

*Ecole Supérieure Montsouris
Université Paris EST Créteil Val de
Marne*

Diplôme de Cadre de Santé



*Quel management
par les
compétences, pour
quel sentiment
d'appartenance
polaire... ?*

Valérie CLEMENT DIT LESENECAL

2011-2012

DCS 11-12

« Le sentiment d'appartenance est une conviction intime qui va de soi ;
l'imposer à quelqu'un, c'est nier son aptitude à se définir librement.»¹

Fatou DIOME

¹ DIOME Fatou, Le ventre de l'Atlantique, Edition : Anne Carrière, 2003, 296 pages

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier les cadres de santé, cadres paramédicaux et infirmiers spécialement sélectionnés pour cette enquête qui ont su me faire partager leur quotidien, mais également ceux qui ont croisé mon chemin durant mon année à l'IFCS de Montsouris et qui ont contribué à faire avancer ma réflexion.

Mais je remercie surtout mon fils d'être ce qu'il est : un enfant capable de prendre le meilleur de chacun, de capter leur affection et d'en profiter pleinement, et de la redistribuer sans conditions et sans limites.

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	1
1 Introduction	4
2 Le constat	5
2.1 Contexte	5
2.2 Mon sentiment d'appartenance	6
2.3 Mes difficultés face au management polaire	7
2.4 Mon cheminement	7
2.5 Questionnement	8
3 L'Identité professionnelle	9
3.1 Le concept d'identité	10
3.2 Identité communautaire	12
3.3 Sentiment d'appartenance.....	13
3.3.1 Définition	13
3.3.2 Le service de soins	15
3.4 Le Pôle d'activité	20
3.4.1 Historique.....	20
3.4.2 Les limites apportées par les auteurs.....	22
4 Changement.....	23
4.1 La mise en place des pôles en tant que facteur de changement	23
4.2 Identité professionnelle et changement.....	25
4.3 Les enjeux identitaires	26
4.4 Les résistances au changement	29
4.5 La notion de sens dans le changement.....	32
4.6 Le cadre de santé comme manager par le sens	34

5	Le management des Compétences	37
5.1	La Compétence comme unité de sens	37
5.2	Le rôle du cadre de santé	40
5.3	L'identité du soignant dans son parcours professionnel	42
5.4	Le Plan de formation.....	45
5.5	De la compétence individuelle à la compétence collective	48
6	Synthèse	51
7	Méthodologie d'enquête.....	53
7.1	La population	53
7.1.1	Les cadres paramédicaux de pôle et les cadres de santé de proximité.	54
7.1.2	Les infirmiers	55
7.2	Choix de la méthode : l'entretien semi directif et le questionnaire	56
7.2.1	L'entretien semi-directif	56
7.2.2	Le questionnaire	57
7.3	Limites et points positifs de l'enquête :	58
8	Analyse quantitative.....	60
8.1	Contexte et sujets de l'enquête	60
8.1.1	Etablissement n°1	61
8.1.2	Etablissement n°2.....	61
8.1.3	Profil des personnes interrogées	62
8.2	Etablissement n°1	62
8.2.1	Mobilité.....	62
8.2.2	Compétences	64
8.2.3	Changement	70
8.2.4	Sentiment d'appartenance	73
8.3	Etablissement n°2	78
8.3.1	Mobilité.....	78

8.3.2	Compétences	79
8.3.3	Changement	85
8.3.4	Sentiment d'appartenance	87
9	Analyse qualitative	91
9.1	Le management par les compétences.....	91
9.1.1	Organisation et mise en œuvre.....	91
9.1.2	Plan de formation, support adapté au management par les compétences ?93	
9.1.3	Management par les compétences et identité professionnelle	95
9.1.4	Management des compétences et sentiment d'appartenance	97
9.2	Le changement	101
9.2.1	Vécu du changement des différents acteurs	102
9.2.2	Mise en œuvre du changement.....	105
9.3	Le sentiment d'appartenance	107
9.3.1	Définition	107
9.3.2	Le sentiment d'appartenance des infirmiers et des cadres de santé ...	108
9.4	Synthèse globale et retour sur l'hypothèse	111
10	Réinvestissement professionnel.....	114
11	Conclusion	118
	BIBLIOGRAPHIE.....	120
	ANNEXES.....	124

1 Introduction

Tout changement de fonction amène l'individu à se questionner sur son identité professionnelle. Notamment les valeurs qu'il souhaite préserver et véhiculer à ce nouveau poste, mais également la mission qui guidera ses actions. Ainsi, ma mission première en tant qu'infirmière était de « prendre soin », des patients, des familles, de mes collègues... Ma future fonction de cadre de santé allait-elle s'inscrire dans une continuité ou au contraire comme une rupture vis-à-vis de cette mission ? Aurais-je la possibilité de « prendre soin » de l'équipe que je managerais ?

Ma première impression fut liée à mon expérience de faisant fonction dans une unité de soin de médecine. Elle se traduisit par une bienveillance mutuelle, partagée entre l'équipe paramédicale, médicale et moi-même. Les échanges et la collaboration effective furent propice au développement de ma perception puis de la définition de ce qu'allait être mon rôle, en fonction des attentes de chacun et de ce qui m'apparaissait comme devant être incontournable dans mon futur management. Mon identité professionnelle en construction s'articulait tranquillement alors que je constatais que celle des soignants était en pleine reconfiguration.

L'enchaînement des réformes hospitalières depuis 20 ans a aboutit au travers l'ordonnance du 2 mai 2005, centrée sur la nouvelle gouvernance, à l'institution du pôle d'activité comme structure opérationnelle de l'hôpital. Elle a été renforcée plus récemment par la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire, qui confirma cette organisation et accentua davantage le rôle et le pouvoir de cette entité.

Ainsi, la mise en place des pôles d'activité et le décloisonnement des services de soins qui en découle, les nouvelles organisations à l'œuvre, engendrent une remise en question de ces identités.

Fondés sur la mutualisation et le partage des ressources dans l'intérêt du patient, les pôles d'activité devraient être source de bénéfices pour ce dernier, et au même titre, pour les soignants. Pourtant, le vécu des soignants reflète davantage un aspect négatif et les installe dans une position de crise identitaire.

Ce décalage de perception, l'enjeu identitaire que cela représente, ont développé en moi la conviction que le cadre de santé a un rôle à jouer dans la construction de ces

nouvelles identités professionnelles et que le pôle d'activité doit pouvoir représenter une plus value pour le soignant.

Aujourd'hui, l'intégration des agents dans les pôles doit donc constituer un des axes managériaux du cadre de santé dans sa gestion des ressources humaines, nécessitant une maîtrise de ce nouvel environnement et une implication de chacun dans celui-ci.

A ce titre, le sentiment d'appartenance et ce qu'il implique de la part de celui qui le ressent, m'apparaît répondre au plus prêt des besoins des soignants. Vécu actuellement à destination des services de soin, il est ainsi porteur de cohésion, de solidarité et favorise l'accomplissement individuel et professionnel. Sa transposition au pôle d'activité in fine semble alors nécessaire.

Le développement d'un sentiment d'appartenance de l'équipe de soin envers le pôle doit donc être un objectif à atteindre pour le cadre de santé dans ce contexte de renouveau des organisations et d'instabilité identitaire.

Partant d'un constat personnel et professionnel traduisant ce déséquilibre identitaire, je vais m'attacher dans un premier temps à comprendre la dynamique identitaire, le concept de sentiment d'appartenance, les enjeux du pôle d'activité à cet égard et vérifier auprès de la littérature le fondement des outils d'actions à la disposition du cadre de santé.

Dans un second temps, une enquête exploratoire, exposée de la méthodologie aux résultats obtenus, est venue confronter cette théorie et mes représentations, à la réalité du vécu des professionnels.

Enfin, une analyse de l'ensemble m'a permis d'affiner ma réflexion, de développer mon questionnement et d'orienter mon futur management de cadre de santé.

2 Le constat

2.1 Contexte

Actuellement à l'école des Cadres de Santé de Montsouris pour appréhender le métier de Cadre de Santé, j'ai eu la chance de pouvoir l'approcher par ailleurs de manière progressive. En effet, le passage vers cette nouvelle fonction a débuté, pour moi, par une mission transversale, relative au dossier de soins et aux transmissions ciblées, tenue pendant deux ans au sein de mon établissement. Celle-ci m'a permis de côtoyer l'ensemble des Cadres de Santé de l'établissement et de travailler avec eux autour de la tenue du

dossier de soins. Cette mission a contribué à cette transition en douceur, entre la fonction d'infirmière et celle de cadre, grâce à ces relations étroites et le positionnement qu'elle m'octroyait. Par ailleurs, la chance m'a été accordée de pouvoir tenir, sur une période de 10 mois, le poste de faisant fonction cadre de santé dans un service de soins. Cette période fut pour moi l'occasion de me confronter au quotidien des missions du cadre.

Malgré tout, ce changement de fonction s'est effectué avec appréhension, au regard de toutes les remarques faites par mes collègues cadres de santé avec lesquelles je collaborais durant ma mission transversale. J'avais ainsi entendu, entre autre, qu'être cadre impliquait « une grande solitude », « un isolement du reste de l'équipe », « un éloignement du patient »...

2.2 Mon sentiment d'appartenance

En tant qu'infirmière j'avais intégré par choix le pool de remplacement, équipe transversale de par sa nature. Pour autant, j'ai toujours eu le sentiment d'appartenir à une entité, que ce soit à l'équipe d'infirmières du pool ou aux équipes qui m'accueillaient toujours avec bienveillance. Or, suite à cette prise de poste de faisant fonction, mes collègues cadres de santé me prédisaient un deuil de cette expérience.

Et, mes nouvelles fonctions ont débuté. Le constat que j'ai pu alors faire était très différent de celui annoncé. J'intégrais un groupe clairement défini : celui des cadres de santé de l'établissement mais également à plus petite échelle, celui du pôle, auquel était rattaché le service dans lequel je travaillais. Groupe accueillant, disponible en cas de besoin, avec le souci d'intégrer chaque nouvel arrivant (ex : au travers d'un appel téléphonique chaque midi pour garantir la pose repas et créer du lien avec le reste de l'équipe).

Cette solitude annoncée ne correspondait pas à ma réalité. Au travers du pôle, j'avais retrouvé un groupe de travail dans lequel je pouvais m'identifier et au cœur duquel j'avais une place.

Par conséquent, lorsque le management et les organisations commencèrent à être envisagés à l'échelle du pôle à la demande de notre Cadre Supérieure de Pôle, cela n'a pas représenté de difficulté pour moi. En effet, les groupes de réflexion liés à l'avenir et au projet médical de mon unité de soins et les différents bureaux de pôle auxquels j'avais pu assister, m'avaient permis de comprendre les objectifs de ce dernier. J'avais connaissance du mode de fonctionnement du pôle et des différents acteurs qui le composaient.

2.3 Mes difficultés face au management polaire

Cette difficulté est apparue lors de la mise en œuvre du management décidé entre dirigeants du pôle, au sein de l'unité de soins. Des regroupements de service furent engagés afin d'optimiser les ressources sur les périodes d'été et une mutualisation des agents fut décidée. Cette mutualisation perdura au-delà de la période estivale au regard des problèmes d'absentéisme de plusieurs services du pôle.

Or, cette mutualisation fut très mal vécue de la part des équipes et très difficilement applicable face à l'opposition manifeste des différents soignants. Le retour que l'équipe me fit, fut celui d' « avoir l'impression d'être des pions », d' « être manipulé », d' « être placé en insécurité professionnelle », d' « aller renforcer des équipes qui ne semblaient pas en avoir besoin alors qu'eux-mêmes étaient en grande difficulté »...

Cette résistance perdura dans le temps et eu pour impact de déplacer des agents qui ne le souhaitaient pas réellement ou qui arrivaient dans le service nécessaire avec un esprit négatif, rendant cette mutualisation subit à la fois par l'agent déplacé et par l'équipe « accueillante ».

Je me suis alors demandé quelles étaient les limites de cette démarche. D'autant que ce mode de fonctionnement devenait une organisation polaire instituée et qui devait donc perdurer.

Pourquoi les agents avaient-ils tant de mal à se projeter dans l'espace et les organisations que représentait le pôle ? Quel était mon rôle en tant que cadre de santé ? Dans quelle mesure devais-je les accompagner dans ce nouveau territoire qu'était le pôle ? Le changement devait-il les impacter au même niveau que celui que j'étais moi-même en train de vivre en termes d'identité en passant d'une fonction d'infirmière au sein d'un service à celle de cadre de santé au sein d'un pôle ? De quelle manière et dans quelle mesure les intégrer au pôle, alors qu'eux autant que moi étions ancrés au quotidien dans notre organisation de service ?

2.4 Mon cheminement

Consciente des dysfonctionnements qui s'installaient, je ne pouvais que craindre la dégradation des soins apportés au patient face à la dégradation des conditions de travail perçue par les soignants. En effet, les soignants développaient des attitudes d'opposition et la cohérence d'équipe tendait à se dégrader. Les soignants ne cherchaient pas forcément à

collaborer avec leurs collègues mais s'isolaient dans l'accomplissement de leurs tâches. Or, mon expérience m'avait amené à penser qu'un travail de qualité se fonde sur la coopération d'équipe. Celle-ci étant le plus souvent le reflet du sentiment d'appartenance des soignants à leur équipe de travail ou à leur service de soins. Ce sentiment semblait donc remis en question au regard de l'évolution des organisations de notre établissement de soins.

Par ailleurs, une de mes premières missions en lien avec les projets du pôle, fut de recenser les formations réalisées par l'ensemble des agents, et donc les compétences présentes, quelles soient liées à la fonction de chaque agent ou totalement extérieure à celle-ci. Cette démarche avait tout son sens pour moi ayant conscience qu'une gestion transversale des effectifs était en train de se mettre en place sur le pôle. De plus, les évaluations annuelles des agents se profilant, les gestionnaires du pôle avaient besoin d'une lisibilité sur la répartition de ces compétences au sein de leur dispositif. Ce recueil d'informations eu lieu sans que les agents en comprennent réellement les enjeux, malgré l'information que j'avais tenté de mener en parallèle pour éclairer la situation.

L'identité professionnelle des soignants paraissait donc remise en cause suite à la mise en place des pôles, mais également sujet d'enjeu pour le cadre de santé, afin de pouvoir garantir des soins de qualité aux patients et des conditions de travail optimales à l'équipe soignante.

2.5 Questionnement

Cette réflexion émanant des difficultés rencontrées lors de ma prise de fonction, m'a donc conduit au questionnement :

Comment le cadre de santé peut-il amener une équipe à passer d'une identité professionnelle rattachée à un service de soins à une identité polaire ?

En partant du postulat que le sentiment d'appartenance contribue à la cohérence du groupe et au développement de la coopération dans le travail, ce sentiment fonde alors une partie de notre identité professionnelle, celle liée à l'environnement de travail et donc attribuée au service de soins. Pour développer une cohérence d'équipe au niveau du pôle, l'identité polaire doit donc trouver sa source par transfert de ce sentiment d'appartenance.

Cette identité pourra alors remplacer ou intervenir en complément de l'identité de service. Le rôle du cadre de santé étant de veiller à l'optimisation des organisations de soins, sa mission reposera sur le développement de ce sentiment.

De quel moyen dispose alors le cadre de santé pour amener l'équipe à développer un sentiment d'appartenance envers le pôle ?

Les soignants sont actuellement confrontés à un management polaire impliquant leur mobilité au sein des différents services de ce pôle. Mobilité qui remet directement en jeu leurs compétences et impacte donc sur leur identité professionnelle. Cette mobilité représentant une mise en action concrète d'un des projets du pôle, souvent méconnu ou incompris des agents.

Elle traduit, par ailleurs, en partie le management des compétences organisé dans le pôle. Ce management qui est globalement porteur de sens : celui des projets du pôle. Or, il appartient au cadre de santé de mettre en place ce management au sein de son service et par la même, d'être porteur de ce sens auprès des agents.

Hypothèse de départ :

- Le management par les compétences peut constituer pour le cadre de santé un levier d'accompagnement du changement et de construction du sentiment d'appartenance des soignants envers le pôle.

Avant de pouvoir confronter cette hypothèse au terrain, je vais dans un premier temps définir les éléments conceptuels qui interviennent dans mon questionnement afin d'en obtenir les éclairages théoriques. Pour cela, je vais clarifier le concept d'identité, puis celui de sentiment d'appartenance et en suivre l'évolution dans le contexte de mise en place des pôles.

3 L'Identité professionnelle

Afin de comprendre les mécanismes en jeu, il m'est apparu important de me placer du point de vue sociologique et de définir le concept d'identité. Dans cette définition, je ne me suis pas attachée à décrire les modalités de construction de l'identité depuis l'enfance mais plutôt aux différents éléments qui la composent et à ce qui la fait évoluer.

3.1 Le concept d'identité

L'identité, au sens large, est d'abord un ensemble de caractéristiques qui définissent un individu : « *ce qui permet de reconnaître une personne parmi toutes les autres* ». ² Elle signifie que chaque individu est unique.

L'identité est par ailleurs plurielle : elle a de multiples composantes (biologique, psychologique, économique, relationnel, culturelle...).

Ce n'est pas un état mais un processus permanent et dynamique qui se construit par étapes. Une réalité qui évolue par ses propres processus d'identification, d'assimilation et de rejets sélectifs. Elle se façonne progressivement, se réorganise et se modifie sans cesse ³ aboutissant à la constitution d'un être singulier.

Lors de son intervention à l'Ecole Montsouris, Mr Kaddouri ⁴ a proposé de clarifier ce processus. Sa théorie repose vraiment sur cette notion de dynamique identitaire. Il structure alors l'identité selon trois axes :

- L'axe temporel décompose l'identité au travers de celle héritée, puis de l'identité acquise (actuelle) et enfin de l'identité visée. Il définit le noyau identitaire individuel (constitution de base du système affectif, cognitif et comportemental d'un individu, sous l'impact de son éducation et des expériences de la vie) ;
- L'Axe spatial se mesure à partir des différents champs d'investissement, d'engagement, d'implication des personnes. Dans chaque champ, il y a une partie de l'individu qui est mobilisé (espace familial, social, politique, associatif...)⁵. Cet axe forme le noyau identitaire groupale ou noyau communautaire (constitution de base du système affectif, cognitif et comportemental d'un groupe) ;
- L'axe relationnel tient compte de l'autrui significatif. L'identité est alors influencée par les personnes qui comptent pour l'individu et pour lesquelles l'individu compte également. Se crée alors le noyau culturel (constitution de

² MICRO ROBERT, Dictionnaire du français primordial, Edition revue et mise à jour, août 1982, p540

³ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Que sais-je ?, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, pp 94-95

⁴ KADDOURI Moktar, Les dynamiques identitaires en jeu chez les cadres de santé, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 8 septembre 2011

⁵ <http://www.crifpe.ca/conférence/view/98>, consulté le 22 janvier 2012, KADDOURI Moktar, Dynamiques identitaires et rapports à la formation d'adultes, Conférence à Montréal du 02 février 2011

base de la culture – normes, valeurs, représentations, coutumes, mœurs... – partagée par tous les membres d'un ensemble de groupes).⁶

L'identité est alors l'objet d'une multitude de composantes observables (âge, sexe...) mais également moins objectivables (liées au vécu, aux représentations, aux conduites...). Pour autant, il apparaît clairement qu'elle se construit autour de deux acteurs : « soi » et « autrui ». Ainsi, elle est le fruit d'une image de soi pour soi, mais également pour autrui, consciemment ou inconsciemment (axe relationnel). L'identité est alors l'aboutissement d'un cheminement individuel, marqué par l'expérience, à travers différents positionnements et contextes sociaux.

C'est également à la fois « *un ensemble de critères de définition d'un sujet et un sentiment interne. Ce sentiment d'identité est ainsi composé de différents sentiments : sentiments d'unité, de cohérence, d'appartenance, de valeur, d'autonomie et de confiance organisés autour d'une volonté d'existence* ». ⁷

Et c'est avec « *toutes ses composantes qui le caractérisent que l'individu va s'engager (axe spatial) dans les actions qui comptent à ses yeux dont on peut supposer que les actions professionnelles font partie* » ⁸.

Au regard du questionnement que j'ai choisi d'approfondir, il convient donc de placer notre réflexion au niveau de l'axe spatial mis en avant par Mr Kaddouri et d'observer l'identité d'un individu en se positionnant selon une approche interactionniste. Un être social en interaction avec d'autres au sein d'un espace dans lequel il évolue, en l'occurrence son environnement professionnel.

L'identité individuelle procède alors de l'identité communautaire. Ainsi, selon Fischer : « *La notion de groupe désigne le lieu par excellence où se joue l'articulation*

⁶ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 29

⁷ MUCCHIELLI Alex, idem, p 39

⁸ BECKERS J. – Capaes – Chapitre 2.doc – 2006-2007, P1, www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appe_cours_2.pdf, consulté le 23 janvier 2012

entre l'individuel et le collectif, où se définit le sentiment d'appartenance et d'exclusion, où s'élabore l'identité de chacun. »⁹

3.2 Identité communautaire

Durkheim rejoint dans ses théories, cette complémentarité entre l'être collectif et l'être privé. Cet être collectif correspondant aux « *systèmes d'idées, de sentiments et d'habitudes qui expriment en nous, non pas notre personnalité, mais le groupe ou les groupes dont nous faisons partie* ». ¹⁰ Celui-ci est donc partie constitutive du noyau identitaire groupal.

Ainsi, le groupe est à l'origine de la conscience de soi dans toutes ses composantes. Composantes précédemment citées que sont les sentiments d'unité, d'appartenance, de différence, de valeur, d'autonomie et d'estime de soi.

Quelle soit donc appelée identité groupale, communautaire ou sociale, elle correspond à l'ensemble des critères qui permettent une définition sociale de l'individu ou du groupe, c'est-à-dire qui le positionnent au sein de la société. Par définition, donc, l'identité sociale correspond davantage à une identité attribuée.

Mais elle est « *connue du sujet qui généralement accepte et participe – par ses affiliations volontaires notamment – à cette définition* ». ¹¹

Ainsi, les travaux de Dubar¹² reposent sur une construction de l'identité comme produit de socialisations successives : une socialisation primaire au sein de la famille, et une socialisation secondaire à travers des groupes sociaux formels ou informels. Groupes sociaux dont la diversité nécessite une adaptation constante de l'identité de la personne.

Cette identité-située, aboutissement de la socialisation secondaire, et qui s'inscrit donc dans un environnement donné, correspond pour partie à l'identité professionnelle.

Selon Claude Dubar¹³, les pratiques et les rapports sociaux entre les différents individus constituent la source de **l'identité professionnelle**. Celle-ci, permettant alors à

⁹ FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Edition Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, p 217

¹⁰ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 80

¹¹ MUCCHIELLI Alex, idem, pp85-86

¹² DUBAR Claude, La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles, Edition : Armand Colin, Paris 1991, 278 pages

¹³ DUBAR Claude, ibidem

chacun de **se positionner et de s'identifier socialement** par rapport aux autres dans le milieu du travail.

Par ailleurs, « *ce concept d'identité professionnelle comprend également l'ensemble des valeurs, règles et appartenances multiples qui constituent les références de base d'une profession et auxquelles les membres de cette profession s'identifient en les faisant leurs* ». ¹⁴ Ces éléments sont communément regroupés sous l'appellation : « culture professionnelle ».

Or, **l'identité professionnelle n'est pas figée**, elle évolue avec les expériences, les formations et les rencontres. Elle se construit sur les modèles et contre modèles détectés parmi les collègues. C'est un ensemble de représentations, de compétences, d'habiletés, de savoirs et de maîtrises pratiques ainsi que d'envies et d'intérêts, produits par l'histoire particulière de la personne. Elle se « *construit dans les situations de travail où s'engendrent des relations influencées par les rapports de pouvoir et les perspectives d'avenir* ». ¹⁵ Ce développement permanent de l'identité est donc lié aux **interactions que l'individu peut avoir avec les différents membres de son entourage professionnel**.

Lorsque l'on sait que les sentiments d'appartenance, de valeur et de confiance fondent l'identité ¹⁶, cela suppose donc que le sentiment d'appartenance peut évoluer en même temps que l'identité professionnelle.

3.3 Sentiment d'appartenance

3.3.1 Définition

Au niveau groupal, le sentiment d'appartenance peut se définir à travers l'esprit de groupe ou le sentiment de solidarité. Il est fondé sur un sentiment collectif de **confiance**. Et sur ce sentiment de confiance, le groupe définit **les engagements et les rôles de chacun**.

Alex Mucchielli y ajoute l'aspect intégratif par **le partage de valeurs sociales** : « *Ce sentiment d'appartenance est en partie le résultat de processus d'intégration et d'assimilation des valeurs sociales, car tout être humain vit dans un milieu social qui l'imprègne de son ambiance, de ses normes et de ses modèles. Ces imprégnations*

¹⁴ DUSAUSOY Elisabeth, L'infirmier faisant fonction de manager, Quel accompagnement ?, Mémoire de l'école Nationale de Santé Publique, 2001, p 31

¹⁵ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 193

¹⁶ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 80

*culturelles identiques pour les individus d'un même groupe fondent la possibilité de compréhension et de **communication** avec autrui. »¹⁷*

Le groupe partage alors des sentiments, des jugements et des conduites communes développant ainsi un sentiment de **confort et de sécurité**. Ce dernier pouvant entraîner l'installation d'habitudes et de routines.

Pour Claude Dubar¹⁸, « *le signe d'appartenance au groupe, c'est l'acquisition du « savoir intuitif » du groupe, désigné par la formule « commencer à penser avec les autres ». Ce savoir implique la prise en charge, au moins partielle, du passé, du présent et du projet du groupe qui s'expriment dans le code symbolique commun fondant la relation entre les membres. »*

Ainsi, le sentiment d'appartenance est le reflet de la **satisfaction de besoins sociaux**, de reconnaissance sociale, d'identité sociale et d'existence, au travers d'interactions.

Selon Ivan Sainsaulieu, qui s'est intéressé particulièrement au milieu hospitalier, ce sentiment d'appartenance se situe à deux niveaux. Le premier traduit une appartenance professionnelle par un rattachement à une organisation au travers d'appartenance locale ou de cultures de services. La seconde concerne ce qu'Ivan Sainsaulieu nomme le « *groupe productif de base* ». Ce « groupe » évoque les liens de coopérations entre acteurs de terrains que ce soient au sein de la même profession (ex : deux infirmières entre elles), au travers des binômes soignants qui existent, les coopérations pluri-professionnelles, voire intégrant le patient¹⁹.

Ivan Sainsaulieu souligne alors que « *les personnels de santé n'ont pas forcément le sentiment d'appartenir à l'établissement où ils travaillent ; ils peuvent avoir le sentiment d'appartenir à un service, à une profession, à ce que nous appelons « une filière de soins »*

¹⁷ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 67

¹⁸ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 199

¹⁹ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p143-144

(pédiatrie, gériatrie, psychologie), à l'équipe de nuit, ou encore à une « équipe » constituée de trois personnes qui collaborent constamment »²⁰.

Tenant compte de ces deux dimensions, il me paraît important de déterminer le fondement de ce sentiment d'appartenance au sein d'une unité de soin, en tant qu'organisation puis en tant que groupe.

3.3.2 Le service de soins

3.3.2.1 Historique

La notion de « service » de soins apparaît au sein de la législation en 1943, lorsque l'hôpital s'organise en services et devient exclusivement un établissement de soins.

« Pendant plus d'un demi-siècle, le service est le socle de la production de soins. Il est l'espace auquel s'identifient soignants et praticiens autour d'un projet collectif. La différenciation progressive des spécialités médicales ainsi que le caractère symbolique de l'accession à une chefferie de service ont conduit beaucoup d'établissements à les multiplier. »²¹

Un service, appelé également unité de soins, est une entité supposant une équipe soignante (médicale et paramédicale) qui a pour visée la production de soins médicaux de type diagnostique, thérapeutique, d'éducation... Il peut avoir une spécialisation médicale ou chirurgicale, voire se composer d'unités fonctionnelles. Enfin, il permet de prendre en charge des patients hospitalisés ou en consultations externes.

Le service fait donc référence, à la fois, à un territoire donné, limité, et aux professionnels (pluridisciplinaires) qui y travaillent.

3.3.2.2 Le service de soins en tant que noyau identitaire

Le service de soins est un lieu de coopération professionnelle réalisée par une équipe pluridisciplinaire. Or, une équipe est un noyau identitaire avec des principes, des valeurs, des orientations basées sur des habitudes collectives, des relations de confiance, un référentiel, une mission définie.

²⁰ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 11

²¹ BICHER Edouard, FELLINGER Francis, Gouvernance polaire la loi ne règle pas tout, in : Revue hospitalière de France, N°531, Novembre-Décembre 2009, p 39.

Ainsi, traditionnellement, les services de soins ou certains services généraux ont entretenu, selon Ivan Sainsaulieu²², une haute idée de leur mission, avec au fil du temps, un esprit de sélection et de recherche de distinction des uns par rapport aux autres. « *Un groupe constitue donc son identité en assimilant son histoire. Cette transmission et remémoration du passé collectif, des épreuves, des succès et échecs du groupe, des conduites exemplaires de ses héros...participe au processus d'identification culturelle.* »²³ Chaque service a ainsi un passé, une histoire auquel tous ses membres sont très attachés et qui font l'objet d'un grand investissement affectif, ainsi que d'une valorisation dont il est indispensable de tenir compte.

Chaque unité est également organisée autour « *d'activités dominantes, de préoccupations essentielles et de manière de vivre spécifiques* »²⁴.

A chaque service fait donc référence une histoire, des coutumes, des règles, un esprit de travail, mais également un rapport aux autres services de soins, une place au sein de l'établissement. Les professionnels viennent y travailler pour l'attrait de la spécialité, des locaux, la diversité des soins. Or, avec l'enchaînement des réformes qui ont fait évoluer l'hôpital, s'est développée la crainte de perdre cette spécialité du fait de la réduction d'activité, engendrant une non volonté de s'étendre mais au contraire de se recentrer pour se spécialiser davantage, développer son savoir-faire.

La précarité de certains services à donc parfois, d'autant amplifier le sentiment d'appartenance à ce dernier.

De plus, « *cet élément budgétaire a introduit un clivage nouveau, entre services prioritaires et non prioritaires dans la politique de l'établissement et dans celle des pouvoirs publics. Ce clivage a développé non seulement des tensions pour tirer la couverture à soi, mais également des jeux de pouvoir entre différents services, voire entre pouvoirs administratif et médical du même service* ».²⁵

²² SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 84

²³ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 62

²⁴ <http://www.yrub.com/psycho/psyid011.htm>, consulté le 7 janvier 2012.

²⁵ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, pp84-85

Les restructurations économiques qui ont affecté certains services ont développé un sentiment d'idéalisation de l'ancien service accompagné d'un sentiment actuel de disqualification.

« L'identité commune est donc définie autant, sinon plus par leur réaction à l'environnement que par la tradition interne. »²⁶

Cet esprit d'appartenance semble également proportionnel au degré de responsabilité des soignants, au regard de la dépendance (ex : réanimation, urgences...) et/ou de la présence des patients (ex : pédiatrie, gériatrie, psychiatrie...)²⁷

Certains traits, également, fondent une dimension communautaire au sens d'Ivan Sainsaulieu : *« esprit d'équipe, autogestion partielle, coups de main entre secteurs et entre équipes de jour et de nuit, proximité de l'encadrement immédiat, implication et complémentarité dans le travail, exposition à des risques (concernant les formes de la vie, de la mort) qui impliquent une grande réactivité et une interactivité entre collègues »*. A cela s'ajoute *« l'attachement aux autres membres du service »*, la notion de *« coopération »* et de *« défense des intérêts du patron »²⁸*. Autant de notions qui impliquent une temporalité dans les interactions entre les soignants et une proximité favorable à l'instauration de cette complémentarité professionnelle dans l'unité.

L'appartenance à un service de soins peut être donc rattachée à son histoire, à la noblesse qu'il sous entend, aux contraintes qu'il a du surmonter. Mais, le nom d'un service évoque également le nombre et la force de ses membres, qui interagissent en tant que groupe.

3.3.2.3 Le groupe

La culture professionnelle partagée dans une unité de soins permet à chaque individu de se définir comme appartenant au groupe, mais aussi, comme un individu à part

²⁶ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 174

²⁷ SAINSAULIEU Ivan, idem, p 152

²⁸ SAINSAULIEU Ivan, idem, pp145-149

entière au sein de ce groupe. Il peut ainsi percevoir facilement « *sa vie future comme ancrée dans ce contexte de travail et en devenir un acteur social productif* »²⁹.

Gustave-Nicolas Fischer affirme la notion de groupe au travers « *une entité sociale identifiable et structurée, caractérisée par un nombre restreint de personnes liées entre elles par des activités soit communes, soit interdépendantes et qui développent des interactions déterminées par des normes de conduites et des valeurs communes, dans la poursuite de leurs objectifs.* »³⁰ Le groupe se définit alors « *sur la base de 3 critères : poursuite d'un but commun, sentiment d'interdépendance et existence de relations affectives.* »³¹

Lorsque l'on évoque l'objectif qui rallie une équipe de soins, les notions évoquées sont souvent celle de la « qualité des soins », « de la prise en charge globale du patient », notions vastes mais qui mobilisent volontiers le groupe dans des projets. Néanmoins, les comportements peuvent également « *être dictés par des objectifs organisationnels* ». ³²

Le sentiment d'interdépendance sous entend un certain nombre d'aspects qui « *structurent le mode de fonctionnement du groupe : la taille, les statuts et les rôles, les normes et la cohésion* ». ³³ Cette dernière qui désigne « *tantôt la force d'attraction, tantôt le moral du groupe ou tantôt la coordination des efforts de ses membres* »³⁴, mesure le degré auquel les membres d'un groupe ressentent un intérêt mutuel à être ensemble et partagent des objectifs.³⁵ De ce degré de cohésion dépend le niveau d'efficacité du groupe.

Le service de soins peut ainsi avoir des dimensions variables et accueillir des groupes de professionnels allant parfois jusqu'à la centaine d'agent. Mais il reste néanmoins l'expression de cette nécessaire homogénéité pour la cohésion du groupe.

²⁹ www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/ConstructionIdentitairePsy.pdf, consulté le 7 janvier 2012

³⁰ FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Edition Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, p 219

³¹ FISCHER Gustave-Nicolas, idem, p 218

³² ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 248

³³ FISCHER Gustave-Nicolas, idem, p 225

³⁴ FISCHER Gustave-Nicolas, idem, p 227

³⁵ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 253

Qu'ils soient dit ouvert ou fonctionnant en vase clos, ce qui les caractérise tous, c'est la possibilité pour chaque agent d'interagir avec ses collègues, de savoir qui fait partie du groupe, d'avoir une conscience précise de ce qui définit le service, de pouvoir communiquer plus facilement avec les membres de l'équipe plutôt qu'avec ceux des autres équipes, et pour l'agent, d'y jouer un rôle clairement déterminé. De la même façon, ils sont unis par « *des valeurs que tous reconnaissent, des normes de conduite (implicites ou explicites), un langage (ou un code) commun* ». ³⁶

Cependant, Ivan Sainsaulieu, qui s'est attaché à étudier les collectifs de travail, a mis en évidence que ce n'est plus la solidarité qui caractérise le monde du travail. En revanche, « *l'ambiance de travail reste une denrée extrêmement prisée par les salariés en général* ». ³⁷

Cette communauté est alors fondée sur la complémentarité des identités professionnelles. Elle se nourrit d'un « *engagement individuel libre, intense et satisfaisant* » qui n'est plus synonyme de « *sacrifice de soi* », mais qui « *facilite l'organisation collective* ». ³⁸

Ivan Sainsaulieu associe alors à cet engagement commun, la notion de fidélité au service. ³⁹

Le service de soins constitue une organisation qui repose sur des accords, des conventions entre ses membres. « *Ce sont ces accords qui permettent à un groupe d'exister et à ses membres de se reconnaître quotidiennement. Leur coopération est au centre des organisations.* » ⁴⁰

L'équipe d'une unité de soins reste néanmoins en perpétuelle évolution au grès des changements de personnel, des réorganisations... Donc sa structure, son mode de fonctionnement, sont des processus dynamiques, qui font l'objet de changements permanents. L'équipe est-elle alors capable de vivre un redimensionnement sans perdre son identité ?

³⁶ MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective, ESF éditeur, janvier 2007, p 52

³⁷ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 142

³⁸ SAINSAULIEU Ivan, idem, p 146

³⁹ SAINSAULIEU Ivan, idem, p 147

⁴⁰ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, pp57-58

3.4 Le Pôle d'activité

3.4.1 Historique

L'hôpital est actuellement astreint au marché socio-économique et est soumis, en tant qu'élément du système de santé, à des restructurations pour faire face aux problématiques de ce système. Dans un premier temps, modification de son organisation financière avec l'apparition de la TAA (tarification à l'activité) et à présent, changement qui impacte son organisation interne (structure et management). Les pouvoirs se répartissent différemment et des indicateurs de performance voient le jour. Une nouvelle approche de l'hôpital s'instaure en parallèle, au travers d'une culture projet et d'une culture qualité, basée sur l'évaluation des pratiques professionnelles.

La culture, l'histoire de l'hôpital est donc impactée directement par des logiques économiques qui l'oblige à se réorganiser. Pour y répondre, de nouvelles structures sont progressivement apparues.

D'abord nommé « départements » au sein de la législation, sans réalisation concrète et suivie sur le terrain, le « pôle d'activité », en tant que structure interne effective d'un établissement de soin, se voit imposé à partir de l'ordonnance du 2 mai 2005 au sein du Plan Hôpital 2007⁴¹. Les objectifs recherchés sont alors : la prise en charge du patient dans une logique de parcours de soins et la mutualisation des capacités de prise en charge, des ressources humaines et matérielles. Les pôles d'activité sont soumis à la fois à des objectifs de qualité et d'activité. Leur organisation et leur mode de fonctionnement ont été revus récemment dans la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009.

« Un pôle est un regroupement de secteurs, services et unités fonctionnelles ayant des activités de soins, de prévention, d'enseignement et de recherche communes ou complémentaires. Ils doivent être définis selon « une logique de simplification et de déconcentration ». »⁴²

Le pôle d'activité est mené par le chef de pôle qui en assure la direction financière et organisationnelle. Ce dernier signe ainsi avec le directeur un contrat de pôle qui définit les objectifs et les moyens du pôle. Il peut alors se faire aider de collaborateurs. Les plus souvent rencontrés sont les cadres paramédicaux de pôle et les cadres administratifs de

⁴¹ <http://admi.net/jo/20050503/SANX0500028R.html>, consulté le 7 janvier 2012.

⁴² <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/les-poles-dactivite.html>, Les pôles d'activités, consulté le 7 janvier 2012.

pôle (qui étaient désignés dans l'ordonnance de 2005). Le chef de pôle a autorité fonctionnelle sur l'ensemble du personnel du pôle (administratif, médical et soignant). La logique voudrait donc que le recrutement s'effectue désormais au niveau d'un pôle d'activité et non plus d'un service. Et, l'indiquer clairement lors du recrutement doit permettre à l'agent d'être éclairé sur sa position au sein de l'établissement.

La création d'un pôle d'activité a pu répondre à plusieurs logiques :

- « Une logique de pathologie ou de filière de prise en charge (ex : pôles mère-enfant, gériatrie...),
- Une logique d'organes (ex : pôles thorax, tête-cou...),
- Une logique « généraliste » (ex : pôles psychiatrie, urgences...),
- Une logique de prestations (ex : pôles pharmacie, biologie...). »⁴³

L'initiation du pôle d'activité et son projet médical sont donc avant tout, portés par une logique soignante. Le personnel du pôle a ainsi pu participer à la création de ce projet au travers des conseils de pôle. En effet, ces derniers s'étaient substitués aux conseils de service dans l'ordonnance de 2005, auxquels participaient les soignants, et ont pour objectif notamment des échanges d'information et l'élaboration de ce projet de pôle. Ce dernier devant s'inscrire également dans le projet d'établissement. Les soignants du pôle peuvent donc au regard de la loi, représenter des acteurs de la dynamique des pôles.

Lorsque je compare donc le service de soins et le pôle d'activité, je constate que l'un est devenu l'unité fonctionnelle de l'autre. Les deux sont composés du même type de professionnels qui semblent garder les mêmes objectifs. Professionnels pour lesquels la loi situe clairement le rôle et le positionnement.

Ce constat tend à renforcer mon idée principale qui veut que les personnels d'un service de soins pourraient développer un sentiment d'appartenance pour le pôle dans lequel ils travaillent désormais, au même titre qu'il pouvait exister pour leur service d'appartenance.

⁴³ <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/les-poles-dactivite.html>, Les pôles d'activités, consulté le 7 janvier 2012.

3.4.2 Les limites apportées par les auteurs

Lorsqu'Ivan Sainsaulieu décrit la force du lien qui unit le groupe, il nous cite plusieurs déterminants : « *une quête perpétuelle d'autonomie ou de marge de manœuvre chez les professionnels* », « *une demande de sécurité* » et « *l'engagement à servir le patient pour qu'il sorte de l'hôpital en meilleur état qu'il n'y est entré* »⁴⁴. Discours auquel je suis sensible et par ailleurs, souvent évoqué par les soignants avec lesquels j'ai eu la chance de travailler.

Cependant, I. Sainsaulieu y ajoute en tant que moteur de l'appartenance collective, **le degré d'interrelation avec autrui** : « *plus on se voit, plus on se sent une appartenance commune* ».⁴⁵ La solidité et la cohérence du groupe repose sur **la fréquence** des interactions de ses membres qui vont alors permettre de confronter leurs valeurs, leurs pratiques, leur idéal et créer ce sentiment d'appartenance à une communauté.

« *La taille du groupe est déterminante pour le comportement collectif.* »⁴⁶

Or, dans l'établissement qui m'a permis de faire mon constat de départ, la taille d'un pôle d'activité peut représenter jusqu'à 13 services répartis sur 3 établissements différents. Aussi lorsque Sainsaulieu précise que « *l'identification s'effectue dans l'interaction intersubjective dite à « échelle humaine »* »⁴⁷, faut-il que je considère que la taille du pôle peut être un frein au développement du sentiment d'appartenance pour ce dernier ?

De la même façon, Roger Mucchielli⁴⁸, souligne en parlant du sentiment d'appartenance au groupe la nécessité d'avoir « *une image suffisamment distincte* » de ce qui définit le groupe. Les soignants ont-ils une perception précise du pôle d'activité ? Si je reprends le constat que je fais dans le chapitre précédent, celui-ci repose sur des pôles déployés telle que la loi le prévoit. Or bien que les pôles aient été légiférés dès 2005, leur installation se fait plus progressivement. Tous les établissements ne leur ont pas permis de remplir l'intégralité de leurs missions notamment en ce qui concerne la délégation de gestion (cette situation se retrouve dans l'établissement dans lequel je travaille). En effet,

⁴⁴ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, pp 10-11

⁴⁵ SAINSAULIEU Ivan, idem, p 11

⁴⁶ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 252

⁴⁷ SAINSAULIEU Ivan, idem, p 144-145

⁴⁸ MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective, ESF éditeur, janvier 2007, p 52

cela nécessite la mise en place d'outil de pilotage (tableaux de bord...) qui sont actuellement en cours de réalisation.

L'échéance du 31 décembre 2006 pour l'installation de ces pôles d'activité a pu, peut-être, favoriser également des logiques de création qui ne sont pas toujours lisibles pour le professionnel de terrain en termes de bénéfices dans le parcours du patient et l'amélioration de sa prise en charge, favorisant le sentiment parfois d'incompréhension.

« *La perception est le processus de sélection, d'organisation et d'interprétation des impressions sensorielles visant à donner une signification à l'environnement* »⁴⁹. Il me paraît donc important de tenir compte également du degré d'installation des pôles dans lequel les agents évoluent. Difficile en effet, de demander à des professionnels de se positionner au sein d'un système si celui-ci n'est pas totalement institué et où le rôle de chacun n'est pas parfaitement clarifié. S'agit-il alors pour le cadre de définir ce système ou d'aider le soignant à se positionner dans ce dernier ? Au sein de quelle dimension se situe le réel besoin du soignant pour pouvoir développer ce sentiment d'appartenance ?

Si « *l'obtention d'un changement d'attitudes ou de comportements chez les participants, est fonction directe du sentiment d'appartenance de ses membres* »⁵⁰, la mise en place progressive du pôle, le manque de visibilité, constitue-t-il un frein à l'essor de ce sentiment ? L'installation des pôles peut-elle être considérée comme un réel changement identitaire ? Et si tel est le cas, quels sont les leviers du Cadre de Santé pour accompagner ce changement ?

4 Changement

4.1 La mise en place des pôles en tant que facteur de changement

L'instauration des pôles a eu pour effet de modifier à la fois la structure de l'organisation hospitalière en créant de nouvelles strates de fonctionnement, une modification de la répartition des pouvoirs, notamment une autorité fonctionnelle du chef de pôle sur les soignants, mais également une nouvelle dynamique de gestion et donc de management, au regard du contrat de pôle signé par le chef de pôle avec le directeur de l'établissement. Cette réforme peut donc être assimilée à un changement, qui affecte une

⁴⁹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 239

⁵⁰ MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective, ESF éditeur, janvier 2007, p 56

grande part du système interne d'organisation hospitalière. D'ailleurs, le cadre y voit également sa posture évoluer.

Cette réforme semble alors correspondre, et je rejoins en cela Kurt Lewin dans sa définition du changement, à « *une rupture de l'état d'équilibre de l'organisation* ». ⁵¹

Les auteurs nous précisent également que le changement est « *une rupture dans son fonctionnement lorsque les éléments suivants sont transformés : les pratiques (manières de faire), les conditions de travail (environnement matériel), les outils (informatique et de gestion), l'organisation (les zones de pouvoir et les délimitations fonctionnelles), le métier (les savoirs faire de l'entreprise), la stratégie (les finalités collectives poursuivies et envisagées) et la culture (le système de valeurs)* ». ⁵²

Si l'institution des pôles, on l'a vu, impacte l'organisation et les outils, elle n'affecte pas les pratiques soignantes ni le cœur de métier. Pour autant, le ressenti des équipes évoquent volontiers la notion de finalité et de valeurs.

Cette perception est-elle alors le fait de la réforme au travers la mise en place des pôles ou est-elle liée plus globalement, au contexte socio-économique en général. La contrainte ressentie est-elle interne, dues aux pôles, ou externe ? Consciente de cette dualité, je conserverais cette idée à l'esprit sachant que je ne prévois pas de l'explorer par ailleurs dans le prolongement de mon enquête.

Enfin, le changement est associé à « *une modification durable apportée à l'environnement, la structure, la technologie ou au personnel d'une organisation en vue d'une amélioration significative de son fonctionnement et de sa performance* ». ⁵³

Là encore, le changement implique une notion de durabilité mais surtout un objectif de bénéfices ou avantages collectifs. La mise en place du pôle constitue-t-elle un bénéfice pour l'ensemble des acteurs le constituant ? A-t-elle été vécue comme telle ? Ces bénéfices sont-ils perçus par les soignants ?

L'installation des pôles d'activité, par toutes les modifications qu'elle entraîne, peut donc être vécue comme un changement. Cette rupture, imposée par la réforme et mise en

⁵¹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 196

⁵² AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 7

⁵³ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 192

place au sein de chaque établissement hospitalier et qui touche principalement les organisations internes, va donc nécessiter des efforts d'adaptation de la part des acteurs.

Or, pour Bernoux, le changement correspond à « *un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles* » et « *ne peut avoir lieu que s'il y a construction de nouvelles relations* ». ⁵⁴ Ce changement influencé par les interactions entre les soignants va donc être réellement le théâtre d'enjeux identitaires.

4.2 Identité professionnelle et changement

La première partie de notre recherche nous a permis de comprendre que l'identité était un phénomène dynamique. Les soignants sont des sujets agissants qui participent à la création des composants de leurs identités personnelles, culturelles et professionnelles. Or pour Kardiner, l'identité est un système d'action et d'adaptation à l'environnement avant (ou au lieu) d'être un système de structuration interne. La principale source d'anxiété qu'elle doit affronter est alors extérieure. Elle se situe dans l'environnement social. « *L'individu, comme le groupe, est donc fait des efforts d'adaptation à ces dangers pour réduire son anxiété* ». ⁵⁵ Ce côté dynamique de l'identité peut donc être anxiogène.

De plus, Mr Kaddouri souligne que ces tensions identitaires sont liées aux deux dimensions de l'identité (soi pour soi et soi pour autrui) qui entrent en conflits au regard des interactions sociales dont elles font l'objet. Ces deux parties de l'identité convoquées dans cette interaction ne sont, alors, pas toujours complémentaires. L'identité peut ainsi être soumise à huit influences qui orienteront sa dynamique ⁵⁶, soit de manière constructive, mobilisatrice ou soit destructrice. Je vais en évoquer cinq :

- Dynamique d'entretien identitaire : la personne est satisfaite de ce qu'elle est, ce qu'elle fait et n'a pas envie de changer: l'identité actuelle correspond à l'identité visée. Cette typologie correspond à l'identité d'entreprise de C. Dubar : la personne a épousé les idéaux de son institution, et a l'impression de ne travailler que pour elle-même (agit pour entretenir son identité telle qu'elle est);

⁵⁴ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 11

⁵⁵ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 48

⁵⁶ KADDOURI Moktar, Les dynamiques identitaires en jeu chez les cadres de santé, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 8 septembre 2011

- Dynamique de préservation identitaire : reprend la même logique que la dynamique d'entretien identitaire (préserver, maintenir, continuer) sauf que dans le premier cas, la personne a les capacités cognitives, affectives, matérielles... pour être autonome dans l'entretien de son identité, alors que dans l'autre, la personne est tributaire du bon vouloir de quelqu'un d'autre (elle a envie de continuer, de rester ce qu'elle est, mais elle dépend de quelqu'un d'autre).
- Dynamique de transformation identitaire : il y a une tension, un décalage, un écart, entre l'identité actuelle et l'identité visée. Les personnes ne sont pas bien où elles sont, donc sont en quête d'une nouvelle identité ;
- Dynamique de confirmation identitaire : la personne a une image de soi positive mais cette identité n'est pas reconnue par un autrui significatif : toute la dynamique réside dans la manière de confirmer cette identité acquise, par l'autrui significatif ;
- Dynamique de redéfinition identitaire : à un moment donné de sa vie, la personne se trouve dans une situation où tout ce qui structurerait sa vie disparaît : se pose alors la question de ce que la personne va faire d'elle-même. Le sens est détruit mais il y a l'espoir, l'envie de faire quelque chose.

Chacun des individus peut être dans plusieurs dynamiques identitaires en même temps. L'importance réside dans le fait que l'identité choisie pour soi et l'identité déterminée par autrui soient en cohérence. La mise en place des pôles constitue-t-elle en ce sens un enjeu identitaire ?

Enfin, pour faire face aux tensions identitaires, Mr Kaddouri évoque la notion de stratégie identitaire. Ces stratégies identitaires reposent sur des actes discursives (action d'information) ou comportementaux. Elles visent à donner une cohérence à l'ensemble de toutes les composantes identitaires. Revient-il aux soignants ou à la hiérarchie de donner de la cohérence ? De quelle manière le cadre peut-il participer à la mise en place de cette cohérence ?

4.3 Les enjeux identitaires

Philippe Bernoux se questionne sur la nature du changement dans *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations* : « l'évolution des structures, celle des identités professionnelles, la constitution des règles, les décisions des directions ?

Dira-t-on que le changement vient des contraintes extérieures à l'entreprise, de l'environnement, de la concurrence, des technologies, ou au contraire n'y a-t-il de changement que lorsque les acteurs concernés ont changé leur système de représentations et de relations ? »⁵⁷

Je l'ai dit, la mise en place des pôles intervient dans un contexte économique impactant entre autre le système de santé. Ainsi, des restructurations de services mettent en jeu la réputation de ces derniers, leur intégrité, leur qualité, en même temps que celles des professionnels qui y exercent, tout comme lors de décisions de diminution d'activité. Ivan Sainsaulieu y associe le rejet par les acteurs sociaux hospitaliers d'une rationalité dominante, celle de la productivité, du rationnement, de la procédure. Pour lui, cela « *s'est traduit hier par de l'acceptation, puis de la contestation, aujourd'hui par du découragement ou du repli dans des appartenances locales, notamment à l'échelle du service.* »⁵⁸

Est alors cause de tension identitaire l'interaction entre le projet identitaire que la personne a pour elle-même et celle qui semble imposée par l'environnement, puisque les deux ne semblent pas porter par les mêmes objectifs, ou reposer sur les mêmes valeurs.⁵⁹

L'évolution économique s'accompagne probablement également d'enjeux identitaires qui se jouent sur le devenir de l'institution qu'est l'hôpital entre entreprise commerciale et établissement de service public. En effet, les soins semblent soumis aux exigences de rentabilité, de compétitivité, de plus grande efficacité, de flexibilité, ou encore d'efficience.⁶⁰ Ainsi, mon vécu du terrain fut l'occasion de recueillir l'impression des soignants quant au sentiment de perte de la lisibilité institutionnelle, d'être plongé dans une culture différente, reflet d'une insatisfaction croissante des professionnels. Perception également que leur travail qui a une fonction d'utilité sociale, est remis en cause.

⁵⁷ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 7

⁵⁸ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 97

⁵⁹ KADDOURI Moktar, Les dynamiques identitaires en jeu chez les cadres de santé, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 8 septembre 2011

⁶⁰ RENAUDINEAU Chantal, Le pôle urgences-médecine-santé au CHU d'Angers, in : Soins, n° 719, Octobre 2007, p 41

Cette phase de changement semble donc constituer l'occasion de questionnement dans un **contexte de perte de repères** des soignants et d'incertitudes. Elle pourrait nécessiter une période d'adaptation des équipes, le besoin de réaliser un cheminement.

Or, si on se réfère à la constitution d'un groupe selon Stephen Robbins et David DeCenzo, le processus de développement d'une équipe se fait en cinq phases : formation, agitation, stabilisation, action et dispersion. « *La phase initiale de formation se caractérise alors par une dose importante d'incertitude concernant le but, la structure et la direction de l'équipe. Cette phase s'achève dès lors qu'ils ont pris conscience qu'ils sont partie intégrante d'une équipe* »⁶¹. Au regard de la mise en œuvre récente des pôles et considérant que les soignants aient besoin de franchir ces étapes : ces derniers ont-ils la possibilité de percevoir qu'ils font partie d'un pôle d'activité? Celui-ci peut-il correspondre à une zone d'incertitudes pour les soignants ?

La perception-interprétation du pôle se fait au travers de la grille de perception de chaque soignant, qui est constituée de normes, de modèles et de codes culturels.

Or, l'existence même du service ne semble pas remise en cause. Bien que cette structure n'apparaisse plus dans la loi du 21 juillet 2009, l'unité de soins perdue au travers de projets, du quotidien... Le poste de responsable d'unité, qui a remplacé l'appellation de chef de service, est souvent tenu par la même personne (le changement tient juste au titre) avec une persistance de l'ancienne dénomination dans le langage courant. La structure même du service n'a donc pas du tout été modifiée.

A cela s'ajoute le besoin de garder une certaine cohésion d'équipe au sein du service de soins. En effet, il constitue le niveau de travail effectif, concret, quotidien des agents, qui nécessite également un investissement de leur part. C'est à ce niveau que le cadre va réaliser des projets; travailler sur les pratiques professionnelles, la qualité des soins apportée aux patients...conjointement avec l'équipe. Pour autant bien que l'individu soit à même d'appartenir à différents type de groupe (sportif, religieux, familial...), peut-il s'impliquer de la même façon dans deux systèmes professionnels quasi identiques ? Peut-il développer deux sentiments d'appartenance pour des espaces et équipes de travail ? Qu'est ce que l'agent peut attendre de l'un qu'il ne peut obtenir de l'autre ? Où sont ses intérêts, quels sont ses réels besoins ?

⁶¹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 263

Sur quoi repose alors cette crise identitaire : une crise de valeurs, une crise de confiance ou une crise de cohérence ? A quel niveau se situe donc la problématique dans la mise en place de ce changement ? Quels facteurs nuisent à la mise en place de ce changement et par la même, au développement du sentiment d'appartenance ?

4.4 Les résistances au changement

La mise en place des pôles constitue comme je l'ai démontré en amont un changement important dans la vie professionnelle des soignants dans un contexte notamment de pertes de repères. Et, dans ce changement, trois acteurs semblent particulièrement impliqués : l'environnement, l'institution et les soignants.

L'instauration des pôles, comme tout changement, peut entraîner différentes formes de résistances qui elles-mêmes peuvent être plus ou moins visibles.

Si je me réfère à D. AUTISSIER⁶², les facteurs d'échecs d'un changement sont multiples :

- « *Non-adhésion des principaux acteurs.*
- *Non-compréhension de ce qui est attendu des différentes parties prenantes.*
- *Mauvaise formalisation des livrables des différentes parties concernées.*
- *Manque d'informations sur les modalités de réalisation opérationnelles du projet.*
- *Ne pas suffisamment tenir compte de l'inertie des structures.*
- *Ne pas voir les problèmes qui se posent et les résoudre.*
- *Ne pas prendre le temps de former les personnes concernées.*
- *Ne pas avoir d'outil de pilotage en termes de compréhension et d'acceptation ».*

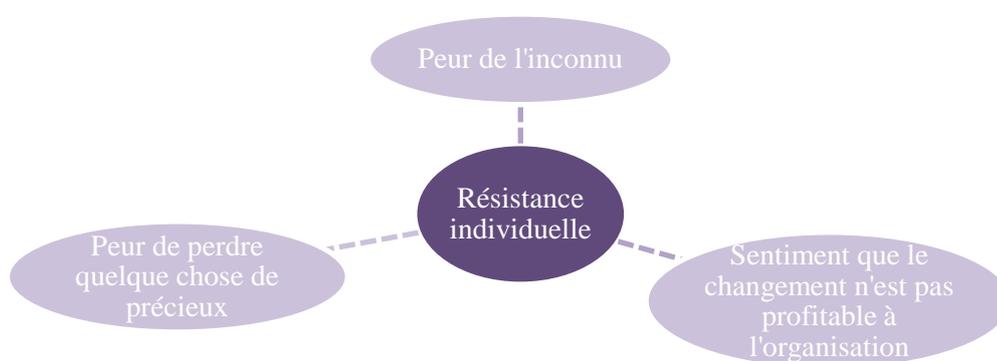
Les échecs du changement ne sont donc pas le seul fait des acteurs mais également de la préparation et de l'anticipation du changement par l'institution qui souhaite le mettre en œuvre. Pour autant, l'auteur situe la « *non adhésion* » des acteurs au premier plan de cette résistance. Le changement est ainsi vécu différemment selon qu'il est désiré, attractif, avantageux, non subi ou au contraire refusé, repoussant, sans valeur, subi...

⁶² AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 15

Donc, si la conduite du changement s'inscrit principalement en termes d'adhésion, les résistances sont-elles alors le fait du groupe ou d'individus isolés ? Et à quel niveau se situent-elles ?

Selon Stephen Robbins et David DeCenzo, « *trois grandes raisons motivent une résistance au changement : l'incertitude et la perte de repères, la peur d'une perte au niveau personnel et le sentiment que l'évolution n'est pas ce qu'il y a de mieux pour l'organisation.* »⁶³

Les sources de résistances au changement⁶⁴ :



L'être humain a naturellement peur du changement. C'est pour lui une prise de risque et la crainte de perdre un existant connu qu'il maîtrise et par lequel il est positionné et reconnu.⁶⁵

Il faut alors que l'environnement soit pertinent pour l'individu, c'est-à-dire qu'ils lui permettent de faire émerger un sens dont il a besoin pour maîtriser la situation dans laquelle il se trouve. « *Mais ce sens dont il a besoin est lui-même dépendant de la définition de la situation existentielle vécue par cet acteur.* »⁶⁶

Or, en règle générale, le changement est imaginé comme une blessure, une spoliation personnelle. Il est prédit comme une évolution forcément mauvaise pour la personne ou le groupe qui le vit, ce qui lui fait rejeter l'évènement. L'individu veut bien

⁶³ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 198

⁶⁴ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 198

⁶⁵ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 166

⁶⁶ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 37

faire des efforts pour un changement souhaité mais il ne veut rien perdre de ses positions privilégiées pour quelque chose qui ne le concerne pas ou lui semble néfaste. Résister au changement équivaut alors à garder ses traditions, ses valeurs, ses habitudes, « les bonnes vieilles méthodes », autant de freins à la progression. Toutes ses formes de résistances peuvent être assimilées à des réactions conservatrices.

Qu'est ce qui motive donc les acteurs au changement ?

P. Bernoux remarque que « *la vie quotidienne des entreprises ne cesse de montrer que les contraintes sont insuffisantes pour faire changer, que les acteurs sont toujours en capacité de bloquer les changements et qu'ils le font, qu'ils n'acceptent pas ceux-ci de manière passive et que finalement tout changement est dépendant de la capacité des acteurs à se mobiliser pour que les ajustements, conditions de la coopération et des transformations, aient lieu.* »⁶⁷. Les agents semblent pouvoir faire preuve d'une certaine marge d'autonomie : ils sont en réelle capacité de faire échouer le changement et de résister à une contrainte extérieure qui pourrait paraître imposée par la direction. Ils doivent donc être considérés comme acteur de ce changement. Et ne peut donc « *être appelé changement que celui qui a entraîné des modifications faites par les acteurs eux-mêmes* ». ⁶⁸ Dans quelle mesure le cadre peut-il alors obtenir leur contribution dans la mise en place de ce changement ? A quel niveau se situe l'intérêt du soignant dans ce changement ?

Enfin, pour Bernoux, le changement repose sur deux principes : « *l'autonomie des acteurs et la légitimité qu'ils accordent aux décisions les concernant* ». ⁶⁹ « *Les acteurs (...) n'acceptent les changements imposés que dans la mesure où ils comprennent la logique, où ces changements permettent de donner un sens à leur travail (de se l'approprier) et où ils peuvent en partie les négocier et les modifier.* »⁷⁰

⁶⁷ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 8

⁶⁸ BERNOUX Philippe, idem, p 7

⁶⁹ BERNOUX Philippe, idem, p 11

⁷⁰ BERNOUX Philippe, idem, p 12

4.5 La notion de sens dans le changement

Pour comprendre ce qu'implique la notion de « sens au travail », je me suis intéressée à la définition du mot « sens »⁷¹. Celui-ci se décline selon trois orientations :

- Celle de la sensation : « *Fonction par laquelle le système nerveux perçoit consciemment et analyse des objets ou des phénomènes extérieurs ; sensibilité* ».
- Celle de la signification : « *Raison d'être de quelque chose ; ce qui justifie et explique quelque chose ; signification* ».
- Et enfin, celle de la direction : « *Direction, orientation dans laquelle se fait un mouvement* ».

Le sens du travail semble donc se décliner autour de la perception qu'en a le soignant, sa signification et sa finalité. L'hôpital doit donc apporter un environnement de travail qui favorise la construction de ce sens. Question du sens abordée notamment autour des projets, des valeurs originales, de la finalité des actes quotidiens du soignant. L'objectif restant de rassembler ces soignants autour d'une même logique, dans une même dynamique.

Mireille San Jullian précise « *la direction doit être perceptible si on veut garder l'esprit d'équipe. La direction ne peut pas, ne doit pas s'éloigner, pour un soignant, des exigences d'amélioration de la qualité des soins qui sont les siennes.* »⁷²

Or, de quelle manière le cadre peut-il améliorer la lisibilité et garder le sens de l'institution hospitalière au regard de la rationalité économique et des changements organisationnels ?

P. Bernoux explique également que « *dans une organisation, ce sens est lié à l'identité au travail, à la reconnaissance que l'acteur reçoit de ses pairs, au système relationnel à la construction duquel il a participé et, plus largement, à ses enjeux qu'il poursuit en interaction avec le système.* »⁷³. Trois notions se dégagent alors :

- Le sens des liens du soignant avec ses collègues,
- le besoin de participation du soignant au changement,

⁷¹ LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2009, p 931

⁷² SAN JULLIAN Mireille, *Changer... son approche du changement*, in : Objectifs Soins, N°103, février 2002, p II

⁷³ BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil, février 2010, p192

- accompagnés d'une cohérence de son projet au regard de celui de l'organisation pour lequel il travaille.

En effet, pour P. Bernoux, « *le changement consiste en une transformation des relations aux autres. Il se traduit par la création de nouvelles règles, et n'a lieu que par le sens donné à ces nouvelles relations. Changer, c'est transformer les manières de faire, les relations, les statuts dans l'entreprise,...* »⁷⁴.

De plus, pour Claude Dubar, « *la crise des identités professionnelles s'inscrit dans une remise en cause générale des identités sociales, qui traduit le passage de relations communautaires à des relations sociétales. Produites autrefois collectivement, les identités professionnelles tendent désormais à être bricolées par les individus en fonction de leurs trajectoires personnelles* »⁷⁵.

Comment le cadre peut-il participer à la mise en cohérence du projet personnel de l'individu et de celui du pôle face à un enjeu identitaire visant l'intégration du soignant ? Quelle est la source de motivation du soignant traduisant son projet personnel ? Le développement du sentiment d'appartenance peut-il représenter un levier d'accompagnement du projet personnel du soignant, ou est-ce ce projet qui va constituer le socle de l'essor du sentiment d'appartenance du soignant envers le pôle ?

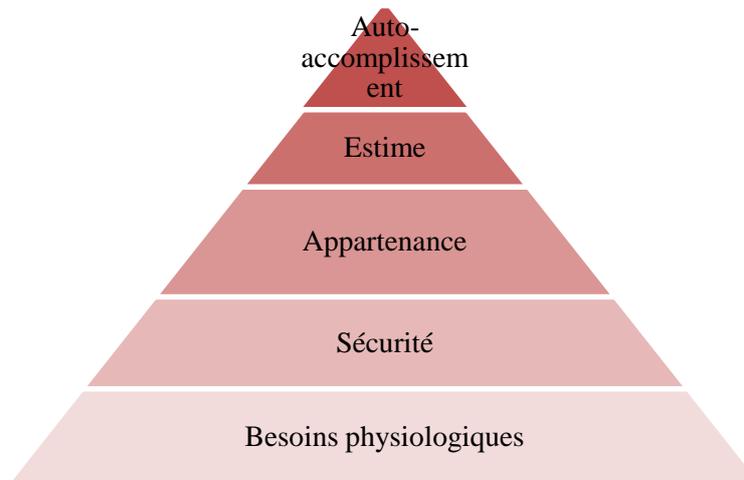
Abraham Maslow, psychologue humaniste, explique qu' « *en termes de motivation, chacun des besoins (cf. Hiérarchisation des besoins selon Maslow) doit être satisfait avant que le suivant n'entre en ligne de compte et qu'à partir du moment où l'un d'eux se trouve comblé, son influence comportementale disparaît* ».⁷⁶

⁷⁴ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 53

⁷⁵ HALPERN Catherine, RUANO-BORBALAN Jean-Claude, Identité(s), L'individu, Le Groupe, La société, Editions Sciences Humaines, p 141

⁷⁶ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 13

La hiérarchisation des besoins selon Maslow⁷⁷



Or, la construction humaine selon Maslow place le besoin d'appartenance avant le besoin d'auto accomplissement et d'estime. Il pourrait donc sembler décisif à considérer pour accompagner l'évolution identitaire d'un individu.

Mais cette vision est-elle la plus réaliste, où comme le pense le philosophe américain John Rawls : « *le bien d'une personne est déterminé par ce qui est pour elle le projet de vie à long terme le plus rationnel. L'homme étant heureux quand il réussit à réaliser ce projet* ». ⁷⁸

De quelle manière le cadre peut-il être alors vecteur de sens ?

4.6 Le cadre de santé comme manager par le sens

Pour s'intéresser au sens apporter par le management du cadre, cela nécessite d'observer le déploiement de son management en lui-même. Ainsi, si je me réfère à Henry Mintzberg et à son étude minutieuse du terrain, le management du cadre se décline autour de dix rôles dont trois paraissent correspondre à notre problématique :

- « *Le rôle de leader chargé de motiver et d'encourager le personnel ; responsable de l'embauche, de la formation et autres tâches connexes.*

⁷⁷ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 291

⁷⁸ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p128

- *Le rôle de porte-parole qui transmet des informations à des intervenants externes sur les plans, règles, actions, résultats, etc., sert d'expert sur l'activité de l'organisation.*
- *Le rôle d'entrepreneur qui recherche dans l'organisation et son environnement des occasions d'avancer et lance des « projets d'amélioration » pour instaurer des changements, contrôle l'élaboration de certains projets ».*⁷⁹

Le cadre a donc clairement pour mission à la fois d'être initiateur de changement et d'accompagner les équipes dans les projets. Son statut de « *manager intermédiaire* » selon Balogun, qui le place entre la « *sphère stratégique de l'organisation* » et les « *opérationnels* », positionne le cadre de santé au cœur de cette organisation et donc comme ayant un rôle prépondérant dans la mise en œuvre du changement⁸⁰. Il aura à cœur de remettre l'agent au cœur de cette organisation. Ainsi pour conduire ce changement, le cadre de santé va devoir discerner les potentiels et motivations individuelles au profit du collectif.

Le manager dirige et coordonne aussi en fonction des activités à mener et des objectifs à atteindre. « *Cette activité de direction – souvent qualifiée de leadership- consiste notamment en la motivation des soignants, l'administration des activités des autres, le choix du canal de communication le plus probant et la résolution des conflits entre membres* »⁸¹. Le cadre de santé donnera du sens au travers la communication mais surtout par son positionnement clair vis-à-vis de cette nouvelle organisation.

De plus, le cadre de santé vise l'atteinte d'une cohésion d'équipe : il doit réussir à établir des relations interpersonnelles positives et clarifier les rôles et responsabilités de chaque membre. Donner un sens collectif mais également individuel en gardant à l'idée l'importance d'atteindre à la fois chaque individu, agent, mais également le groupe. En effet, « *le comportement d'un groupe ne se réduit pas à la somme des comportements*

⁷⁹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 33

⁸⁰ AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, Conduite du changement : concept clés, Edition Dunod, Paris, 2010, p74

⁸¹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 31

individuels de ses membres »⁸². De plus, Gustave-Nicolas Fischer relie directement la cohésion du groupe et le rendement.⁸³

Le cadre de santé a donc pour mission de développer cet esprit d'entreprise appliqué au pôle, qui plus qu'un comportement lié au poste occupé, est « *un ensemble d'attitudes favorisant le fonctionnement de l'organisation* »⁸⁴. Ainsi, « *l'implication organisationnelle peut passer par le fait d'aider les autres membres de l'équipe, de se porter volontaire pour des tâches en extra, d'éviter les conflits inutiles ou encore de tenir un discours constructif sur le groupe de travail ou l'organisation dans son ensemble.* »⁸⁵ Créer un engagement organisationnel qui représente « *l'orientation prise envers l'organisation en termes de loyauté, d'identification et d'implication.* »⁸⁶

Son management n'aboutira pas forcément au groupe parfait mais formera un corps qui répondra au même besoin de qualité des soins. L'objectif poursuivi par le cadre de santé est d'orienter les efforts de ce collectif vers un même but : le sentiment de remplir une mission vis-à-vis du patient, qui reste l'objectif affiché de la création des pôles.

Pour autant, de quel levier dispose le cadre pour remplir cette mission ? Doit-il orienter plus particulièrement son management sur le groupe ou sur l'individu ? Le cadre doit-il être seul vecteur de sens ou le soignant en tant qu'acteur du changement a-t-il un rôle à jouer ?

« *Karl Emmanuel Weick a formalisé la notion de sens dans le domaine du management (théorie du sensemaking). Pour lui, le sens n'est pas construit avant l'action mais pendant l'action. C'est au cours des échanges que l'individu a avec les autres qu'il réalise ses actions et construit du sens. En projetant l'individu dans l'action, les interactions deviennent un lieu d'expérimentation par lequel l'acteur trouvera des éléments créateurs de sens qui justifieront son engagement. Ce qui signifie qu'il ne faut pas que l'individu attende du système un sens préétabli, mais qu'il s'engage dans un processus d'interaction pour construire simultanément une dynamique d'action et de sens.* »⁸⁷ Le pôle devenant l'environnement de travail qui favorisera cette construction.

⁸² ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 225

⁸³ FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Edition Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, p 222

⁸⁴ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 225

⁸⁵ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 225

⁸⁶ ROBBINS Stephen, DECENZO David, idem, p 227

⁸⁷ <http://www.atlasdumanagement.com/popuprint.php?idArticle=29>, Manager par le sens : une réponse à la sinistrose salariale, 2008-02-01, consulté le 21 décembre 2011

L'acceptation du changement passe donc par le fait que le changement apporte quelque chose de positif, de plus au soignant. L'adhésion concerne l'individu bien que le changement affecte le groupe, que les transformations s'opèrent au niveau du groupe. Et le défaut de participation du soignant peut entraîner le défaut de changement. Le concept d'individualisme méthodologique affirme bien que « *tout phénomène social résulte de comportements individuels* ». ⁸⁸

Afin de développer le sentiment d'appartenance, la première mission du cadre semble donc devoir s'intéresser à la satisfaction professionnelle du soignant qui est indissociable de la productivité, de l'absentéisme, des départs mais surtout de sa motivation et son implication au travail.

Implication au travail que les auteurs définissent comme « *la mesure dans laquelle un individu s'identifie à son travail, y participe et considère ses performances comme importantes au niveau personnel* ». ⁸⁹

Ainsi, « *Sainsaulieu a montré que, dans l'exercice d'un métier, l'identité se crée à travers les normes de relation aux autres, chefs, subordonnés et égaux, ainsi que dans la perspective d'un projet professionnel* ». ⁹⁰

Le cadre peut-il en rationalisant le changement, aider le soignant à développer un sentiment d'appartenance ? Rationalisation qui passerait alors par la projection du soignant dans le temps, au travers des gains potentiels que le pôle peut induire en sa faveur ⁹¹.

5 Le management des Compétences

5.1 La Compétence comme unité de sens

« *Le sens dans une situation de travail est constitué des éléments unifiant, ce que le sujet (individuel ou collectif) perçoit comme cohérent, ce qui le rattache à des expériences familières ou lui permet de se projeter dans un enchaînement d'expériences futures. Le sens correspond à un **projet**. Lors d'un changement, **le sujet cherche à se réaliser**, à*

⁸⁸ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 21

⁸⁹ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 227

⁹⁰ BERNOUX Philippe, idem, p 193

⁹¹ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 167

appréhender son univers et à faire émerger de nouvelles représentations, à remanier des positions et des relations. Dans un contexte de crise et de mutations sociales, l'identité ne se trouve pas à se confirmer dans des modèles installés. »⁹²

L'auteur ici nous rappelle deux notions essentielles : le besoin de l'individu de se projeter au sein d'un projet professionnel personnel, rejoignant l'idée première de la dynamique de construction de l'identité.

Il s'agit donc de donner une nouvelle dimension au changement en le transposant du point de vu du projet professionnel du soignant. Dans ce nouvel environnement, la compétence devient objet de sens. En effet, ce changement ne nécessite pas de nouvelles compétences de la part des agents mais une gestion plus fine des compétences existantes et à développer.

La typologie du changement se décline alors en termes de savoir, savoir faire et savoir être. Dans laquelle, le « savoir » représente les manières de faire et les activités opérationnelles (outils et pratiques) ; le « savoir faire » les méthodes et organisation (organisation et métier) et le « savoir être » traite du thème comportemental (comportements et culture).⁹³ Typologie, dans laquelle également, les apprentissages constituent un support de transformation identitaire.

Cependant, le changement sera facilité s'il ne prend pas en compte le « savoir être », soit les valeurs et les croyances, mais s'attache à l'opérationnalité des soignants.

La compétence renvoie alors à l'activité humaine, représentant une réalité concrète pour le soignant. En effet, aujourd'hui, le travail individuel est évalué au travers des compétences qui continuent d'évoluer. Ces compétences ne se limitent souvent pas à une fiche de poste. Les métiers également ne sont plus fixes. Ainsi les nouveaux référentiels de formation paramédicale se construisent désormais sur la base de compétences à acquérir en vu d'une professionnalisation (référentiels aide soignant, infirmier, ergothérapeute). Ces métiers s'adaptent nécessairement aux évolutions et par conséquent l'identité professionnelle aussi. Le soignant se trouve alors au cœur d'un processus identitaire qui se formalise législativement (Loi n° 2007-148 du 2 février 2007 relative à la modernisation de

⁹² BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 197

⁹³ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 131

la fonction publique⁹⁴) par la Formation professionnelle tout au long de la vie, et plus récemment, par le Décret du 2 janvier 2012 concernant le Développement Personnel Continu (décret d'application au regard de la loi « Hôpital Patient Santé Territoire » du 21 juillet 2009). Ce décret « contraignant » les soignants à s'engager dans un processus de développement de compétences.

Ainsi, l'identité professionnelle s'élabore au cours d'un parcours, d'une trajectoire personnelle, par l'acquisition et la reconnaissance de compétences. C'est-à-dire la mise en place de « *savoir-faire efficace dans une situation déterminée* »⁹⁵. C'est une capacité observable et mesurable.

Mais l'identité professionnelle d'un soignant va s'affirmer à la condition qu'il soit en relation avec des éléments pertinents de son contexte d'action qui lui fournissent des possibilités d'actions. Et « *c'est cette transaction complexe entre « projet d'entreprise » et « projections individuelles » qui est au cœur des innovations analysées. Elle suppose à la fois, pour l'individu, une construction sociale et mentale de sa situation en termes de « saisie d'opportunités » et, pour l'entreprise, une sélection des individus en termes de « compétences utilisables », de « potentialités mobilisables » ou de « qualifications souhaitables ».* »⁹⁶

Deux enjeux étroitement liés semblent alors se dégager : la reconnaissance du projet personnel du soignant et le développement de ses compétences par l'intermédiaire du cadre de santé. Ce dernier objectif reposant sur la perception du soignant de sa propre capacité à évoluer professionnellement, elle-même traduite par des aspirations au regard du pôle. En effet, « *Youngblood (1984) a montré que des individus étaient enclins à se joindre à un groupe dans la mesure justement où ils percevaient que celui-ci comblait leurs besoins ou répondait à leurs intérêts.* »⁹⁷

De quel moyen dispose alors le cadre de santé pour inscrire les soignants dans un projet professionnel en concordance avec les projets du pôle ?

⁹⁴ <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000465739&dateTexte=>, consulté le 26 février 2012

⁹⁵ RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain, Pédagogie, Dictionnaire des concepts clés, ESF éditeur, 7^{ème} édition 2009 revue et augmentée, p 110

⁹⁶ DUBAR Claude, Formes identitaires et socialisation professionnelle, in : Revue Française de sociologie, 1992, 33-4, p 522

⁹⁷ FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Edition Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, p 228

5.2 Le rôle du cadre de santé

Si je reprends la définition d'une crise : « *La crise est définie comme une rupture jointe à une incapacité à réguler cette rupture, tandis que le changement sera décrit comme une rupture mais suivie d'une capacité à réguler.* » Cette notion de changement implique donc de tenir compte de l'après-changement. Elle doit inclure « *la manière dont les individus et les groupes reconstruiront leur identité* »⁹⁸. Par conséquent, la gestion des compétences apparaît comme une opportunité pour accompagner le changement.

En effet, depuis les années 80, la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC) s'est progressivement mise en place dans les établissements hospitaliers en remplacement de la « gestion du personnel »⁹⁹. Cette GPEC est « *une méthode conçue pour anticiper les besoins en ressources humaines à court et à moyens termes. Mais surtout, elle vise à adapter les emplois, les effectifs et les compétences aux exigences issues des modifications de l'environnement économique, social, juridique...* »¹⁰⁰

Cette GPEC doit s'articuler avec le projet de l'établissement. C'est une vraie stratégie de gestion des ressources humaines qui est « *devenue incontournable suite à la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005* »¹⁰¹. Elle s'intéresse particulièrement aux compétences individuelles.

Le cadre de santé en tant que « *répartiteur des ressources* »¹⁰² a pour rôle de recenser les compétences existantes au sein de son service, puis de définir les besoins en formation au regard des projets du pôle mais également du service. Son management des compétences est davantage au profit du collectif.

Le cadre de santé peut ainsi envisager plusieurs intérêts à ce recensement:

- Anticiper la transmission des savoirs et des compétences auprès des nouveaux professionnels et des étudiants,
- Maintenir des personnes ressources dans le service au regard de certaines compétences afin de garantir la continuité des soins,

⁹⁸ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 195

⁹⁹ DESERPRIT Gilles, Mise en œuvre d'une GPEC dans l'encadrement de proximité, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 13 octobre 2011

¹⁰⁰ www.rh-organisation.fr/.../la-gestion-des-emplois-et-des-competences..., consulté le 26 février 2012

¹⁰¹ DEJOUX Cécile, Gestion des compétences et GPEC, Edition Dunod, 2008, p 5

¹⁰² MINZBERG Henry, Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, p 95

- En vue du changement de service d'un agent, programmer les compétences restantes à acquérir pour réaliser un travail de qualité dans la future unité de soins,
- Organiser les demandes de remplacement dans une autre unité de soins en privilégiant un soignant possédant les compétences requises,
- Fidéliser les soignants en leur offrant une perspective d'évolution professionnelle...

Le management des compétences semble alors mis au profit de l'organisation entière que constitue le service.

Par ailleurs, il est important pour le cadre de santé que cette évaluation soit au plus juste car elle coïncide avec un investissement en temps et donc financier important dans un contexte économique qui vise la rationalisation. Afin d'accompagner le changement qu'a constitué la mise en place des pôles et ses nouvelles organisations, le cadre de santé a du préalablement réaliser un diagnostic précis des besoins en termes de compétences qui a pu en découler. Encore une fois, dans une perspective de bénéfice pour l'ensemble des soignants et l'optimisation de leur organisation.

Cependant, comme le soutient Mary Parker Follett, « *l'intérêt de l'individu n'a pas à s'effacer devant celui du groupe* ». ¹⁰³ Il ne s'agit donc pas, comme le souligne Ivan Sainsaulieu, de développer le professionnalisme à des fins d'induire un sentiment d'appartenance au pôle ¹⁰⁴ mais bien de faire participer le soignant à l'évolution de sa profession et à son environnement en l'encourageant à maintenir une dynamique de progression professionnelle. Cette attitude constituant une forme de reconnaissance de son identité professionnelle. La gestion des compétences doit donc constituer un outil au service de chaque professionnel pris individuellement.

Bien entendu la participation du soignant se situera dans la mise en place du changement et non dans le changement en lui-même, et ce, à des fins d'appropriation.

L'organisation en pôle doit pouvoir permettre les échanges intellectuels et favoriser le partage des compétences existantes au bénéfice du patient. La gestion des compétences constituant alors le vecteur des objectifs du pôle, du service, de leurs valeurs, de la cohérence des projets planifiés. Le cadre de santé se doit donc de rassembler toutes les

¹⁰³ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 11

¹⁰⁴ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, pp73-74

ressources soignantes autour de ce même sens ; les apports de compétences étant en faveur de cet objectif final.

Par ailleurs, il appartient au cadre de santé également de clarifier cet objectif. En effet, il s'agit de développer la pluri-compétence des soignants et non leur polyvalence. Le développement des compétences ne doit pas nécessairement être associé à une notion de mobilité temporaire liée à un besoin ponctuel. Notion vécue comme insécurisante par les soignants. Le cadre de santé reste ainsi le garant du sens de leur travail.

Au-delà d'une gestion pure et simple des compétences relevant davantage du directeur des ressources humaines, le cadre de santé peut développer un véritable management par les compétences. Celui-ci lui permettant de garantir à la fois une bonne qualité de prestation délivrée au patient, mais également, un épanouissement personnel et professionnel des soignants et une gestion efficiente des ressources humaines.

Le cadre semble donc avoir à sa disposition un véritable outil de management participatif permettant aux soignants d'investir le changement que constitue la mise en place des pôles. L'identification au groupe et le développement du sentiment d'appartenance au pôle pourront alors être un moyen de « *satisfaction* » personnelle et « *d'acquisition de prestige* ». ¹⁰⁵

Pour autant, de quel moyen incitatif dispose le cadre pour mener à bien cette mission ? Sous quel angle le soignant investit-il son rôle dans l'évolution de son identité professionnelle par la gestion de ses compétences ?

5.3 L'identité du soignant dans son parcours professionnel

Je l'ai déjà évoqué, selon Claude Dubar, l'identité s'articule entre deux dimensions : l'identité pour soi et l'identité pour autrui. Ces deux dimensions structurent également l'individu dans le champ professionnel :

- « *D'une part, la dimension biographique qui renvoie à la formation initiale mais aussi à l'origine sociale et qui met en jeu la continuité ou les ruptures*

¹⁰⁵ MUCCHIELLI Roger, Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective, ESF éditeur, janvier 2007, p 53

dans les parcours professionnels (c'est l'identité « pour soi » au sens où elle est construite dans l'expérience subjective du travail et de la formation).

- *D'autre part, la dimension relationnelle qui renvoie à la reconnaissance des compétences revendiquées et à l'adéquation avec les politiques de gestion de l'entreprise (c'est l'identité « pour autrui » au sens où elle découle des catégorisations des systèmes de travail et de formation). »¹⁰⁶*

Dans la partie identité pour soi : l'identité professionnelle de base constitue donc non seulement une identité au travail mais aussi et surtout une projection de soi dans l'avenir avec anticipation d'une trajectoire d'emploi et la mise en œuvre d'une logique d'apprentissage et de formation. Elle se caractérise par les trajectoires sociale, scolaire et professionnelle antérieures et la perception de l'avenir individuel.¹⁰⁷ Et aboutira donc à une identité professionnelle spécifique.

Quant à l'identité pour autrui, elle s'incarne donc, pour l'individu dans la reconnaissance (ou non) à un moment et dans un contexte donnés, de ses compétences et de ses savoirs en termes de statut et de rémunération.

Le soignant envisage donc, pas toujours consciemment, son parcours professionnel à la fois comme support d'une dynamique identitaire tournée vers l'avenir mais également vis-à-vis de la reconnaissance qu'il peut en obtenir de ses pairs et de sa hiérarchie. C'est un sujet agissant de la création de son identité professionnelle qui se traduira par l'objectivation d'un projet professionnel personnalisé.

Le soignant va alors gérer son projet de formation en vue de maintenir, d'améliorer son niveau de compétences et de construire son identité professionnelle. En effet, « *la sociologie du travail a défini la compétence comme un processus d'apprentissage continu* »¹⁰⁸. Les soignants ne restent pas compétents tout au long de leur carrière. Cette compétence est limitée dans le temps et nécessite donc de la part des soignants de l'entretenir au travers notamment des formations.

¹⁰⁶ BERNOUX Philippe, *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*, Editions du Seuil, février 2010, p 199

¹⁰⁷ HALPERN Catherine, RUANO-BORBALAN Jean-Claude, *Identités(s), L'individu, Le Groupe, La société*, Editions Sciences Humaines, Mai 2004, p 214

¹⁰⁸ DEJOUX Cécile, *Gestion des compétences et GPEC*, Edition Dunod, 2008, p 11

Pour autant, face aux évolutions professionnelles et aux changements organisationnels, il lui reste à définir avant tout, son intérêt à changer. Dynamique pas toujours évidente car elle place le soignant dans une position d'insécurité au sein de laquelle il remet en cause ses acquis et ses habitudes.

Par conséquent si le changement et le projet de formation qui l'accompagne ne sont pas cohérents avec le projet personnel du soignant, il risque de ne pas y adhérer, voire d'y être hostile.

La transformation identitaire requiert donc l'engagement de l'individu dans le processus de changement.

Là encore, « *le sentiment d'identité demeure tant que le sujet (individu ou groupe) parvient à donner aux changements et aux altérations le sens de la continuité. Lorsque les différences sont perçues comme des ruptures, alors s'ouvrent les crises d'identité.* »¹⁰⁹

Cela sous entend que le projet de pôle devra être présenté comme étant dans la continuité du projet de service, et vice-versa, afin de mettre en avant la cohérence de l'ensemble. La formation professionnelle du soignant contribuant principalement à le situer dans son rôle auprès du patient et au regard de la qualité du service rendu au patient.

De plus, si le changement est perçu comme impactant les compétences de l'individu, notamment face à des situations d'échec liées à une polyvalence imposée, l'identité professionnelle risque de devenir un enjeu de ce point de vu là. Or, Ivan Sainsaulieu constate que la coordination des soignants « *concerne désormais des professionnels très férus d'autonomie individuelle* »¹¹⁰.

Durkheim le rejoint en cela et y ajoute la notion de compromis dans la dynamique du groupe : « *l'entreprise communauté comprend aussi une forte individualisation, au travers de la profession, qui confère autonomie et volonté personnelle de s'améliorer au travers de la collaboration au travail. Les acteurs pèsent donc par leur expertise et font le choix de la communauté autant que celle-ci les détermine. Le consensus communautaire est autant le fruit d'un compromis, d'un intérêt partagé à maintenir une collaboration*

¹⁰⁹ MUCCHIELLI Alex, L'identité, Edition : presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition mise à jour en mai 2011, p 69

¹¹⁰ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 142

horizontale et verticale, que le fait d'une intériorisation mécanique des normes collectives. »¹¹¹

Le management des compétences réalisé par le cadre devra donc tenir compte à la fois de l'intérêt collectif et du besoin d'individualisation du parcours professionnel de chacun des soignants afin de favoriser cette dynamique d'intégration et de collaboration de ces professionnels entre eux. Sans être un enjeu, le développement des compétences devra correspondre davantage à un compromis entre les besoins de l'institution et ceux des soignants.

Afin de répondre au besoin de valorisation des soignants, une gestion au plus prêt des compétences devrait permettre de déterminer la place de chacun au cœur de cette organisation et donc favoriser les liens et le développement du sentiment d'appartenance.

Dans cet objectif de clarification du pôle, le plan de formation, outil de gestion des compétences institutionnelles, constitue-t-il pour le cadre un support adapté pour un management par le sens ?

5.4 Le Plan de formation

« Le plan de formation rassemble l'ensemble des actions de formation définies dans le cadre de la politique de gestion du personnel de l'entreprise. Il peut également prévoir des actions de bilans de compétences et de validation des acquis de l'expérience. L'élaboration du plan de formation est assurée sous la responsabilité pleine et entière de l'employeur, après consultation des représentants du personnel ».¹¹²

Ce plan de formation est un document de synthèse qui doit obligatoirement contenir les éléments suivants :

- *« Les objectifs pédagogiques ;*
- *Les besoins de formation par cible ;*
- *La liste des bénéficiaires ;*
- *La liste des cursus et des modules avec des éléments de contenus et de durée ;*

¹¹¹ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 163

¹¹² <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques.89/fiches-pratiques.91/formation-professionnelle.118/le-plan-de-formation.1069.html>, consulté le 26 février 2012

- *Une évaluation de volumétrie des jours de formation et de conception des supports ;*
- *Un macroplanning des grandes phases en fonction des besoins du projet ;*
- *Un planning détaillé des formations par cursus, modules et sessions ;*
- *Un budget des coûts de formation. »¹¹³*

Au regard de l'enjeu de la maîtrise des compétences des agents du pôle, le plan de formation n'est réalisé désormais qu'après une analyse fine par le cadre de santé des besoins et n'est plus seulement réalisé en fonction d'une enveloppe allouée.

C'est un outil de gestion des compétences qui perdurent dans le temps. Il correspond à un élément stable à la fois pour les soignants et les cadres. Il s'inscrit dans une dynamique déjà existante et atténue donc cette sensation de rupture. Seuls les différents types d'action de formation ont été amenés à évoluer en suivant le cours des réformes. Actuellement, trois types d'action de formation sont proposés :

- *« Les actions d'adaptation au poste,*
- *Les actions liées à l'évolution de l'emploi ou au maintien dans l'emploi,*
- *Les actions de développement des compétences »¹¹⁴.*

Au regard de l'organisation actuelle hospitalière, les axes de formation en lien avec le développement des compétences doivent être déterminés par le pôle de formation en partenariat avec les chefs de pôle et la direction des soins.

Ce dispositif présente l'avantage de permettre à l'ensemble du personnel de visualiser les objectifs du pôle. En effet, il tient compte de l'existant et des besoins futurs déterminés au regard du projet de pôle. C'est une mise en action opérationnelle de ce dernier. Le management des compétences devrait donc contribuer à faire du pôle une réalité. De part cet outil, le cadre de santé peut ainsi agir sur les éventuelles résistances ou réticences au changement, et non, dans un premier temps, sur le bienfait de ce dernier.

De plus, un temps lui est dédié lors de l'entretien professionnel de formation. Celui-ci a lieu en amont de l'élaboration du plan de formation. Il se déroule en présence du

¹¹³ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, P145, Chapitre 6 : faire un plan de formation

¹¹⁴ DEJOUX Cécile, Gestion des compétences et GPEC, Edition Dunod, 2008, p118

soignant et de son supérieur hiérarchique, le cadre de santé. C'est un temps individuel, personnalisé, lié aux perspectives de formation du soignant en lien avec son projet personnel et celui de l'institution (pôle, service...). Durant cet entretien, deux étapes sont incontournables :

- « *Un temps de bilan et de projections : cette première étape reprend l'historique du parcours professionnel et de formation du soignant, puis reprend les perspectives d'évolution du service au travers son projet et donc les besoins en formation associés.*
- *Un temps de co-construction : étape de négociation au regard des intérêts de l'agent et de son supérieur hiérarchique ».*¹¹⁵

Le plan de formation est donc un outil de dialogue entre le soignant et le cadre. Il repose sur une co-évaluation. Il permet de communiquer autour des projets, de service et de pôle, et de les expliciter. Durant cet entretien, les compétences du soignant sont évaluées au regard du référentiel de compétences métier ou de poste et de l'atteinte des résultats. Afin de faire correspondre les compétences au bilan de cet entretien, le cadre de santé pourra proposer à l'agent : une ou des formations, un bilan de compétences, une validation des acquis et de l'expérience ou un congé individuel de formation. Par ailleurs, l'agent sera tenu également informé de l'existence, s'il y a lieu, de parcours professionnalisant au sein de son pôle. Ces derniers traduisent un « *enchaînement de postes, de situations professionnelles, de formations permettant à une personne d'occuper progressivement un emploi de complexité croissante. Cette progression peut aboutir à l'obtention d'un certificat de qualification professionnelle ou d'un diplôme.* »¹¹⁶ Ils peuvent par conséquent également contribuer au développement des compétences de l'agent.

Le plan de formation est propice à l'échange et donc à l'expression du ressenti du soignant vis-à-vis de sa place au cœur de cette organisation. Il contribue à lever les zones d'incertitudes du soignant vis-à-vis du changement. Le soignant reste alors acteur et partie prenante des décisions le concernant.

¹¹⁵ <http://www.syndicat-infirmier.com/Guide-de-l-entretien-professionnel.html>, consulté le 26 février 2012

¹¹⁶ ANAP, Améliorer la gestion des ressources humaines, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, avril 2011, p 11

Le soignant s'inclue durant cet entretien dans un processus de changement personnel en lien avec la dynamique de sa propre identité professionnelle. Pour autant, cette dynamique peut-elle influencer sur l'ensemble du groupe ?

L'approche individuelle des soignants contribue-t-elle au final à la création d'une dynamique de groupe ?

Comment avec des enjeux personnels différents, faire en sorte qu'ils forment un groupe cohérent et qui travaille ensemble ?

La gestion des compétences peut-elle participer à l'intégration d'un soignant dans un groupe d'appartenance tel que le pôle ?

5.5 De la compétence individuelle à la compétence collective

Le développement des compétences correspond à un élément commun à tous les professionnels, un point d'ancrage où se retrouvent chacun à un moment donné. Pour autant est-ce un élément individualisant ou porteur de sens collectif ?

L'enjeu de la formation pour un soignant, nous l'avons vu est la reconnaissance de ses qualifications professionnelles. Mais également au regard de leurs discours : « *de ne pas être traité comme un pion* »¹¹⁷, être respecté comme individualité humaine.

La formation sera investie par le soignant puisque choisie par lui et répondant à ses besoins. Elle peut même être perçue comme un engagement durable, implicite ou explicite, dans l'entreprise au travers l'évolution des compétences¹¹⁸. Pour autant, cet engagement ne doit pas être à sens unique.

L'établissement marquera cet engagement par la mise à disposition de moyens nécessaires au développement de ces compétences : en termes de choix de formation mais surtout de temps dégagé.

Par ailleurs, Philippe Zarifian, souligne que la reconnaissance des compétences du soignant, implique de lui avoir délégué un certain pouvoir « *sur la définition et l'évolution de l'organisation du travail* », « *sur l'auto mobilisation licite et créatrice de ses compétences* » mais surtout « *pouvoir sur des modalités de mise en coopération directe de compétences différentes.* »¹¹⁹ Il revient donc au soignant de déterminer à la fois à quel

¹¹⁷ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, p 10

¹¹⁸ ZARIFIAN Philippe, idem, p 18

¹¹⁹ ZARIFIAN Philippe, idem, p 23

moment il va vouloir développer ses compétences, mais surtout, dans quelles circonstances il va vouloir les mobiliser et pour qui.

Pour autant, la formation accordée à l'agent peut avoir fait l'objet d'un contrat tacite entre celui-ci et le cadre de santé. Contrat pouvant prévoir notamment une restitution à l'équipe du contenu de la formation et un transfert à cette même équipe de la compétence acquise au titre de cette formation. Ainsi, le cadre de santé pourra organiser des temps de réunions de retour d'expérience visant à faire d'une compétence individuelle, une compétence collective.

Par ailleurs, Jean Charles Erny associe le sentiment de compétence du soignant à un « *sentiment d'efficacité personnelle* ». ¹²⁰ C'est-à-dire « *la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire des résultats souhaités* » ¹²¹. Selon sa théorie, au fur et à mesure de ses expériences le soignant s'évalue dans les compétences acquises ce qui lui permet de s'engager dans de nouvelles situations. Ainsi, si le soignant est conscient d'être compétent, son engagement dans le changement sera plus important.

Le développement de ce sentiment d'efficacité personnelle repose pour l'auteur à la fois sur la capacité de l'encadrement à lui prodiguer des encouragements et à lui démontrer sa confiance, mais également, sur la stimulation de ses pairs. Cette dernière s'organisant autour de leur discours et sur la possibilité donnée au soignant de se comparer à eux. En effet, si un soignant a réussi à développer une compétence en lien avec une situation, celle-ci doit être accessible à d'autres. Chacun des soignants peut alors évaluer sa propre performance.

Le cadre de santé semble constituer l'acteur clé pour favoriser l'apparition d'une émulation collective au développement des compétences, notamment par la création d'un cadre propice au partage d'expérience. En effet, la compétence collective se fonde sur les compétences individuelles mais évoque bien plus encore.

Ainsi, la définition de la compétence collective décline les éléments essentiels que le cadre de santé va devoir inclure dans son management par les compétences : « *La compétence collective représente la compétence que possède une équipe et se caractérise*

¹²⁰ ERNY Jean-Charles, A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle, in : Soins Cadres, N°80, Novembre 2011, p 21

¹²¹ ERNY Jean-Charles, idem, p 21

par six attributs : une représentation commune, un référentiel commun, un langage partagé, une mémoire collective, un engagement, un but à atteindre ».¹²² Ces éléments sont très proches des éléments caractérisant le sentiment d'appartenance. Il semble donc y avoir un lien très fort entre ces deux notions. Et le rôle du cadre s'articule donc autour du développement de ce lien.

Pour Guy Le Boterf, la compétence collective repose également sur deux idées clés : « agir avec compétence suppose de savoir interagir avec autrui » mais aussi de « la qualité du lien de coopération entre les intervenants ».¹²³ Là encore, la notion d'interaction des différents professionnels est au cœur à la fois de la compétence collective et des conditions nécessaires au développement d'un sentiment d'appartenance.

Enfin, Philippe Zarifian précise que lorsque la compétence est l'enjeu d'un projet de service, elle est d'autant mieux assimilée et partagée. En effet, l'investissement des membres du projet se traduit par une appropriation de celui-ci dans la mesure où ils en comprennent le sens¹²⁴. Il revient donc au cadre de santé d'être porteur de ce type de projet au sein de l'unité de soins qu'il manage.

Le management par les compétences représente donc à la fois : « une méthode de résolution de problème » et « un moyen de rassembler et de développer des équipes »¹²⁵. La gestion des compétences ne concerne pas uniquement « le champ de la gestion des ressources humaines. Elle peut être mise en place en tant que mode de coordination des équipes dans un contexte de management de projet. Ainsi, elle permet de définir « un langage commun opératoire » afin que des profils identiques ou différents puissent aboutir à la mise en œuvre d'un projet »¹²⁶.

La pratique de gestion des compétences organisée par le cadre de santé s'attache donc « à faire le lien entre la stratégie, le management et les ressources humaines. »¹²⁷

Et, la réussite du projet de développement du sentiment d'appartenance des soignants envers le pôle au travers le management par les compétences reposera donc

¹²² DEJOUX Cécile, Gestion des compétences et GPEC, Edition Dunod, 2008, p 20

¹²³ LE BOTERF Guy, Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins, in : Gestions Hospitalières, N° 493, Février 2010, pp 87-88

¹²⁴ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, pp 57-58

¹²⁵ DEJOUX Cécile, idem, p 36

¹²⁶ DEJOUX Cécile, idem, p 39

¹²⁷ DEJOUX Cécile, idem, p 31

principalement sur le cadre de santé lui-même : son adhésion à ce projet, son engagement, impliquant par ailleurs qu'il est lui-même développé un sentiment d'appartenance envers le pôle d'activité et qu'il y trouve un intérêt pour lui-même et l'équipe soignante. De la même façon, l'aboutissement de ce projet implique de sa part, la maîtrise des outils à sa disposition.

6 Synthèse

La notion d'identité fait appel à un processus dynamique. Cette construction s'appuie alors sur deux acteurs : soi et autrui. Ainsi, l'identité est soumise à l'environnement de l'individu et aux interactions qui se créent avec son entourage. Cette complémentarité de l'individu et du groupe fait de l'identité individuelle un élément de l'identité collective.

Chaque individu s'inscrit donc dans une succession de groupes qui lui permettent de tenir un rôle et de se définir socialement. Le groupe professionnel, notamment, se caractérise par des valeurs, des règles communes auxquelles s'identifie l'individu. La multiplicité des interactions avec les collègues, les expériences, les formations concourent à faire évoluer l'identité professionnelle.

Ce lien de l'individu envers le groupe, nommé sentiment d'appartenance, est fondé sur des valeurs et un but commun. Il se traduit entre autre par une solidarité, un engagement de chacun des acteurs, un sentiment de confiance, de confort et de sécurité, mais également sur la reconnaissance de l'individu par le groupe. Il répond donc aussi à un besoin social.

A ce titre, le service de soins répondait à tous les critères nécessaires au développement d'un sentiment d'appartenance, de part sa spécialité, les possibles relations de l'ensemble de l'équipe et la cohésion de groupe qui s'en dégage. Sentiment qui s'est renforcé au fil de l'histoire du service et des contraintes qu'il a subit.

Face à l'évolution des organisations, le transfert de ce sentiment au pôle d'activité semble être réalisable de part l'intérêt qu'il poursuit et sa constitution. Pourtant, les auteurs mettent en avant des freins à ce transfert : la taille du pôle d'activité, la fréquence des interactions possibles et le manque de connaissance de ce pôle, entre autres.

Le cadre de santé aura donc un rôle important à jouer, dans l'accompagnement de l'équipe au changement que constitue la mise en place des pôles d'activité, notamment en termes d'enjeu identitaires. Pour cela, il dispose d'un outil : le management par les compétences. Celui-ci devrait lui permettre de redonner du sens à cette organisation et

rendre chaque soignant acteur de ce changement, au travers notamment, du développement de ses compétences. Cette approche valorise le bénéfice de ce changement pour les soignants et crée une dynamique collective en faveur du développement du sentiment d'appartenance pour le pôle d'activité.

L'aboutissement des réflexions menées par les auteurs me permet donc de réaffirmer mon hypothèse de départ :

Le management par les compétences peut constituer pour le cadre de santé un levier d'accompagnement du changement et de construction du sentiment d'appartenance des soignants envers le pôle.

7 Méthodologie d'enquête

Les différentes lectures qui ont fait suite à mon questionnement de départ m'ont permis d'avancer dans mon cheminement. Elles ont été sources d'ouverture et en même temps, de prise de conscience de certaines limites. Pour autant, elles n'ont pas infirmé mon hypothèse de départ. Ainsi, selon la littérature, nous l'avons vu, une combinatoire de plusieurs éléments semble nécessaire au développement d'un sentiment d'appartenance en faveur d'un pôle.

Consciente de ces limites et afin de poursuivre ma réflexion, la deuxième étape de mon cheminement fut de réaliser une enquête exploratoire. Celle-ci ayant pour objectif de confronter mon hypothèse, les réponses apportées par les auteurs, au vécu des acteurs du terrain.

7.1 La population

*« Définir la population, c'est sélectionner les catégories de personnes que l'on veut interroger et (...) qui sont en position de produire des réponses aux questions que l'on se pose. »*¹²⁸

Au regard des limites apportées par les auteurs et de la variabilité émotionnelle que peut représenter la mise en place des pôles, il m'a paru important de mener cette enquête dans deux établissements différents. Mon choix s'est alors porté sur des hôpitaux publics. En effet, mon propre vécu est celui d'un établissement de statut public. Par ailleurs, je souhaite pouvoir appliquer la réflexion que je mène aujourd'hui, lors de ma future pratique de Cadre de Santé, qui devrait également s'effectuer dans un hôpital public. Enfin, mes lectures m'ont amené à penser que les enjeux financiers en place dans les établissements privés ont été favorables au développement d'une GPMC (gestion prévisionnelle des métiers et des compétences) mais selon des modes et des enjeux légèrement différents. Or, il s'agit pour moi de pouvoir recueillir des données comparables, et il ne me semblait pas opportun de parasiter ce recueil par une comparaison public/privé.

Ma première idée visait donc à comparer deux établissements : un dans lequel les agents se sentent intégrés au pôle, et un pour lequel ils éprouvent plus de difficultés à

¹²⁸ BLANCHET Alain, GOTTMAN Anne, L'enquête et ses méthodes, l'entretien, Edition : Armand Colin, 2007, p 46

développer un sentiment d'appartenance envers ce pôle. Mais l'approche par les compétences que j'ai choisi, m'a confronté à une problématique : peu d'établissements publics ont fait le choix de travailler sur le management par les compétences.

Ma sélection s'est alors portée sur un établissement ayant fait ce choix récemment et ayant pour objectif par ailleurs cette année, de développer une politique d'intégration des agents au niveau du pôle. Le deuxième hôpital fut sélectionné de par les publications dans la presse professionnelle d'un de ses cadres paramédical de pôle. En effet, mes lectures pour ce mémoire ont plusieurs fois portées sur ses articles. Ces derniers traduisant l'importance que celui-ci accordait à la mise en œuvre du management par les compétences et à son expérience dans ce domaine dans son établissement de rattachement.

Donc, les deux établissements précités sont en cours d'inscription dans la démarche de gestion des compétences, probablement à des niveaux différents, et ont été amenés à faire un point sur leur expérience dans ce domaine.

Dans un deuxième temps, il m'a fallu déterminer le contenu de mon échantillon puisque je ne pouvais pas recueillir de manière exhaustive les données de l'ensemble des agents d'un pôle. Pour Jean-Marie Firdion, la valeur de l'échantillon repose sur sa représentativité et sur sa constitution aléatoire¹²⁹.

Dans ce sens et de manière à ce que les données recueillies puissent être exploitables, mon enquête s'est tournée vers trois types de professionnels :

- Le Cadre paramédical de pôle,
- Le Cadre de Santé de proximité,
- Les infirmiers.

7.1.1 Les cadres paramédicaux de pôle et les cadres de santé de proximité

La sélection du pôle et donc du personnel à enquêter, a été laissée au libre choix du directeur des soins du premier établissement qui l'a réalisé éclairé par l'intitulé de ma problématique et des informations que je lui avais fournis.

Pour le second, le pôle enquêté fut celui managé par le cadre paramédical de pôle à l'initiative des articles de presse.

Cette volonté de m'entretenir avec le cadre paramédical et les cadres de proximité avait pour objectif de me permettre d'avoir la vision de la ligne stratégique paramédicale

¹²⁹ PAUGAM Serge, L'enquête sociologique, Edition PUF, Mars 2010, pp 71 à 80

complète du pôle et donc de confronter le vécu des acteurs opérationnels, du cadre intermédiaire et de la direction paramédicale du pôle.

En effet, le cadre paramédical de pôle est à l'initiative du type de management mis en œuvre sur son pôle d'activité. Il est porteur des valeurs, des missions et objectifs de celui-ci, et se doit de les transmettre à ses collaborateurs que sont les cadres de santé.

Le regard croisé entre la volonté de la hiérarchie et celle de l'encadrement de proximité devait traduire les besoins et objectifs de chacun, leur ressenti et leurs difficultés dans ce management particulier des compétences.

Il s'agit donc de confronter pour moi les directives hiérarchiques à la mise en œuvre opérationnelle sur le terrain.

7.1.2 Les infirmiers

Ma question de départ portait sur l'ensemble de l'équipe soignante. Or la limite de temps auquel j'étais confrontée pour réaliser mon enquête, m'a forcé là encore à faire un choix. J'aurais pu opter pour la méthode des quotas et organiser mon enquête de manière à recueillir l'opinion d'un échantillon représentatif d'une équipe soignante (avec quelques aides soignants, quelques infirmiers, quelques agents de services hospitaliers voire d'autres professionnels). Mais cette méthode revêtait à mes yeux, différentes contraintes :

- Le support créé pour cette enquête aurait du être remanié pour plus de compréhension par chacune de ces catégories professionnelles.
- De plus, la place au sein du pôle qu'occupe chacun de ces acteurs est différente. Au vu de cela et de leur rôle respectif, leur vécu du pôle est également dissemblable. Variable subjective, dont il aurait fallu que je tienne compte lors du dépouillement.
- Par ailleurs, chacune de ces catégories n'envisage probablement pas le développement des compétences de la même manière (VAE possible pour certains, formation professionnelle pour d'autres...), leurs besoins vis-à-vis des pôles ne sont pas les mêmes et donc leur regard sur ces derniers. Le nombre d'enquêtés dans chaque catégorie aurait donc du être important pour que les informations soient exploitables.
- Enfin, cette méthode impose de recueillir un nombre équivalent de réponses pour chacune de ces catégories. Donc une contrainte là encore compliquée à gérer dans mon laps de temps imparti pour cette enquête.

Au regard de toutes ses variables, mon choix s'est porté sur les infirmiers. Pour autant, je ne considère pas que la catégorie professionnelle infirmière soit représentative de l'intégralité de l'équipe soignante. Si j'ai sélectionné cette profession, c'est au regard de la réflexion transmise plus haut, de ma propre expérience et de mon constat de départ. En effet, dans mon établissement d'origine, les infirmiers ont été les premiers dont la gestion s'est organisée à l'échelle du pôle.

Les infirmiers enquêtés ont été ceux présents sur une période de deux semaines suivant l'entretien avec le cadre de santé de leur unité. Aucun autre élément n'est intervenu dans la sélection de ces soignants.

7.2 Choix de la méthode : l'entretien semi directif et le questionnaire

Quatre méthodes d'enquête sont utilisées en sciences humaines : la recherche documentaire, l'observation, le questionnaire et l'entretien¹³⁰. Seuls le questionnaire et l'entretien sont le reflet d'un « discours »¹³¹. C'est donc naturellement vers celles-ci que mon choix s'est porté, s'orientant davantage dans un premier temps sur les entretiens. En effet, il me paraissait important de pouvoir recueillir en face à face, le ressenti de chacun des acteurs vis-à-vis de la problématique que j'avais choisi de traiter.

7.2.1 L'entretien semi-directif

Mon idée première était de rencontrer les acteurs de terrains pour connaître leur vision de ma problématique et pouvoir échanger avec eux. Or l'entretien, de part la posture qu'il offre à l'enquêteur, permet cette prise de contact. Il permet le recueil d'une opinion personnelle, sans la pression du collectif ou de la hiérarchie. Il offre la possibilité et le temps à l'enquêté de cheminer progressivement, tout au long de l'entretien, sur la thématique abordée. C'est un moyen d'échange, proposant en retour une richesse d'informations.

L'entretien semi-directif, notamment, offre la possibilité d'obtenir des réponses que je n'aurais moi-même pas envisagé. En effet, les lectures que j'ai réalisées sur le thème de ma problématique, ont été soumises à ma sélection. Et bien qu'elles aient contribué à me faire avancer dans celle-ci, le cadre qu'elles représentent, est celui que mes propres idées m'ont imposé.

¹³⁰ PAUGAM Serge, *L'enquête sociologique*, Edition PUF, Mars 2010, p 56

¹³¹ ALBARELLO Luc, *Apprendre à chercher, L'acteur social et la recherche scientifique*, 3^{ème} édition, Edition : De Boeck, 2007, p 61

Cette méthode est donc celle que j'ai appliquée auprès des cadres supérieurs de santé et des cadres de santé de proximité. D'autant que je me suis adressée à un échantillon de petite taille donc il m'apparaissait important de ne pas me cloisonner par des questions.

A cette fin, j'ai préparé une grille d'entretien¹³² quasiment commune à ces deux catégories professionnelles. Cette similitude visant une comparaison simplifiée des réponses apportées.

Un préambule¹³³ annonçait les modalités de cet entretien. Ce préambule était énoncé avant chacun. Il précisait notamment la durée estimée de l'entretien (une heure), son anonymat et la possibilité pour moi de l'enregistrer afin de me détacher de la prise de notes.

J'ai essayé d'utiliser les techniques de l'entretien : écoute, relance, silence, reformulation et l'écho.¹³⁴ Tout en essayant de donner un certain rythme à l'entretien afin qu'il ne dure pas trop longtemps et ne soit pas vécu comme une contrainte par l'enquêté.

De la même façon, j'ai tenté de me détacher des questions de la grille que j'avais préparée pour ne pas donner l'impression qu'il s'agissait d'un questionnaire et que je voulais amener l'enquêté vers une idée précise. Je me suis attachée à lui laisser des espaces de liberté tout en contrôlant à la fois la durée de l'entretien et le respect du sujet abordé.

7.2.2 Le questionnaire

Par ailleurs, et après réflexion, j'ai opté pour la méthode du questionnaire pour enquêter auprès des infirmiers. En effet, « *l'intérêt principal de l'enquête par questionnaire est de rassembler une grande quantité d'information, aussi bien factuelles que subjectives, auprès d'un nombre important d'individus.* »¹³⁵ Le questionnaire remplissait donc deux objectifs que je m'étais fixés :

- Pouvoir interroger un nombre important d'infirmiers afin que l'échantillon soit le plus représentatif possible.
- Recueillir à la fois des données objectives, que je puisse quantifier facilement, mais également et surtout, au regard de la nature de la problématique, pouvoir également percevoir le ressenti des infirmiers (données plus subjectives).

¹³² Annexe 2 et 3

¹³³ Annexe 1 : Préambule aux entretiens

¹³⁴ PAUGAM Serge, L'enquête sociologique, Edition PUF, Mars 2010, p 133-134

¹³⁵ PAUGAM Serge, L'enquête sociologique, Edition PUF, Mars 2010, p 93

Dans ce sens, mon questionnaire¹³⁶ est à la fois composé de questions fermées et de questions ouvertes. Les questions fermées me permettront de réaliser facilement des statistiques et de comparer les réponses. Quant aux questions ouvertes, elles ont également l'avantage de limiter mon influence sur les réponses apportées.

En effet, la construction de ce questionnaire fut pour moi parfois source de frustration. Beaucoup d'interrogation ont fait suite à la rédaction du cadre conceptuel mais il n'était pas envisageable de les présenter dans leur intégralité aux infirmiers. Le questionnaire aurait été beaucoup trop long et cela aurait représenté un frein à son remplissage. Il a donc fallu faire une sélection des questions les plus représentatives et qui permettraient de répondre à ma problématique de départ. Or, ces choix orientent déjà à mes yeux, d'une certaine mesure, la qualité des données recueillies.

Par ailleurs, j'ai testé ce questionnaire auprès de mes collègues de l'école des cadres. Ce test fut l'occasion de moduler certaines phrases et de changer des termes employés pour plus de compréhension. L'objectif était de m'assurer de la fluidité des questions, de leur compréhension, de visualiser le type de réponses formulées en vue d'une future exploitation, et enfin la perception de chacun quand à la longueur de ce questionnaire.

7.3 Limites et points positifs de l'enquête :

J'ai conscience que ces entretiens et questionnaires m'ont amené à poursuivre ma réflexion tout au long de l'enquête. Parfois même au-delà du sujet de mon mémoire. Cela reflète, au-delà de mon intérêt pour l'enquêté, ma non maîtrise des techniques d'enquête. Celle-ci a parfois conduit les entretiens à dévier de leur orientation première. Influant par la même de par ces digressions sur leur durée et compliquant par ailleurs leur exploitation.

Ainsi devant la qualité des échanges que j'ai eu avec les cadres de proximité et les cadres paramédicaux de pôles, mais également leur durée pour deux d'entre eux, je me suis sentie obligée de retranscrire l'intégralité de ces échanges pour ne pas oublier d'idée clé qu'elles auraient pu me transmettre mais que je n'aurais pas saisie au moment même de l'entretien. Ce travail fut particulièrement long mais fut néanmoins propice à une écoute différente, plus réceptive de ma part, de ce qui fut abordé.

La retranscription de ces 6 entretiens ne figurera pas en annexe du fait de l'ampleur de chacun (entre 13 pages et 33 pages).

¹³⁶ Annexe 4 et 5

Enfin, le nombre de questionnaires recueillis dans un des deux établissements est mitigé : 2 questionnaires dans une unité comprenant 8 infirmières (mais 9 questionnaires dans l'autre unité qui en comprend 10). L'unité en question semble avoir eu, sur la période concernée de recueil, beaucoup d'absentéisme des personnels infirmiers titulaires (congé maternité, vacances) et par le fait eu recours à des intérimaires. Ces derniers n'étant pas concernés par ce questionnaire. Je pense que ces contraintes pour les soignants encore présent, n'ont pas favorisé le remplissage de mes questionnaires.

Le taux de recueil de questionnaires dans les deux établissements ne sera donc pas harmonieux (21 questionnaires ont été récupéré dans l'autre établissement, les 2 services confondus).

8 Analyse quantitative

La forme d'analyse qui suit est structurée par thématique. Elle « *découpe transversalement l'ensemble des entretiens et recherche de la sorte une cohérence thématique.* »¹³⁷ J'ai repris ainsi les éléments clés de mon cadre conceptuel reflet de l'évolution de ma pensée et de l'enchaînement de mes lectures, et évoqué par ailleurs, lors des entretiens. Néanmoins, je commencerais par évoquer la mobilité des agents. Mutualisation qui fut, spontanément et de façon récurrente, énoncée tout au long des entretiens par l'ensemble des interviewés par association avec l'idée de pôle. C'est à partir de ce construit que je vais débiter dans un premier temps l'aspect quantitatif de cette analyse puis son aspect qualitatif.

Je me baserais pour cette analyse sur les entretiens et questionnaires recueillis dans les deux établissements nommés respectivement 1 et 2. Afin de faire référence à ces entretiens, j'ai identifié chaque enquêté comme suit :

	Etablissement n°1 (E1)	Etablissement n°2 (E2)
Cadre paramédical de pôle	CP1	CP2
Cadre de santé de proximité	CDS1	CDS3
	CDS2	CDS4

Taux de retour des questionnaires :

	Etablissement n°1	Etablissement n°2
Service N°1	16 questionnaires sur 40 infirmiers soit 40%	2 questionnaires sur 8 infirmiers soit 25%
Service N°2	5 questionnaires sur 12 infirmiers soit 42%	9 questionnaires sur 10 infirmiers soit 90%

La synthèse des réponses apportées par les infirmiers figure en annexe 6.

8.1 Contexte et sujets de l'enquête

Dans les deux établissements, les pôles sont en place depuis fin 2006- début 2007. Ils ont fait l'objet d'une restructuration récemment.

¹³⁷ ALBARELLO Luc, Apprendre à chercher, L'acteur social et la recherche scientifique, 3^{ème} édition, Edition : De Boeck, 2007, p82.

8.1.1 Etablissement n°1

Dans l'établissement n°1, les pôles ont été remaniés en septembre 2010. Le pôle d'activité, lieu d'enquête, comprend 17 services pour 400 à 420 soignants. Il s'est construit selon une logique de filière de prise en charge (identifiée par CP1, CDS1 et CDS2 mais méconnu de 71,4% des infirmiers enquêtés). L'établissement étant pavillonnaire, le pôle est réparti sur 3 bâtiments et s'étend également sur la ville en ce qui concerne les réseaux.

Il a aujourd'hui « *maturé* » et est entré dans une « *philosophie polaire* » selon CP1. Cette maturation se définit ainsi :

CP1 : « *Les secteurs d'activité se sont rencontrés et ont appris à se connaître ce qui a permis le développement d'une philosophie polaire* ».

CP1 : « *Petit à petit se sont mis en place des projets communs autour d'objectifs liés au processus de prise en charge sur le parcours clinique du patient, et afin d'essayer d'optimiser et de rendre plus clair et lisible le parcours pour le patient.* »

Ce pôle ne fait pas encore l'objet d'un contrat entre le chef de pôle et le directeur de l'établissement. « *La délégation de gestion sera complète en 2013* ». CP1

CDS2 dira qu'elle ne connaît pas les valeurs du pôle : « *elles n'ont jamais été clairement énoncées* ». 76% des infirmiers enquêtés disent également ne pas connaître le projet de pôle.

Par ailleurs, le pôle est sur le point de se restructurer. « *Actuellement des séminaires ont lieu pour réfléchir à ces nouvelles organisations auxquels participent le cadre paramédical de pôle, tous les directeurs, les chefs de services, tous les cadres supérieurs de l'établissement et quelques PH* ». CP1

8.1.2 Etablissement n°2

La nouvelle version des pôles a été mise en place en juillet 2011. C'est un pôle multi sites réparti sur deux hôpitaux. D'après CP2, il est actuellement sujet d'enjeux. En effet, il lui paraît nécessaire que chacun puisse :

- s'approprier toutes les situations,
- faire connaissance avec tout le monde,
- développer une relation de proximité au niveau du pôle,
- rendre le pôle visible pour les agents.

Ce pôle comprend 9 services pour 600 agents. Il s'est construit selon une logique de filière de prise en charge (identifiée par CDS3, CDS4 et CP2) sauf pour le service de CDS3 qui a rejoint le pôle par entente des chefs de service.

CP2 souhaite véhiculer l'équité et la solidarité au sein du pôle, afin de garantir des soins de qualité au sein de tous les services.

La délégation est encore en phase de construction.

8.1.3 Profil des personnes interrogées

8.1.3.1 Les infirmiers

Au regard des tableaux en annexe, je peux dire que la majorité des infirmiers questionnés ont entre 1 et 3 ans d'ancienneté dans l'établissement. Malgré tout j'observe une répartition assez étalée de celle-ci allant jusqu'à plus de 10 ans. (61,9% des infirmiers dans l'établissement n°1 et 54,5% dans le n°2, ont 5 ans ou moins d'ancienneté).

Leur ancienneté dans le service se situe majoritairement entre 1 à 3 ans ou plus de 5ans.

91% d'entre eux étaient présents pour la restructuration des pôles en E1 (contre 38% présents lors de leur création) et 81,81% en E2 (avec 18,18% présents au moment de leur création).

8.1.3.2 Les cadres de santé

3 cadres de santé interviewés sont diplômés depuis moins de 5 ans. Le poste qu'ils occupent actuellement est le premier de leur fonction.

La quatrième cadre de santé est diplômée depuis 2004 et vient d'un autre établissement. C'est son premier poste dans cet établissement. Elle l'occupe depuis 1 an ½.

8.1.3.3 Les cadres paramédicaux de pôle

Elles sont toutes les deux au cœur de leur 2^{ème} mandat de cadre paramédical de pôle et ont toutes les deux vécues une restructuration récente de leur pôle respectif.

8.2 Etablissement n°1

8.2.1 Mobilité

La mobilité fut spontanément le premier concept évoqué par chacune des enquêtés (CP1 – CDS1 et CDS2) en tant que principe fondamental à l'œuvre dans le pôle.

CP1 : « *La mutualisation des ressources humaines s'est faite autour des grandes orientations du pôle. On a défini des règles autour du volontariat, des compétences des agents et de leur capacité à décider dans quel secteur ils souhaitent venir en renfort* ».

Ce principe du volontariat a été confirmé par CDS1 et CDS2, mais il fut nuancé par ailleurs : « *mais on est partie du principe que c'est de la médecine.* » « *En plus elles ont un diplôme généraliste* » et une « *Compétence d'adaptabilité innée* » CDS1.

CP1 : « *On a mis en place des secteurs d'activité qui vont travailler plus en binôme. Du coup, au regard de ces regroupements d'activités, on va développer les compétences chez les infirmières.* »

Cette mobilité est évoquée lors du recrutement par CP1 et constitue une des conditions d'embauche. CP1 souhaite l'équité de l'ensemble des agents du pôle sur ce sujet.

Les objectifs énoncés sont la gestion de l'absentéisme, une gestion plus fine des compétences et l'accessibilité à la découverte. Cette mobilité doit pouvoir également être une soupape pour l'agent en cas de besoin.

CP1, CDS1 et CDS2 sont conscientes de l'inquiétude des soignants vis-à-vis de cette mobilité. « *Vécu comme un peu effrayant par les agents* » CDS1 ; « *vécu comme une contrainte* » CDS2.

Elles se disent vigilantes dans le choix de l'affectation provisoire de l'agent. Pour se faire, un recensement de leurs souhaits concernant la possibilité de faire des heures supplémentaires et leur choix de services, d'horaire (jour ou nuit) a été effectué au niveau du pôle. (CP1)

D'autres paramètres sont évoqués dans cette gestion de la mobilité : elle n'est pas toujours organisée en termes de compétences, mais parfois aussi d'équité dans la mobilité (CDS2). Elle tient compte des problèmes de recrutement (CDS2).

Cette mobilité n'est « *pas forcément simple à organiser* » (CDS1) bien que les organisations soient semblables et devraient en ce sens rassurer les agents.

Cette mutualisation fut dans un premier temps à l'initiative des cadres de santé pour faire face à leur problème d'absentéisme. (CDS2)

CP1 y voit cependant un intérêt majeur : « *elle permet à l'agent de prévoir son orientation de carrière ou au contraire de se rendre compte qu'il apprécie son poste actuel* ».

Cette mobilité concerne 42,85% des infirmiers qui ont répondu au questionnaire à un rythme inférieur à trois fois par an pour 88,88% d'entre eux.

22,22% des infirmiers évoquent un aspect négatif au regard de cette mobilité (« avant stressée à l'arrivée », « sensation d'être un pion, un bouche trou »).

8.2.2 Compétences

8.2.2.1 Définition :

Les compétences sont liées à une profession, des savoirs (CDS1 et CP1), des savoirs faire (CP1 et CDS2) et des savoirs être (CDS1 et CDS2), qui s'acquièrent par l'expérience (CDS1 et CDS2). C'est la « *capacité à transmettre ses savoirs à ses collègues* ». CDS1

Elles font référence également « *à tous les moyens, tous les outils dont l'agent va avoir besoin pour pouvoir fonctionner en toute sécurité et en qualité* ». CP1

Définition partagée par les infirmiers (Cf. annexe 4). A noter que l'adaptabilité (12,5%) y est également associée ainsi que le travail d'équipe (5%) et les valeurs professionnelles (5%). L'idée de démarche personnelle en ressort également : « *implication de la personne nécessaire* » (7,5%) et « *remise en question du professionnel* » (2,5%).

8.2.2.2 Management des compétences en tant que projet de pôle

Le management des compétences est un des axes du projet du pôle. « *Il a été initié par l'ensemble des cadres* » (CP1).

« *L'axe de développement des compétences, elles l'ont toutes mais elles ne le déclinent pas de la même manière.* » (CP1) « *Elles ont des indicateurs de suivi de la performance de leur gestion des compétences* ». (CP1)

Ce développement des compétences est évoqué lors de l'entretien de recrutement : « *Lorsque je recrute les infirmières, je les recrute sur cette polyvalence des compétences* » (en lien avec la mobilité intra pôle). (CP1) Ce développement des compétences est envisagé au regard d'un secteur d'activité (ex : le secteur de pneumologie : endoscopie,

hospitalisation, exploration fonctionnelle...), ou pour atteindre une polyvalence entre deux ou trois secteurs.(CP1)

Il fait l'objet d'une sorte de contrat, d'engagement réciproque obligatoire : « *C'est un deal avec les agents : découvrir qu'elle est la valeur ajoutée de l'agent et développer les compétences en regard* ». (CP1)

63,16% des infirmiers ont un projet personnel de développement des compétences, mais 33,33% de ces derniers n'ont pas jugé utile de le communiquer à leur cadre de santé.

Les compétences des agents sont recensées (CP1), celles liées au poste mais aussi les compétences spécifiques. Sachant que l'encadrement est garant des compétences liées au poste. CP1: « *c'est le rôle du cadre d'accompagner ces compétences et d'accompagner le déroulement de carrière de l'agent.* » « *Il doit faire prendre conscience à l'agent de ses compétences* ». (CDS1)

Les axes prioritaires de formation sur le pôle sont définis en réunion de cadres de pôle, notamment au regard des constats de difficultés de chacune, des événements indésirables, des objectifs de service... « *Le plan de formation ne nous est pas imposé, c'est nous qui le construisons* ». (CP1 et CDS1)

Pour CDS1, le sens de ce plan de formation est important : il faut que cela ait de l'intérêt pour l'agent. 72,72% des infirmiers à qui le plan de formation a été expliqué l'a été au regard de leur Droit Individuel à la Formation (DIF).

A noter que 45% des infirmiers n'ont pas bénéficié d'explications concernant ce plan de formation.

8.2.2.3 Evaluation des compétences

La 1^{ère} évaluation sur le modèle des compétences a été mise en place en 2010.

L'entretien d'évaluation est réalisé au regard du référentiel métier. Elle repose sur une grille d'entretien dans laquelle sont identifiés les savoirs, les savoirs associés... avec des niveaux d'acquisition. Il y a peu de savoirs être. (CDS1 et CDS2). Cette évaluation repose sur une auto évaluation.

Les compétences générales institutionnelles et des compétences spécifiques à chaque unité ont été identifiées.

Le niveau minimum requis est défini institutionnellement au regard des évaluations des agents de l'an dernier.

C'est une démarche organisée et structurée au niveau institutionnel qui se fait conjointement avec la DRH qui se sert de cette évaluation pour la titularisation des agents.

Dès l'arrivée des nouveaux professionnels, un livret de compétences leur est remis, ce qui permet une première évaluation. Sinon, elle est réalisée au moment de l'entretien annuel d'évaluation ou face à une problématique ponctuelle. (CDS1)

CDS1 et CDS2 évoquent des difficultés dans l'évaluation de ces compétences liées au manque de régularité, mais également au besoin d'observation de l'agent.

CDS1 parle de frustration « *au regard du manque de temps qui est consacré à l'échange et à l'observation.* » « *C'est compliqué d'observer* » (CDS1)

De plus, les critères d'évaluation sont perçus comme « *trop larges, trop génériques et pas assez axés sur le savoir être* ». (CDS2) Il n'y a pas assez de souplesse dans la grille d'évaluation (entre acquis et non acquis par exemple). Elle a été constituée par la Direction des Ressources Humaines et la Direction des Soins.

Enfin, la signification des indicateurs de compétences à évaluer peut être interprétée différemment en fonction du cadre de santé. (CDS2)

8.2.2.4 Intérêt du management par les compétences

Pour CDS1, CDS2 et CP1, le management par les compétences bénéficie à la fois au collectif et aux individus :

- « *Création d'un vivier de compétence* » qui « *permet de travailler sur le problème de l'absentéisme* », ou « *de palier à l'épuisement professionnel, notamment dans des secteurs dont les prises en charge sont lourdes* ». CP1
- « *Fidélisation du personnel* » CP1
- « *Optimisation de la prise en charge du patient* » « *Efficiences* » CP1
- « *Assure un travail en sécurité* » CP1, « *Permet d'améliorer leurs conditions de travail* » CDS1
- « *Meilleure capacité des agents à s'auto évaluer* ». CDS1

Pour CDS2, il doit surtout apporter une plus value pour le service et la prise en charge des patients.

8.2.2.5 Moyens mis en œuvre pour développer les compétences

Pour CDS1, le cadre a un rôle important à jouer « *dans l'orientation des agents sur la manière de développer ses compétences afin de les acquérir dans leur globalité, orientation notamment vers des personnes ressources* ».

Ces compétences peuvent se développer en interne dans le service, sur le pôle ou au sein de l'institution.(CP1, CDS2 et CDS1)

En interne dans le service :

CP1 : un tutorat de 15 jours est organisé lors de l'intégration d'un nouvel agent. Et des formations obligatoires polaires ont été déterminées (la transfusion sanguine, la formation PCA, la formation à l'utilisation du MEOPA, les gestes et soins d'urgence, la prise en charge de la douleur). « *Cela correspond à un bagage de formation initiale* ». Ce temps de formation est organisé en lien avec la formation continue.

Des analyses de situation peuvent être organisées en interne dans le service favorisant le partage d'expérience. (CDS1).

Des cours sont également donnés par les médecins. (Ils restent difficiles à organiser au niveau d'un pôle).

CDS2 commence à organiser le développement des compétences de quelques agents sur les différentes unités de sa spécialité, pour ouvrir les agents à l'ensemble de la prise en charge du patient.

En interne sur le pôle :

CP1 : « *Organisation de journées de formation découverte* », « *des journées d'apprentissage de compétences complémentaires* (organisées en semaine de formation dans un autre service). ».

CP1 : mise en place d'un parcours découverte au sein du pôle lors du recrutement : « *l'agent va tourner 3 mois sur chacun des secteurs d'activité. A l'issue d'une année de travail il a un engagement de sa part pour être prioritaire pour aller dans le choix du service du pôle en regard de ce qu'il aura pu découvrir et du plaisir qu'il aura eu à travailler dans telle ou telle activité.* » Cette possibilité n'est pas connue de CDS1.

CDS1, CDS2 et 95% des infirmiers enquêtés pensent qu'il n'y a pas de parcours professionnalisant au sein du pôle.

Ces compétences peuvent se développer en lien avec la mobilité ponctuelle de l'agent (CDS1, CDS2 et CP1).

Au niveau institutionnel :

CDS1 et CDS2 voient dans les formations institutionnelles l'occasion pour les soignants de raconter leurs expériences et de connaître les autres services.

Ces formations doivent être réalisées en cohérence avec les formations obligatoires de l'établissement. « *Il faut une cohérence de l'ensemble* ». CDS1

Une enveloppe budgétaire sur le pôle est dédiée au développement des compétences. Selon CP1, lorsque les agents demandent des formations, ils sont surs de les avoir : « *très clairement c'est un engagement* ».

Ainsi, 62% des infirmiers enquêtés disent avoir bénéficié d'au moins une formation cette année (elle correspond lors de la 1^{ère} formation à une demande de leur part pour 86% d'entre eux et 60% pour la seconde).

Pour autant CDS1 et CDS2 pensent qu'il est plus facile d'organiser ces formations en interne de par leur accessibilité pour les agents.

51,42% des infirmiers estiment que le service est le lieu propice à l'épanouissement de leurs compétences (seulement 5,7% l'envisagent à l'échelle du pôle).

8.2.2.6 Freins au développement des compétences

Les deux cadres de santé et le cadre paramédical de pôle sont conscients d'un certain nombre de freins à la gestion efficace de ces compétences. Ces freins sont liés à l'organisation de ce management, sa finalité véritable et les personnes impliquées.

Les freins liés à l'organisation du management des compétences :

- Le mode d'évaluation pour CDS1 et CDS2 (Cf chapitre précédent sur l'évaluation des compétences),
- Le temps nécessaire à la formation (CP1- CDS2),
- Les moyens mis en œuvre (CP1), au regard du manque de soignants par exemple (qui empêche d'envoyer les agents en formation, qui modifie les prérogatives à la mobilité dans le pôle...)
- Le manque de place dans les formations proposées (par rapport aux formations obligatoires notamment) (CDS2)

- Le décalage entre le moment du recensement du besoin, de la demande et le moment de la réalisation de la formation.
- La mise en place du tutorat nécessite des agents formés.
- Le développement des compétences est principalement basé sur la mutualisation qui est elle-même difficile à organiser à l'échelle d'un pôle. (CDS2)

Les freins liés à la finalité du management par les compétences :

- Il faut déterminer le but réel de ce management : au regard des souhaits des agents ou des besoins de l'organisation.(CDS2 et CDS1)
- Ainsi les formations peuvent prioritairement être choisies pour répondre aux besoins du service, à son intérêt. Les formations doivent bénéficier au collectif. (CDS2). Le management des compétences n'est donc pas envisagé au niveau individuel mais davantage à des fins collectives.
- De la même façon, la gestion des compétences manque d'individualisation car les indicateurs suivis sont très larges.
- « *Le développement des compétences est une démarche obligatoirement portée par la direction* ». CP1

Les freins liés aux personnes impliquées :

- Le nombre important de personnes à former (CDS2).
- L'engagement des agents, leur volonté (CDS1), « *Les agents ne vont pas plus loin que les formations institutionnelles* ». (CDS2)
- Le problème de la précarité des agents en CDD qui est le mode de recrutement systématique des agents.(CDS2)
- La fuite importante des infirmières sur le pôle médecine. La moyenne de survit d'une infirmière (CDS2) est de 3 à 4 ans. Les infirmières ne font pas leur carrière sur l'hôpital. 65% des infirmières sur le pôle ont moins de 5 ans d'expérience (CDS2).

8.2.2.7 Bénéfice de ce management polaire

Seuls CP1 et CDS1 voient un bénéfice pour les soignants au management actuellement mis en place au niveau du pôle.

Pour CP1, il « *offre des opportunités d'ouverture sur les autres services* (et donc de développement des compétences). » C'est également un « *outil managérial pour pouvoir*

amener les équipes vers la performance ». Le bénéfice est donc destiné à la fois au soignant et à l'institution.

Pour CDS1, le bénéfice pour le soignant réside dans une « *mobilité professionnelle facilitée à l'intérieure du pôle* » avec un côté rassurant lié à la constance et à la connaissance du cadre paramédical de pôle.

85,72% des infirmiers espèrent tirer un bénéfice des pôles au travers l'évolution de leurs connaissances.

8.2.3 Changement

8.2.3.1 Le changement et la cadre paramédical de pôle

La mise en place des pôles est perçue positivement par la cadre paramédical de pôle. C'est une « *richesse de pouvoir toucher à d'autres disciplines ou à d'autres prises en charge dans des domaines totalement différents auxquels on n'aura pas pensé quand avant on était en secteurs d'activité ou que l'on travaillait en logique de services.* » (CP1) C'est donc l'idée d'ouverture qui est de nouveau évoquée de part le décloisonnement qu'occasionnent les pôles.

CP1 « *Le pôle correspond à un changement de culture* ».

8.2.3.2 Le changement et les cadres de santé

Pour CP1, ce changement doit s'accompagner auprès des cadres de santé. Il se fait progressivement en travaillant sur le décloisonnement. La réussite de ce changement tient beaucoup de « *la force du cadre paramédical de pôle de vouloir rassembler, accompagner...* ». L'objectif étant « *qu'elles adhèrent à la philosophie du pôle.* »

La difficulté d'adhésion au changement du cadre de santé tient au fait qu' « *elles sont cœur de métier* ». (CP1)

Bilan est fait aujourd'hui par CP1 qu'elles ne sont pas toutes arrivées au même niveau dans cette approche des pôles. Donc CP1 ne les manage pas toutes de la même façon. Son accompagnement pourra porter notamment sur la délégation de gestion.

Au regard de la perspective de redécoupage des pôles, pour CP1, « *les cadres sont inquiets de savoir avec qui elles vont travailler, qui fera partie de leur pôle et quelle en sera la philosophie.* »

Les cadres n'ont pas été sollicités et ne le sont toujours pas, dans les réflexions en lien avec les restructurations des pôles.

CDS1 n'a pas vécu dans cet établissement la mise en place des pôles. Elle est arrivée un mois avant la réorganisation du pôle en septembre 2010. Elle n'a pas participé à la création de ces pôles et n'est pas sûre de sa logique de construction. Cependant, pour elle, les pôles facilitent les relations, la circulation de l'information et les réorganisations.

CDS2 est arrivé dans l'établissement un an après la mise en place des premiers pôles. Elle pense que ce qui a guidé leur modification dans leur deuxième version est la disparition des cadres supérieurs de santé. Elle l'a vécu comme une perte, notamment en termes d'encadrement (Diminution des liens et de leur fréquence avec la hiérarchie directe).

Elle est par ailleurs très au clair sur la logique de construction du pôle au regard de sa spécialité (médecine) et de la filière de prise en charge. Mais elle n'approuve pas la complète logique d'organisation du pôle : services de consultations de médecine répartis sur plusieurs pôles....

Le seul point positif des pôles est l'ouverture qu'ils occasionnent sur les autres services et du coup, une réflexion différente, plus globale, qui s'organise.

Sinon, le pôle est vécu comme négatif au travers les enjeux qu'il représente pour elle-même ou au regard de son fonctionnement. Ainsi, sa crainte principale est celle de son devenir à chacune des réorganisations. Elle regrette, en ce moment, de ne pas avoir eu de retour d'informations sur le séminaire pour la restructuration du pôle qui vient d'avoir lieu.

Le pôle est propice pour elle à un manque de communication, voire à une perte d'information. Il constitue à ses yeux « *une machine lourde à faire avancer* ».

De plus, le pôle peut la mettre en difficulté: elle ne se sent pas toujours compétente pour accompagner les équipes vers la qualité des soins au regard de tous les services du pôle et des remplacements cadres qu'elle peut elle-même effectuer. L'aspect gestionnaire, avec les tableaux de bord exigés par le pôle, ne lui permet plus d'avoir la même proximité avec son équipe. Elle a moins de temps à leur consacrer, ce qu'elle déplore. En effet, selon elle, la cohésion d'équipe passe par des réunions, une présence du cadre. Un besoin de lien par ailleurs manifesté par l'équipe.

CDS2 ne pense pas que les agents puissent tirer un bénéfice du pôle.

8.2.3.3 *Le changement et les soignants*

Le vécu de la mise en place des pôles par les soignants est de deux natures selon CDS1, CDS2 et CP1 :

- Une non perception du changement de par le peu d'impact que la mise en place des pôles a eu sur leur quotidien.
- Une crainte par rapport aux modifications organisationnelles qui les concernent.

La structure interne des services et de ses acteurs n'est pas modifiée si ce n'est « *une distanciation du cadre supérieur sur le pôle* ». (CP1) Mais « *elles ne vivent pas le pôle dans leur quotidien même si les cadres communiquent dessus.* » (CP1) 19% des infirmiers enquêtés ont l'impression que l'institution du pôle a impacté le service (2 de ces 4 infirmiers étaient présents lors de la mise en place des premiers pôles).

La constance des organisations se retrouve également dans la non modification des services privilégiés avec lesquels ils sont amenés à travailler et donc la constance de leurs rapports. (33,33% des infirmiers pensent que les pôles n'ont pas affecté la coordination des soignants et l'ambiance de travail).

CP1 et CDS1 pensent que le changement pour cela a été « *Plutôt bien vécu* ».

Du coup, ils sont restés dans une philosophie de service, de secteur d'activité au mieux. « *Ils ne perçoivent pas l'intérêt du pôle* » (CP1) si ce n'est qu'ils ont désormais la possibilité de faire des heures supplémentaires payées (CP1). Certains infirmiers pensent cependant que le pôle a été favorable à la prise en charge du patient, aux pratiques professionnelles (23,07%) et au projet de service (15,38%).

Pour CP1 cette réaction est « *légitime, parce que ce qui compte, ce sont leurs difficultés, leurs besoins quotidiens, la prise en charge de leurs patients, la population qu'ils vont accueillir* ».

La crainte des agents concerne principalement la mobilité (CP1). « *Les agents ne veulent pas de la mutualisation* » par manque de connaissances, difficulté de cohésion entre les équipes. (CDS2). Les infirmiers évoquent également des conditions de travail (33,33%) et des organisations (16,67%) dégradés du fait de la mise en place des pôles.

8.2.3.4 Conduite du changement par l'encadrement

Pour CP1, l'accompagnement au changement relève à la fois de l'encadrement supérieur et de l'encadrement de proximité. Il s'agit « *de les tirer vers le haut et de les amener vers cette philosophie polaire* ».

Pour CP1, son action auprès des cadres a deux axes :

- Favoriser la connaissance de chacun par le partage, notamment de leurs difficultés respectives, et cela à l'occasion des réunions de cadres du pôle.
- « *Travailler sur l'isolement du cadre de proximité* » en créant « *une dynamique de cadres* ».

Deux temps forts sont par ailleurs identifiés dans l'accompagnement des soignants :

- Les évaluations annuelles ;
- Au quotidien, en « *donnant du sens au pôle, en favorisant la création de lien entre secteurs de proximité pour pallier aux difficultés et en travaillant sur le sens de la prise en charge du patient* » (CDS2).

8.2.4 Sentiment d'appartenance

8.2.4.1 Définition

Le développement d'un sentiment d'appartenance nécessite du temps (CP1), de comprendre les engagements du groupe (CP1), d'avoir des valeurs communes sur la prise en charge des patients (CDS1), un intérêt commun (CDS1).

Il repose sur une notion d'engagement, de motivation, d'implication, de fédération autour de projets (CP1). Il nécessite des échanges (CDS1), de se connaître (CDS1 et CDS2) au profit d'une certaine cohésion du groupe (CDS2).

Pour CP1, « *l'identité professionnelle de l'agent va se construire grâce à cette appartenance au groupe.* » Mais pour cela, « *le groupe doit d'abord accepter l'autre comme étant membre de son équipe pour pouvoir après fédérer.* »

Deux notions entre donc en jeu : les réactions et actions de l'individu et celles liées à la dynamique du groupe.

Les infirmiers accordent une grande importance au groupe en lui-même (24,3%) mais également à la solidarité (10,8%), à l'intégration (10,8%) et au partage de valeurs communes (13,5%).

8.2.4.2 Le sentiment d'appartenance du cadre paramédical de pôle

CP1 « *se sent engagée dans cette fonction* » et apprécie l'ambiance et le cadre de travail « *avec des collaborateurs de proximité efficaces* ». CP1 souligne la « *complémentarité de l'équipe* » et le fait qu'ils « *partagent la même philosophie* ».

8.2.4.3 Le sentiment d'appartenance des cadres de santé

Pour CP1 et CDS1 : « *Les cadres ont développé un sentiment d'appartenance pour le pôle de médecine* ». Grâce à une « *réunion toutes les semaines avec les cadres du pôle* » et donc le développement « *d'une connaissance mutuelle* ».

Ce sentiment repose sur la capacité des cadres dorénavant à « *décloisonner* ». (CP1) « *Elles constituent une force de groupe* » qui « *se traduit par du soutien, de l'aide, de l'accompagnement, du compagnonnage* ». « *Elles ont des projets communs* ». (CP1)

Ce sentiment « *nécessite une harmonie dans le groupe, un partage des valeurs et de la philosophie* ». (CP1)

Mais il répond de toute façon « *à un besoin car les cadres de santé ont davantage besoin de communication inter services* ». (CP1)

CDS2 comprend cette logique de pôle, a conscience de la cohésion de l'équipe cadre qui existe (faite de rencontre informelle, d'échanges, de solidarité, partage des compétences de chacune, des valeurs...). Pour autant, elle se sent davantage « *attachée* » à son service.

8.2.4.4 Le sentiment d'appartenance des soignants

Pour CP1, CDS1 et CDS2, les agents n'ont pas encore le sentiment d'appartenance envers le pôle.

Leur sentiment d'appartenance se situe davantage envers le service (CP1), l'équipe de jour, la spécialité ou les collègues (CDS2). « *Ce pour quoi l'agent a fait un choix* » (CDS2). Ce sentiment d'appartenance « *se limite aux secteurs avec lesquels les agents travaillent quotidiennement : ils se téléphonent, connaissent le personnel, ils partagent les mêmes patients.* » (CDS1) 66% des infirmiers pensent connaître une partie de leurs collègues, à hauteur de « *quelques uns* » (73,33%) et considèrent « *rarement* » les rencontrer (63,63%).

Par ailleurs, tous les infirmiers n'en sont pas au même niveau en fonction de leur expérience, de leur culture pool... (CDS2).

Les infirmiers identifient le service de soin comme source principale de leur sentiment d'appartenance puis l'équipe de jour et celle de nuit (le pôle arrive après l'établissement dans ce classement). Il repose essentiellement sur l'ambiance de travail et la complémentarité soignante.

Pour CDS1 et CP1, ce sentiment relève davantage de l'encadrement (paramédical et médical). Car la connaissance de toutes les équipes pour les agents n'est pas possible.

CDS1 est la seule à voir un intérêt à l'acquisition de ce sentiment d'appartenance: il serait en faveur d'«une meilleure organisation pour la prise en charge du patient » et « permettrait d'éviter d'entrer dans le conflit inter équipes ». Pour elle, la présence de ce sentiment serait « davantage profitable au collectif qu'à l'individu ».

CP1« ne sait pas s'il y a un besoin identifié car ils vivent bien la situation comme elle est ». Pour autant, selon elle, « il faut laisser aux soignants la possibilité d'occuper une place, les accompagner dans le développement de ce sentiment d'appartenance, pour ne pas avoir une juxtaposition d'agents. » Et cela passe avant tout par « accepter l'autre comme étant acteur de cet engagement ». (CP1)

8.2.4.5 Méthodes de développement du sentiment d'appartenance mises en œuvre

L'intégration des agents dans les pôles passe par l'encadrement et ce qu'il met en place au sein du pôle ou de son unité. Ces actions viseront principalement la découverte et la connaissance des autres services ou équipes du pôle, mais également « *le fonctionnement du pôle et les responsables de pôle* » (CDS1) :

- « *Organisation de journées de formation découverte* » (CP1). Les agents sont alors détachés du planning du service.
- « *Journée annuelle de pôle dédiée à la découverte des équipes* ». Journée qui visait une présentation des projets du pôle et des activités spécifiques à celui-ci qui furent présentées par les soignants. Cette journée fut source de discussion et d'échanges entre pairs. 76% des infirmiers disent ne pas connaître le projet du pôle.
- « *Journée d'accueil des nouveaux agents* » durant laquelle est réalisée une présentation des pôles et de leur philosophie respective, dans les six mois qui

suivent son arrivée dans l'établissement. A lieu également une présentation du projet d'établissement et du projet de soins.

- Les formations institutionnelles favorisent les échanges, le partage de leurs expériences. (CDS1)
- Organiser la mobilité ponctuelle des agents sur le pôle.(CDS1)
- Enfin les travaux de groupe soutiennent cette découverte de l'autre (« *une Charte de fonctionnement interservices a été travaillée ensemble par les équipes* ». CP1)

Mais ces temps d'échanges nécessitent de la part du cadre de santé de donner aux agents les moyens d'y assister. « *Il faut toujours innover, créer, trouver des solutions* » par rapport aux contraintes. (CP1)

L'élaboration du sentiment d'appartenance s'initie également par une diffusion de l'information concernant le pôle par le cadre de santé au travers de réunions d'information, d'échanges avec les agents. (CDS1)

Le cadre aura également pour mission de donner du sens au pôle : « Mettre en évidence l'utilité, la solidarité du pôle ». « Leur montrer ce que le pôle peut leur apporter ainsi qu'au patient ». « Montrer que le pôle peut être source de solutions ». (CDS1) Utiliser « la force du pôle », « les possibilités de négocier en groupe ». (CP1)

« Le pôle peut permettre le développement des compétences, en fonction du sens que l'on y met ». (CDS1)

Il s'agit de valoriser l'utilité du pôle pour le patient, le groupe et l'agent lui-même.

Il tient également au cadre d'identifier l'objectif commun du pôle: une prise en charge de qualité du patient. (CDS1)

Pour CP1, c'est permettre à l'agent d'avoir une place dans cette organisation : « Valoriser les soignants ». « C'est leur donner à la fois des outils, des moyens en termes de connaissances, de bagages de compétences, pour que petit à petit il puisse construire cette appartenance. » « Travailler ensemble et trouver ce qu'il y a de mieux pour notre pôle ». (CP1)

Cela passe pour elle également par une « *transparence* » auprès des équipes et une grande « *proximité* », du lien. Elle les rencontre tous systématiquement tous les 2 mois. « *Ecouter les équipes, pour les accompagner et répondre à leurs besoins* ».

« Je couvre tous leurs besoins. Mon engagement est là. Ce qui permet d'avoir quelques exigences pour le pôle. Ils savent qu'ils sont entendus et ils me le rendent. J'ai quand même une paix sociale dans mon pôle ». (CP1)

« Elles (les équipes) vont avoir un retour sur cet effort qu'elles auront engagé (pour le pôle) ». (CP1)

100% des infirmiers connaissent la cadre paramédical de pôle notamment au travers des réunions de service (pour 80,95% d'entre eux) et lors de ses passages spontanés dans le service (pour 38,09% d'entre eux).

Cet accompagnement est « *organisé en partenariat avec le cadre de santé* ». (CP1)
Car le cadre de santé a un rôle important « *de lien avec les équipes et entre les équipes* » (CP1 et CDS1). « *Ce lien repose sur le lien existant entre les cadres* ». (CDS1)

CP1 va donc également mettre en œuvre des actions visant à approfondir le sentiment d'appartenance chez les cadres de santé :

- « *Transparence et partage de l'ensemble des tableaux de bord avec les cadres du pôle* »
- « *Partage de la stratégie pour qu'elles ne soient pas que dans la mise en œuvre.* »
- Fréquence de leur rencontre avec l'encadrement supérieur (tous les 15 jours).
- Echanges à l'occasion des bureaux de pôles. (CDS1)

8.2.4.6 Freins au développement du sentiment d'appartenance

Ces freins relèvent de contraintes dans la mise en œuvre des actions précédemment citées visant à la constitution de ce sentiment d'appartenance. Ils sont de trois ordres :

- Gestion financière et budgétaires du pôle : Cette gestion des moyens à flux tendu ne permet pas de dégager du temps aux agents pour qu'ils se rencontrent ni pour qu'ils se forment. (CP1-CDS1).
- Les agents : Il n'y a pas toujours de volonté des agents de développer un sentiment d'appartenance, ni d'approfondir ses compétences.(CDS1) Les agents ont « *un sentiment de sécurité dans leur service et s'appuient sur des habitudes, notamment les anciennes* ». (CDS2)

De plus, il y a un gros manque de moyens humains lié à des problématiques de recrutement. Cette difficulté n'est pas en faveur d'une mobilité organisée

pour de la découverte ou à l'acquisition de compétences mais plus pour de la gestion d'absentéisme.(CDS1)

« *L'ouverture aux autres est également difficile lorsque l'on manque de personnel.* » (CDS1)

Le turn-over important des équipes n'aide pas à la connaissance de chacun. (CDS2)

- Le pôle : « *Plus vous agrandissez la structure, plus le groupe est grand, plus c'est dure de se construire une identité professionnelle* » CP1 « *Nécessité d'une taille humaine des pôles* ». CP1, CDS2 et CDS1 car les agents « *ont surtout besoin de proximité pour se connaître et d'écoute* ». (CP1) « *Ils peuvent avoir le sentiment d'être perdu dans la masse du groupe* ». (CP1) La difficulté tient aussi au fait que le pôle est multi sites. (CDS1 et CDS2)

La taille du groupe est aussi vécue comme un frein au niveau de l'encadrement. Lors des réunions de cadres de pôle, ils ont le sentiment de ne pas vraiment partager et s'écouter. En effet, afin que chacun des cadres puissent s'exprimer, la réunion dure longtemps. Or, le manque de temps de chacun, fait qu'une fois que le cadre s'est exprimé, il s'en va. Le dernier qui prend la parole n'a donc plus d'auditoire.

Pour les cadres, il s'agit, avant tout, de créer ce lien et ce sentiment au niveau d'un secteur d'activité. CDS2 travaille à la construction de ce lien envers le service auprès de l'équipe de son unité. Cela se traduit par une mutualisation ponctuelle des locaux, des moyens humains, le développement des compétences en lien avec ce secteur, cette spécialité.

8.3 Etablissement n°2

8.3.1 Mobilité

Pour CP2, CDS3 et CDS4, la mobilité est un principe qui n'est ni souhaité ni organisé au niveau du pôle.

Pour répondre aux besoins liés à l'absentéisme, l'encadrement peut faire appel à une équipe de suppléance (de l'institution), à de l'intérim ou aux heures supplémentaires (agents du service ou non) (CDS3).

Pour autant, la mobilité existe. Elle s'est développée de différentes façons :

- CDS3 a développé une mobilité entre unités d'une même spécialité par rapport au parcours du patient dans cette spécialité. A la base, ce fut initié au regard d'un manque d'effectif. Mais cela constitue désormais une richesse dans la prise en charge du patient.
- Il existe une mobilité informelle, liée à la possibilité pour les agents de faire des heures supplémentaires sur l'ensemble de l'établissement. (CDS4) 1 seul infirmier parmi les enquêtés a été amené à dépanner une fois dans un autre service du pôle.

La mobilité qui existe n'est donc pas organisée en fonction des compétences des agents. (CP2)

Cette mobilité est cependant envisagée spontanément par CP2, CDS3 et CDS4 :

- CDS4 a réalisé une démarche auprès de son équipe pour connaître leur volonté par rapport à une éventuelle mobilité. Elle l'envisageait sur la base du volontariat. Cette démarche de sa part fait suite à son constat de manque de personnel sur le pôle.
- Pour CDS3 et CP2, il s'agirait de créer un pool d'agents motivés à la mobilité, volontaires, mais qui développeraient au maximum une bicompetence (la mobilité se limiterait à deux services).

Pour CP2, développer la mobilité ne doit pas être synonyme de polyvalence. Son objectif est de prioriser l'expertise des soignants pour répondre à ses propres objectifs de qualité de prise en charge sur le pôle.

Pour CDS3, un certain nombre de personnel serait intéressé par ce pool ou par des parcours professionnalisant, notamment dans le but de développer leurs compétences. Cette organisation nécessiterait d'être mise en place dès le recrutement. Cependant, si cette mobilité répondrait à un besoin de l'ensemble du pôle, elle ne pourrait pas s'organiser à son échelle car il s'étend sur deux hôpitaux différents.

8.3.2 Compétences

8.3.2.1 Définition

Pour CDS3 et CP2, la compétence, ce sont « *des savoirs mis en œuvre* », donc des aptitudes, qui s'accompagnent d'une attitude. Elle découle de l'expérience et de la formation. C'est « *un mélange de théorie et d'expériences pratiques* » (CDS3), « *de*

compétences techniques et relationnelles » (CDS4). Il existe des compétences spécifiques liées au service (CDS3).

Pour les infirmiers également sa définition tourne principalement autour des savoirs mais il s'y ajoute une notion d'adaptabilité (4,76%), de remise en question (4,76%) et de travail en équipe (4,76%).

8.3.2.2 Management des compétences en tant que projet de pôle

Pour CP2, l'objectif du développement des compétences doit répondre au besoin d'expertise des soignants au sein de leur unité de soins et cela au profit du collectif. Sachant que deux axes sont envisageables dans la gestion des compétences :

- Au regard du poste attendu et donc de la fiche de poste.
- En fonction de compétences personnalisées : compétences liées au rôle ou compétences de fait.

Par ailleurs, CP2 a fait le choix, dans un premier temps, de travailler au développement des compétences de son encadrement. Cela se traduit par une valorisation et une reconnaissance des compétences des cadres. Ce fonctionnement devant permettre aux cadres de santé de faire la même chose auprès de leurs propres agents.

Cependant, CP2 n'a pas formalisé les compétences qu'elle attend du cadre. Pour elle, ces compétences sont attendues au regard du référentiel.

Pour CDS3 et CDS4, le management des compétences ne fait pas partie des projets du pôle. Elles le travaillent cependant au sein de leurs unités respectives, sans que cette démarche ne soit identifiée comme un projet de service.

Il n'y a pas eu de recensement formalisé des compétences des agents (CDS3 et CDS4) bien que ce travail ait été initié avec l'ancien cadre paramédical de pôle. (CDS3)

CDS3 et CDS4 travaillent davantage sur les compétences liées à la fonction.

Selon CDS3, il y a peu de compétences spécifiques dans le service donc il n'y a pas besoin de formaliser un management par les compétences. Pour autant, pour s'assurer de la maîtrise des compétences liées à la spécialité, CDS3 impose aux agents de tourner sur l'ensemble des postes proposés dans le service. Cela leur permet également de partager leurs expériences et de se transmettre leurs savoirs.

Un nouveau protocole a été instauré pour l'approbation des formations des agents : avant elle était soumise à la fois au cadre de santé et au cadre paramédical, mais désormais, elle ne nécessite que la signature du cadre de santé. C'est donc lui qui priorise les formations, qui choisit celles qu'il juge pertinentes. (CDS4) Or, le cadre de santé gère les compétences au regard de l'intérêt pour l'agent. Mais cette gestion ne correspond pas à la volonté du cadre paramédical de pôle qui souhaite que les formations profitent au collectif. (CDS4)

8.3.2.3 Evaluation des compétences

L'évaluation se fait au moment de l'intégration pour recenser les besoins, puis au quotidien et enfin lors de l'évaluation annuelle. (CDS3 et CDS4). Elle repose sur la fiche métier. (CDS3 ET CDS4). Par ailleurs, les fiches de poste sont déclinées sous forme de missions. (CDS3)

L'évaluation des compétences est jugée difficile par CDS3 et CDS4 :

- Cela demande beaucoup de présence sur le terrain (CDS3),
- Une certaine expertise de la part du cadre de santé (CDS3). CDS3 se base également sur son expérience personnelle pour réaliser cette évaluation.
- Elles manquent de temps pour réaliser ces évaluations. (CDS4)
- Enfin, « *les agents n'aiment pas être évalués. Ils veulent juste la reconnaissance liée à leur diplôme. Ils ont peur de cette évaluation* ». (CDS4)

Pour CDS4, le rôle du cadre revient principalement alors à prioriser les formations.

8.3.2.4 Intérêt du management par les compétences

CDS3 et CDS4 voit dans le management par les compétences, un intérêt pour l'individu et le collectif :

- Lorsque la démarche existe, elle « *permet aux soignants de se tenir informés des évolutions* », d'être en veille. (CDS3) Elle est propice aux « *échanges sur les pratiques* », « *la découverte d'autres méthodes* » (CDS3), et donc l'amélioration des pratiques. (CDS4)
- Par ailleurs, elle pourrait « *répondre au manque d'anticipation actuelle dans la gestion du personnel. Celle-ci se faisant davantage dans l'urgence et à des fins de sécurité pour les soignants et les patients* ». (CDS3)

8.3.2.5 Moyens mis en œuvre pour développer les compétences

Le développement des compétences s'organise sur trois dimensions :

- Au sein de l'institution :

La formation continue propose peu de formations institutionnelles (CDS4). Par ailleurs, une seule est obligatoire dans l'institution. (CDS3). 54,54% des infirmiers enquêtés disent avoir réalisé une formation cette année pour 50% suggérée par le cadre de santé (en ce qui concerne la première formation).

- Sur le pôle :

Pour CDS4, il n'y a pas vraiment de partage des compétences organisé au niveau du pôle.

Des formations sont proposées par les unités du pôle dans un but de mutualisation des savoirs. (CDS3)

« Organisation de journées de transmission de compétences par l'intermédiaire d'un agent expert ». (CDS4)

Un projet prévoit par ailleurs, d'accompagner les agents sur la base du volontariat dans la découverte d'autres services en priorisant le développement de compétences par jumelage de deux services.(CDS4) Pour CDS4 et CDS3, ces parcours professionnalisant ne sont pas encore mis en pratique, contrairement à ce qu'en dit CP2. Aucun infirmier ne les a pas ailleurs mentionnés.

- Dans les services :

Un tutorat d'un mois est instauré dans les services pour tous les nouveaux agents. (CDS3, CDS4) Par ailleurs, « ce tutorat valorise la personne qui forme ». (CDS3)

Des formations en interne sont organisées « par manque de moyens pour les envoyer à l'extérieur ». (CDS3)

Le suivi des dossiers de soins infirmiers permet un réajustement quotidien. (CDS4)

Les agents sont très demandeurs de cours (assurés par les médecins, les laboratoires) qui répondent à des besoins de développement de compétences spécifiques. (CDS3 et CDS4) « Les cours mobilisent davantage les soignants ». (CDS4)

CDS3 et CDS4 orientent également les agents vers les supports à disposition dans l'unité (protocoles, intranet...).

Des infirmières référentes, ressources pour leurs collègues du service, ont pu être nommées au sein de l'unité par le biais de la formation (CDS4).

Les formations en interne, à l'échelle du service sont priorisées par CDS3 et CDS4. 45% des infirmiers enquêtés considèrent aussi qu'il s'agit du niveau le plus adapté à leur épanouissement professionnel.

8.3.2.6 Freins au développement des compétences

Les cadres de santé ont évoqué de nombreux freins dans leur management défavorables au développement des compétences. Ils peuvent se regrouper autour de trois causes principales :

- Organisationnelle :

Il ressort principalement un manque de moyens financiers (CDS3), un manque de temps (les formations de quelques heures seront privilégiées) (CDS3) et des contraintes de planning liées à des problématiques d'effectifs et de recrutement. (CDS4, CDS3 et CP2)

Le mode de recrutement des agents en CDD implique parfois une présence discontinue de l'agent. (CDS3)

Les formations institutionnelles ne disposent pas assez de place et manquent de choix (CDS4). De plus, les horaires de formation ne sont pas toujours adaptés : « *le soignant n'est alors pas disponible pour se dégager de son unité* ». (CDS4) Aucun des infirmiers enquêtés ne s'est vu expliquer le plan de formation.

CDS4 estime qu'il y a en plus, un manque de vigilance de l'institution par rapport aux formations obligatoires.

Enfin, il lui paraît difficile d'apporter de la cohésion aux formations sur le pôle ou d'organiser celles-ci à son niveau puisqu'il est bi sites. (CDS4)

- Méthodologie de management :

Ce management des compétences doit être organisé pour le soignant et non pour répondre au besoin du service. (CDS4)

Par ailleurs, CDS3 ne les encourage pas à développer des compétences spécifiques.

Le développement des compétences n'est pas une volonté de la DRH. Il s'agit davantage d'une gestion comptable plus qu'une gestion des compétences.

Pour CP2 il faut un encadrement suffisant et formé au management des compétences (ce qui n'est pas le cas sur le pôle). De plus, les cadres de santé ont de grosses équipes qui rendent difficile un accompagnement personnalisé. « *Les cadres font davantage une gestion de masse, avec des équipes qui tournent beaucoup* ».

- Concernant les agents :

Les cadres de santé (CP2, CDS3 et CDS4) doivent faire face à un turn-over important des infirmiers. Pour CP2, la durée de vie moyenne d'une infirmière sur le pôle est de 1an ½ à 2 ans. Il leur faut donc travailler en priorité sur la stabilité des agents (plus que sur leur mobilité) et essayer de maintenir le niveau de compétence de l'unité.

De plus, pour CP2, les agents envisagent davantage de développer leurs compétences en dehors de l'établissement.

Les agents sont par ailleurs peu motivés pour développer leurs compétences (CDS4). Pour CP2, les agents ont fait le choix de leur spécialité et ne souhaitent pas en changer. Pourtant, 63,63% des infirmiers enquêtés disent avoir un projet personnel de développement de leurs compétences (mais 37,5% ne l'ont pas communiqué à leur cadre).

8.3.2.7 Bénéfice de ce management polaire

CP2, CDS3 et CDS4 envisagent surtout le bénéfice de ce management au profit du soignant :

- Développement par l'agent d'un sentiment d'appartenance pour le pôle si celui-ci n'était pas si important. (CDS3)
- Changement de service facilité (CDS3 et 20% des infirmiers enquêtés).
- Un choix de compétences qu'il ne pourrait pas trouver au sein de son unité. (CDS4)
- « Un plus à leur quotidien de soignant qui élargirait leur horizon » (CDS4). Les infirmiers y voient notamment une possibilité d'élargissement de leurs connaissances et un frein à la routine.
- Une réactualisation régulière de leurs connaissances. (CDS4)
- Une valorisation du soignant et sa responsabilisation. (CDS4 et CP2)
- Une source de motivation pour l'agent (CP2).
- Une reconnaissance d'un agent par rapport à un autre dans son rôle.(CP2)
- La possibilité de construire un projet professionnel avec une prise de conscience de leur valeur. (CP2)

Pour CP2, ce serait un accompagnement individualisé au service du collectif.

8.3.3 Changement

8.3.3.1 *Le changement et le cadre paramédical de pôle*

Pour CP2, la première version des pôles a débuté par une juxtaposition de services et c'est grâce au travail de l'encadrement qu'une organisation s'est construite. C'est l'encadrement qui a fait le lien. Le pôle a obligé les personnes à se parler, à se connaître.

Aujourd'hui, pour CP2, il y a une réelle visibilité par chacun du pôle mais pas encore de partage sauf au niveau de l'encadrement.

Les pôles ont permis de redonner de l'équité entre les services (avant l'aura d'un chef de service pouvait profiter à un seul service).

De plus, ils ont été l'occasion de repositionner l'encadrement dans un positionnement davantage stratégique (et moins dans l'opérationnalité pour les cadres de proximité). CP2 a donc fait le choix d'un management prônant l'autonomie du cadre par la délégation. Son rôle a été d'accompagner les cadres de santé.

Elle n'a pas été consultée lors des réflexions dans la mise en place des pôles. Et son évolution en multi sites le rend difficile à gérer.

8.3.3.2 *Le changement et les cadres de santé*

CDS3 n'a pas vécu la première mise en place des pôles dans son établissement mais a été présente pour sa restructuration en juillet 2011. Elle n'y a pas participé personnellement. Elle est passé d'un « *petit* » pôle comprenant deux spécialités à un « *énorme* » pôle. Le pôle correspond donc pour elle à une perte d'encadrement de proximité pour elle-même. Elle se sent « *d'avantage livrée à elle-même* ». De plus, pour elle, le cadre de santé a davantage de fonctions.

CDS4 n'a pas non plus connu la mise en place des pôles en 2007. Mais elle était présente pour la restructuration de 2011. Elle n'a pas participé aux décisions concernant les modifications des pôles. Avant elle faisait partie d'un pôle composé d'une petite équipe qui avait facilité son intégration, lui avait évité de se sentir isolée dans son pôle.

Actuellement la grandeur du pôle et sa situation en bi sites ont diminué la possibilité de travailler en collaboration et l'accessibilité de la cadre paramédical de pôle.

Elle se sent soumise à une certaine mobilité pour pouvoir assister aux réunions puisque le pôle est bi sites.

Pour CP2, le management qu'elle a mis en place suite à la constitution des pôles à base d'autonomie, doit avoir permis au cadre de s'approprier le pôle, de le rendre plus visible à leurs yeux, et donc de lui donner sens.

8.3.3.3 Le changement et les soignants

L'encadrement apporte trois degrés différents de vécu de la mise en place des pôles par les soignants :

Pour CP2, les pôles n'ont pas eu d'impact sur les soignants si ce n'est leur permettre de découvrir d'autres services.

Pour CDS3, ils n'ont pas modifié le quotidien des agents, ni leurs relations avec les collègues du pôle. Ils ont gardé les mêmes interlocuteurs sans s'ouvrir davantage au pôle (4 infirmiers seulement disent connaître quelques uns de leurs collègues, mais la majorité ne se voit jamais). En revanche, les agents, sans craindre les pôles, ont surtout été en demande de repères. En effet, le besoin d'appartenance est une notion importante pour le professionnel et nécessaire pour son propre développement professionnel. Ainsi, les agents n'ont désormais que peu de contact avec l'encadrement supérieur (45,45% des infirmiers disent ne pas la connaître) et le cadre de santé a donc accentué son rôle d'interlocuteur privilégié.

Pour CDS4, la dernière refonte des pôles en juillet 2011 a créé de la « *panique* », « une inquiétude franche » chez les agents. Ils craignaient la mise en place d'une mobilité (même si la politique du pôle de non mobilité est clairement affichée).

Les soignants ont également leur propre vision de ce changement. Globalement, 36,36% des infirmiers y voient un côté positif notamment pour eux-mêmes et dans la prise en charge des patients. 54,54% pensent que cela a impacté le service : positivement au niveau de l'ambiance de travail (20%) et des pratiques professionnelles (30%) ; négativement en ce qui concerne les organisations (29,4%) et les conditions de travail (23,5%) pour lesquels le manque de personnel a été souligné. Ils estiment que leurs valeurs et la coordination des acteurs n'en a pas été affecté.

8.3.3.4 Conduite du changement par l'encadrement

Pour CP2, « *les agents ont besoin de comprendre le sens des choses* ». Elle a donc organisé un accompagnement individualisé des cadres de santé en fonction de leurs besoins et mis en œuvre une forte délégation favorisant leur autonomie et leur perception du pôle.

CP2 pense que la communication et une relation de proximité favorisent la visibilité du pôle auprès des agents. Elle demande donc aux cadres de santé de redescendre l'information concernant le pôle et notamment au travers de réunions de service régulières.

Pourtant, CDS3 communique peu sur le pôle sauf pour identifier des problèmes communs. Et CDS4 transmet les informations mais ne prône pas le pôle. Elle préfère opter pour « *un management maternant* ». (CDS4)

Ainsi, 81,81% des infirmiers enquêtés ne connaissent pas le projet de pôle, ni sa logique de création (pour 72,72% des infirmiers ayant participé).

8.3.4 Sentiment d'appartenance

8.3.4.1 Définition

L'appartenance se définit en fonction d'un groupe de personnes et d'un espace. (CDS3) Elle est liée à une ambiance de travail, une solidarité de l'équipe (cohésion, esprit d'équipe). Elle repose sur des échanges, une proximité, la régularité des contacts, une connaissance des personnes, la confiance, le partage de valeurs communes, d'un objectif commun et la volonté de travailler ensemble. (CDS3 et CDS4)

Pour CP2 le sentiment d'appartenance repose sur le type de patients accueillis (population en difficulté sociale ici), le mode de prise en charge à la marge et sur le partage d'une mission de service public. Pour CP2, il est important de partager les mêmes valeurs.

Les infirmiers le relient principalement à la notion de groupe (31,82%).

8.3.4.2 Le sentiment d'appartenance du cadre paramédical de pôle

CP2 a un sentiment d'appartenance envers le pôle et considère qu'il est de son rôle de le fédérer auprès de l'encadrement.

8.3.4.3 Le sentiment d'appartenance des cadres de santé

CP2 pense que les cadres de santé ont créé un vrai lien, qu'elles ont construit quelque chose ensemble. Elles se connaissent, s'appellent et se rencontrent (elles se déplacent). Pour CP2, elles ont développé ce sentiment d'appartenance.

Pourtant, CDS3 et CDS4 n'ont pas le même ressenti. Pour elles, elles ne connaissent que peu leurs collègues cadres car elles se rencontrent peu (réunion une fois

par mois). Et ce sera à l'avantage des collègues du pôle du même établissement. CDS3 estime qu'il n'y a pas assez d'échanges entre les cadres et que ces derniers sont trop ponctuels. Il y a un manque de temps pour créer du lien entre eux. Ce que les cadres connaissent principalement, ce sont les difficultés qu'ils partagent tous. Du coup, CDS3 s'est créé un réseau de cadres ressources de proximité.

CDS3 ne se sent donc pas appartenir au pôle, mais peut être davantage quand même, qu'à son propre service. Elle ne partage pas les mêmes valeurs de prise en charge des patients et de management des équipes par rapport aux médecins de son unité. Ils n'ont pas de projet commun. Il y a un manque d'échanges et de collaboration. Dans le pôle, elle pense partager davantage de valeurs.

De la même façon, CDS4 ressent un léger sentiment d'appartenance envers le pôle grâce à ces réunions d'équipe de cadres mais se sent davantage appartenir à son service qui correspond davantage à son quotidien. Le pôle, pour elle, est moins concret.

8.3.4.4 Le sentiment d'appartenance des soignants

Pour CDS3 et CDS4, les agents n'ont pas de vécu de pôle. Ils ne le perçoivent pas concrètement par manque de rencontres et de travail commun avec l'ensemble de leurs collègues du pôle.

Cependant, les agents connaissent les équipes avec lesquelles ils travaillent le plus souvent et ont créé un vrai lien avec eux. (CDS4) Ce sentiment d'appartenance nécessite du quotidien dans les relations. (CDS4)

Enfin, les agents ne demandent pas à s'impliquer au niveau du pôle. (CDS3)

Pour CP2, CDS3 et CDS4, ce sentiment existe en revanche à destination du service voire de l'établissement (pour CDS3). Il repose sur des repères et des habitudes acquises, une affinité avec la spécialité... Il se traduit par une cohésion d'équipe, une solidarité et le partage d'un même objectif : le patient. (CDS4)

Les infirmiers confirment ce lien avec le service de soin mais surtout avec l'équipe de jour.

Sans qu'ils estiment cela utile, CDS3 et CDS4 envisagent un intérêt à la constitution de ce sentiment envers le pôle :

- une meilleure connaissance des ressources du pôle et donc un accès facilité au développement de ses compétences. (CDS3)
- un accès à l'information et aux connaissances et donc une probable diminution de leur angoisse par rapport aux changements qui affectent le pôle. (CDS4)

CP2 ne pense pas que les soignants aient un intérêt à développer ce sentiment envers le pôle : il y a une méconnaissance du pôle de la part des agents de part sa dimension trop lointaine.

8.3.4.5 Méthodes de développement du sentiment d'appartenance mises en œuvre

Pour CDS3 et CDS4, il faudrait travailler sur l'intégration des agents à une échelle intermédiaire entre le service et le pôle : à l'échelle de quelques services par exemple. Il s'agirait alors de rassembler tout le monde vers le même objectif, favorisé par la taille de l'équipe qui serait plus petite. Cette cohésion serait atteinte grâce à la mise en place de réunions, des échanges, la connaissance des autres, la disponibilité du cadre de santé.

Pour CDS3 et CDS4, ce sentiment d'appartenance doit passer par la mobilité des agents, basée sur le volontariat.

Actuellement, les actions visent la connaissance de l'autre, la rencontre et les échanges :

- Organisation d'un séminaire du pôle à destination des médecins et des paramédicaux qui consistait en une présentation de certaines spécialités le matin et des mises en pratiques au sein d'ateliers l'après-midi.
- La participation des agents aux conseils de pôle permettant également ces rencontres, cette visualisation, CP2 envisage de les reformer à court terme (ces conseils de pôle existaient dans le précédent pôle).

Cependant, à l'échelle du pôle, le sentiment d'appartenance concerne davantage l'encadrement. Le pôle est surtout porté par les médecins et l'encadrement qui collaborent, partagent les mêmes objectifs et se connaissent (CDS3). De plus, il y a des volontés individuelles de faire vivre le pôle au bénéfice du patient.

Dans cet esprit, CP2 souhaite faire partager un sentiment de solidarité au sein du pôle au regard du type de population accueillie notamment. Pour cela, elle a commencé à travailler ce sentiment auprès des cadres de santé du pôle : en essayant de les faire travailler ensemble, vers un but commun. Et, encore une fois, ce travail passe par des réunions.

« La solidarité des agents passera d'abord par une solidarité des cadres ». (CP2) Elle encourage donc les cadres à décroisonner leur gestion des équipes, à véhiculer ce principe de solidarité.

Pour CP2, la cohésion du pôle passe par l'équipe d'encadrement, le management qu'ils vont mettre en place pour rendre visible le pôle, créer ce principe de solidarité et cette vision un peu élargie de l'hôpital. L'encadrement a un rôle important dans la transmission d'explications et valorise le pôle au travers l'intérêt pour le patient.

8.3.4.6 Freins au développement du sentiment d'appartenance

Pour CP2, le frein majeur est l'historique de chacun des sites, la multitude des organisations qui existent. Il y a un réel besoin d'unifier l'ensemble et pour cela de trouver un « point d'unification », démarche qui nécessite du temps. Par ailleurs, chaque service à ses propres objectifs de soins.

CDS3 et CDS4 s'accordent pour voir en la taille du pôle un frein majeur qui l'empêche de fonctionner de manière optimale et d'être cohérent. Elle entraîne une faible fréquence de rencontres des différents acteurs (cadres de santé ou soignants) et une impossibilité de travailler quotidiennement ensemble. Les cadres de santé n'ont pas de projets communs.

Ce pôle manque de concrétisation pour les soignants (CDS3 et CDS4), les encourageant à ne pas s'y impliquer.

Par ailleurs, la cohésion d'équipe au sein des services reste encore à travailler ce qui constitue davantage un objectif pour CDS3 et CDS4.

9 Analyse qualitative

Au regard de toutes les informations obtenues, je considère que l'évolution des pôles au sein de ces deux établissements a été sensiblement la même. Leur initiation puis leur restructuration se sont fait au même rythme. La deuxième configuration des pôles ayant été propice à l'augmentation de leur taille dans les deux cas. Ces similitudes rendent les comparaisons que je m'appête à faire d'autant plus acceptables et plus justifiables que mon idée de départ relative au statut public de l'établissement notamment.

Je ne débiterais pas mon analyse sur la notion de mobilité, bien qu'évoquée dans l'analyse quantitative, car les données recueillies visaient principalement à éclairer les actions entreprises au sein des deux pôles en ce qui concerne le management des compétences et en faveur d'un sentiment d'appartenance polaire. De plus, mon objectif n'est pas de faire une étude sur le management de la mobilité, bien qu'il constitue à l'heure actuelle un sujet particulièrement sensible depuis la mise en place des pôles et au cœur des discours (notamment des entretiens que j'ai moi-même réalisé dans cette enquête).

Je vais donc dans un premier temps me recentrer sur ma problématique :

Le management par les compétences peut constituer pour le cadre de santé un levier d'accompagnement du changement et de construction du sentiment d'appartenance des soignants envers le pôle.

A noter qu'infirmiers et cadres de santé de proximité ou paramédicaux partagent la définition des compétences d'Autissier et de Moutot¹³⁸ inscrite au sein du cadre conceptuel.

9.1 Le management par les compétences

9.1.1 Organisation et mise en œuvre

Le management des compétences n'est pas organisé de la même manière dans l'un et l'autre pôle. Pour l'un (Etablissement n°1 = E1), la politique du pôle est claire, affichée, structurée et déclinée. Dans l'autre (Etablissement n°2 = E2), elle relève d'une volonté de la cadre paramédical de pôle qui ne semble pas avoir réellement communiqué à ce sujet au regard du discours tenu à ce propos par les cadres de santé de son pôle.

Cependant, je constate que dans les deux cas, **les cadres de santé ont un rôle majeur dans l'organisation et l'orientation de ce management** : dans E1, ils participent

¹³⁸ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 131

entre autre, à l'élaboration du plan de formation et dans E2, ce sont eux qui priorisent et accordent les formations. Les cadres de santé déterminent également l'espace le plus adéquat au développement des compétences.

Et là encore, commun aux deux pôles, le véritable **niveau opérationnel de ce management est celui du service**. Le pôle ne proposant que des actions ponctuelles ou destinées à peu d'agents. Là, où le service répond davantage aux contraintes organisationnelles évoquées par les cadres de santé dans les deux établissements, au niveau de l'institution notamment (manque d'effectif, de moyens et manque de temps). Je relèverais particulièrement les problématiques soulevées par trois cadres de santé en lien avec la formation continue : le manque de place dans les formations institutionnelles, le peu de choix et le peu de suivi des formations obligatoires. En effet, P. Zarifian¹³⁹ soulevait la nécessité pour l'institution d'afficher son engagement envers l'agent par la mise à disposition de moyens. Moyens par ailleurs évoqués dans E1, par la possibilité pour tout nouvel agent recruté d'accéder en l'espace de deux semaines à toutes les formations obligatoires de l'institution par exemple. Il semble important en effet qu'un tel projet puisse s'inscrire dans un ensemble et soit notamment partagé par la direction afin d'en garantir l'efficacité. L'objectif étant que le cadre de santé puisse coordonner ses actions avec l'institution et afficher un discours cohérent auprès des agents.

Les cadres de santé tentent donc de palier à ce manque de moyens institutionnels en exploitant notamment au maximum les ressources de leur service. De plus, cette démarche correspond à un besoin prioritaire, pour chacun des cadres, d'expertise des agents au sein de leur propre unité. D'où, également, un développement des compétences envisagé sur les deux pôles au sein d'une même spécialité, par une mobilité des agents dans les unités de cette même spécialité.

Par ailleurs, les agents eux-mêmes n'envisagent pas le pôle comme espace support d'amélioration des connaissances (seuls 3 infirmiers, E1 et E2 confondus, l'ont noté). Or pour Claude Dubar¹⁴⁰, l'agent doit visualiser son espace de développement professionnel comme enjeu de « saisies d'opportunités ». Il revient donc au cadre de santé de **guider l'agent** vers les ressources éventuelles polaires existantes et pouvant correspondre à son projet personnel.

¹³⁹ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, p18

¹⁴⁰ DUBAR Claude, Formes identitaires et socialisation professionnelle, in : Revue Française de sociologie, 1992, 33-4, p 522

Pour cela, le cadre de santé se base sur l'évaluation des compétences qu'il effectue. Trois temps forts sont cités par les cadres de santé des deux pôles comme étant propice à cette évaluation: le recrutement et le temps d'intégration associé, le quotidien (incluant une notion de régularité) et lors de l'entretien annuel d'évaluation. Cette démarche est identifiée comme étant difficile, là encore sur les deux pôles, malgré que l'un des deux dispose d'outils support d'évaluation formalisés (livret de compétence, logiciel Gesform). La « frustration » du cadre à cette étape de son management des compétences, au regard du manque de temps, de disponibilité de sa part, de présence sur le terrain auprès des agents, de régularité, voire d'expertise de sa part... Cette difficulté risque de représenter un frein à ce management. Les cadres de santé doivent encore une fois être soutenus dans cette démarche et disposer d'un cadre d'action défini. Les cadres enquêtés s'accordent ainsi tous à dire que cette démarche doit être réalisée en collaboration avec la Direction des Ressources Humaines.

Par ailleurs, les deux pôles ont fait le choix du référentiel métier pour constituer la base de référence de cette évaluation des compétences attendues des agents. Référentiel principalement décliné en « savoir faire », rejoignant en cela l'idée des auteurs voulant que la compétence corresponde à une « *capacité observable et mesurable* ». Pour autant, même si les cadres évoquent leurs difficultés, ils estiment important de pouvoir appréhender la compétence dans l'intégralité de ses déclinaisons, notamment en tenant compte du savoir être. Les cadres de santé ont donc à cœur de réaliser une **évaluation de qualité et personnalisée** des compétences de l'agent.

Enfin, il s'agit en principe d'une évaluation conjointe. Or l'un des cadres (CDS1) évoquait l'évolution de l'autoévaluation des agents en faveur de davantage de finesse et de justesse depuis la mise en œuvre de ce management des compétences. L'agent a donc une meilleure perception de lui-même et **un sentiment de compétence** au sein de son unité, ce que Jean Charles Erny¹⁴¹ appelle « *sentiment d'efficacité personnelle* », et qui devrait l'inciter à s'engager davantage.

9.1.2 Plan de formation, support adapté au management par les compétences ?

Quels moyens sont alors utilisés par le cadre de santé pour orienter le sens de cet engagement ? Les lectures sur le sujet avaient mis en avant le plan de formation comme

¹⁴¹ ERNY Jean-Charles, A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle, in : Soins Cadres, N°80, Novembre 2011, p 21

support de sens (sens du pôle en ce qui nous concerne) à la disposition du cadre. Il devait avant tout constituer un outil d'échanges. Or, il ressort des entretiens un discours plutôt négatif autour des formations institutionnelles notamment en termes de coordination entre les cadres de santé et la formation continue, mais également de cohérence de l'ensemble et d'offres peu diversifiées. Les infirmiers ont confirmé que le plan de formation n'était pas un support d'échanges puisque 100% d'entre eux dans E2 et 45% dans E1 ne se le sont pas vu expliquer. Pourtant, plus de la moitié des infirmiers interrogés sur les deux pôles ont obtenu une formation institutionnelle cette année.

A quoi tient alors ce décalage entre une réalité soignante qui semble indiquer une exploitation des formations institutionnelles et le vécu des cadres de santé. Rejoignent – elles la déception exprimée de CDS2 : « *les agents ne vont pas plus loin que les formations institutionnelles* » ? CDS4 pourrait partager cet avis évoquant son envie « *d'élargir l'horizon* » des agents en leur faisant profiter « *d'un choix de compétences sur le pôle qu'ils ne pourraient pas acquérir dans l'unité* ».

Les cadres de santé aspirent donc à une certaine mobilité des agents, une **mutualisation** (CDS2), **l'ouverture sur les autres services** (CP1), qui serait favorable à l'initiation d'un sentiment d'appartenance des agents envers le pôle. Cependant, même dans E1, où la mobilité est prônée, où elle constitue un engagement au moment de l'embauche à des fins de développement des compétences, les agents sont relativement peu mobiles : si 42,85% des infirmiers ont été amenés à se rendre dans une autre unité, la fréquence de cette mobilité (44,44% pour une fois par an) laisse entendre qu'elle n'a pas été propice à l'acquisition de compétences (qui s'acquiert avec le temps). Les contraintes évoquées par les cadres de santé peuvent être à l'origine de ce manque d'exploitation du pôle en termes de mutualisation, mais également et surtout, les craintes des agents à son encontre mises en avant par les cadres de santé. La plus grande partie des infirmiers, sur E1 comme E2, confirmeront cette idée puisque 51,45% en E1 et 45% en E2 envisagent leur épanouissement professionnel au sein de leur unité. Les ressources du pôle sont encore une fois peu reconnues : seuls 5,7% en E1 (alors que la mobilité est un axe du projet de soins connu) et 15% en E2 des infirmiers enquêtés pensent pouvoir en tirer bénéfice en termes de développement professionnel.

Or, selon G.N. Fischer¹⁴², pour qu'une personne se joigne à un groupe, cela nécessite qu'il perçoive que ce groupe comble ses besoins et réponde à ses intérêts. Ce management des compétences peut-il alors encore être propice à la création d'un sentiment d'appartenance au pôle ? L'intérêt de l'agent est-il actuellement au cœur des pratiques managériales concernant les compétences au sein de ces deux pôles ?

9.1.3 Management par les compétences et identité professionnelle

Bien qu'ayant conscience de la double dimension de la compétence, celle liée à la fonction et celle propre à l'individu, les cadres de santé de ces deux pôles s'accordent à dire que leur management des compétences s'attache davantage aux compétences nécessaires en lien avec la fiche de poste. Leur management s'apparente donc davantage à une Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences à l'échelle de l'unité plus qu'à un réel management des compétences visant l'épanouissement professionnel de l'agent comme décrit par les auteurs.

Les cadres de santé semblent ne pas avoir pu investir dans sa globalité leur rôle de « répartiteur des ressources » tel qu'évoqué par H. Mintzberg¹⁴³. En effet, aucun recensement des compétences existantes des agents n'a été réalisé (ni en E1 ni en E2). L'absence d'identification des « *potentialités mobilisables* » telle que conçues par Dubar¹⁴⁴, ne permet pas d'engager **de dynamique de développement de l'identité professionnelle et de positionnement des agents dans le groupe.**

Au regard de l'investissement, que ce management des compétences représente en terme de ressources humaines et de temps, les cadres de santé sont amenés à l'exploiter principalement au **profit du collectif**. Même si le vécu des agents par ailleurs laisse tout de même percevoir **un management individualisé** : 86% des formations en E1 ont répondu à une demande de l'agent (contre seulement 30% des formations en E2) et un plan de formation évoqué en fonction du DIF (droit individuel à la formation) de l'agent à 72,72% toujours en E1.

¹⁴² FISCHER Gustave-Nicolas, Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Edition Dunod, 4^{ème} édition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, p 228

¹⁴³ MINZBERG Henry, Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, p 95

¹⁴⁴ DUBAR Claude, Formes identitaires et socialisation professionnelle, in : Revue Française de sociologie, 1992, 33-4, p 522

Pour autant, je l'ai déjà évoqué, les cadres doivent faire face à une cartographie des savoirs très génériques, notamment dans E1, comme support d'évaluation des compétences. Ils mettent en œuvre principalement des moyens de développement de compétences collectifs tels que des cours, des analyses de situations en groupe... ou orientent les agents vers les supports de connaissances à leur disposition dans le service (protocoles, intranet...). Cette organisation, visant à l'amélioration des pratiques globales, semble donc ne pas permettre pas au soignant de se sentir différent du collectif auquel il appartient, d'avoir une identité professionnelle spécifique telle que définie par les auteurs.

Or, I. Sainsaulieu¹⁴⁵ a mis en avant que la valorisation d'un individu, la reconnaissance de ses compétences, contribuaient à l'élaboration de son identité professionnelle. Quelle satisfaction personnelle le soignant tire-t-il de ce management organisé finalement autour de nombreuses contraintes ? C. Dubar évoquait l'importance de trouver « *un juste équilibre entre les projets d'entreprise et les projections individuelles* »¹⁴⁶. Or le cadre peut-il encore influencer sur la répartition de cet équilibre ?

Des deux organisations mises en place autour de la gestion des compétences dans E1 et E2, l'une s'est construite à l'échelle du pôle voire de l'institution alors que l'autre s'attache davantage à un management personnalisé de la cadre paramédical de pôle auprès des cadres de santé. Cette approche différente, bien que moins structurée, semble porteuse de l'individualisation nécessaire de ce management. Je l'ai notamment perçu dans le discours de l'encadrement. Ainsi, seules CP2 et CDS4 évoquent la valorisation d'un individu, sa motivation, sa responsabilisation comme intérêt de ce management. Et les actions mises en place au profit du groupe reposent sur des agents reconnus dans leurs compétences (CDS3 nomme des tuteurs et CDS4 des agents experts et des infirmières référentes). Le management des compétences du cadre de santé peut donc réellement être un **compromis entre intérêt collectif et besoin d'individualisation** du parcours professionnel de chaque soignant de manière à ce que « *l'individu ne s'efface pas devant l'intérêt du collectif* »¹⁴⁷ tel que nous le rappelait Mary Parker Follett.

Avec encore une fois des contraintes identifiées par l'encadrement de E2 sur la difficulté de ce type de management lorsque le cadre de proximité doit manager une équipe soignante importante, ou que lui-même n'est pas formé à la gestion des compétences.

¹⁴⁵ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, pp73-74

¹⁴⁶ DUBAR Claude, Formes identitaires et socialisation professionnelle, in : Revue Française de sociologie, 1992, 33-4, p 522

¹⁴⁷ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 11

Malgré tout, je retiendrais que le cadre de santé se doit donc d'être le garant du sens de ce management dans l'intérêt du soignant, et celui du patient, par conséquent.

Consciente d'une organisation privilégiée de ce management au niveau de l'unité, des difficultés liées à sa mise en œuvre, son évaluation et à son individualisation, ce management peut-il encore être vecteur de développement d'un sentiment d'appartenance de l'agent envers le pôle ?

9.1.4 Management des compétences et sentiment d'appartenance

A cela, les cadres ont dégagé deux freins majeurs : un lié aux soignants eux-mêmes et l'autre à la structuration du pôle.

Les contraintes provenant des soignants sont à la fois le fait de l'institution et des soignants eux-mêmes : l'institution au travers du mode de recrutement en CDD (commun à E1 et E2) et les soignants au regard du turn-over et de leur manque de motivation (communs également à E1 et E2).

Je n'avais moi-même pas abordé cette notion de précarité des agents en contrat à durée déterminée dans mon cadre conceptuel, n'ayant jamais été confrontée à cette problématique et n'y ayant pas été sensibilisée par les auteurs. Pourtant, la définition de la compétence précise bien qu'elle « s'élabore au cours d'un parcours, d'une trajectoire personnelle ». La notion de durée qu'elle sous-entend implique une présence régulière et continue de l'individu. Ni le cadre de santé, ni probablement l'agent, n'envisageront de s'investir autour de compétences individuelles de l'agent, préférant déjà assurer la qualité et la sécurité de la prise en charge du patient.

De la même façon, le turn-over infirmier évoqué dans les deux pôles (à des degrés différents : 3 à 4 ans dans E1 et 1 an ½ à 2 ans dans E2) impacte également sur l'abord du management des compétences. L'objectif du cadre de santé se situera alors davantage autour de la fidélisation des agents et dans la transmission des connaissances au sein de l'unité, là encore, pour assurer une prise en charge de qualité et en toute sécurité au patient.

Difficile dans ces conditions pour les cadres de santé de travailler sur le développement de l'identité professionnelle qui nécessite une projection dans le temps et au sein d'un projet professionnel (P. Bernoux¹⁴⁸), ainsi que sur le développement d'un

¹⁴⁸ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 197

sentiment d'appartenance puisque la personne ne souhaite ou ne va pas rester, que sa présence ne va pas s'inscrire dans la durée. L'agent n'aura ni le temps ni probablement beaucoup d'occasion au regard des organisations en place, d'initier spontanément ce sentiment.

I. Sainsaulieu rappelle par ailleurs que le management par les compétences doit tenir compte de la volonté personnelle des soignants¹⁴⁹.

Comment les soignants perçoivent-ils le développement de leurs compétences ?
Quelles réponses ont apporté les infirmiers ayant participé à mon enquête ?

Lorsque je leur ai demandé où ils pensaient pouvoir s'épanouir professionnellement, deux espaces sont ressortis particulièrement (surtout dans E1) : « le service » (51,5% en E1 et 45% en E2) mais surtout « en dehors de l'établissement » (25,7% en E1 et 15% en E2). Ces infirmiers n'envisagent pas d'effectuer l'intégralité de leur carrière au sein de la même structure. Je ne les ai pas questionnés sur leurs raisons à cette mobilité professionnelle mais je pense que cette question serait à approfondir.

Pour les agents, le service est donc l'espace approprié à leur épanouissement professionnel. Ce service, ou sa spécialité, correspondant à la base à un choix de leur part.

J'ai noté également que dans les deux pôles, 63% des infirmiers enquêtés disent avoir un projet personnel de développement de leurs compétences. Les infirmiers contrairement au ressenti des cadres sont donc majoritairement motivés pour s'inscrire dans cette progression. Partant alors de la théorie de Zarifian selon laquelle la transformation identitaire nécessite l'engagement de l'individu¹⁵⁰, j'en conclus que les infirmiers sont prêts à entrer dans cette démarche.

Pour autant, parmi ces 63%, plus de 30% (dans E1 et E2) n'en n'ont pas informé leur cadre de santé. Se pourrait-il que les infirmiers n'arrivent pas à dépasser ce sentiment d'insécurité évoqué dans le cadre conceptuel à l'idée d'initier une dynamique de changement identitaire ? Est-ce lié à cette volonté de mobilité associée au développement des compétences, « crainte » selon les cadres par les soignants, et qui les ferait reporter leur désir d'évolution ? J.C. Erny¹⁵¹ pense que pour développer un sentiment d'efficacité

¹⁴⁹ SAINSAULIEU Ivan, L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité, Editions Belin, Mars 2007, p 163

¹⁵⁰ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, p 10

¹⁵¹ ERNY Jean-Charles, A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle, in : Soins Cadres, N°80, Novembre 2011, p 21

personnelle, l'agent a surtout besoin d'encouragement de la part de l'encadrement et de démonstration de confiance. Le cadre de santé a donc un rôle à jouer dans la motivation de l'agent, à qui il appartient de toute façon, selon P. Zarifian¹⁵², de déterminer à quel moment et pour qui ou quoi il veut changer.

Ainsi, P. Zarifian¹⁵³ soulignait l'importance de rendre visible cette démarche et pour cela « *l'identifier comme un projet de service* » permettant ainsi à l'agent de s'inscrire dans un processus de changement porté par le service. Seul E1 a formalisé l'accompagnement des agents dans le développement de leurs compétences comme un projet de pôle décliné en projet de service. Est-ce cet affichage qui a favorisé les demandes personnelles de formation en E1 (86% en ont obtenu une) ?

L'objectif de ce management semble aussi être source d'enjeu pour le cadre de santé et de motivation (ou de démotivation) pour l'agent. Tous les cadres ont évoqué l'importance que ce management réponde aux souhaits de l'agent et non à une polyvalence visant à combler un absentéisme. Un infirmier (de E1) a ainsi noté qu'à cette occasion il avait eu la sensation d'être « un pion, un bouche trou » ce qui n'a rien de valorisant. Les cadres de santé nuancent toutefois l'aboutissement de leur objectif d'épanouissement personnel et professionnel des soignants vis-à-vis de ce management face à leurs contraintes quotidiennes.

La pertinence des moyens mis à la disposition des agents aura donc toute son importance pour accompagner cet objectif et lui donner du sens. Il était ressorti du cadre conceptuel que l'identité professionnelle se développe au contact d'éléments pertinents de son environnement. Et, mes premières recherches m'avaient conduit à penser que l'organisation en pôle devait permettre les échanges intellectuels et favoriser le partage des compétences existantes au bénéfice du patient. Or, il ressort des entretiens que le pôle est peu exploité ou très ponctuellement. Sa taille ne permet pas d'organiser une gestion globale des compétences à son échelle, basée sur ses ressources, dont toutes non pas été identifiées. Cependant, la variété des services qui le compose constitue une vraie richesse pour CDS4. Le bénéfice du pôle ne profite donc actuellement qu'à quelques soignants, et ponctuellement, sur des actions isolées parfois à l'initiative du cadre de santé. Actuellement, le manque d'interaction des agents entre eux sur le pôle et l'absence d'organisation exploitable formalisée ne sont donc ni propice au développement des compétences ni à celui du sentiment d'appartenance des agents, à son échelle.

¹⁵² ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, p 23

¹⁵³ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2001, pp 57-58

Dans cette situation, le service représente donc l'espace le plus fonctionnel pour l'acquisition de nouvelles compétences. Cependant, pour CDS3 cette démarche serait réaliste et réalisable si le pôle était « à taille humaine ». Ainsi, les deux établissements (E1 et E2) envisagent d'organiser ce management, non pas à l'échelle du pôle, mais à plus petite échelle (deux ou trois services, voire les unités d'une même spécialité). Et, au regard des objectifs de celui-ci basé sur une mobilité volontaire et de proximité, ils souhaitent établir un lien particulier entre les soignants. La régularité des échanges et le partage d'un même objectif devrait les amener au travers d'un travail de collaboration à développer un sentiment d'appartenance entre eux.

Si le pôle ne semble pas de prime abord être lui-même à l'initiative de l'entrée de l'agent dans un processus professionnalisant lui apportant notamment une reconnaissance de ses pairs, en revanche, **l'efficacité du management par les compétences reposera principalement sur le cadre de santé**. Sur la visibilité affichée de ce management et l'orientation que lui apportera le cadre de santé de part ses valeurs notamment. Cela se traduira au niveau de la mise en œuvre notamment. En effet, il lui appartiendra de guider l'agent vers les ressources du pôle, en fonction ou malgré ses contraintes, si celles-ci sont les plus pertinentes face aux besoins de l'agent. Le cadre de santé est à ce moment là vecteur de compromis entre les intérêts de l'agent et besoins de l'organisation, mais également vecteur du sens du pôle. Cette démarche reposera alors surtout sur la volonté du cadre de santé de s'y investir au vu d'un tel objectif et de vouloir accompagner et orienter l'agent dans ce sens. Ainsi CDS3 reconnaît ne pas encourager les agents de son équipe au développement de leurs compétences, malgré le bénéfice pour l'agent de ce type de management qu'elle a par ailleurs identifié.

Et, au regard des difficultés exprimés par les cadres de santé lors de mes entretiens, les cadres devront eux-mêmes faire l'objet d'un accompagnement relatif à leurs compétences dans ce domaine.

Enfin, organisé ce management à une échelle intermédiaire de celle du pôle, me paraît également être favorable à la connaissance des opportunités offertes par le pôle pour l'acquisition de nouvelles compétences, mais également à un début de décloisonnement des équipes. Notion d'ouverture, à la base de l'institution des pôles et qui prendrait alors tout son sens auprès des soignants.

Toutefois, j'étais partie du postulat qu'il y avait un réel besoin de la part des soignants d'éprouver ce sentiment d'appartenance au regard du changement que la mise en place des pôles avait induit à leur rencontre. Vécu du changement qui correspondait alors à ma propre expérience et qui avait été étayé par les définitions de différents auteurs. Cette vision correspond-t-elle à la réalité des soignants sur le terrain ? L'élaboration d'un sentiment d'appartenance envers le pôle doit-elle alors toujours être envisagée ? De quel levier, par ailleurs, le cadre de santé dispose-t-il pour favoriser celle-ci ?

9.2 Le changement

Les lectures que j'avais été amené à faire sur le sujet m'avait conduite à penser que chaque acteur pouvait avoir sa propre grille de perception du changement. J'avais donc conscience que la mienne était liée à mon expérience et qu'elle ne reflétait probablement pas la réalité de tous. Malgré tout, cette enquête m'a permis de constater que chacun des acteurs avait finalement la sienne et une vision personnelle de celle des autres.

Ainsi, les cadres paramédicaux et les cadres de santé ont conscience d'avoir vécu un changement lors de l'institution des pôles, mais pensent que les soignants n'en ont pas été affectés ou fort peu.

Si je reprends la définition apportée par les auteurs, il y a changement si les modifications concernées sont durables, visent à une amélioration de l'organisation (S. Robbins, D. DeCenzo¹⁵⁴) et touchent un certain nombre d'éléments de l'organisation que sont les pratiques, les conditions de travail, les outils, l'organisation, le métier, la stratégie et la culture (D. Autissier, J.M. Moutot¹⁵⁵). Le vécu des acteurs de la mise en place des pôles m'a donc paru important à prendre en considération, ainsi que les éléments y étant associés pour chacun, afin de mieux comprendre les enjeux des deux situations et percevoir la position de chacun vis-à-vis du changement.

Pour cela, j'ai regroupé les informations collectées auprès de chacun des acteurs pour clarifier l'ensemble. Ce tableau présente le vécu des acteurs au regard des différents items du changement évoqués par les auteurs :

¹⁵⁴ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 192

¹⁵⁵ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 7

	CP1	CP2	CDS1	CDS2	CDS3	CDS4	IDE ^(x) de E1	IDE ^(x) de E2
Les pratiques	Positif	Positif	Positif	Positif		Négatif	Positif / Négatif	Positif / Négatif
Les conditions de travail				Négatif	Négatif		Négatif	Négatif
Les outils				Négatif				
L'organisation (zones de pouvoir)		Positif		Négatif	Négatif	Négatif	Négatif	Négatif
Le métier								
La stratégie				Négatif				
La culture	Positif	Positif					Positif	

^(x) IDE : infirmiers

Sources : entretiens réalisés auprès des cadres paramédicaux et cadres de santé, mais aussi questionnaires complétés par des infirmiers des établissements E1 et E2.

En tenant compte des informations apportées par chacun, je peux donc considérer qu'ils ont tous l'impression de vivre un changement lié à la mise en œuvre du pôle d'activité. Et tout comme l'évoquait CP1 et CP2, tous n'ont pas évolué de la même façon face à ce changement et tous n'en ont pas le même ressenti.

9.2.1 Vécu du changement des différents acteurs

9.2.1.1 Les cadres paramédicaux de pôle

Elles ont toutes les deux assimilé l'intérêt du pôle et associent ce changement à une évolution positive de l'organisation (« richesse », « ouverture », « repositionnement de l'encadrement », « équité »...).

Elles considèrent toutes les deux qu'il leur appartient d'accompagner leur équipe de cadres de santé dans ce changement (« repose sur la force du cadre paramédical »). Que cet accompagnement doit être par ailleurs individualisé, chacun n'évoluant pas au même rythme. Mais elles considèrent toutes les deux qu'actuellement les cadres de santé ont appréhendé ce changement : qu'elles ont notamment compris l'intérêt du pôle, son fonctionnement ; et qu'aujourd'hui elles sont entrées dans une phase de construction et de partage.

9.2.1.2 Les cadres de santé

Le discours des cadres de santé est plus nuancé. Seul le discours de CDS1 nous laisse penser qu'elle adhère au changement et qu'elle l'a assimilé.

En revanche, CDS2, CDS3 et CDS4 ne semblent pas en être arrivée à ce stade là. En effet, une idée forte s'est installée dans leur discours: la notion de « **perte** ». Perte au niveau de l'encadrement pour elle-même et la qualité de l'accompagnement dont elles pouvaient bénéficier jusque là ; perte également dans leur proximité aux équipes, leur capacité à travailler en collaboration avec leurs collègues. Ces modifications affectent donc leur environnement de travail principalement. CDS2 y ajoutera également **une remise en cause de ses compétences** dans les remplacements ponctuels qu'elle a été amenée à faire de ses collègues, mais aussi vis-à-vis de ses nouvelles missions de cadre gestionnaire.

Par ailleurs, elles évoquent volontiers **leurs craintes** à chaque nouvelle réorganisation des pôles, liées au changement notamment des personnes avec lesquelles elles vont être amenées à collaborer, la peur de ne plus partager les mêmes valeurs, les mêmes méthodes. Craintes que CDS1 et CDS2 éprouvent notamment face à la nouvelle réorganisation qui se profile et pour laquelle elles regrettent de ne pas avoir eu d'informations et de ne pas pouvoir participer.

Au regard de ce discours négatif, il ressort que la mise en place des pôles est davantage **subit** par les cadres de santé.

Par ailleurs, si certains points positifs ont été évoqués en regard de la mise en place des pôles, ils étaient souvent associés à l'idée que la solidarité existait déjà avant, que leur mode de fonction était déjà de cet ordre, qu'ils travaillaient de la même manière avec leurs collègues auparavant... Leur discours ne laisse pas percevoir qu'ils puissent espérer **un réel bénéfice pour eux de cette nouvelle organisation**.

Or, si je tiens compte de l'analyse du changement qu'ont pu en faire S. Robbins et D. DeCenzo¹⁵⁶, il apparaît que CDS2, CDS3 et CDS4 remplissent toutes les conditions (évoquées dans le cadre conceptuel) pour être en phase de **résistance au changement**, probablement liée à une non adhésion des cadres à ce changement malgré ce qu'en ont pu dire leur cadre paramédical respectif.

CP1 l'avait par ailleurs associé, au début de son accompagnement, au côté « cœur de métier » des cadres de santé. Fonction première qui semble remise en question puisque CD3 et CDS2 évoque une augmentation de leurs missions notamment celle de gestion.

Aujourd'hui, cela se traduit néanmoins par une quasi absence de communication sur le pôle auprès des agents de CDS3, et pour CDS4, une non valorisation de ce dernier voire un discours négatif. **Réactions conservatrices** reconnues puisque CDS4 concède

¹⁵⁶ ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, p 198

avoir une attitude plutôt maternante et de repli sur le service, que d'ouverture telle que voulu sur le pôle.

Tenant compte de cela, je me demande, sans en avoir la réponse, si le manque d'explication du plan de formation aux agents pourrait également relever d'une forme de résistance.

Les cadres de santé n'ont donc à priori pas totalement adhérents aux pôles d'activités et montrent des signes de résistances au changement. Quelle étape alors, les soignants ont-ils eux-mêmes atteints vis-à-vis de ce changement, au regard de l'accompagnement qu'ils ont pu obtenir de leur cadre de santé ?

9.2.1.3 Les infirmiers

Si je me réfère aux propos de l'encadrement, les soignants n'ont été que peu affectés par la mise en place des pôles puisque leur organisation quotidienne, leurs principaux interlocuteurs et les relations qu'ils entretiennent n'ont pas été modifiées. Et malgré le constat de CP2 qui soulignait la nécessité pour chacun « *de comprendre le sens des choses* », les soignants n'ont probablement pas bénéficié d'une information complète et régulière sur les pôles (puisque notamment CDS3 et CDS4 n'ont pas souhaité tenir leur rôle de diffuseur de l'information tel que décrit par H. Mintzberg¹⁵⁷).

Cependant, quelques repères ont également évolué pour les soignants : notamment une distanciation du cadre paramédical de pôle évoqué par CDS3 et une dégradation des conditions de travail et de l'organisation selon les infirmiers.

La notion d'anxiété est également ressortie au regard du changement pouvant impacter la mobilité des agents. Il en ressort surtout que ces derniers ne connaissent pas clairement les orientations du pôle ni ses valeurs (ce que les infirmiers ont confirmé à 81,81% en E2 et 76% en E1, en ce qui concerne le manque de connaissance du projet de pôle). Ils n'ont pas une vision claire de l'organisation en pôle bien qu'ayant été présent pour plus d'un tiers dans les deux établissements lors de sa première instauration. Ainsi, environ 70% des infirmiers dans les deux établissements n'en connaissent pas la logique. Par ailleurs, une infirmière a évoqué dans son questionnaire la problématique de cohérence de la présence aujourd'hui du service de psychiatrie dans son pôle (à orientation

¹⁵⁷ MINZBERG Henry, *Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre*, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, p 82

médecine). Or il s'avère que ce service n'en fait plus partie depuis 9 mois. Ce décalage souligne encore une fois la méconnaissance des infirmiers de leur environnement.

Selon D. Autissier, ce manque d'informations, cette non compréhension peut être un facteur d'échec du changement¹⁵⁸.

J'aurais tendance par ailleurs à relier ce décalage de perception entre les cadres de santé et les soignants (du vécu des soignants de ce changement) à la puissance d'impact de ce changement. Plusieurs fois, les cadres de santé répèteront que « les soignants ne le vivent pas au quotidien », dans leur travail quotidien... Renforçant mon idée que ce changement donne l'impression « de peser » sur l'encadrement de proximité et sur son travail.

Il ressort toutefois à mes yeux que les soignants sont tout autant concernés par le changement que les cadres de proximité, et que les actions menées jusque là par l'encadrement n'ont sans doute pas été à la hauteur de vécu du changement des soignants, du fait de sa sous estimation.

9.2.2 Mise en œuvre du changement

Les cadres paramédicaux ont souligné l'importance des cadres de santé, de leur cohésion et de leur collaboration, sources jusque là, selon elles, d'un fonctionnement effectif du pôle de part justement la constitution d'un groupe, d'une entité fonctionnelle. Pour cela, elles continuent de travailler au décroisement des cadres de santé, les accompagnent dans leur nouveau rôle et positionnement. Nouveau statut qu'elles estiment toutes deux plus adéquat par rapport à la fonction d'encadrement. Mais était-ce voulu des cadres de proximité ? Même si certaines des cadres n'ont pas connu longtemps les anciennes organisations, elles semblent toutes (sauf une) avoir du mal à aller au delà.

Le positionnement actuel des cadres paramédicaux va-t-il suffire à faire progresser les cadres de santé vers ce changement ou d'autres perspectives sont-elles à envisager ?

Comme les auteurs l'ont souligné, il semblerait peut-être opportun d'associer davantage les acteurs au changement afin des les aider à l'assimiler et à y trouver leur juste place. En effet, jusqu'ici ni les infirmiers enquêtés, ni les cadres de santé, voire les cadres paramédicaux par moment, n'ont participé à la mise en œuvre du pôle. Tenant compte des

¹⁵⁸ AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., Méthode de conduite du changement, Edition Dunod, 2^{ème} édition, septembre 2010, p 15

remarques de chacune, il me paraît important aujourd'hui de pouvoir se poser et réfléchir au mode de fonctionnement de l'encadrement dans ce pôle pour faire face à cette sensation de perte, de manque de connaissances, de lien les unes avec les autres et de projet commun. Ainsi, selon P. Bernoux¹⁵⁹ également, « *le changement correspond à un apprentissage de nouvelles manières de faire, de nouvelles règles et ne peut avoir lieu que s'il y a construction de nouvelles relations* ».

Il en est de même pour les soignants au regard de leur vécu actuel de leurs conditions de travail et des organisations dans lesquelles ils évoluent.

Par ailleurs, il me paraît essentiel que le cadre de santé formalise davantage la communication autour des soignants (bien que CP2 ait demandé des réunions mensuelles de la part des cadres de santé à destination des agents) afin de répondre à leurs craintes et dans le même esprit travailler à leur donner une place dans cette nouvelle organisation. En effet, il me semble néfaste à long terme pour l'organisation et le soignant lui-même, de le laisser dans cette dynamique de transformation identitaire¹⁶⁰ basée sur des incertitudes et qui ne lui permet pas de se projeter professionnellement (même si cette projection doit se limiter à l'espace de son propre service, qui lui-même en revanche fait partie d'un ensemble nommé pôle).

Enfin, la réussite de la progression de cette organisation repose sur le fait que les acteurs parviennent non seulement à communiquer mais surtout à s'écouter, ce qui, je pense, limiterait les fausses perceptions et le fait de laisser des dysfonctionnements s'installer. Les cadres accompagnés des soignants doivent réussir à donner du sens à l'ensemble. Notion de partage du sens du pôle qui a par ailleurs été plusieurs fois abordée par CP1 et CP2 comme vecteur de cohésion du pôle, qu'elles mêmes tentaient de mettre en œuvre notamment par le partage de leurs valeurs (et une proximité pour CP1).

Le changement implique donc ce que Bernoux appelle une co-production¹⁶¹ dans laquelle les cadres de santé sont clairement identifiés comme étant vecteur du changement auprès des équipes. Mais ils ne peuvent le mettre en œuvre si eux-mêmes ne sont pas prêts à

¹⁵⁹ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 11

¹⁶⁰ KADDOURI Moktar, Les dynamiques identitaires en jeu chez les cadres de santé, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 8 septembre 2011

¹⁶¹ BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 191

changer, s'ils n'y adhèrent pas, s'ils « ne lui donnent pas un sens »¹⁶², une légitimité. En effet, leur propre identité professionnelle en a été impactée et une phase de reconstruction est donc à envisager. Cette phase sera orientée par l'accompagnement dont ils pourront bénéficier par leur encadrement supérieur mais également par leurs valeurs et leur volonté d'évoluer. Néanmoins, le cadre de santé est par ailleurs garant d'une cohérence de l'ensemble et des conditions de travail des agents et cela passe pour moi par leur bien être au travail. Il est donc de son ressort d'accompagner malgré tout le changement auprès de son équipe en vue de ce qu'il y aura de mieux à la fois pour le service et les soignants eux-mêmes. Une réflexion commune à l'échelle de l'unité devrait s'instituer sur les changements souhaités, redoutés et les réorganisations éventuelles à envisager. Et s'il paraît important de conserver avant tout une cohésion d'équipe au sein de l'unité, je pense qu'il appartient au cadre de santé également de positionner le service au sein du pôle. Afin notamment, qu'il puisse tirer partie des bénéfices de cette organisation par une meilleure coordination dans la prise en charge des patients en particulier.

Le cadre de santé doit avant tout viser le meilleur pour le service de soins, les agents avec lesquels ils travaillent et les patients dont il a la charge.

Cependant, à ce stade de leur assimilation du changement, les cadres de santé et les soignants ont-ils pu initier un sentiment d'appartenance au pôle ? En ressentent-ils le besoin ? Les soignants devront-ils nécessairement en avoir un pour assurer la cohésion de l'ensemble ?

9.3 Le sentiment d'appartenance

9.3.1 Définition

Lorsque le sentiment d'appartenance a été évoqué auprès des infirmiers (cf. annexe 7), l'élément qui a le plus été évoqué est le « groupe » (24,3% de ce sentiment repose sur le fait de pouvoir s'identifier à un groupe en E1 et 31,82% en E2 ; cet élément a été identifié par 9 infirmiers en E1 et 7 infirmiers en E2). Ensuite seulement ont été déclinés les éléments qui identifient ce groupe : Valeurs communes, Solidarité, Intégration, Missions communes, principalement. Les soignants s'identifient donc particulièrement au groupe dans lequel ils évoluent.

¹⁶² BERNOUX Philippe, Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations, Editions du Seuil, février 2010, p 191

En revanche, l'encadrement a attaché davantage d'importance au mode de fonctionnement de ce groupe : Confiance, Engagement, Solidarité, Mission commune, Valeurs Communes, Proximité des collègues... Ils y ont associé par ailleurs les caractéristiques essentielles pour développer un sentiment d'appartenance : les échanges (CDS1), la régularité des contacts, une connaissance des personnes (CDS1 et CDS2), du temps (CP1), de la motivation (CP1) et une implication (CP1). A la vue de ces éléments, j'en conclus que pour elles, ce sentiment se construit dans le temps, sur la base d'une volonté personnelle et d'une régularité des contacts avec le groupe auquel la personne souhaite s'intégrer.

Malgré tout, les soignants comme les cadres partagent l'essentiel des éléments descriptifs de ce sentiment d'appartenance. Eprouvent-ils actuellement un tel sentiment et à quel niveau se situe-t-il ?

9.3.2 Le sentiment d'appartenance des infirmiers et des cadres de santé

CP1 et CP2 reconnaissant avoir acquis ce sentiment envers le pôle et avoir pour mission de le fédérer au niveau de l'encadrement. Elles estiment que les cadres ont pu initier ce sentiment grâce à leurs rencontres et à la connaissance qu'elles ont développée les unes des autres.

Mais encore une fois les cadres paramédicaux de pôle n'ont pas une réelle perception du vécu de leurs cadres de proximité. Leur perception repose sur une impression de cohésion du groupe cadre.

Cependant, seule CDS1 exprime un sentiment clair d'appartenance à destination du pôle. En revanche, les autres cadres de santé ne se projettent pas dans le pôle de la même manière.

CDS2 et CDS4 comprennent leurs pôles mais présentent un lien beaucoup plus fort avec leur propre service, lui-même au cœur de leur quotidien.

CDS3 et CDS4 évoquent par ailleurs le manque de connaissance, de rencontres avec leurs collègues cadres du pôle et le manque de temps pour nouer des liens. Et si liens il y a, ils se seront davantage tissés avec les cadres de leur propre établissement (le pôle étant bi sites).

Enfin, CDS3 éprouve un léger sentiment d'appartenance au pôle surtout fondé sur des valeurs communes contrairement à son service où elle note un manque de partage de valeurs, de projets, d'échanges et de collaboration.

Les causes freinant l'acquisition de ce sentiment d'appartenance sont identiques à ceux énoncés par les cadres de santé comme fondement de celui-ci (cf. définition) : le manque d'**échanges, de quotidienneté des contacts, de connaissance mutuelle et de temps**. J'y associerais de moi-même peut-être l'absence de motivation (évoquée par CP1 comme essentielle) au regard de ma connaissance, à présent, de leur vécu de la mise en œuvre des pôles.

Les infirmiers cependant ont-ils la même perception que les cadres de santé ?

L'appartenance première des infirmiers est destinée à l'équipe de jour pour E2 et au service de soin pour E1. Dans l'ensemble, l'équipe de jour, l'équipe de nuit et le service de soins fédèrent prioritairement les infirmiers. Le pôle n'intervient qu'en 4^{ème} position dans leur ordre de classement et ce, derrière l'établissement.

De nouveau, il semble évident que les infirmiers ne se projettent pas du tout spontanément comme acteur d'un pôle.

Pour autant, en partagent-ils les mêmes raisons que les cadres de santé ?

Au regard des réponses qu'ils ont apporté aux questionnaires, ce qui motive avant tout les infirmiers dans l'élaboration de ce sentiment est **l'ambiance de travail**, et cela dans les deux établissements. Ensuite interviennent la **complémentarité des soignants**, la **facilité de communication** et les **liens affectifs** (une fois encore dans les deux établissements). Pour ces deux derniers éléments, il est évident qu'une notion de **proximité** et de **régularité des contacts** est sous entendue. En revanche, cette « complémentarité des soignants » me laisse entendre avant tout qu'ils ont besoin d'avoir une place définie et reconnue de leurs collègues, dans l'organisation auxquels ils appartiennent. Cette idée rejoint une certitude de CP1 qui veut que le groupe auquel appartient le soignant est « le socle de la construction de son identité professionnelle ». Théorie vérifiée notamment par Ivan Sainsaulieu et Claude Dubar. Les soignants font donc le choix de leur groupe d'appartenance en partie au regard du rôle qu'ils peuvent y jouer, priorisant par ailleurs leurs conditions de travail (souligné par l'unanimité de la notion d'« ambiance de travail » en E1).

Consciente des critères d'élaboration de ce sentiment, les soignants peuvent-ils néanmoins le construire envers le pôle d'activité ? A quel niveau se situe le travail actuellement réalisé par les cadres de santé sur la notion d'appartenance ? Les cadres de santé pensent-ils que les soignants aient un intérêt à son développement à l'égard du pôle ?

Malgré le fait que les soignants aient identifié le service comme le fondement premier de leur sentiment d'appartenance, les cadres de santé ont évalué par ailleurs des dysfonctionnements relationnels et de manque de cohésion entre unités d'une même spécialité notamment, les orientant du coup au sein d'un projet d'approfondissement de ce sentiment.

Leurs actions visent principalement à favoriser la connaissance, les rencontres et les échanges entre collègues (journée à thèmes, mobilité, travaux de groupe), la diffusion de l'information et à assurer les soignants d'une certaine proximité de leur part. Ils n'ont pas eu d'action concrète visant à positionner l'agent dans son unité (en valorisant une compétence particulière par exemple) pour faire en sorte de lui apporter la reconnaissance du groupe.

Rejoignant mon idée première, travailler sur la construction ou l'évolution de l'identité professionnelle peut-il amener l'agent à évoluer et à sortir de cette phase de changement ?

Gardant à l'idée tous les freins accompagnant cette démarche d'acquisition des compétences, l'évolution de ce sentiment peut elle-même être freinée par la taille du pôle, l'historique des sites, le temps nécessaire, le manque d'effectif, de projet commun... Donc une nouvelle fois, au regard de ce contexte difficile, un tel accompagnement reposera prioritairement sur la volonté du cadre de santé.

Et, de la même façon, réfléchir encore une fois à la mise en place d'un tel projet à une échelle intermédiaire aurait l'avantage d'être plus propice aux échanges et à la connaissance de chacun...

C'est donc les choix de management du cadre de santé qui orienteront l'initiation de ce sentiment d'appartenance par l'agent.

Pour autant, l'encadrement y voit-il un intérêt ?

Cet intérêt est surtout relevé par les cadres de proximité en réponse à un management individualisé, contrairement aux cadres paramédicaux de pôle qui n'en voient aucun. De plus, que ce soit dans l'accès à l'information, aux connaissances, aux ressources du pôle, l'amélioration de la prise en charge des patients ou la gestion des conflits, l'intérêt de l'individu rejoindra par ailleurs l'intérêt du collectif.

Le développement d'un sentiment d'appartenance envers le pôle est donc porteur d'intérêts identifiés et particuliers pour le soignant, même si actuellement, le cadre de santé

travaille en premier lieu à l'approfondissement et l'ancrage d'un tel sentiment auprès du service de soins.

Cependant, une nouvelle fois, le cadre de santé doit avoir acquis ce sentiment pour lui-même et y avoir trouvé un sens. Cela implique **une remise en question de son positionnement, de ses valeurs et de ses objectifs** afin de pouvoir se situer dans ce nouveau groupe. Il doit pouvoir échanger sur le sujet afin que chacun puisse évoluer et que se dégage ce qu'ils ont nommé un « point d'unification ».

Démarche personnelle également en termes de **saisie d'opportunités**. En effet, un consensus général fait reposer sur l'encadrement (paramédical et médical) ce travail sur la notion de solidarité et de collaboration dans l'intérêt du pôle. Le cadre de santé est donc susceptible d'avoir un réel rôle à jouer dans les futures organisations et dans la construction de la dynamique du pôle. Il lui appartient de saisir cette opportunité qui lui permettra de se positionner dans ce nouveau groupe, d'y avoir une place reconnue, mais également, d'en devenir acteur, en participant à la mise en place de ce changement et donc lui permettre d'aller au delà.

9.4 Synthèse globale et retour sur l'hypothèse

Le sentiment d'appartenance, fondement de l'identité professionnelle, est reconnu par les infirmiers comme porteur de reconnaissance d'un rôle de leur part au sein d'une organisation. Et cette organisation se définit aujourd'hui comme étant le service de soins auquel ils sont rattachés.

La mise en place des pôles a cependant impacté leur service et entraîné à leurs yeux des modifications affectant leurs organisations et leurs conditions de travail. Une partie de leur quotidien s'est trouvée remise en cause par une entité qu'ils connaissent assez peu finalement, de part la distanciation de ses différents acteurs et le manque de communication la concernant. Cette situation les positionne aujourd'hui dans une demande de repères, notamment au regard de ce qui génère chez eux de l'inquiétude : la mobilité. Les infirmiers sont donc actuellement inscrits dans une phase de changement dont l'évolution est soumise aux axes managériaux promus par leur cadre de santé.

De leur côté, les cadres de santé ont fait face au changement mais ne l'ont pas totalement assimilé. En effet, un des objectifs de l'instauration des pôles visait à repositionner les cadres dans une dimension stratégique, à développer une mutualisation et

une collaboration accrue. Mais la taille des pôles, entre autre, à davantage favorisé le repli sur les unités de soins, ralentissant l'élaboration d'un sentiment d'appartenance des cadres de santé à son encontre.

L'enjeu aujourd'hui dans ces deux pôles se situe donc principalement au niveau de l'encadrement.

Pour cela, il leur faut trouver un élément fédérateur, ce qu'ils ont nommé « point d'unification ». Car si les cadres de santé eux-mêmes ne sont pas convaincus du sens du pôle, ils ne parviendront pas à y faire adhérer les soignants qui percevront obligatoirement une dissonance dans leur comportement ou leur discours.

Conjointement, ils doivent être amenés à définir le degré souhaité d'instauration de ce sentiment d'appartenance envers le pôle. En clarifiant notamment ensemble le rôle que le service pourra tenir au sein de ce pôle (par exemple dans le parcours de prise en charge du patient, mais également dans les ressources que peuvent représenter cette unité envers le pôle). Cela nécessite donc que les soignants perçoivent plus finement les enjeux de ce pôle, en dehors des sensations négatives qu'il a pu provoquer, et que le cadre de santé soit porteur de son intérêt tel que l'encadrement l'a précédemment cité.

Pour DeCenzo, « *la phase initiale de formation d'un groupe s'achève lorsqu'ils ont levé leurs incertitudes et pris conscience qu'ils font partie d'un groupe* ».

Le rôle du cadre de santé sera donc de réussir à **communiquer** et à jouer son rôle d'agent de liaison (tel défini par Minzberg¹⁶³) entre le pôle et le service. De part leur positionnement c'est à eux qu'il revient de **chercher la coopération entre les membres**.

Le management des compétences, organisé à l'échelle de quelques services du pôle, au regard d'un projet de pôle défini, et dans un objectif précis : l'intérêt du soignant avant tout (et non de gestion de l'absentéisme), permettrait de créer ces liens, cette proximité favorable au développement du sentiment d'appartenance. Pour autant, serait-il identifié par les soignants comme porteur du sens du pôle ?

Mon hypothèse de départ est donc soumise à beaucoup de conditions et pour cela seulement partiellement validée. A lui seul, le management par les compétences ne peut pas induire un sentiment d'appartenance au pôle. Sa mise en œuvre peut être propice à, mais il n'en demeure pas moins que c'est le cadre de santé qui en donnera les orientations.

¹⁶³ MINZBERG Henry, Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, p 73

Le levier principal du cadre de santé pour initier ce sentiment réside donc dans le mode de management qu'il aura choisi (plus participatif notamment et visant une certaine ouverture), sa capacité à reconnaître les soignants et à leur accorder une place dans cette organisation, et sur son implication dans la communication autour du pôle. Le cadre de santé doit conserver pour cela une certaine proximité avec l'équipe et partager avec elle un certain nombre de valeurs, en particulier liées aux soins.

Enfin, le cadre de santé devra être à même de conserver son sentiment d'efficacité personnelle pour pouvoir occuper ce rôle de leader¹⁶⁴ et, au besoin, être soutenu dans une telle démarche.

¹⁶⁴ MINZBERG Henry, Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, p 71

10 Réinvestissement professionnel

Ce travail m'a permis de prendre du recul au regard de ma perception du besoin d'appartenance issue de mon expérience personnelle. Elle consistait à penser que l'équipe soignante devait nécessairement acquérir un sentiment d'appartenance envers le pôle pour pouvoir continuer à s'épanouir professionnellement au sein de l'établissement.

Les connaissances apportées par mes recherches documentaires sur les thèmes de l'identité professionnelle, du changement et du management des compétences ont contribué à faire évoluer ma pensée. Cependant, c'est principalement l'enquête réalisée sur le terrain qui m'a permis de donner un sens à l'ensemble et de me situer en tant que future professionnelle au regard de cette problématique.

Une des missions première du cadre de santé est **d'accompagner son équipe** dans l'appréhension de son environnement, que ce soit au niveau de l'unité ou au niveau du pôle. Cet accompagnement implique de pouvoir guider le soignant dans cette organisation et de lui en expliquer le sens.

« Accompagner l'autre en tant que "sujet" revient alors à l'appréhender en tant que personne singulière, se construisant et agissant dans un environnement donné, environnement dans lequel, sur lequel et par lequel, ses choix et ses actes prennent sens. Dès lors, chaque accompagnement est à penser et à agir au regard des singularités contextuelles propres à l'accompagné.¹⁶⁵ »

En effet, le cadre de santé doit lui-même réaliser une **démarche personnelle** lui permettant d'appréhender cet environnement, de s'y projeter et d'y trouver un sens pour lui-même, l'unité de soins dont il a la charge et les soignants dont il a la responsabilité.

« Au delà de la responsabilité de ses choix et de ses actes, l'accompagné est également responsable de l'usage qu'il choisit de faire du cadre d'accompagnement qui lui est proposé/imposé. Toutefois, il ne pourra "bien user" de ce cadre que dans la mesure où il l'aura suffisamment et pertinemment appréhendé. Et cette fois, c'est la responsabilité de l'accompagnant qui est en jeu. C'est à lui qu'il revient de créer les conditions susceptibles de favoriser chez l'autre l'élucidation de ce cadre, parce que le libre arbitre de l'autre, et avec lui son degré de responsabilité, est intimement lié à son degré d'élucidation, de

¹⁶⁵ www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7088.pdf. Consulté le 19 mai 2012, Beauvais Martine, Vers une éthique de l'accompagnement p 5

*conscientisation de l'environnement dans lequel il peut se décider, se projeter, poser des actes.*¹⁶⁶ »

Le cadre de santé en s'inscrivant dans un management basé sur l'écoute, le respect de l'autre, de ses valeurs et de ses compétences, favorisera l'assimilation du changement que représente la mise en place des pôles auprès des soignants. Cette réelle **proximité** lui évitera de fonder son management sur de fausses perceptions. Et c'est au travers de ses actions que les agents prendront la pleine dimension de cette nouvelle structure. « *C'est du projet que nous portons sur le réel qu'émerge le sens du réel*¹⁶⁷ »

Donner du sens au pôle reste un enjeu majeur pour le cadre de santé au regard de son vécu de celui-ci et du contexte médico-économique qui l'accompagne. Pour le cadre de santé, ce projet reposera sur une communication claire et positive, une proximité avec l'équipe et une démarche de collaboration avec les autres cadres du pôle.

En effet, **la dynamique de coopération** des encadrants du pôle est porteuse du sens de celui-ci auprès des équipes. Elle me paraît donc essentielle et devant dépasser le simple contexte des réunions de cadre. Et le sens qu'ils y donneront et les projets qu'ils mèneront, seront le socle du développement d'un sentiment d'appartenance des agents envers le pôle.

Par ailleurs, « *Chaque individu doit pouvoir donner sens à son travail, situer sa « contribution », en connaissance claire de ces enjeux stratégiques*¹⁶⁸ ». Le cadre de santé aura à cœur de permettre à l'agent d'**initier une démarche réflexive** sur les changements occasionnés par le pôle, d'être force de proposition dans un but d'amélioration des organisations, des pratiques et de prise en charge du patient. Un **management participatif** peut aider les agents à faire évoluer leur identité professionnelle et à maintenir une cohésion d'équipe au sein de l'unité de soins.

Cette reconnaissance de l'agent favorisera son positionnement au sein de son unité, qu'il situera désormais comme faisant partie d'un ensemble, et donc lui permettra de se projeter dans celui-ci.

¹⁶⁶ www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7088.pdf, Consulté le 19 mai 2012, Beauvais Martine, Vers une éthique de l'accompagnement, p6

¹⁶⁷ www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7088.pdf, Consulté le 19 mai 2012, Beauvais Martine, Vers une éthique de l'accompagnement, p4

¹⁶⁸ ZARIFIAN Philippe, Objectif compétence, Editions Liaisons, 2011, p89

Le rôle du cadre tient également dans sa **capacité à impulser cette ouverture**. Je rejoins cette idée de pouvoir créer des liens privilégiés avec des services partenaires du pôle, mais il revient également au cadre de santé de pouvoir intégrer les agents dans des projets transversaux leur permettant d'en découvrir davantage : ses ressources, les collègues, ses valeurs...et de visualiser plus concrètement le pôle.

Cette ouverture peut s'inscrire dans un projet de management des compétences exigeant de réelles aptitudes d'évaluation et une volonté d'orientation, de mise à disposition de moyens... une maîtrise et des compétences de la part du cadre de santé lui-même. Il constitue pour le cadre de santé une démarche stratégique, un investissement en temps, un **réel engagement** vis-à-vis de l'agent, qui contribuera à son épanouissement professionnel mais également à un bénéfice direct pour le patient.

Il repose également sur la capacité du cadre de santé d'**animer l'équipe** dans ce sens : les motiver et mobiliser dans cette dynamique de remise en question de leurs compétences et de progression.

Au regard du constat de départ, cette ouverture pourra également se traduire par une mobilité ponctuelle de l'agent. Le cadre de santé aura dans ce cas un rôle important de **mise en cohérence** de ce type de demande, notamment par la mise en exergue de notion de solidarité, d'équité et de respect de l'autre, fondement de son propre management mais qui devront être partagées avec le pôle en tant que valeurs essentielles. Une telle demande inscrite dans un management tel que décrit ci-dessus devrait pouvoir être porteuse de sens. De plus, selon Vincent CHAGUE, « *les individus coopèrent d'autant plus facilement qu'ils savent exactement ce que l'on attend d'eux et qu'elle est leur contribution exacte dans l'organisation*¹⁶⁹ ».

Malgré tout, au regard de l'anxiété des soignants que provoque cette mobilité, évoquée au sein des questionnaires et lors de mes entretiens, le cadre de santé doit avoir un positionnement clair et de proximité. En effet, c'est lui qui en premier recueillera les volontés exprimées par les agents, leurs craintes et leurs souhaits concernant cette mobilité. C'est donc à lui qu'il reviendra d'orienter cette mobilité en faveur de conditions de travail au minimum sécuritaires pour le soignant, en termes de compétences, comme pour le patient. Mais surtout dans le respect du vécu de ses conditions de travail en gardant à

¹⁶⁹ CHAGUE Vincent, Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante ?, in : Soins Cadres, 2008, N°SUP65, pp8-12

l'esprit que l'exercice professionnel vise l'épanouissement de l'agent et une prise en charge de qualité pour le patient.

Pour moi, si le collectif a son importance dans le management du cadre de santé, celui-ci doit cependant reposer sur **une approche individualisée et humaniste** au quotidien. Le cadre de santé est garant du bien être des agents de son équipe et de ce qui fonde leur sentiment d'appartenance à cette équipe : les conditions de travail, la complémentarité des soignants par une reconnaissance individuelle du rôle de chacun et la facilité de communication notamment.

Tout comme en tant qu'infirmière j'ai pu orienter mes pratiques sur le « **prendre soin** » des patients, il me paraît essentiel aujourd'hui de fonder mon management sur le prendre soin de l'équipe.

Ainsi, au cœur de ce « système ouvert »¹⁷⁰ que représente le service, le cadre de santé se doit à la fois d'être leader et animateur : il montre la voie, communique, accompagne et encourage l'équipe, afin que chacun puisse occuper la place, qui fera de cette structure, une organisation efficace et profitable pour tous. Et, c'est consciente de tout ce que cela sous entend, que je me projette désormais dans mon futur rôle de cadre de santé.

¹⁷⁰ Par opposition aux « systèmes fermés » : *systèmes qui n'interagissent pas avec leur environnement et qui n'en subissent aucune influence.* » ROBBINS Stephen, DECENZO David, Management, L'essentiel des concepts et des pratiques, 6^{ème} édition, Edition Pearson, 2008, p19

11 Conclusion

La notion d'identité professionnelle est une composante complexe car multiple. J'ai fait le choix dans ce travail de recherche de l'envisager sous l'angle sociologique dans un contexte de changement mais je suis consciente que je n'ai probablement pas pris en compte l'intégralité de ce qui la définit. Malgré tout, les lectures que j'ai effectuées m'ont sensibilisé aux enjeux auxquels elle peut être soumise, du poids de l'environnement notamment et des décisions managériales. En tant que cadre de santé, une certaine bienveillance me paraît indispensable, accompagnée d'une vigilance sur l'impact des actes relatifs au management appliqué.

Le contexte actuel de la politique de santé et l'instauration des pôles d'activité comme structure organisationnelle de l'hôpital ont ainsi provoqué une dynamique de remise en question des identités professionnelles des soignants comme du cadre de santé.

Pour ce dernier, ils sont l'occasion de se repositionner au regard de ses missions et de ses valeurs de management. Et s'il lui appartient de déterminer dans quelle mesure il souhaite s'inscrire dans cet ensemble, il a pour mission première d'accompagner les soignants dans cette démarche. Le cadre de santé tient alors à la fois le rôle de lien entre l'ensemble des acteurs du pôle, de médiateur, et de garant d'un système fondé sur les valeurs du soin et sur la proximité.

A ce titre, l'initiation du sentiment d'appartenance des soignants à destination du pôle sera avant tout dépendante du mode de management effectué par le cadre de santé. Et, le management des compétences ne paraît être qu'un outil de mise en œuvre à la disposition de celui-ci. Outil dont l'enquête sur le terrain m'a fait prendre conscience de la complexité de mise en œuvre et de l'importance de déterminer par avance l'enjeu de cette évaluation : que ce soit les capacités des soignants ou la performance du groupe.

Enfin, un tel projet peut engendrer une mobilité ponctuelle tout autant que des problématiques de gestion de personnel. Le cadre de santé se doit donc de rester vigilant dans la détermination et la dimension de ses compromis d'intérêt conduisant à cette mobilité. Une réflexion sur l'ampleur que peut être amené à prendre cette mobilité, ses conditions de mises en œuvre et l'impact qu'elle engendre sur les soignants, me paraît incontournable. Le cadre de santé doit avoir clairement posé ses attendus face à cette mobilité, ses limites au regard notamment de ses valeurs managériales, tout en ayant

clarifié pour lui-même, son degré d'exigence dans l'implication des agents face à une telle mobilité. En effet, le cadre de santé a souvent une posture de demande d'investissement et d'implication de l'agent que ce soit pour le service ou au bénéfice du pôle. Et pour moi, cette posture du cadre est soumise à un véritable enjeu managérial, pour laquelle il me paraît essentiel de mener une réflexion personnelle. Quelles exigences, pour quel bénéfice et au profit de qui ?

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet :

- www.ifres.ulg.ac.be/capaes_appe_cours_2.pdf
- <http://www.yrub.com/psycho/psyd011.htm>
- www.cadredesante.com/spip/IMG/pdf/ConstructionIdentitairePsy.pdf
- <http://admi.net/jo/20050503/SANX0500028R.html>
- <http://www.infirmiers.com/votre-carriere/cadre/les-poles-dactivite.html>
- <http://www.atlasdumanagement.com/popuprint.php?idArticle=29>
- <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000465739&dateTexte>
- www.rh-organisation.fr/.../la-gestion-des-emplois-et-des-competences...
- <http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/informations-pratiques,89/fiches-pratiques,91/formation-professionnelle,118/le-plan-de-formation,1069.html>
- <http://www.syndicat-infirmier.com/Guide-de-l-entretien-professionnel.html>
- www.inrp.fr/biennale/7biennale/Contrib/longue/7088.pdf
- <http://www.crifpe.ca/conférence/view/98>

Ouvrages :

ALBARELLO Luc, **Apprendre à chercher, L'acteur social et la recherche scientifique**, 3^{ème} édition, Edition : De Boeck, 2007, 207 pages

AUTISSIER D., MOUTOT J.-M., **Méthode de conduite du changement**, Edition DUNOD, 2^{ème} édition, septembre 2010, 246 pages

Chapitre 1 : Pourquoi faire de la conduite du changement ? P5 à 26

Chapitre 6 : faire un plan de formation P129 à 160

Chapitre 7 : gestion des hommes et des résistances P161 à 190

AUTISSIER David, VANDANGEON-DERUMEZ Isabelle, VAS Alain, **Conduite du changement : concepts clés**, Edition Dunod, Paris 2010, 232 pages :

Partie 1, Chapitre 6 : Renaud Sainsaulieu : Le changement par l'identité P57 à 61

Chapitre 7 : Karl E. Weick : Créer du sens pour accompagner le changement et renforcer la résilience de l'organisation P63 à 70

Partie 2, Chapitre 8 : Julia Balogun : Comment les managers intermédiaires négocient-ils le changement ? P73 à 80

Chapitre 10 : Construire et diffuser du sens pour changer P89 à 95

BERNOUX Philippe, **Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations**, Editions du Seuil, février 2010, 375 pages

Introduction - Comment les hommes savent résister P 7 à 20

Chapitre 1 : L'individu et le sens qu'il donne à son action P 21 à 51

Chapitre 2 : Le changement est dans les interactions P 53 à 90

Chapitre 3 : Concurrence, technologies, finances ne font pas tout P 91 à 131

Chapitre 4 : Le poids des institutions P133 à 190

Chapitre 5 : Le rôle central de tous les acteurs : la co-production P 191 à 238

BLANCHET Alain, GOTMAN Anne, **L'enquête et ses méthodes : l'entretien**, Edition : Armand Colin, 2007, 126 pages

DEJOUX Cécile, **Gestion des compétences et GPEC**, Edition Dunod, 2008, 128 pages

DIOME Fatou, **Le ventre de l'Atlantique**, Edition : Anne Carrière, 2003, 296 pages

DUBAR Claude, **La socialisation, Construction des identités sociales et professionnelles**, Edition : Armand Colin, Paris 1991, 278 pages

FISCHER Gustave-Nicolas, **Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale**, Edition Dunod, 4^{ème} Edition entièrement revue et augmentée, Paris 2010, 318 pages.

Chapitre 6: L'identité P 183 à 209

Chapitre 7: Le groupe social P 215 à 249

HALPERN Catherine, RUANO-BORBALAN Jean-Claude, **Identités(s), L'individu, Le Groupe, La société**, Editions Sciences Humaines, Mai 2004, 391 pages

Chapitre I : Les fondements de l'identité personnelle P23 à 60

Chapitre IV : Les cadres de l'appartenance P119 à 158

Chapitre VI : Les groupes professionnels P187 à 218

LE PETIT LAROUSSE ILLUSTRÉ 2009, p 931

MICRO ROBERT, **Dictionnaire du français primordial**, Edition revue et mise à jour, août 1982, p540

MINZBERG Henry, **Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre**, Edition Eyrolles, 2^{ème} édition mise à jour et complétée, troisième tirage 2008, pp 65-111

MUCCHIELLI Alex, **L'identité, Que sais-je ?**, Edition : Presses Universitaires de France, 1986, 8^{ème} édition de mai 2011, 127 pages

MUCCHIELLI Roger, **Le travail en équipe, Clés pour une meilleure efficacité collective**, ESF éditeur, janvier 2007, 208 pages

PAUGAM Serge, **L'enquête sociologique**, Edition PUF, Mars 2010, pp 71 à 222

RAYNAL Françoise, RIEUNIER Alain, **Pédagogie, Dictionnaire des concepts clés**, ESF éditeur, 7^{ème} édition 2009 revue et augmentée, p 110

ROBBINS Stephen, DECENZO David, **Management, L'essentiel des concepts et des pratiques**, Edition Pearson Education, 6^{ème} édition, octobre 2008, 523 pages

Chapitre 1 : Aux sources du management contemporain P1 à 24

Chapitre 2 : Les métiers du manager P 25 à 50

Chapitre 7 : Le changement et l'innovation, P191 à 222

Chapitre 8 : Les comportements individuels et collectifs, P223 à 260

Chapitre 9 : Le travail en équipes, P261 à 286

SAINSAULIEU Ivan, **L'hôpital et ses acteurs, appartenances et égalité**, Editions Belin, Mars 2007, 267 pages

ZARIFIAN Philippe, **Objectif compétence**, Editions Liaisons, 2011, 203 pages

Articles :

BICHIER Edouard, FELLINGER Francis, **Gouvernance polaire la loi ne règle pas tout**, in : Revue hospitalière de France, N°531, Novembre-Décembre 2009, pp 39-41

CHAGUE Vincent, **Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante ?**, in : Soins Cadres, 2008, N°SUP65, pp8-12

DUBAR Claude, **Formes identitaires et socialisation professionnelle**, in : Revue Française de sociologie, 1992, 33-4, pp 505-529

ERNY Jean-Charles, **A propos du processus de construction du sentiment d'efficacité personnelle des infirmiers d'un pôle**, in : Soins Cadres, N°80, Novembre 2011, pp 20-23

LE BOTERF Guy, **Développer les compétences collectives dans les hôpitaux et les centres de soins**, in : Gestions Hospitalières, N°493, Février 2010, pp 87 à 91

RENAUDINEAU Chantal, **Le pôle urgences-médecine-santé au CHU d'Angers**, in : Soins, n° 719, Octobre 2007, p 41

SAN JULLIAN Mireille, **Changer... son approche du changement**, in : Objectifs Soins, N°103, février 2002, pp II-III

Cours :

DESERPRIT Gilles, **Mise en œuvre d'une GPEC dans l'encadrement de proximité**, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 13 octobre 2011

KADDOURI Moktar, **Les dynamiques identitaires en jeu chez les cadres de santé**, Intervention à l'IFCS de Montsouris, 8 septembre 2011

Autres documents :

DUSAUSOY Elisabeth, **L'infirmier faisant fonction de manager, Quel accompagnement ?**, Mémoire de l'école Nationale de Santé Publique, 2001, p 31

ANAP, **Améliorer la gestion des ressources humaines, La gestion prévisionnelle des emplois et des compétences**, avril 2011, p 11

ANNEXES

ANNEXE 1 : Préambule aux entretiens

ANNEXE 2 : Support d'entretien à destination des cadres paramédicaux de pôles

ANNEXE 3 : Support d'entretien à destination des cadres de santé

ANNEXE 4 : Lettre d'accompagnement du questionnaire

ANNEXE 5 : Questionnaire à destination des infirmiers

ANNEXE 6 : Tableaux de résultats des questionnaires infirmiers

ANNEXE 7 : Le sentiment d'appartenance

Préambule aux entretiens

Je me présente Valérie CLEMENT DIT LESENECAL, je suis étudiante à l'institut de formation des cadres de santé de Montsouris. Je souhaite m'entretenir avec vous dans le cadre de mon travail de mémoire sur le développement du sentiment d'appartenance d'une équipe soignante envers le pôle.

L'objectif est d'avoir votre point de vue sur la possibilité de développer ce sentiment grâce au management par les compétences réalisé par le cadre de santé. Mon souhait est que vous puissiez vous exprimer le plus librement possible sur ce sujet et que vous me disiez comment vous-même vous percevez la nécessité de développer ce sentiment ainsi que votre vision sur la gestion des compétences des agents.

La durée de l'entretien sera d'environ une heure.

Avant de débiter notre entretien, je vais vous demander l'autorisation de l'enregistrer, dans la mesure où il me sera alors plus facile de vous écouter et donc d'échanger avec vous.

L'enregistrement va, par la suite, me permettre de vous réécouter et de retranscrire ce que vous m'aurez dit sans déformer vos propos. Je tiens également à vous signaler que l'enregistrement de notre entretien reste anonyme et que je m'engage à l'effacer à la fin de l'analyse.

Avez-vous besoin d'autres précisions avant de commencer ? Etes-vous prêt pour commencer ?

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de recherche.

Support d'entretien à destination des cadres paramédicaux de pôle

Mon objectif : Recueillir votre point de vue concernant la mise en place des pôles, de votre rôle et des moyens mis à votre disposition pour intégrer les soignants à ceux-ci, et particulièrement, recueillir votre avis sur le management par les compétences.

Talon :

- 1) Combien y-a-t-il de services au sein de votre pôle ?
- 2) Combien de soignants cela représente-t-il ?
- 3) Depuis combien de temps les pôles sont-ils créés ?
- 4) Selon quelle logique se sont-ils constitués ?
- 5) Y avez-vous participé ?
- 6) Vous-même, depuis combien de temps faites-vous partie du pôle ?
- 7) Dans quelle mesure ont-ils été institués dans l'intégralité de leurs missions ?

Le sentiment d'appartenance :

- 8) Que sous entend pour vous la notion de sentiment d'appartenance ?
- 9) Avez-vous un sentiment d'appartenance à votre pôle ?
- 10) Ce sentiment d'appartenance au pôle existe-t-il de la part des soignants ? des cadres de santé ?
- 11) Si oui, comment le définiriez-vous ?
- 12) Si non pourquoi ?
- 13) Selon vous, quel est l'intérêt pour les agents de développer un sentiment d'appartenance au pôle ?
- 14) Pourquoi ?
- 15) Quels en sont les freins éventuels ?

Le changement :

- 16) Comment avez-vous vécu la mise en place de votre pôle ?
- 17) Quelles ont été vos réactions ?
- 18) Comment selon vous a-t-elle été vécue par les cadres de proximité du pôle ?
- 19) Quelles ont été leurs réactions ?
- 20) Comment pouvez-vous l'expliquer ?
- 21) Comment a-t-elle été vécue par les soignants ?
- 22) Quelles ont été leurs réactions ?
- 23) Comment pouvez-vous l'expliquez ?

Le management des compétences :

- 24) Pouvez-vous me dire ce que vous entendez par « compétences » ?
- 25) Que représentent pour vous la gestion des compétences ?
- 26) Que pourriez-vous en attendre ?
- 27) Le management par les compétences constitue-t-il un axe de projet du pôle ?
- 28) Est-ce un projet mené en partenariat avec les cadres de proximité?
- 29) Si oui, de quelle manière ?
- 30) Les compétences des agents du pôle ont-elles été recensées ?
- 31) Si non, est-ce prévu à cours termes ? (faire définir ce temps)
- 32) Les compétences liées au poste ont-elles été formalisées ?
- 33) Si non est-ce prévu à cours termes ? (faire définir ce temps)
- 34) Le développement des compétences est-il envisagé en interne, par service, ou existe-t-il des parcours de développement des compétences en transversale sur le pôle ?
- 35) Si la notion de développement transversale des compétences existe, est-elle abordée lors du recrutement des agents sur le pôle ?
- 36) La mobilité ponctuelle des agents dans le pôle tient-elle compte des compétences des agents ou d'une volonté de développement de leur part ?
- 37) Si non, pourquoi ?

- 38) Selon vous, quelles sont aujourd'hui les principales contraintes qui peuvent encore freiner la mise en œuvre du développement des compétences des agents de votre pôle ?

Compétences et sentiment d'appartenance :

- 39) Le développement des compétences d'un agent contribue-t-il à développer en lui un sentiment d'appartenance au pôle ?

- 40) Comment envisagez-vous vous-même de développer (ou développez vous) ce sentiment d'appartenance chez les cadres de proximité?

chez les infirmiers ?

- 41) Les cadres de santé peuvent-ils tirer avantages de vos pratiques managériales?

les soignants ?

si oui lesquels ?

- 42) De la même façon, de quelle manière favorisez-vous la cohésion d'équipe ?

Management par le sens

- 43) Selon vous, comment parvenez-vous à donner du sens au pôle pour les agents qui le constituent ?

- 44) Comment apportez-vous de la cohérence à l'ensemble ?

Support d'entretien à destination des cadres de santé

Mon objectif : Recueillir votre point de vue concernant la mise en place des pôles, de votre rôle et des moyens mis à votre disposition pour intégrer les soignants à ceux-ci, et particulièrement, recueillir votre avis sur le management par les compétences.

Le talon :

- 1) Depuis combien de temps êtes- vous cadre de santé ?
- 2) De combien de soignants se compose votre service ?
- 3) Depuis combien de temps les pôles sont-ils créés ?
- 4) Selon quelle logique se sont-ils constitués ?
- 5) Y avez-vous participé ?
- 6) Vous-même depuis combien de temps faites vous partie du pôle ?

Le sentiment d'appartenance :

- 7) Que sous entend pour vous la notion de sentiment d'appartenance ?
- 8) Avez-vous un sentiment d'appartenance au pôle ?

et votre équipe ?

- 9) Si oui, comment le définiriez-vous ?
- 10) Si non pourquoi ?
- 11) Selon vous, quel est l'intérêt pour les agents de développer un sentiment d'appartenance au pôle ?
- 12) Pourquoi ?
- 13) Quels en sont les freins éventuels?

Le changement :

- 14) Comment avez-vous vécu la mise en place de votre pôle ?

15) Quelles ont été vos réactions ?

16) Comment pouvez-vous l'expliquer ?

17) Avez-vous rencontré des difficultés ?

18) Y trouvez-vous des satisfactions ?

19) Comment a-t-elle été vécue par les soignants ?

20) Quelles ont été leurs réactions ?

21) Comment pouvez-vous l'expliquez ?

La compétence :

22) Pouvez-vous me dire ce que vous entendez par « compétence » ?

23) Le management des compétences constitue-t-il un axe de projet du pôle ? du service ?

24) Avez-vous une part active dans ce projet ?

25) Si oui, de quelle manière ?

26) Si non, pourquoi ?

27) De quelle façon fonctionnez-vous autour de ce projet avec votre cadre supérieur, ainsi qu'avec les autres cadres de santé du pôle?

28) Quel intérêt revêt selon vous le management des compétences ?

29) Disposez-vous d'outil pour votre management des compétences ?

30) Comment évaluez-vous les compétences de vos agents ?

- 31) Les compétences des agents du pôle ont-elles été recensées ?
- 32) Si non, est-ce prévu à cours termes ? (faire définir ce temps)
- 33) Les compétences liées au poste ont-elles été formalisées ?
- 34) Si non est-ce prévu à cours termes ? (faire définir ce temps)
- 35) Comment pouvez-vous développer les compétences de vos agents ?
- 36) Le développement des compétences est-il envisagé en interne, par service, ou existe-t-il des parcours de développement des compétences en transversale sur le pôle ?
- 37) Si la notion de développement transversale des compétences existe, à quel moment est-elle abordée avec les agents ?
- 38) La mobilité ponctuelle des agents dans le pôle tient-elle compte des compétences des agents ou d'une volonté de développement de leur part ?
- 39) Si non, pourquoi ?
- 40) Selon vous, quelles sont aujourd'hui les principales contraintes qui peuvent encore freiner la mise en œuvre du développement des compétences de votre équipe ?

Compétence et sentiment d'appartenance :

- 41) Le développement des compétences d'un agent contribue-t-il à développer en lui un sentiment d'appartenance au pôle ?
- 42) Comment envisagez-vous vous-même de développer (ou développez vous) ce sentiment d'appartenance chez les soignants ?
- 43) Les soignants peuvent-ils tirer avantage de votre management ? si oui de quelle manière ?

44) De la même façon, de quelle manière favorisez-vous la cohésion d'équipe ?

Management par le sens :

45) Selon vous, quel niveau de votre management est porteur du sens du pôle ?

46) Comment apportez-vous de la cohérence à l'ensemble ?

Lettre d'accompagnement du questionnaire

CLEMENT DIT LESENECAL Valérie

Etudiante Cadre de Santé Institut Supérieur Montsouris

Le 15 avril 2012

Questionnaire à destination des infirmiers

Dans le cadre du mémoire que je réalise à l'école des cadres, je mène une enquête sur le possible développement d'un sentiment d'appartenance des équipes soignantes envers le pôle auxquelles elles appartiennent.

J'ai élaboré un questionnaire afin de connaître votre avis sur cette thématique. Aussi, les réponses que vous formulerez, permettront de faire avancer mon travail.

Ce questionnaire sera également distribué dans d'autres services de votre pôle et au sein d'un autre établissement de soins.

L'ensemble des données recueillies seront traitées de manières confidentielles et anonymes.

Enfin, les résultats de mon enquête seront disponibles dès la mi-mai 2012 auprès de votre Cadre de Santé.

Je vous remercie de l'attention que vous pourrez m'accorder au travers ce questionnaire. Et, je reste bien entendu à votre disposition si des éléments restaient à clarifier.

Je viendrais récupérer vos réponses auprès de votre cadre le 29 Avril 2012.

Melle CLEMENT DIT LESENECAL Valérie

06 00 00 00 00

Questionnaire à destination des infirmiers

- 1) En quelle année êtes-vous arrivé dans votre établissement ?

- 2) Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

- 3) Avez-vous occupé un poste dans d'autres services du pôle ? Oui Non

- 4) Qu'est ce qui a motivé cette mobilité :
 - Votre volonté de changer
 - Une proposition émanant de la direction ou de votre cadre d'alors.
 - Autre :

- 5) Comment définiriez-vous le sentiment d'appartenance ?

- 6) Vous diriez que vous avez le sentiment d'appartenir davantage : Prioriser de 1 à 4 ?
 - A l'équipe de jour
 - A l'équipe de nuit
 - Au service de soin
 - Au pôle dont vous dépendez
 - A l'établissement
 - Autres :

7) Qu'est-ce qui motive ce sentiment d'appartenance ? (sélectionner les 5 éléments les plus importants selon vous) :

- Complémentarité des soignants
- Ambiance de travail
- Partage de valeurs sociales
- Lien affectifs entre collègues
- Projet, objectif de travail commun
- Spécialité et spécificité de l'organisation
- Taille de l'organisation
- Connaissance des collègues
- Historique / passé commun
- Facilité de communication avec collègues
- Type de patient pris en charge au sein de l'organisation
- Implication des collègues
- Autre :

8) Comment se manifeste-t-il ? (vous pouvez cocher plusieurs réponses) :

- Solidarité / esprit d'équipe
- Sentiment de confiance
- Sentiment de sécurité
- Sentiment de confort de travail
- Coopération accrue
- Reconnaissance de votre rôle/compétences par vos collègues
- Reconnaissance de votre rôle/compétences par le cadre de santé
- Implication personnelle
- Autre :

9) Avez-vous connaissance du projet de pôle ? Oui Non

10) Pensez-vous connaître vos collègues soignants du pôle ? Oui Non

Si oui, tous en grande partie quelques uns très peu

11) A quelle fréquence les rencontrez-vous?

Jamais

Rarement

Fréquemment (≥ 3 fois par semaine)

Régulièrement (préciser) :

12) Avez-vous déjà rencontré le cadre paramédical de pôle ? Oui Non

Si oui, à quelle occasion ? :

13) Savez-vous selon quelle logique s'est créé le pôle ? (ex : filière de prise en charge (pôle femme-enfant, pôle gériatrie...) ; logique d'organe (pôle tête et cou...))

Oui Non

14) Si oui, cela vous semble –t-il être cohérent ? Oui Non

Si non, pourquoi ?

15) Avez-vous été amené à remplacer / dépanner dans un autre service de votre pôle ?

Oui non

16) Si oui, à quelle fréquence ? :

17) Si oui, comment l'avez-vous vécu ?

18) Pensez-vous pouvoir tirer un bénéfice pour vous-même de la mise en place des pôles ?

Oui Non

19) Si oui, lequel ?

20) Avez-vous l'impression que la mise en place des pôles impacte le service ?

Oui Non

21) Si oui, à quel niveau ? (indiquez à côté pour chacune des réponses choisies si c'est une évolution perçue comme positive (P) ou négative (N) ou sans conséquence (S))

Organisationnel

Ambiance de travail

Valeurs partagées

Projet de service

Coordination des soignants

Pratiques professionnelles

Mode de prise en charge du patient

Conditions de travail (rythme de travail, accès au matériel...)

Autres :

22) Au regard de ces modifications que vous avez citées, avez-vous pu participer à la construction des nouvelles réorganisations qui se sont alors installées ?

Oui Non

23) Avez-vous bénéficié d'une formation cette année ? Oui Non

Si oui de quel type (vous pouvez cocher plusieurs réponses) :

1^{ère} formation :

- A votre demande
- Formation suggérée par le cadre de santé
- Formation personnelle
- Formation institutionnelle
- Formation liée à un projet de service
- Formation liée à un projet de pôle
- Autre :

2^{ème} formation :

- A votre demande
- Formation suggérée par le cadre de santé
- Formation personnelle
- Formation institutionnelle
- Formation liée à un projet de service
- Formation liée à un projet de pôle
- Autre :

24) Le plan de formation annuel vous a-t-il été expliqué ? Oui Non

Si oui, En fonction d'un projet de service

- En fonction d'un projet de pôle
- Au regard de votre DIF (droit individuel à la formation)
- Autre :

25) Comment définiriez-vous la notion de compétence professionnelle ?

26) Avez-vous un projet personnel de développement des compétences ? Oui Non

Si oui, est-il connu de votre cadre de santé ? Oui Non

27) Pensez-vous pouvoir vous épanouir professionnellement en développant des compétences au sein de (vous pouvez cocher plusieurs réponses) :

- Votre service
- Votre pôle
- Votre établissement
- En dehors de votre établissement
- Autre :

28) Avez-vous connaissance de parcours professionnalisant existant au sein de votre pôle ?

- Oui Non

29) Vous en a-t-on proposé un ? Oui Non

Tableaux de résultats des questionnaires infirmiers

Etablissement n°1 : 21 questionnaires récupérés

Etablissement n°2 : 11 questionnaires récupérés

1) En quelle année êtes-vous arrivé dans votre établissement ?

Etablissement n°1	
Moins d'un an	9,5%
De 1 à 3ans (inclus)	38,1%
De 3 à 5 ans (inclus)	14,3%
De 5 à 7 ans (inclus)	9,5%
De 7 à 9 ans (inclus)	9,5%
≥ à 10 ans	19%

Etablissement n°2	
Moins d'un an	18,2%
De 1 à 3ans (inclus)	27,3%
De 3 à 5 ans (inclus)	9%
De 5 à 7 ans (inclus)	18,2%
De 7 à 9 ans (inclus)	18,2%
≥ à 10 ans	9%

Etablissement n°1	
Avant la mise en place des pôles ⁽¹⁾	Après la mise en place des pôles ⁽¹⁾
91%	9%

(1) En septembre 2010

Etablissement n°2	
Avant la mise en place des pôles ⁽²⁾	Après la mise en place des pôles ⁽²⁾
81,81%	18,18%

(2) En juillet 2011

Etablissement n°1
Avant la mise en place des pôles de 2006
38%

Etablissement n°2
Avant la mise en place des pôles de 2006
45%

2) Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

Etablissement n°1			
Moins de 1 an	Entre 1 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	Plus de 5 ans
9,5%	38%	19%	33,5%

Etablissement n°2			
Moins de 1 an	Entre 1 et 3 ans	Entre 3 et 5 ans	Plus de 5 ans
18,18%	36,36%	9%	36,36%

3) Avez-vous occupé un poste dans d'autres services du pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	NON
14%	86%

Etablissement n°2	
OUI	NON
9,1%	90,9%

Etablissement n°1
Infirmiers de plus de 5 ans d'ancienneté ⁽³⁾
33,33%

(3) Pour 9 personnes

Etablissement n°2
Infirmiers de plus de 5 ans d'ancienneté ⁽⁴⁾
0%

(4) Pour 5 personnes

4) Qu'est-ce qui a motivé cette mobilité ?

Etablissement n°1		
Volonté de changer	Proposition direction / cadre	Autre
100% ⁽⁵⁾	0%	0%

(5) Pour 6 personnes

Etablissement n°2		
Volonté de changer	Proposition direction / cadre	Un changement de fonction
0%	0%	100% ⁽⁶⁾

(6) Pour 1 personne

5) Comment définiriez-vous le sentiment d'appartenance ? (en bleu, définition attendue au regard du cadre conceptuel)

Etablissement n°1	
Groupe productif de base	24,3%
Valeurs communes	13,5%
Intégration	10,8%
Solidarité	10,8%
Reconnaissance	8,1%
Ambiance de travail	8,1%
Lieu	8,1%
Mission commune	5,4%
Ne sait Pas	5,4%
Engagement	2,7%
Confiance	2,7%

Etablissement n°2	
Groupe productif de base	31,82%
Intégration	9,1%
Lieu	9,1%
Mission commune	9,1%
Organisation	9,1%
Reconnaissance	4,54%
Ambiance de travail	4,54%
Sécurité	4,54%
Spécialité	4,54%
Type de patients	4,54%
Proximité des collègues	4,54%
Ne sait Pas	4,54%

6) Vous diriez que vous avez le sentiment d'appartenir davantage

1^{ère} position :

Etablissement n°1 ⁽⁷⁾	
A l'équipe de jour	28,6%
A l'équipe de nuit	28,6%
Au service de soin	42,85%
Au pôle	-
A l'établissement	-

(7) Pour 21 personnes

Etablissement n°2 ⁽⁸⁾	
A l'équipe de jour	54,54%
A l'équipe de nuit	0%
Au service de soin	18,18%
Au pôle	0%
A l'établissement	18,18%
Equipe de garde	9,1%

(8) Pour 11 personnes

2^{ème} position :

Etablissement n°1 ⁽⁹⁾	
A l'équipe de jour	26,3%
A l'équipe de nuit	-
Au service de soin	52,63%
Au pôle	5,26%
A l'établissement	15,79%

(9) Pour 19 personnes

Etablissement n°2 ⁽¹⁰⁾	
A l'équipe de jour	28,57%
A l'équipe de nuit	0%
Au service de soin	57,14%
Au pôle	14,28%
A l'établissement	0%

(10) Pour 7 personnes

3^{ème} position :

Etablissement n°1 ⁽¹¹⁾	
A l'équipe de jour	16,7%
A l'équipe de nuit	27,7%
Au service de soin	11,1%
Au pôle	5,5%
A l'établissement	38,9%

(11) Pour 18 personnes

Etablissement n°2 ⁽¹²⁾	
A l'équipe de jour	0%
A l'équipe de nuit	14,28%
Au service de soin	14,28%
Au pôle	14,28%
A l'établissement	42,86%
Aux soins intensifs	14,28%

(12) Pour 7 personnes

4^{ème} position :

Etablissement n°1 ⁽¹³⁾	
A l'équipe de jour	0%
A l'équipe de nuit	6,25%
Au service de soin	0%
Au pôle	56,2%
A l'établissement	37,5%

(13) (pour 16 personnes)

Etablissement n°2 ⁽¹⁴⁾	
A l'équipe de jour	14,28%
A l'équipe de nuit	28,57%
Au service de soin	0%
Au pôle	28,57%
A l'établissement	28,57%

(14) Pour 7 personnes

7) Qu'est ce qui motive ce sentiment d'appartenance ?

Etablissement n°1	
Ambiance de travail	100%
Complémentarité soignante	76,2%
Facilité de communication	71,43%
Liens affectifs entre collègues	57,14%
Projet, objectif commun	47,62%
Implication des collègues	47,62%
Type de patient	28,6%
Connaissance des collègues	28,6%
Spécialité	19,04%
Partage de valeurs	14,28%
Historique	9,5%
Taille de l'organisation	0%

Etablissement n°2	
Complémentarité soignante	72,72%
Ambiance de travail	72,72%
Facilité de communication	63,63%
Liens affectifs entre collègues	54,54%
Projet, objectif commun	36,36%
Implication des collègues	36,36%
Type de patient	36,36%
Partage de valeurs	27,27%
Spécialité	27,27%
Connaissance des collègues	27,27%
Historique	18,18%
Taille de l'organisation	9,1%
Ancienneté	9,1%
Présence et connaissance du cadre supérieur	9,1%

8) Comment se manifeste-t-il ?

Etablissement n°1	
Solidarité	90,47%
Confiance	66,66%
Implication perso.	47,62%
Reconnaissance des collègues	38,09%
Confort de travail	33,33%
Coopération accrue	23,81%
Sécurité	19,05%
Reconnaissance du cadre de santé	19,05%

Etablissement n°2	
Solidarité	72,72%
Reconnaissance du cadre de santé	36,36%
Reconnaissance des collègues	36,36%
Confiance	27,27%
Sécurité	27,27%
Coopération accrue	27,27%
Implication perso.	27,27%
Confort de travail	9,1%
Partage des savoirs	9,1%
Connaissance du rôle de chacun	9,1%

9) Avez-vous connaissance du projet de pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	24%
NON	76%

Etablissement n°2	
OUI	18,18%
NON	81,81%

10) Pensez-vous connaître vos collègues soignants du pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	66,6%
NON	33,3%

Etablissement n°2	
OUI	27,27%
NON	72,72%

Etablissement n°1	
Tous	0%
En grande partie	13,33%
Quelques uns	73,33%
Très peu	13,33%

Etablissement n°2 ⁽¹⁵⁾	
Tous	0%
En grande partie	0%
Quelques uns	100%
Très peu	0%

(15) Pour 4 personnes

11) A quelle fréquence les rencontrez-vous ?

Etablissement n°1	
Jamais	22,72%
Rarement	63,63%
Fréquemment	13,63%
Régulièrement	0%

Etablissement n°2	
Jamais	72,72%
Rarement	18,18%
Fréquemment	0%
Régulièrement	9,1%

12) Avez-vous déjà rencontré le cadre paramédicale de pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	100%
NON	0%

Etablissement n°2	
OUI	54,54%
NON	45,45%

A quelle occasion :

Etablissement n°1	
Réunion de service	80,95%
Passage dans le service	38,09%
Embauche	14,28%
Difficultés / réclamations	9,52%
Notation	4,76%

Entretien	4,76%
Des que le besoin s'en fait sentir	4,76%
Non répondu	4,76%

Etablissement n°2	
Réunion de service	14,28%
Passage dans le service	14,28%
Dans le bureau du cadre	14,28%
Est venue se présenter	42,86%
Dans le couloir	14,28%

13) Savez-vous selon quelle logique s'est créé le pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	28,6%
NON	71,4%

Etablissement n°2	
OUI	27,27%
NON	72,72%

14) Si oui, Cela vous semble-t-il être cohérent ?

Etablissement n°1 ⁽¹⁶⁾	
OUI	85,7%
NON	14,3%

(16) Pour 7 personnes

Etablissement n°2 ⁽¹⁷⁾	
OUI	66,66%
NON	33,33%

(17) Pour 3 personnes

15) Avez-vous été amené à remplacer / dépanner dans un autre service de votre pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	42,85%
NON	57,15%

Etablissement n°2	
OUI	9,1%
NON	90,9%

16) Si oui, à quelle fréquence ?

Etablissement n°1 ⁽¹⁸⁾	
1 fois par an	44,44%
2 à 3 fois par an	22,22%
Rarement	22,22%
Moins de 10 fois par an	11,11%
De temps en temps	11,11%

(18) Pour 9 personnes

Etablissement n°2 ⁽¹⁹⁾	
1 fois	100%

(19) Pour 1 personne

17) Si oui, comment l'avez-vous vécu ?

Etablissement n°1 ⁽¹⁸⁾	
Bien	44,44%
Très bien	22,22%
Bon accueil	22,22%
Rassurée par les horaires	11,11%
Découverte	11,11%
Réinvestissement	11,11%
Stressée avant	11,11%
Pion, Bouche trou	11,11%

Etablissement n°2	
Bien	50%
Sans explication	50%

18) Pensez-vous pouvoir tirer un bénéfice pour vous-même de la mise en place des pôles ?

Etablissement n°1	
OUI	14,28%
NON	85,72%

Etablissement n°2	
OUI	36,36%
NON	63,63%

19) Si oui, lequel ?

Etablissement n°1 ⁽¹⁹⁾	
Connaître d'autres pathologies	66,6%
Connaître d'autres modes de prise en charge	33,3%
Elargir mes connaissances	66,6%

(19) Pour 3 personnes

Etablissement n°2 ⁽²⁰⁾	
Plus grande facilité de mouvement	20%
Connaissance de nouvelles techniques	20%
Diminution de la routine	20%
Meilleur accueil des patients	20%
Gain de temps dans la prise en charge	20%

(20) Pour 4 personnes

20) Avez-vous l'impression que la mise en place des pôles impacte le service ?

Etablissement n°1	
OUI	19,05%
NON	80,95%

Etablissement n°2	
OUI	54,54%
NON	45,45%

Etablissement n°1	
Pour les infirmiers présents lors de la mise en place des pôles en 2006 ⁽²¹⁾	
OUI	25%
NON	75%

(21) Pour 8 personnes

Etablissement n°2	
Pour les infirmiers présents lors de la mise en place des pôles en 2006 ⁽²²⁾	
OUI	60%
NON	40%

(22) Pour 5 personnes

21) Si oui, à quel niveau ?

Changement vécu comme positif :

Etablissement n°1	
Organisationnel	7,7%
Ambiance de travail	0%
Valeurs partagées	23,07%
Projet de service	15,38%
Coordination des soignants	7,7%
Pratiques professionnelles	23,07%
Prise en charge du patient	23,07%
Conditions de travail	0%

Etablissement n°2	
Organisationnel	10%
Ambiance de travail	20%
Valeurs partagées	10%
Projet de service	10%
Coordination des soignants	10%
Pratiques professionnelles	30%
Prise en charge du patient	10%
Conditions de travail	0%

Changement vécu comme négatif :

Etablissement n°1	
Organisationnel	16,67%
Ambiance de travail	16,67%
Valeurs partagées	8,33%
Projet de service	0%
Coordination des soignants	8,33%
Pratiques professionnelles	8,33%
Prise en charge du patient	8,33%
Conditions de travail	33,33%

Etablissement n°2	
Organisationnel	29,41%
Ambiance de travail	0%
Valeurs partagées	5,88%
Projet de service	17,64%
Coordination des soignants	5,88%
Pratiques professionnelles	5,88%
Prise en charge du patient	11,76%
Conditions de travail	23,53%

Changement vécu comme sans conséquence :

Etablissement n°1	
Organisationnel	16,67%
Ambiance de travail	33,33%
Valeurs partagées	0%
Projet de service	16,67%
Coordination des soignants	33,33%
Pratiques professionnelles	0%
Prise en charge du patient	0%
Conditions de travail	0%

Etablissement n°2	
Organisationnel	0%
Ambiance de travail	33,33%
Valeurs partagées	33,33%
Projet de service	0%
Coordination des soignants	16,67%
Pratiques professionnelles	0%
Prise en charge du patient	16,67%
Conditions de travail	0%

22) Au regard de ces modifications que vous avez citées, avez-vous pu participer à la construction des nouvelles organisations qui se sont alors installées ?

Etablissement n°1 ⁽²³⁾	
OUI	6,67%
NON	93,33%

(23) Pour 15 personnes

Etablissement n°2 ⁽²⁴⁾	
OUI	12,5%
NON	87,5%

(24) Pour 8 personnes

23) Avez-vous bénéficié d'une formation cette année ?

Etablissement n°1	
OUI	62%
NON	38%

Etablissement n°2	
OUI	54,54%
NON	45,45%

1^{ère} formation :

Etablissement n°1 ⁽²⁵⁾	
A votre demande	86%
Suggérée par le cadre de santé	0%
Formation personnelle	7%
Formation institutionnelle	7%
Liée à un projet de service	0%
Liée à un projet de pôle	0%

(25) Pour 13 personnes

Etablissement n°2 ⁽²⁶⁾	
A votre demande	30%
Suggérée par le cadre de santé	50%
Formation personnelle	0%
Formation institutionnelle	20%
Liée à un projet de service	0%
Liée à un projet de pôle	0%

(26) Pour 6 personnes

2^{ème} formation :

Etablissement n°1 ⁽²⁷⁾	
A votre demande	60%
Suggérée par le cadre de santé	0%
Formation personnelle	0%
Formation institutionnelle	20%
Liée à un projet de service	20%
Liée à un projet de pôle	0%

(27) Pour 5 personnes

Etablissement n°2 ⁽²⁸⁾	
A votre demande	100%
Suggérée par le cadre de santé	0%
Formation personnelle	0%
Formation institutionnelle	0%
Liée à un projet de service	0%
Liée à un projet de pôle	0%

(28) Pour 1 personne

24) Le plan de formation annuel vous-a-t-il été expliqué ?

Etablissement n°1	
OUI	55%
NON	45%

Etablissement n°2	
OUI	0%
NON	100%

Etablissement n°1 ⁽²⁹⁾	
En fonction du projet de service	18,18%
En fonction du projet de pôle	0%
Au regard de votre DIF	72,72%
Au regard des formations internes à l'institution	9,1%

Etablissement n°2	
En fonction du projet de service	0%
En fonction du projet de pôle	0%
Au regard de votre DIF	0%

(29) Pour 11 personnes

25) Comment définiriez-vous la notion de compétence professionnelle ?

Etablissement n°1	
Mise en action des savoirs	32,5%
Savoirs être	15%
Adaptabilité	12,5%
Qualités / Capacités professionnelles	12,5%
Implication	7,5%
Valeurs professionnelles	5%
Travail d'équipe	5%
Conscience professionnelle	2,5%
Remise en question	2,5%
Personnelle	2,5%

Etablissement n°2	
Mise en action des savoirs	33,3%
Connaissances professionnelles	23,8%
Savoirs être	14,28%
Travail de qualité	9,5%
Adaptabilité	4,76%
Qualités / Capacités professionnelles	4,76%
Remise en question	4,76%
Travail d'équipe	4,76%

26) Avez-vous un projet personnel de développement des compétences ?

Etablissement n°1	
OUI	63,16%
NON	36,84%

Etablissement n°2	
OUI	63,63%
NON	36,36%

Si oui, est-il connu de votre cadre de santé ?

Etablissement n°1 ⁽³⁰⁾	
OUI	66,66%
NON	33,33%

(30) Pour 12 personnes

Etablissement n°2 ⁽³¹⁾	
OUI	62,5%
NON	37,5%

(31) Pour 8 personnes

27) Pensez-vous pouvoir vous épanouir professionnellement en développant des compétences au sein de :

Etablissement n°1	
Votre service	51,48%
Votre pôle	5,7%
Votre établissement	17,14%
En dehors de votre établissement	25,74%

Etablissement n°2	
Votre service	45%
Votre pôle	15%
Votre établissement	20%
En dehors de votre établissement	15%
Interim	5%

28) Avez-vous connaissance de parcours professionnalisant existant au sein de votre pôle ?

Etablissement n°1	
OUI	5%
NON	95%

Etablissement n°2	
OUI	0%
NON	100%

29) Vous en a-t-on proposé un ?

Etablissement n°1	
OUI	0%
NON	100%

Etablissement n°2	
OUI	0%
NON	100%

Le sentiment d'appartenance

1) Définition générale du sentiment d'appartenance (informations obtenues au sein des questionnaires infirmiers, à la question n°5, et des entretiens)

	Infirmiers Etablissement n°1	Infirmiers Etablissement n°2	Encadrement Etablissement n°1	Encadrement Etablissement n°2
Solidarité	10,8%		CDS2	CDS3
Confiance	2,7%			CDS3 – CDS4
Engagement	2,7%		CP1	CDS3 – CDS4
Reconnaissance	8,1%	4,54%	CP1	
Valeurs communes	13,5%		CDS1	CDS3 – CDS4 – CP2
Intégration	10,8%	9,1%		
Ambiance de travail	8,1%	4,54%		CDS3
Communication				
Sécurité		4,54		
Mission commune	5,4%	9,1%	CDS1	CDS3 – CDS4 – CP2
Organisation		9,1		
Groupe productif de base	24,3%	31,82%		CDS3
Spécialité		4,54%		
Histoire commune				
Type de patients		4,54		CP2
Proximité des collègues		4,54%		CDS3 – CDS4
Lieu	8,1%	9,1%		CDS3
Ne sait pas	5,4%	4,54%		

2) Qu'est-ce qui définit leur sentiment d'appartenance actuellement ? (question n°7 du questionnaire infirmier)

	Infirmiers de E1	Infirmiers de E2	CP1	CP2	CDS1	CDS2	CDS3	CDS4
Solidarité						X		
Confiance								
Engagement			X					
Reconnaissance								
Valeurs communes	14,28%	27,27%	X			X	X	
Intégration								
Ambiance de travail	100%	72,72%	X					
Communication						X		
Sécurité								
Mission commune	47,62%	36,36%						
Organisation								
Groupe productif de base								
Spécialité	19,04%	27,27%						
Histoire commune	9,5%	18,18%						
Type de patients	28,6%	36,36%						
Proximité des collègues			X					
Complémentarité soignante	76,2%	72,72%	X			X		
Facilité de communication	71,43%	63,63%						
Liens affectifs entre les collègues	57,14%	54,54%						
Implication des collègues	47,62%	36,36%						
Connaissance des collègues	28,6%	27,27%			X		X	X
Taille de l'organisation		9,1%						
Présence et connaissance du cadre paramédical		9,1%						
Ancienneté		9,1%						

3) Comment se manifeste-t-il ? (question n°8 du questionnaire infirmier)

	Infirmiers de E1	Infirmiers de E2	CP1	CP2	CDS1	CDS2	CDS3	CDS4
Solidarité	90,47%	72,72%				X		
Confiance	66,66%	27,27%						
Engagement	47,62%	27,27%						
Reconnaissance des collègues	38,09%	36,36%						
Confort de travail	33,33%	9,1%						
Coopération accrue	23,81%	27,27%	X					
Sécurité	19,05%	27,27%						
Reconnaissance du cadre de santé	19,05%	36,36%						
Connaissance du rôle de chacun		9,1%	X					
Partage de savoirs		9,1%						
Echanges						X		



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

**Diplôme de cadre de santé
DCS@11-12**

TITRE DU MEMOIRE

Quel management par les compétences, pour quel sentiment d'appartenance polaire... ?

AUTEUR

CLEMENT DIT LESENECAL Valérie

MOTS-CLES

Cadre de santé, Management des compétences, Sentiment d'appartenance

KEYWORDS

Health manager, Skill's management, Senses of belonging

RESUME

La mise en place des pôles d'activité a modifié le cadre de travail des soignants et donc l'environnement constitutif de leur identité professionnelle. Le rôle du cadre de santé semble donc de permettre aux soignants de développer un sentiment d'appartenance envers cette nouvelle structure, tel qu'il existait pour le service de soin. Dans cet objectif, le management des compétences peut-il être considéré comme un support d'accompagnement pour le cadre de santé? Deux établissements ayant une politique de développement des compétences vont constituer le terrain d'enquête, par des entretiens avec l'encadrement et le recueil de 32 questionnaires infirmiers. La comparaison des réponses obtenues est venue finalement nuancer mon hypothèse de départ de part les contraintes de taille du pôle et le peu d'impact que sa mise en place a pu avoir sur les soignants (idées partagées par l'ensemble des enquêtés). Cependant, il ressort la nécessité pour le cadre de santé de travailler à la valorisation des compétences de l'agent à l'échelle du service. Et, afin d'assurer la performance du pôle, d'y adhérer dans un souci de collaboration efficace et par le partage des valeurs notamment. L'encadrement semble alors avoir un vrai rôle à jouer pour faire vivre le pôle.

ABSTRACT

The implementation of a system organised around activities has changed the medical staff's working environment and consequently their professional identity. The manager's job seems to allow the medical person to develop a sense of belonging to this new organization, as it was in the unit. For this purpose, can skill management be considered as a technical assistance tool for the manager? Two public hospitals with a skill development policy will constitute my investigation field with management interviews and the collection of thirty-two nursing questionnaires. The comparison of the answers collected showed my first hypothesis needed some amendment because of the constraints of the department size and little impacts that its implementation did have on the nursing staff (and this was agreed by all who took part). However, it seems essential to the Health manager to work on the valorization of the individual's nursing skill's, on the unit scale. And, to ensure the performance of the department system, that the management subscribes to it, in a spirit of effective collaboration and by the value sharing in particular. The Health manager then seems to have a real role to play to support the department.