de management passant du participatif, au consensus et parfois à l'autoritarisme. Il faut surtout les responsabiliser pour que cela fonctionne. Il faut dire ce qui va et ce qui ne va pas pour faire évoluer les savoirs individuels mais aussi les savoirs collectifs.
Cadre 4	Pour moi, le management participatif, favorise la transmission des savoirs je suis un cadre assez dans le dialogue. Il y a des choses qui sont négociables et d'autre non. J'évalue et je réajuste, n'est ce pas non plus cela la transmission des savoirs ? Dans le processus que vous avez décrit tout à l'heure donner-recevoir et rendre, moi je dirais le donnant-donnant. Mais je manque d'expérience, en tant que cadre de santé. Dans les équipes autonomes, il est nécessaire de garder la place « autoritaire » du CDS. Trouver un management pour équilibrer les relations inter

	personnelles.
Cadre 5	Il faut tous les managements pour gérer une équipe. Le management d'avant était autoritariste, aujourd'hui, cela n'existe plus. C'est la société qui évolue. Le cadre de santé doit faire son lit ou son nid, pour que les soignants acceptent de transmettre. La reconnaissance est d'ailleurs un bon moyen. Enfin il faut être crédible, le cadre doit donner le bon exemple : demander aux autres ce que l'on se demande à soit même.
Cadre 6	Le management participatif, car en sollicitant les personnels pour travailler sur la vie du service, cela permet de mobiliser leurs compétences et connaissances. De plus, travailler en équipe amène forcément les autres à en profiter, afin que dans l'échange chacun amène à l'autre et reçoit de l'autre.
Question 14 : Que signifie pour vous le « management des compétences »	
Cadre 1	Je ne sais pas. Je dirais peut être faire en sorte dans le travail quotidien d'avoir un professionnel novice et un plus expert pour faire l'équilibre.
Cadre 2	Dans les plannings, c'est mettre des anciens et des nouveaux, rechercher un équilibre pour avoir des compétences. Mais parfois je fais comme je peux. J'essai de créer une complémentarité sur deux postes proches. Je cible vraiment sur les spécificités qui nécessite des compétences, car sinon on risque de se loupé sur la prise en charge. Avoir des savoirs pour la pérennité des compétences, et la polyvalence c'est donc du management des compétences.
Cadre 3	Equilibre des plannings. Quand je suis absente je nomme des référents pour certaines tâches. Ce que je voudrais, c'est que chacune est le plus de compétences possibles. Moi je souhaite parfois forcer l'apprentissage en situation pour que certaines développent des compétences. Il y en a chez certaines, et pas chez d'autres. Je veux éviter le pouvoir de celles qui savent et développer chez d'autre, des compétences qu'elles n'imaginent pas. Je ne favorise pas la pleine compétence mais le partage, pour permettre la pérennité des savoirs dans mon unité. Pour moi c'est donnant/donnant, pour que la transmission soit réelle.
Cadre 4	Pour transmettre, il faut avoir des compétences et aussi la compétence de transmettre. Parallèlement, la transmission des savoirs permet de développer des compétences.

	<p>Je vais aller vers certaines infirmières parce qu'elles sont compétentes, mais attention de ne pas toujours aller vers les mêmes personnes. Valoriser tout le monde. Il faut éviter de catégoriser une compétence à une personne. D'ailleurs, certaines ne veulent pas être reconnue comme compétente dans une spécificité, ne souhaite pas cette mise en avant. Je fais attention de ne pas mettre les nouvelles toutes ensembles et recherche donc un équilibre, mais avec les moyens du bord toujours dans l'objectif de la sécurité des patients. Les savoirs et les compétences évoluent en même temps.</p>
Cadre 5	<p>En réalité et en situation, ce qui permettrait la transmission des savoirs, c'est l'accompagnement de tous les jours, mais ce n'est pas vraiment fait ni formaliser. On nous demande de réguler au sein des nos unités avec les gens qui nous sont affectés. Souvent elles sont complémentaires entre celles qui savent et celles qui ne savent pas: ce qui créait alors une compétence collective. Les compétences évoluent dans le temps, transmettre des savoirs doit suivre cette évolution, tout comme la méthode de transmettre. Pour moi, il faut avant tout, motiver les personnels en permettant des conditions et une organisation favorable au travail. Les nouveaux professionnels sont davantage dans le travail prescrit mais pas dans le réel. C'est dans cet écart que le professionnel expert joue un rôle. En effet, le nouveau n'a pas peur alors que l'ancien a peur parce qu'il a déjà été confronté à la situation, par contre il est rapide et efficace.</p>
Cadre 6	<p>Il est important que le cadre de santé sache dans l'unité qui est capable de faire quoi. D'utiliser les compétences pour les projets. Valoriser ceux qui ont les compétences et ne pas mettre en difficultés ceux qui n'en ont pas. Permettre un partage de ces compétences. Tout en gardant à l'esprit que ce qui rend un groupe fonctionnel et riche de savoirs c'est la différence des personnes qui le compose.</p>
<p>Question 15 : Quel est selon vous intérêt d'un management des compétences ?</p> <ul style="list-style-type: none"> L'organisation du travail en pôle La mutualisation des ressources soignantes Equilibre entre besoin et disponibilité des compétences La performance L'employabilité Adaptabilité des soignants face aux changements 	

Cadre 1	L'organisation en pôle, la mutualisation des ressources soignantes qui va avec. Ce qui est très important en psychiatrie, en effet un professionnel de chirurgie ou de médecine ne peut remplacer dans ce secteur, tout comme les personnels de psychiatrie ne peuvent remplacer en réanimation, la spécialité crée une spécificité et une unicité des compétences..
Cadre 2	Moi j'ai tout ça, les plus anciens sont polyvalents sur 6 secteurs, plus facile en terme de remplacement.
Cadre 3	Manager des compétences c'est développer des compétences pour la mutualisation des services en lien avec le parcours de soin du patient (ex : néphrologie et dialyse). C'est ce qui permet un équilibre entre les besoins et les ressources pour le remplacement, en termes de qualité et de sécurité. Les compétences de dialyse tu ne les as pas partout et du coup c'est permettre de s'asseoir sur de véritables savoirs. C'est donc aussi permettre la performance et donc l'employabilité des soignants sachant que la spécificité du service crée une hyper-spécialité et un enfermement. C'est aussi s'ouvrir vers les autres services.
Cadre 4	On ne mutualise pas tant que ça, essentiellement en cas d'arrêt maladie mais comme nous sommes en personnel limité c'est rare. Pas de mutualisation, du coup on utilise beaucoup d'intérim, avec les difficultés et des avantages en termes de savoir-faire extérieurs. Finalement on transfère le patient dans le service ayant les compétences compte tenu de ses besoins en soins.
Cadre 5	La polyvalence et les compétences sont importantes dans mon secteur. Attention la polyvalence a aussi ses limites ; de la polyvalence pour de la polyvalence n'est pas positive, il faut que ça reste ponctuel. Ce que recherche le cadre s'est l'adéquation entre l'organisation, la qualité et la sécurité. Il cherche à servir sa spécificité, attention perdre la culture d'équipe est risqué. La résultante c'est qu'ils ne s'impliqueront pas dans la même mesure s'ils n'ont pas d'appartenance. Pour moi la mutualisation est source de perte d'identité.
Cadre 6	Adaptabilité des soignants face au changement, car on leur demande de plus en plus d'être poly-compétent. La mutualisation de ressources humaines, pour une diffusion des savoirs. La performance, je n'aime pas ce mot : faire toujours plus avec toujours moins mais c'est vrai que d'un autre côté c'est reconnaître la capacité des soignants car plus de compétences permet d'améliorer la prise en charge en termes de

	<p>qualité. L'employabilité, pour l'enrichissement des professionnels, mais je ne suis pas sûre que nos structures tiennent compte de cela pour l'instant.</p>
<p>Question 16 : Est-ce une notion qui vous semble appropriée au management hospitalier actuel ?</p> <p>Si oui, en quoi l'est-elle ? Si non, pourquoi ?</p>	
Cadre 1	<p>Non, ce n'est pas le principal objectif actuel, nous sommes surtout concernés par le retour à l'équilibre. Et ce que l'on cherche à faire avant tout c'est des économies. Je ne pense pas que les directions soient sensibilisées à ce sujet</p>
Cadre 2	<p>Attention il y a beaucoup de résistance, en effet les professionnels ne souhaitent pas se mobiliser sur les autres unités, et cette poly compétence liée à la spécificité de travailler aux urgences entraîne la mobilité. Pour référence, nous sommes de part cela l'équipe la plus poly compétente de l'hôpital, ce qui fait que nous sommes souvent sollicités surtout pour les absences maladie. Je ne pense pas que compte tenu du contexte actuel se soit un management par compétences que la direction réalise mais bien une gestion avec le peu de ressources dont elle dispose et au quotidien c'est-à-dire toujours dans l'urgence. En effet rien n'est pensé, ni formalisé.</p>
Cadre 3	<p>Non, tout est trop dans l'urgence, l'hôpital est actuellement dans un contexte de flux tendu et en même temps les cadres de santé se positionnent pour que le soignant ait des compétences dans le domaine où il est affecté. Il faut effectivement réfléchir au positionnement futur de l'hôpital et donc définir une prévision sur les retraites, les formations et l'absentéisme.</p>
Cadre 4	<p>On ne le fait pas, les problèmes sont ailleurs : retour à l'équilibre financier, gestion de l'absentéisme majeur, réorganisation.... Pourtant ce serait bien pour garantir un avenir aux savoir-faire.</p>
Cadre 5	<p>Très peu utilisée dans la réalité. En première vision, ça arrange les directions et les cadres de santé (en cas d'absentéisme), mais derrière, il y a des problématiques cachées : peur de bouger, trop ancienne pour bouger, perte d'appartenance à son équipe.... Par contre s'est positif et je crois que dans certains établissements s'est réalisé comme cela, l'embauche dès le début est basée sur le principe de la mobilité. Ce qui révèle d'autres apprentissages et techniques, avec des compétences qui ne sont pas mobilisables, car perte de la spécificité.</p>

	Pour moi le risque est : faire des soins pour faire des soins.
Cadre 6	Pour son évolution futur oui. Aujourd'hui ce n'est pas le cas, pourtant cela faciliterai la gestion hospitalière si on s'intéressait de savoir qui sait faire quoi ! et qui pourrait développer telles ou telles compétences. Pour avoir une nouvelle compétence. L'impression de repartir chaque fois du départ aux risques de perdre des savoirs. Repartir toujours sur la base.
Question 17 : Pensez-vous que la reconnaissance des professionnels puisse représenter une plus value dans la transmission intergénérationnelle ?	
Cadre 1	La reconnaissance est effectivement un levier dans la transmission des savoirs. Pourtant, le cadre de santé ne doit pas valoriser trop les professionnels au détriment d'autres, au risque de créer des rivalités dans la posture de celui qui sait et qui est reconnu pour ça. C'est la recherche d'un équilibre qui est recherché dans cette transmission à l'autre, c'est donc bien entre don et obligation qu'il faut agir.
Cadre 2	Oui, reconnaître les spécificités, et identifier que pour tels savoirs il faut voir telle personne c'est donner un sens. Valoriser les référents selon leurs compétences permet d'être reconnu dans son domaine de spécificité. Il apparaît alors un sens au travail des professionnels et parfois même un investissement plus important.
Cadre 3	C'est la durabilité. En effet, la personne qui reste c'est parce qu'à son arrivée l'accompagnement dans l'acquisition des savoirs a été bonne. Cette transmission joue donc un rôle sur l'avenir de l'unité et de son organisation. Se sentir bien dès le début, pour avoir envie de rester et de transmettre à son tour. Cela passe donc par la reconnaissance des compétences et qui est à même de le faire : le cadre de l'unité.
Cadre 4	On se reconnaît compétent et ça valorise. On a envie de transmettre d'avance. La perte de valeurs dans le travail est préjudiciable pour la transmission des savoirs. Ce que vivent les équipes en ce moment avec l'arrêt du poste de diabétologie, c'est qu'elles se sentent en perte de sens et de temps. Beaucoup on besoin de la reconnaissance des autres pour exister, car ça motive et cela permet de façon générale de pérenniser les savoirs de l'unité. Une motivation +++ est une plus value pour la transmission des savoirs.
Cadre 5	La reconnaissance à double impact, elle permet certes d'avoir envie de transmettre mais elle donne aussi un pouvoir, que le cadre de

	<p>santé doit gérer pour ne pas créer la super infirmière qui sait, mais qui ne se remet jamais en question, qui vit sur des acquis qu'elle n'a pas forcément su faire évoluer. Je pense d'ailleurs que cela valait beaucoup pour les anciennes infirmières, aujourd'hui les professionnels changent plus souvent de secteur d'activités ce qui limite l'effet de la super infirmière.</p>
Cadre 6	<p>Valoriser les compétences des professionnels, permet qu'ils se sentent reconnus et ils ont en retour de cette reconnaissance envie de transmettre. La reconnaissance dans le don et l'obligation, c'est l'invisibilité d'un lien, c'est tout le contexte d'ailleurs de l'organisation apprenante. Développer l'organisation ou l'on stimule l'envie d'apprendre et faire apprendre aux autres, comme un cercle vertueux qui emmène vers le haut. Apprendre les uns aux autres tout comme des uns et des autres, en situation. On retrouve certaines valeurs, du coup on est plus dans la maîtrise, ce qui donne l'envie de transmettre et c'est le boulot du cadre de santé, de mettre ça en place.</p>



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@12-13**

TITRE DU MEMOIRE

Transmission des savoirs : entre don et obligation, le rôle du cadre de santé.

AUTEUR

Magali Callois

MOTS-CLES

Transmission des savoirs, transmission intergénérationnelle, reconnaissance, management des compétences

KEYWORDS

Knowledge, Inter-generational transmission, the recognition, professional knowledge

RESUME

La démographie des professionnels sous l'effet du baby boom, nécessite que les institutions se positionnent face au risque de perte des savoirs professionnels. Pourtant, entre don et obligation, comment le cadre de santé doit-il réguler les besoins et les disponibilités en compétences au sein de son unité ? Ce travail a pour objectif de comprendre comment s'organise la transmission des savoirs et le rôle régulateur du cadre de santé dans le processus « donner, recevoir et rendre ». De plus, il semblerait que la transmission des savoirs se fasse également par « l'organisation apprenante » à travers la reconnaissance et la valorisation des compétences professionnelles des soignants. La transmission intergénérationnelle, deviendrait ainsi un élément majeur dans la pérennisation des compétences.

ABSTRACT

Succession planning is being a critical issue with the retirement of the Baby Boomers. Today's organizations are facing a risk of knowledge, skills, and abilities loss. Human Resources strategies have to be planned. Institutions such as hospitals can't avoid this planning, furthermore, health managers must find a method of regulating the needs and available competencies within their service. The purpose of this essay is to understand how knowledge, skills and abilities are passed on and defining the role of the health manager in the share process. Moreover, the recognition of professional knowledge should be taken into consideration. Future nursing staff has a role to play into this process by increasing the value of experienced people and helping them to translate their professional experiences into professional knowledge. Inter-generational transmission will be a critical fact to ensure the continued existence of competences.

Les mémoires des étudiants de l'IFCS de l'ESM sont des travaux réalisés au cours de l'année de formation. Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs. Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM.