

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

Diplôme de Cadre de Santé



*Articuler les
compétences en
réadaptation : le rôle
du cadre de santé vers
l'interprofessionnalité*

Thomas HERAUVILLE

2011-2012

DCS 11-12

REMERCIEMENTS

Je souhaite remercier Madame Evelyne TERRAT, ma directrice de mémoire, pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils. Ils m'ont été très précieux dans l'élaboration de ce travail de recherche.

Je remercie les cadres de santé que j'ai pu rencontrer au cours de mon enquête pour leur franchise et le temps qu'ils m'ont consacré.

Je remercie également mes proches pour leur soutien et leur écoute.

Enfin, je tiens à remercier tout particulièrement Mélanie pour son investissement, sa patience et ses encouragements tout au long de cette formation.

SOMMAIRE

| | |
|---|----------|
| GLOSSAIRE | 3 |
| INTRODUCTION | 4 |
| 1. De la réflexion à la question de départ | 5 |
| 1.1. Mon expérience professionnelle | 5 |
| 1.2. Cheminement de la réflexion..... | 6 |
| 1.3. Choix de l'approche du thème et question de départ..... | 6 |
| 1.3.1. Mes représentations du travail en équipe en réadaptation | 7 |
| 1.3.2. Ma question de départ..... | 7 |
| 2. Cadre théorique | 8 |
| 2.1. Réadaptation et handicap..... | 8 |
| 2.1.1. Rééducation et réadaptation, l'histoire | 8 |
| 2.1.2. Les « 3 R » de la réadaptation | 9 |
| 2.1.3. Les concepts relatifs au handicap | 10 |
| 2.2. Pluriprofessionnalité et interprofessionnalité | 12 |
| 2.2.1. L'équipe des professionnels de rééducation et réadaptation | 12 |
| 2.2.2. La pluriprofessionnalité | 13 |
| 2.2.3. L'interprofessionnalité..... | 15 |
| 2.3. Le projet de soins en réadaptation | 16 |
| 2.3.1. Projet de vie et projet de soins..... | 16 |
| 2.3.2. Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé..... | 17 |
| 2.4. L'équipe..... | 19 |
| 2.4.1. Le groupe | 19 |
| 2.4.2. L'autorité dans l'équipe | 21 |
| 2.4.3. Les conditions du travail en équipe | 22 |
| 2.4.4. Le travail en équipe | 23 |
| 2.5. Identité sociale et reconnaissance au travail..... | 24 |
| 2.5.1. Identité sociale | 24 |
| 2.5.2. La reconnaissance au travail..... | 26 |
| 2.6. Les compétences..... | 27 |
| 2.6.1. Les compétences individuelles | 27 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.2. Les compétences partagées..... | 29 |
| 2.6.3. La compétence collective | 30 |
| 2.7. Question de recherche | 34 |
| 3. L'enquête de terrain | 35 |
| 3.1. La méthodologie de l'enquête | 35 |
| 3.1.1. Les critères de sélection de l'enquête | 35 |
| 3.1.2. Choix de l'outil d'enquête | 35 |
| 3.1.3. La mise en œuvre de l'enquête | 36 |
| 3.1.4. Méthodologie du traitement et de l'analyse des données | 37 |
| 3.2. Le traitement des données | 38 |
| 3.3. L'analyse thématique..... | 49 |
| 3.3.1. Projet de soins et prise en charge clinique du patient..... | 49 |
| 3.3.2. Les relations interpersonnelles entre les thérapeutes..... | 51 |
| 3.3.3. Les caractéristiques de l'équipe de réadaptation | 53 |
| 3.3.4. Pratique et posture managériales du cadre de santé..... | 55 |
| 3.4. Retour sur les hypothèses | 59 |
| 4. Limites du travail et perspectives professionnelles..... | 61 |
| 4.1. Limites du travail..... | 61 |
| 4.2. Perspectives professionnelles | 62 |
| CONCLUSION | 65 |
| Bibliographie et références | 66 |

Annexes

GLOSSAIRE

| | |
|------|---|
| CDS | Cadre De Santé |
| CIH | Classification Internationale du Handicap |
| EMPR | Etablissement de Médecine Physique et Réadaptation |
| GPEC | Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences |
| MCO | Médecine Chirurgie Obstétrique |
| PEC | Prise En Charge |
| PPH | Processus de Production du Handicap |
| P2I | Plan d'Intervention Individualisé |
| P3I | Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé |
| SSR | Soins de Suite et Réadaptation |

INTRODUCTION

Ces dernières années, la qualité des soins, la prise en charge globale du patient et la satisfaction des usagers sont devenues progressivement des dimensions incontournables dans le milieu hospitalier. Pour atteindre ces objectifs, l'institution demande aux soignants de travailler ensemble.

Le travail en équipe, à travers la coopération entre les différents professionnels, s'inscrit dans ce processus d'amélioration de la qualité des prestations offertes au patient. Le manque de concertation entre les différents membres de l'équipe peut entraîner un cloisonnement de la prise en charge. A l'inverse, une collaboration et un projet de soins concerté engendrent des soins de qualité et instaurent une dynamique d'équipe source d'une bonne qualité de vie au travail. Cette dimension interprofessionnelle est une première étape vers l'implication du patient comme acteur de son suivi, comme l'initient les lois de 2002 et 2005.

Mon expérience professionnelle d'ergothérapeute sur un plateau technique de rééducation ainsi que mes futures fonctions d'encadrement m'amènent à m'interroger sur le positionnement du cadre de santé et la dynamique d'équipe qui en découle. En effet, l'organisation des soins et le management d'équipe relèvent pleinement de ses missions. Son positionnement et ses attitudes vont influencer la motivation et l'implication des soignants afin de favoriser une complémentarité suffisante pour atteindre un but collectif.

M'appuyant sur mon vécu et le questionnement de départ qui y est associé, je présenterai le cadre théorique dans lequel va s'inscrire mon mémoire. De ce cadre conceptuel, découlera ma problématique accompagnée de deux hypothèses. Ensuite, je présenterai l'enquête de terrain en décomposant la méthodologie employée. Une analyse suivra le traitement des données et permettra de mettre en exergue le rôle du cadre de santé. Enfin, après avoir répertorié les limites de ce travail, je me projeterai dans mes futures fonctions de cadre et finirai en concluant sur les enseignements apportés par ce travail.

1. De la réflexion à la question de départ

1.1. Mon expérience professionnelle

Depuis sept ans, mon expérience d'ergothérapeute au sein d'un Etablissement de Médecine Physique et Réadaptation (EMPR), au plateau technique développé, m'a permis d'appréhender, en équipe pluriprofessionnelle, l'accompagnement de personnes présentant des déficiences cognitives et sensitivomotrices dans leur réinsertion.

Dans cet établissement, une réunion pluriprofessionnelle hebdomadaire est organisée dans un lieu déterminé afin de faire régulièrement le point sur la prise en charge du patient. Le bilan de la semaine écoulée est réalisé et les objectifs de rééducation et réadaptation des semaines à venir sont définis ou revus le cas échéant. Ce temps essentiel peut être riche d'enseignements pour les soignants et par conséquent, un élément déterminant pour le patient. Malgré la bonne entente, le travail en coopération n'est pas systématique. Le comportement des thérapeutes est variable d'une personne à l'autre. Certains s'adressent au médecin et se focalisent sur le travail qu'ils réalisent avec le patient, sans véritablement écouter les interventions des autres soignants. D'autres, quant à eux, expriment une réelle envie d'échanger en vue d'une coordination et d'une cohérence des soins. Si ce temps d'échange ne peut avoir lieu en raison de l'absence du médecin, il est rarement reporté à un autre moment. Bien que formalisé sur leur planning, peu de rééducateurs vont investir ce créneau pour discuter des objectifs de prise en charge entre eux.

Pour l'élaboration de ce mémoire, je ne m'appuie pas véritablement sur une situation marquante inscrite dans le temps mais plutôt sur de multiples observations que j'ai pu faire tout au long de mon exercice professionnel.

Par manque d'échange, nous pouvons alors observer une certaine non coordination des soins arrivant parfois même jusqu'à une juxtaposition de ceux-ci. Ainsi, un patient présentant une hémiplégie peut être amené à enchaîner ses soins, sans période de repos alors qu'il est fatigable. La question de la cohérence des soins et de l'intérêt pour le patient peut alors se poser.

A contrario, nous pouvons observer des séances régulières réunissant un kinésithérapeute et un ergothérapeute autour du patient. Celles-ci peuvent être réalisées de manière totalement naturelle par ces thérapeutes, c'est-à-dire non initiée par le médecin.

Le travail de coopération semble alors être véritablement le fait de personnes convaincues de l'intérêt de travailler ensemble.

1.2. Cheminement de la réflexion

M'appuyant sur ce vécu et certaines difficultés communicationnelles rencontrées avec certains collègues, je me suis posé certaines questions dont les suivantes :

- Pourquoi une équipe pluriprofessionnelle éprouve-t-elle des difficultés à élaborer un travail interprofessionnel ?
- Quels sont les facteurs limitant un travail concerté des rééducateurs autour de la prise en charge du patient ?

Ces questions m'ont permis de m'engager sur diverses lectures et recherches. En regard de ces dernières, j'ai relevé différents concepts et mots-clés rencontrés :

- l'identité professionnelle
- la reconnaissance, la légitimité
- le travail en équipe
- les compétences propres et partagées des professionnels
- les représentations de notre profession et celles des autres
- la formation des futurs professionnels

Je me suis alors demandé ce qui, pour moi, suscitait le plus d'interrogations et éveillait le plus de curiosité.

1.3. Choix de l'approche du thème et question de départ

La collaboration entre professionnels de rééducation ne semble pas être dépendante de l'âge des rééducateurs. Un professionnel, jeune en terme d'expérience, n'est pas nécessairement ouvert aux autres thérapeutes, de profession différente. Or, il est sans cesse spécifié en formation initiale que la prise en charge de la personne hospitalisée doit s'inscrire dans une démarche globale et pluriprofessionnelle. D'autres, quant à eux, sont dans un tout autre état d'esprit. Ces comportements sont observables chez des rééducateurs expérimentés, et cela pour l'ensemble des professions présentes sur le plateau technique de rééducation.

D'abord intéressé par l'angle formation des futurs professionnels, je me suis rapidement interrogé sur les préalables de cette formation : Qui forme les étudiants ? Quelles représentations ont ces formateurs du travail en équipe en réadaptation ? Moi-même intervenant vacataire sur deux instituts de formation en ergothérapie et tuteur de stagiaires, je me suis interrogé sur ma représentation du travail en équipe et sur celle que je peux leur transmettre.

1.3.1. Mes représentations du travail en équipe en réadaptation

A mon sens, l'accompagnement d'une personne dans son processus de réadaptation doit être concerté et réfléchi en équipe pour qu'il soit le plus cohérent possible. Cette équipe doit, pour cela, intégrer le patient et/ou sa famille.

Le travail d'équipe suppose alors que celle-ci prenne du temps pour échanger autour des angles de vue de chacun des soignants. Il faut alors pour cela que les spécificités de chaque rééducateur soient prises en compte et reconnues par les autres mais il faut également accepter qu'il y ait une priorité dans les actions menées auprès du patient. Ainsi, notre action peut être momentanément secondaire à celle des autres soignants. Le partage d'informations autour et avec le patient est primordial afin que naisse une véritable dynamique collective s'appuyant sur les compétences de chacun. C'est ainsi qu'une équipe peut travailler selon un mode interprofessionnel.

Réfléchir sur mes représentations du travail en équipe me permet d'élaborer ma question de départ.

1.3.2. Ma question de départ

J'abandonne finalement ma première intention qui était d'aborder mon thème en traitant de la formation des futurs professionnels car, au vu de mon questionnement de départ et de mes perspectives professionnelles, il m'est nécessaire de comprendre pourquoi le travail en équipe n'est pas naturel et spontané. En effet, à l'issue de la formation de cadre de santé, je réintègre l'EMPR pour encadrer une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation. C'est pourquoi, je décide d'orienter ma recherche vers le travail en équipe et la gestion des compétences. Je souhaite m'interroger sur les questions suivantes :

- Sur quels éléments fondamentaux repose le travail interprofessionnel d'une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation ?
- Quelles sont les compétences mobilisées dans un travail interprofessionnel ?

- Comment le cadre de santé peut-il favoriser le travail interprofessionnel d'une équipe de réadaptation ?

Pour mener une réflexion autour de ces questions, un cadre théorique est constitué.

2. Cadre théorique

2.1. Réadaptation et handicap

2.1.1. Rééducation et réadaptation, l'histoire

L'essor de la réadaptation est relativement récent puisqu'il date essentiellement de la seconde guerre mondiale. Pourtant, les premiers établissements et démarches à vocation réadaptative s'inscrivent dans l'histoire¹. Inaugurée par Louis XIV, la fondation de l'Hôtel Royal des Invalides portant le nom aujourd'hui d'Institution Nationale des Invalides, avait pour fonction d'accueillir, soigner et entretenir les soldats estropiés.

Les deux guerres mondiales et le nombre conséquent de blessés et mutilés ont entraîné des efforts thérapeutiques impulsant de façon importante une nouvelle discipline médicale : la réadaptation. La France est alors dans une dynamique de réparation permettant l'avancement de techniques rééducatives associées à un approfondissement des connaissances anatomiques et pathologiques. Ayant pour objectif d'apporter des soins adaptés aux blessés présentant des séquelles neurologiques ou traumatiques, des services de physiothérapie et de mécanothérapie voient le jour. « *En 1917, le Dr KOINDJY à l'Hôpital de la Salpêtrière, ouvre en France un service de rééducation fonctionnelle par le travail pour les blessés militaires* »². A Nancy en 1953, le Pr PIERQUIN fonde un Institut Régional de Réadaptation Fonctionnelle, Professionnelle et Sociale. Le reclassement professionnel des accidentés du travail et des malades est envisagé par l'ordonnance du 4 octobre 1945 portant sur l'organisation de la sécurité sociale. Dans un contexte de reconstruction économique, la réadaptation et la réinsertion socioprofessionnelle sont une priorité.

¹ WIROTIUS J-M. Histoire de la rééducation. *Encyclopédie médicale chirurgicale (Elsevier, Paris) Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 26-005-A-10, 1999, 25 p.

² GABLE G. Histoire de l'ergothérapie. In *Ergothérapie : Guide de pratique*, coordonné par MOREAU A. Paris : ANFE, septembre 2000, p.38.

Les médecins, très orientés vers un mode curatif, commencent à s'intéresser aux conséquences d'ordre humain et social engendrées par les séquelles des traumatismes et maladies. La médecine prend donc un autre visage et de nouvelles professions émergent, afin de mieux prendre en compte les besoins des personnes. C'est ainsi qu'en France, la Loi n°46-858 du 30 avril 1946 organise et réglemente trois nouvelles professions : pédicure, gymnaste médical et masseur médical. La profession de masseur-kinésithérapeute est née de l'union des deux dernières. Le diplôme d'Etat est alors créé. Sous contrôle médical, ce professionnel a pour objectif de participer à la reconstruction du potentiel fonctionnel des personnes porteuses de blessures ou maladies invalidantes. D'autres professions paramédicales de rééducation vont se développer à partir des années 1960. A ce jour, le Code de Santé Publique compte douze professions d'auxiliaires paramédicaux dont l'orthophoniste, l'ergothérapeute et le masseur-kinésithérapeute.

De nombreux termes comme rééducation, réadaptation, reconstruction apparaissent. Mais que désignent-ils exactement ?

2.1.2. Les « 3 R » de la réadaptation

Les termes utilisés sont en effet nombreux. Cette diversité, rencontrée en fonction des lieux d'exercice des professionnels, reflète bien cette évolution que représente ce domaine large d'activités pour les paramédicaux. Les termes employés sont : rééducation, réadaptation, rééducation fonctionnelle, réadaptation fonctionnelle, réadaptation professionnelle, réintégration scolaire et professionnelle, revalidation, réhabilitation, resocialisation, restauration, réinsertion sociale. Le terme de réhabilitation, traduit de l'anglais « rehabilitation » n'est pas approprié car il renvoie à une dimension morale et juridique. Le terme de revalidation, utilisé en Belgique, signifiant « rendre valide à nouveau » est traduit du néerlandais « revalidatie » et se rapporte à la rééducation fonctionnelle.

« Eduquer à nouveau » est la signification littérale de rééducation. La rééducation fonctionnelle est l'ensemble des moyens qui sont mis en œuvre pour rétablir l'usage d'une fonction déficiente d'une personne. La rééducation ne peut donc pas résumer à elle-seule l'accompagnement proposé à une personne en situation de handicap.

Walter HESBEEN présente la réadaptation comme le but poursuivi. Les moyens mis en œuvre sont alors les « 3R » : la rééducation fonctionnelle, la réinsertion sociale et le reclassement scolaire ou professionnel. Ces trois termes mettent bien en évidence

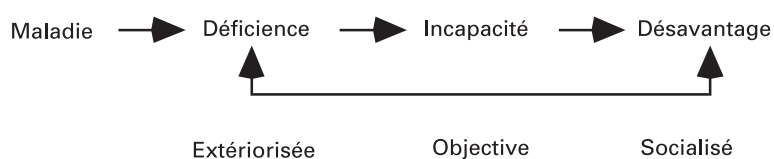
l'orientation de la réadaptation : définir une vision globale de la prise en charge de la personne. Il propose de définir la réadaptation de la manière suivante : « *La réadaptation est une discipline scientifique pluridisciplinaire. Elle a pour but d'assurer à la personne infirme ou invalide ainsi qu'à ses proches, différentes actions permettant de supprimer, d'atténuer, de surmonter les obstacles générateurs de handicaps. Elle se pratique au sein d'équipes spécialisées qui utilisent, au mieux, les ressources offertes par les moyens de la rééducation fonctionnelle, de la réinsertion sociale et du reclassement scolaire ou professionnel* »³.

Pour que ces obstacles générateurs de handicap soient appréhendés, il est nécessaire d'avoir recours à une approche particulière.

2.1.3. Les concepts relatifs au handicap

Avant les années 1980, le champ médical avait le monopole sur le concept du handicap. En effet, après les deux guerres mondiales, les médecins avaient la responsabilité d'évaluer les limites fonctionnelles de ces blessés, de *ces gueules cassées*, d'élaborer des stratégies correctrices et de fixer le taux d'invalidité. Le concept de handicap reposait alors sur des notions de réparation et de compensation⁴.

A la fin des années 1970, l'Organisation Mondiale de la Santé demande à Philip WOOD, épidémiologiste anglais, d'élaborer une classification des handicaps afin de compléter la Classification Internationale des Maladies (CIM). Un groupe de travail est alors constitué et propose en 1980 la Classification Internationale du Handicap (CIH). Cette CIH, approche biomédicale, repose sur trois notions majeures : **la déficience**, **l'incapacité** et **le désavantage**. Outre la prise en compte de la déficience qui renvoie au diagnostic lésionnel et des incapacités qui renvoient l'évaluation des capacités perdues, il semble indispensable de s'intéresser au désavantage subi par le patient. Le terme de désavantage, critiqué car dévalorisant, désigne la réduction plus ou moins importante des rôles sociaux de la personne. La déficience est extériorisée, l'incapacité est objective et le désavantage est socialisé.



Source : Classification Internationale du Handicap, OMS, 1980

³ HESBEEN W. La réadaptation, du concept au soin. Paris : Editions Lamarre, 1994, p.48

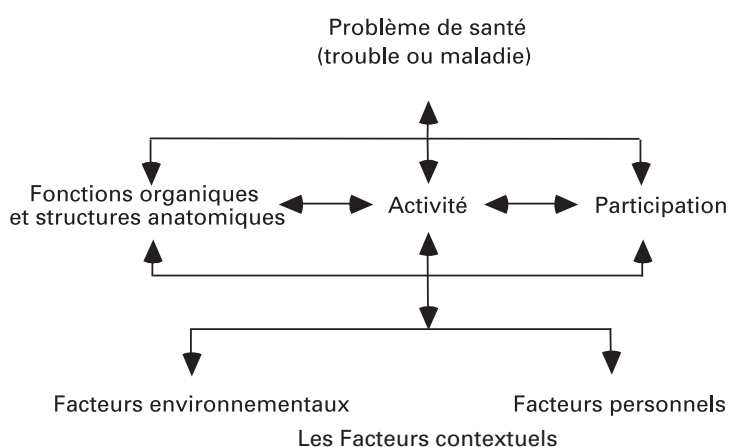
⁴ JAMET F. De la Classification Internationale du Handicap (CIH) à la Classification Internationale du Fonctionnement de la Santé et du Handicap. *La nouvelle revue de l'AS*, 2ème trimestre 2003, n°22, p.163-171

Parallèlement, au Québec, une réflexion relative aux situations de handicap est lancée. Patrick FOUGEYROLLAS propose un modèle incluant, au premier plan, les facteurs environnementaux limitant les activités de la personne, créant ainsi les situations de handicap rencontrées par la personne. Le Processus de Production du Handicap (PPH) distingue les facteurs personnels des facteurs environnementaux. Les désavantages seront donc différents, en fonction de l'environnement, pour des déficiences qui semblent équivalentes. Ce modèle est donc basé sur une approche sociale.

La Classification Internationale du Fonctionnement de la Santé et du Handicap (CIF), évolution de la CIH intègre les notions développées dans le PPH. Cette approche bio-psycho-sociale du handicap est officiellement adoptée par l'OMS en 2001. La CIF « se définit comme un compromis entre le courant « woodien » et « médical » centré sur la pathologie de la personne avec ses conséquences et courant « socio-environmentaliste » qui met l'accent sur le rôle des obstacles dans les situations de vie dans la genèse du handicap »⁵.

Dans cette classification, la situation de handicap n'apparaît pas stricto-sensu. Il est la résultante de trois niveaux de dysfonctionnements :

- Le niveau interne est celui des **altérations** des fonctions organiques et des structures anatomiques. On parle encore de déficiences.
- Nous parlons de **limites d'activité** quand la personne éprouve des difficultés à exécuter une tâche.
- Nous parlons de **restriction de participation** quand la personne éprouve des difficultés à établir des rapports sociaux.



Source : Classification Internationale du Fonctionnement, OMS, 2002

⁵ HAMONET C. Les personnes en situation de handicap, 6^e édition. Paris : PUF, 2010, p.64

En s'intéressant à cette classification et à son histoire, nous prenons bien conscience que la situation de handicap dans laquelle peut se trouver une personne résulte d'interactions plus ou moins complexes. C'est pourquoi, pour aider la personne à surmonter cette situation, les thérapeutes doivent mettre en place des actions qui soient coordonnées et intégrées à un projet discuté en équipe et avec la personne elle-même. Ce projet thérapeutique nécessite l'intervention d'une équipe d'acteurs de rééducation et réadaptation. Cette équipe pluriprofessionnelle doit pouvoir échanger et se concerter afin qu'il y ait un travail en interprofessionnalité et non pas une juxtaposition des soins.

Se pose alors la question de la différence faite entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité.

2.2. Pluriprofessionnalité et interprofessionnalité

Tout d'abord, il nous semble important d'éclaircir les termes pluridisciplinarité et pluriprofessionnalité rencontrés tous deux dans la littérature.

Une discipline est un « *ensemble spécifique de connaissances qui a ses caractéristiques propres sur le plan de l'enseignement, de la formation, des mécanismes, des méthodes et des manières* »⁶. D'après J.M. WIROTIUS, « *la notion de discipline comporte une ambiguïté : est-ce la discipline professionnelle (formation de base, infirmière, kinésithérapeute, ergothérapeute...), ou est-ce la discipline culturelle, académique (cardiologie, dermatologie...) celle qui existe au niveau universitaire* »⁷.

Nous emploierons donc le terme de professionnel et non de discipline étant donné que nous portons notre attention sur une équipe composée certes de professionnels médicaux mais aussi de paramédicaux. Cependant, nous nous appuyerons sur les écrits traitant de la disciplinarité car la pluriprofessionnalité est peu abordée. De même, interdisciplinarité et multidisciplinarité sont des termes dont nous tiendrons compte.

2.2.1. L'équipe des professionnels de rééducation et réadaptation

Les membres qui constituent l'équipe de réadaptation sont variés et peuvent être nombreux. Notre attention se porte sur quelques uns d'entre eux, notamment le personnel médical et paramédical de rééducation. Le personnel médical est constitué de médecins de Médecine Physique et de Réadaptation et le cas échéant, de spécialistes tels que les

⁶ Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. 100^{ème} Edition. 2005.

⁷ WIROTIUS J-M. La polydisciplinarité en réadaptation : un concept gigogne. *Journal de la réadaptation médicale*, 2003, n°23, p.51

pédiatres, neurologues ou gériatres. Le personnel paramédical est composé de différentes professions, entre autres :

- Le masseur-kinésithérapeute a pour objectif principal de favoriser la récupération des fonctions musculaire et articulaire de la personne. La profession a été légalisée en 1946.
- L'ergothérapeute a pour objectif principal de favoriser l'autonomie du patient, dans les activités de la vie quotidienne, de la vie sociale et professionnelle. Le Diplôme d'Etat a été créé en 1971.
- L'orthophoniste porte son attention sur les troubles de la déglutition, de la communication et des séquelles associées de la personne. La profession a été légalisée en 1964.
- Le psychomotricien s'intéresse aux troubles du développement psychomoteur et les troubles du développement psychoaffectif du patient. Le diplôme d'Etat a été créé en 1974.
- L'infirmière en rééducation exécute des soins directs et indirects, c'est-à-dire des soins relatifs à l'hygiène, l'alimentation, l'élimination et les gestes techniques auprès de la personne. La profession a été légalisée en 1922.

L'exercice de ces professions est encadré par le code de santé publique, dans sa partie législative, quatrième partie, Livre III relatif aux auxiliaires médicaux, aides soignants, auxiliaires de puériculture et ambulanciers.

Selon Walter HESBEEN, « *Les professionnels de réadaptation font partie de l'équipe pluridisciplinaire dont les actions s'articulent sur une véritable démarche interdisciplinaire.* »⁸. L'équipe de rééducation est donc qualifiée de pluriprofessionnelle. Mais que signifie réellement la pluriprofessionnalité ?

2.2.2. La pluriprofessionnalité

Le « *bouquet de ressources* », expression employée par Walter HESBEEN pour désigner l'ensemble des professionnels aux compétences diverses et variées, s'investit dans la prise en charge du patient. Chaque intervenant agit selon ses compétences propres et

⁸ HESBEEN W. La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins. Paris : Editions Lamarre, 2001, p.17

intervient « *sur une parcelle du travail global selon un modèle séquentiel* »⁹. Les professionnels n'ont à connaître et maîtriser que leurs propres activités. Réunis par rapport à leur savoir-faire, le travail est orienté vers la spécialité de chacun. Ainsi, le « *résultat du travail d'équipe est égal à la somme du travail effectué par chaque intervenant pour régler une facette spécifique de la problématique* »¹⁰. Dans cette dynamique, les préoccupations ne sont pas nécessairement différentes mais elles sont « *parallèles, matérialisées par des professionnels qui n'ont pas d'intersection culturelle commune* »¹¹. Chacun, peu investi dans la relation, semble travailler pour soi et vouloir avoir raison. « *Comme mon point de vue est le bon, il doit prévaloir sur celui des autres et avoir la valeur universelle du bien* »¹².

La segmentation de la personne est marquée dans cette approche pluriprofessionnelle. C'est ainsi que nous pouvons nous représenter le parcours de soins du patient selon le modèle du tapis roulant. Pour V. SCHWACH¹³, c'est sur ce tapis roulant matérialisé par le fauteuil roulant que le patient se rend de soin en soin. La juxtaposition des professionnels et, par conséquent, celle des soins peut certainement s'expliquer par l'organisation du travail. En effet, dans des structures qui deviennent de plus en plus complexes, nous assistons de plus en plus à une division du travail. Les établissements de réadaptation ne sont pas épargnés. De multiples professions y sont représentées mais les interactions entre elles ne sont que très peu développées. Elles sont d'ailleurs définies de la manière suivante par P. FOUGEYROLLAS et J. LAVOIE « *Les membres d'une équipe pluridisciplinaire et les membres d'une équipe multidisciplinaire sont peu en interaction entre eux. La compréhension de la situation se situe davantage sur des visions analytiques et parallèles. Une équipe fonctionnant sous une approche multidisciplinaire se caractérise par la présence de plusieurs disciplines, la juxtaposition de celles-ci de façon parallèle et sans rapport apparent entre elles* »¹⁴.

⁹ SCHWACH V. L'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. *Soins cadres*, novembre 2009, n°72, p.22

¹⁰ TREMBLAY J. et Al. Les bases du P3I, interdisciplinarité et travail d'équipe. *Journal de réadaptation médicale*, décembre 2000, vol 20, n°3-4, p.95

¹¹ WIROTIUS J-M. La polydisciplinarité en réadaptation : un concept gigogne. Op. cit., p.50

¹² GUIHARD J-P. Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ? *ErgOTHérapies*, septembre 2002, n°7, p. 23

¹³ SCHWACH V. Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle. *Gestions hospitalières*, mai 2005, p.210

¹⁴ FOUGEYROLLAS P, LAVOIE J. De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche-programme. Disponible sur <<http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>>. (Consulté le 02/01/2012).

L'identité professionnelle est garantie par cette approche. En effet, celle-ci cloisonne et, par conséquent, protège les activités et spécificités de chacune des professions constituant l'équipe. Les thérapeutes ne peuvent alors pas revendiquer le développement d'une prise en charge holistique du patient étant donné que les informations ne sont pas partagées. Nous pouvons alors nous demander quel est le mode de fonctionnement permettant à l'équipe d'établir une prise en charge globale de la personne ?

2.2.3. *L'interprofessionnalité*

Selon WH, « seule l'interdisciplinarité permet véritablement d'aborder la complexité de l'être humain, de dépasser les approches simplificatrices qui le morcellent et où chacun a déterminé son territoire d'intervention »¹⁵. C'est le partage de l'information entre les différents professionnels qui est important et qui est l'élément central d'un fonctionnement interprofessionnel. N'étant pas expert dans tous les domaines, l'individu a un savoir parcellaire et il faut qu'il accepte que l'information liée à sa spécialisation soit partagée avec les autres soignants pour que la prise en charge puisse être optimale.

L'interprofessionnalité se réfère à des valeurs partagées, à une culture commune, dans laquelle les préoccupations sont convergentes, allant de la diversité vers l'unité. « La base du travail en équipe interdisciplinaire se groupe autour d'un engagement inconditionnel et continu de l'intérêt de chacun des membres de l'équipe pour engendrer, partager et adhérer à un système de valeurs »¹⁶. Chacun doit être et rester ouvert à la culture des autres, afin d'augmenter la culture d'ensemble.

L'équipe de réadaptation doit avoir une vision globale du patient. Selon JP GUIHARD, cadre supérieur de santé, le passage de la pluriprofessionnalité à l'interprofessionnalité implique une culture nouvelle, basée sur la notion d'échange. Les thérapeutes ne sont alors « plus propriétaires des formes qu'ils ont créées »¹⁷ et dont ils sont sûrs, sans pouvoir les remettre en cause. La vision du patient ne serait donc plus focale, dépendante du thérapeute, mais multiréférentielle. C'est notre regard porté sur l'objet, et non l'objet observé, qui va déterminer la complexité de la situation.

¹⁵ HESBEEN W. La réadaptation, du concept au soin. Op. cit., p.99

¹⁶ BOULANGER Y-L et Al. Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. Encyclopédie médico-chirurgicale, 26-006-D-10. Disponible sur <<http://www.em-premium.com.ezproxy.u-pec.fr/article/25627/resultatrecherche/5>>. (Consulté le 10/12/2011)

¹⁷ GUIHARD J-P. Interprofessionnalité ou interprovidence. Disponible sur <<http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/articles/interpro/interpro>>. (Consulté le 03/12/2011).

Cette évolution implique les thérapeutes sur le plan individuel et collectif. Le fonctionnement interprofessionnel est indispensable pour que la prise en charge de la personne hospitalisée s'effectue de manière globale, holistique. Cela impose aux thérapeutes de s'articuler et se coordonner afin de créer les conditions permettant ces échanges. « *Cela met en jeu les différents protagonistes qui se retrouvent confrontés à leur capacité à gérer les liens de dépendance, la frustration et l'angoisse liée à la perte phantasmatique du pouvoir sur soi et sur les autres* »¹⁸. Pour que la discussion soit constructive et que les thérapeutes adhèrent à ce fonctionnement, il faut qu'ils aient reçu une éducation à l'autonomie. Cette dernière peut alors se définir par la « *capacité de s'approprier ses liens de dépendance pour être, dans une autolimitation, sans crainte face au manque, à l'incomplétude liée au renoncement à la toute puissance* »¹⁹.

Cette articulation, cette vision holistique, véritable démarche soignante doit aboutir à un accompagnement concerté du patient, un réel projet de soins.

2.3. Le projet de soins en réadaptation

Le terme projet vient du latin *projectare* et signifie l'action de jeter en avant. Il est l'action d'anticiper.

2.3.1. *Projet de vie et projet de soins*

Quand nous parlons de projet avec le patient, nous pouvons penser au projet de soins mais aussi au projet de vie. Ces deux projets sont complémentaires mais ils dépendent de deux sphères différentes : l'institution et la famille.

Le projet de vie est très personnel, lié à l'existence propre de la personne et à son histoire. « *Le projet de vie est par définition personnel et singulier, il est dépendant de la trajectoire de vie et ne peut être figé* »²⁰. Un projet de vie n'est pas fixe : il est en perpétuelle construction ou adaptation en fonction des événements rencontrés par la personne et sa famille. Il est véritablement lié aux représentations de celles-ci. C'est pour cette raison que les thérapeutes ne peuvent pas directement agir sur la construction d'un projet de vie. Seule la famille connaît son histoire et c'est elle qui a « *la connaissance de*

¹⁸ Ibid.

¹⁹ Ibid.

²⁰ CAIRE J-M. Projet de vie personnalisé, rôle des paramédicaux ? Disponible sur <<http://www.jp.guihard.net/spip.php?article143>>. (Consulté le 03/02/2012).

sa réalité et est compétente pour son problème et peut être active pour le résoudre »²¹. Néanmoins, les thérapeutes ont tout de même un rôle à jouer. Ils peuvent faciliter l'échange et la verbalisation des envies, des désirs de la personne et de sa famille. Cette démarche s'inscrit dans un processus d'accompagnement de la personne.

Ce processus d'accompagnement de la personne s'appuie sur l'élaboration du projet de soins individualisé. La Loi n°2002-303 du 4 mars 2002²² et la Loi n°2005-102 du 11 février 2005²³ définissant les droits des patients déterminent, entre autres, le cadre réglementaire du projet de soins individualisé. Ce dernier est très dépendant du projet d'établissement qui décrit les missions de l'institution. Il définit également le rôle des thérapeutes et les moyens qu'ils ont à leur disposition, mais également l'organisation qui doit être mise en place entre ces professionnels. Ce projet de niveau institutionnel permet « *la mise en actes d'un service au bénéfice de la personne malade et de sa famille* »²⁴.

De quel outil les professionnels disposent-ils pour élaborer ce type de projet en réadaptation ?

2.3.2. Le plan d'intervention interdisciplinaire individualisé

Le Plan d'Intervention Interdisciplinaire Individualisé (P3I) est un outil élaboré par le professeur Boulanger de l'institut de Réadaptation de Montréal. Il est une évolution du P2I : Plan d'Intervention Individualisé. Le P2I comprenait le terme « multidisciplinaire », renvoyant à une somme de contribution. Alors que le P3I se base sur l'interdisciplinarité, soit la synergie des compétences professionnelles.

Le P3I repose sur l'idée que les professionnels de la réadaptation ont une connaissance bien précise de leurs compétences mais aussi de leurs limites²⁵. C'est ainsi, et seulement grâce à cela, que les professionnels pourront travailler en interprofessionnalité, s'appuyant sur une coordination des compétences de l'ensemble des membres de l'équipe, au service du projet du patient. Le P3I est un outil de synthèse élaboré, en réunions programmées, par l'équipe pluriprofessionnelle dans laquelle est inclus le patient et sa famille. Car directement sollicité, le patient devient le sujet du projet de soins et non

²¹ Ibid.

²² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur <<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT00000227015>>. (Consulté le 10/01/2012).

²³ Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible sur <<http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>>. (Consulté le 10/01/2012).

²⁴ CAIRE J-M. Op. cit.

²⁵ TREMBLAY et Al. Les bases du P3I, interdisciplinarité et travail d'équipe. Op. cit., p.95

l'objet. Le P3I fait l'objet d'un contrat signé entre le patient et le médecin, faisant de ce document une pièce médico-légale.

Chaque professionnel réalise des évaluations et bilans spécifiques avec le patient. Les altérations, limites d'activité et restriction de participation sont ensuite clairement définies de façon groupale. En regard de celles-ci vont être élaborés des objectifs qui doivent être réalistes et qui s'appuient sur les ressources disponibles (humaines et matérielles) et des demandes formulées par la personne hospitalisée et sa famille. Cet outil permet de déterminer les compétences nécessaires pour atteindre ces objectifs mais également de les coordonner. Ce temps d'échange permet la transmission d'informations, axe essentiel à toute complémentarité.

Le P3I comprend au minimum trois réunions : une initiale (quelques jours après l'entrée du patient au sein de la structure), une qualifiée de révision et une finale (avant la sortie du patient)²⁶. Si besoin, des réunions intermédiaires peuvent être organisées afin de conserver la cohérence des soins avec le projet du patient. Les réunions interprofessionnelles sont animées par l'un des thérapeutes ayant suivi une formation d'animation de groupe. Son rôle est de veiller à ce que chacun des thérapeutes ait le même temps de parole que les autres. Pour chaque réunion, est nommé un rédacteur qui établit un compte-rendu transmis à chacun des thérapeutes et au patient. Le P3I consigne les éléments suivants :

- L'identification des besoins basés sur le recueil de données effectué par chacun des thérapeutes.
- Les objectifs formulés lors de la réunion.
- La planification, la durée des interventions et les résultats attendus.
- La date de la prochaine réunion.

Le P3I repose sur un travail en équipe. Mais que représente véritablement un travail en équipe ? Sur quels fondements s'appuie-t-il ?

²⁶ TREMBLAY et Al. Réalisation du P3I. *Journal de réadaptation médicale*, décembre 2000, vol 20, n°3-4, p.143

2.4. L'équipe

Le terme d'équipe est utilisé de façon très courante. Dans un service de réadaptation, la présence d'une équipe est indéniable. En effet, il faut être plusieurs pour constituer et occuper les services de kinésithérapie, d'ergothérapie et les bureaux dédiés aux orthophonistes. « *L'équipe est une réalité au moins matérielle* »²⁷.

L'équipe peut être définie comme un « *groupe de personnes travaillant à une même tâche ou unissant leurs efforts dans un même but* »²⁸ mais également comme « *un système où chacun peut être considéré comme un acteur jouant un rôle et se trouvant en interaction avec tous les autres membres du groupe* »²⁹. Et ce système « *est un ensemble d'éléments interdépendants, c'est-à-dire liés entre eux par des relations telles que si l'une est modifiée, les autres le sont aussi et que par conséquent tout l'ensemble est transformé* »³⁰.

Le terme de groupe apparaît en premier lieu dans la définition de l'équipe. Il semble important de s'intéresser à ce concept.

2.4.1. Le groupe

Le groupe primaire ou groupe restreint est défini comme la « *poursuite en commun et de façon active des mêmes buts* »³¹. Ce groupe est caractérisé par un nombre de membres limité, des relations affectives qui peuvent évoluer entre ces membres et par une forte interdépendance entre eux. Les rôles sont bien différenciés et des normes établies. Divers termes désignent ce groupe : la commission, le collègue ou l'équipe. MUCCHIELLI définit l'équipe comme « *un groupe primaire typique où dominant l'unité d'esprit, la cohésion, les liens interhumains, l'engagement personnel et l'adhésion totale des membres au groupe restreint, avec lequel ils s'identifient* »³². En plus de cette dynamique, l'auteur ajoute que l'équipe dispose d'une dimension d'action.

Le groupe secondaire autrement appelé organisation, quant à lui, est défini comme « *un système social qui fonctionne selon des institutions (juridiques, économiques, politiques, etc.), à l'intérieur d'un segment particulier de la réalité sociale (marché,*

²⁷ WIROTIUS J-M. La polydisciplinarité en réadaptation : un concept gigogne. Op. cit., p.50

²⁸ Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. 100^{ème} Edition. 2005.

²⁹ MOTTA J-M. Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'Un-dividu » soignant. Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article154>>. (Consulté le 27/12/2011).

³⁰ CROZIER M, FRIEDBERG E. L'acteur et le système. Editions du seuil, 1977, p.160

³¹ ANZIEU D, MARTIN J-Y. La dynamique des groupes restreints, 11^e édition. Paris : PUF, 2011, p.36

³² MUCCHIELLI R. Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective, 8^e édition. Issy-les-Moulineaux : Editions ESF, 2002, p.15

administration, sport, recherche scientifique, etc.) »³³. Il est donc constitué d'un ensemble de groupes primaires, régi par une structure de fonctionnement. Les auteurs précisent que les relations entre les personnes sont de façon générale impersonnelles, formelles et froides.

R. MUCHIELLI définit la construction d'un groupe en quatre temps. Le premier temps est marqué par la composition du groupe. Des individus, ne se connaissant pas, se réunissent. Une angoisse peut être alors observée. L'individu ne voit pas les autres comme des partenaires mais plutôt comme des personnes critiques³⁴. De courtes discussions peuvent s'engager dans ce groupe. Lorsqu'une mission lui est attribuée, chacun fait ce qui lui est demandé, sans investissement majeur, sans établir de partenariat.

Progressivement, la confiance interpersonnelle se développe. Le souci de consensus et le sentiment d'autosatisfaction sont majeurs au sein de ce groupe. Souhaitant faire partie du groupe, l'individu réalisera la tâche qui lui est demandée, sans investissement particulier. Ensuite, les individus se concentrent autour de la tâche. Le groupe commence à avoir un vécu, une histoire commune. Dans un contexte organisé et structuré, l'individu s'implique personnellement et tente d'affirmer ses idées. Des rivalités peuvent se créer. Le leader, pour la première fois cité, n'occupe pas une place facile s'il ne peut pas s'appuyer sur une « structure institutionnelle forte ».

Enfin, le groupe atteint la maturité. Les caractéristiques de chaque individu sont acceptées et considérées comme potentiellement constructives pour la recherche de solutions et la réalisation de la tâche. La solidarité et la participation à la prise de décisions, sont deux grandes valeurs de ce groupe. Mais celui-ci peut avoir tendance à se fermer sur lui-même : « *des mécanismes de défense sociale du groupe se développent, résultat de la transposition et de la systématisation des mécanismes de défense individuels en défenses groupales, par le fait de la solidarité* »³⁵.

Un groupe se construit donc dans le temps autour d'individus pour devenir progressivement une équipe. « *Une équipe, ça se construit, l'esprit d'équipe ça se cultive. Il faut y consacrer du temps, de l'énergie, de la volonté. Il faut se doter des moyens*

³³ ANZIEU D, MARTIN J-Y. Op. cit., p.40-41

³⁴ MUCCHIELLI R. Op. cit., p.24

³⁵ Ibid. p.27

*appropriés pour faire d'un groupe, une équipe orientée vers la réalisation d'un but commun et pour maintenir vivante l'équipe ainsi constituée »*³⁶.

S'appuyant sur plusieurs études, R. MUCCHIELLI conclut que la « *taille optima* » est fonction de la nature de la tâche à réaliser mais également de la composition du groupe, comprise en entre et douze, avec un point d'équilibre à cinq.

Il semble nécessaire de rappeler, dans l'interprofessionnalité, l'importance de la complémentarité des intervenants afin d'éviter l'inefficacité de l'équipe. Les compétences spécifiques de chacun, enrichissement pour l'équipe, favorisent l'interdépendance des membres et la complémentarité des interventions. La combinaison de ces compétences hétérogènes peut alors constituer un facteur d'efficacité du travail, véritable atout de l'équipe. « *L'hétérogénéité des compétences (...) est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe et d'une division efficace des rôles* »³⁷.

L'auteur évoque la place du leader au sein du groupe. Mais quel est son rôle ?

2.4.2. L'autorité dans l'équipe

Selon MUCCHIELLI, le leader coordonne les activités de l'équipe pour atteindre l'objectif commun défini et pour que le groupe puisse s'affirmer. Il crée et maintient les conditions nécessaires à la réalisation du travail en équipe. Il transmet les informations et encourage chacun à participer. Incarnant les valeurs du groupe, il le représente aussi bien à l'extérieur qu'à l'intérieur.

Pour l'auteur, le chef d'équipe doit pouvoir changer de pratiques managériales en fonction de la situation. Il commande, « *doit prendre la responsabilité complète de la situation* »³⁸ lorsque celle-ci est facile mais également quand elle est critique. En revanche, il doit se placer comme animateur, initier des relations et favoriser la décision de groupe quand la situation est floue, mal identifiée par l'équipe.

Le chef d'équipe peut exercer deux types d'influence selon les situations. L'influence directe signifie que le leader « *exécute une part du travail ou multiplie l'aide pratique-technique à chacun* »³⁹ afin d'en augmenter la qualité et/ou la quantité. Exercer cette influence nécessite « *de la part du chef une aptitude, des capacités, des compétences*

³⁶ CAUVIN P. La cohésion des équipes. Paris : ESF Editions, 1997, p.9

³⁷ MUCCHIELLI. Op. cit., p.46

³⁸ Ibid. p.80

³⁹ Ibid. p.82

pour la tâche»⁴⁰. Le leader peut également faire preuve d'influence indirecte. Sans participer manuellement à la réalisation du travail, il agira sur l'activité du groupe en le coordonnant, en l'informant.

MUCCHIELLI ajoute que le chef sera reconnu comme tel par son équipe, en regard de ses compétences, des décisions qu'il prendra afin d'atteindre l'objectif commun et des conditions qu'il développe pour faciliter le travail en équipe. Mais quelles sont ces conditions ?

2.4.3. Les conditions du travail en équipe

MUCCHIELLI définit les conditions nécessaires⁴¹ pour qu'un travail en équipe puisse être réalisé :

- une communication interpersonnelle bilatérale facile dans toutes les directions
- l'expression possible des désaccords et des tensions
- la non-mise en question de la participation affective au groupe
- l'entraide en cas de difficultés de l'un des membres
- la volonté de suppléance d'un membre défaillant
- la connaissance a priori des aptitudes, réactions, etc. de tous les autres par chacun
- la division du travail après élaboration en commun des objectifs

Ce climat est propice à l'investissement de l'équipe dans son travail et à la satisfaction des membres qui la constituent. Néanmoins, l'auteur ajoute que ces conditions ne peuvent suffire. Chaque individu doit respecter les conditions normales de toute action individuelle, consciente et efficace. Ces conditions sont relatives à :

- L'objectif du travail et le résultat à atteindre
- La situation actuelle et les moyens disponibles
- Les feed-backs de l'action et de ses résultats, ainsi que l'utilisation du feed-back
- Les changements intervenant éventuellement dans la situation

Mais au-delà de ces conditions, sur quels fondements repose le travail en équipe ?

⁴⁰ Ibid. p.82

⁴¹ Ibid. p.69

2.4.4. *Le travail en équipe*

Le travail de l'équipe ne sera efficace que si elle fait preuve de cohésion. Cette cohésion repose essentiellement sur la confiance que peuvent se faire les différents partenaires. « *La confiance envers les partenaires est le premier ciment direct de la coopération voulue et entretenue* »⁴². La confiance entre les partenaires s'appuie sur la connaissance que chacun a de l'autre. Pour faire confiance à quelqu'un, il faut le connaître, communiquer avec lui, savoir ce qu'il fait.

« *L'appartenance de la part de ses membres, gage de participation et de coopération, est le vécu singulier, de ce qui est cohésion au niveau groupal descriptif* »⁴³. Selon R. MUCCHIELLI, l'appartenance à une équipe donne du relief aux critères de l'être en groupe. En effet, il y associe la loyauté envers les autres, la disposition à défendre l'équipe et surtout le désir de collaboration en ayant comme objectif le succès de l'équipe. Il précise sa pensée en disant que : « *Dans la mesure où, comme le disait déjà DURKHEIM, les valeurs morales sont des valeurs sociales, il n'est pas étonnant de constater que l'appartenance à une équipe devient rapidement une éthique* »⁴⁴.

Une équipe va développer ses propres valeurs morales auxquelles chacun va adhérer. Cette adhésion commune, véritable socle de l'équipe, constitue l'essence de l'esprit d'équipe et permet l'identification de chacun au groupe. MUCCHIELLI décrit ainsi l'identification au groupe : « *c'est d'abord s'identifier soi-même par l'appartenance, se désigner socialement aux étrangers par son appartenance... et c'est aussi sentir le groupe comme sien, les réalisations du groupe comme siennes, ses succès et ses échecs comme siens* »⁴⁵. Il précise en citant R. LAFON que celle-ci « *n'est pas nécessairement soumission, dévalorisation, démission, frustration, déception. Elle est au contraire moyen de satisfaction, d'acquisition de prestige, et, par là, valorisante* »⁴⁶.

L'esprit d'équipe repose sur des impératifs que sont l'extinction des revendications personnelles, la solidarité d'équipe et la loyauté envers l'équipe. Enfin, le dernier fondement est la reconnaissance sociale de la personne et de ses compétences.

⁴² MUCCHIELLI R. Op. cit., p.40

⁴³ Ibid. p.48

⁴⁴ Ibid. p.51

⁴⁵ Ibid. p.49

⁴⁶ Ibid. p.49

2.5. Identité sociale et reconnaissance au travail

2.5.1. Identité sociale

« Toutes les identités sont le produit de l'héritage d'un père, d'une mère et d'une religion que chacun interprète selon son contexte culturel »⁴⁷. Pour Boris CYRULNIK, l'identité n'est pas figée. Elle est un processus de construction tributaire d'influences culturelles.

Le concept d'identité s'est développé de façon importante dans les années 1950-60. Cette évolution a été permise, selon C. HALPERN⁴⁸, grâce aux travaux de ERIKSON qui affirme que l'identité n'est pas figée. Dans son ouvrage *Enfance et Société*, le psychanalyste met en avant la prépondérance des interactions sociales dans l'élaboration de la personnalité. C'est tout au long de la vie de l'individu que va se construire son identité. Cette construction est caractérisée par des tournants que le psychanalyste nomme « crises d'identité », la crise majeure étant celle de l'adolescence.

Claude DUBAR s'intéresse également à ce concept d'identité. En s'appuyant sur les travaux de PERCHERON et PIAGET, il met en lien identité et socialisation. Ce regard, cet angle de vue permet de mettre en évidence le caractère dynamique de l'identité, résultant des interactions avec autrui. Selon le sociologue, « L'identité est un produit des socialisations successives »⁴⁹. « La socialisation est un processus d'identification, de construction d'identité, c'est-à-dire d'appartenance et de relation »⁵⁰.

PIAGET définit la socialisation de l'enfant comme la résultante du développement d'un processus d'équilibration, « passage perpétuel d'un état de moindre équilibre à un état d'équilibre supérieur »⁵¹. Ce processus est discontinu, alternant des mouvements complémentaires :

- l'assimilation qui est définie comme l'incorporation d'éléments et de personnes externes aux structures personnelles déjà construites.

⁴⁷ CYRULNICK B. Il y a une vie après l'horreur. *Le courrier de l'UNESCO*, novembre 2001, p.48.

⁴⁸ HALPERN C. Faut-il en finir avec l'identité ? *Sciences humaines*, juillet 2004, n°151.

⁴⁹ DUBAR C. La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles, 2^e édition. Paris : Editions Masson et Armand Colin, 1996, p.5

⁵⁰ Ibid. p.25

⁵¹ Ibid. p.10

- L'accommodation qui est définie comme le réajustement des structures « *en fonction des transformations extérieures* »⁵².

Selon DUBAR, ce processus semble perdurer tout au long de la vie. Le monde du travail entraîne l'individu dans une suite de socialisations relatives aux situations rencontrées au cours de son parcours professionnel. En effet, les différentes organisations de travail expérimentées demande à l'individu de s'adapter.

L'auteur développe également le concept d'identité selon un point de vue sociologique. Ce regard repose alors sur l'existence des deux phénomènes identitaires suivants : l'identité pour soi et l'identité pour autrui. Ainsi l'identité sociale est composée de :

- L'identité pour soi, dite réelle, que la personne s'attribue elle-même, en fonction de la « *trajectoire sociale* »⁵³ d'un groupe de référence.
- L'identité pour autrui, dite virtuelle, que l'autre attribue à l'individu.

Afin de réduire l'écart entre ces deux identités, l'acteur développe des mécanismes appelés « *stratégies identitaires* »⁵⁴. Celles-ci sont transposables au processus d'équilibration décrit précédemment.

- Ces stratégies sont alors des transactions objectives, externes, entre l'individu et les autres s'il s'agit d'accommoder l'identité pour soi à l'identité pour autrui.
- Ce sont des transactions subjectives, internes, s'il s'agit d'assimiler l'identité pour autrui à l'identité pour soi. Elles sont relatives à la relation problématique « *entre les identités héritées, acceptées ou refusées par les individus, et les identités visées, en continuité ou en rupture avec les identités précédentes* »⁵⁵.

La construction de l'identité sociale est donc fondée sur l'articulation de ces transactions, reposant elle-même sur les rapports avec les autres. La construction identitaire sociale est alors perçue comme une négociation entre l'individu, demandeur d'identité et l'institution, qui lui offre une identité, dépendante de la place qui lui est attribuée. Cette négociation identitaire « *implique de faire de la qualité des relations avec*

⁵² Ibid. p.11

⁵³ Ibid. p114

⁵⁴ Ibid. p.114

⁵⁵ Ibid. p.114

autrui un critère et un enjeu importants de la dynamique des identités. Elle suppose notamment une redéfinition des critères mais aussi des conditions d'identités et de compétences associées aux identités offertes »⁵⁶. La notion de reconnaissance et la prise en compte des compétences sont alors introduites.

2.5.2. La reconnaissance au travail

La quête de la reconnaissance est permanente dans une organisation de travail, selon Tzvetan TODOROV⁵⁷. Processus humain naturel, elle repose sur la recherche de l'approbation de l'autre, les individus étant en interaction.

J.P. BRUN⁵⁸ explique que l'analyse scientifique de la reconnaissance révèle quatre dimensions principales :

- La conception existentielle, humaniste, reconnaît la personne comme individu et non comme un employé quelconque.
- L'approche comportementale porte son attention sur les résultats effectifs du travail. Le salaire est alors la marque de cette récompense instrumentale.
- La perspective subjective reconnaît les efforts de l'individu qui sont indépendants des résultats. Elle porte son attention sur les motivations et peines de la personne.
- La perspective éthique reconnaît les compétences de l'individu, les responsabilités qu'il assume et la relation qu'il entretient avec les autres.

Christophe DEJOURS met en lien la mobilisation des individus dans leur travail avec leur espérance de rétribution. Celle-ci n'est pas nécessairement matérielle (salaire ou primes) mais relève plutôt de la dimension symbolique ou morale⁵⁹. Cette dimension est la reconnaissance et passe par deux jugements principaux :

- Le jugement d'utilité en lien avec le service rendu. La personne est jugée par ses supérieurs mais également par ses subordonnés.
- Le jugement de la beauté qui vise à vérifier que le travail réalisé l'a été en regard des règles. Ce jugement est lui-même décomposé en deux niveaux : la conformité et l'originalité. La conformité est évaluée par les pairs et ce jugement confère « à

⁵⁶ Ibid. p.115

⁵⁷ TODOROV T. Sous le regard des autres. *Sciences humaines*, octobre 2002, n°131.

⁵⁸ BRUN J-P. La reconnaissance au travail. *Sciences humaines*, automne 2008, grands dossiers n°12

⁵⁹ DEJOURS C. La reconnaissance au travail. *Sciences humaines*, octobre 2002, n°131

celui qui le reçoit l'appartenance à un métier, à un collectif de travail »⁶⁰. Le jugement de beauté, valable que si le premier est validé permet à l'individu d'accéder à l'identité en reconnaissant son style personnel.

La reconnaissance de la compétence est développée par J.P. BRUN. Il est intéressant, à cette phase de la recherche, de s'interroger sur les compétences mobilisées dans un collectif.

2.6. Les compétences

2.6.1. Les compétences individuelles

Il existe de nombreuses définitions de la compétence. Nous citerons celle du Ministère de la Santé qui la définit « *comme la maîtrise d'un savoir-faire opérationnel relatif aux activités d'une situation déterminée, requérant des connaissances et des comportements. Elle est inséparable de l'action et ne peut-être appréhendée qu'au travers de l'activité* »⁶¹.

Le terme de compétence fait partie intégrante du langage courant. D'abord notion familière, le concept de compétence s'est imposé à la fin des années 1980. Cette progression est liée à l'évolution du contexte économique et celle du travail. Avant cette période, c'est la qualification de l'ouvrier qui était requise. Mais pour faire face à la compétitivité et à l'amplification de la réorganisation des situations de travail, « *la mise en œuvre de compétences individuelles devenait essentielle* »⁶².

Selon C. FEIGNEUX⁶³, « *la compétence se manifeste dans l'action mais n'est pas l'action* ». Elle est l'élément qui permet d'agir et c'est pour cette raison qu'elle est repérée dans l'action menant à un résultat, à une performance. Pour un même résultat, pour une même situation de travail, les agents ne procèdent pas de manière identique.

Attribut du sujet, la compétence n'est pas la simple réunion de savoirs théoriques ou pratiques mais « *une combinatoire de ressources variées pouvant être mises en*

⁶⁰ Ibid.

⁶¹ Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers :

<<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Lexique-des-notions-cles-utilisees.html>>. (Consulté le 07/02/2012).

⁶² LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives, 3^e édition. Paris : Editions d'Organisation, 2004, p.15

⁶³ FEIGNEUX C. Référentiels métiers et compétences : approches interprofessionnelles pour les médico-techniques et rééducateurs. *Soins cadres*, mai 2006, n°58, p.11

œuvre »⁶⁴. Parmi ces savoirs, G. LE BOTERF distingue les savoirs théoriques, les savoir-faire opérationnels, les savoir-faire expérientiels, les savoir-faire relationnels et les savoir-faire cognitifs. En fonction du contexte dans lequel se réalise l'action, le projet ou la résolution de problème, l'individu sélectionne, organise et combine l'ensemble de ses savoirs, qualités et ressources environnementales. Agir en compétence, c'est être capable de s'adapter en fonction de la situation. Plus l'individu se trouvera sur une opération où la prescription est faible, plus il devra être capable de prise d'initiative et d'autonomie. Au contraire, lorsque l'opération est prescrite, alors l'agent sera compétent s'il applique les procédures.

La compétence requise est liée à la prescription de la tâche. En effet, la description des opérations prescrites que doit savoir réaliser un agent définit très souvent les compétences professionnelles attendues. Les référentiels d'activité et les référentiels de compétences, qui présentent les aptitudes et savoirs requis pour la réalisation de tâches, ne constituent que des supports autour desquels les individus construisent leurs compétences propres. La compétence réelle est de ce fait individuelle et construite dans un contexte. « *Il s'agit d'une façon de s'y prendre pour agir dans un certain type de situation, pour résoudre une famille de problèmes, pour faire face à un certain type d'évènements* »⁶⁵.

La construction individuelle de la compétence est également dépendante du management environnemental inhérent au contexte de travail. Si l'agent dispose d'une certaine autonomie, si l'organisation lui laisse prendre des initiatives et responsabilités, alors il développera ses capacités à mobiliser et combiner ses savoirs et ressources en regard de la situation. Si au contraire, l'organisation est très encadrée, « taylorienne », alors l'individu ne développera que des savoir-faire limités.

S'appuyant sur un engagement personnel, des savoirs, mais également au travers d'actions expérimentées dans les situations de travail, la compétence est un processus de maturation qui se construit progressivement et se transforme. Au regard de ces différents éléments, G. LE BOTERF souligne que « *la responsabilité de la construction des compétences est une responsabilité partagée entre les individus, les managers, les formateurs* »⁶⁶.

⁶⁴ LE BOTERF G. De quel concept de compétence avons-nous besoin. Soins cadres, février 2002, n°41, p.21

⁶⁵ Ibid.

⁶⁶ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Op. cit., p.61

Etant donné que dans une équipe, les individus travaillent conjointement, nous nous interrogeons sur l'existence de compétences partagées.

2.6.2. Les compétences partagées

L'un des premiers axes communs à tous les soignants est qu'ils exercent leur profession auprès d'un patient. Et autour de la prise en charge du patient, « *les « savoir-faire » soignants sont souvent partagés par plusieurs métiers qui ont à agir ensemble pour une production commune. L'élaboration de référentiels de compétences pour les professions de santé permet de mettre en évidence un certain nombre de ces « savoir-faire » qui relèvent du même domaine de compétence, mais qui présentent un degré de maîtrise ou d'expertise différent pour chaque métier et ne font pas appel aux mêmes connaissances* »⁶⁷. Dans son rapport, Y. BERLAN prend l'exemple de « l'appréciation de l'état de santé » de la personne. Chacun des soignants effectuera cette évaluation des signes cliniques mais en fonction de ses ressources, il en fera une lecture s'il s'agit d'une aide-soignante ou une interprétation s'il s'agit d'un médecin. Ainsi, « *une compétence de nature identique, mettra en mouvement des connaissances différentes et se traduira, dans cet exemple, par un jugement en rapport avec le degré de maîtrise de la compétence et le niveau de savoir mobilisé* »⁶⁸.

Les diplômes d'Etat d'ergothérapeute et d'infirmier ont fait l'objet d'une réingénierie. Les compétences relatives à ces professions sont alors inscrites dans les référentiels de compétences. Ces dernières sont au nombre de 10. Les cinq premières sont dites « cœur de métier » et les cinq suivantes sont plus transversales aux différentes professions paramédicales. Etant donné que la réingénierie du diplôme d'Etat de masseur-kinésithérapeute n'est pas encore finalisée, nous nous référons aux fiches métiers disponibles sur le répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière afin de comparer les activités, les savoir-faire et les connaissances des différentes professions de la rééducation. Nous pouvons alors croiser les fiches respectives des ergothérapeutes et kinésithérapeutes, par exemple, et nous rendre compte que bon nombre de connaissances et de savoir-faire sont communs aux deux professions.

⁶⁷ BERLAND Y. Rapport de mission « La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner ». 2008. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf. (Consulté le 25/03/12).

⁶⁸ Ibid. p.81

Si certaines des connaissances sont spécifiques à chacune des professions comme l'animation de groupe pour les ergothérapeutes et les techniques sportives pour les kinésithérapeutes, beaucoup sont communes et donc partagées. Il s'agit entre autres, de connaissances relatives à la communication et la relation d'aide, à la psychologie du handicap, à la santé publique, à la qualité, à l'éthique et à la déontologie.

Il en est de même pour les savoir-faire. Par exemple, l'ergothérapeute et le kinésithérapeute, sont capables de stimuler les capacités affectives, intellectuelles, psychomotrices et sociales de la personne.

Ces savoirs partagés mènent les thérapeutes à des discussions. En effet, en raison de leur culture, de leurs connaissances, de leurs valeurs, le regard qu'ils portent sur le suivi du patient et les moyens de l'accompagner dans son processus de réadaptation est différent d'une personne à une autre. Il doit alors y avoir confrontation des différents points de vue. Pour cela, il faut que les rééducateurs puissent se rencontrer. Si la communication entre eux n'est pas efficace, alors cette confrontation des points de vue peut être conflictuelle et mener l'ensemble de l'équipe à une prise en charge non concertée du patient. En revanche, lorsqu'elle est efficace, elle permet de faire évoluer et adapter le suivi du patient.

Puisque nous nous situons dans une dynamique d'équipe, nous nous interrogeons sur la compétence collective.

2.6.3. La compétence collective

Le professionnel doit pouvoir se référer à une norme collective pour s'en inspirer et une équipe peut développer des notions de compétences collectives si⁶⁹ :

- C'est une équipe pluriprofessionnelle
- Son responsable est un fédérateur
- Elle a un objectif commun
- Elle dispose de lieux et moments pour partager
- Elle est installée dans une durée minimum

La compétence collective d'une équipe ne peut se résumer à la somme des compétences individuelles des membres qui la constituent, mais réside plutôt dans les interrelations entre ces derniers. « *Les gains de productivité ou de performance d'une unité ou d'un collectif de travail se situent actuellement de plus en plus dans les interactions*

⁶⁹ CIGAN D. La compétence collective existe, je l'ai rencontrée. *Les cahiers hospitaliers*, septembre 2010, p.33

entre les membres d'un collectif de travail, dans la qualité des relations qu'ils entretiennent entre eux. La valeur ajoutée réside non plus dans l'addition de valeurs de chaque opération réalisée, mais dans les interfaces existant entre ces opérations »⁷⁰.

Dans le champ du travail, trois niveaux d'interactions peuvent être définis :

- Le premier, appelé co-activité, est caractérisé par la juxtaposition des activités et l'absence d'objectifs communs. Cette co-activité « *ne bénéficie pas d'effets de synergie et comporte des risques d'erreurs dus à la méconnaissance mutuelle* »⁷¹.
- La collaboration, second niveau, s'appuie sur une mission générale commune. Les activités restent cependant indépendantes et les erreurs sont issues de la non élaboration d'objectifs communs.
- La coopération, dernier niveau, est basée elle aussi sur une mission commune mais les activités sont réparties sur l'ensemble des membres de l'équipe. « *Les solutions trouvées sont plus réelles grâce aux apports réciproques et il y a possibilité de recouvrement d'erreurs par composition entre les membres du groupe* »⁷².

Les membres d'une équipe ne pourront pas travailler selon une dynamique coopérative si certaines conditions ne sont pas réunies.

Ils doivent partager une culture commune construite à partir de leurs représentations individuelles. Celle-ci permettra à l'équipe de proposer des moyens afin de résoudre des problèmes complexes. Cette culture est en perpétuelle évolution car fondée sur l'expérience du travail collectif.

Pour s'entendre et échanger, les individus doivent utiliser un langage commun. Ainsi, l'information pouvant être comprise de tous, il est plus facile de comprendre le point de vue de l'autre. De plus, une communication efficace est essentielle dans une coopération : elle permet de transmettre des informations claires et pertinentes nécessaires à la résolution du problème.

Les acteurs doivent dépasser leurs cloisonnements géographiques et disciplinaires afin d'élaborer ensemble des actions interdisciplinaires faisant l'objet d'une planification. G. LE BOTERF rajoute qu'il ne faut pas « *seulement savoir travailler avec d'autres mais*

⁷⁰ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Op. cit., p.167

⁷¹ LE BOTERF G. De la compétence à la navigation professionnelle. Paris, Editions d'Organisation, 1997, p.260

⁷² Ibid.

travailler en fonction des autres, attendre qu'ils soient disponibles, anticiper leur disponibilité, procéder à des prises d'informations régulières sur leur activité »⁷³.

S'appuyant sur la combinaison mais également la synergie entre les compétences des individus et les ressources environnementales, la compétence collective est la résultante de « *la qualité de la coopération entre les compétences individuelles* »⁷⁴.

La coopération peut être définie comme la combinaison du savoir coopérer, du pouvoir coopérer et du vouloir coopérer.

Le savoir coopérer nécessite la « *construction progressive et permanente de représentations partagées* »⁷⁵. Réunis autour d'une référence commune, chacun s'attend à ce que l'autre agisse en cohérence avec celle-ci, levant ainsi l'incertitude portée sur l'action d'autrui. Chacun des membres doit pouvoir échanger sur les connaissances et compétences de chacun, sur son vécu, faire une analyse critique de celui-ci afin de revoir, éventuellement, ses modalités de coopération. L'utilisation des technologies de l'information et de la communication peut favoriser le développement d'une coopération efficace et la constitution d'outils communs, l'élaboration de représentations partagées.

Le pouvoir coopérer se développe grâce à « *la mise en place de micro-organisations* »⁷⁶. Il s'agit de former des équipes dont l'organisation de travail s'appuie sur la mise en relation des compétences des membres qui la constituent. « *Avec la mise en place d'une ingénierie simultanée, les compétences des différents métiers doivent concourir à l'avancée d'un projet ou d'un processus* »⁷⁷. Chacun des membres de l'équipe doit pouvoir situer son action individuelle par rapport à l'action collective, dont l'efficacité est évaluée par des indicateurs de performances collectives.

Le pouvoir coopérer s'appuie également sur une complémentarité des compétences. En effet, l'individu ne pourra développer et mettre en œuvre ses compétences que s'il trouve au sein de l'équipe des compétences complémentaires aux siennes. « *Chacun est en situation de dépendance cognitive par rapport aux compétences et connaissances des autres* »⁷⁸. Afin de mobiliser les diverses compétences de l'équipe, il est important que

⁷³ LE BOTERF G. Construire les compétences individuelles et collectives. Op. cit., p.180

⁷⁴ Ibid. p.176

⁷⁵ Ibid. p.181

⁷⁶ Ibid. p. 188

⁷⁷ Ibid. p. 189

⁷⁸ Ibid. p. 191

chaque individu sache où trouver ces dernières. Il est alors opportun de dresser une cartographie de ces compétences.

Cette coopération s'appuie sur des temps d'échanges bien définis, donc sur un partage des informations, dans des locaux adaptés, mais également sur une certaine confiance et une « *délégation de pouvoir* »⁷⁹. Pour qu'une équipe puisse coopérer, il faut que le mode managérial offre aux individus les pouvoirs d'agir. Cela veut dire qu'ils auront :

- « *une responsabilisation sur leurs objectifs et sur leurs mesures*
- *la possibilité de pouvoir faire évoluer leurs objectifs et de les corriger*
- *le pouvoir et les moyens de pouvoir s'organiser pour atteindre leurs objectifs* »⁸⁰

Le vouloir coopérer des membres d'une équipe, quant à lui, ne pourra se développer que si l'action collective a du sens pour eux. Il convient alors que les enjeux communs soient clairement explicités. Les représentations doivent être communes et les évaluations également.

La part affective ne doit pas non plus être écartée de cette volonté de coopérer. En effet, elle permet l'élaboration d'un esprit de convivialité et de solidarité. Cela passe alors par des moments de détente partagés.

La constitution de ce cadre théorique nous permet maintenant de poser notre question de recherche.

⁷⁹ Ibid. p. 199

⁸⁰ Ibid. p. 200

2.7. Question de recherche

Un fonctionnement interprofessionnel d'une équipe pluriprofessionnelle, s'appuyant sur un projet thérapeutique concerté, permet d'accompagner de manière cohérente le patient dans son processus de réadaptation. Ce travail d'équipe n'est réellement possible que si les compétences de chacun sont reconnues par l'ensemble des membres de l'équipe et combinées autour d'un projet commun.

Ainsi, ma question de recherche définitive est formulée de la manière suivante :

En quoi le cadre de santé peut-il favoriser le travail interprofessionnel d'une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation autour de la prise en charge globale et individualisée de la personne hospitalisée ?

De plus, en lien avec le cadre théorique, je formule deux hypothèses :

- *Le cadre de santé permet de développer des références communes, partagées par l'ensemble des membres d'une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation.*
- *Le positionnement du cadre de santé favorise l'articulation des compétences individuelles des professionnels d'une unité de réadaptation à des fins de coopération.*

Pour répondre à notre question de recherche et valider ou non nos hypothèses, nous avons réalisé une enquête dont la méthodologie est présentée ci-après.

3. L'enquête de terrain

3.1. La méthodologie de l'enquête

Je développerai la méthodologie employée pour la réalisation de cette enquête en justifiant, dans un premier temps, les critères de sélection par la présentation du contexte et du choix de la population. Puis, j'expliquerai le choix de l'outil de l'enquête. Enfin, j'exposerai la mise en œuvre de celle-ci avant de présenter la méthodologie utilisée pour traiter et analyser les données.

3.1.1. Les critères de sélection de l'enquête

➤ Le contexte

J'ai préalablement défini le contexte dans lequel se déroulerait l'enquête. J'ai choisi de réaliser celle-ci au sein d'établissements de santé publics ou privés, présentant un plateau technique de rééducation. En effet, il ne m'a pas semblé qu'un critère de sélection entre le secteur privé et le secteur public soit nécessaire, au vu de mon questionnement.

➤ Choix de la population

La population rencontrée est constituée de cadres de santé ayant des fonctions d'encadrement auprès d'une équipe pluriprofessionnelle exerçant sur un plateau technique de rééducation et réadaptation. L'échantillon est constitué de cinq personnes.

Les différents cadres interviewés exercent dans des lieux différents, ceci afin de recueillir des points de vue divers, pour une vision la plus globale possible. Il n'est pas choisi un profil particulier de cadre de santé, en terme d'expérience dans l'encadrement d'équipe pluriprofessionnelle ni même en regard de sa formation initiale. L'âge et le sexe ne sont pas non plus pris en compte dans les critères de sélection. Le fait que le cadre de santé encadre une équipe pluriprofessionnelle de rééducateurs est le seul critère fondamental. La taille de l'établissement et le nombre de rééducateurs présents sur le plateau ne sont pas des critères de sélection.

3.1.2. Choix de l'outil d'enquête

M'appuyant sur mon questionnement de départ et les concepts développés dans le cadre théorique, j'ai défini mon objet de recherche. Il s'agit pour moi de comprendre les rôles du cadre de santé dans l'accompagnement de l'équipe pluriprofessionnelle de rééducateurs afin que ces derniers puissent travailler en interprofessionnalité. L'entretien

semi-dirigé est donc l'outil approprié à cette enquête qualitative. L'objectif est de répondre à ma question de recherche par l'intermédiaire d'informations exhaustives, de qualité et centrées sur le sujet.

Cette méthode fondée sur l'interactivité favorise les échanges qui sont structurés par les questions de la grille d'entretien. Cet outil permet également d'adapter les questions posées en cas de non compréhension de ces dernières et de recadrer en cas de digressions majeures.

L'anonymat est garanti aux différents cadres de santé rencontrés.

3.1.3. La mise en œuvre de l'enquête

➤ *Les lieux d'enquête*

Deux personnes ressources m'ont permis de réaliser une première sélection des établissements comportant le type d'encadrement précédemment décrit. J'ai alors pris contact avec huit établissements. Au final, cinq entretiens ont pu être réalisés, en Ile-de-France et en province, auprès de cadres de santé exerçant dans cinq centres différents. Lors des premiers contacts, j'ai expliqué ma démarche. J'ai alors succinctement introduit mon travail selon deux grandes thématiques : le travail en équipe et la gestion des compétences en réadaptation afin de ne pas altérer la spontanéité des entretiens.

➤ *Elaboration de l'outil de l'enquête*

Les entretiens sont présentés aux personnes rencontrées comme expliqués précédemment. Les questions posées aux cadres portent alors sur leur conception du travail d'équipe, la différence entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité, l'identification et la gestion des compétences mobilisées pour un travail d'équipe, les difficultés rencontrées et les outils qu'ils ont pu développer pour faciliter la coopération entre rééducateurs.

Le guide d'entretien a été réalisé en regard de ces objectifs⁸¹. Il est composé de seize questions principales auxquelles ont été ajoutées des questions de relance afin que l'objectif fixé puisse être atteint. J'ai testé cette première grille lors du premier entretien. Il est apparu qu'il manquait une question de fin. En effet, c'est la personne interrogée qui a spontanément conclu en rappelant les éléments importants sur lesquels un CDS doit veiller

⁸¹ La grille associant les questions à des objectifs figure en annexe n°2.

pour favoriser le travail d'équipe. J'ai alors complété la grille⁸² avec cette dernière question : Avez-vous des éléments à ajouter ?

➤ **La réalisation des entretiens**

Les entretiens ont duré entre 30 minutes et 1h15. Ils ont tous eu lieu dans des endroits calmes et propices à l'échange. Ils n'ont donc pas été parasités par des interférences externes.

Afin de garantir l'anonymat des cadres de santé interrogés, ils seront identifiés par l'acronyme CDS associé à un numéro attribué selon l'ordre chronologique dans lequel ont été réalisés les entretiens.

Les cinq cadres de santé rencontrés sont issus de trois filières paramédicales, avec des expériences professionnelles de durée et de nature différentes. Leurs caractéristiques et parcours professionnels, ainsi que le profil des équipes qu'ils encadrent, sont présentés en annexe⁸³. Le tableau ci-dessous en est une synthèse. Par convenance, j'emploierai le masculin pour désigner tous les cadres interrogés.

| | Formation initiale | Année d'obtention du diplôme CDS | Ancienneté sur le poste occupé actuellement |
|------|------------------------------|----------------------------------|---|
| CDS1 | Ergothérapeute depuis 1996 | 2009 | 1 an 1/2 |
| CDS2 | Kinésithérapeute depuis 2003 | 2010 | 8 mois |
| CDS3 | Infirmière depuis 2000 | 2006 | 1 an |
| CDS4 | Infirmière depuis 1987 | 2009 | 6 mois |
| CDS5 | Kinésithérapeute depuis 1990 | 2008 | 8 mois |

3.1.4. Méthodologie du traitement et de l'analyse des données

L'analyse de contenu est réalisée selon la méthode de l'analyse thématique.

Dans un premier temps, j'ai retranscrit les entretiens afin de m'approprier leur contenu et d'en avoir une image visuelle. L'entretien réalisé avec le CDS 3 a été retranscrit en intégralité et figure en annexe⁸⁴.

Le nombre de professionnels encadrés et l'expérience des cadres n'étant pas des variables significatives, j'ai fait le choix de ne pas traiter ces données.

⁸² Ce guide d'entretien figure en annexe n°1.

⁸³ Annexe n°3

⁸⁴ Annexe n°6

Le traitement des données a été réalisé par rapport aux questions posées lors des entretiens. J'ai réalisé un tableau, figurant en annexe⁸⁵, qui reprend pour chaque CDS les réponses qu'il a élaborées pour chacune des questions. Ces dernières sont présentées sous la forme d'idées ou de citations quand je les ai jugées claires et précises. J'ai ensuite fait une synthèse de ces réponses.

De ce premier tableau, en a été élaboré un second⁸⁶. Celui-ci reprend les idées-clés présentées dans la synthèse, avec une représentation des réponses convergentes et divergentes entre CDS. Cette étape m'a permis de dégager les différents thèmes abordés qui ont alors été classés et ordonnés dans des catégories. Les catégories créées sont en lien avec les termes de ma question de recherche et mes deux hypothèses.

Débutons maintenant le traitement des données.

3.2. Le traitement des données

Il a été choisi d'organiser le traitement des données en référence aux questions posées lors des entretiens. Les premières questions permettent de faire connaissance et de nous informer sur le parcours professionnel des CDS. Leurs caractéristiques ayant été présentées précédemment, elles ne figurent pas dans cette partie.

➤ Question 5 : Comment concevez-vous le travail d'équipe ?

Le CDS 2 marque une hésitation et prend un temps de réflexion avant de répondre.

Pour l'ensemble des CDS interviewés, le travail d'équipe repose sur la communication, l'échange et le partage d'informations et de techniques. Les CDS 1, 2, 3 et 4 ajoutent la notion d'objectifs ou de buts communs à atteindre, autour de la PEC du patient. Le CDS 1 précise alors « *on ne doit pas chercher son intérêt* », mais « *aider l'autre quand il est dans la difficulté* ».

Le CDS 3 nuance ses propos en expliquant que sa conception est différente de ce qu'il vit. En réalité, selon lui, il s'agit d'une « *juxtaposition des soins sans mise en commun des informations et cela ne permettrait pas un développement des compétences collectives* ». Le CDS 5 quant à lui, met en avant le fait qu'en tant que CDS, il ne se sent plus comme faisant partie de l'équipe de rééducation.

⁸⁵ Ce tableau figure en annexe n°6.

⁸⁶ Ce tableau figure en annexe n°7.

➤ **Question 6 : Rencontrez-vous des difficultés dans le travail d'équipe ?**

Les relations interprofessionnelles sont abordées par trois CDS. Le CDS 2 met en avant l'absence de réunion pluriprofessionnelle et le manque de temps d'échange. Le CDS4, quant à lui, relève que les difficultés sont liées à un échange non fonctionnel en réunion mais également à un manque d'outils et d'espaces communs aux différents rééducateurs. Des difficultés relatives au partage des activités entre professionnels sont exposées par le CDS 3.

La stabilité et la maturité de l'équipe, selon les CDS 1 et 4, sont des éléments indispensables au travail en interprofessionnalité. Ils s'accordent pour dire qu'il faut du temps à une équipe pour se construire. Le CDS 1 précise qu'en raison de la construction récente de l'établissement, les thérapeutes de cultures différentes en sont encore à une phase de groupe et n'ont pas constitué d'identité collective. *« Pour faire de l'interprofessionnel, il faut déjà qu'il y ait du pluriprofessionnel donc plusieurs équipes »*. Les représentations du travail et l'implication des professionnels peuvent être différentes en fonction des rééducateurs. Cet avis est partagé entre les CDS 1 et 5.

Les thérapeutes, selon les CDS 1 et 3, peuvent avoir des points de vue différents sur la PEC du patient. Celle-ci, d'un point de vue organisationnel, peut également être source de discussion, notamment entre le médecin et le CDS, comme le relève le CDS 1. En effet, ils peuvent avoir une conception différente de l'organisation des soins.

Le CDS 5 est le seul à aborder son positionnement au sein de l'équipe. En effet, il dit qu'il est peu présent sur le plateau de rééducation, auprès des thérapeutes. Cette absence ne lui permet pas de développer *« une organisation fluide du travail »*.

➤ **Question 7 : Quelle différence faites-vous entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ?**

L'ensemble des CDS s'accorde pour dire que la pluriprofessionnalité se définit comme la juxtaposition des professionnels de formations différentes. Ils mettent en avant le fait que les liens entre ces professionnels ne sont pas garantis. Le CDS 1 ajoute que cela pourrait être possible pour le suivi de patients accueillis lors d'un séjour de rééducation de courte durée. Le CDS 5 précise que le but peut être commun.

L'ensemble des CDS relève dans l'interprofessionnalité l'existence d'un lien, d'une interaction, d'une imbrication. Pour deux d'entre eux (CDS 2 et 4), la communication et l'échange sont des éléments importants.

➤ **Question 8 : En tant que cadre de santé, vous faites de la gestion de compétences. Comment sont-elles identifiées au sein de l'équipe ?**

Spontanément, les CDS 1, 2, 4 et 5 me répondent qu'ils ne font pas de gestion de compétences mais développent tout de même une réponse. Ainsi, le CDS 1 me précise que l'association dont dépend l'établissement souhaite développer une véritable politique des ressources humaines s'appuyant sur les référentiels de compétences des professionnels.

Pour un seul CDS interrogé, une identification des compétences de chacun des thérapeutes est en cours. Le CDS 3 explique qu'il participe à l'élaboration d'une cartographie des compétences des rééducateurs en s'appuyant sur « *les CV des personnes, les formations déjà faites, les formations en cours, les entretiens individuels avec les formations souhaitées* ». La fiche de poste n'est pas mentionnée par ce CDS alors que trois y font référence. Pour les CDS 3 et 4, elles sont réactualisées alors qu'elles ne le sont pas pour le CDS 5.

Bien qu'ils affirment ne pas faire de gestion de compétences, les CDS 1 et 2 connaissent globalement les parcours professionnels des rééducateurs, leurs spécialités et leurs expertises. Ainsi, le CDS 2 dit qu'il « *a une idée de certaines personnes qui sont plus expertes dans certains domaines que d'autres. Je sais que pour certaines pathologies ou certains gestes techniques, je vais me référer plus à une personne qu'à une autre* ». « *La répartition des PEC ne se fait pas de manière systématique en fonction des spécialités* », c'est ce qu'affirme le CDS 5. Il précise que cette répartition se fait, non pas par lui mais par les rééducateurs eux-mêmes, en fonction de leur charge de travail.

➤ **Question 9 : Selon vous, quels sont les types de compétences mobilisées dans un travail d'équipe ?**

Cette question n'a pas suscité d'interrogation ou d'hésitation majeure. Les compétences individuelles sont identifiées par l'ensemble des CDS. Le CDS 3 précise que « *chacun apporte ses compétences propres en regard de sa formation et de son expérience* ». Le CDS 2 affirme que ces compétences participent à l'élaboration de l'identité professionnelle de chaque rééducateur et que celle-ci doit être conservée malgré le partage de compétences.

Les compétences partagées par les différents professionnels sont mobilisées dans un travail d'équipe. L'ensemble des CDS, à l'exception du CDS 5, s'accorde pour l'avancer. Qualifiées de « *transversales* » par les CDS 1 et 3, ces compétences sont inscrites dans les référentiels de formation selon le CDS 1. Ce partage de compétences est,

d'après lui, un élément important : un rééducateur « *doit pouvoir se faire contrer s'il se trompe par un de ses collègues même si ce collègue n'est pas de la même profession que lui* ». Il pense d'ailleurs que le fait de partager des connaissances « *devrait même faciliter l'adhésion à des projets communs* ».

La compétence collective est moins bien identifiée. En effet, seuls les CDS 1 et 5 l'abordent et établissent tous les deux un lien entre les compétences individuelles et la compétence collective. Le CDS 1 la définit « *comme celle qui fait rêver quand on monte une équipe. On imagine qu'on va utiliser correctement les compétences de chaque professionnel intelligemment pour créer une dynamique* ». Il complètera ses propos en précisant que la mise en application de cette théorie est difficile. Le CDS 5 explicite ce lien en disant qu'il existe « *des compétences individuelles qui vont servir la compétence collective avec comme moyens la communication et la confiance* ». Il est néanmoins le seul à développer cette notion de confiance comme élément sur lequel repose le développement de la compétence collective.

La communication et les qualités relationnelles s'appuyant sur l'écoute des professionnels sont des notions reprises également par l'ensemble des CDS sauf le premier. Ces derniers utilisent d'ailleurs le terme de compétences relationnelles. Le CDS 3 développe sa réflexion en affirmant que la curiosité envers l'autre et ses activités permet de développer ses propres compétences à des fins collectives.

➤ **Question 10 : Selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ?**

Le CDS 1 prend un court moment de réflexion avant de répondre et précise que « *ce n'est pas une question facile* ».

La nécessité d'échange et de communication est la réponse commune à l'ensemble des cadres. Ils affirment que cette communication est nécessaire car des avis divergents peuvent se révéler.

Pour le CDS 1, les points de vue des professionnels peuvent être différents, selon leurs connaissances ainsi que leurs compétences individuelles et il est important de pouvoir « *échanger pour que ce soit vraiment de l'interprofessionnalité et de la complémentarité* ». Il ajoute à ce sujet qu'il faut « *que les compétences se complètent plutôt que se confrontent* ».

Le CDS 2, explique que le partage des compétences peut être source de difficultés dans le travail d'équipe mais il précise que cela est dépendant des professionnels. Il illustre

ses propos de la manière suivante : *« Entre neuropsychologie et orthophonie, je pense qu'il n'y a pas du tout de problème de partage de compétences parce qu'elles travaillent pas mal en commun. Je dirais que neuropsychologie et ergothérapie, c'est la même chose (...) c'est peut-être les kinés qui sont sans doute plus individualistes et très autonomes. Ils ont tendance à conserver pas mal d'infos pour eux et peut-être pas facilement échanger ».*

La connaissance de l'autre et la reconnaissance de son identité professionnelle sont des éléments qui sont amenés par le CDS 4 et encore une fois, il met en évidence la place prépondérante de la communication.

Le CDS 3 est le seul à inclure la PEC du patient dans sa réponse. En effet, selon lui, la communication relative aux activités de chacun des rééducateurs favorise la cohésion des soins : *« comprendre pourquoi l'ergo passe à cette heure là et pourquoi elle fait ça. Le kiné de la même façon. C'est quelque chose qui apporte une meilleure cohésion, une meilleure organisation des soins ».*

➤ **Question 10 : Rencontrez-vous des difficultés dans l'articulation des compétences des membres de l'équipe ?**

La question ne suscite pas d'hésitation particulière sauf pour le CDS 4 qui marque un court silence avant de répondre par une phrase courte. Je suis obligé de reformuler ma question pour relancer.

L'ensemble des CDS, à l'exception du CDS 4, aborde la réticence relative au partage des compétences. Le CDS 5 dit ne pas ressentir de réticence de la part des professionnels. Il pense que la proximité géographique des rééducateurs facilite le partage des informations et l'observation des activités de chacun. Ainsi, *« il n'y a pas de phantasme sur les autres professionnels puisqu'on voit ce qu'ils font ».*

Les propos des CDS 1, 2 et 3 s'opposent à ceux du CDS 5. Ils expriment le fait que les thérapeutes s'attachent à leurs compétences propres et présentent des difficultés à accepter le partage de leurs domaines d'activités dont *« la frontière est assez floue »* parfois entre l'ergothérapeute et le kinésithérapeute, selon l'exemple cité par le CDS 3.

La perte même d'une partie de ces domaines d'activité est un élément relevé par le CDS 1. Cette crainte de la part des rééducateurs rend parfois difficile le travail d'équipe. En effet, il *« n'est pas simple de travailler en interprofessionnalité quand on a peur de se faire piquer son travail ».* A cette réflexion, il associe une question portant sur la légitimité du professionnel en regard de l'activité partagée : *« est-ce que je serai toujours légitime sur ce domaine si j'accepte de le céder une ou deux fois à l'autre professionnel ? ».*

Le CDS 2 met en lien la réticence du partage des compétences et la méconnaissance des activités de l'autre. La notion de méconnaissance est également développée par le CDS 4 mais avec une portée différente. En effet, il affirme que la méconnaissance de l'autre n'entraîne pas de crainte ou de peur mais plutôt un désintérêt de ses activités. Il explique d'ailleurs que lors des staffs, les rééducateurs s'adressaient au médecin sans échange direct avec les autres professionnels.

Quatre CDS émettent des réflexions quant à leurs rôles liés à la communication. Le CDS 4 dit qu'il a favorisé la distribution de la parole lors des staffs afin que la communication et la transmission d'informations soient efficaces. Le CDS 3, quant à lui, explique qu'en raison des discussions motivées par les compétences partagées, il est important de favoriser l'échange. Il précise à ce sujet, que lorsqu'il est en difficulté, il fait appel au médecin. Il l'explique ainsi : *« Je règle les problèmes d'organisation de service. Et pour les objectifs du projet thérapeutique, j'interviens avec le médecin responsable de l'unité. Donc là, il y a une sorte de binôme CDS/médecin »*. Il favorise également les échanges entre les professionnels lorsque leurs regards portés sur la PEC du patient sont différents.

Ce rôle de médiateur est relevé également par le CDS 1. *« J'ai dû jouer le rôle de médiateur entre les orthophonistes et les neuropsychologues. Certains bilans sont communs aux deux professions et ce partage était source de conflits. Je les ai réunies pour discuter et trouver un consensus »*. Sans parler de consensus, le CDS 2 aborde également ce sujet. *« Il faut apprendre aux équipes à voir que toutes les professions de rééducation ont des champs qui peuvent être communs. Il faut que le CDS sache communiquer pour cela. C'est important puisqu'il faut allier les compétences propres et les compétences partagées pour avoir un vrai travail d'équipe, pour avoir une équipe compétente »*.

Cette notion de communication est prolongée par l'idée que développent les CDS 1 et 3. Ils disent tous les deux s'appuyer sur des personnes ressources au sein de l'équipe pour effectuer différentes tâches ou activités. Le CDS 3 illustre ses propos en disant qu'il *« a demandé à l'ergo de regarder avec la psychomotricienne l'agencement de futurs locaux, sur plan »*. Le CDS 1, par exemple, ne répartit pas les PEC sur les plannings des rééducateurs. Il laisse cette responsabilité à l'équipe, étant donné que certains ont déjà de l'expérience. Il assiste néanmoins aux staffs et constate que les plannings sont équilibrés. Il sollicite les rééducateurs qu'il juge capables d'apporter une réflexion au sein des groupes de travail. Il dit s'efforcer de bien expliquer son choix et ses demandes. *« Ce qui est sûr, c'est que si je ne prends pas ce temps d'explication, que je fais des raccourcis et qu'il y a*

des incompréhensions, je vais au clash. Ils ne suivent pas. Il peut même y avoir des tensions dans l'équipe avec des questions du genre : « pourquoi il te demande ça à toi ? ». Je m'efforce de toujours prendre le temps de bien expliquer pourquoi je propose à qui. En fonction de leurs capacités et de leur participation aux projets qui peuvent déjà être lancés ».

Le CDS 5 émet deux autres réflexions. D'une part, selon lui, le CDS « *doit créer une mobilisation collective et ne pas cliver les rééducateurs. Et à mon sens, il n'y aura pas de problème majeur dans l'articulation des gens, si le cadre ne met pas en exergue sans arrêt une compétence particulière d'un rééducateur* ». D'autre part, le CDS doit favoriser l'autonomie des rééducateurs « *parce qu'on n'a pas à être derrière tout le monde, tout le temps* ». Il ajoute qu'il faut lutter contre l'indépendance et « *remettre les gens dans le cadre justement où ils ne doivent pas déborder* ». Il définit l'autonomie et l'indépendance ainsi. « *L'autonomie, c'est : tu n'as pas besoin qu'on te dise tout ce que tu dois faire mais tu travailles avec les autres et tu rends des comptes. L'autonomie des agents permet de développer les compétences* ». « *L'indépendance, tu n'as pas besoin qu'on te dise ce que tu as à faire. Tu ne travailles que pour toi. Tu ne fais plus partie du groupe et tu casses le groupe même* ».

➤ **Question 11 : Pensez-vous que les membres de l'équipe ont une réelle volonté de travailler ensemble ?**

Cette question fait hésiter le CDS 2 qui marque un silence avant de répondre. Les réponses plus ou moins spontanées sont divergentes.

Les CDS 2 et 5 répondent de façon positive. Le CDS 2 modère toutefois ses propos en expliquant que cette volonté est dépendante des professionnels et cela peut être mis en évidence. « *Les échanges informels montrent bien leur volonté de communiquer et de travailler ensemble* ». Le CDS 5 illustre cette volonté en expliquant que les thérapeutes, en l'occurrence les kinésithérapeutes et les ergothérapeutes, réalisent des séances de rééducation conjointement, de façon spontanée, sans indication médicale. Le CDS 5 relève alors que l'autonomie développée par les professionnels favorise leur volonté de travailler en équipe. De plus, il développera le fait que les rééducateurs constitue « *un groupe assez homogène au niveau de l'âge et sociologiquement* » et qu'ils ont des « *intérêts communs, intra et extraprofessionnels* ».

Les trois autres CDS s'accordent pour dire que « *ce n'est pas naturel* » de vouloir travailler ensemble. D'ailleurs, cette courte phrase leur est commune. Le CDS 4 rejoint le

CDS 2 en disant que « *c'est très personne dépendant* » et ajoutera même que cette volonté est dépendante de la stabilité de l'équipe. Dans une équipe fixe, il y a « *une réelle volonté de travailler ensemble* ». Le turn-over important, la jeunesse des équipes et la représentation de leur travail ne sont pas des facteurs favorisant selon ce CDS. Il prend pour cela l'exemple également des infirmières qui « *sont très jeunes. Elles sont très axées sur la technicité et je pense que pour elles, c'est plus valorisant d'être en orthopédie ou en traumatologie où il y a une reconnaissance de leurs capacités techniques (...) Elles ne se sont pas du tout rendu compte qu'elles avaient à développer des compétences et une spécificité au niveau de la profession. Elles ne sont pas motivées à travailler avec les autres* ».

Le CDS 3 pense que cette absence de volonté repose sur le fait que les identités professionnelles des rééducateurs sont différentes et qu'elles les amènent à avoir des représentations différentes de la PEC du patient. Selon lui, ces représentations sont « *complémentaires mais pas naturellement* » et c'est pourquoi, le CDS doit « *faire le lien* » entre les soignants, sinon « *chacun travaillerait en pluriprofessionnalité* ». Ce dernier point est également énoncé par le CDS 1 de la manière suivante : « *une équipe interprofessionnelle, ça ne se construit pas naturellement, spontanément* ». Les thérapeutes ne « *voient pas, pour certains, l'intérêt de travailler ensemble* ».

Le CDS 4 se demande « *si c'est une réelle volonté ou une obligation de travailler ensemble lorsque la durée de séjour du patient est courte. Les professionnels travaillent ensemble car les gens sont là peu de temps sur le plateau technique. Donc il y a forcément une communication et une concertation ne serait-ce que par l'organisation de la prise en charge* ».

La formation initiale des rééducateurs est abordée par les CDS 1 et 2 mais de façon opposée. En effet, le CDS 1 émet l'avis suivant : « *On ne sait pas travailler ensemble. Et je pense que cela vient du système de formation. Nous, rééducateurs, on n'apprend pas à travailler ensemble, donc une fois sur le terrain, on ne sait pas travailler ensemble* ». Alors que le CDS 2 pense, en parlant des jeunes rééducateurs, « *qu'au cours de leurs stages, ils apprennent justement à travailler ensemble* ».

➤ **Question 12 : Selon vous, s'agit-il d'une collaboration entre thérapeutes ?**

Les CDS 2 et 4 marquent une certaine hésitation avant de se lancer. L'ensemble des CDS, à l'exception du cinquième, répond oui à la question.

Les CDS 1 et 5 ne formulent pas la même réponse à la question posée mais associent tout de même, tous les deux, collaboration et travail en pluriprofessionnalité.

« Collaborer, c'est travailler ensemble. Je crois que c'est plutôt de la pluriprofessionnalité », dit le CDS5. Il approfondit sa réflexion en spécifiant que l'équipe travaille en interprofessionnalité.

Le CDS 1, quant à lui, argumente en disant que « les thérapeutes travaillent dans un même lieu, plus ou moins ensemble en fonction des demandes. Mais ce n'est pas encore naturel et instauré pour chacun ».

La notion d'objectif commun, autour de la PEC du patient, est commune aux CDS 2 et 4. Ce dernier explique que les professionnels « collaborent dans le sens où ils veulent que le patient aille mieux, qu'il ait une PEC de qualité. C'est l'objectif commun ».

Le CDS 3 justifie sa réponse en disant que « le prendre soin, ça a vraiment des facettes multiples ». Les professionnels vont collaborer pour prendre soin de la personne, selon lui.

➤ **Question 13 : Est-ce que vous pourriez alors parler de coopération ?**

Deux CDS répondent sans hésitation. D'une part, le CDS 1 qui rappelle que l'équipe fonctionne sur un mode collaboratif, non coopératif et précise que « l'équipe pluriprofessionnelle n'en est pas encore à un travail interprofessionnel ». D'autre part, le CDS 5 affirme que les rééducateurs coopèrent en argumentant ainsi : « La coopération, c'est l'interprofessionnalité. Et l'équipe travaille en interprofessionnalité ». Ces deux CDS s'accordent pour associer coopération et interprofessionnalité.

Le CDS 2 explique que l'élément manquant à l'équipe pour passer de la collaboration à la coopération est le temps d'échange. Il dit que cela est dépendant de la volonté des médecins d'organiser des synthèses ou non.

Le CDS 4 dit, lui aussi, que l'équipe n'en est pas encore à un stade de coopération mais pour une raison différente que les deux précédents CDS. Pour lui, la coopération repose sur la mise en place et l'utilisation d'outils communs et pas seulement sur la discussion des objectifs de la PEC du patient.

Affirmant que l'équipe coopère, le CDS 3 associe la coopération à un aspect réglementaire. « C'est vraiment du contractuel ». « On coopère parce qu'on va se passer des informations, parce que c'est nécessaire pour la prise en charge, parce que c'est obligatoire ».

➤ **Question 14 : Avez-vous déjà développé des moyens pour favoriser ce travail d'équipe ?**

La réponse spontanée du CDS 5 est : « *non* ». En prenant le temps de reformuler ma question, il citera la réponse la plus fréquemment donnée ayant pour objet les réunions. Notons également que les CDS ont énoncé leurs projets.

Les CDS 1, 3 et 5 ont instauré des réunions pluriprofessionnelles mensuelles ou hebdomadaires. C'est l'occasion, selon le CDS 1, « *de partager des informations transversales et de faire le point sur l'avancée des projets interprofessionnels* ». En lien avec cette explication, il dit s'être « *surtout chargé de leur créer un environnement de travail, de créer des conditions* ». En plus de ces réunions, le CDS 3 a instauré des formations internes qui sont préparées par le personnel, de manière pluriprofessionnelle.

Le CDS 2 indique, quant à lui, mettre en place prochainement des « *réunions d'informations et de communication, au sein de l'équipe, qui permettent aux professionnels d'échanger sur ce qu'ils font, d'apprendre ce que peut faire l'autre* ». A terme, il espère également développer des réunions de synthèse avec le médecin.

De son côté, le CDS 4 explique avoir développé un outil (la grille de retour à l'autonomie précédemment citée) pour favoriser la participation active des infirmières et aide-soignantes aux staffs de rééducation. De plus, il aimerait constituer une évaluation du patient commune à l'ensemble des professionnels. « *Ça relève peut-être de l'utopie, mais ce que je voudrais faire, ce serait de faire un recueil de données et un bilan, que l'on peut refaire au cours de l'hospitalisation, qui soit commun à tous les professionnels* ».

Les CDS 1, 2 et 3 élaborent des projets communs, institutionnels ou relatifs à la PEC du patient. Ainsi, le CDS 1 constitue et anime un groupe de travail pluriprofessionnel autour d'un projet de construction d'appartements de réadaptation. Le CDS 3 a développé des visites à domicile pluriprofessionnelles pour préparer au mieux la sortie du patient.

Pour favoriser le travail d'équipe, le CDS 1 a souhaité une non sectorisation des rééducateurs afin « *d'éviter le cloisonnement* ».

Le CDS 5 estime que les rééducateurs sont passifs, ne proposent pas de projet et il trouve dommage qu'aucun ne dispense de cours au sein d'instituts de formation. Il pense que ce n'est pas le rôle du CDS de les solliciter : « *c'est pas moi qui vais aller leur dire « vous voulez pas aller faire des cours à l'école de kiné ou l'école d'ergo* ».

➤ **Question 15 : Utilisez-vous le P3I ?**

Même si aucun ne l'utilise, l'ensemble des CDS à l'exception du CDS 5 connaît le P3I. En l'absence de cet outil, des staffs ou réunions de synthèse ont été mis en place et décrits par tous sauf le CDS 2. Pour le CDS 3, c'est l'occasion de « *faire le point, réévaluer et réorienter la PEC* ». Le CDS 5 émet un avis sur les staffs réalisés au sein du service. Selon lui, l'échange entre rééducateurs n'est pas de qualité. « *Les staffs de la semaine ne sont pas trop des temps d'échange. Pour moi, c'est passif. Chacun dit où il en est mais ce n'est pas une discussion* ».

Des synthèses, incluant les rééducateurs et le patient, sont réalisées dans les services encadrés par les CDS 1, 2 et 4 qui précisent qu'elles ont lieu si besoin. Le CDS 1 précise que les rééducateurs « *définissent alors le projet de soins du patient avec le patient et sa famille* ». Le CDS 1 est d'ailleurs le seul à expliquer que le projet de soins est défini par l'équipe en présence du patient. En effet, les autres disent que seul le médecin rencontre le patient et sa famille. Les CDS 2 et 5 affirment explicitement que le projet de soins est défini par le médecin et les objectifs sont ensuite déclinés par thérapeute. Les deux CDS commentent cette démarche. Selon le CDS 2, « *le projet initial est plus défini par le médecin et après il est décliné auprès des rééducateurs, pour chaque profession. Et après, on est quand même des professions où on a quand même le libre choix de nos actes. C'est pour ça qu'en théorie, le médecin devrait plus fixer un objectif de rééducation que des actes précis à réaliser, chose qui est encore difficile* ». Le CDS 5, quant à lui, dit en parlant des rééducateurs : « *on les fait assister, c'est du pseudo-participatif* ».

Le dossier informatisé est une réflexion relevée auprès de trois CDS. Pour les CDS 2 et 3, il permet le partage d'informations puisque tous les rééducateurs ont accès à l'ensemble des transmissions. Pour le CDS 4, le dossier informatisé est propre à chaque professionnel et non accessible aux autres.

➤ **Question 16 : Avez-vous des choses à ajouter ?**

Le CDS 1 conclut en disant que les professionnels ont besoin de temps, de lieux et d'actions communs pour travailler en équipe. « *Pour qu'une équipe puisse véritablement fonctionner en tant qu'équipe, il faut en revenir à ces trois règles du théâtre classique : unité de temps, de lieu et d'action. Un lieu commun et un temps où ils peuvent se retrouver et une action commune, un projet transversal* ». Il espère que les conditions créées susciteront « *chez ces rééducateurs l'envie de coopérer* ».

Le CDS 2 rappelle que le CDS doit parvenir à instaurer une « *culture du partage, de l'échange* ».

De ce traitement des données, nous réalisons une analyse thématique.

3.3. L'analyse thématique

Nous allons, à ce stade de la recherche, exploiter les données recueillies lors des entretiens et les analyser en les rapprochant du cadre théorique présenté préalablement. Cette analyse est organisée selon des thèmes émergeant des entretiens et en lien avec les hypothèses que nous avons formulées.

3.3.1. *Projet de soins et prise en charge clinique du patient*

Bien que non mentionnée dans les questions posées, le terme de prise en charge est prépondérant dans les réponses formulées par les CDS. L'accompagnement du patient est bien au cœur de leurs préoccupations. Ainsi, dès que le travail en équipe est abordé, la notion d'objectifs et de buts communs à atteindre par rapport à la prise en charge du patient est relevée par l'ensemble des CDS. Leur représentation du travail en équipe se rapprocherait donc de la définition du groupe primaire faite par D. ANZIEU : « *poursuite en commun et de façon active des mêmes buts* ». La réalité n'illustre pas toujours cette représentation. En effet, le travail en équipe peut parfois se résumer à la juxtaposition des soins, renvoyant au modèle du tapis roulant décrit par V. SCHWAH. Le manque de communication semblerait en être une des raisons principales. Cette communication, notion fortement présente au cours des différents entretiens, apparaît comme un des fondements du travail en équipe. Ainsi, l'échange, l'explication des actions de chacun permettrait une amélioration de la qualité des soins en favorisant une meilleure cohésion et une meilleure organisation des soins. Cela semble nécessaire car, comme le dit le CDS 3, « *le prendre soin, ça a vraiment des facettes multiples* », celles-ci étant dépendantes de représentations qu'ont les rééducateurs de leurs actions menées auprès du patient.

Afin d'adapter au mieux un projet pour le patient, différents moyens peuvent être mis en place. Si aucune des équipes n'utilisent le P3I développé par le professeur BOULANGER, quatre CDS connaissent les principes de cet outil. En l'absence de l'exploitation de ce moyen spécifique à la réadaptation, les équipes discutent plus ou moins du projet de soins de la personne. En effet, malgré l'existence généralisée de staffs ou

réunions de synthèse, la discussion n'est pas garantie entre les différents acteurs. D'une part, les patients n'assistent que très peu aux réunions alors qu'ils sont censés être acteurs de leur projet de soins. D'autre part, le projet de soins est régulièrement établi par le médecin et décliné sous forme d'objectifs respectivement attribués aux rééducateurs. Seul un des CDS explique que les réunions incluant le patient, les rééducateurs référents et le médecin sont institutionnalisées. En effet, elles n'ont pas lieu uniquement en cas de besoin. En revanche, il n'est pas donné de fréquence à laquelle ont lieu ces réunions, comme cela peut être défini dans le P3I. En regard de ces éléments, il apparaît donc que le patient ne soit pas nécessairement inclus, en première intention, à la réflexion portant sur l'élaboration de son projet de soins.

D'autres moyens que les réunions permettent aux rééducateurs d'échanger sur le suivi du patient. Le dossier informatisé du patient est un élément couramment utilisé par les équipes. Il permet aux professionnels, dans la mesure où ils y ont accès, de visualiser des informations saisies par ses collègues. L'échange entre les soignants se fait oralement mais également de façon écrite.

Contrairement à l'esprit du P3I, la répartition des prises en charge des personnes hospitalisées ne semble pas être faite en fonction des compétences ou spécialités. Mais elle se fait plutôt en fonction de la charge de travail de chacun des rééducateurs, le but étant que cette dernière soit équilibrée.

S'appuyant sur leurs compétences propres et leurs domaines d'activité, les rééducateurs ont des représentations du soin et des objectifs de la prise en charge qui peuvent être différentes, comme le relèvent explicitement les CDS 1 et 3. La communication et l'échange sont alors les moyens qui permettent aux soignants de trouver un consensus. Si ce n'est pas le cas, nous retrouvons alors une somme d'acteurs qui constituent une équipe pluriprofessionnelle ne travaillant pas selon un mode interprofessionnel. Une telle approche ne permet pas d'avoir une vision globale ou comme définie par GUIHARD, une « *vision multiréférentielle* » du patient.

Les rééducateurs, ne sont pas les seuls à ne pas avoir les mêmes représentations. En effet, le médecin et le CDS peuvent avoir des conceptions différentes de l'organisation des soins. Le CDS 1 nous dit ne pas partager les mêmes représentations du travail en équipe et

surtout la même approche de la personne. Certains médecins ont une approche biomédicale du patient qui renforcerait un cloisonnement des soins, par conséquent la pluriprofessionnalité. S'ils se plaçaient dans une approche bio-psycho-sociale, leur vision serait plus globale et permettrait de prioriser au lieu de juxtaposer les soins. Le processus de production du handicap développé par FOUGEYROLLAS ainsi que la CIF, qui envisagent un travail interprofessionnel de l'équipe, ne sont donc pas des modèles identifiés par l'ensemble des professionnels intervenant auprès du patient. Pourtant, cette interprofessionnalité est d'autant plus importante que le suivi du patient est complexe, en cas de polyopathie par exemple. En soulignant ce point, le CDS 1 se rapproche de la pensée de HESBEEN.

Cette analyse autour du projet de soins du patient nous amène à nous pencher sur les relations interpersonnelles entre les soignants, acteurs de la prise en charge.

3.3.2. Les relations interpersonnelles entre les thérapeutes

Les réunions et formations pluriprofessionnelles sont des moments qui favorisent la communication, l'échange et le partage d'informations entre les différents acteurs de la rééducation. L'ensemble des CDS s'accorde pour le dire. Bien que ces temps communs ne soient pas organisés de la même façon d'un service à l'autre, les objectifs sont globalement identiques : favoriser la discussion et la mise en commun d'informations. Si cela fonctionne bien pour certains, d'autres CDS mettent en avant le manque d'outils et d'espaces communs facilitant le travail en équipe. Il apparaît donc que l'équipe pluriprofessionnelle doit disposer de lieux et moments pour partager et créer des liens, comme le développe G. LE BOTERF. Ces liens, autrement dits les relations interpersonnelles, sont relevés comme importants dans une équipe de rééducation. Les CDS mettent tous en avant que l'existence de liens entre les rééducateurs, appelés liens de dépendance par W. HESBEEN, permet à une équipe pluriprofessionnelle de travailler de façon interprofessionnelle. Les rééducateurs sont donc dépendants les uns des autres dans l'élaboration et la dispensation du projet de soins du patient et doivent s'articuler entre eux quand ils sont dans une dynamique d'interprofessionnalité.

Pour que cette articulation puisse être réalisée, quatre CDS expriment le fait qu'il est nécessaire pour un soignant de savoir et comprendre ce que fait l'autre : les activités qu'il réalise avec le patient et les objectifs poursuivis. Cette connaissance de l'autre passe

encore une fois par la communication, donc s'appuie sur les capacités relationnelles des professionnels. Celles-ci ne pourront être développées que si les thérapeutes ont confiance les uns en les autres. L'un des CDS ajoute que cette confiance « *ne se décrète pas* » mais qu'il faut du temps à l'équipe pour communiquer librement et naturellement. Cette notion de confiance, associée à la construction progressive du groupe, est développée par R. MUCCHIELLI qui la met lui aussi en lien avec la connaissance que nous avons de l'autre et la communication que nous établissons avec lui.

Sans ces trois derniers éléments que sont la confiance, la connaissance de l'autre et la communication, il ne pourrait y avoir d'objectifs communs à l'ensemble des professionnels. Pour qu'ils puissent exister, il faut que les moyens soient discutés et partagés par les acteurs. Or, il apparaît que des savoir-faire sont partagés, comme l'explique Y. BERLAN. Certains rééducateurs éprouvent des difficultés à partager, notamment leurs compétences mobilisées autour du projet de soins du patient. Nous pouvons alors nous interroger sur les raisons de cette réticence. Celle-ci n'est-elle pas liée à la crainte de perdre un certain pouvoir ? D'après M. CROZIER et E. FRIEDBERG, « *le pouvoir de A sur B correspond à la possibilité pour A d'obtenir que dans sa négociation avec B, les termes de l'échange lui soient favorables* »⁸⁷. Le pouvoir d'expertise défini par ces auteurs ne peut-il pas s'appliquer aux rééducateurs entre eux ? Nous pourrions le penser. En effet, « *l'expert est le seul qui dispose du savoir-faire, des connaissances, de l'expérience du contexte qui lui permettent de résoudre certains problèmes cruciaux pour l'organisation* »⁸⁸. Ainsi, deux rééducateurs tels que l'ergothérapeute et le kinésithérapeute exercent l'un sur l'autre un pouvoir d'expertise, variable et en faveur de l'un ou de l'autre en fonction des domaines d'activités. Si ce domaine d'activité est partagé, alors le pouvoir d'expertise, à terme, peut tendre à s'équilibrer. Se mettant à la place des rééducateurs, le CDS 1 explique qu'ils peuvent avoir « *peur de se faire piquer* » leur travail et de perdre leur légitimité. Le professionnel « *a souvent l'habitude de réfléchir en termes d'interactions à somme nulle. Dans ces contextes, un gain pour l'un est une perte pour l'autre* »⁸⁹. Le professionnel initialement reconnu comme expert dans ce domaine peut alors perdre ce pouvoir d'expertise et par conséquent, perdre sa place de référent vis-à-vis de ce domaine. La reconnaissance de ses compétences, décrite par J.P. BRUN, peut s'en

⁸⁷ CROZIER M. Op. cit., p.69

⁸⁸ Ibid. p.84

⁸⁹ CHAGUE V. Bien communiquer, c'est avant tout coopérer. *Soins cadres*, février 2007, n°61, p.39

trouver altérée. La crainte de la perte de ce pouvoir nous paraît être une des raisons expliquant la réticence du professionnel à partager des domaines communs.

Cette réticence peut être renforcée par le manque de connaissances qu'a le professionnel sur les activités de l'autre. C'est alors au CDS de créer du lien et de favoriser la discussion entre eux. Pour cela, il faut qu'il connaisse les membres de son équipe, mais qu'il soit également présent auprès d'eux. Dans ce cas, il pourra jouer son rôle de leader et se placer en tant qu'animateur afin d'initier ou faciliter l'échange autour de cette situation floue que génère le partage des domaines d'activités communs.

3.3.3. Les caractéristiques de l'équipe de réadaptation

Les cinq CDS, dont deux notamment, ont présenté les caractéristiques de l'équipe qu'ils encadrent. En fonction de celles-ci, les dynamiques au sein du groupe peuvent être foncièrement différentes.

Pour certains cadres, l'équipe est constituée de professionnels différents, en terme de culture, d'âge, d'expérience, etc. Il semble alors que certains professionnels aient des représentations différentes du travail et pas seulement de la prise en charge du patient. L'acceptation des règles institutionnelles et l'implication dans le travail peuvent être différentes entre les professionnels, notamment de la part des plus jeunes, selon le CDS 1. Il apparaît donc plus difficile de les faire travailler ensemble, tout du moins de façon naturelle. L'identité sociale et professionnelle des rééducateurs pourrait être questionnée. Des professionnels semblent donc éprouver plus de difficultés que d'autres à s'adapter à l'organisation du travail. C'est le processus de socialisation défini par DUBAR. Un temps d'assimilation et d'accommodation leur est alors nécessaire afin de se familiariser aux normes institutionnelles et de les accepter. Ce processus de construction identitaire s'appuie sur les interactions tout au long de la vie. Cette réflexion nous fait penser que le professionnel doit être considéré comme un individu et non comme un employé quelconque comme l'explique J.P. BRUN lorsqu'il développe l'analyse scientifique de la reconnaissance.

Pour d'autres, l'équipe est constituée d'un groupe de personnes homogènes. C'est ainsi que le CDS 5 définit son équipe. Les rééducateurs semblent travailler dans une ambiance conviviale, dans une certaine proximité géographique, partagent des intérêts

communs tant sur le plan professionnel qu'extraprofessionnel. Pour ces professionnels, le travail en équipe ne semble pas poser de problème. Au contraire ! C'est le seul cadre qui affirme que les rééducateurs ont une réelle volonté de travailler ensemble. Dans ce cas, nous nous rapprochons de la pensée de G. LE BOTERF quand il développe « le vouloir coopérer ». Ainsi, il affirme que les membres d'une équipe ne coopéreront que si l'action collective a du sens pour eux. De plus, la part affective à l'origine de l'esprit de convivialité et de solidarité entre les personnes ne doit pas être exclue. D'après l'auteur, elle conditionne également ce « vouloir coopérer ». Deux autres éléments moteurs, cités par les CDS 1 et 4 et définis par l'auteur, favorisent ce « vouloir coopérer ». Il s'agit de la maturité et de la stabilité de l'équipe qui peuvent compléter ou remplacer les relations affectives et les moments conviviaux que partagent les professionnels. La maturité et la stabilité font appel à une notion de temps. Ce temps, bien que non quantifié, est un élément permettant le développement de l'appartenance d'un individu à un groupe. Il permet également l'élaboration d'une histoire commune à l'ensemble du groupe et par conséquent, des représentations partagées qui sont autant d'éléments facilitant le « pouvoir coopérer ».

Ces représentations partagées sont d'ailleurs souvent mentionnées, de façon implicite par les CDS. L'histoire commune est nécessaire pour le partage de centres d'intérêts, selon le CDS 1. Ce sont des points essentiels à la constitution d'une identité collective relative au groupe dans lequel se situent les rééducateurs. Le CDS 1 exprime clairement que les professionnels doivent partager une histoire avant de pouvoir travailler en interprofessionnalité. Il semble donc que la construction de l'identité collective de l'équipe soit le fruit d'une maturité, d'un processus comme le décrit C. DUBAR. L'individu éprouvera ainsi un sentiment d'appartenance à ce groupe. Cette identité collective serait alors à rapprocher de l'identité sociale décrite par l'auteur. D'autre part, il apparaît que l'identité collective facilite le travail en équipe.

Malgré ces facteurs favorisant le travail en équipe, la réelle volonté de coopérer semble rester dépendante de la personne elle-même. C'est la réponse la plus globalement donnée par les CDS. Deux d'entre eux s'interrogent quant à l'impact de la formation sur l'esprit d'équipe des rééducateurs. Pour le CDS 1, la formation n'est pas orientée vers un travail interprofessionnel alors que le CDS 2 pense qu'elle est un élément favorisant. Il appuie sa réflexion en insistant sur le poids des stages que les étudiants effectuent au cours de la formation. Nous pourrions alors nous demander si celle-ci, et plus particulièrement la

formation clinique, ne permettrait pas de développer le savoir coopérer et le vouloir coopérer, deux notions développées par G. LE BOTERF. Rappelons que la « *construction progressive et permanente de représentations partagées* » est un préalable au savoir coopérer. Au regard de cette définition, la formation peut être un élément favorisant le « savoir coopérer » des professionnels de réadaptation pourvu que des temps de formation entre étudiants de filières différentes soient partagés.

Bien qu'il soit difficile d'agir sur certaines composantes comme la notion de temps ou encore le caractère personnel des thérapeutes, certaines actions peuvent tout de même favoriser la construction d'une identité collective dans une équipe.

3.3.4. Pratique et posture managériales du cadre de santé

Les pratiques et posture managériales du CDS ont été définies par l'ensemble des personnes rencontrées. Nous allons les reprendre et les commenter.

Les CDS, sauf un, disent spontanément qu'ils ne font pas de gestion de compétences quand la question leur est posée. Pourtant, ils expliquent qu'ils connaissent les spécialités de chacun des membres de l'équipe. S'ils ont besoin de mobiliser telle ou telle compétence, ils savent à quel rééducateur, reconnu comme expert, ils pourront faire appel. Etant donnée leur première réponse, nous nous interrogeons sur la définition de la gestion de compétences. Elle renvoie rapidement à la Gestion Prévisionnelle des Emplois et des Compétences (GPEC) qui s'appuie sur un cadre légal né de la Loi de modernisation sociale de 2005⁹⁰. Deux CDS y font référence. L'un précise qu'il ne fait pas de « *gestion des compétences au sens GPEC* » et l'autre explique que l'établissement dans lequel il travaille est en train d'établir une cartographie des compétences des différents professionnels afin d'élaborer une GPEC.

La GPEC est un dispositif de Gestion de Ressources Humaines (GRH) dont l'objectif est d'optimiser la compétitivité de l'entreprise en favorisant une adéquation entre les compétences nécessaires à l'entreprise et les compétences disponibles⁹¹. Les notions d'efficience et de compétitivité sont présentes dans cette approche. Ainsi, les CDS

⁹⁰ Elle sera complétée par la loi de programmation pour la cohésion sociale, dite « loi Borloo » (loi n°2005-32 du 18 janvier 2005) qui impose par son article 72 aux entreprises de plus de 300 salariés la mise en œuvre d'une gestion des compétences en collaboration des partenaires sociaux.

⁹¹ DEJOUX C. Gestion des compétences et GPEC. Paris : Editions Dunod, 2008, p.61

annoncent peut-être ne pas faire de gestion de compétences parce qu'ils recherchent une qualité des soins et de la prise en charge en réadaptation plutôt qu'une efficacité.

Que cela s'inscrive ou non dans une démarche de GPEC, les CDS identifient les compétences individuelles des professionnels. Celles-ci peuvent être répertoriées dans les fiches de poste quand ces dernières existent, être discutées en entretien annuel d'évaluation comme le précisent certains, ou encore faire l'objet d'une démonstration après une formation.

En revanche, il ne faut pas qu'une compétence individuelle particulière soit mise en exergue régulièrement. Cette démarche pourrait créer des rivalités et des incompréhensions. Cela ressort principalement dans un des entretiens. Le CDS doit faire preuve d'équité entre les membres de l'équipe qu'il encadre. « *La coopération se fera d'autant plus facilement que chaque individu considérera être en situation équitable par rapport aux autres membres de l'équipe* »⁹². Pour cela, il doit informer l'ensemble de l'équipe et expliquer ses choix lorsqu'il délègue une tâche à une personne ressource ou qu'il demande à une autre de s'investir sur un projet institutionnel par exemple. Souhaitant une équité entre les rééducateurs, il s'assure que la charge de travail liée aux suivis des patients est répartie. La planification des soins de rééducation peut être déléguée mais elle est contrôlée par le CDS.

Les compétences individuelles des rééducateurs peuvent être partagées ou tout du moins, les professionnels peuvent être amenés à les mobiliser dans des domaines d'activités partagés. Faisant appel à la relation de pouvoir décrite précédemment, ceci peut être à l'origine de craintes, de tensions entre eux et de réticence à travailler ensemble. Le CDS joue alors le rôle de médiateur, rôle relevé notamment par le CDS 3. De façon individuelle ou groupale, il favorise la recherche de consensus en encourageant la communication entre les professionnels afin qu'ils puissent avoir une bonne connaissance du travail des autres. Rappelons que le partage d'un champ d'expérience commun facilite la coopération. « *Plus les individus partagent de choses en commun, plus leur compréhension de l'autre est possible et moins ils auront de crainte à négocier* »⁹³. Le cadre doit donc lever, pour le professionnel, l'incertitude sur l'action d'autrui.

⁹² CHAGUE V. Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante. *Soins cadres*, supplément au n°65, p.10

⁹³ CHAGUE V. Bien communiquer, c'est avant tout coopérer. Op. cit., p.39

Pour développer ce champ d'expérience commun, le CDS peut s'appuyer sur des moyens comme les réunions pluriprofessionnelles. Pour les CDS interrogés, la mise en place de ces rencontres est un projet si celles-ci ne sont pas déjà formalisées. Ces réunions sont des temps au cours desquels le CDS peut transmettre des informations mais également permettre aux professionnels de s'exprimer et d'échanger. Ainsi, tous les acteurs reçoivent les mêmes informations en même temps. Le CDS doit respecter une équité informationnelle. Celle-ci contribue « à renforcer la coopération et la construction d'un champ d'expérience commun »⁹⁴. Ces références communes seront d'autant plus développées au sein des équipes que le CDS développe des formations pluriprofessionnelles internes. Cela s'apparente à l'idée de LE BOTERF que les professionnels doivent utiliser un langage commun pour s'entendre et échanger.

Le CDS crée donc des conditions matérielles et temporelles pour que l'équipe pluriprofessionnelle de réadaptation puisse fonctionner sur un mode interprofessionnel, au travers des réunions, des formations, dans des lieux communs aux professionnels. Il crée également des outils facilitant la participation et l'implication des rééducateurs dans la discussion relative au projet du patient. Il favorise ainsi une dynamique d'équipe propice à la coopération entre professionnels.

Néanmoins, cette dynamique ne semble pas s'appliquer à l'ensemble des CDS. En effet, l'un d'entre eux met en avant qu'il se sent seul et ne se sent pas comme faisant partie de l'équipe de rééducation. Il ira même plus loin en disant qu'il ne travaille pas en équipe. Il explique qu'il a été très présent auprès de l'équipe hospitalière pour faire face à un absentéisme important et qu'il a laissé l'équipe de rééducation renforcer son autonomie.

Le CDS étant peu présent sur le plateau technique de rééducation auprès de l'équipe, il ne peut être reconnu. Le leader fait partie de l'équipe et est capable d'influence. Mais pour devenir le leader d'une équipe, il faut que la personne soit capable d'actes et que ces derniers soient reconnus par le groupe. Le chef d'une équipe peut exercer deux types d'influence : l'influence directe et l'influence indirecte. Lorsqu'il est actif dans la réalisation de la tâche de façon à augmenter le rendement ou la qualité du travail, il exerce une influence directe. Lorsque le chef organise l'activité, répartit les tâches, met en relation, alors il exerce une influence indirecte, rôle que l'on demande au CDS. En effet, il

⁹⁴ Ibid. p.40

est, entre autres, responsable de l'organisation des soins. Dans cet exemple, le CDS n'intervient pas sur la planification des soins. Il laisse les rééducateurs gérer cela de façon totalement autonome et n'effectue pas de contrôle dans la répartition de la charge de travail pour que celle-ci soit équilibrée. MUCCHIELLI précise que dans le cas de l'influence indirecte, le chef peut se dispenser de compétences spécifiques au travail à réaliser.

En étant aussi peu présent auprès de l'équipe et n'exerçant aucune des deux influences, le CDS ne peut être reconnu comme chef et donc considéré comme appartenant à l'équipe.

De plus, quand un CDS dit qu'il se sent seul, nous pouvons nous poser la question de son attachement à une équipe de cadres au sein de l'établissement. L'entretien ne dit pas si les CDS de ce centre constituent un groupe qui dispose de lieux et moments pour se rencontrer. Les CDS ont-ils des projets communs ? En quelque sorte, l'ensemble des cadres constitue-t-il une équipe comme le définit MUCCHIELLI ?

De l'absence du CDS sur le plateau technique, découle une certaine autonomie de l'équipe. Vincent CHAGUE explique que l'autonomie d'action repose sur la responsabilisation ainsi que la délégation et précise ses propos en disant que cela permet de « *renforcer l'initiative personnelle et de créer des espaces de liberté dans lesquels les membres de l'équipe peuvent exprimer leurs compétences et faire preuve de créativité* »⁹⁵. L'objectif est de donner aux soignants une marge de manœuvre afin de satisfaire leurs aspirations personnelles et professionnelles. Néanmoins, la délégation doit être définie. Il se pose un problème quand la délégation n'a pas été discutée. Les règles doivent être posées sous peine de difficultés d'entente entre l'équipe et le CDS. C'est très certainement ce que veut exprimer le CDS 5 quand il explique que l'autonomie de l'équipe a été renforcée par son absence et que certaines personnes sont devenues indépendantes. Il définit l'indépendance comme quelque chose de « *contre-productif* » pour le travail d'équipe dans le sens où le soignant travaille seul et ne rend pas de compte. La responsabilisation de l'équipe doit donc être comprise par tous pour qu'elle soit un facteur favorisant la coopération.

Pour finir, au cours des différents entretiens, les CDS abordent les rapports qu'ils entretiennent avec les médecins ou leurs différences de points de vue. Le CDS 3 affirme

⁹⁵ CHAGUE V. Comment motiver et impliquer les soignants. *Soins cadres*, supplément au n°62, p.12

constituer un binôme avec le médecin. Il nous semble important que cela fonctionne ainsi. Tout au long de ce travail, nous avons relevé qu'il faut dépasser la pluriprofessionnalité pour atteindre l'interprofessionnalité. Cette dimension concerne les rééducateurs mais également le médecin et le CDS, qui occupent un rôle important dans le suivi du patient. « *L'interdisciplinarité relative au CDS et au médecin renvoie à une dynamique entre deux intervenants qui appartiennent à des champs disciplinaires à la fois proches et distincts, et qui interagissent à partir de leur domaine de compétences en vue d'un enrichissement de leur compréhension des situations rencontrées* »⁹⁶. Cette dynamique n'est pas commune à tous les CDS rencontrés. Si leurs représentations de l'accompagnement en réadaptation sont différentes, alors il sera difficile d'optimiser la cohérence des soins apportés à la personne, d'élaborer une prise en charge globale et individualisée de celle-ci. Encore une fois, ce travail de partenariat suppose un échange, une communication entre ces acteurs.

Nous pouvons alors nous poser la question suivante : les CDS pour lesquels un partenariat n'est pas constitué avec le médecin ont-ils essayé de discuter avec lui afin de constituer un champ d'expérience commun ? Y a-t-il une relation de pouvoir entre les deux acteurs ?

A l'issue de cette enquête, de son analyse et de la mise en corrélation avec les données du cadre théorique, il me faut maintenant confronter ces résultats avec mes deux hypothèses de départ.

3.4. Retour sur les hypothèses

Le travail d'analyse effectué précédemment m'autorise à affirmer que **le cadre de santé permet de développer des références communes, partagées par l'ensemble des membres de l'équipe pluriprofessionnelle de réadaptation**, mais à certaines conditions.

En effet, le cadre de santé facilite la communication entre les rééducateurs. Pour cela, il met en place certains outils ayant comme objectif le développement d'un champ d'expérience commun et le partage d'informations relatives à la prise en charge du patient mais également relevant de projets institutionnels. Le cadre organise, en effet, des réunions et des formations pluriprofessionnelles. En collaboration avec le médecin, il intervient lors des staffs pour optimiser la prise de parole et la prise en compte de l'avis de chacun. Cependant, des freins ont été relevés. Il s'agit du manque de temps et d'espaces communs

⁹⁶ VERGER P., LAFITTE E. Le binôme cadre de santé-médecin coordonnateur, un gage de cohérence dans les soins. *Soins cadres*, supplément au n°61, p.19

nécessaires à cet échange qu'il soit formel ou informel. De plus, il est mis en avant que si le projet de soins n'est pas élaboré de manière consensuelle et globale, le suivi du patient s'en trouve cloisonné.

Mais la mise en place d'outils ne suffit pas. Le développement des références partagées ne dépend pas exclusivement du cadre. L'histoire commune et le vécu des différents professionnels sont des notions incontournables à prendre en compte. Cela me conforte dans l'idée que la construction d'une équipe interprofessionnelle ne peut se faire de manière « théorique » et que le partage des savoirs est en lien avec la motivation et l'implication des différents acteurs.

C'est dans son positionnement et la prise en compte des compétences individuelles que le cadre va unifier les orientations existantes afin de créer ce que F. MISPELBLOM BEYER appelle des « *synergies positives* »⁹⁷.

Ce qui m'amène à aborder ma seconde hypothèse : **Le positionnement du cadre de santé favorise l'articulation des compétences individuelles des professionnels d'une unité de réadaptation à des fins de coopération.**

Certes, le cadre peut rencontrer une certaine réticence dans le partage des compétences liée aux identités professionnelles et à l'expertise propre des soignants mais il palie à cette difficulté en se positionnant en tant que médiateur et en adaptant son management à ce contexte particulier.

Il ressort que son management s'appuie sur une prise en compte à la fois des identités professionnelles individuelles tout en cherchant à développer une cohésion d'équipe. Pour cela, il identifie les compétences individuelles, préalable indispensable à leur partage. Cette articulation dépend donc des qualités relationnelles du cadre, la communication en étant le point fort.

De plus, cette connaissance des compétences individuelles permettra au cadre d'identifier les personnes ressources de l'équipe afin de les mobiliser autour de projets institutionnels, mais aussi autour de projets centrés sur le patient. Ainsi, le cadre se positionne en tant que fédérateur de l'équipe (soignants et médecin), autour d'un projet commun centré sur une prise en charge holistique de la personne.

⁹⁷ MISPELBLOM BEYER F. Encadrer, un métier impossible ? Paris : Editions Armand Colin, 2^{ème} édition, 2010, p.167

Tous ces éléments confirment que le cadre de santé, par son positionnement, favorise l'articulation des compétences individuelles des rééducateurs à des fins de coopération.

4. Limites du travail et perspectives professionnelles

4.1. Limites du travail

Tout au long de la réalisation de ce mémoire, des difficultés sont apparues. Beaucoup sont dues, à mon sens, à un manque d'expérience en matière de recherche.

La première de ces difficultés est que j'ai débuté mon travail en ayant l'impression que j'avais déjà une partie de la réponse à la question que je me posais. J'ai éprouvé quelques difficultés à prendre de la distance. Ma directrice de mémoire a alors su me poser les questions qui m'ont amené à m'interroger véritablement sur le sujet. Après avoir avancé dans mon cheminement, j'ai rencontré un nouveau problème : celui d'élaborer un plan et d'articuler avec logique mes nombreuses pensées. C'est la première fois que je réalise un mémoire et je dois avouer que je me suis posé beaucoup de questions quant à la méthodologie de recherche et d'analyse des données.

Compte-tenu du nombre d'entretiens, cinq au total, ce travail n'est pas représentatif de la pratique des cadres de santé. En aucun cas, les données recueillies et analysées ne peuvent être généralisées.

Je relève également des limites liées à mon outil d'entretien. En effet, face aux différentes personnes rencontrées, je n'ai pas utilisé des questions de relance rigoureusement identiques. Pour cette raison, il est fort probable que les thèmes n'ont pas été abordés de la même manière par les cadres. Face à cette multiplication des thèmes, il n'a pas été simple de comparer les contenus des propos.

De même, j'ai éprouvé des difficultés à recadrer les entretiens quand les cadres faisaient preuve de digressions. Un des entretiens a été réalisé lors d'un stage. Juste avant celui-ci, le cadre de santé et le médecin ont une discussion très tendue. Même si l'échange

s'est fait dans une atmosphère calme, je pense que cet événement a eu une incidence sur la concentration et l'objectivité de mon interlocuteur.

4.2. Perspectives professionnelles

La réalisation de ce travail, les apports théoriques mais également les questionnements de cette année me permettent de dégager mes perspectives professionnelles et de me préparer à mes futures fonctions de cadre de santé.

Les réflexions auxquelles m'ont mené le mémoire sont riches. Elles me permettent d'identifier et de comprendre les mécanismes auxquels le cadre de santé doit faire face dans son objectif de créer une véritable dynamique d'équipe en rééducation/réadaptation. Je connais d'ores et déjà le service dans lequel je vais exercer et quels sont les professionnels que je vais encadrer. Je peux ainsi me projeter dans ma future fonction en sachant pertinemment que la dynamique de l'équipe et son organisation ont évolué depuis mon départ en formation.

En tant que cadre d'une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation, je serai garant de l'organisation des soins. Au regard des bénéfices de la coopération et donc du travail interprofessionnel, j'essaierai d'orienter les pratiques en ce sens. La coopération entre rééducateurs, reposant sur des relations interpersonnelles saines et sur la confiance, améliore le vécu et la motivation au travail. Il me semble primordial que chaque rééducateur puisse exercer de façon sereine, d'abord individuellement en ayant trouvé sa place au sein de l'équipe, pour ensuite participer à un élan collectif.

L'esprit d'équipe s'appuyant sur la communication renforce les liens entre les professionnels et favorise l'entraide. Tout au long de ce travail, j'ai appris que je pourrai influencer les variables individuelles et collectives relevant de l'organisation afin de développer les capacités de coopération des rééducateurs. Néanmoins, je sais également qu'il existe certaines variables individuelles sur lesquelles je ne pourrai pas intervenir.

Une de mes premières réflexions sera d'étudier l'organisation de travail afin de permettre la mise en place d'une réunion pluriprofessionnelle d'informations. En effet, il me semble important que les informations qui intéressent l'ensemble des thérapeutes leur soient transmises au même moment, de façon à respecter une équité.

Pour encadrer une équipe, le cadre s'appuie sur sa connaissance des agents et des partenaires. Il cherche à comprendre les liens qui existent entre eux. Pour ce faire, je devrai prendre le temps de rencontrer les différents agents, de faire connaissance avec eux pour progressivement appréhender leur mode de fonctionnement et les relations interpersonnelles.

Le cadre, par sa qualité de médiateur et d'agent de liaison, établit des relations et des conditions qui réunissent des équipes autour d'un intérêt partagé. La constitution d'un projet de rééducation individualisé, discuté au sein d'une équipe qui inclue le patient me semblait primordial avant la formation. Je suis d'autant plus convaincu de cet intérêt maintenant. Mon idée que sans interprofessionnalité, les soins de réadaptation ne peuvent pas être de bonne qualité, s'en trouve renforcée. C'est pourquoi, je veillerai en partenariat avec le médecin à ce que les synthèses de rééducation et les réunions de famille instaurées perdurent et que les différents rééducateurs puissent y participer pleinement.

J'ai également pris conscience de l'importance pour l'équipe de partager des moments plus informels que les réunions pluriprofessionnelles, la pause café par exemple. C'est un moment où les professionnels sont libres de choisir le sujet de discussion qui peut être d'ordre professionnel mais également plus personnel. Ces instants de convivialité peuvent permettre de découvrir des centres d'intérêts communs, cette entente pouvant entraîner dans un deuxième temps une discussion plus naturelle autour du suivi du patient.

Par ailleurs, la réalisation de ce travail et cette année de formation m'ont fait prendre conscience qu'il est primordial de garder une certaine mise à distance entre le travail, les projets et soi-même. En effet, cette prise de recul permet de raisonner avec la plus grande objectivité et la plus grande équité. Il est nécessaire pour le cadre de prendre le temps de rechercher toutes les informations, tous les renseignements nécessaires à la compréhension de la situation. Cette non précipitation permet d'une part de mieux comprendre les relations entre les différents acteurs et d'autre part de relever parfois les dysfonctionnements d'une équipe qui donne l'impression de fonctionner correctement.

En tant que cadre, j'aurai aussi à organiser un encadrement des étudiants paramédicaux de rééducation en partenariat avec les tuteurs. Je pense que la formation participe à l'élaboration des représentations que nous avons de notre propre profession

mais également celle que nous avons des autres professions. Je considère qu'en tant que terrain de stage, nous avons un rôle important à jouer dans la sensibilisation à l'interprofessionnalité des futures. Alors, j'essaierai autant que possible de faire travailler ensemble les tuteurs des étudiants de filières différentes afin que des situations d'apprentissage communes soient définies. Les étudiants pourront peut-être ainsi comprendre progressivement l'intérêt de travailler ensemble.

La fonction de cadre de santé suscite des réflexions et des remises en question. C'est pourquoi, il est important de pouvoir en parler avec les autres cadres de l'établissement et de ne pas se sentir isolé. Je sais dorénavant que je pourrai m'appuyer sur l'expérience de mes collègues et qu'ils seront des personnes ressources.

CONCLUSION

La formation de cadre de santé est une parenthèse studieuse amenant sa part de réflexions dans une carrière professionnelle. Véritable prise de recul, cette formation nous permet notamment de nous questionner sur nos pratiques quotidiennes et de nous projeter en tant que futur cadre de santé.

Ainsi, j'ai souhaité, à travers ce mémoire, prendre le temps de m'interroger sur le thème du travail en équipe au sein d'une unité de réadaptation, sujet qui a toujours été au cœur de mes préoccupations.

Le travail en équipe, induisant une coopération, s'appuie sur une réelle combinaison des compétences individuelles des professionnels et non sur leur juxtaposition.

Bien que cette dynamique d'équipe soit une condition nécessaire à l'élaboration d'une prise en charge de qualité, la volonté des rééducateurs à coopérer n'est pas spontanée. C'est la raison pour laquelle, le cadre de santé aura comme objectif de créer des conditions tant sur les plans individuel, groupal qu'institutionnel afin de favoriser l'implication et la motivation des professionnels dans un élan collectif.

L'évolution de la pluriprofessionnalité vers l'interprofessionnalité ne se formalise pas de manière empirique. Au contraire, elle s'inscrit dans le temps, s'appuyant sur la maturité et la stabilité de l'équipe. En effet, les individus doivent, préalablement, se connaître et avoir établi une relation de confiance pour travailler ensemble. Le cadre de santé joue alors un rôle d'animateur et de médiateur afin de favoriser la communication entre les différents rééducateurs. Cette place de leader ne lui sera reconnue par l'équipe que s'il est capable d'actes contribuant à la réussite du travail. D'autre part, afin de permettre une meilleure organisation des soins apportés à la personne, le cadre peut être amené à coopérer avec le médecin référent du patient.

Au-delà de cette réflexion portant sur l'interprofessionnalité autour du projet de soins individualisé, nous pourrions nous demander dans quelle mesure le cadre de santé est en relation avec le chef de service pour créer une dynamique d'équipe en rapport avec le projet de service.

BIBLIOGRAPHIE ET REFERENCES

Références législatives :

- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015>. (Consulté le 10/01/2012).
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Disponible sur <http://informations.handicap.fr/decret-loi-fevrier-2005.php>. (Consulté le 10/01/2012).

Rapports :

- BERLAND Yvon. Rapport de mission : **La formation des professionnels pour mieux coopérer et soigner**. 2008. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/cooperation_prof_formation.pdf. (Consulté le 25/03/12).

Ouvrages :

- ANZIEU Didier, MARTIN Jacques-Yves. **La dynamique des groupes restreints**, 11^{ème} édition. Paris : PUF, 2011, 416 p.
- CAUVIN P. **La cohésion des équipes**. Paris : ESF Editions, 1997, 223 p.
- CROZIER Michel, FRIEDBERG Erhard. **L'acteur et le système**. Editions du seuil, 1977, 498p.
- DEJOUX Cécile. **Gestion des compétences et GPEC**. Paris : Editions DUNOD, 2008, 127 p.
- DUBAR Claude. **La socialisation, construction des identités sociales et professionnelles**, 2^{ème} édition. Paris : Editions Masson et Armand Colin, 1996, 269p.
- GABLE Gabriel. **Histoire de l'ergothérapie**. In **Ergothérapie : Guide de pratique**, coordonné par MOREAU Anne. Paris : ANFE, septembre 2000, 229 p.
- HAMONET Claude. **Les personnes en situation de handicap**, 6^e édition. Paris : PUF, 2010, 127 p.
- HESBEEN Walter. **La réadaptation, aider à créer de nouveaux chemins**. Paris : Editions Lamarre, 2001, 141 p.
- HESBEEN Walter. **La réadaptation, du concept au soin**. Paris : Editions Lamarre, 1994, 208p.
- LE BOTERF Guy. **Construire les compétences individuelles et collectives**, 3^{ème} édition. Paris : Editions d'Organisation, 2004, 244 p.
- LE BOTERF Guy. **Développer la compétence des professionnels. Construire le parcours de professionnalisation**. Paris : Editions Liaisons, 2002
- LE BOTERF Guy. **De la compétence à la navigation professionnelle**. Paris, Editions d'Organisation, 1997, p.260
- Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. 100^{ème} Edition. 2005.
- MISPELBLOM BEYER Frederik. **Encadrer, un métier impossible ?** 2^{ème} édition. Paris : Editions Armand Colin, 2010, 298 p.

- MUCCHIELLI Roger. **Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective**, 8^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : Editions ESF, 2002, 195 p.

Revue :

- CHAGUE Vincent. **Bien communiquer, c'est avant tout coopérer**. *Soins cadres*, février 2007, n°61, p.38-40
- CHAGUE Vincent. **Comment améliorer la coopération au sein de l'équipe soignante**. *Soins cadres*, supplément au n°65, p.8-12
- CHAGUE V. **Comment motiver et impliquer les soignants**. *Soins cadres*, supplément au n°62, p.12-15
- CIGAN Dominique. **La compétence collective existe, je l'ai rencontrée**. *Les cahiers hospitaliers*, septembre 2010, p.33-34
- CYRULNICK Boris. **Il y a une vie après l'horreur**. *Le courrier de l'UNESCO*, novembre 2001, p.47-50
- DEJOURS Christophe. **La reconnaissance au travail**. *Sciences humaines*, octobre 2002, n°131.
- FEIGNEUX Christophe. **Référentiels métiers et compétences : approches interprofessionnelle pour les médico-techniques et rééducateurs**. *Soins cadres*, mai 2006, n°58, p.11
- GUIHARD J.P. **Et si l'ergothérapie était une condiscipline parce qu'indisciplinée ?** *ErgOTHérapies*, septembre 2002, n°7, p. 19-26
- HALPERN Catherine. **Faut-il en finir avec l'identité ?** *Sciences humaines*, juillet 2004, n°151.
- JAMET F. **De la Classification Internationale du Handicap (CIH) à la Classification Internationale du Fonctionnement de la Santé et du Handicap**. *La nouvelle revue de l' AIS*, 2ème trimestre 2003, n°22, p.163-171
- LE BOTERF Guy. **De quel concept de compétence avons-nous besoin**. *Soins cadres*, février 2002, n°41, p.20-22
- SCHWACH Victor. **L'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle**. *Soins cadres*, novembre 2009, n°72, p.22-25
- SCHWACH Victor. **Principes et méthodes de l'interdisciplinarité en réadaptation fonctionnelle**. *Gestions hospitalières*, mai 2005, p.210
- TREMBLAY J. et Al. **Les bases du P3I, interdisciplinarité et travail d'équipe**. *Journal de réadaptation médicale*, décembre 2000, vol 20, n°3-4, p.95
- TREMBLAY J. et Al. **Réalisation du P3I**. *Journal de réadaptation médicale*, décembre 2000, vol 20, n°3-4, p.143
- TODOROV Tzvetan. **Sous le regard des autres**. *Sciences humaines*, octobre 2002, n°131.
- VERGER P., LAFITTE E. **Le binôme cadre de santé-médecin coordonnateur, un gage de cohérence dans les soins**. *Soins cadres*, supplément au n°61, p.19-20
- WIROTIUS J.M. **Histoire de la rééducation**. *Encyclopédie médicale chirurgicale Kinésithérapie-Médecine physique-Réadaptation*, 1999, 26-005-A-10, 25p.
- WIROTIUS J.M. **La polydisciplinarité en réadaptation : un concept gigogne**. *Journal de la réadaptation médicale*, 2003, n°23, p. 49-53

Les supports électroniques :

- BOULANGER Y-L et Al. Rééducation-réadaptation et interdisciplinarité. Encyclopédie médico-chirurgicale, 26-006-D-10. Disponible sur <<http://www.em-premium.com.ezproxy.u-pec.fr/article/25627/resultatrecherche/5>>. (Consulté le 10/12/2011).
- CAIRE J.M. **Projet de vie personnalisé, rôle des paramédicaux ?** Disponible sur <http://www.jp.guihard.net/spip.php?article143>>. (Consulté le 03/02/2012).
- FOUGEYROLLAS Patrick, LAVOIE Julie. **De la pluri, à la multi vers l'interdisciplinarité de l'approche-programme.** Disponible sur <<http://www.med.univ-rennes1.fr/sisrai/art/approche-programme.html>>. (Consulté le 02/01/2012).
- GUIHARD J.P. **Interprofessionnalité ou interprovidence.** Disponible sur <<http://jp.guihard.pagesperso-orange.fr/articles/interpro/interpro>>. (Consulté le 03/12/2011).
- Lexique des notions clés utilisées dans le répertoire des métiers. Disponible sur <<http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/Lexique-des-notions-cles-utilisees.html>>. (Consulté le 02/03/2012).
- MOTTA Jean-Michel. **Travail en équipe : positionnement cadre envers « l'Un-dividu » soignant.** Disponible sur <<http://www.cadredesante.com/spip/spip.php?article154>>. (Consulté le 27/12/2011).

ANNEXES

ANNEXE N°1 : Grille d'entretien

ANNEXE N°2 : Grille d'entretien associant les questions à des objectifs

ANNEXE N°3 : Présentation des cadres de santé interviewés

ANNEXE N°4 : Tableau de synthèse des entretiens

ANNEXE N°5 : Synthèse des réponses convergentes et divergentes

ANNEXE N°6 : Retranscription entretien cadre de santé n°3

ANNEXE N°1

Grille d'entretien

Grille d'entretien

Je vous remercie de me recevoir et de me consacrer un peu de votre temps pour un entretien.

Je vais tout d'abord me présenter. Ergothérapeute de formation, je suis actuellement étudiant cadre de santé. A l'occasion de cette formation, j'élabore un mémoire. Ma réflexion porte sur les rôles du cadre de santé dans la gestion des compétences et le travail en équipe en rééducation-réadaptation. J'aimerais avoir votre point de vue sur ce sujet.

Si vous l'acceptez, je me permets d'enregistrer l'entretien. Celui-ci est anonyme et est utilisé à des fins personnelles. L'enregistrement me permet d'être plus libre dans l'échange.

1. Quelle est votre formation de base ?

- ✓ Quelle est l'année d'obtention du diplôme d'Etat ?
- ✓ Dans quels services avez-vous exercé ?

2. Quelle est l'année d'obtention du diplôme de cadre de santé ?

- ✓ Dans quels services avez-vous exercé en tant que CDS?

3. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ?

4. Quelles professions constituent l'équipe ?

5. Comment concevez-vous le travail d'équipe ?

- ✓ Que représente le travail en équipe ?

6. Rencontrez-vous des difficultés dans le travail en équipe ?

- ✓ Si oui, lesquelles.
- ✓ Si non, passer à la question 15 et retour ensuite à la question 7.

7. Qu'entendez-vous par pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ?

- ✓ Faites-vous une différence entre les deux ?

8. En tant que cadre de santé, vous faites de la gestion de compétences. Comment sont-elles identifiées au sein de l'équipe ?

9. Selon vous, quels sont les types de compétences mobilisées pour un travail d'équipe ?

- 10. Selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ?**
- 11. Rencontrez-vous des difficultés dans l'articulation des différentes compétences des membres de l'équipe ?**
- 12. Pensez-vous que les membres de l'équipe ont une réelle volonté de travailler ensemble ?**
- ✓ Si oui, pourquoi ?
 - ✓ Si non, pourquoi ?
- 13. Selon vous, s'agit-il d'une collaboration entre thérapeutes ?**
- 14. Est-ce que vous pourriez alors parler de coopération ?**
- ✓ Si difficultés pour répondre, expliquer en quelques mots la coopération.
- 15. Avez-vous déjà développé des moyens pour favoriser ce travail d'équipe ?**
- 16. Utilisez-vous le P3I ?**
- ✓ Si oui, quels retours en avez-vous ?
 - ✓ Si non, quel outil utilisez-vous ?
- 17. Avez-vous des éléments à ajouter ?**

ANNEXE N°2

Grille d'entretien associant les questions à
des objectifs

Grille d'entretien et objectifs

| Questions posées | Objectifs recherchés |
|--|---|
| 1. Quelle est votre formation de base ? Année d'obtention du DE ? Dans quels services avez-vous exercé ? | Identifier le parcours du CDS rencontré. |
| 2. En quelle année avez-vous obtenu votre diplôme de CDS ? Dans quels services avez-vous exercé ? | Repérer s'il y a un lien entre l'expérience professionnelle et le rôle du CDS dans la gestion des compétences. |
| 3. Depuis combien de temps êtes-vous dans ce service ? | Repérer le recul que peut avoir le CDS sur l'équipe en poste actuellement. |
| 4. Quelles professions constituent l'équipe ? | Identifier les membres de l'équipe pluriprofessionnelle. |
| 5. Comment concevez-vous le travail d'équipe ? → Que représente le travail en équipe ? | Connaître la représentation que le CDS a du travail en équipe. |
| 6. Rencontrez-vous des difficultés dans le travail en équipe ? → Si oui, lesquelles ? → Si non, passer à la question 15 et retour ensuite à la question 7. | Identifier la nature des difficultés rencontrées par le CDS. Identifier les conditions nécessaires à l'instauration d'un travail en équipe. |
| 7. Qu'entendez-vous par pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ? → Faites-vous une différence entre les deux ? | Clarifier la définition et la représentation que le CDS a de la pluriprofessionnalité et de l'interprofessionnalité. |
| 8. En tant que CDS, vous faites de la gestion de compétences. Comment sont-elles identifiées au sein de l'équipe ? | Repérer si le CDS a procédé à l'élaboration d'une cartographie des compétences. |
| 9. Selon vous, quels sont les types de compétences mobilisés pour un travail d'équipe ? | Repérer si le CDS identifie les compétences individuelles, partagées et collectives. |
| 10. Selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ? | Relever l'impact des compétences collectives, partagées et collectives sur le fonctionnement de l'équipe. |
| 11. Rencontrez-vous des difficultés dans l'articulation des différentes compétences des membres de l'équipe ? | Identifier les difficultés éventuelles rencontrées (oppositions, réticences des rééducateurs) par le CDS dans la répartition cohérente des activités de chacun des membres de l'équipe. |

| | |
|---|--|
| <p>12. Pensez-vous que les membres de l'équipe ont une réelle envie de travailler ensemble ? → Si oui, pourquoi ? → Si non, pourquoi ?</p> | <p>Repérer l'existence du « vouloir coopérer ». Identifier les facteurs favorisant ou défavorisant le « vouloir coopérer ».</p> |
| <p>13. Selon vous, s'agit-il d'une collaboration ?</p> | <p>Clarifier la définition de la collaboration du CDS.</p> |
| <p>14. Est-ce que vous pourriez alors parler de coopération ? <i>Si difficultés pour répondre, proposer en quelques mots une définition.</i></p> | <p>Clarifier la définition de la coopération du CDS. Repérer s'il s'agit bien de la combinaison du savoir coopérer, du pouvoir coopérer et du vouloir coopérer.</p> |
| <p>15. Avez-vous déjà développé des moyens pour favoriser ce travail d'équipe ?</p> | <p>Identifier les outils et les projets mis en place par le CDS.</p> |
| <p>16. Utilisez-vous le P3I ? → Si oui, quels retours en avez-vous ? → Si non, quel outil utilisez-vous ?</p> | <p>Repérer s'il existe un projet de soins du patient dont l'élaboration favorise la participation et la concertation de l'équipe, en regard de leurs compétences.</p> |
| <p>17. Avez-vous des remarques à ajouter ?</p> | <p>Relever un complément d'informations.</p> |

ANNEXE N°3

Présentation des cadres de santé interviewés

| | Formation initiale, année d'obtention du diplôme d'Etat et parcours professionnel | Année d'obtention du diplôme de CDS et parcours professionnel | Ancienneté sur le poste occupé actuellement | Professions composant l'équipe de réadaptation |
|---------|--|---|--|--|
| CDS n°1 | Ergothérapeute DE en 1996 A toujours exercé en MPR, dans différents établissements, en HTC et HDJ | CDS depuis 2009 A exercé dans deux établissements MPR différents. | Depuis la création du centre MPR, il y a 1 an 1/2. L'établissement résulte de la fusion de deux centres. Il exerçait dans l'un des deux. | Ergothérapeutes, orthophonistes, orthoprothésistes Total de 14 professionnels |
| CDS n°2 | Kinésithérapeute DE en 2003 A toujours exercé en MPR, au sein du même établissement, en HTC et HDJ. | CDS depuis 2010 A exercé dans le même établissement MPR. | Depuis 8 mois, exerce sur l'HDJ au sein du même établissement. | Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes et neuropsychologues Total de 16 professionnels |
| CDS n°3 | Infirmière DE en 2000 A exercé en soins intensifs en cardiologie et chirurgie polyvalente. A été faisant fonction pendant un an en médecine interne. | CDS depuis 2006 A exercé dans un hôpital gériatrique, en EHPAD et en SSR. | Depuis 1 an, exerce sur un EHPAD et en SSR. | SSR : Aides médico-psychologique, infirmières, aide-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotricienne et moniteur-éducateur Total de 16 professionnels. |
| CDS n°4 | Infirmière DE en 1987 A exercé en chirurgie, en EHPAD, en MPR et dans un pool de remplacement. | CDS depuis 2009 A exercé en SSRO (Soins de Suite Réadaptation et Orthopédie) | Depuis 6 mois, exerce en SSRO et en HDJ MPR | Infirmières, aide-soignantes, kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes |
| CDS n°5 | Kinésithérapeute DE en 1990 A exercé en MPR en France et à l'étranger (pendant 4 ans). Puis en neurologie et en neurochirurgie. | CDS depuis 2008 Encadrement d'une équipe de kinésithérapeutes intervenant sur l'ensemble des services de neurologie d'un centre hospitalier. | Depuis 8 mois, exerce dans le service MPR du même établissement. | Kinésithérapeutes, ergothérapeutes, orthophonistes, infirmières, aide-soignantes et agents hospitaliers |

ANNEXE N°4

Tableau de synthèse des réponses

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|---|--|---|---|---|--|
| <p>Comment concevez-vous le travail d'équipe ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Repose sur la communication et le partage d'informations. • Faire une activité en lien avec les autres. Partage. Savoir aider, ne pas chercher son intérêt. • Objectif commun. | <ul style="list-style-type: none"> • Objectifs communs autour du patient. Patient au milieu et équipe autour. • Echange, communication. | <ul style="list-style-type: none"> • Communication autour du patient. • Collaboration. • But commun : prise en charge du patient. PEC globale seulement si prise en compte de la vision des autres professionnels. | <ul style="list-style-type: none"> • Conception différente que ce qu'elle vit. • Vécu : juxtaposition des soins sans concertation et sans mise en commun des informations qu'un développement des compétences collectives. • Conception : communication, partage, objectif commun centré sur la PEC concertée du patient. Pour l'ensemble des professions, même objectif mais non partagé. | <ul style="list-style-type: none"> • Echange. Enrichissement intellectuel et technique. Tu apprends des autres et tu leur apprends. • Ne conçoit pas l'on puisse travailler seul en rééducation. • <i>« Ce qui est plus difficile d'ailleurs, justement comme cadre, parce que surtout ici on est seul, c'est pas un vrai travail en équipe, en fait, tu ne fais pas partie comme quand tu es soignant ».</i> |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|---|---|---|--|--|---|
| <p>Rencontrez-vous des difficultés dans le travail en équipe ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Constituer une équipe. Les rééducateurs viennent de deux centres différents avec deux cultures différentes. • Nécessité d'une identité. Les individus ne se connaissaient pas. Nécessité de pluriprofessionnalité pour créer de l'interprofessionnalité. • Sont passés par une phase de groupe avant de constituer une équipe pluriprofessionnelle. • Il faut une certaine maturité d'équipe pour pouvoir travailler en interprofessionnalité. • Les points de vue des professionnels peuvent être très différents. • Représentations du travail différentes entre les générations. Certains ne connaissent pas les règles institutionnelles. Certains ne comprennent pas qu'on leur dise non. | <ul style="list-style-type: none"> • Chaque service « <i>fonctionne dans son coin</i> ». Peu d'échange. • Pas de réunion d'informations commune aux différentes professions. Projet d'instaurer ces réunions très prochainement. • Manque de temps d'échange autour du patient. • Manque de temps d'échange pour constituer des groupes de travail autour de projets communs aux différentes professions. | <ul style="list-style-type: none"> • Regards différents sur la prise en charge qui peuvent entraîner des désaccords. • Exemple d'activités initialement organisées par les aide-soignantes (objectif occupationnel) et reprises par les ergothérapeutes (objectif thérapeutique). Nécessité de l'intervention du CDS pour favoriser la discussion. | <ul style="list-style-type: none"> • Lors de l'arrivée de la CDS, les staffs étaient centrés sur la technique (kiné et ergo), peu de participation de l'équipe hospitalière (IDE et AS). • Equipe jeune, turn-over important. • Nécessité d'une certaine stabilité et maturité de l'équipe. Nécessité de temps pour se construire et apprendre à connaître les autres. • Manque de communication et concertation : ne favorise pas l'émulation de l'équipe vers un objectif commun. • Manque d'espace commun et d'outil commun. | <ul style="list-style-type: none"> • Détachement, individualisme, absentéisme des professionnels. • Entente difficile entre le CDS et le médecin chef de service qui favorise un clivage. Le CDS parle d'intrusion dans l'équipe paramédicale. • Passe peu de temps auprès des rééducateurs. • Le CDS n'a pas le temps de mettre en place une organisation fluide du travail. |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|--|---|---|---|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> Certains médecins ont une culture hospitalière et très peu de réadaptation et renforcent le cloisonnement en prescrivant pour chaque thérapeute des séances quotidiennes alors qu'il faudrait prioriser les objectifs d'accompagnement de la personne. | | | | |
| <p>Quelle différence faites-vous entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> Pluripro : les individus travaillent les uns à côté des autres, pas ensemble. Pourquoi pas pour une rééducation de courte durée. Mais ne suffit pas face à des situations de handicap. Interpro : les individus travaillent en interaction Nécessaire face à une situation complexe (polypathologie) C'est une évolution. | <ul style="list-style-type: none"> Pluripro : professions juxtaposées les unes avec les autres. Ne travaillent pas ensemble et ne communiquent pas forcément. Interpro : sentiment d'imbrication de compétences partagées et d'échange mutuel entre les professions. Intègre plutôt un projet et des objectifs communs et une communication facilitée entre les rééducateurs. | <ul style="list-style-type: none"> Pluripro : plusieurs professionnels. Ça n'indique pas forcément qu'il y ait des liens dans le travail. Interprofessionnel : « on sent déjà un peu plus le lien » | <ul style="list-style-type: none"> Pluripro : composée de différents professionnels issus de filières différentes. Interpro : interaction entre ces professionnels et communication entre eux. | <ul style="list-style-type: none"> Pluripro : plusieurs types de professionnels mais qui ne travaillent pas forcément ensemble. Travaillent en parallèle, pour peut-être le même objectif pour le patient mais ça ne va pas s'intriquer. Interpro : « c'est intriqué, tu peux pas travailler les uns sans les autres » |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|--|---|---|--|---|---|
| <p>En tant que CDS, vous faites de la gestion des compétences. Comment sont-elles identifiées ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Ne fait pas « <i>de gestion de compétences au sens GPEC</i> ». • A terme, mise en place d'une politique de ressources humaines. L'association souhaite mettre en place des référentiels de compétences. • Pas de fiches de poste. • Connaît les grandes lignes des parcours professionnels des rééducateurs, leurs points forts et leurs points faibles. | <ul style="list-style-type: none"> • A identifié de façon non formelle les personnes expertes en fonction des domaines, des spécialités (pathologies ou techniques de rééducation). • Pas de fiches de poste | <ul style="list-style-type: none"> • Une cartographie des compétences est débutée dans l'établissement. Aide d'un organisme extérieur. Prise en compte des CV, formations suivies, entretiens individuels, formations souhaitées, formations en cours. • Précise que c'est un travail chronophage. | <ul style="list-style-type: none"> • Dit qu'elle ne fait pas de gestion de compétences. • Existence de fiches de poste réalisées avant son arrivée : semblent toujours correspondre. | <ul style="list-style-type: none"> • Dit ne pas faire de gestion de compétences. • Existence de fiches de poste non actualisées. • Répartition des PEC en fonction de la charge de travail et non des spécialités. |
| <p>Selon vous, quels sont les types de compétences mobilisés dans un travail d'équipe ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Compétences individuelles : spécialités développées avec l'expérience et les formations. • Compétences partagées : important de pouvoir confronter son avis avec les autres professionnels. Compétences partagées sont référencées maintenant dans les référentiels de formation. Pense que rapprochement de compétences « <i>devrait même faciliter l'adhésion à des projets communs</i> ». | <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de savoir reconnaître « <i>l'identité professionnelle de chaque profession</i> ». • Nécessité de reconnaître les compétences propres de chaque profession. • Existence de compétences partagées. • Tient à ce que l'identité professionnelle soit maintenue. Pour cela, nécessité de compétences | <ul style="list-style-type: none"> • Chacun apporte ses compétences propres en regard de sa formation et de son expérience. • Certaines compétences sont transversales. • Importance de la compétence relationnelle. | <ul style="list-style-type: none"> • Importance de l'écoute, la communication et la curiosité. • Etre « <i>curieux de savoir ce que fait l'autre</i> ». Dit que ça ne s'apprend pas en formation. • A l'impression d'avoir développé certaines compétences en s'intéressant au travail des autres. | <ul style="list-style-type: none"> • Existence de compétences individuelles qui vont servir la compétence collective avec comme moyens la communication et la confiance. |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|--|--|---|--|---|--|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Compétence collective : « <i>celle qui fait rêver quand on monte une équipe. On imagine qu'on va utiliser correctement les compétences de chaque professionnel intelligemment pour créer une dynamique. Et ça, c'est difficile</i> ». | <p>relationnelles entre les individus.</p> | | | |
| <p>Selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Points de vue des professionnels parfois différents en raison des compétences et connaissances propres. Nécessité d'échange pour qu'il y ait interprofessionnalité et complémentarité. • Nécessité de complémentarité de compétences et non de confrontation. | <ul style="list-style-type: none"> • Nécessité de communication • Dépend des professions. Partage de compétences non problématique pour certaines (neuropsychologues et orthophonistes) : la communication semble facile entre eux. • Semble plus problématique pour les kinésithérapeutes de partager. Sont « <i>sans doute plus individualistes et très autonomes</i> ». | <ul style="list-style-type: none"> • Met en avant l'importance de comprendre ce que fait l'autre. • Dit que « <i>ce qui est le plus difficile est de savoir ce que fait chaque professionnel au quotidien</i> ». • L'explication des actions de chacun « <i>apporte une meilleure cohésion, une meilleure organisation des soins</i> ». | <p>Nécessité d'un travail important de « <i>communication et de connaissance de l'autre au niveau identité professionnelle et de ses compétences propres</i> ».</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pour que les compétences propres puissent être exploitées, il faut une bonne communication. • « <i>Accepter de communiquer et ne pas être trop rigide</i> ». • En cas de problème, il doit faire le point, « <i>mettre les choses à plat pour créer du positif pour qu'après les gens soient à l'aise</i> ». |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|---|---|---|--|--|--|
| <p>Rencontrez-vous des difficultés dans l'articulation des compétences des membres de l'équipe ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Difficile « <i>de travailler en interpro quand on a peur de se faire piquer son travail</i> ». • A dû jouer le rôle de médiateurs afin que neuropsychiatres et orthophonistes trouvent un consensus relatif à la répartition des bilans (communs aux deux professions). • Se mettant à la place des rééducateurs : « <i>Est-ce que je serai toujours légitime sur ce domaine si j'accepte de le céder une ou deux fois à l'autre professionnel</i> ». « <i>Il faut accepter que tout ne soit pas fait et que ça puisse être fait par d'autres professionnels</i> ». • Sollicite les rééducateurs qu'il juge capables d'apporter une réflexion au sein des groupes de travail. • Prend le temps d'expliquer. « <i>si je ne prends pas ce temps d'explication, que je fais des raccourcis et qu'il y a des incompréhensions, je</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Savoir accepter que certaines compétences soient partagées entre les professions et « <i>ne pas revendiquer en disant « ça c'est à moi et c'est pas à toi de le faire</i> ». « <i>Il faut apprendre aux équipes à voir que toutes les professions de rééducation ont des champs qui peuvent être communs</i> ». • « <i>Il est important que le CDS sache communiquer pour cela. C'est important puisqu'il faut allier les compétences propres et les compétences partagées pour avoir un vrai travail d'équipe, pour avoir une équipe compétente</i> ». • La difficulté repose sur le manque de connaissances sur les activités de l'autre. | <ul style="list-style-type: none"> • Points de vue différents des professionnels, mais pas forcément contradictoires (entre l'hospitalier et la rééducation). • Prend appui sur une personne ressource de l'équipe : l'ergo qui fait le lien entre l'hospitalier et la rééducation. « <i>Je dirais que du coup l'ergothérapeute, le fait d'avoir une profession comme ça, ça nous a fait, au niveau du management en tout cas ça a été un super levier</i> ». • Discussion nécessaire autour des domaines d'activités partagées (ergo et kiné). La « <i>frontière est assez floue</i> ». Malgré la vision globale du kiné, l'ergo émettait des critiques. • N'arrivant pas à les raisonner, le CDS a fait appel au médecin (rappel des objectifs du projet thérapeutique). « <i>Je règle les problèmes d'organisation de service. Et</i> | <ul style="list-style-type: none"> • La méconnaissance de l'autre n'entraîne pas de craintes ou de peur. Désintérêt de ce que fait l'autre. • Lors des staffs, les rééducateurs s'adressaient au médecin et très peu aux autres. Pas « <i>d'échange direct entre les professionnels</i> ». • Met en avant le rôle du CDS : favoriser la communication en s'adaptant aux différents professionnels (peut-être envisager « <i>des réunions spécifiques pour tels professionnels</i> »). | <ul style="list-style-type: none"> • Pas de difficulté majeure si non mise en évidence d'une compétence individuelle particulière. • « <i>L'autonomie des professionnels permet de développer des compétences</i> ». « <i>L'autonomie c'est t'as pas besoin qu'on te dise tout ce que tu dois faire mais tu travaille avec les autres. L'indépendance c'est t'as pas besoin qu'on te le dise non plus mais tu travaille que pour toi et tout seul</i> ». Rôle du CDS : favoriser l'autonomie et limiter l'indépendance. • Ne sent pas de réticence des professionnels dans le partage de compétences. Elle pense que la proximité géographique permet ce partage. Les professionnels savent ce que les autres font. Il n'y a pas « <i>de phantasme sur les autres professionnels puisqu'on voit ce qu'ils font</i> ». |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|---|--|---|--|--|---|
| | <p><i>vais au clash ». « Il peut même y avoir une tension dans l'équipe avec des réflexions du genre : « pourquoi il te demande ça à toi ? »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • S'efforce de toujours bien expliquer pourquoi à l'équipe il demande à telle personne de faire telle action ou de mener telle réflexion. • Il ne répartit pas les PEC sur les plannings mais assiste aux staffs et constate que ces derniers sont équilibrés. Il s'est appuyé sur des rééducateurs expérimentés (leur laisse de l'autonomie). | | <p><i>pour les objectifs du projet thérapeutique, j'interviens avec le médecin responsable de l'unité. Donc là y a une sorte de binôme cadre de santé /médecin »</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Implication des professionnels en fonction de leurs compétences (ergo et psychomotricienne pour aménagement de locaux). | | <ul style="list-style-type: none"> • Le cadre « doit créer une mobilisation collective et surtout ne pas cliver les gens ». |
| <p>Pensez-vous que les membres de l'équipe ont une réelle volonté de travailler ensemble ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • « <i>On ne sait pas travailler ensemble</i> ». Pense que c'est en partie dû à notre mode de formation. • Professionnels spontanément centrés sur leurs intérêts. • « <i>En santé, les thérapeutes se disent tournés vers les</i> | <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Ces échanges informels montrent bien leur volonté de communiquer et de travailler ensemble</i> ». • Fonction des thérapeutes, de leur caractère, de leur culture. • Parlant des jeunes rééducateurs, « <i>je pense</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Démarche non spontanée, non naturelle. • Raisons possibles : les identités professionnelles et représentations différentes quant à la PEC du patient. • Relève que ces différentes représentations sont complémentaires et | <ul style="list-style-type: none"> • Quand PEC courtes, obligation de travailler ensemble, donc communication et concertation au moins « pour l'organisation de la PEC ». • « C'est très personne dépendant ». « C'est très cadre dépendant ». | <ul style="list-style-type: none"> • OUI. • Réalisation spontanée de séances en doublon ergo/kiné, sans demande médicale. • L'équipe a développé une autonomie et le travail d'équipe est le résultat d'une volonté de travailler en équipe. |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|-----------|---|---|---|--|--|
| | <p><i>gens, mais ils ne le font pas entre eux ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • « Une équipe interprofessionnelle, ça ne se construit pas naturellement, spontanément ». | <p><i>qu'au cours de leurs stages, ils apprennent justement à travailler ensemble ».</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Si pas de démarche spontanée, pas « de véritable travail d'équipe ». | <p>« enrichissent la PEC ».</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pense que c'est le rôle du CDS de faire du lien. Sinon, « chacun aurait travaillé en pluriprofessionnalité ». | <ul style="list-style-type: none"> • Le turn-over important empêche l'équipe de se stabiliser et ne favorise pas cette volonté de travailler ensemble. Dans une équipe fixe, il y a « une réelle volonté de travailler ensemble ». « La connaissance de l'autre permet de travailler en équipe ». • Certaines IDE, jeunes diplômées, sont non motivées par le travail en équipe. La CDS pense que « pour elles, c'est plus valorisant d'être en orthopédie ou en traumatologie où il y a une reconnaissance de leurs capacités techniques ». Pense qu'elles n'ont pas conscience qu'elles ont à développer des compétences et une spécificité au niveau de la profession». | <ul style="list-style-type: none"> • Raisons de la motivation : « groupe homogène au niveau de l'âge, sociologiquement ». • Les rééducateurs ont des « intérêts communs, intra et extraprofessionnels ». • Pratiquent ensemble des activités extraprofessionnelles. |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|---|---|---|---|--|---|
| <p>Selon vous, s'agit-il d'une collaboration entre thérapeutes ?</p> | <p>« Ils sont dans une phase de collaboration et pas de coopération. Les thérapeutes travaillent dans un même lieu, plus ou moins ensemble en fonction des demandes. Mais ce n'est pas encore naturel et instauré pour chacun. L'équipe pluriprofessionnelle n'en est pas encore à un travail interprofessionnel ».</p> | <p>Pense qu'il s'agit d'une collaboration « parce qu'il y a quand même un objectif commun qui va être plus ou moins dicté par le médecin et vers lequel les thérapeutes vont s'orienter ».</p> | <p>Pense qu'il s'agit d'une collaboration. La collaboration, selon la CDS, « a plus une connotation avec un, un lien social dans l'institution ». « C'est vraiment le tissu soignant ». « C'est prendre soin. Prendre soin, ça a vraiment des facettes multiples et on a tous notre façon de prendre soin en fonction de...notre formation, en fonction aussi de nos expériences ».</p> | <p>« On peut dire que les professionnels collaborent dans le sens où ils veulent que le patient aille mieux, qu'il ait une prise en charge de qualité. C'est l'objectif commun. Enfin, la collaboration effectivement, elle se fait autour de la prise en charge du patient. »</p> | <p>« Collaborer c'est travailler ensemble. Je crois que c'est plutôt de la pluriprofessionnalité. Alors que l'équipe travaille en interprofessionnalité ».</p> |
| <p>Est-ce que vous pourriez parler de coopération ?</p> | <p>Pas de coopération. « L'équipe pluriprofessionnelle n'en est pas encore à un travail interprofessionnel ».</p> | <p>« La coopération, ils travailleraient vraiment ensemble avec plus d'échanges et je pense que justement ce temps d'échange manquant, on est plus sur de la collaboration. » « Ils ont le même objectif, ils savent un petit peu ce que ce que fait l'autre... pas forcément dans le détail, mais chacun va faire un petit peu sa sauce ». Pense que « c'est un peu médecin dépendant aussi ».</p> | <p>« La coopération, pour moi, ce serait très pragmatique ». « C'est vraiment du contractuel ». « On coopère parce qu'on va se passer des informations, parce que c'est nécessaire pour la prise en charge, parce que c'est obligatoire, parce que c'est règlementaire ». « On informe son dossier patient qu'on a fait ça au patient pour que tout le monde soit au courant ».</p> | <p>« La coopération se fait par le fait de mettre des moyens, de construire ensemble des moyens, de mettre en commun des moyens pour mener à bien cette prise en charge concertée. Oui, il y a vraiment dans la coopération, cet esprit de faire ensemble et discuter des moyens utilisés. Pour le moment, on n'a pas encore vraiment fait ça. On discute pour le moment que des objectifs de PEC ».</p> | <p>Dit que l'équipe est sur un mode coopératif. « Coopération c'est opérer ensemble vraiment. La coopération, c'est de l'interprofessionnalité. Et l'équipe travaille en interprofessionnalité ».</p> |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|--|---|---|--|---|--|
| <p>Avez-vous déjà développé des moyens pour favoriser ce travail d'équipe ?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • « <i>Pour faire travailler ensemble les professionnels, il faut des projets concrets</i> ». Par exemple, la construction d'appartements de réadaptation : projet élaboré par des ergos, IDE, AS. Groupe de travail piloté et animé par le CDS. • Une réunion pluriprofessionnelle de réadaptation mensuelle : partage d'informations. • Rééducateurs non sectorisés pour éviter le cloisonnement. • Groupe de travail pluriprofessionnel autour des pratiques professionnelles (ergo et neuropsychologie) en réflexion sur les bilans préalables aux essais de conduite automobile). • « <i>Je me suis surtout chargé de leur créer un environnement de travail, de créer des conditions</i> ». | <ul style="list-style-type: none"> • Mise en place prochainement de réunions pluriprofessionnelles d'information. • Projet de mettre en place des réunions de synthèse avec le médecin. • Projet commun entre les kinés et les ergos : mettre en place un protocole de rééducation relatif à la miroir thérapie. | <ul style="list-style-type: none"> • Instauration de réunions hebdomadaires avec tous les professionnels pour faire le point sur le suivi de l'ensemble des patients en portant une attention particulière sur ceux qui le nécessitent. Le CDS l'anime et veille à ce que chacun y trouve sa place. • Au cours de ces réunions, les questions diverses de service sont abordées. • Réalisation de visites à domicile avec l'ergo, l'AS et la CDS. En cas de nécessité, le kiné y assiste. • Réalisation, par le personnel, de formations internes à l'établissement. L'ensemble du personnel assiste à la même formation. • Projet de mise en place d'un comité d'éthique. Le CDS aimerait qu'un représentant de chaque profession y assiste. | <ul style="list-style-type: none"> • Réalisation d'une grille de retour à l'autonomie des patients : outil permettant la participation active, lors des staffs, des IDE et AS ainsi que leur reconnaissance. Cet échange, lors de ces réunions, a permis de coordonner les objectifs. « <i>Il n'y avait pas de corrélation entre ce qui était fait en rééducation et ce qui se faisait en chambre</i> ». • Aimerait mettre en place une évaluation commune, lors de l'arrivée du patient, à l'ensemble de l'équipe afin que les mêmes informations soient partagées. • Aimerait faire participer le kiné avec l'IDE à la visite médicale « <i>Ne serait-ce que vis-à-vis des patients, qu'ils voient qu'il y a aussi un discours commun, que les professionnels entendent la même chose</i> ». « <i>ça permet que le patient ressente une cohésion au niveau de l'équipe et ait la même information</i> ». | <ul style="list-style-type: none"> • Réunions pluriprofessionnelles hebdomadaires • Trouve que les rééducateurs sont passifs, qu'ils restent dans leur rôle, qu'ils coopèrent sûrement entre eux. Elle ajoute que ce sont de très bons techniciens. Elle ne sent pas d'ambition de leur part pour cette équipe. Elle trouve dommage qu'aucun d'entre eux ne donne de cours en institut de formation. • Pense que ce n'est pas le rôle du CDS de les solliciter : « <i>tu peux pas proposer aux gens de, c'est pas moi qui vais aller leur dire, « vous voulez pas aller faire des cours à l'école de kiné ou l'école d'ergo</i> » |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|----------------------------|---|--|--|---|--|
| Utilisez-vous le P3I ? | Il connaît bien mais ne l'utilise pas. | Connaît un peu. Ne l'utilise pas. | Connaît mais ne l'utilise pas. | En a seulement entendu parler. | Ne connaît pas du tout. |
| Quel outil utilisez-vous ? | <p>Fonctionnement reposant sur des staffs, des réunions de synthèse quand il y a besoin. Ne peut pas vraiment donner la fréquence de ces réunions. « Ils définissent alors le projet de soins du patient avec le patient et sa famille ».</p> | <ul style="list-style-type: none"> « Je dirais que le projet initial est plus défini par le médecin et après il est décliné auprès des rééducateurs, pour chaque profession. Et après on est quand même des professions où on a quand même le libre choix de nos actes. C'est pour ça qu'en théorie, le médecin devrait plus fixer un objectif de rééducation que des actes précis à réaliser, chose qui est encore difficile ». Et puis s'il le faut, il y a une synthèse avec le patient, le médecin et les rééducateurs. Cette synthèse sert à faire le point les objectifs globaux de la prise en charge ». <p>Dossier informatisé partagé</p> | <ul style="list-style-type: none"> Une synthèse hebdomadaire avec l'ensemble des professionnels (rééducation et hospitalier) pour « faire le point, réévaluer, et réorienter la PEC ». Dossier informatisé qui permet de partager l'ensemble des informations. Chaque professionnel conserve un dossier spécifique mais accessible à tous. | <ul style="list-style-type: none"> Pas de réunions de synthèse avec le patient et la famille. « Sauf à la demande du médecin et avec un rendez-vous dans le bureau du médecin ». Concernant l'HDJ, des réunions, en cas de nécessité, avec les intervenants extérieurs, les aides à domicile, le patient et la famille. Dossier informatisé, propre à chaque rééducateur, non accessible aux autres. | <ul style="list-style-type: none"> Le projet de soins du patient est défini par le médecin Les objectifs ensuite déclinés selon les thérapeutes. « On les fait assister, c'est du pseudo participatif, pour ma part, c'est du pseudo-participatif ». « Les staffs dans la semaine ne sont pas trop des temps d'échange. C'est passif, pour moi c'est passif. Chacun dit où il en est mais c'est pas une discussion ». « Il n'y a pas de réunion collégiale médecin/rééducateurs/hospitaliers et la famille ». Dit que les rééducateurs qui semblent échanger le plus avec les familles sont les ergos au cours des visites à domicile. |

| QUESTIONS | CDS 1 | CDS 2 | CDS 3 | CDS 4 | CDS 5 |
|--|---|--|-------|-------|-------|
| <p>Avez-vous des éléments à ajouter ?</p> | <p><i>« Il faut toujours tenir compte de l'environnement pour comprendre le fonctionnement de l'équipe. Toujours les jours, je pense en tant que professionnel de santé, avec une vision globale : notre référentiel est constitué de la personne, de ses habitudes de travail (de vie), de son environnement Pour qu'une équipe puisse véritablement fonctionner en tant qu'équipe, il faut en revenir à ces 3 règles du théâtre classique : unité de temps, de lieu et d'action Un lieu commun et un temps où ils peuvent se retrouver et une action commune, un projet transversal. J'espère que ces conditions de travail et ces projets communs vont créer chez ces thérapeutes l'envie de coopérer ».</i></p> | <p><i>« Il faut, en tant que cadre, qu'on arrive vraiment à instaurer justement cette culture du partage, de l'échange ».</i></p> <p><i>« C'est vrai que je pense que si on travaille sur les, sur les mêmes lignées, sur les, il peut y avoir un échange, un échange d'informations et puis après un échange de savoirs, de matériel, d'éviter des doublons pour le patients ».</i></p> | | | |

ANNEXE N°5

Synthèse des réponses convergentes et
divergentes

Comment concevez-vous le travail d'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Communication, échange, partage d'informations | X | X | X | X | X |
| Objectifs et buts communs à atteindre, en lien avec la PEC du patient | X | X | X | X | |
| Conception différente de ce qu'elle vit : juxtaposition des soins, pas de mise en commun des informations, pas de compétences collectives | | | | X | |
| CDS : ne se sent pas comme faisant partie de l'équipe de rééducation | | | | | X |
| Ne pas chercher son propre intérêt et savoir aider l'autre quand il est en difficulté. | X | | | | |

CDS 2 : marque une hésitation et prend un temps de réflexion avant de répondre.

Rencontrez-vous des difficultés dans le travail d'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|--|-------------|------|------|------|------|
| Maturité/stabilité d'équipe | X groupe | | | X | |
| Identité collective, culture | X | | | | |
| Représentations du travail, implications | X | | | | X |
| Points de vue différents sur la PEC du patient | X | | X | | |
| Conception différente de l'organisation des soins entre le CDS et le médecin | X | | | | |
| Relation difficile entre le CDS et le médecin | | | | | X |
| Manque de temps d'échange | | X | | | |
| « Echange non fonctionnel » (en réunion) | | | | X | |
| Absence de réunion pluriprofessionnelle | | X | | | |
| Difficultés relatives au partage des activités entre professionnels | | | X | | |
| CDS peu présent, organisation du travail peu fluide | | | | | X |
| Manque d'outils et d'espaces communs | | | | X | |

Quelle différence faites-vous entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Pluriprofessionnalité = juxtaposition des professionnels de formation différentes | X | X | X | X | X |
| Pluriprofessionnalité = non garantie d'existence de liens | X | X | X | X | X |
| Pluriprofessionnalité éventuellement possible pour un séjour de rééducation de courte durée | X | | | | |
| Possible existence d'un but commun dans la pluriprofessionnalité | | | | | X |
| Interprofessionnalité = existence de lien, interaction, imbrication | X | X | X | X | X |
| Communication, échange | | X | | X | |

En tant que CDS, vous faites de la gestion des compétences. Comment sont-elles identifiées au sein de l'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|--|------|------|------|------|------|
| Dit ne pas faire de gestion de compétences. | X | | | X | X |
| Projet de RH au sein de l'établissement | X | | | | |
| Existence de fiches de poste | | | X | X | X |
| Connaît globalement les spécialités de chacun | X | X | | | |
| Identification, cartographie des compétences en cours | | | X | | |
| Répartition des PEC en fonction de la charge de travail et non en fonction des spécialités de chacun | | | | | X |

Selon vous, quels sont les types de compétences mobilisées dans un travail d'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Compétences propres ou individuelles, spécialités de chacun | X | X | X | X | X |
| Compétences partagées ou transversales | X | X | X | X | |
| Compétences collectives | X | | | | X |
| Compétences relationnelles | | X | X | X | X |
| Compétences développées avec l'expérience | | | | X | |
| Identité professionnelle (la reconnaître) | | X | | | |
| La confiance | | | | | X |

Selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Nécessité d'échange, de communication | X | X | X | X | X |
| Points de vue différents, en fonction des compétences de chacun | X | | | | |
| Nécessité de complémentarité des compétences | X | | | | |
| Problème de partage de compétences | | X | | | |
| Importance de savoir et comprendre ce que fait l'autre | | | X | | |
| Connaissance de l'identité professionnelle de l'autre | | | | X | |
| Explication des actions → meilleures cohésion et organisation des soins | | | X | | |

CDS 1 : a pris un court moment de réflexion avant de répondre. Précise que « *ce n'est pas une question facile* ».

Rencontrez-vous des difficultés dans l'articulation des compétences des membres de l'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Réticence compétences partagées | X | X | X | | Non, proximité |
| CDS : rôle de médiateur/consensus entre professionnels | X | X | X | X | |
| Nécessité de prendre le temps d'échanger par rapport à la désignation de certaines personnes pour constituer des groupes de travail | X | | X | | |
| CDS n'intervient pas dans la répartition des PEC sur les plannings | X | | | | |
| CDS s'appuie sur des personnes ressources dans l'équipe | X | | X | | |
| Manque de connaissances sur les activités de l'autre | | X | | X | |
| Points de vue différents des rééducateurs sur les PEC | | | X | | |
| Communication, échange | X | X | X | X | |
| Binôme CDS/Médecin | | | X | | |
| CDS : favoriser l'autonomie des professionnels mais pas l'indépendance. Pb de l'indépendance. | | | | | X |
| CDS : créer une mobilisation collective et ne pas cliver les rééducateurs | | | | | X |
| Pas de difficulté majeure si non mise en exergue d'une compétence particulière | | | | | X |

CDS 4 : marque un court silence avant de répondre par une phrase courte. Je suis obligé de reformuler pour relancer.

Pensez-vous que les membres de l'équipe ont une réelle volonté de travailler ensemble ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|--|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-------------|
| Volonté ? | +/_ non naturel | oui | +/_ non naturel | +/_ | oui |
| Dépendant des personnes | | X | | X | |
| Apprentissage en formation | non | oui | | | |
| Convivialité, proximité et groupe homogène : facteur positif | | | | | X |
| Identités professionnelles différentes, facteur négatif | | | X | | |
| Volonté dépendante de la maturité de l'équipe | | | | X | |
| Rôle CDS : faire du lien | | | X | | |
| PEC courtes : obligation de travailler ensemble | | | | X | |
| Autonomie de l'équipe : marqueur de volonté de travailler ensemble | | | | | X |
| Réalisation spontanée de séances en doublons | | | | | X |

CDS 2 : marque un silence avant de répondre.

Selon vous, s'agit-il d'une collaboration entre thérapeutes ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Collaboration ? | oui | oui | oui | oui | non |
| Association collaboration et travail pluriprofessionnel | X | | | | X |
| Objectif commun | | X | | X | |
| Prendre soin : multiples facettes | | | X | | |

CDS2 : marque un silence avant de répondre

CDS 4 : marque une hésitation

Est-ce que vous pourriez alors parler de coopération ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|------|------|------|------|------|
| Coopération ? | non | non | | | oui |
| Association coopération et travail interprofessionnel | X | | | | X |
| Manque de temps d'échange | | X | | | |
| Médecin dépendant | | X | | | |
| Utilisation de moyens communs aux rééducateurs | | | | X | |
| Obligation, notion contractuelle | | | X | | |

Avez-vous déjà développé des moyens pour favoriser ce travail d'équipe ?

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|--|------|--------|------|--------|------|
| Projets de réadaptation, institutionnels et PEC | X | | X | | |
| Réunions pluriprofessionnelles | X | projet | X | | X |
| Réunions de synthèse médicale/paramédicale | | projet | | | |
| Outil facilitant la participation des rééducateurs lors des staffs | | | | X | |
| Formations pluriprofessionnelles | | | X | | |
| Evaluation pluriprofessionnelle commune du patient | | | | projet | |
| Non sectorisation des rééducateurs | X | | | | |
| CDS : créer un environnement | X | | | | |
| CDS : attend les propositions | | | | | X |

Utilisation du P3I et autres moyens.

| | CDS1 | CDS2 | CDS3 | CDS4 | CDS5 |
|---|-----------|-----------|------|-----------|---------------------------|
| Utilisation du P3I | non | non | non | non | non |
| Connaissance du P3I | oui | oui | oui | +/- | non |
| Staffs / réunions de rééducation | X | non | X | X | X échange non fonctionnel |
| Synthèse rééducateurs et patient | Si besoin | Si besoin | | Si besoin | |
| Projet de soins défini par le médecin et décliné par rééducateurs | | X | | | X pseudo-participatif |
| Dossier informatisé permettant le partage d'informations | | | X | non | |

ANNEXE N°6

Retranscription entretien cadre de santé n°3

Comment concevez-vous le travail en équipe ?

Alors le travail en équipe, euh... C'est déjà un gros un travail de communication autour du patient. C'est à dire qu'au sein de l'équipe soignante en elle-même, c'est de la collaboration et c'est un petit peu particulier. *Hésitation, silence.*

D'autres pourraient dire que c'est de la coopération avec les autres professionnels comme les kinés, les ergos, etc. Or, moi je trouve que c'est aussi de la collaboration. Voilà parce que tout le monde a ses compétences dans sa profession, dans son métier, mais euh...mais en fait ils sont tous là pour le même but, hein... C'est un but commun, c'est le patient, sa prise en charge. Et chaque acteur ne peut en tout cas avoir une prise en charge globale que s'il prend en compte de la vision aussi et ce que font les autres professionnels.

Voilà. Et c'est d'ailleurs c'est pour ça que j'ai instauré des réunions régulières, hebdomadaires avec tous les professionnels : un temps de transmissions où on a un agenda qui est tenu de planification et on doit parler des patients en fait. Voilà, régulièrement. Une journée par semaine.

Dans chacune des unités donc ça me prend 4 jours par semaine puisqu'il y a 4 unités. C'est une réunion de transmissions, on les écourte. C'est vraiment ciblé et puis après on s'attarde sur les patients qui nécessitent, donc que tout le monde puisse donner sa vision pour améliorer justement la prise en charge. Et puis aussi se comprendre.

Comprendre pourquoi l'ergo passe à cette heure là et pourquoi elle fait ça. Le kiné de la même façon. C'est quelque chose qui commence à bien fonctionner et qui apporte une meilleure cohésion, une meilleure organisation des soins. Et puis on peut vraiment mettre des actions en place pour que tout le monde s'entende au sujet des patients.

Rencontrez-vous des difficultés dans ce travail en équipe ?

Rires. J'ai rencontré des difficultés, oui, parce que justement, y avait une telle collaboration, je vais donner un exemple. Au sein de l'unité où on reçoit des patients Alzheimer, on a l'ergothérapeute qui avait des activités. Et en fait des activités qui historiquement étaient tenues par les aides médico-psychologiques et les aides soignantes, voire les infirmières, quand elles avaient l'âme pour en faire. Au niveau de l'organisation, c'est très très bien passé parce que sur le coup les aides soignantes se sont dit « *chouette, ça va nous libérer du temps. On va pouvoir passer plus de temps etc., avec les patients sur nos soins* » et puis en fait, il s'est avéré qu'elles ont quand même voulu continuer les activités. Il a fallu un petit temps d'adaptation pour savoir qui faisait quoi, et jusqu'à ce qu'on pose les choses et qu'on mette des réunions en place et que l'ergo explique que elle son projet thérapeutique envers le patient n'allait pas être tout à fait en tout cas. Le projet pour l'ergothérapeute est vraiment thérapeutique alors que les aides soignantes ou les infirmières, je dirai pas tout le temps de l'ordre occupationnel. Mais en tout cas l'ergo était vraiment là pour la mémoire, pour les gestes. C'était vraiment plus axé dans ses compétences. Après ça s'est amélioré, mais il a fallu que moi j'intervienne, que le cadre intervienne pour organiser la place de chacun au travers de ces réunions.

Et en fait on le fait après à chaque fois qu'il y a quelque chose qui est mis en place pour un patient. On le fait d'emblée dès l'entrée, quelques jours après on se réunit et là on détermine qui fait quoi et je leur laisse de plus en plus de marge. Elles savent maintenant comment ça se passe.

➤ ***Si je comprends bien, vous avez organisé et initié ces réunions.***

Voilà, j'ai initié. La première je l'ai animé,

Et puis après elles ont pris le pli et puis elles ont commencé à s'organiser toutes seules. On a même mis après des jours d'activités, ou l'ergo pouvait intervenir, et puis avec des plages horaires. Après, il y a même des comptes rendus formalisés, qui restent dans le dossier du patient. Le dossier est informatisé donc on a une partie pour l'ergothérapeute.

Et c'est balancé aussi sur les transmissions communes des infirmières donc elles peuvent savoir quand l'ergo est passée, et puis ce qu'elle a pu faire et puis surtout aussi les objectifs étaient atteints.

Du coup, on a un vrai suivi, le médecin y a accès également donc il peut voir l'évolution. Le kiné aussi. Après les autres soucis de plus je dirai que ce n'est pas tant entre les soignants et puis l'ergo, c'était plutôt entre l'ergo et le kiné. ***Rires et silence.***

➤ ***Et quels étaient les principaux soucis entre eux ?***

Alors les principaux soucis entre eux : une frontière assez floue. Le kiné, je pense, avait un petit peu de réticence à pouvoir laisser sa partie rééducation. C'était en plus un kiné très accès prise en charge globale. Il voyait pas juste sa partie rééducation, il prenait vraiment la personne dans son ensemble.

Le fait est que l'ergothérapeute, quand elle intervenait au niveau de tout ce qu'était motricité, c'était un petit peu délicat. Il avait tendance à émettre des critiques. Y a même eu des conflits, des résistances, c'est à dire que le kiné après avoir reçu des prises en charge, il disait « non, bah l'ergo n'a qu'à s'en occuper ». Donc, là j'ai laissé faire le pouvoir de prescription.

➤ ***Pouvez-vous expliquer ce que vous entendez par pouvoir de prescription ?***

Eh ben, comme je n'arrivais pas trop à les raisonner, j'ai demandé au médecin d'intervenir parce que c'est lui qui prescrit tout de même. Moi, je règle les problèmes d'organisation de service. Et pour les objectifs du projet thérapeutique, j'interviens avec le médecin responsable de l'unité. On travaille tous les deux.

➤ ***Donc là, il y a une sorte de binôme cadre de santé /médecin référent.***

Ah oui, oui, tout à fait. Moi, je le vis comme ça.

Quelle différence faites-vous entre pluriprofessionnalité et interprofessionnalité ?

Rires. Une équipe pluriprofessionnelle, c'est à dire qu'il y a plusieurs professionnels tout simplement. Ça n'indique pas forcément qu'il y ait des liens dans le travail. Pluriprofessionnel, y en a plusieurs qui interviennent mais les liens, on les trouve pas trop alors qu'interdisciplinaire là par contre on sent déjà un peu plus le lien. Tout le monde est en collaboration autour de la prise en charge.

En tant que cadre, vous faites de la gestion de compétence. Comment sont elles identifiées au sein de l'équipe ?

Alors là dans l'hôpital, on a commencé à faire une cartographie. Y a quelqu'un qu'est venu pour nous aider à mettre ne place une GPEC.

➤ ***C'est qui ? Enfin, quelle est la qualification de cette personne ?***

C'est quelqu'un d'un organisme extérieur qui s'occupe vraiment que de ça. Elle ne fait pas que des formations en santé cette personne. Elle avait déjà aidé plusieurs entreprises pas que du milieu de la santé. C'est vraiment quelqu'un qui travaille sur le département. **Silence, réflexion.** Du coup, on a commencé un petit peu à cartographier déjà les compétences par rapport aux, aux professions, par rapport aux formations, donc on a dû commencer à reprendre, si vous voulez, tous les CV avec les personnes, les formations qu'elles avaient. On a repris tous les entretiens individuels avec les formations qui sont souhaitées également.

Les formations en cours, en l'occurrence des DU de soins palliatifs, d'autres qui sont plus sur de l'organisation et de la méthode au niveau des soins, l'encadrement pour les étudiants. Mais c'est un gros boulot. Je suis toute seule avec une secrétaire là au niveau de la direction. Le problème dans notre établissement, enfin c'est pas un problème... Mais il y a des formations, une formation interne continue, hebdomadaire. Il y a un jour réservé qui est planifié dans le temps de travail, où en fait elles ont toutes des formations internes. Ça passe de la dénutrition à la bienveillance. Ça concerne aussi les ergos, les kinés, y a vraiment tout le monde.

Là, y a vraiment tout le monde, tous les professionnels. Voilà. Ça c'est quelque chose qui est historique dans l'hôpital, c'est porté par la direction. C'est le directeur qui a toujours cru que former le personnel la voie, en tout cas... Pour avoir une meilleure qualité des soins, et puis aussi que les gens restent hein, c'est pour les fidéliser et puis bah pour les faire progresser.

Il est très révolutionnaire le directeur mais depuis longtemps il avait mis ça en place, déjà. Il y a beaucoup de professionnalisation, hein... Beaucoup d'aides soignantes qui sont parties en école d'infirmière, des ASH qui sont parties en école d'aide soignante ou en AMP. Et il y a l'ergo aussi qui avait demandé une formation... Bah si l'ergo, si c'est moi qui poussais en plus. Le formateur manutention est parti. On n'avait plus de formateur en gériatrie. Je ne vous explique pas... Alors déjà dans un établissement normal c'est pas... Mais alors là en gériatrie, qu'y ait personne pour expliquer la manutention puis apprendre les bons gestes là je... Là ça m'a fait bondir. Donc en fait euh... j'ai réussi à négocier que l'ergo, une des ergo puisse partir, en formation manutention et elles-mêmes après, animent les formations.

Selon vous, pour un travail d'équipe, quelles sont les compétences mobilisées ?

Alors quels types de compétences ? C'est clair chacun apporte les compétences qu'il a pas seulement envers sa profession, je dirai, envers son expérience aussi. Surtout envers la spécialité dans laquelle euh... il est parce que bon en psychiatrie, en gériatrie ou dans un autre service c'est pas du tout les mêmes qui sont mobilisées. Par contre, certaines sont quand même transversales.

La première qui me vient, mais alors elle vient vraiment d'entrée de jeu, parce que c'est vraiment celle que j'ai ressentie le plus, c'est la compétence communicationnelle. C'est vraiment la première parce que c'est vraiment celle qu'est la plus difficile mais la plus riche à gérer.

Parce que chacun a sa façon aussi de voir la prise en charge, en fonction de son métier, de sa profession. Donc il va avoir sa manière à lui de communiquer, ses objectifs, pourquoi il pense que ça serait mieux que le patient puisse avoir ça comme soin ou avoir ça comme accompagnement. Une infirmière va penser qu'un patient est fatigué, par exemple, et devrait rester au lit. Le kiné va passer derrière et va lui dire euh « *mais non au contraire euh...non non, je vais lui faire prescrire de la marche. Ça va pas du tout* ». L'ergo, à côté, bon, elle va être là, elle va intervenir tout de suite, elle va leur dire « *écoutez les filles c'est pas bien, il est pas mobilisé le patient euh...il faut tout de suite mettre un ...un matelas...un matelas à air euh...* »

Donc voilà, bon c'est surtout au niveau de la compétence communicationnelle que, enfin, moi ça je l'ai vu dans mes réunions, dans les réunions que j'ai instituées là.

Parce que...bon j'ai le kiné qu'est brut de décoffrage et puis qui dit « non mais de toute façon euh...voilà c'est comme ça, c'est... » Voilà. J'ai l'impression d'entendre un appareil locomoteur en fait à la place du patient, limite des fois. Et puis bon j'ai des infirmières qui sont très relationnelles-empathiques, j'ai l'ergo qu'était quand même euh...qui est quand même on va dire entre les deux.

C'est à dire qu'elle entend parfaitement, elle arrive parfaitement à parler plus de comment le patient va pouvoir sortir de sa dépendance, récupérer de l'autonomie, je vous parle au niveau physique mais au niveau psychique aussi, hein. La dépendance et puis l'autonomie donc euh voilà. Et puis d'un autre côté elle va tout de suite par contre au niveau des actions à mettre en place. Voilà. Mais je dirai que l'ergo arrive à faire le lien, entre l'infirmière, enfin infirmière, quand je dis infirmière c'est infirmière, aide soignante, AMP

C'est vraiment le lien. Voilà. On dirait que c'est le traducteur. C'est impressionnant comme truc mais c'est ce qui se passe en réunion hein. Je ne sais pas si c'est clair...

Si si. Et selon vous, de quelle manière les compétences peuvent-elles influencer le travail en interprofessionnalité ?

Eh ben, je disais tout de suite qu'il faut des compétences communicationnelles dans un travail d'équipe. Y a que comme ça qu'on peut comprendre l'autre. Par exemple, comprendre l'ergo quand on est kiné et inversement. Et je crois que ce qui est difficile, c'est de savoir ce que fait chaque professionnel au quotidien. Il faut échanger pour palier à ça. Et puis, je crois aussi que si on échange, on apporte une meilleure cohésion, une meilleure organisation des soins.

Bien. Vous y avez déjà un peu répondu, mais ma question suivante est celle-ci. Est ce que vous avez rencontré des difficultés dans l'articulation des différentes compétences des membres de l'équipe étant donné que vous parliez des compétences propres tout à l'heure ? Voilà, pour faire du lien entre les différentes compétences, euh donc j'ai bien compris que l'ergo faisait bien le trait d'union entre l'équipe hospitalière et puis le versant rééducation avec le kiné. Est ce que vous avez rencontré d'autres difficultés ?

Je dirais que du coup l'ergothérapeute, le fait d'avoir une profession comme ça, ça nous a fait, au niveau du management en tout cas ça a été un super levier.

Je prends l'exemple : on a instauré des visites à domicile par exemple avant la sortie du patient

Et là en fait je pars avec l'ergo, et l'assistante sociale et en fait on va voir au domicile et euh...là on pouvait vraiment optimiser la sortie en mettant vraiment les choses en place que ça soit au niveau social, au niveau aussi de bah tout l'aménagement qu'y a à faire au niveau du domicile, des locaux. Alors que si je prends l'exemple du kiné, le kiné aurait pas pu plus que ça l'emmener au domicile parce que oui, il aurait pu poser un diagnostic plus ou moins au niveau des difficultés de mobilités etc, mais on n'aurait pas pu... En tout cas l'ergo, on dirait qu'il a une vision, une trajectoire, il arrive à projeter la personne... Enfin comment elle va pouvoir récupérer son... Voilà son autonomie, qu'est ce qu'elle va pouvoir faire... Comment on peut l'aider...

Voilà, c'est le trait d'union parce que c'est, je dirai que c'est la limite. La limite de l'infirmier, elle est là. Parce que nous, oui on sait ce qu'il va falloir faire, voilà au niveau infirmier il va falloir mettre des choses en place pour essayer de, de ne pas perdre parce que souvent c'est ça hein nous c'est maintenir, conserver. On essaie de faire en sorte que ils puissent récupérer, mais là l'ergo elle intervient et là elle fait le lien avec après... Avec les autres professionnels, avec le kiné, même avec le médecin. Parce qu'elle apporte des informations qui complètent tout le monde.

Voilà, ça va être vraiment une complémentarité puis bah c'est surtout elle fait... Nous en tout cas ça nous a servi. Ça a été un énorme levier, même au niveau du projet contre la dénutrition là ce qu'on avait mis en place.

L'ergo avait par exemple formé tout le monde à ma place sur la mesure de l'IMC. Mesurer vous savez talon-genou etc, donc elle était passée, elle avait vu tout le monde des équipes etc, elle avait vraiment, on avait abattu un gros boulot euh grâce à elle. Voilà j'ai pu, on a pu mettre en place tout ce qu'était, aussi une partie de la matério-vigilance avec, les fameux matelas, l'équipement de l'hôpital, j'avais investi d'emblée parce qu'elle a une vision que moi j'avais pas forcément ni les équipes quoi.

Voilà donc c'est euh... C'est vraiment, enfin ça a été une plus value en tout cas. D'avoir une ergo, c'est pour ça qu'on en a eu une deuxième après d'ailleurs parce que elle était tellement investie dans des missions transversales, que la pauvre elle pouvait plus non plus euh, tout gérer c'est pour ça d'ailleurs qu'on en a embauché une autre.

Après, comme je disais tout à l'heure. J'ai eu des difficultés avec l'ergo et le kiné. Les frontières sont assez floues autour de leur domaine. Ça se croise beaucoup. Donc, il faut communiquer et je m'appuie sur le médecin. Mais bon, on en a déjà parlé...

Selon vous, les membres de l'équipe ont-ils une réelle volonté de travailler ensemble ?

Rires. Alors non c'est pas naturel. Non, c'est pas naturel parce que... Bon moi, là en l'occurrence, c'est moi qui ai fait le lien. Bah enfin bon j'avais la vision que c'était ma place, de faire le lien. Mais sinon chacun aurait travaillé en pluriprofessionnalité.

Après avoir fait le lien et puis d'avoir réussi à les faire communiquer et organiser des choses ensemble, c'est, par contre ça... du coup ça s'est mieux goupillé.

➤ *Et d'après vous pourquoi, ils n'ont pas cette volonté naturelle de travailler ensemble ? Avez-vous des explications ?*

Ah bah, je pense que l'identité professionnelle infirmière n'est pas la même que l'identité professionnelle ergo. Même si elles se rapprochent, elles se rapprochent sur certains points. Mais par contre, elles n'ont pas forcément les mêmes identités professionnelles. Euh, celle du kiné euh...bah ffff, le kiné non parce que en plus euh ...il dépasse la barrière, il va...enfin la barrière entre guillemets. Euh... Il va plus du côté médical après donc, c'est... Voilà mais...du coup euh...bah je sais plus ce que je voulais dire. Oui l'identité professionnelle. Je pense que ça vient juste de là parce que, parce que chacun et c'est tant mieux a de toute façon. Et puis au niveau de la formation aussi. Ne serait-ce que la formation, hein ? On n'est pas, on n'a pas les mêmes représentations.

On n'a pas les mêmes représentations au niveau du patient et puis de la place qu'on a au niveau de la prise en charge du patient. Et dans le parcours de soin, et du coup, ou alors le fait est que ces représentations sont de toute façon indispensables. Elles enrichissent la prise en charge par contre elles euh, elles sont complémentaires mais pas naturellement. Il faut quelqu'un pour faire le lien en tout cas.

Vous disiez au début de l'entretien que pour vous, c'était plutôt une collaboration qu'une coopération ? Pouvez-vous définir la collaboration ?

Oui parce que... collaboration pour moi c'est, ça a plus une connotation avec un, un lien social dans l'institution. Enfin c'est vraiment le tissu soignant. D'ailleurs pour moi ils sont tous soignants. Y a pas que les infirmières et les aides soignantes, les AMP ou les AS. Pour moi ils sont tous soignants.

Voilà c'est prendre soin. Prendre soin ça a vraiment des facettes multiples et puis voilà on a tous notre façon de prendre soin en fonction de notre formation, en fonction aussi de nos expériences. Les expériences professionnelles, elles apportent énormément, on évolue aussi grâce à ça, et on enrichie aussi nos représentations grâce à ça. Et euh...

Désolé parce que du coup j'ai eu deux idées qui sont venues en même temps et ça a fait splash dans ma tête.

Comment définiriez-vous la coopération ?

Ah la coopération. Euh...la coopération bah euh... La coopération pour moi ce serait plus euh, très euh, très pragmatique si vous voulez. Bon bah voilà, on a un contrat euh, on doit travailler ensemble mais c'est pas trop encore le travailler ensemble.

Euh voilà c'est vraiment du contractuel. C'est à dire qu'on est là euh... On est là on a chacun nos fonctions et on coopère parce qu'on va se passer des informations on...parce que c'est nécessaire pour la prise en charge, parce que c'est obligatoire, parce que voilà c'est règlementaire. Voilà ça fait de la coopération. Voilà.

Alors que dans la coopération, y a vraiment derrière le lien social et l'échange. Y a vraiment l'échange.

➤ **Ok. Et coopération plutôt un versant obligatoire ?**

Euh oui, pour moi ouais. Coopération c'est que, c'est qu'on a formalisé un moment donné un espèce de contrat. Voilà. Il faut qu'on fasse, voilà, il faut que chacun voilà, ses actions à mettre en place et puis euh...et puis on coopère bah...on coopère parce que voilà on informe voilà. On informe son dossier patient qu'on a fait ça au patient pour que tout le monde soit au courant mais euh...ça va juste être de la coopération dans...à un stade comme ça. Voilà.

Au début de l'entretien vous disiez que vous avez mis en place des réunions, euh pour favoriser la communication, euh...favoriser le travail d'équipe.

Est ce que vous avez mis en place d'autres moyens ?

Oui justement, les formations que j'ai initié difficilement car le cadre supérieur était pas forcément d'accord au départ. Difficilement du coup que c'est, pour certaines formations les, justement, les ergos soient avec nous. Les kinés aussi, bon les médecins on est pas trop arrivé mais c'est normal...

Sur le fait qu'on les fasse vraiment ensemble. La première justement ça a été celle pour euh...pour le dépistage de la dénutrition. Et du coup, ça a super bien fonctionné parce qu'on a fait un projet euh...sur l'établissement.

Voilà. Et comme on va aussi...faire un comité d'éthique...j'aimerais bien qu'y ait chaque profession représentée dans ce comité. Voilà. Voilà, mais on sait pas, c'est pas, c'est pas, c'est pas forcément gagné, mais on verra. **Rires**.

Y a aussi les visites à domicile dont je parlais tout à l'heure avec l'assistante sociale, l'ergo et moi. Et des fois le kiné, quand il faut.

Ah si, je voulais dire que pour les impliquer, faut que je sache ce qu'ils font.

➤ **Et comment faites-vous ?**

Bah faut peut-être que j'aïlle quand même regarder le référentiel. Ça permet de les investir tout simplement dans tout ce qu'est fait au niveau des unités, au niveau des prises en charges et puis euh, et puis voilà c'est parce qu'ils sont experts sur certains domaines euh voilà c'est... le point de vue de la qualité euh... Les chutes, bah, c'est les ergos qui s'en occupent. Tout ce qu'est chute, tout ce qu'est prévention.

Y a un projet d'aménagement de locaux alors... On a demandé à l'ergo de regarder avec la psychomotricienne au niveau des...de l'agencement des locaux, sur plan.

Parce que j'ai trouvé un petit peu plus judicieux qu'elles regardent et qu'on ait pas après des surprises. **Rire**

Et euh...si aussi comme...je me suis rendue compte qu'on avait, avec le médecin, un petit peu des problèmes. On avait une consultation externe pour les MMS. Et on n'avait rien de fait pour les personnes démentes. Et du coup y a une ergo qu'était partante et on a pu monter des ateliers mémoire. On a planifié ça. Mais je lui ai demandé de faire des compte-rendus. Et après, elle en parle à l'équipe. Et quand l'ergo n'est pas là, les infirmières prennent le relais. Et je dirai que du coup, ça peut se faire que si on échange.

Le médecin chapote le truc et même les aide-soignantes emmènent plus facilement les patients au rendez-vous. Bah parce que je pense qu'elles savent à quoi ça sert. Tout le monde s'investit.

Utilisez-vous le P3I dans l'établissement?

Non.

➤ *Connaissez-vous cet outil ?*

Oui, oui. On n'a pas trop la population pour. Et je sais pas si les médecins connaissent.

➤ *A défaut de P3I, quel outil utilisez-vous ? Utilisez-vous un projet particulier ?*

Le projet de soin principal c'est le dossier « osiris ». C'est le dossier informatisé du patient, où chaque professionnel a sa partie. En fait les ergos ont leur partie au niveau des transmissions, les kinés aussi, les psychomot' aussi, les infirmières. Infirmière / aide soignante, c'est commun. Et en fait après au niveau de cet outil, on a vraiment accès à tout. Voilà tout ce que le médecin a pu noter, tout... ce que l'ergo a pu noter, et ça centralise tout au niveau des transmissions communes. Voilà.

Voilà. Et puis du coup même, les ergos peuvent avoir accès au niveau des plans de soin des infirmières. Et des AS, et du coup elles... en participant à ces fameuses réunions justement qui sont instaurées là, euh... elles peuvent ensemble revoir le plan de soin et puis mettre en place si vous voulez le diagnost', enfin le problème, avec les objectifs et puis l'évaluation. Voilà donc elles suivaient ça ensemble.

➤ *D'accord. Il existe des temps de régulation, des temps de synthèses pour faire le point sur la prise en charge du patient ?*

Euh...oui

Et puis on met en place des synthèses une fois par semaines, y a une synthèse de prévue une fois par semaine en médecine et une fois par semaine en SSR. Pour l'instant, il n'y en a pas en EPAHD. Et du coup là y a tout le monde. Y a le médecin, y a même la psychologue et l'assistante sociale. Y a l'ergo, le kiné, l'infirmière et aide soignante.

Voilà. Et les synthèses permettent du coup bah de réévaluer et puis de réorienter la prise en charge et faire un point.

Voilà.

Bien. On arrive au terme de l'entretien. Avez-vous des choses à ajouter ?

Non, je crois que j'ai tout dit. Peut-être un peu dans le désordre, mais tout doit être là...



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

Articuler les compétences en réadaptation : le rôle du cadre de santé vers l'interprofessionnalité

AUTEUR

HERAUVILLE Thomas

MOTS-CLES

cadre de santé, projet de soins du patient, équipe, compétences, interprofessionnalité

KEYWORDS

health manager, patients' care, therapy staff, skills, interprofessional approach

RESUME

M'appuyant sur mon expérience et mon projet professionnels, j'ai souhaité m'interroger sur le rôle du cadre de santé de proximité dans le développement de la coopération entre les différents professionnels d'une unité de réadaptation. Plus qu'une juxtaposition des compétences individuelles des soignants, le travail en équipe permet une démarche interprofessionnelle autour du projet de soins individualisé du patient. La coopération entre les rééducateurs n'étant pas spontanée, le cadre de santé a toute sa place dans la recherche de la compétence collective de l'équipe.

ABSTRACT

Based on my professional experience and my career objectives, I chose to focus on the health manager's role in the development and cooperation between the different members of therapy staff in a rehabilitation centre. More than an addition of therapists' individual abilities, working as a team allows an interprofessional approach of patients' individualised care. As cooperation between therapists is not spontaneous, the health manager can be in a legitimate search of the staff's collective skills.