

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

Diplôme de Cadre de Santé



*Cadre d'une équipe
interprofessionnelle :
une fonction qui ne
s'improvise pas.*

Véronique NISOLLE

2011-2012

DCS 11-12

Remerciements

Je tiens à remercier toutes les personnes qui, par leur disponibilité, leur écoute, leur participation, se sont impliquées directement ou non dans l'élaboration de ce mémoire tant sur le plan professionnel, amical ou familial.

Je remercie plus particulièrement Monsieur Gilles DESSERPRIT, Directeur de mémoire pour l'éclairage qu'il a su m'apporter ainsi que les cadres rencontrés au cours de mes entretiens pour la richesse de leurs propos et l'intérêt qu'ils ont manifesté pour ce travail de recherche.

Sommaire

Glossaire	3
Introduction.....	4
D'une réflexion de départ à un premier questionnaire	5
1 Le cadre de référence.....	6
1.1 La législation	7
1.1.1 Les droits des patients	7
1.1.2 Le statut du cadre de santé	7
1.2 L'encadrement de proximité à l'hôpital	9
1.2.1 De l'expert en soin au manager.....	9
1.2.2 Leadership et légitimité.....	11
1.3 Du groupe à l'équipe.....	14
1.3.1 Le groupe	14
1.3.2 L'équipe.....	16
1.3.3 Distinction entre inter, pluri et multidisciplinarité	17
1.4 L'identité professionnelle.....	18
1.5 La compétence	21
1.5.1 Définitions	21
1.5.2 De la compétence individuelle à la compétence collective	22
1.5.3 La compétence managériale du cadre de santé.....	24
1.6 Conclusion du cadre théorique.....	24
2 Du thème à la question de recherche	25
2.1 L'enquête exploratoire	26
2.1.1 Objectif	26
2.1.2 Méthodologie.....	26
2.1.3 Analyse	26
2.2 Question de recherche et hypothèses.....	28
3 La recherche ou l'enquête de terrain.....	28
3.1 Méthodologie.....	29
3.1.1 Les objectifs du recueil de données.....	29
3.1.2 Le choix de l'outil de recherche	29
3.1.3 Le choix des personnes interrogées.....	29
3.1.4 L'élaboration de la grille d'entretien.....	29

3.1.5	Les limites de l’outil de recherche	30
3.2	Le traitement des données recueillies et le résultat des entretiens	31
3.2.1	L’identité professionnelle	31
3.2.2	Les ressources	33
3.2.3	La posture et les pratiques managériales	33
3.2.4	La représentation de la fonction cadre	35
3.2.5	L’expertise	36
3.2.6	La légitimité.....	36
3.3	L’analyse.....	37
3.3.1	L’identité professionnelle	38
3.3.2	La représentation de la fonction cadre	39
3.3.3	L’expertise	41
3.3.4	La légitimité.....	42
3.3.5	Les ressources	42
3.3.6	Posture et pratiques managériales	43
4	Retour sur les hypothèses	45
	Conclusion	46
	Bibliographie.....	48
	Annexes	

Glossaire

AMP : Aide médico-psychologique

AP : Auxiliaire de puériculture

AS : Aide-soignant(e)

IDE : Infirmier(e) Diplômée d'Etat

IFCS : Institut de Formation de Cadre de Santé

MPR : Médecine physique et de réadaptation

HAS : Haute Autorité de la Santé

SF : Sage-femme

Introduction

Depuis plusieurs années, la prise en charge globale du patient, la qualité des prestations et la satisfaction des usagers sont à prendre en compte dans l'organisation des soins en lien avec la volonté des pouvoirs publics. Le bon fonctionnement d'une institution, dépend largement de la place des cadres de santé et de leurs compétences, qui sont déterminantes pour la qualité des prestations offertes aux patients. Pour atteindre ces objectifs, il est demandé aux différents personnels de travailler ensemble. La collaboration renvoie au travail en équipe, notion essentielle à la qualité de la prise en charge des patients. Un défaut de communication ou un manque de coopération des différents acteurs au sein d'une équipe pluriprofessionnelle peuvent être source d'une prise en charge "saccadée" du patient. Inversement, une bonne entente et une vision partagée de la prise en charge engendrent des soins de qualité mais aussi instaure une dynamique au sein de l'équipe source d'une bonne qualité de vie au travail.

En réadaptation, et peut-être plus qu'ailleurs, la notion d'équipe interprofessionnelle est un élément primordial dans l'objectif d'une prise en charge concertée du patient. Au fil des années, toujours dans une volonté d'amélioration de la prise en charge des patients, la rééducation a évolué en réadaptation en s'enrichissant d'un nombre croissant de professionnels aux compétences spécifiques. De ce fait, l'organisation des soins et le management de l'équipe – missions relevant du cadre de proximité – nécessitent une prise en compte de chaque espace particulier investi par les différents professionnels : médical, personnel soignant qu'il soit paramédical de rééducation ou infirmier. Cette réflexion est accentuée par l'évolution même de l'encadrement hospitalier qui modifie les modes de management et par conséquent interroge la question des compétences.

Dans ce contexte, le cadre de santé, bien qu'il soit issu d'une filière de soins n'est à priori pas en position d'expert vis-à-vis de tous les membres de l'équipe.

Ce positionnement de cadre de proximité manquant des professionnels issus d'autres filières professionnelles n'est pas spécifique à la réadaptation et me pose question.

D'une réflexion de départ à un premier questionnement

Au cours de ma formation d'infirmière, j'ai eu l'occasion d'effectuer un stage dans un service de médecine physique et de réadaptation. Celui-ci a éveillé en moi un vif intérêt difficile à expliquer à l'époque. Celui-ci s'est conforté plus tard lorsque, au cours de mon parcours professionnel, j'ai travaillé en tant qu'infirmière dans ce même service. En fait, j'ai pris conscience qu'il existait une réelle spécificité des soins infirmiers en rééducation. En effet, les patients pris en charge au sein de cette unité vivent une période de transition voire de changement entre leur état antérieur et celui dans lequel ils se trouvent désormais. Les soignants ont un rôle à jouer dans leur accompagnement en vue de la réintégration de la personne dans son milieu de vie.

Mais il m'est apparu, malgré de bonnes relations le plus souvent informelles, entre les professionnels de rééducation et l'équipe infirmière que la prise en charge du patient était relativement dissociée : pas de réunion de synthèse commune, pas même de partage d'outils de transmissions. Aux yeux du personnel travaillant dans ce secteur, les soins infirmiers tels que la toilette, l'habillage, le repas ne s'inscrivaient que rarement dans un processus de rééducation. La rééducation commençait à l'entrée du patient dans la salle dédiée à cette activité. Les soignants n'allaient qu'occasionnellement dans ce lieu sauf urgence ou nécessité. J'étais une des rares à m'intéresser au déroulement des séances et à l'évolution des patients et réfléchissais à la manière d'exploiter ces progrès dans les gestes de la vie quotidienne (à l'époque, il n'y avait pas d'ergothérapeute au sein de l'unité).

Cette constatation s'est confirmée lorsque j'ai été affectée en tant que faisant-fonction de cadre de santé dans une unité de Soins de Suite et de Réadaptation Orthopédique. Même si une " formalisation " des relations entre les différents acteurs était mise en place à travers des réunions de synthèse, il n'était pas rare que les soignants découvrent, lors de ces réunions, la capacité d'un patient à effectuer ses transferts seul avec le kinésithérapeute alors qu'il " réclamait " une aide partielle voire complète de la part des infirmières et aides-soignantes.

Parallèlement, j'occupais en même temps un poste de faisant-fonction en hôpital de jour de médecine physique et de réadaptation (MPR). Cela m'a apporté une autre vision de la prise en charge pluriprofessionnelle du patient. Celle-ci m'apparaissait plus concertée entre les différents acteurs qui travaillaient de façon complémentaires autour d'un objectif

construit en commun. Peut-être est-ce lié d'une part à la configuration même du service où le plateau technique est contiguë au poste infirmier et d'autre part à la nécessaire planification commune de la prise en charge du fait des contraintes temporelles qu'implique l'organisation même de l'unité. En dehors de ces facteurs logistiques, il existe bien une zone commune de connaissances qui lie les différents acteurs et qui favorise l'interdisciplinarité.

De plus, mon parcours professionnel m'a amené à constater que l'encadrement de proximité de ces différents professionnels était lui aussi segmenté : une cadre de santé issue de la filière infirmière encadre les soignants alors qu'une cadre de formation kinésithérapeute était en charge du personnel paramédical de rééducation.

Au fil du temps d'autres exemples ont renforcé mon sentiment. J'en déduirais que l'équipe, dans ce cas, est constituée d'une juxtaposition de professionnels chacun centré sur leurs pratiques, les prescriptions médicales étant souvent le seul lien entre ces personnes.

Cette réflexion m'amène à formuler un premier questionnement : **comment le cadre peut-il fédérer une équipe pluriprofessionnelle autour d'un projet commun : la prise en charge concertée du patient ?**

Je m'appuierai dans une première partie sur une phase exploratoire basée sur des recherches documentaires, des enseignements reçus lors de la formation et une enquête exploratoire m'aidant à constituer le cadre théorique de référence et à dégager ma problématique de recherche à la suite de laquelle je formulerai deux hypothèses. La partie suivante sera consacrée à la présentation de l'enquête et de ses outils avant de présenter les résultats et leur analyse. De là découlera ma validation ou non de mes hypothèses avant de conclure mon travail et d'envisager des perspectives professionnelles.

1 Le cadre de référence

Dans ce travail, le cadre théorique me permettra d'aborder les termes et idées clés et de les explorer afin d'enrichir ma réflexion et ainsi de mieux appréhender ma question de recherche.

J'ai choisi de m'arrêter successivement sur l'environnement législatif, l'encadrement de proximité, le groupe et l'équipe, l'identité professionnelle et la compétence.

Les définitions, notions et concepts en lien avec mon questionnement sont nombreux, j'ai choisi d'aborder ceux me permettant à la fois de cheminer dans ma réflexion et en lien avec ma conception personnelle.

1.1 La législation

Le cadre législatif relatif à ce travail de réflexion s'articule autour de deux thèmes à savoir les droits des patients et la législation relative à la fonction de cadre de santé.

1.1.1 Les droits des patients

Les droits des patients ont fait l'objet d'une structuration juridique et institutionnelle importante en France au cours des dix dernières années. La loi du 4 mars 2002¹ relative aux droits des malades constitue le point de départ de cette évolution. Elle appréhende les droits des malades dans une double dimension : individuelle et collective. Du côté des droits individuels, elle confère au patient le droit d'être informé sur son état de santé et de participer aux décisions concernant sa santé. Elle réaffirme ainsi le principe de décision partagée entre l'usager et les professionnels de santé. Du côté des droits collectifs, elle organise en particulier la représentation des usagers au sein du système de santé. La Loi du 11 février 2005² pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées rappelle les droits fondamentaux des personnes handicapées. Désormais, c'est le projet de vie de la personne qui est mis en avant à travers le droit à la compensation des conséquences de son handicap.

1.1.2 Le statut du cadre de santé

L'obtention du diplôme de Cadre de Santé autorise et légalise l'exercice professionnel et notre place au sein de l'institution. Le décret en vigueur est celui du 18 août 1995, portant création d'un diplôme de cadre de santé. Les conditions d'accès à la formation, ainsi que le fonctionnement des Instituts de Formation de Cadres de Santé (IFCS) sont précisés dans l'arrêté du même jour, modifié par celui du 15 mars 2010.

¹ 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 10/12/2011).

² 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 10/12/2011).

Désormais cette formation est accessible aux personnels des filières infirmières, de rééducation et médico-techniques. Nous pouvons voir à travers cette évolution une volonté des pouvoirs publics de décloisonner la profession et de contribuer à travers cette inter professionnalité à l'acquisition d'un langage commun sans pour autant "*remettre en cause l'identité de chacune des professions ni à autoriser l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle.*"³

Cette démarche s'effectue dans le respect des caractéristiques propres à chacune des filières professionnelles.

Il me paraît donc important de préciser ce qui est entendu par le terme "filière". Le décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001⁴ portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière distingue trois filières selon la formation d'origine :

- La filière infirmière qui regroupe les cadres de santé infirmiers, infirmiers de bloc opératoire, infirmiers anesthésistes et les puéricultrices.
- La filière de rééducation dans laquelle se retrouvent les cadres de santé pédicures-podologues, masseurs-kinésithérapeutes, ergothérapeutes, psychomotriciens, orthophonistes, orthoptistes et diététiciens.
- La filière médico-technique qui rassemble les cadres de santé préparateurs en pharmacie, techniciens de laboratoire et les manipulateurs d'électroradiologie médicale.

En lien avec la réforme des études infirmières initiée en 2009⁵, la formation cadre de santé est amenée à évoluer probablement vers une universitarisation des études. Dans ce sens, certains IFCS associent leur formation à une première de master en partenariat avec l'université.

La formation en IFCS et l'obtention du Diplôme de Cadre confèrent au professionnel de santé l'autorisation d'exercer et par conséquent lui apportent la légitimité du métier. Mais la légitimité que recherche le cadre se situe également dans les activités

³Arrêté du 18 août 1995. Annexe 1. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>. (Consulté le 30/11/2011).

⁴Décret du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=C0132BB80F56842198595F60B203C108.tpdjo02_v_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id. (Consulté le 30/11/2011).

⁵Réforme des études Soins Infirmiers. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/reforme-etudes-soins-infirmiers.html>. (Consulté le 30/11/2011).

quotidiennes qu'il conduit auprès de l'équipe soignante qu'il encadre ce qui m'amène à évoquer l'encadrement de proximité à l'hôpital.

1.2 L'encadrement de proximité à l'hôpital

1.2.1 De l'expert en soin au manager

Selon le dictionnaire LITTRE, l'expert se définit comme quelqu'un "*qui a, par l'expérience, acquis une grande habileté dans un métier, dans quelque chose.*" Par conséquent, il est aisé de transposer cette définition auprès des infirmiers et autres professionnels paramédicaux qui témoignent d'un haut niveau de compétences techniques.

Au cours de la formation de cadre, nous avons abordé ce qu'était le management et entre autre le management hospitalier. Le management hospitalier est souvent décrit selon deux aspects : le macro-management ou management d'établissement, c'est-à-dire comment élaborer une stratégie, des budgets, fixer des objectifs. Et le micro-management ou management des équipes qui est plus tourné sur la gestion et l'animation d'une unité de soins, etc. Josette HART et Sylvie LUCAS, dans leur ouvrage intitulé *Management hospitalier, stratégies nouvelles des cadres*⁶, disent que "*le monde hospitalier présente quelques particularités qui font qu'on ne peut lui appliquer à la lettre les préceptes du management. C'est un monde de professionnels où les cultures des nombreuses filières sont fortes et où les milieux de travail sont à multiples interactions*". Elles ajoutent que "*les caractéristiques de l'organisation hospitalière rendent toute prescription managériale inopérante si elle n'est pas accompagnée d'une démarche compréhensive (mobilisation des sciences sociales et des sciences humaines)*"⁷. Francis MINET, responsable pédagogique du master d'organisation et conduite du changement au Conservatoire National des Arts et Métiers, aborde la question ainsi : "*Manager, c'est optimiser l'utilisation des moyens pour atteindre les objectifs de l'organisation*"⁸. C'est donc dans cette optique que je vais approcher l'évolution de la profession de cadre de santé à l'hôpital.

Initialement centrée sur un rôle de surveillance et d'application des directives médicales, le métier de cadre de santé est en constante mutation. L'annexe à la circulaire

⁶ HART Josette et LUCAS Sylvie. *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris, Lamarre, 2002, 180p.

⁷ LEDESMA Enrique. *Introduction au management*. Ecole Supérieure Montsouris, 30/09/2011.

⁸ MINET Francis. *Pratiques du management*. Disponible sur <http://ww1.cnam.fr/pole-ecogestion/IMG/pdf/2010_CNAM_EME_146_Le_management_de_proximite.pdf>. (Consulté le 12/01/2012).

de la Direction des Hôpitaux du 20 février 1990⁹, non parue au Journal Officiel, est l'un des rares textes qui évoque les rôles et missions du cadre de santé exerçant en secteur hospitalier. Ceux-ci sont détaillés selon quatre axes : technicité, relation/communication, information et contribution économique. Tout en restant garant de la qualité et de la sécurité des soins, il voit désormais son rôle de manager prendre de plus en plus d'espace dans ses attributions. Le fait que la formation soit désormais obligatoire pour accéder à une fonction d'encadrement prouve que le législateur considère que la fonction managériale ne s'improvise pas. Cette idée est renforcée par l'évolution même de la terminologie : depuis 1995, nous sommes passés du métier de cadre infirmier à celui de cadre de santé. Au-delà du vocabulaire, c'est l'identité professionnelle initiale du cadre de santé qui se voit bousculée. Deux concepts vont progressivement se développer dans l'exercice professionnel des cadres de santé : le management et la gestion tandis que l'espace "soignant" semble diminuer. Il ne s'agit plus pour le cadre de posséder un domaine d'expertise dans le soin, mais bien de maîtriser les fondamentaux de l'institution pour coordonner dans sa complexité, la production des soins, leur qualité et l'éthique afférente. Comme le définit Walter HESBEEN, "*une pratique de soins de qualité procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels et témoigne des talents de ceux-ci*"¹⁰. Afin de "*tisser au quotidien des fils invisibles entre les personnes pour que toutes s'accordent et produisent ensemble des relations soignantes de qualité*"

La nouvelle gouvernance hospitalière instaurée lors du Plan Hôpital 2007¹¹ et plus récemment la Loi Hôpital Santé Patient, Territoire (HPST) du 21 juillet 2009¹² initie un changement culturel au sein de l'encadrement hospitalier : améliorer la qualité des prestations des soins et rationaliser les moyens. Dans ce sens, le rapport élaboré par Chantal De SINGLY en septembre 2009 autour de la formation, le rôle, les missions et la valorisation des cadres hospitaliers¹³ évoque entre autres le développement d'un projet managérial au sein du projet d'établissement afin d'asseoir la place des cadres au sein des établissements.

⁹ Missions et fonctions principales des surveillants. Disponible sur <<http://cadredesante.com/spip/spip.php?article74>>. (Consulté le 12/01/2012).

¹⁰ HESBEEN Walter. *La qualité du soin*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2002, 208p. p.55.

¹¹ Le management hospitalier. Disponible sur <<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>>. (Consulté le 15/01/2012).

¹² Ibid.

¹³ Ministère en charge de la santé. Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de SINGLY. Disponible sur <<http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>>. (Consulté le 18/01/2012).

Une étude prospective des métiers de la fonction publique hospitalière réalisée en 2007 met en avant, dans la rubrique consacrée aux principales activités des cadres de proximité, une *"place prépondérante de la dimension administrative et gestionnaire."*¹⁴ Elle renchérit en consacrant un chapitre à la fonction managériale en indiquant que l'évolution des pratiques de soins affecte l'organisation et le fonctionnement des services, la difficulté étant de trouver l'équilibre entre les contraintes médico-économiques et *"les exigences qualitatives et quantitatives des soins."* Dans la partie consacrée à l'évolution des caractéristiques du métier d'ici 2015, ce travail insiste sur *"le recentrage de l'activité du cadre de santé de proximité sur le management d'équipe et l'organisation du service"* ; il doit privilégier *"l'organisation et l'optimisation des moyens humains et équipements tout en répondant aux exigences économiques, qualité, risques et sécurité"*. Cette étude insiste également sur le rôle de coordinateur du cadre de proximité : *"le cadre doit aussi assurer la coordination des activités avec les autres soignants et autres acteurs de santé ou sociaux."*

L'évolution des compétences requises va dans ce sens, le cadre doit pouvoir répondre de manière rapide et efficiente à tout ce qui concerne le fonctionnement quotidien du service de soins. Cela se traduit non seulement par une maîtrise de la gestion quotidienne mais aussi par une capacité d'animation de l'équipe soignante qui peut s'apparenter à un positionnement de leader, l'accent étant mis entre autres sur le management d'équipe.

1.2.2 Leadership et légitimité

Claude LEVY-LEBOYER, spécialisée en psychologie du travail définit le leadership comme *"un processus d'influence sociale par lequel un individu amène un groupe à atteindre des objectifs. Le leadership n'implique pas seulement le fait de faire faire quelque chose à d'autres individus, mais également la capacité à changer l'attitude des membres du groupe, à les mobiliser et à entraîner leur adhésion à des buts communs. De ce fait le leader doit savoir susciter les motivations et entraîner ceux qui le suivent bien plus que les diriger de manière autoritaire."*¹⁵

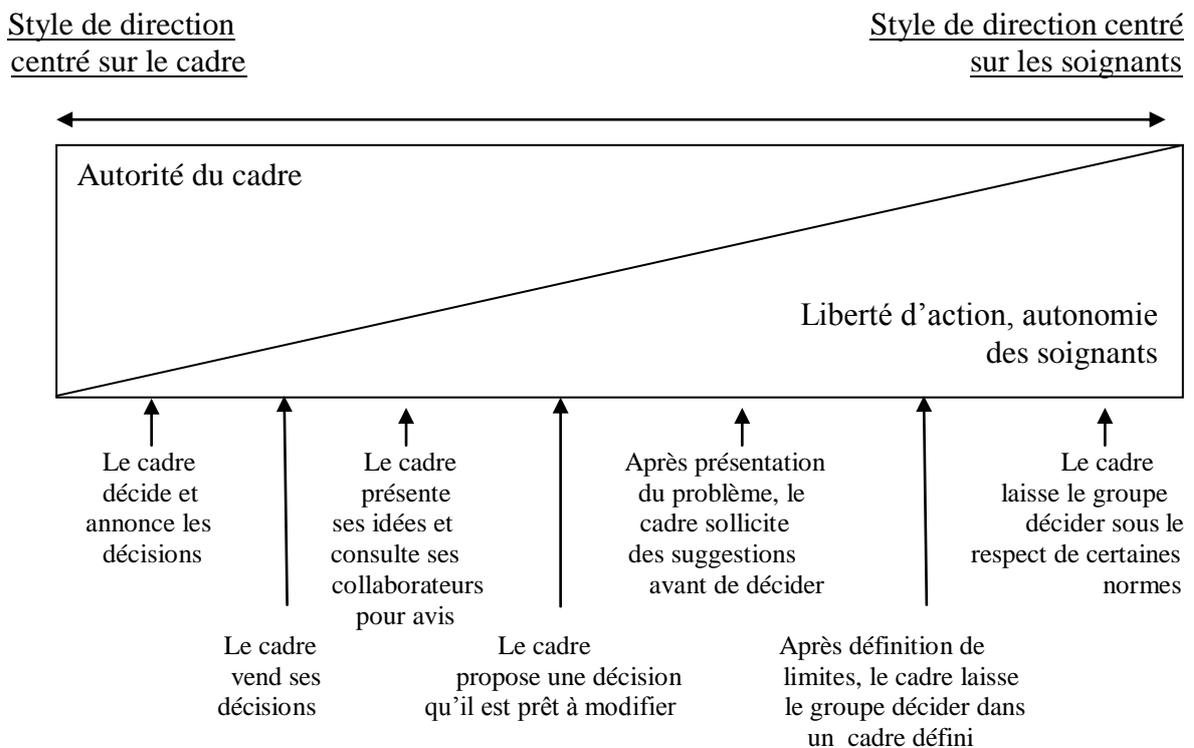
¹⁴ Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle. Disponible sur <http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/ProspectiveCadresdeSante.pdf>. (Consulté le 4/02/2012).

¹⁵ Le leadership. Disponible sur <http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=94>. (Consulté le 24/04/2012).

Plusieurs études et travaux ont cherché à réaliser des typologies de leader¹⁶. Ceux conduits par Ronald LIPPIT et Ralph WHITE en 1978 ont permis de définir trois styles de leadership:

- Autoritaire : le leader prend les décisions seul et reste à l'écart de la vie du groupe.
- Démocratique : les décisions résultent de discussions entre le leader et les membres du groupe.
- Laisser-faire : le leader précise les objectifs et les moyens attribués au groupe, puis reste passif. Le groupe travaille en toute liberté.

Par ailleurs TANNENBAUM et SCHMIDT sont allés plus loin dans la réflexion en montrant qu'il existait une variété de style de leadership entre l'autoritaire et le "laisser-faire" qu'ils ont illustré sous forme de continuum que je vais restituer comme suit en l'adaptant au contexte.



¹⁶ Les clés du management. Disponible sur < http://www3.ac-clermont.fr/stg/IMG/pdf/3_doc_demo_celeades.pdf>. (Consulté le 24/04/2012).

Compte-tenu de la constante évolution de l'environnement professionnel, " *le savoir faire managérial ne repose plus exclusivement sur les connaissances mais aussi sur le comportement ou sur ce que l'on pourrait nommer leadership. Le cadre doit donc être capable de mettre en œuvre une combinatoire de connaissances théoriques, de compétences techniques et de capacités méthodologiques.*"¹⁷ Par conséquent et comme le souligne Henry MINTZBERG dont les propos ont été repris lors d'une conférence sur le leadership et la légitimité, " *le leadership ne s'apprend pas dans les salles de cours. Il s'acquiert au fil des ans, avec des essais, des erreurs et des cicatrices pour en témoigner.... La caractéristique la plus importante du leadership est la légitimité*"¹⁸

D'après le dictionnaire trésor de la langue française informatisé¹⁹, " *est légitime ce qui est conforme au droit positif ou ce qui est conforme à l'équité ; ce qui est fondé sur la morale, le droit naturel, la loi divine*". Il est important de distinguer la légitimité et la légalité. Cette dernière se définit comme ce qui est conforme à la loi. Dans le langage courant légalité et légitimité sont parfois confondus. Mais la légitimité, en associant la conformité à la règle et la justification, va au-delà de la loi. Cela veut dire que la légitimité peut se définir comme " *la capacité d'une personne à faire admettre son autorité sur les membres d'un groupe social. La légitimité n'est pas fondée uniquement sur le droit, mais est aussi en lien avec d'autres critères tels que la tradition, le statut, la connaissance*"²⁰. Pour le sociologue allemand Max WEBER, la domination est toujours légitime. Le concept de légitimité se rapporte ici à la notion de reconnaissance sociale et la domination se comprend comme une position d'autorité.

Selon WEBER²¹, la domination s'appuie sur 3 types de légitimité :

- L'autorité traditionnelle fondée sur le statut et l'histoire. Le cadre occupe un poste à responsabilités régi par un texte législatif.
- L'autorité charismatique fondée sur les qualités personnelles du leader.
- L'autorité rationnelle-légale fondée sur les règles et les procédures.

¹⁷ LEDESMA Enrique. Op.cit. Page 8.

¹⁸ Rencontres de la Gouvernance du 20 mars 2008. Disponible sur http://www.cjdes.org/docs/Newsletter_N_5_Observatoire_de_la_Gouvernance_du_CJDES_2_.pdf. (Consulté le 12/03/2012).

¹⁹ Dictionnaire Trésor de la langue française informatisé. Disponible sur <http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?28;s=1955286705;?b=0>. (Consulté le 15/01/2012).

²⁰ LOCHET Nathalie. *La légitimité une attention particulière pour le cadre de santé*. Diplôme cadre de santé. Rennes : GREFOPS, 2011, 97p.

²¹ Les clés du management. Op.cit. page 11.

Nous pouvons donc en déduire que la légitimité en management est basée sur trois composantes qui sont l'expertise technique, la légitimité hiérarchique et l'animation²².

Le manager légitime peut donc se définir comme *"une personne dont la fonction est définie par un statut et dont le profil et le comportement sont conformes à la fonction occupée. Une personne perçue à sa juste place"* estime Paul SIBOUN²³

Mais perçue par qui en ce qui concerne le cadre de proximité ? La hiérarchie certainement mais aussi par les membres de l'équipe et cela nous amène à explorer maintenant cette notion.

1.3 Du groupe à l'équipe

Dans les unités de soins, plusieurs professionnels qu'ils soient médicaux, soignants ou non-soignants participent à la prise en charge du patient. Le bon fonctionnement d'une unité de soin est indissociable de la notion d'équipe. Roger MUCCHIELLI souligne que *"l'équipe et le travail en équipe se trouvent aujourd'hui valorisés...La volonté de groupe la participation, la décision collégiale sont des valeurs qu'il devient inconvenant de discuter"*.²⁴ Il définit l'équipe comme un groupe primaire typique ce qui nous amène à aborder tout d'abord la notion de groupe puis l'équipe.

1.3.1 Le groupe

En psychologie sociale, la notion de groupe est primordiale : elle constitue le lien où s'articule l'individuel et le collectif. De plus, c'est par rapport au groupe que se définit le sentiment d'appartenance. De nombreuses définitions ont décrit divers aspects constitutifs d'un groupe, tels que le système d'interaction, les relations émotionnelles et les réseaux d'affinités ou les motivations. Par ailleurs, la majorité de ces définitions mettent l'accent sur la dimension interpersonnelle qui constitue un élément central ce qui le différencie des autres configurations sociales comme les organisations, la foule ou la masse. A partir de ces multiples réflexions, Gustave-Nicolas FISCHER définit le groupe comme *"une entité sociale identifiable et structurée, caractérisée par un nombre restreint de personnes liées entre elles par des activités soit communes, soit interdépendantes et qui*

²² LE BASTARD Virginie. *Asseoir son leadership*. Ecole Supérieure Montsouris, 13/03/12.

²³ S'affirmer en tant que manager. Disponible sur < http://lexpansion.lexpress.fr/management/s-affirmer-en-tant-que-manager_166441.html>. (Consulté le 13/03/2012).

²⁴ MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe*. 12^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2011, 203p. (Collection formation permanente).

développent des interactions déterminées par des normes de conduite, et des valeurs communes, dans la poursuite de leurs objectifs."²⁵

Trois distinctions permettent de classer les groupes. En premier lieu, le groupe primaire qui se caractérise par le fait que les individus se connaissent bien et entretiennent des relations directes entre eux tel que la famille, les amis. Cela le différencie du groupe secondaire au sein duquel les relations sont régies par des codes et dans lequel les relations entre les personnes sont plus ou moins imposées. La deuxième distinction concerne les groupes formels et informels. Le groupe formel est un groupe créé intentionnellement dans le but d'accomplir une tâche précise. Les statuts et les fonctions de chaque membre sont définis à l'avance notamment par une structure hiérarchique comme par exemple une équipe de travail. Par contre, le groupe informel est créé par les circonstances ; ses frontières et ses règles sont floues sans but précis. La distinction suivante concerne le groupe d'appartenance (groupe dont l'individu est membre) et le groupe de référence auquel il emprunte ses normes et ses valeurs. Enfin, la dernière différenciation concerne d'une part le groupe conventionnel au sein duquel les personnes à travers des critères communs extérieurs peuvent être affiliées à une catégorie (suivant leur profession, leur mode de vie...) ; d'autre part le groupe réel qui est similaire au groupe primaire.

Selon Didier ANZIEU et Jacques-Yves MARTIN, *"un groupe s'organise en différenciant plusieurs fonctions en son sein. Pour que ces fonctions soient assurées, il faut que des membres du groupe remplissent les rôles correspondants. Les rôles sont donc d'abord associés à des processus. Mais ils sont également influencés par la personnalité de celui qui les tient.... Les rôles peuvent être classés en trois catégories : ceux qui favorisent l'activité du groupe par rapport à ses buts ; ceux qui forment, maintiennent ou renforcent la cohésion du groupe et ceux qui font obstacle aux fonctions précédentes.*"²⁶

La notion de cohésion renvoie à l'ensemble des facteurs et forces qui maintiennent le lien d'ensemble entre les membres d'un groupe. En 1952, Léon FESTINGER définit la cohésion comme *"la somme de toutes les forces agissant sur les membres du groupe afin de les y maintenir"*²⁷ ; selon lui, ces forces sont de deux ordres : d'un côté, l'attraction que représente le groupe pour l'individu, de l'autre la satisfaction d'en être membre. Ainsi à

²⁵ FISCHER Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 3^{ème} édition Paris : Dunod, 2005, 278p.

²⁶ ANZIEU Didier et MARTIN Jacques-Yves. *La dynamique des groupes restreints*. 1^{ère} édition 1968, PUF, 2007, 416p. (Quadriège manuels). p370

²⁷ FISCHER Gustave-Nicolas. Ibid.

travers la cohésion, nous saisissons qu'un groupe se constitue à travers la force des liens unissant ses membres.

1.3.2 L'équipe

Dans de nombreux ouvrages, le terme équipe est souvent assimilé au groupe, ou n'est défini que comme une variante du groupe. Une équipe peut ainsi être définie comme un groupe restreint travaillant vers un but commun clarifié. Toutes les personnes se connaissent et ont la possibilité d'échanges relationnels directs. Les rôles de chacun sont clairement définis et acceptés par tous. Une équipe est donc un groupe parvenu à maturité.

D'autres auteurs ont une vision différente de l'équipe qui est une entité qui n'existe pas en tant que telle, mais uniquement grâce à des interactions entre les individus dans un cadre organisationnel. C'est cette dimension structurante qui la différencie d'un groupe.

Pour le psychologue américain Kurt LEWIN *"la meilleure façon de définir une équipe est de la considérer comme un ensemble dynamique fondé sur l'interdépendance plutôt que la similarité"*.

Roger MUCCHIELLI quant à lui relève sept caractéristiques définissant l'équipe :

- *"le petit nombre,*
- *la qualité du lien interpersonnel.*
- *l'engagement personnel,*
- *une unité particulière entre ses membres,*
- *une, intentionnalité commune vers un but commun accepté et voulu*
- *des contraintes en découlent pour ses membres*
- *une organisation qui existe donc".²⁸*

La littérature anglo-saxonne nous offre encore une autre approche : une équipe est un groupe de personnes, interdépendantes dans leurs tâches, partageant la responsabilité des résultats, qui se perçoivent et qui sont perçus comme une seule entité, imbriquée dans un plus grand système social et dont les relations s'articulent autour de frontières organisationnelles. Le travail en équipe est défini comme une *"interaction ou la relation entre deux ou plusieurs professionnels de la santé qui travaillent de manière interdépendante afin de prodiguer des soins aux patients. Le travail en équipe signifie que les membres de l'équipe :*

- *sont mutuellement dépendants ;*

²⁸ MUCCHIELLI Roger. Op.cit. Page 13

- *se perçoivent comme travaillant en collaboration pour les soins axés sur le patient ;*
- *profitent du travail en collaboration dans les soins aux patients ;*
- *se partagent les renseignements pouvant mener au partage des prises de décisions et*
- *savent quand le travail en équipe devrait être utilisé pour maximiser les soins axés sur le patient.*"²⁹

Pour améliorer la prise en charge des patients, de plus en plus d'équipes, au sein des unités de soins, sont composées de professionnels ayant des formations initiales différentes. Mais comment différencier la relation qui se crée entre les différents acteurs ?

1.3.3 Distinction entre inter, pluri et multidisciplinarité

Selon le psychologue Bruno FORTIN *"Est multidisciplinaire, l'équipe qui adopte la juxtaposition de différents savoirs et l'utilisation parallèle de plusieurs disciplines, sans qu'il y ait de relations établies entre elles. Est pluridisciplinaire, l'équipe qui adopte l'utilisation combinée de différentes disciplines, en vue d'une meilleure efficacité. L'interdisciplinarité vise à mettre en relation d'échanges et de travail des personnes dont la formation professionnelle est différente en vue d'offrir une complémentarité suffisante pour bien desservir une clientèle à problèmes à problèmes multiples.*"³⁰

L'équipe pluridisciplinaire est composée de professionnels issus de diverses disciplines collaborant à un même objectif : la prise en charge du patient. Mais il n'y a pas de synthèse collective de l'information, chacun travaille sur divers aspects de la prise en charge. Il en résulte une simple juxtaposition des compétences dans chaque discipline. En réponse, l'interdisciplinarité cherche à favoriser les relations d'échange, de travail et de collaboration dans un espace commun afin d'offrir une complémentarité suffisante pour atteindre un but collectif. Ce but nécessite une approche multidimensionnelle des besoins du patient ne pouvant être satisfaits que par la collaboration. Celle-ci implique *"des transformations réciproques dans chacune des disciplines afin d'augmenter son efficacité et de permettre qu'une synergie, une identité et une couleur s'installent dans l'équipe. Par*

²⁹ Définitions contextuelles. Disponible sur <<http://www.cna-aiic.ca/fr/formation-continue/ressources-infusion-pour-la-pratique/trousse-de-soins-primaires/definitions-contextuelles/>>. (Consulté le 3/12/2011).

³⁰ FORTIN Bruno. Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ? Disponible sur <<http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/1a.html>>. (Consulté le 3 /12/2011).

conséquent ; les résultats sont perçus comme étant ceux de l'équipe et non ceux d'une discipline particulière."³¹

L'interprofessionnalité repose donc sur le dialogue et l'échange de connaissances. Elle implique la construction d'interactions et un enrichissement mutuel entre les différents membres de l'équipe. Elle est basée sur une complémentarité des disciplines et une créativité liée aux interactions entre les professionnels. Elle suppose un dialogue et l'échange de connaissances, d'analyses, de méthodes entre les acteurs : il ne s'agit pas d'une simple somme de compétences techniques mais d'une potentialisation et d'une optimisation des ressources. Toujours selon B.FORTIN : "*En contexte interdisciplinaire, il importe donc de redéfinir le rôle de chaque membre de l'équipe et, par conséquent, la discipline de chacun. Le défi consiste à respecter l'apport spécifique des disciplines tout en favorisant la synergie et l'éclosion d'une identité propre à l'équipe*". C'est dans cette optique que je vais maintenant porter ma réflexion sur l'identité professionnelle.

1.4 L'identité professionnelle

En France, la notion d'identité par la sociologie du travail est assez récente. Pour les sociologues, le travail ne désigne plus uniquement une activité sociale particulière ou une seule production humaine. Ils en font un principe fondateur de la vie sociale. Le travail est ainsi considéré comme un des modes essentiel de réalisation de soi et donc de construction identitaire. Les univers professionnels conduisent à la production d'une identité spécifique. Renaud SAINSAULIEU, sociologue des organisations, dans les années 1980, a abordé cette production humaine comme une "*identité au travail*". Il part du postulat que le travail est "*l'une des occasions principales d'échange entre les individus des sociétés contemporaines*". Pour lui l'identité au travail désigne des "*modèles culturels*" ou des "*logiques d'acteurs en organisation*". Il définit l'identité professionnelle comme la "*façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs, aux autres groupes, l'identité au travail est fondée sur des représentations collectives distinctes*".³². Par ailleurs, il met en avant l'importance de la quête de reconnaissance dans le construit de son identité au travail. Il définit quatre modalités principales d'accès à l'identité professionnelle :

³¹ FORTIN Bruno. Op.cit. p17

³² SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail*. 2^{ème} édition. Paris : Presses de la Fondations Nationale des Sciences politiques, 1985, 460p.

- L'appartenance à une unité de soins s'exprime par la fierté annoncée de faire partie d'une équipe de qualité et dynamique par exemple.
- L'œuvre : il s'agit de la fierté des personnes de participer individuellement ou en interdisciplinarité à la réalisation d'une œuvre, par exemple un projet de soins. A ce niveau, il est facile de faire le lien avec une équipe pluriprofessionnelle de réadaptation.
- La trajectoire concerne les personnes les plus qualifiées qui cherchent à faire progresser leur compétence par une promotion, une spécialisation.
- L'affrontement donne une reconnaissance dans la capacité de la personne de dire non (dans une situation dangereuse par exemple).

Claude DUBAR propose dès la fin des années 1980 un cadre analytique utile pour aider à penser les identités dans leur rapport au travail et à l'emploi. Il montre que, dès la sortie du système éducatif jusqu'à la fin de sa vie active, chaque individu se forge une identité professionnelle pour soi qui sera ensuite négociée avec les autres (ses pairs, l'employeur...). Dans une interview accordée à un journaliste de la Revue Sciences Humaines en 2001, il dit que *"les identités professionnelles ne sont des catégories acquises une fois pour toutes. Comme les autres, elles se construisent dans et par les interactions, tout au long de la vie. Elles s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant les limites du lieu de travail. Cela explique que des personnes, qui font le même travail au sein de la même entreprise, peuvent construire des identités professionnelles différentes"*³³.

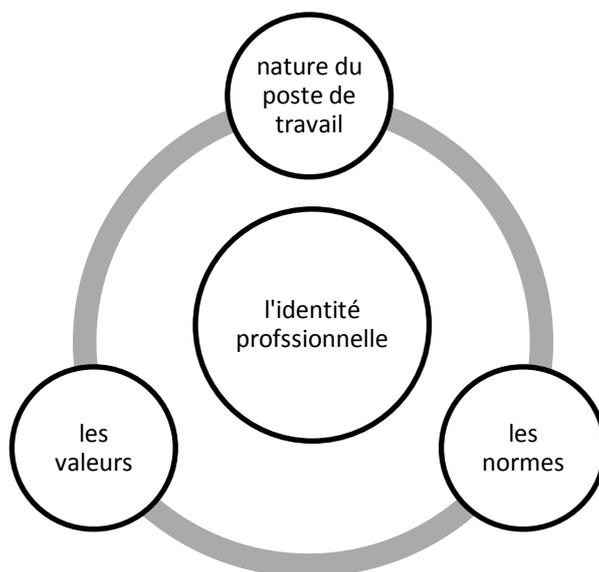
Le mécanisme identitaire s'articule donc autour d'un double arbitrage : relationnel (c'est dans la relation aux autres et dans la négociation avec les autres que se joue la reconnaissance de ce que je suis) d'une part et avec soi-même (des ajustements constants de sa propre définition de soi sont nécessaires) d'autre part.

De nombreuses questions d'identités traversent l'univers hospitalier. Elles sont marquées par l'existence de corporations ordonnées (Ordre des médecins, Ordre des kinésithérapeutes et plus récemment, Ordre des infirmiers...). De plus, se greffent des identités d'établissement (renforcées par les projets d'établissement), de services et maintenant de pôle. A cela s'ajoute la notion de culture liée à l'appartenance à un groupe,

³³ DUBAR Claude. Identités professionnels, le temps du bricolage. *Revue Sciences Humaines* n°114. 03/2001.

un sous-groupe : chaque catégorie affiche son attachement à ce qui le définit. A ce stade, la notion d'identité peut s'apparenter à une sorte de repli et sembler en opposition avec la notion d'interprofessionnalité.

Le concept d'identité professionnelle s'articule selon Norbert ALTER³⁴ autour de trois dimensions interdépendantes qui sont "*la nature du poste de travail et donc la compétence ; les normes caractérisant un univers professionnel donné ; les valeurs qui orientent l'action.*"



Les trois dimensions interdépendantes constituant l'identité professionnelle selon les principes de Norbert ALTER.

L'identité professionnelle est donc étroitement associée aux valeurs. Celles-ci entrent dans une double dimension, affective d'une part et éthique d'autre part. Elles guident l'action des soignants à travers une éthique de métier, une conception semblable du rôle professionnel.

La construction identitaire se fait aussi au travers des compétences. Depuis une dizaine d'années, la notion de compétence s'impose à tous les échelons de l'hôpital, comme le maître mot de la gestion des ressources humaines. Les démarches compétences se multiplient.

³⁴ ALTER Norbert. *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF. 2006, 355p. (Quadrige manuels).

1.5 La compétence

1.5.1 Définitions

La notion de compétence a été et est toujours étudiée par de nombreux auteurs. Toutes les définitions de la compétence proposées ont en commun de lier indissociablement les savoirs et l'action. *"Une personne compétente ne prend pas n'importe quelle décision, elle prend l'initiative qu'elle juge la meilleure."*³⁵ La compétence d'un professionnel peut se définir comme *"un ensemble d'interactions entre ses aptitudes, ses expériences, ses formations et ses attitudes"*³⁶. Pour développer une prise en charge de qualité, les compétences s'axent autour de la capacité du soignant d'interagir avec la personne soignée, les autres membres de l'équipe d'une part et d'autre part la nécessité d'adaptation aux différentes situations et contextes de soins.

Francis MINET, qui considère la compétence comme une articulation de savoirs, en donne la définition suivante : *"La compétence est la mobilisation pour l'action :*

- *des connaissances nécessaires à la compréhension de son contexte et à la représentation du but,*
- *des représentations des techniques, des procédures et des méthodes adaptées au résultat visé,*
- *des automatismes et des gestes permettant la mise en œuvre de l'action,*
- *de l'expérience acquise favorisant leur régulation."*³⁷

C'est donc la combinaison dynamique de ces quatre éléments, dont il est clair que certains peuvent s'acquérir de façon théorique, à distance de l'activité, alors que d'autres nécessitent impérativement la mise en situation complète, qui constitue la compétence.

La compétence se décline selon quatre caractéristiques. *"Elle est :*

- *opératoire et finalisée : elle n'a de sens que par rapport à l'action. Elle est donc indissociable de l'activité par laquelle elle se manifeste ;*
- *apprise : on n'est pas spontanément compétent, on le devient ;*
- *structurée : elle combine, reconstruit de façon dynamique les éléments qui la constituent (les différents savoirs) ;*

³⁵ MARCHAL Arlette et PSIUK Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : Seli Arslan, 2002, 188p. (p101).

³⁶ FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana. *Les Concepts en Sciences Infirmières*. Lyon : Editions Mallet Conseil-ASRI, 2009, 290p. (p108).

³⁷ MINET Francis. Des compétences à la validation. Disponible sur <http://www.alfacentre.org/vae/pdf/2004-06-02%20Conference%20Competences.pdf>. (Consulté le 5/12/2011).

- *abstraite et hypothétique. Elle est par nature inobservable : ce qu'on observe, ce sont les manifestations de la compétence.*"³⁸

La définition de la compétence variant selon les organisations et les situations de travail, il n'existe donc pas selon Guy LE BOTERF une seule définition pertinente. Dans ce contexte, il renvoie à deux significations possibles "*être capable d'exécuter ou être capable d'agir et réagir*"³⁹. Il est important de ne pas considérer la compétence juste comme un état (basé sur les ressources) sans prendre en compte leur "*processus d'activation*." Certes, le professionnel pour faire face à un événement, réaliser une activité ou résoudre un problème doit combiner "*sélection des éléments pertinents dans un répertoire de ressources*" et organisation. Il propose donc la définition suivante : "*La compétence est une certaine combinaison de capacités ou d'aptitudes pour résoudre un problème donné.*" Il insiste sur le mot combinaison ne voulant pas restreindre la compétence à une addition de savoirs.

En résumé, on peut dire que la compétence recouvre des capacités qui consistent à sélectionner, à fédérer et à appliquer à une situation des connaissances, des habiletés et des comportements.

Selon Guy LE BOTERF, la compétence n'est pas une affaire exclusivement individuelle, "*toute compétence comporte deux dimensions – individuelle et collective – indissociables.*"⁴⁰

1.5.2 De la compétence individuelle à la compétence collective

La compétence collective se génère autour d'un sentiment d'appartenance à une équipe et se distingue de la somme des compétences individuelles qui la composent. "*Chaque membre d'une équipe est une ressource pour les autres. Les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement.*"⁴¹

Guy LE BOTERF, la compétence collective comprend plusieurs composantes :

- *"Savoir élaborer des représentations partagées ;*
- *un savoir communiquer ;*
- *un savoir coopérer ;*

³⁸ MINET Francis. Op.cit. Page 20

³⁹ LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence*. 4^{ème} édition. Paris : Editions d'Organisation. 2006, 271p.

⁴⁰ LE BOTERF Guy. Les compétences de l'individuel au collectif. *Soins Cadres* n°41. 02/2002. p 20.

⁴¹ FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana. Op.cit. Page 20

- *distinguer co-activité/collaboration/coopération ;*
- *apprendre à désapprendre pour coopérer ?*
- *savoir apprendre collectivement de l'expérience."*

Il en déduit des conditions d'émergence :

- *"organiser la coopération entre les compétences ;*
- *faciliter les relations d'aide entre les divers collaborateurs ou auprès d'experts ;*
- *promouvoir l'existence de compétences ou de savoirs communs ;*
- *disposer d'un outil permettant de procéder à des offres et à des demandes de compétences ;*
- *mettre en place des structures à géométrie variable ;*
- *développer des structures matricielles et des projets transversaux ;*
- *assurer le traitement des interfaces ;*
- *maintenir la diversité des compétences ;*
- *créer des relations de solidarité et de convivialité ;*
- *instaurer des boucles d'apprentissage ;*
- *mettre en place une mémoire organisationnelle ;*
- *mettre en œuvre un management approprié."*

Dans le même sens et selon Dominique GIGAN⁴², *"la mise en place d'une équipe ne suffit pas pour faire émerger la compétence collective."* Il ajoute que *"la manifestation d'une compétence collective nécessite un temps...certain"* et des pré-requis à savoir : la composition pluri professionnelle, un cadre fédérateur, un objectif commun fort, des lieux et des moments de partage et de regroupement des compétences, un turn-over peu élevé et progressif *"pour conserver la cohérence et l'impact d'une équipe"*.

J'en conclus que l'individu produit des savoirs et savoirs faire nouveaux à partir de sa propre expérience et de ses actions. Il les partage très souvent avec les autres et c'est ainsi que le développement des compétences individuelles fait évoluer les savoirs collectifs.

⁴² GIGAN Dominique. La compétence collective existe, je l'ai rencontrée. *Les cahiers hospitaliers*. 09/2010. p 33.

1.5.3 La compétence managériale du cadre de santé

Il est difficile de cerner toutes les compétences du cadre de santé du fait de la complexité de son activité.

Dans son *référentiel métiers-compétences des cadres de santé*⁴³, le Comité d'Entente des Formations Infirmières et Cadres (CEFIEC) définit la compétence, en référence à plusieurs auteurs, comme étant " *un système intégré et dynamique de ressources personnelles (connaissances, savoir-faire, capacités relationnelles, expériences), et environnementales (banques de données, personnes ressources...) que l'individu sait mobiliser, combiner, pour gérer en contexte des ensembles de situations professionnelles prévues, imprévues et inédites*". Dans cette optique, le cadre de santé s'appuie sur trois ressources : son métier d'origine, ses différentes formations dont celle en IFCS et sur ses expériences professionnelles.

Par ailleurs, la nouvelle gouvernance et la recherche d'efficience au sein de l'hôpital induisent de plus en plus une approche transversale dans la mise en œuvre de procédures et un décloisonnement des services. Le cadre est ainsi appelé à mobiliser différentes catégories de personnels autour de projets. Aussi bien au niveau des pôles qu'au sein de l'établissement au sens large. La fonction d'encadrement est en constante évolution et par conséquent se redessinent les compétences en lien avec ce processus qui voit progressivement le "*remplacement de la maîtrise traditionnelle fondée sur la compétence technique et l'ancienneté par un encadrement pluridisciplinaire exerçant des fonctions transversales de nature médico-économique*".⁴⁴.

1.6 Conclusion du cadre théorique

Au travers des différentes approches aussi bien sur le plan individuel que collectif que se soit à travers la législation, la place des différents acteurs au sein du groupe, de l'équipe pluriprofessionnelle, il m'apparaît que la "construction" d'une équipe est une mission complexe à mener pour le cadre de santé. Avoir des connaissances sur les notions abordées dans cette partie est une première étape pour m'aider en tant que cadre de santé à

⁴³Référentiel métiers-compétences des cadres de santé. Disponible sur http://www.cefiec.fr/wa_files/R_C3_A9f_C3_A9rentiel_20de_20comp_C3_A9tences_20des_20cadres_20de_20sant_C3_A9_20vers_209.pdf. (Consulté le 4/02/2012).

⁴⁴FERONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 3/2005, vol. 46, pp. 469-494.

mieux comprendre le fonctionnement d'une équipe. Mais ce premier travail de recherche m'a aussi amené d'autres interrogations qui font évoluer et préciser ma réflexion.

2 Du thème à la question de recherche

Ce travail de recherche documentaire m'a permis de dégager deux pistes de réflexion. Elles m'amènent à penser que l'équipe soignante issue de la filière infirmière et l'équipe soignante de rééducation sont deux entités distinctes de part leurs constructions professionnelles seulement réunies par le fait de prodiguer des soins au patient d'une part. D'autre part, je constate qu'aujourd'hui dans l'exercice de cadre de santé, l'accent est plus mis sur la fonction support que sur la technique. La hiérarchie nous attend sur d'autres missions d'ordre managérial et de ce fait, il me semble difficile de maintenir le niveau de compétences techniques : il y aura toute une partie de l'activité technique que le cadre ne maîtrisera pas. Cela conduit à nous interroger sur qu'elle légitimité le cadre conserve-t-il en n'étant plus le meilleur technicien ? Et si nous voulons améliorer la prise en charge globale du patient alors pouvons-nous envisager un encadrement unique pour l'ensemble de l'équipe pluriprofessionnelle ? L'unification du diplôme de cadre de santé va dans ce sens : le cadre peut-il être amené à encadrer des professionnels issus d'autres filières ?

Par ailleurs, le nouveau référentiel de formation infirmière introduit la notion d'interprofessionnalité au sein de sa compétence 9 "*organiser et coordonner les interventions soignantes*". Les modalités d'évaluation de l'unité d'enseignement 3.3.S.3 portent sur un travail de groupe présentant des interventions interdisciplinaires dans le cadre du projet de soin. L'étudiant doit acquérir d'une part une pertinence dans l'identification et la prise en compte du champ d'intervention des différents acteurs et d'autre part une cohérence dans la continuité des soins⁴⁵. Cela initie donc les futurs professionnels à cette nécessaire prise en compte de tous les acteurs intervenants dans la prise en charge des patients et me conforte dans ma démarche réflexive en tant que future cadre de santé.

Au fur et à mesure de mes lectures et suite à un échange avec deux cadres ergothérapeutes lors d'une intervention autour de leurs expériences professionnelles⁴⁶, je me suis posée la question de la légitimité d'un cadre issu d'une filière infirmière dans un

⁴⁵ Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier. SEDI. Août 2011.

⁴⁶ MARTIN Olivier et SOUCIET Pierre. *Le cadre de santé "ergothérapeute", expérience en Psy et "MCO"*. Ecole Supérieure Montsouris. 03/01/ 2012.

service de réadaptation vis-à-vis des professionnels de rééducation. L'intérêt porté à ce sujet s'est renforcé lors d'un cours relatif à l'analyse de l'activité et aux compétences⁴⁷ durant lequel l'intervenante a abordé ce sujet.

Mais, par ailleurs, je ne souhaite pas non plus m'éloigner trop de ma question initiale sachant que de toute façon ces deux réflexions s'inscrivent dans une volonté globale d'amélioration de la prise en charge des patients.

Afin de définir plus précisément ma question de recherche, il m'est apparu nécessaire de m'appuyer sur une enquête exploratoire.

2.1 L'enquête exploratoire

2.1.1 Objectif

Cette enquête, en s'inscrivant à ce stade de mon processus exploratoire, a pour but de compléter ma recherche théorique, de la resituer dans le contexte professionnel et ainsi d'étayer ma réflexion afin de formuler ma question de recherche et mon hypothèse de travail.

2.1.2 Méthodologie

J'ai choisi de me baser sur un entretien non directif afin d'explorer tous les éléments en lien avec mon thème de recherche permettant ainsi à mon interlocuteur de s'exprimer sans orienter ses réponses.

Elle est basée sur une rencontre avec un cadre de santé dont la formation initiale est différente de celle des professionnels qu'il encadre. Cet entretien s'est déroulé le 10 février 2012.

2.1.3 Analyse

Plusieurs réflexions se sont dégagées. J'ai choisi de les classer en cinq items tous issus de notre échange :

- ❖ Le positionnement du cadre au sein de l'équipe :
 - La complexité d'être le référent d'une équipe qui n'est pas de son métier avec en arrière plan la notion de cœur de métier.

⁴⁷ PENSO-LATOUCHE Annick. *Analyse de l'activité et compétences*. Ecole Supérieure Montsouris. 27/01/2012.

- Cette situation d'encadrement hors du domaine d'expertise nécessite de la part du cadre un effort dans la compréhension des métiers des membres de l'équipe et leur implication auprès du patient.
- La gestion des ressources humaines ne pose pas de problème, ce qui peut-être déroutant c'est de comprendre l'organisation de chaque soignant.
- ❖ L'évaluation des professionnels :
 - L'évaluation des professionnels sans expertise peut être complexe. Si elle se limite à l'approche administrative, elle ne pose pas problème par contre l'évaluation par compétences nécessite un minimum de connaissances de la part du cadre.
- ❖ La réponse managériale face au manque d'expertise :
 - Les moyens managériaux dont dispose le cadre pour comprendre le fonctionnement des différents acteurs et fédérer l'équipe :
 - constitution d'un groupe d'experts par discipline et travailler ensemble les problématiques qui se présentent (points aigus, problèmes d'organisation),
 - réunions pluridisciplinaires avec recherche d'un consensus d'équipe.
 - recours à un arbitrage tiers (médical par exemple) en cas de désaccord.
- ❖ Les outils et moyens dont dispose le cadre dans ce contexte :
 - Au niveau des établissements de soins, le cadre peut s'appuyer sur plusieurs relais et références comme les procédures écrites, les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de la Santé (HAS) qui sont validées par des experts.
 - Le cadre de santé s'appuie également sur le plan de formation pour permettre aux professionnels de conserver et développer leurs compétences.
- ❖ Les perspectives de l'encadrement au sein des établissements de santé :
 - La place et le rôle du cadre de santé sont en pleine évolution du fait des attentes de la direction d'une part et d'autre part son approche peut-être différente en lien soit avec la Direction Coordination des Soins, soit avec la Direction des Ressources Humaines.
 - La réduction du nombre de cadre implique un encadrement commun des métiers regroupant un petit nombre de professionnels.

2.2 Question de recherche et hypothèses

Cet entretien m'a conforté dans ma réflexion et me permet de définir précisément ma question de recherche :

Quelles compétences doit développer un cadre de santé issu d'une filière soignante initiale différente de celles des professionnels qu'il manage dans le but de fédérer une équipe pluriprofessionnelle avec pour objectif une meilleure qualité des soins ?

Pour tenter d'apporter des réponses à cette problématique, je formulerai les hypothèses suivantes :

- ❖ Un cadre de santé, issu de la filière soignante et quelle que soit sa formation initiale peut manager une équipe pluriprofessionnelle.
- ❖ Le cadre de santé, dans sa posture à la fois d'animateur et d'accompagnateur et quelque soit sa filière initiale va favoriser le travail collectif de l'équipe et ainsi contribuer à une meilleure prise en charge du patient.

Pour conclure cette partie exploratoire et théorique, je dirais que la fonction de cadre fait appel à la fois à des compétences issues d'un socle commun de formation (gestion des ressources humaines, connaissance de l'institution, de ses organisations et procédures et du système de santé) et à des compétences liées au contexte précis d'un poste.

C'est ce qui justifie d'effectuer maintenant un travail de recherche sur le terrain directement au contact des cadres de santé concernés par le sujet.

3 La recherche ou l'enquête de terrain

Je souhaite à travers cette recherche non seulement vérifier mes hypothèses mais aussi initier une réflexion autour de cette thématique de management autour de laquelle j'ai trouvé peu d'écrits.

3.1 Méthodologie

3.1.1 Les objectifs du recueil de données

Le but principal de ce recueil de données est de découvrir les compétences et qualités nécessaires au positionnement du cadre de santé vis-à-vis des membres de l'équipe quand les formations initiales sont différentes :

- Identifier leurs représentations des rôles du cadre de santé.
- Repérer leur positionnement et leur relation avec l'équipe soignante.
- Distinguer les compétences nécessaires à l'encadrement d'une équipe dont les membres sont issus d'autres filières.

3.1.2 Le choix de l'outil de recherche

Au regard des objectifs fixés, j'ai choisi de mener des entretiens individuels de type semi-directifs. L'objet de ma recherche n'étant pas quantitatif, je m'oriente donc vers une démarche qualitative. Cette technique de recueil d'informations qualitatives me permettra de rassembler les opinions des personnes interrogées autour de mon thème de recherche sans les enfermer dans un cadre prédéfini. Dans ce type d'entretien, il est important que celui-ci se déroule le plus naturellement possible et par conséquent l'ordre des questions pourra varier en fonction de l'évolution de l'entretien.

Au début de chaque entretien, j'ai présenté, dans une courte introduction, l'objet de la rencontre, le thème général et le respect de la confidentialité aussi bien concernant les conditions d'enregistrement qu'au sujet de l'analyse qui en découlera.

3.1.3 Le choix des personnes interrogées

J'ai souhaité rencontrer des cadres de santé issus d'une filière professionnelle soignante initiale différente des professionnels qu'ils managent. De plus, l'équipe qu'ils encadrent est composée des différents acteurs de santé. Etant issue de la filière infirmière, j'ai choisi d'interroger aussi des cadres issus d'autres filières paramédicales que celle dont je suis issue pour explorer leur positionnement et leur représentation de leur rôle de cadre dans ce contexte.

3.1.4 L'élaboration de la grille d'entretien

Conformément à la méthodologie de l'entretien, j'ai conservé le même support pour toutes les personnes interrogées. Je me suis appuyée sur l'analyse de l'entretien exploratoire en essayant de définir une dizaine de questions avec pour certaines, si le

besoin s'en faisait sentir quelques relances. J'ai classé mes questions selon plusieurs items :

- la fonction d'encadrement et ses représentations,
- le vécu du cadre de santé,
- les moyens mis en œuvre pour manager l'équipe dans ce contexte particulier.

J'ai soumis cette grille (cf. annexe 1) à mon directeur de mémoire pour validation. Sa guidance m'a permis de préciser certaines questions ainsi que leur formulation.

3.1.5 Les limites de l'outil de recherche

La première difficulté a été de trouver suffisamment de cadres répondant aux critères de choix. Je me suis appuyée sur mon réseau de connaissances professionnelles, sur celui des autres étudiants cadres ainsi que des personnes rencontrées lors des stages au cours de la formation. J'ai ainsi effectué huit entretiens. Il est à noter que deux de ces entretiens se sont déroulés auprès de sages-femmes. Ce choix peut-être discutable du fait que ces professionnelles ne sont pas issues des filières définies dans le décret n°2001-1375 du 31 janvier 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Ce choix s'explique par le temps imparti pour cette étude. De plus, si l'on se projette au-delà de cette réglementation, les cadres sages-femmes sont elles aussi appelées à encadrer d'autres professionnels et les équipes de gynécologie-obstétrique en sont généralement le reflet.

La seconde limite qui se situe plus dans le secteur organisationnel est liée à l'éloignement géographique du lieu de formation et de mon environnement professionnel habituel. Par conséquent, il m'a été plus facile d'effectuer ces entretiens durant la semaine à Paris et les samedis en province. Mais concernant une des personnes contactées, il n'a pas été possible de réaliser l'entretien autrement que par téléphone ce qui n'a pas forcément représenté un frein quant à la richesse des informations recueillies. Du coup le nombre d'entretien pouvant être qualifié de restreint, leur exploitation ne me permettra pas de généraliser et de transférer les résultats. Je me situe donc bien dans un travail d'initiation à la recherche.

Je me suis efforcée au cours des entretiens à limiter mes interventions hormis d'éventuelles reformulations et à laisser mes interlocuteurs une liberté d'expression. Du coup, lors de la lecture des retranscriptions, je me suis aperçue que certaines réponses n'étaient pas forcément en lien avec la question posée.

Par ailleurs, je me suis rendue compte que les personnes interrogées essayaient de donner le meilleur d'elles-mêmes et peuvent ainsi s'éloigner un peu de leur quotidien.

3.2 Le traitement des données recueillies et le résultat des entretiens

Le premier temps consiste à traiter les données recueillies au sein de chaque talon sociologique et qui figurent dans le tableau typologique des interviewés en annexe 2.

Dans un deuxième temps, j'ai retranscrit en intégralité les entretiens enregistrés et j'ai attribué un code couleur par entretien. Le deuxième temps a consisté à dégager les idées centrales et à les catégoriser avant, dans un troisième temps, de transposer les réponses des personnes interrogées (cf. annexes 3 et 4). Cette méthodologie m'a permis de rester fidèle aux propos et idées des personnes interrogées et de repérer les concordances ou divergences des éléments de réponse. Par contre, j'ai choisi de ne pas retenir les idées évoquées lors de certains entretiens et qui n'entraient pas dans mon thème de recherche.

Les entretiens menés auprès des cadres de santé après le traitement des données me permettent de dégager six grands axes qui concernent l'identité professionnelle, les ressources, la posture et les pratiques managériales, la représentation de la fonction cadre, la notion d'expertise et enfin la légitimité. Je vais développer séparément chaque thème en respectant l'ordre dans lequel je les ai définis lors du traitement des entretiens.

3.2.1 L'identité professionnelle

Deux sous-parties se distinguent en lien d'une part avec l'identité professionnelle du cadre de santé et d'autre part relative aux identités professionnelles des membres de l'équipe.

- L'identité professionnelle du cadre de santé

Deux idées ressortent en majorité parmi les personnes interrogées. La première idée, à l'unanimité, est liée à l'importance pour le cadre de pouvoir s'appuyer sur son expérience antérieure au sein d'une équipe pluri professionnelle. *"On n'est pas cadre du jour au lendemain, et dans ma carrière, cela fait vingt ans que je travaille avec des différents professionnels ; j'ai connu ce que pouvait faire les collègues autres qu'ergothérapeutes "* dit le cadre lors du troisième entretien. Il rajoute l'idée que sa formation en IFCS a joué un rôle dans sa construction identitaire de cadre d'une équipe pluri professionnelle en exprimant le fait qu'il avait *"demandé ce qu'il en était avant ma formation. Du coup j'ai fait mes stages en conséquence"*.

Le huitième cadre rajoute qu'il a *"toujours travaillé avec d'autres professionnels, des infirmiers et je me suis appuyée sur cette expérience antérieure... et du coup effectivement d'avoir travaillé de tout temps avec des équipes d'infirmiers, d'avoir participé aux réunions, ça donne une culture commune."*

Un des cadres formule cette idée différemment en exprimant les difficultés d'adaptation qu'il a rencontrées du fait que justement il ne pouvait pas se baser sur son exercice professionnel antérieur en lien avec les professionnels qu'il encadre aujourd'hui : *" On va dire que pendant 10 mois, un an j'en ai bavé beaucoup c'est clair, au quotidien surtout par rapport à la découverte de leurs métiers (les manipulateurs-radiologistes) autant sur le plan technique avec les appareils et aussi pour découvrir leur rythme de travail et leurs habitudes. J'ai mis à peu près un an pour m'acclimater"* dit-il.

La seconde idée majoritaire qui apparaît reflète l'importance de l'investissement personnel de leur part en termes de recherche d'informations en lien avec les autres professions. Je cite le cadre interrogé lors du deuxième entretien : *" Je suis allée à des réunions d'informations pour faire d'avantage de lien. Mais j'ai aussi fait l'effort d'aller chercher l'information, de m'intéresser aux métiers, aux formations initiales"*.

Deux cadres évoquent leur construction identitaire, l'un en lien avec la difficulté *"de basculer dans la fonction de cadre"* quand on encadre des professionnels issus du même métier initial et l'autre qui fait état de l'importance de la collaboration avec ses collègues cadres : *"On se construit une identité de cadre et c'est ce qui fédère le réseau"*.

- Les identités professionnelles des membres de l'équipe

Cette notion est abordée dans cinq entretiens au cours desquels la prise en compte des identités professionnelles des soignants ainsi que leurs parcours de formation est évoqués. Deux cadres font ressortir le fait qu'il existe des identités et cultures professionnelles différentes entre le personnel issu de la filière rééducation et les infirmières et aides-soignantes. Dans ce sens, je cite le deuxième cadre, kinésithérapeute d'origine : *"Je n'ai pas rencontré un grand fossé entre les métiers de la rééducation mais effectivement un fossé entre la filière infirmière et celle de la rééducation"*.

Par ailleurs deux cadres émettent la réflexion qu'il est nécessaire de concilier les identités individuelles propres à chaque profession et l'appartenance à une équipe. Un de ces cadres insiste et développe cette idée à travers un long propos relatif à la différence de culture des soignants selon leurs formations. De plus, et en lien avec la notion de développement d'une culture commune au sein de l'équipe, elle *" pense que ce n'est pas*

tellement la filière, c'est la culture de rééducation qui est importante... l'infirmière de rééducation cela existe". La dernière rencontre suit cette idée au niveau de la psychiatrie en évoquant que "c'est cette carte de visite "psychiatrie" qui a permis d'être cadre dans ce contexte ...c'est vraiment la notion de filière qui domine."

Les cadres ont ensuite tous abordé les ressources sur lesquelles ils peuvent ou non s'appuyer pour encadrer les équipes pluri professionnelles.

3.2.2 Les ressources

Cette idée se traduit à travers deux approches, l'une "transversale" d'une part et l'autre institutionnelle d'autre part.

Dans la première, cinq cadres évoquent la possibilité qu'il leur est donné de s'appuyer sur des personnes ressources telles que les formateurs, les collègues cadres et il apparaît important pour le troisième cadre *"d'avoir un réseau de collègues cadres issus d'autres filières qui sont disponibles."* *"Voilà on travaille en étroite collaboration avec ces formateurs qui n'hésitent pas à se mettre à notre disposition quand on rencontre des difficultés et ça c'est vrai que cela nous aide"* dit le premier cadre rencontré.

La seconde partie s'articule autour de l'institution elle-même. Il ressort un certain équilibre entre les personnes qui bénéficient ou non d'un appui institutionnel soit à travers leur fiche de poste, les outils institutionnels (grilles d'évaluation, procédures), le service de formation continue ou encore le cadre supérieur. Il est à noter que parmi les quatre cadres qui ont une fiche de poste adaptée, deux m'ont dit l'avoir élaborée eux-mêmes. Deux personnes interrogées évoquent comme un élément *"facilitateur...de connaître l'établissement"*.

A l'inverse, quatre cadres expriment le fait qu'ils rencontrent que peu d'appui de l'institution, ils n'ont pas de fiche de poste ou bien elle est *"globale" et "stéréotypée"*.

Le cadre infirmier, qui a formulé ses difficultés d'adaptation dans l'encadrement d'une équipe d'imagerie, pense que l'existence d'une fiche de poste l'aurait aidé dans sa posture et ses pratiques managériales.

3.2.3 La posture et les pratiques managériales

Cet item regroupe de nombreuses idées abordées au cours des entretiens. Trois principales ressortent majoritairement. La première est liée à la notion de personnes référentes au sein de l'unité et à la délégation. Cette notion est évoquée dans six entretiens. Il faut préciser que d'une part, la plupart des cadres la rendent indissociable de la

compétence des professionnels et d'autre part deux d'entre eux mettent en avant le fait que *"cela requiert de la confiance par rapport au personnel."*

La deuxième met en avant la volonté du cadre de solliciter et faire participer l'équipe. L'élaboration et la conduite de projet de service, évoqué dans cinq entretiens, s'inscrit dans cette démarche et *" le fil rouge qui est vraiment commun, c'est vraiment le travail autour du patient sous forme d'une action, d'un acte, d'une synthèse"* dit le troisième cadre.

La troisième idée majoritaire reflète l'importance de la communication au sein de l'équipe et la notion d'échange entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire et le cadre d'une part et entre les soignants entre eux ; *"je compose en fonction de ce que ces différents professionnels m'apportent"* pense le premier cadre rencontré tandis que le dernier renchérit en affirmant que *"nos différences permettent un échange et de croiser nos idées, nos regards"*. Pour aller plus loin dans cette réflexion, un des cadres propose d'inviter les soignants à *"tout ce qui peut-être actions faites en binômes et favoriser cela, cela peut-être un outil intéressant. Et puis aussi qu'ils s'informent sur ce que fait l'autre sous forme de réunions de synthèse et surtout se baser sur le patient."* Cet échange se concrétise aussi de manière informelle comme l'évoque le cadre lors du cinquième entretien : *"Il faut qu'ils arrivent à tisser des liens entre professionnels, et moi je suis à distance pour cela, il faut qu'ils arrivent à tisser leur liens. Il y a des réseaux informels dans l'équipe, il y a des réseaux qui sont formalisés, il y a des réseaux informels. Et les réseaux informels, ils marchent bien sur le développement des compétences collectives."*

Pour rebondir sur la notion de compétence, il apparaît que plusieurs cadres abordent la prise en compte des compétences dans leur pratique managériale sur le plan individuel alors que deux d'entre eux parlent du *"développement de la compétence collective"* comme quelque chose de *"très important"*.

L'autre idée qui ressort de trois entretiens est en lien avec la volonté du cadre de laisser de l'autonomie au personnel. Dans ce sens, le cinquième cadre l'évoque ainsi :

"L'autonomie des professionnels pour moi c'est essentiel. L'autonomie de façon individuelle, à l'intérieur de chaque profession, et en tant que plateau technique de rééducation collectivement". Il va plus loin dans sa réflexion en expliquant *"que pour qu'ils s'auto organisent entre professions il faut leur laisser du champ, il faut leur laisser des espaces de liberté, il faut les laisser se rencontrer, tisser les liens en fait. Il faut qu'ils arrivent à tisser des liens entre professionnels, et moi, je suis à distance pour cela, il faut qu'ils arrivent à tisser leur liens. Il y a des réseaux informels dans l'équipe, il y a des*

réseaux qui sont formalisés, il y a des réseaux informels. Et les réseaux informels, ils marchent bien sur le développement des compétences collectives."

Par ailleurs, il est à noter que trois cadres évoquent la nécessité "*d'adapter son management en fonction des catégories professionnelles qu'on encadre*" et de conduire un management collectif d'équipe.

Cela nous amène à évoquer leur représentation de la fonction d'encadrement.

3.2.4 La représentation de la fonction cadre

La presque totalité des cadres (7/8) évoquent leur rôle de gestionnaire surtout axé autour des ressources humaines. Vient ensuite les rôles de manager et de coordinateur puis celui d'animateur. Enfin est évoqué par un cadre son rôle d'accompagnateur tandis que le premier est le seul à mettre en avant sa profession initiale par rapport à sa fonction cadre, elle dit : "*Je suis avant tout sage-femme et cadre ensuite*".

La deuxième notion qui ressort dans la plupart des entretiens concerne la richesse qu'apporte au cadre l'encadrement d'une équipe pluriprofessionnelle. "*C'est très enrichissant parce que nous n'avons pas du tout la même formation.*", "*Voilà donc pour moi c'est enrichissement de part le partage des points de vue*", "*C'est enrichissant d'un point de vue personnel, d'un point de vue humain de découvrir d'autres métiers, une autre façon de prendre en charge.*" sont des illustrations de cette notion.

Trois d'entre eux évoquent même qu'un encadrement unique des différents professionnels est un plus pour fédérer l'équipe et/ou pour la prise en charge du patient avec "*du personnel qui a une vision qui peut se rapprocher plus d'une vision globale de la prise en charge des résidents*".

Vient ensuite le fait que le cadre de santé se situe dans une position "d'entre-deux" qui est soulignée par quatre des huit cadres interrogés. Le sixième cadre interrogé l'évoque ainsi : "*Ils veulent qu'un cadre soit quelqu'un d'adaptable, qui gère les ressources humaines, qui ait les facteurs médico économiques en tête et puis qui puisse faire le lien, le tampon entre le monde administratif.*"

Par ailleurs, deux d'entre eux revendiquent le droit de "*dire « je ne sais pas » et qu'on va se renseigner. Il faut faire preuve d'humilité, c'est essentiel de ne pas être dans la toute puissance des savoirs parce qu'on ne peut pas tout savoir.*"

Enfin, l'autre élément à prendre en compte dans la représentation de leur fonction d'encadrement exprimé lors de trois entretiens concerne la connaissance de la discipline et le fait que "*l'expérience est plus important que l'expertise*".

3.2.5 L'expertise

Il est à noter que cet item est seulement axé autour de la notion d'expertise technique du cadre de santé.

Ce thème a été abordé pour la plupart des cadres sous deux angles à savoir l'encadrement de l'équipe de manière générale d'une part et d'autre part par rapport à l'évaluation des personnels. Six cadres pensent que le manque d'expertise n'est pas une entrave dans l'encadrement d'une équipe pluriprofessionnelle, tel le quatrième cadre : *" Il n'y a pas besoin d'un expert en soin dans l'encadrement. Il faut qu'il ait au minimum une connaissance du travail au quotidien, de ce que cela engendre, des difficultés rencontrées et ce que cela représente. Après la technicité en elle-même, on peut avoir une approche au contact des soignants"*. Par contre, un des cadres l'évoque comme une limite et trois entretiens révèlent par contre que l'expertise technique du cadre est un soutien, un appui rassurant pour l'équipe comme le dit le troisième cadre rencontré : *"Cela peut rassurer les équipes et le cadre d'avoir l'expertise"*.

Dans le domaine de l'évaluation, un cadre dit clairement que le manque d'expertise n'est pas une entrave dans l'évaluation des professionnels et deux autres soulignent le fait que cela ne leur pose pas de problème particulier. Ils s'appuient sur des grilles d'évaluation détaillées et sur leur connaissance des domaines de compétences des soignants qu'ils encadrent. Un cadre souligne le fait qu'il est important d'avoir des outils d'évaluation adaptés.

Deux cadres évoquent le fait qu'ils sont très présents auprès de l'équipe et que le fait de les côtoyer au quotidien leur permet de se *"rendre compte de leur travail lors de réunions, de temps informels, de leurs difficultés éventuelles. Je ne reste pas enfermée dans mon bureau et je peux me rendre compte de beaucoup de choses"*.

Enfin, trois cadres abordent le fait que l'expérience prime sur l'expertise et je une nouvelle fois, les propos du troisième cadre : *"Maintenant le cadre n'est pas une super infirmière, c'est une autre fonction. Avoir l'expérience est plus important que l'expertise"*.

En lien avec ce manque d'expertise trois cadres évoquent la notion de légitimité.

3.2.6 La légitimité

Ce thème est abordé de manières différentes selon ces trois personnes. Un nous dit que *" mieux connaître le métier assoit la légitimité parce que je peux en parler avec eux, parce que j'ai des représentations très claires à ce niveau là et cela me donne même si je n'ai pas la technicité et la formation initiale j'ai néanmoins une légitimité"* et que *"la*

légitimité que je n'ai pas de part le manque d'expertise, je l'ai par l'animation, la coordination, le management participatif." Mais néanmoins, il "pense que la technicité est quand même très importante mais qu'elle peut s'acquérir par l'expérience."

Le quatrième cadre évoque *"le fait de ne pas avoir la légitimité sur le plan technique fait qu'il faut à un moment donner qu'on puisse gagner cette confiance là et je pense que du coup on a tendance à renforcer un peu ce biais là et travailler là dessus. Moi j'axe beaucoup mon fonctionnement autour de la communication et de la confiance mutuelle."* Tandis que le huitième cadre souligne que c'est le socle commun qu'il a avec l'équipe qui lui a donné sa légitimité.

3.3 L'analyse

A ce stade du travail, il s'agit pour moi de mettre en corrélation le résultat des données recueillies et les idées développées dans le cadre théorique tout en gardant ma question de recherche en ligne de mire. Pour mener à bien ce travail d'analyse, je peux envisager à la suite de la catégorisation précédemment réalisée, trois directions⁴⁸ :

- L'analyse basée sur les données recueillies dans les talons sociologiques de chaque entretien.
- L'analyse intra-catégorielle qui vise à étudier le contenu de chaque catégorie.
- L'analyse inter-catégorielle qui permet de distinguer l'importance que les personnes ont accordée ou en tout cas se sont davantage exprimées à travers la quantité d'informations contenues dans chaque rubrique.

La première piste envisagée ne me permettra pas me semble-t-il de procéder à ce qu'appelle le dictionnaire une *"Étude minutieuse, précise faite pour dégager les éléments qui constituent un ensemble, pour l'expliquer, l'éclairer"*⁴⁹

En effet, les données des talons telles que je les ai traitées ne me permettent pas de dégager suffisamment d'éléments pour mener à bien ce travail. J'opte donc pour la deuxième méthode qui est l'analyse intra-catégorielle. Mais je ne négligerai pas pour autant et certainement dans une moindre mesure, le troisième volet qui est l'analyse inter-catégorielle plutôt sous la forme de liens entre les catégories plutôt que de comparaison.

J'ai choisi de reprendre les items résultant du traitement des données en cherchant à les aborder dans un cheminement de pensée réfléchi et cohérent ce qui nous permettra de

⁴⁸ Luc ALBARELLO. Apprendre à chercher. De BOECK. 3^{ème} édition. 2007.

⁴⁹ Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. 100^{ème} Edition. 2005

les envisager sous un angle unique mais à multiples facettes : celui de la fonction de cadre de santé.

3.3.1 L'identité professionnelle

- Des soignants

L'hôpital est *"un monde de professionnels où les cultures des nombreuses filières sont fortes"* nous disent Josette HART et Sylvie LUCAS. Dans ce sens, plusieurs cadres évoquent l'importance de prendre en compte l'identité professionnelle des différents membres qui composent l'équipe. Cela s'apparente à l'idée de Claude DUBAR selon laquelle chaque individu se forge une identité professionnelle pour soi qui sera ensuite négociée avec les autres. De plus, les recherches théoriques me permettent de dire que l'identité professionnelle n'est pas acquise une fois pour toutes à la sortie des études mais s'inscrit dans un processus de construction identitaire dans et par les interactions tout au long de la vie. Ainsi le fait d'appartenir à une équipe permet de construire individuellement et collectivement une identité professionnelle plus ou moins forte. C'est ce que traduisent deux des cadres rencontrés en disant qu'il faut concilier les identités individuelles propres à chaque profession et l'appartenance à une équipe. Pour aller encore plus loin dans cette réflexion, il a été évoqué la notion de filière et l'interprétation qu'il en est fait. Il faut distinguer la filière professionnelle proprement dite comme cela est évoqué dans les textes réglementaires qui font référence à la formation initiale et la filière associée au domaine clinique tel que la rééducation ou la psychiatrie comme cela a été exprimé par les cadres lors de deux entretiens. Cela rejoint les propos de Claude DUBAR qui dit que les identités professionnelles *"s'élaborent à partir d'un parcours, d'une trajectoire, en débordant les limites du lieu de travail. Cela explique que des personnes, qui font le même travail au sein de la même entreprise, peuvent construire des identités professionnelles différentes"*. Les propos du cinquième cadre rencontrés illustrent tout à fait cette approche. En effet, il *"pense que ce n'est pas tellement la filière, c'est la culture de rééducation qui est importante... l'infirmière de rééducation cela existe"*.

Du coup, la construction identitaire du cadre peut aussi s'appuyer sur cette référence. C'est ce qu'exprime le huitième cadre qui *"pense que c'est cette carte de visite "psychiatrie" qui a permis d'être cadre dans ce contexte"*.

- Du cadre de santé

Le contenu des entretiens révèle que l'identité professionnelle du cadre s'est construite sur la base de ressources propres à chaque professionnel, toutes liées à des

trajectoires professionnelles individuelles et des ressources externes. Si je reprends le principe de construction identitaire tel que le décrit Norbert ALTER avec les trois dimensions interdépendantes, il ressort de tous les entretiens que *"la nature du poste de travail et donc la compétence"* prédomine puisque tous les cadres se sont appuyés sur leurs expériences antérieures pour construire leur identité actuelle de cadre d'une équipe pluri professionnelle. *"Les valeurs qui orientent l'action"* qui constituent la deuxième dimension sont elles aussi présentes en une proportion plus faible exprimée à travers la culture commune précédemment citée tandis que la sphère en lien avec *"les normes caractérisant un univers professionnel donné"* n'est abordée qu'à travers un seul propos et qui fait état de l'importance de la collaboration avec ses collègues cadres. Ce qui m'amène logiquement à l'item suivant qui concerne la représentation de la fonction cadre.

3.3.2 La représentation de la fonction cadre

Celle-ci en lien avec la catégorisation des idées se dégageant des entretiens permet de l'aborder sous plusieurs aspects.

- Richesse et bénéfice d'un encadrement unique d'une équipe pluriprofessionnelle

L'ensemble des cadres rencontrés exprime la richesse que leur apporte l'encadrement d'une équipe pluriprofessionnelle. Un autre cadre va plus loin dans sa réflexion en évoquant *"le fait qu'il y ait un seul cadre sur l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, il va partir avec ses propres valeurs, avec son fonctionnement et il va transmettre la même chose à chaque agent. C'est pour moi un gage supplémentaire pour permettre justement de fédérer les équipes"*. Ces déclarations peuvent se rapprocher de celle Walter HESBEEN quand il évoque qu'*"une pratique de soins de qualité procède de la mise en œuvre cohérente et complémentaire des ressources diverses dont dispose une équipe de professionnels"*. De plus, si nous reprenons les propos de Roger MUCCHIELLI, l'unité particulière des membres est une des sept caractéristiques de l'équipe.

Mais la fonction d'encadrement ne peut être abordée seulement du côté de l'équipe et il apparaît dans quatre entretiens que le cadre se situe à une position intermédiaire entre l'équipe et la direction.

- Position intermédiaire du cadre

Celle-ci est certes abordée de différentes manières mais toutes relatent la position *"d'entre-deux"* que représente la fonction de cadre de santé. Si nous nous référons à l'étude prospective des métiers de la fonction publique évoquée dans le cadre théorique et bien

que le concept de traduction soit annoncé dans la partie consacrée au cadre de santé de pôle, il est facile de le transposer dans une moindre dimension au cadre de proximité. D'ailleurs, cette même étude relate dans les facteurs d'évolution de la profession, le fait que *"la compétence relationnelle du cadre... sera fortement sollicitée : trio managérial, ensemble des services centraux, les médecins, les équipes soignantes"*.

En dehors de cette fonction de traduction, les cadres rencontrés ont abordé d'autres fonctions liées à l'encadrement.

- Les différentes fonctions de l'encadrement

Les entretiens révèlent que les cadres se considèrent avant tout comme des gestionnaires et des managers. Cela s'inscrit totalement dans l'évolution de la fonction cadre abordée dans la partie consacrée à l'encadrement de proximité à l'hôpital qui voit progressivement se développer dans l'exercice professionnel des cadres de santé : le management et la gestion. Pour être plus précis, les cadres se sont également définis comme des coordinateurs, animateurs, fédérateurs ou accompagnateurs, autant de termes que nous pouvons rapprocher de la capacité d'animation de l'équipe soignante induite par l'évolution des caractéristiques du métier. Mais cette évolution entraîne de la part des cadres une représentation de leur fonction qui s'éloigne de la toute puissance du cadre.

- Un cadre ne sait pas tout

Cette idée est évoquée par deux cadres ; ils la rapprochent de l'encadrement d'une équipe pluridisciplinaire au sein de laquelle ils reconnaissent et revendiquent le droit de dire *"je ne sais pas"*. Je rapprocherais cette idée du concept d'identité professionnelle (et c'est ainsi que je peux aborder l'intérêt de l'analyse inter-catégorielle). En effet, nous avons vu que la construction identitaire n'était pas figée et que, si je reprends les propos précédemment cités, le mécanisme identitaire s'articule autour d'un double arbitrage : relationnel d'une part et avec soi-même d'autre part.

Si je me réfère une nouvelle fois aux trois sphères décrites par Norbert ALTER, c'est la nature du poste de travail qui induit cette représentation de la fonction.

Malgré tout, si comme il a été évoqué, un cadre ne sait pas tout, il s'avère indispensable au regard des entretiens, qu'il ait une connaissance de la discipline.

- Connaissance de la discipline

Il ressort en effet de trois entretiens qu'il apparaît plus important au cadre de connaître la discipline (secteurs de rééducation, de gériatrie, de psychiatrie) plutôt que d'être dans une expertise technique. Cela rejoint les propos de Josette HART et Sylvie LUCAS quand elles parlent des particularités de monde hospitalier avec des milieux de

travail à multiples interactions. Cette connaissance de la discipline s'inscrit dans une perspective et une volonté de "*coordination des activités avec les autres soignants et autres acteurs de santé ou sociaux*" évoquée dans l'étude prospective des métiers de la fonction publique.

Concernant cette idée, l'autre rapprochement qu'il est possible d'envisager est encore une fois lié à l'identité professionnelle du cadre dans ce contexte et à la dimension "*nature et poste de travail*".

Pourtant, si je me réfère au décret de 1995 qui n'autorise pas "*l'encadrement ou la formation des professionnels d'une filière par des cadres de santé n'ayant pas la même origine professionnelle*", je peux en déduire que la fonction de cadre de proximité nécessite un certain degré d'expertise technique.

- Le cadre-expert

Un seul cadre a clairement exprimé le fait qu'il était expert dans son métier initial avant d'être cadre, ceci dans un domaine bien particulier qui est l'obstétrique. Le fait que cette représentation de la fonction de cadre ne soit abordée que par une seule personne rejoint l'évolution de la fonction d'encadrement telle que la décrit le CEFIEC lorsqu'il évoque le processus qui voit progressivement le "*remplacement de la maîtrise traditionnelle fondée sur la compétence technique et l'ancienneté par un encadrement pluridisciplinaire exerçant des fonctions transversales de nature médico-économique.*"

En lien avec la fonction d'expert, il est possible d'aborder maintenant la notion d'expertise telle que l'ont exprimée les personnes rencontrées.

3.3.3 L'expertise

Effectivement, la technicité fait partie d'un des axes définissant les rôles et missions des cadres de santé comme le stipule l'annexe à la circulaire du 20 février 1990. Cependant, nous avons vu une évolution de la fonction cadre depuis une quinzaine d'années avec la place grandissante du management et de la gestion d'équipe au détriment de la technique. L'institution n'attend plus que le cadre soit "*une super infirmière, c'est une autre fonction*" dit le troisième cadre. Par contre, l'expertise peut-être rassurante pour l'équipe, notamment les jeunes professionnels d'une part et aussi pour le cadre d'autre part. Il est possible d'associer cette idée avec les réflexions de Renaud SAINSAULIEU à propos de l'identité professionnelle qu'il définit entre autre comme une "*façon dont les différents groupes au travail s'identifient aux pairs, aux chefs*".

Par ailleurs, en lien avec une vision élargie de l'expertise au-delà de la technique trois cadres font ressortir l'idée que l'expérience prime sur l'expertise. Je rapprocherais cette réflexion de la connaissance de la discipline citée plus haut.

Cependant, certains cadres expriment le fait que certes le manque d'expertise n'est pas une entrave à l'encadrement et à l'évaluation du personnel mais qu'il peut être quand même une limite à cet encadrement car cela interroge la légitimité du cadre.

3.3.4 La légitimité

Le "*socle commun*" tel que la psychiatrie comme l'évoque le dernier cadre interrogé rejoint une fois de plus l'idée d'une discipline commune entre les professionnels. Le deuxième cadre explique que son manque de légitimité liée à l'expertise est compensé par "*l'animation, la coordination, le management participatif.*" Cela s'inscrit tout à fait dans la vision de Max WEBER à travers les trois types de légitimité qu'il a décrits. Dans le contexte particulier de ma recherche, le cadre a en effet, "*l'autorité traditionnelle*" que lui confèrent son statut et son diplôme et "*l'autorité charismatique*" que j'associerais au leadership étant fondée sur les qualités personnelles du leader. Si je continue de me référer à M.WEBER, il manquerait au cadre "*l'autorité rationnelle légale*" qui est quant à elle assimilable à l'expertise.

Si je me situe maintenant dans une perspective inter catégorielle, je soulignerais l'importance de la confiance réciproque envers les professionnels évoquée par deux cadres en lien avec leur posture managériale. Cette confiance se substitue au manque d'expertise.

Pour compenser ce manque d'expertise, il apparaît dans les entretiens que les cadres s'appuient sur des ressources différenciées, institutionnelles ou hiérarchiques d'une part et transversales ou horizontales d'autre part.

3.3.5 Les ressources

- Institutionnelles

Contrairement à l'enquête exploratoire dans laquelle apparaît clairement l'appui de l'institution comme ressource pour le cadre, les entretiens ont révélé justement le peu d'appui qu'apporte l'établissement dans ce contexte. Le rapport élaboré par Chantal De SINGLY semble faire le même constat lorsqu'il préconise entre autre le développement d'un projet managérial au sein du projet d'établissement afin d'asseoir la place des cadres au sein des établissements.

Parallèlement, les cadres rencontrés ont mis en place un réseau de ressources auprès de leurs collègues et des formateurs entre autres.

- Transversales

Les relations avec les collègues cadres issus des autres filières et les formateurs permettent au cadre de développer les "*connaissances nécessaires à la compréhension de son contexte*" s'inscrivant dans la définition des compétences de Francis MINET. Ces ressources s'inscrivent également dans la construction de l'identité professionnelle du cadre qui, selon Claude DUBAR se construit "*dans et par les interactions*". Le lien entre ces deux notions se fera à travers la théorie de Norbert ALTER qui décrit les trois dimensions interdépendantes dans la construction identitaire et notamment "*la nature du poste de travail et donc la compétence*".

Cette première partie de l'analyse démontre que la construction identitaire du cadre se forge donc à travers la connaissance de la discipline, l'expérience professionnelle antérieure avec le travail interprofessionnel, les liens avec les collègues et autres personnes ressources. Dans un cadre élargi, cela rejoint le positionnement du CEFIEC lorsqu'il définit les compétences du cadre de santé trouvant leurs origines dans trois domaines complémentaires : le métier d'origine, les différentes formations dont celle en IFCS et les expériences professionnelles.

Ces facteurs permettront au cadre d'adapter sa posture et ses pratiques managériales.

3.3.6 Posture et pratiques managériales

Cette partie a été longuement développée par les cadres rencontrés à travers plusieurs dimensions décrites lors du traitement des données. Toutes s'apparentent à un style de management se voulant à la fois participatif et démocratique qui rejoint la conception définie par Ronald LIPPIT et Ralph WHITE comme quoi "*les décisions résultent de discussions entre le leader et les membres du groupe*". Par contre, il apparaît clair que les cadres ne se situent pas dans une posture managériale de "*laisser-faire*". Ils ne restent pas passifs, le groupe ne travaille pas en toute liberté. Même si trois cadres évoquent l'autonomie du personnel, ils n'en gardent pas moins une fonction de supervision ou de contrôle. Il en est de même pour la délégation et la notion de personnes référentes évoquée par cinq cadres.

Si je reprends le schéma de TANNENBAUM et SCHMIDT, le management des cadres se situe dans la seconde moitié du continuum entre le "*cadre propose une décision qu'il est prêt à modifier*" et "*après définition des limites, le cadre laisse le groupe décider dans un cadre défini*".

Concrètement ils sollicitent l'équipe et la participation des professionnels. Pour mener à bien ce type de management, les cadres mettent en avant la communication et l'échange avec l'équipe. Cela rejoint un des quatre axes définissant les rôles et missions du cadre de santé exerçant en milieu hospitalier inscrits dans l'annexe à la circulaire de 1990.

Toujours dans la posture et les pratiques managériales, il est possible d'associer la prise en compte des compétences individuelles et la nécessité pour le cadre de conduire un management à la fois individuel ou propre à chaque groupe professionnel et un management collectif. Cela rejoint à la fois la spécificité du monde hospitalier décrit par Josette HART et Sylvie LUCAS d'une part et donc la prise en compte des identités professionnelles de chacun d'autre part.

C'est la première étape dans la construction d'une compétence collective qui, nous l'avons vu dans le cadre théorique, se génère autour d'un sentiment d'appartenance à une équipe et se distingue de la somme des compétences individuelles qui la composent car "*les compétences des membres ne s'additionnent pas, elles se potentialisent et se renforcent mutuellement*". Dans ce sens, "*chaque membre d'une équipe est une ressource pour les autres*" et pour atteindre cet objectif le positionnement du cadre est important. Il se positionne en tant que leader qui cherche à mobiliser et à entraîner l'adhésion des membres de l'équipe en vue d'un but commun : le projet centré sur le patient. Le défi, tel que le décrit Bruno FORTIN consiste alors "*à respecter l'apport spécifique des disciplines tout en favorisant la synergie et l'éclosion d'une identité propre à l'équipe*".

Tout ce que je viens de développer s'inscrit dans les composantes et conditions d'émergences d'une compétence collective définies par Guy Le BOTERF et abordées dans le cadre théorique. De la même manière les propos des cadres se rapprochent des pré-requis énoncés par Dominique CIGAN quand il évoque la composition pluri professionnelle, le cadre fédérateur, l'objectif commun et des moments de partage.

Je peux en déduire que les cadres rencontrés tendent vers le développement d'une équipe interdisciplinaire qui repose sur le dialogue, l'échange de connaissance, les interactions et l'enrichissement mutuel entre les différents membres de l'équipe.

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.

4 Retour sur les hypothèses

La première hypothèse formulée était la suivante : Un cadre de santé, issu de la filière soignante et quelle que soit sa formation initiale peut manager une équipe pluriprofessionnelle. Il s'avère qu'elle se vérifie à double titre : le vécu des cadres rencontrés d'une part et l'évolution de la fonction d'encadrement à l'hôpital d'autre part. Cependant, il apparaît deux limites à ce type d'encadrement. La première est d'ordre statutaire ; en effet si je me réfère au décret de 1995, le cadre ne peut exercer sa fonction qu'après de professionnels issus de la même filière initiale. La seconde est liée à la légitimité du cadre ; il est clair que ce type d'encadrement nécessite une connaissance de la discipline dans laquelle s'inscrit l'équipe. Le cadre palie au manque d'expertise technique par la connaissance de la discipline, par l'appui que lui apporte l'institution et surtout des personnes ressources mais aussi par son expérience professionnelle antérieure au sein d'équipes pluriprofessionnelles. La relation entre nature du poste et légitimité liée à l'expérience professionnelle constitue donc la limite essentielle à la vérification de cette première hypothèse.

La seconde hypothèse était liée au fait que le cadre de santé, dans sa posture à la fois d'animateur et d'accompagnateur et quelque soit sa filière initiale va favoriser le travail collectif de l'équipe et ainsi contribuer à une meilleure prise en charge du patient. Il ressort suite à ce travail de recherche qu'effectivement le cadre de santé va favoriser la dimension interprofessionnelle de l'équipe et l'émergence d'une compétence collective. Il s'appuie pour cela sur un management démocratique, une prise en compte à la fois de l'identité professionnelle de chaque membre de l'équipe tout en cherchant à construire et à forger une culture commune. Comme le cadre, dans le contexte choisi, ne peut maîtriser tous les savoirs liés à l'expertise de chaque membre de l'équipe, il va, par son type de management, chercher à fédérer l'équipe autour d'un projet commun centré sur une prise en charge optimale du patient. Oui, le cadre se situe dans une position d'animateur du fait qu'il sollicite les professionnels et les incite à s'impliquer dans la construction d'une équipe interprofessionnelle. Oui, le cadre est aussi un accompagnateur dans le sens où il favorise l'autonomie des professionnels et s'inscrit dans un processus de délégation sans

pour autant perdre sa légitimité hiérarchique et sa fonction de supervision. Sur le plan sémantique, un accompagnateur est "*une personne qui encadre et guide un groupe*"⁵⁰ et se révèle donc un terme approprié à la posture managériale qui résulte de cette recherche.

Conclusion

L'encadrement hospitalier, en lien avec la transformation de l'hôpital, voit ses fonctions évoluer. Il est impliqué à la fois dans une logique budgétaire et dans un processus d'amélioration de la prise en charge des patients à travers une démarche qualité. Le cadre de santé se positionne désormais comme un manager plus que comme un expert en soins.

Même si la réglementation relative à l'encadrement des professionnels de santé ne permet pas encore, malgré un diplôme unique, d'exercer sa fonction auprès de soignants issus d'autres filières, il s'avère que dans la réalité cette situation existe comme le démontre les entretiens effectués. Dans ce sens, "*si on a une équipe pluriprofessionnelle on ne pourra jamais avoir la même formation que chaque personnel*" dit justement un des cadres rencontrés.

Par ailleurs, il sera plus facile d'inclure le patient comme acteur de son suivi, comme l'initient les lois de 2002 et 2005, si dans un premier temps les professionnels intervenant auprès de lui s'inscrivent dans une démarche interprofessionnelle concertée. Pour développer une prise en charge de qualité, les compétences s'axent autour de la capacité du soignant d'interagir avec la personne soignée, les autres membres de l'équipe d'une part et d'autre part la nécessité de s'adapter aux différentes situations et contextes de soins. Dans ce sens, l'interprofessionnalité cherche à favoriser les relations d'échange, de travail et de collaboration dans un espace commun afin d'offrir une complémentarité suffisante pour atteindre un but collectif.

Dans cette perspective, le cadre de santé a un double rôle en lien avec les processus nécessaires à l'organisation d'une équipe. Il favorise à la fois l'activité de ses membres par rapport à ses buts et il forme, maintient et en renforce la cohésion.

Pour cela, le cadre construit son identité professionnelle en lien avec la nature du poste qu'il occupe. Il développe des compétences qui trouvent leur origine dans plusieurs domaines : l'expérience professionnelle antérieure au sein d'équipes pluriprofessionnelles et l'appui de personnes ressources aussi bien sur le plan institutionnel qu'à travers un réseau de connaissance. La formation en IFCS est aussi une des étapes de ce processus.

⁵⁰ Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. Ibid. p37

Cette construction identitaire demande de la part du cadre un investissement important dans la recherche d'informations en lien entre autres avec la formation initiales des différents membres de l'équipe d'une part et d'autre part dans l'adaptation de son type de management aux différents professionnels.

A l'issue de ce travail de recherche, il m'apparaît plus important de partager avec les membres de l'équipe une connaissance de la discipline (rééducation, psychiatrie, gériatrie entre autres) que d'être issu de la même filière professionnelle. Le cadre infirmier exerçant en psychiatrie ou en réadaptation par exemple, se sentira plus proche, aura plus de partage de savoirs avec un professionnel issu de la filière de rééducation qu'avec un infirmier travaillant dans un service de soins intensifs.

Cela m'amène à dégager quelques perspectives professionnelles et à envisager mes futures fonctions de cadre de santé. Ce travail de recherche me permet de cerner les bases du type de management que j'adopterais dans ce contexte d'équipe pluriprofessionnelle afin de tendre vers une interprofessionnalité. Cela sous-entend entre autres, de l'écoute, de la communication, un échange, une connaissance des compétences individuelles qui me permettra d'identifier des personnes ressources. Pour se faire, il est nécessaire d'avoir une stabilité du personnel et une volonté commune de travailler ensemble. C'est dans cette dimension que j'aurais toute ma place, en initiant un esprit d'équipe, un partage des savoirs, une culture commune associée au respect des identités professionnelles de chacun et une prise en charge concertée des patients. L'élaboration d'un projet de service sera un élément fédérateur autour d'une amélioration de la prise en charge des patients. Mais pour aboutir, cette démarche ne peut être isolée, il me semble pertinent qu'elle s'inscrive dans une dimension plus large en lien avec le projet de pôle.

Mon objectif professionnel s'inscrit à moyen terme dans un projet d'extension du service de réadaptation auquel je serai affectée à mon retour. Je voudrais m'appuyer sur ce travail de recherche pour développer la notion d'équipe interprofessionnelle au sein de cette future unité et également asseoir ma légitimité auprès des professionnels impliqués. Cette perspective sous-tend plusieurs conditions révélées lors de la réalisation de ce mémoire. En effet, il apparaît clairement qu'encadrer une équipe pluriprofessionnelle ne peut être une fonction improvisée. Mes expériences au sein d'équipes pluriprofessionnelles de réadaptation, ma connaissance de la discipline et de l'institution ainsi que le réseau de personnes sur lesquelles je pourrai m'appuyer sont autant d'éléments qui faciliteront mon positionnement.

Bibliographie

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 10/12/2011).
- 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 10/12/2011).
- Décret du 31 décembre 2001 portant statut particulier du corps des cadres de santé de la fonction publique hospitalière. Disponible sur http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?jsessionid=C0132BB80F56842198595F60B203C108.tpdjo02v_1?cidTexte=JORFTEXT000000592539&categorieLien=id. (Consulté le 30/11/2011).
- Arrêté du 18 août 1995. Annexe 1. Disponible sur <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000738028&dateTexte=&categorieLien=id>. (Consulté le 30/11/2011).
- Réforme des études Soins Infirmiers. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/reforme-etudes-soins-infirmiers.html>. (Consulté le 30/11/2011).

Rapport

- Ministère en charge de la santé. Rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de SINGLY. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/rapport-de-la-mission-cadres-hospitaliers-presente-par-chantal-de-singly.html>. (Consulté le 18/01/ 2012).

Ouvrages

- ALBARELLO Luc. *Apprendre à chercher*. 3^{ème} édition Bruxelles : De Boeck, 2007, 207p.
- ALTER Norbert. *Sociologie du monde du travail*. Paris : PUF. 2006, 355p. (Quadrige manuels).
- ANZIEU Didier et MARTIN Jacques-Yves. *La dynamique des groupes restreints*. 1^{ère} édition 1968, PUF, 2007, 416p. (Quadrige manuels).
- CAUSER Jean-Yves, DURAND Jean-Pierre et GASPARINI William. *Les identités au travail, analyses et controverses*. Toulouse, Octarès Editions, 2009, 333p.
- FISCHER Gustave-Nicolas. *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale*. 3^{ème} édition Paris : Dunod, 2005, 278p.

- FORMARIER Monique et JOVIC Ljiljana. *les Concepts en Sciences Infirmières*. Lyon : Editions Mallet Conseil-ASRI, 2009, 290p.
- HART Josette et LUCAS Sylvie. *Management hospitalier : stratégies nouvelles des cadres*. Paris, Lamarre, 2002, 180p.
- HESBEEN Walter. *La qualité du soin*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier Masson, 2002, 208p.
- LE BOTERF Guy. *Construire les compétences individuelles et collectives : agir et réussir avec compétence*. 4^{ème} édition. Paris : Editions d'Organisation. 2006, 271p.
- Le Petit Larousse illustré. LAROUSSE. 100^{ème} Edition. 2005.
- MARCHAL Arlette et PSIUK Thérèse. *Le paradigme de la discipline infirmière en France*. Paris : Seli Arslan, 2002, 188p.
- MISPELBLOM BEYER Frederik. *Encadrer un métier impossible ?* seconde édition. Paris, Armand Colin, 2010, 298p.
- MUCCHIELLI Roger. *Le travail en équipe*. 12^{ème} édition. Issy-les-Moulineaux : ESF, 2011, 203p. (Collection formation permanente).
- Recueil des principaux textes relatifs à la formation préparant au diplôme d'Etat et à l'exercice de la profession d'infirmier. Uzès : SEDI, Août 2011, 228p.
- SAINSAULIEU Renaud. *L'identité au travail*. 2^{ème} édition. Paris : Presses de la Fondations Nationale des Sciences politiques, 1985, 460p.

Mémoires et thèse

- REINHARDT Sophie. *Entre activités, parcours et formation des cadres de santé, quels processus de construction des compétences ?* Thèse Doctorat Sociologie. Paris : Université Paris8 - Vincennes Saint-Denis Ecole Doctorale de Sciences Sociales, 2011, 385p.
- LOCHET Nathalie. *La légitimité une attention particulière pour le cadre de santé*. Diplôme cadre de santé. Rennes : GREFOPS, 2011, 97p.

Articles

- DUBAR Claude. Identités professionnels, le temps du bricolage. *Revue Sciences Humaines* n°114. 03/ 2001.
- GIGAN Dominique. La compétence collective existe, je l'ai rencontrée. *Les cahiers hospitaliers*. 09/ 2010. p 33.
- FERONI Isabelle et KOBER-SMITH Anémone. La professionnalisation des cadres infirmiers : l'effet de l'action publique en France et en Grande-Bretagne. *Revue française de sociologie*, 3/2005, vol. 46, pp. 469-494.
- LE BOTERF Guy. Les compétences de l'individuel au collectif. *Soins Cadres* n°41. 02/2002. p 20.

Support électronique

- Cadre de santé de proximité et cadre de santé de pôle. Disponible sur <http://www.metiersfonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr/fichiers_repertoire/Prospective_CadresdeSante.pdf>. (Consulté le 4/02/2012).

- Définitions contextuelles. Disponible sur <<http://www.cna-aiic.ca/fr/formation-continue/ressources-inf-fusion-pour-la-pratique/trousse-de-soins-primaires/definitions-contextuelles/>>. (Consulté le 3/12/2011).
- Dictionnaire Trésor de la langue française informatisé. Disponible sur <<http://atilf.atilf.fr/dendien/scripts/tlfiv5/affart.exe?28;s=1955286705;?b=0>>. (Consulté le 15/01/2012).
- FORTIN Bruno. Qu'est-ce que l'interdisciplinarité ? Disponible sur <<http://www.psychologue.levillage.org/sme1020/1a.html>>. (Consulté le 3 /12/2011).
- Le leadership. Disponible sur <http://www.psychologie-sociale.com/index.php?option=com_content&task=view&id=249&Itemid=94>. (Consulté le 24/04/2012).
- Le management hospitalier. Disponible sur <<http://www.revue-hospitaliere.fr/Revue/Revue-Hospitaliere-de-France/A-propos/LE-MANAGEMENT-HOSPITALIER>>. (Consulté le 15/01/2012).
- Les clés du management. Disponible sur <http://www3.ac-clermont.fr/stg/IMG/pdf/3_doc_demo_celeades.pdf>. (Consulté le 24/04/2012).
- MINET Francis. Des compétences à la validation. Disponible sur <<http://www.alfacentre.org/vae/pdf/2004-06-02%20Conference%20Competences.pdf>>. (Consulté le 5/12/2011).
- MINET Francis. Pratiques du management. Disponible sur <http://ww1.cnam.fr/pole-ecogestion/IMG/pdf/2010_CNAM_EME_146_Le_management_de_proximite.pdf>. (Consulté le 12/01/2012).
- Missions et fonctions principales des surveillants. Disponible sur <<http://cadredesante.com/spip/spip.php?article74>>. (Consulté le 12/01/2012).
- Référentiel métiers-compétences des cadres de santé. Disponible sur <http://www.cefic.fr/wa_files/R_C3_A9f_C3_A9rentiel_20de_20comp_C3_A9tences_20des_20cadres_20de_20sant_C3_A9_20vers_209.pdf>. (Consulté le 4/02/2012).
- Rencontres de la Gouvernance du 20 mars 2008. Disponible sur <http://www.cjdes.org/docs/Newsletter_N_5_Observatoire_de_la_Gouvernance_du_CJDES_2_.pdf>. (Consulté le 12/03/2012).
- S'affirmer en tant que manager. Disponible sur <http://lexpansion.lexpress.fr/management/s-affirmer-en-tant-que-manager_166441.html>. (Consulté le 13/03/2012).

Interventions à l'IFCS

- LE BASTARD Virginie. *Asseoir son leadership*. Ecole Supérieure Montsouris. 13/03/2012.
- LEDESMA Enrique. *Introduction au management*. Ecole Supérieure Montsouris. 30/09/2011.
- MARTIN Olivier et SOUCIET Pierre. *Le cadre de santé "ergothérapeute", expérience en Psy et "MCO"*. Ecole Supérieure Montsouris. 03/01/ 2012.
- PENSO-LATOUCHE Annick. *Analyse de l'activité et compétences*. Ecole Supérieure Montsouris. 27/01/ 2012

Annexes

Annexe 1 : Grille d'entretien

Annexe 2 : Tableau typologique des interviewés

Annexe 3 : Résultats des entretiens

Annexe 4 : synthèse des résultats des entretiens

Annexe 1 : Grille d'entretien

Grille d'entretien

Je m'appelle Véronique NISOLLE et suis étudiante à l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'Ecole Supérieure Montsouris. Je souhaite vous interviewer dans le cadre de mon mémoire de fin d'études. Mon thème de recherche s'articule autour des compétences que doit développer un cadre de santé issu d'une filière différente de celles des professionnels qu'il manage pour fédérer l'équipe autour d'une amélioration de la prise en charge du patient.

Cet entretien sera limité à 45 minutes. Les réponses seront exploitées de manière anonymes.

1. Comment vous définissez-vous en tant que cadre de santé aujourd'hui ?
2. Selon vous, quels sont les rôles attendus d'un cadre de santé ?
3. Avez-vous une fiche de poste ?
4. Est-ce un choix d'encadrer des professionnels d'autres filières ?
5. Quels avantages, intérêts avez-vous trouvés à encadrer une équipe de paramédicaux d'une autre filière que la vôtre ?
6. Quels inconvénients, quelles limites ?
7. Qu'est-ce ce requiert selon vous l'encadrement d'une équipe pluriprofessionnelle ?
8. Avez-vous ressenti la nécessité de mettre ne place des outils pour adapter votre encadrement ?
9. Pensez-vous que la technicité ou le savoir de l'expertise assoient le management ?

Talon sociologique :

- Date de la prise de fonction de cadre.
- Formation initiale.
- Ancienneté de prise de fonction dans l'unité.
- Composition de l'équipe.
- Type d'établissement, public/privé.

Annexe 2 : Tableau typologique des interviewés.

	Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Cadre 7	Cadre 8
prise de fonction de cadre	2007	2007	2008	2011	2003	2010	2000	2009
Formation initiale	Sage-femme	orthophoniste	ergothérapeute		kinésithérapeute	infirmier	Sage-femme	psychomotricienne
prise de fonction dans l'unité	2007	Juillet 2011	2010	Janvier 2011	Décembre 2011	2010	2010	2009
Composition de l'équipe	SF, IDE, AS, ASH	Educateurs, psychologue, infirmiers.	Infirmiers, ergothérapeutes, animateur	IDE, AS, AMP, ASH	Kinésithérapeutes orthophoniste, ergothérapeutes, professeurs d'activités sportives adaptées, agent balnéothérapie.	IDE, manipulateurs radio, manipulateurs en imagerie, secrétaires, brancardiers.	SF, AP, AS, ASH Assistante sociale, secrétaires	IDE, AS, secrétaires
Type d'établissement et secteur d'activité	Public Centre hospitalier	Public Médico-social	Public Centre hospitalier psychiatrie	Public EPHAD	Privé Centre de réadaptation	Public Centre hospitalier	Public Centre hospitalier	Public Centre hospitalier psychiatrie
Déroulement de l'entretien : Date, lieu	29/03/2012. Bureau de la cadre.	Entretien réalisé par téléphone le 20/03/2012	30/03/2012 A la terrasse d'un café.	7/04/2012 Domicile	11/04/2012 Bureau de la cadre	14/04/2012 Domicile	17/04/2012 ESM	27/04 Bureau de la cadre
Codage couleur de retranscription	Rouge	Vert	Bleu	Violet	Noir	Marron	Prune	Rose

RESULTAT DES ENTRETIENS

Méthodologie :

- Retranscription intégrale des entretiens.
- Attribution d'un code couleur par entretien.
- Définition et catégorisation des idées centrales.
- Transposition des réponses des personnes interrogées.

1 L'identité professionnelle

➤ Identité professionnelle du cadre

J'ai toujours travaillé avec une équipe multi professionnelle issue des filières médicales et paramédicales. Le fait d'encadrer des professionnels paramédicaux n'a pas été très différente de mes habitudes antérieures parce que j'ai toujours travaillé avec des paramédicaux (aides-soignants et infirmières).

Quand j'ai pris le poste de cadre en consultation cela m'a amené à m'intéresser d'avantage et à me documenter sur les formations paramédicales (IDE) et de ce fait remettre à jour mes connaissances pour pouvoir mieux les encadrer et aussi on est amené à recevoir régulièrement des stagiaires infirmières et c'est important de bien connaître leur cursus universitaire maintenant.

Avant d'être cadre j'ai travaillé pendant 12 années dans des équipes pluri professionnelles paramédicales et éducatives. Après une année de faisant fonction auprès d'équipes pluri professionnelles, j'ai intégré l'école des cadres.

Tout cela pour dire que j'ai toujours baigné dans la pluri professionnalité, de fait déjà de part mon travail d'orthophoniste et ensuite dans l'encadrement d'équipe.

Ce qui a été aussi précieux c'est que moi-même pendant de longues années j'ai travaillé avec des éducateurs et du coup j'ai une vraie représentation de ce qu'est leur travail.

Je me sers de mon expérience de ma connaissance du terrain pour avoir travaillé avec eux et ça c'est précieux.

Si on a une équipe pluri professionnelle on ne pourra jamais avoir la même formation que chaque personnel.

Je suis allée à des réunions d'informations pour faire d'avantage de lien. Mais aussi de faire l'effort d'aller chercher l'information, de m'intéresser aux métiers, aux formations initiales.

Comme je vous le disais, heureusement que j'ai travaillé pendant plusieurs années avec des éducateurs pour être au courant de leur formation initiale.

Il y a toutes les recherches personnelles pour asseoir ce savoir théorique.

Donc, maintenant, on n'est pas cadre du jour au lendemain, et dans ma carrière, cela fait 20 ans que je travaille avec des différents professionnels j'ai connu ce que pouvait faire les collègues autres qu'ergothérapeutes.

Par exemple par rapport au chariot d'urgence, il a fallu que je me sensibilise. Même par rapport à la formation initiale et justement lors de ma formation de cadre j'avais fait un stage en IFSI. C'est pour cela que je disais que les choses se préparent en amont. Au niveau du cœur de métier infirmier, ergo ou autre déjà, on n'apprend pas en prenant un poste de cadre, cela se prépare en amont et au cours de la formation cela peut se faire dans le cadre de stages.

Par contre en ce qui me concerne moi, j'avais demandé ce qu'il en était avant ma formation. Du coup j'ai fait mes stages en conséquence par contre j'aurais organisé les choses en conséquence et consolider mes connaissances si j'avais exactement su dans qu'elle unité je serais affectée.

Moi je suis quelqu'un de curieux de nature. J'ai toujours travaillé avec des collègues issues d'autres professions.

On construit son identité professionnelle avec son histoire d'avant et cela peut-être piégeant. Finalement c'est peut-être plus facile de basculer dans la fonction de cadre (quand on encadre des professionnels issus d'autres filières.). Cela dépend de sa personnalité et si on a du mal à lâcher son métier d'origine. La construction de l'identité du cadre se fait avec son identité professionnelle première.

C'est bien que ce soit une cadre issue de la filière infirmière qui se pose cette question car il y a beaucoup de cadres qui ont d'autres professionnels dans leur équipe et à qui on ne pose pas la question et moi on me la pose systématiquement.

C'est lié aussi au fait que je suis moi-même titulaire dans la fonction publique hospitalière, que je connais bien la structure. Cela fait 12 ans que je suis dans l'institution et donc même si je ne suis pas issu de la même filière, cela fait 12 ans que je suis au contact des différents professionnels et j'avais quand-même une connaissance de ce qui se passait on va dire.

Je me suis renseigné sur les bonnes pratiques professionnelles sachant qu'on s'appuie sur un projet de travail commun. Cela m'a permis de faire une recherche à ce titre et de m'apporter des compléments à ma culture. Cela m'a permis de faire des liens et de répondre à ce qui au départ pouvait être un handicap.

Je ne suis pas complètement dans l'inconnu parce que j'ai toujours travaillé en plateau technique multidisciplinaire donc par altérité j'ai quand même...je ne suis novice dans aucune des professions de rééducation. Donc j'ai pas... à la fois j'encadre des professionnels qui sont issus de filières qui ne sont pas la mienne au départ mais mon expérience antérieure... cela fait 18 ans que je bosse avec ses professions là,.. Cela fait 30 ans que j'ai mon diplôme de kiné et cela fait 18 ans que je travaille en équipe pluridisciplinaire.

On va dire que pendant 10 mois, un an j'en ai bavé beaucoup c'est clair, au quotidien surtout par rapport à la découverte de leurs métiers (les manipulateurs radios) autant sur le plan technique avec les appareils et aussi pour découvrir leur rythme de travail et leurs

habitudes. J'ai mis à peu près un an pour m'acclimater et cela va faire maintenant 10 mois que j'occupe plus la fonction de cadre à travailler sur des axes d'amélioration, des projets où l'équipe est partie prenante aussi.

C'est un gros investissement de formation perso et de recherche d'infos. Cela demande un investissement personnel au-delà de ce que l'institution attend d'un cadre.

Autrement je me suis appuyée sur mon expérience antérieure. J'ai utilisé ce que j'avais mis en place sur XXX et de le transposer sur XXX.

Après il faut dire que tout n'est pas écrit et que l'expérience professionnelle est quelque chose d'enrichissant.

On a, enfin moi j'ai un socle commun avec l'équipe qui est la psychiatrie et c'est ce qui m'a donné ma légitimité.

Les avantages c'est que j'ai un regard qui est en rapport avec mon métier.

J'ai toujours travaillé avec d'autres professionnels, des infirmiers et je me suis appuyée sur cette expérience antérieure. Quand j'étais en poste en tant que psychomotricienne j'ai dû adapter mon vocabulaire au vocabulaire infirmier pour que les informations passent qu'on soit sur un terrain d'entente. J'ai envie de dire que la force qu'on a quand on est dans une position isolée, c'est qu'on a d'emblai cette adaptation nécessaire. Après cette idée de chercher le socle commun dans la communication, dans ce qui nous rassemble moi je l'ai toujours fait dans ce sens là et ça continue. Du coup cela se fait dans l'autre sens aussi maintenant. Je pense que c'est cette carte de visite "psychiatrie" qui a permis d'être cadre dans ce contexte ... et du coup effectivement d'avoir travaillé de tout temps avec des équipes d'infirmiers, d'avoir participé aux réunions ça donne une culture commune. Je ne me verrai pas par contre aller encadrer dans un service de réa ou de grands brûlés, je pense que c'est vraiment la notion de filière qui domine.

La collaboration aide beaucoup. On peut s'appuyer sur des personnes ressources, les autres cadres. On se construit une identité de cadre et c'est ce qui fédère le réseau.

➤ Identités professionnelles des personnels

Pour moi l'intérêt c'est la confrontation de différents points de vue des professionnels issus d'autres filières avec des parcours différents, c'est cela qui est enrichissant pour l'élaboration de projets.

Faire l'effort d'aller chercher l'information, de m'intéresser aux métiers, aux formations initiales.

Adapter son management en fonction des catégories professionnelles qu'on encadre parce que les personnes issues de la filière infirmière sont complètement différentes. Je n'ai pas rencontré un grand fossé entre les métiers de la rééducation mais effectivement un fossé entre la filière infirmière et celle de la rééducation car les rééducateurs sont très autonomes dans leur travail, ils ne sont pas du tout habitués à avoir une hiérarchie au dessus d'eux. Ce sont des cultures différentes, une autre formation, un rôle propre différent.

Au niveau du cœur de métier infirmier, ergo ou autre déjà, on n'apprend pas en prenant un poste de cadre, cela se prépare en amont et au cours de la formation cela peut se faire dans le cadre de stages.

Maintenant il faut être vigilant à la place de chacun vis-à-vis des compétences d'origine même s'il y a des choses communes. Il faut vraiment être clair avec ça et pouvoir accompagner les équipes là dedans : il n'y a pas de confusion des genres. Il y a des missions qui peuvent être commune mais il faut être garant et vigilant à celles spécifiques à chacun.

Pour constituer une seule équipe, il faut que chaque membre ait sa place et ai envie d'être dans une seule équipe et ça c'est très compliqué parce que là pour le coup, l'équipe va de soi au niveau infirmier après il y a des intervenants extérieurs et les autres professionnels sont des intervenants extérieurs qui eux aussi constitue une équipe. Et du coup se sont créés ces équipes par filière je dirais. Même au niveau des plannings qui sont distincts.

Je parlais de discipline et je pense qu'on se spécialise dans une discipline.

J'avais déjà l'habitude d'avoir des ergos, même des professions qu'on n'a pas ici des psychomot... cela donne au moins une connaissance des profils métiers même si ce n'est pas.... ou de la philosophie des métiers.

Quand on sent que le projet du service est autour du projet du patient, c'est pas... il y a une culture commune, il y a une culture commune. Moi je trouve plus facile, cette culture commune des filières de rééducation, elle est importante. Ils sont tous imprégnés de cette culture là. J'ai plus de difficulté par exemple quand je fais des gardes avec les infirmières alors que j'ai toujours bossé dans le monde hospitalier je sens cette différence culturelle qui fait que je suis moins à l'aise. Je ne pense pas le faire. En sachant qu'ici c'est un peu caricatural parce que les infirmières sont toutes jeunes et en tout cas il y en a aucune qui ait travaillé dans le milieu de la rééducation avant d'arriver ici. Et je pense que ce n'est pas tellement la filière, c'est la culture de rééducation qui est importante.

Pour moi, infirmière de rééducation cela existe (rires) et c'est tout là je crois ...enfin c'est au cœur du problème. Je crois que c'est au cœur du problème. Euh... et même quand on regarde les spécificités des infirmiers qui travaillent en géronto, quand on analyse bien leur façon d'organiser leur pensée pour le soin, c'est pas la même chose que la rééducation. Il y a une culture du soin qui est complètement différente alors qu'on pourrait... voilà j'avais l'idée que c'était, qu'il y avait beaucoup de points d'ancrage, de choses qui se superposaient et je crois que c'est faux en fait. Alors est-ce que ça vient de la formation, est-ce que ça vient vraiment de la culture infirmière de base, euh...je sais pas. La notion d'accompagnement elle est vraiment différente, la notion de soin est différente, la culture de soin est différente. C'est pas le soin en soi, c'est la culture du soin qui est différente.

Je crois que ce qui fait fondamentalement la différence entre les infirmières et les kinés par exemple c'est leur positionnement par rapport à leurs décrets de compétences parce que à partir du moment où on décide qu'une profession a le choix des techniques qu'il va appliquer, il y a une grosse culture d'évaluation qui est développée.

Les infirmières et les aides-soignantes sont un peu dans l'excuse quand le patient n'arrive pas à faire quelque chose avec cette idée de l'envie de bien faire, de la soumission au médecin et où finalement la parole n'est pas si libre à dire que cela et qu'il y a quasiment honte à dire « et bien non on n'y arrive pas ». Bien évidemment si on regarde la photo de l'extérieur, on dit « qu'est-ce que c'est que ces rééducateurs qui se la pètent, ils arrivent à tout faire » mais c'est complètement logique, de toute façon même neuro physiologiquement il y a une différence entre faire quelque chose sous supervision et dans

un cadre standardisé et transférer les acquis dans un service de rééducation vers la vie quotidienne.

Le problème c'est que la culture en amont manquant, ils peuvent difficilement se comprendre, quand un kiné dit « il monte un escalier » ou l'ergothérapeute dit « j'ai fait une évaluation de la toilette, me Machin se lave le haut du corps mais ne se lave pas le bas du corps », sans formation, sans ...oui sans formation à la culture du handicap et à l'analyse du handicap, l'infirmière répond inmanquablement « ici on le fait ». La différence entre faire par l'infirmière, faire seul, superviser, c'est une notion qui à mon avis est méconnue.

Il est important de maintenir l'équilibre et ce n'est pas forcément des connaissances d'expertises de chacun des métiers mais de la représentation sociale des métiers qu'on encadre et ça c'est sur le terrain que je pense que cela s'acquiert sans a priori. Pour cela il faut être disponible, les écouter, les observer, connaître un peu l'histoire de chacun des métiers. Je pense qu'il faut connaître aussi un peu la formation de chacun des métiers. Je pense que de la part du cadre cela dépend vraiment des représentations qu'il a de chacun des métiers. Je garde la prétention que le cadre influe et peut modifier la représentation que chacun a de sa profession, peut les valoriser, peut les aider à se positionner et pour cela il ne faut pas survaloriser son métier initial.

C'est sûr que les infirmières de rééducation ont ces compétences là mais elles les ont par l'expérience parce qu'il n'y a rien de formalisé. Le problème est encore plus crucial avec l'aide-soignante qui même en staff, elle a peur de dire que....et en plus elle n'a pas forcément la parole.

Le point fort ici c'est que c'est moi qui les ai recrutés et dans le recrutement j'ai fait attention à la cohésion à la fois à l'intérieur des professions et puis très clairement il y a des candidats que je n'ai pas pris parce que je ne voulais pas que quelqu'un prenne le pas sur les autres.

C'est comme en réunion où je parle de rééducateurs et non de kinés.

Mon aspect des manipulateurs radio avant de les connaître c'était des gens qui appuient sur un bouton pour faire des clichés radio mais je ne me rendais pas compte qu'ils avaient un contact avec les patients dans des situations difficiles (découverte d'une tumeur par exemple). Dans leur formation, la communication et la psychologie ont peu de place et j'ai découvert des personnes qui ont appris à être soignants sans aller à l'école.

Je me suis renseigné auprès des plus jeunes qui sortaient de l'école sur le déroulement de leur formation sur l'évolution de la profession auprès des plus anciennes qui ont connu un véritable bon technologique énorme.

La spécificité du service qui est un service de précarité psychiatrie, c'est une population particulière qui demande aux infirmières un profil particulier j'ai envie de dire avec une grande marge d'autonomie et de prise de décision. C'est des gens qui sont très indépendants, très autonomes. Le revers de la médaille c'est que parfois ce n'est pas facile de mener des projets communs avec des gens qui ont l'habitude de travailler un peu seul. C'est aussi des gens qui ont de la bouteille, beaucoup d'expériences antérieures et une représentation du métier et il faut pouvoir harmoniser tout cela.

C'est un regard différent, on n'a pas les mêmes bagages, les mêmes.... On a, enfin moi j'ai un socle commun avec l'équipe qui est la psychiatrie et c'est ce qui m'a donné ma

légitimité. Je pense par exemple à l'approche corporelle, avec la population qu'on a, on a un regard différent avec les infirmiers c'est pas le même rapport au corps. C'est un partage de cultures qui est intéressant.

Cela m'a demandé plus d'adaptation, plus de boulot pour me mettre à niveau des connaissances infirmières, de la profession, pas de la technique infirmière.

Quand j'étais en poste en tant que psychomotricienne j'ai dû adapter mon vocabulaire au vocabulaire infirmier pour que les informations passent qu'on soit sur un terrain d'entente. J'ai envie de dire que la force qu'on a quand on est dans une position isolée, c'est qu'on a d'emblai cette adaptation nécessaire. Après cette idée de chercher le socle commun dans la communication, dans ce qui nous rassemble moi je l'ai toujours fait dans ce sens là et ça continue. Du coup cela se fait dans l'autre sens aussi maintenant. Je pense que c'était cette carte de visite "psychiatrie" qui a permis de ... et du coup effectivement d'avoir travaillé de tous temps avec des équipes d'infirmiers, d'avoir participé aux réunions ça donne une culture commune. Je ne me verrai pas par contre aller encadrer dans un service de réa ou de grands brûlés, je pense que c'est vraiment la notion de filière qui domine.

L'important c'est de connaître les métiers, les champs de compétences de chacun, ce qu'on peut attendre des gens, ce qu'on peut leur demander, ce qu'on peut exiger d'eux et connaître les zones de recoupement des professions.

2 Les ressources

➤ Approche "transversale"

C'est vrai que ce n'est pas toujours facile de trouver les formations adéquates pour les encadrer au plus près mais les personnels formateurs des IFSI sont disponibles et...

Voilà on travaille en étroite collaboration avec ces formateurs qui n'hésitent pas à se mettre à notre disposition quand on rencontre des difficultés et ça c'est vrai que cela nous aide.

Je suis allée à des réunions d'informations pour faire d'avantage de lien.

C'est à lui de construire son réseau et d'interpeler des collègues d'autres filières par rapport à des questions, une situation où là la notion d'expertise me semble propice ou si justement il a une question par rapport à une expertise ou pas.

Il est important aussi d'avoir un réseau de collègues cadres issus d'autres filières qui sont disponibles.

Moi je me pose des questions et si j'ai le moindre doute, ce qui est de l'ordre de la filière je dirige les questions auprès de mes collègues des différentes filières.

J'arrive à me faire aider par les médecins mais cela dépend de la stabilité de l'équipe médicale. Si je vois qu'une radio n'est pas bonne je passerai par le médecin pour le dire à la personne.

La chance que j'ai c'est que je suis issue de cet établissement et donc je connais bien l'établissement et les personnes et à chaque fois que j'ai des questions administratives ou bien d'autres je "fais appel à un ami" (rires), voilà à des collègues cadres, ou cadres sup sans difficulté. En ce qui concerne l'encadrement des étudiants, il y a un IFSI dans l'hôpital et les encadrants sont extrêmement disponibles et tout à fait prêts à nous aider. Ce

réseau me permis de prendre facilement mes fonctions et de trouver mes marques facilement.

La collaboration aide beaucoup. On peut s'appuyer sur des personnes ressources, les autres cadres.

➤ Approche institutionnelle

J'ai une fiche de poste.

Bien sur il y a des outils institutionnels mais nous avons aussi élaboré ensemble des outils qui permettent de mieux accueillir ces patientes et pouvoir leur proposer une prise en charge correcte. Donc c'est des outils qu'on a personnalisé en fonction des besoins des différents professionnels.

Oui c'est moi qui l'ai rédigée. En fait, quand je suis arrivée sur mon poste, quelques jours après, il y a eu une inspection de l'ARS sur l'établissement qui a mis en lumière qu'il n'y avait aucun écrit qui allait en adéquation avec les lois. Donc nous avons commencé à travailler sur l'ensemble des fiches de poste et moi j'ai rédigé la mienne qui a été validée par la direction des soins.

Je m'appuie sur des grilles d'évaluation dont les critères sont très détaillés.

Ce qui est facilitateur et pas fondamental c'est de connaître l'établissement.

Au niveau de notre établissement on a la chance d'avoir une formation continue et tout ce qui peut-être justement à conforter au niveau des compétences des différents professionnels.

Spécifique à ma fonction, non (fait référence à l'existence d'une fiche de poste). N'importe quel cadre pourrait l'avoir. J'ai le même profil de poste que ma collègue infirmière.

Maintenant est-ce que l'institution elle-même propose...je pense plus au quotidien ou alors inviter le professionnels à participer à la commission des soins. Mais je crois que ce sont des choses très basiques.

Non, (je n'ai pas de fiche de poste) il existe une fiche de poste globale aux cadres de santé.

Une fiche métier. Est-ce que la fiche métier correspond à mon profil managérial, ca c'est une question. C'est une fiche stéréotypée.

Après bien évidemment que c'est un peu lié à l'institution, la possibilité d'aller plus loin sur le réseau formalisé (il y a des procédures qui tournent bien).

Je n'ai pas de fiche de poste précise, il est vrai que cela manque un peu parce que moi au niveau radio il y a un rôle au niveau de l'équipe mais il y a aussi tout ce qui concerne le contrôle de qualité des appareils.

Au niveau institutionnel je n'ai pas eu d'aide, je me suis débrouillé tout seul et je n'ai pas eu d'accompagnement plus que ca c'est peut-être pour ca que j'ai mis 10 mois à émerger.

Pas de fiche de poste à l'arrivée donc je l'ai travaillée avec mon cadre sup. On l'a construite ensemble. C'est une fiche de poste qui correspond à ma fonction et aux objectifs que je me suis donnée.

La seule aide institutionnelle que je peux avoir c'est la cadre sup.

J'ai été embauchée sur une fiche de poste précise pour ce poste là. Elle a été faite parce qu'il n'y avait pas de cadre se santé avant, le service étant rattaché à une autre unité. Elle porte sur l'encadrement des équipes, la coordination, le travail en réseau.

La chance que j'ai c'est que je suis issue de cet établissement et donc je connais bien l'établissement et les personnes et à chaque fois que j'ai des questions administratives ou bien d'autres je "fais appel à un ami" (rires), voilà à des collègues cadres, ou cadres sup sans difficulté.

Tout ce qui concerne les procédures comme les AES et tout cela, c'est assez bien fait sur l'intranet avec les protocoles, les procédures à suivre dans des situations particulières me servent bien. Idem pour les grilles d'évaluations annuelles.

Quand j'ai pris mon poste, il y a eu un espèce de tutorat avec la cadre sup qui m'a recrutée et cela m'a donné un socle de connaissances et sui m'a permis de m'acclimater.

3 La posture managériale/ les pratiques managériales

Il y a toujours une infirmière qui est référente sur laquelle « repose » la responsabilité de la gestion des patientes, des dossiers sur ce poste là et qui assure la transmission aux autre collègues. J'anime aussi des réunions d'équipe avec les IDE, AS, soit ensemble soit séparément.

Il faut se mettre à la portée des différents professionnels ce qui est le plus dur c'est qu'ils n'ont pas la même formation AS, IDE, sage femme. Donc l'information qu'on doit leur apporter doit être adaptée à ces différents professionnels. Je les fais beaucoup participer et en réunion de service je leur demande beaucoup leur avis et je réadapte après en fonction de leurs réactions. Je n'hésite pas à revenir en arrière sur certaines décisions que j'aurais prises et qui après coup je me rends compte que ce n'est pas forcément adapté à leur situation. Je n'hésite pas à faire machine arrière. Mais autrement je les sollicite effectivement beaucoup et c'est plus un échange...un échange...j'évite de leur imposer des choses, des décisions. Je demande leur avis. Et je compose en fonction de ce que ces différents professionnels m'apportent, et je réadapte. Mais je me suis rendus compte... c'est vrai qu'au départ j'avais peut-être tendance à leur imposer certaines choses, ça marche moins bien, ça marche moins bien.

Cela a été un gros travail que j'ai mené avec l'équipe, un travail d'écriture sachant qu'il n'y avait pas eu de révision depuis le projet initial. Il y a eu aussi la mise en place de nombreux outils (livret d'accueil). Il y avait aussi tout le projet partenariat avec les autres secteurs et associations.

Le travail de lien est un des axes très important de mon action au final. Il inclue le travail de proximité avec chaque professionnel de la structure, la mise en place d'outils, les évaluer, les faire évoluer aussi selon leurs compétences. Chacun ne travaille pas dans son coin mais on travaille tous ensemble. Le développement de la compétence collective est très important. Puis également avec les instances. En termes de budget je travaille en lien avec le cadre administratif.

Cela requiert de la confiance par rapport au personnel parce que je suis amenée à déléguer certaines tâches et donc sur des volets que je connais moins et qui demandent de la coopération dans certaines domaines ou je ne me sens moins compétente. Oui je dirais de la confiance dans son personnel pour de la délégation de tâches.

J'ai vraiment coopéré avec eux au sein d'ateliers, de prise en charge. Je ne me contente pas uniquement de données théoriques concernant leur travail. Je me sers de mon expérience de ma connaissance du terrain pour avoir travaillé avec eux et ça c'est précieux.

Je ne suis pas tout le temps sur la structure d'où l'importance de nommer des référents pour pouvoir déléguer.

Je m'inscris tout à fait dans un management participatif et pas du tout répressif. On a travaillé sur l'ensemble des fiches de postes avec les professionnels de la structure. On a décrit les tâches et missions de chacun.

Je les côtoie au quotidien. Certes je suis à même de me rendre compte de leur travail lors de réunions, de temps informels, de leurs difficultés éventuelles. Je ne reste pas enfermée dans mon bureau et je peux me rendre compte de beaucoup de choses.

Adapter son management en fonction des catégories professionnelles qu'on encadre parce que les personnes issues de la filière infirmière sont complètement différentes.

La légitimité que je n'ai pas de part le manque d'expertise, je l'ai par l'animation, la coordination, le management participatif.

Maintenant dans l'accompagnement de l'équipe, de la gestion du comment gérer une situation particulière, ce qui m'a aidé c'est de connaître la discipline au départ.

Le gros du travail quand je suis arrivée cela a été de voir les compétences de chacun et surtout de pouvoir m'appuyer sur des personnes ressources pour tout ce qui est notamment hygiène, accompagnement d'étudiants. Pareil au niveau suivi de traitement.

Je dirais que c'est un positionnement, c'est-à-dire que moi je me pose des questions et si j'ai le moindre doute, ce qui est de l'ordre de la filière je dirige les questions auprès de mes collègues des différentes filières. Par rapport à cela, je pense que j'accompagne bien mon équipe et même par rapport à tout ce qui peut-être complément de compétences à avoir.

Cela ne m'a jamais posé de problème par rapport au management que je pourrai avoir qui est je dirais classiquement situationnel, participatif et directif quand le besoin s'en fait sentir.

J'avais la chance d'avoir une équipe très très dynamique et du coup qui proposait des choses. En fait c'est individu dépendant autant de la part du cadre que de l'équipe.

Quelque soit la composition de l'équipe pour que les professionnels soient assez autonomes dans leur fonctionnement. Autonomes et ayant envie de participer. Pour cela il faut qu'il y ait des éléments moteurs et ça ce n'est pas une question de filière. C'est sûr que s'il y a des éléments moteurs que dans une seule filière cela laisse un peu les autres en plan mais ça c'est aussi la réalité et cela n'a rien à voir avec le type de management.

Je dirais : pas d'outils spécifiques. Peut-être aussi c'est les inviter à tout ce qui peut être actions faites en binômes et favoriser cela, cela peut-être un outil intéressant. Et puis aussi qu'ils s'informent sur ce que fait l'autre sous forme de réunions de synthèse et surtout se baser sur le patient. Le fil rouge qui est vraiment commun, c'est vraiment le travail autour du patient sous forme d'une action, d'un acte, d'une synthèse autour d'un même patient.

Au moment des évaluations, quel que soit le professionnel que j'ai en face de moi je demande ses attentes par rapport à moi et à aucun moment cela a été de cet ordre là. Et je pense que cela allait au-delà de la politesse vis-à-vis du cadre parce que je posais très clairement la question et jamais cela n'a été évoqué.

Je pense qu'en rééducation, il est intéressant pour le cadre d'entendre qu'au niveau du "rendement", le rythme de travail sera autre si l'aide-soignante par exemple collabore avec les rééducateurs par rapport aux actes de la vie quotidienne des patients et s'appuie sur leur expertise.

Ce que j'ai mis surtout en place tourne autour des systèmes de communication d'autant plus que les unités que je gère sont éclatées. Donc je mets en avant d'abord les moyens de communication entre les différentes équipes. Cela va être par des formations, par des réunions et le travail doit se faire aussi en fonction des projets. Après, je recherche la participation des équipes. Sachant que je m'appuie beaucoup sur une présence importante dans les unités, notamment au moment des transmissions. Il y a un contact direct pour faciliter l'échange.

Je m'appuie sur l'infirmière qui sur l'ensemble de la structure tourne dans les différentes unités, qui a une grande capacité et en qui j'ai une grande confiance. Je m'appuie beaucoup sur cette personne là. A la fois pour transmettre, pour faire remonter les informations.

C'est un échange, ils apportent des informations et cette culture là est liée à l'encadrant lui-même selon moi.

C'est lui faire confiance, j'aurai tendance à dire c'est lui faire confiance. La communication entre l'encadrant et les agents cela permet à l'agent d'exprimer ses difficultés s'il en a dans son quotidien. Dans quel type d'actes il a en charge il a des difficultés et au travers de ces difficultés la on va mettre en place une stratégie d'accompagnement de l'agent et peut-être apporter une réponse au travers d'une formation complémentaire.

Moi j'axe beaucoup mon fonctionnement autour de la communication et de la confiance mutuelle. Le fait de ne pas avoir la légitimité sur le plan technique fait qu'il faut à un moment donner qu'on puisse gagner cette confiance là et je pense que du coup on a tendance à renforcer un peu ce biais là et travailler là dessus.

Cela ne veut pas dire tout porter seul sur les épaules : dans le cadre du projet, le cadre qui porte et transmet le projet va s'entourer de personnes ressources. A mon sens c'est plus simple de construire une équipe de cette manière là plutôt que de partir avec au sein d'une même unité différents encadrants qui n'auront pas forcément les mêmes objectifs.

L'autonomie des professionnels pour moi c'est essentiel. L'autonomie de façon individuelle, à l'intérieur de chaque profession, et en tant que plateau technique de rééducation collectivement.

Gestionnaire je le fait parce que c'est un moyen de mettre les choses au carré. Alors est-ce que l'institution ici attend ce style managérial, je ne sais pas, tant que ça passe, euh...ca passe (rires)...Là le service, il a 18 mois, ça tourne bien et je ne suis pas sûre que ce qu'on me demande réellement, enfin ce n'est pas explicite, ce qu'on me demande réellement c'est l'autonomie des professionnels. Je crois qu'il y a un cadre local qui est plus dans le...comment dire... un profil managérial probablement plus directif que celui que j'ai.

Il y a sûrement un travail à faire pour mettre ça (les cultures professionnelles) en adéquation, moi je vais essayer d'initier des façons de faire en staff parce que là c'est sûr, cette différence de culture plus le rôle du médecin qui se pose bien, ça donne des staffs qui sont beaucoup moins pertinents que cela devrait être.

J'avais proposé de mettre un outil en place à partir de la classification de la CIF (classification internationale du fonctionnement) où à chaque staff on ferait l'analyse de ce qui est possible de faire, de ce qui est fait réellement par des tests en rééducation et ce qui est fait dans le service de soins, ce qui correspond à l'activité, à la participation.

Souvent je fais reformuler quand j'assiste au staff parce que la différence entre faire par l'infirmière, faire seul, superviser, c'est une notion qui à mon avis est méconnue.

Je pense qu'il faut être assez clair comme manager, assez au clair avec ce qu'on veut pour faire de l'accompagnement et pour utiliser le style directif que quand c'est nécessaire et quand il y a urgence parce que pour qu'ils s'auto organisent entre professions il faut leur laisser du champ, il faut leur laisser des espaces de liberté, il faut les laisser se rencontrer, tisser les liens en fait. Il faut qu'ils arrivent à tisser des liens entre professionnels, et moi je suis à distance pour cela, il faut qu'ils arrivent à tisser leur liens. Il y a des réseaux informels dans l'équipe, il y a des réseaux qui sont formalisés, il y a des réseaux informels. Et les réseaux informels, ils marchent bien sur le développement des compétences collectives.

Normalement, je fais une réunion par profession, je les rencontre et on fait le point technique et organisationnel par profession. Ça me permet de voir, de les écouter, de lancer les projets, de réguler les projets et aussi de sentir la tendance pour voir si les liens se créent ou ne se créent pas, où il y a des manques ou pas. En les écoutant j'arrive assez bien à recueillir l'information ce qui fait que quand je prépare la réunion interdisciplinaire je me fais l'ordre du jour et je lance les projets qui me semblent pertinents en fonction de la température dans chacune des professions. Ce qui fait que j'ai un chemin, une ligne directrice c'est qu'il y ait le plus d'échanges interprofessionnels qui soient. Je veux qu'ils apprennent les uns des autres et qu'ils apprennent entre professions les uns des autres. C'est pour ça que quand il y a des stagiaires, tous les stagiaires kinés par exemple vont en ergo. Ça c'est un petit artifice managérial, c'est bien pour le stagiaire et pour moi c'est aussi bien pour l'équipe parce que l'équipe est obligée d'échanger sur le profil du stagiaire. Voilà ça demande du temps et aussi beaucoup de mise à distance. Il faut savoir faire le deuil quelques fois d'un idéal avec une résolution rapide de tous les problèmes.

Oui...écoute, mise à distance, faut pas être pressé. Il faut les laisser se construire.

Il y avait déjà des référents en place donc j'ai travaillé avec eux, c'est eux même qui m'ont quasiment appris à gérer les stocks. Et après comme c'est 2 unités importantes j'ai redélégué à certaines personnes la gestion de certaines choses (commandes matérielles). Bon je sais maintenant à quoi ça sert, ce qu'il faut, combien on consomme. J'ai juste un œil dessus et par contre ils m'informent quand ils font une commande car ce sont des commandes coûteuses donc pas de périmés...

A mon arrivée, je leur ai dit que je n'allais pas leur apprendre leur métier mais que je pouvais moi leur apporter des choses et qu'ils allaient m'expliquer leur métier. C'est comme cela que je me suis positionné. En plus je n'ai pas le droit d'exercer leur métier c'est clair et net.

Après les rôles du cadre ouais donc gestion des ressources humaines, gestion matérielle en partie déléguée, donner une autonomie au personnel au niveau du planning par exemple. Cela a impliqué de les éduquer au niveau de la législation.

C'est aussi la délégation qu'on va donner aux autres. Si je prends un exemple au niveau du logiciel qui gère les patients en imagerie, il y a une personne qui est ressource, moi j'ai fait une formation, elle a fait la même que moi ainsi qu'une jeune qui n'est pas encore ressource mais je veux qu'elle soit ressource une au niveau radio et une au niveau scanner. Par exemple dans le développement du dossier informatique j'ai commencé à leur en parler en les impliquant, on va se partager, je leur explique où on va. Alors après le management participatif ça va être au quotidien, c'est pas formel, c'est des choses simples. Dans l'équipe ils sont 22, 13 par jour, 10 postes différents je fais des points infos 2 ou 3 fois dans la semaine. Je privilégie la communication directe.

Elles vont pouvoir être référente dans leur domaine. Je pars du principe que le cadre de proximité ne peut pas tout faire, il faut donner des référents pour des missions particulières. Alors les référents doivent être volontaires et il faut trouver les bonnes personnes qui ont envie de s'investir. Je vais faire participer l'équipe mais derrière au final le contrôle c'est moi qui l'est. Après si j'ai le contrôle ce n'est pas en l'imposant, il faut faire des choix avec une équipe, il faut que cela émerge de l'équipe et si les idées n'aboutissent pas, il faut que je dise pourquoi. J'ai des connaissances que l'équipe n'a pas (budget, réglementation, politique de l'établissement) et qui vont justifier mes réponses.

On a mis des nouveaux outils en place pour permettre la reconnaissance de tous les professionnels de l'équipe.

Lors des évaluations, je sors avant leurs compétences. Après dire si une est plus experte que l'autre ce n'est pas facile. Après suivre une évaluation c'est aussi suivre le relationnel, sa place dans l'équipe. Cela ne me pose pas de souci, personne ne m'a reproché que je ne connaissais pas le boulot. En fait j'ai dans mon bureau un dossier d'infos relatif à chaque profession. Si tu connais bien les personnes, leurs compétences et si tu respectes leur travail ce n'est pas un problème. Si le dialogue est clair, argumenté et les objectifs posés, je pense qu'il n'y a pas de souci.

Je suis accessible à l'écoute et que je respecte toutes les catégories professionnelles.

Et puis il faut permettre la circulation des idées, des choses au sein de l'équipe, voilà.

Les avantages c'est que j'ai un regard qui est en rapport avec mon métier, j'ai pas le cursus infirmier. Nos différences permettent un échange et de croiser nos idées, nos regards. Je pense par exemple à l'approche corporelle, avec la population qu'on a, on a un regard différent avec les infirmiers c'est pas le même rapport au corps.

Je ne me verrai pas par contre aller encadrer dans un service de réa ou de grands brûlés, je pense que c'est vraiment la notion de filière qui domine. Après quand on reste dans la filière du soi, je pense que je pourrais aller encadrer dans une EHPAD, c'est aussi une population que j'ai côtoyée en tant que professionnelle. Après si c'est vraiment très éloigné de ce que j'ai connu en tant que professionnel je pense que j'aurai un petit peu de mal.

Après ce qui rassemble c'est le projet autour du patient, un projet de soin commun et chacun apporte sa pierre à l'édifice.

Le partage de nos expériences permet de faire avancer les gens qu'on suit.

L'encadrement que j'ai par rapport à l'équipe tourne forcément autour de l'échange. L'échange est une notion essentielle ici que ce soit entre les professionnels et les patients mais aussi entre les professionnels entre eux.

J'ai un management que je qualifierais de participatif obligatoirement mais pas trop. Le participatif a des limites. Il y a un moment où les gens attendent qu'on tranche et n'ont pas forcément envie de participer à la décision.

4 La représentation de la fonction cadre

Je suis avant tout sage-femme et cadre ensuite.

Je ne me mettrais pas dans une catégorie particulière, un cadre c'est vraiment un professionnel qui change de casquette. A un moment donné il est gestionnaire, il gère l'équipe, il anime des réunions d'équipe de différents professionnels.

Oui j'ai les 2 casquettes. A cette casquette de gestionnaire, gestionnaire sur tous les plans, gestionnaire par rapport à l'équipe paramédicale. Au niveau de la maternité on mutualise en fait le personnel en fonction de la charge de travail. Régulièrement on se réunit et en fonction des difficultés des différents secteurs de la maternité il y a une entraide au niveau du personnel qui est en poste. On rencontre en ce moment des difficultés liées à l'absentéisme il y a une entraide et on demande aux professionnels en fonction des possibilités d'apporter une aide.

C'est très enrichissant parce que nous n'avons pas du tout la même formation.

Je dirais qu'un encadrement unique de ces différents professionnels est un plus pour fédérer une équipe parce qu'elles entendent les mêmes consignes, les mêmes « directives ». C'est important qu'il y ait au sein d'un service un manager qui gère l'ensemble des personnels pour que les informations qui sont données soient les mêmes et sont entendues de la même façon. C'est un plus dans le projet de service, la prise en charge du patient.

Je le savais d'emblée, je ne pouvais pas encadrer des équipes seulement d'orthophonistes, cela n'existe pas. Même si cela avait été sur une équipe de rééducation, il y aurait eu d'autres professionnels (kinés, ergo). Je le savais d'emblai et c'est quelque chose qui n'est pas nouveau pour moi ni de surprenant.

Mon rôle je dirais plutôt coordinateur. Mon rôle consiste bien sûr dans le management de l'équipe pour l'élaboration des projets individualisés des patients et aussi un gros travail l'an dernier pour la mise en place de notre projet d'établissement.

C'est un équilibre en lien avec les différents acteurs. (En lien avec les rôles attendus d'un cadre).

Confrontation de différents points de vue des professionnels issus d'autres filières avec des parcours différents, c'est cela qui est enrichissant pour l'élaboration de projets.

Je pense qu'il y aurait vraiment eu de l'intérêt à ce qu'il y ait des professionnels de différentes filières. Voilà donc pour moi c'est enrichissement de part le partage des points de vue : dans l'élaboration de projet.

Je m'inscris tout à fait dans un management participatif et pas du tout répressif. On est vraiment dans la participation d'autant qu'on est une équipe qui est totalement renouvelée et du coup il y a eu tout ce travail de fédération de l'équipe qui a été important avec une fédération autour de projets entre autre le projet d'établissement. Une stabilisation et l'équipe et une confiance ont commencé à s'installer.

Voilà mieux connaître le métier assoit la légitimité parce que je peux en parler avec eux, parce que j'ai des représentations très claires à ce niveau là et cela me donne même si je n'ai pas la technicité et la formation initiale j'ai néanmoins une légitimité.

La légitimité que je n'ai pas de part le manque d'expertise, je l'ai par l'animation, la coordination, le management participatif.

Je rajouterai à ne pas hésiter en tant que cadre à dire « je ne sais pas » et qu'on va se renseigner. Il faut faire preuve d'humilité, c'est essentiel de ne pas être dans la toute puissance des savoirs parce qu'on ne peut pas tout savoir. Je pense qu'on sera d'autant plus reconnu.

Manager pour moi c'est déjà connaître les compétences de chacun puisque je n'ai pas la compétence technique. Comme je n'ai pas les compétences techniques, pour moi l'objectif c'est de s'assurer des compétences par rapport aux missions. Cela veut dire qu'en amont, il me faut connaître les missions des professionnels qui font partie de mon équipe. Ça c'est fondamental.

Donc, maintenant, on n'est pas cadre du jour au lendemain.

Je pars du principe qu'un cadre ne sait pas tout.

Dans l'accompagnement de l'équipe, de la gestion du comment gérer une situation particulière, ce qui m'a aidé c'est de connaître la discipline au départ. Ce qui est fondamental pour moi c'est d'un de connaître la discipline au départ. Là, le fait de connaître la discipline et de pouvoir rassurer au niveau de la clinique ce qui est quand même le fond en psychiatrie avec une jeune équipe c'est fondamental.

Mais je pense ce qui a été pour moi fondamental cela a été de connaître la discipline.

Maintenant je dirais que c'est assez généraliste : management, tout ce qui peut-être aussi garantir le projet thérapeutique du patient, tout ce qui est articulation avec les familles, les médecins et donc là par rapport aux médecins le fait de connaître les patients a été suffisant par rapport à mon expérience. Maintenant si le médecin veut une experte au niveau suivi médical, au niveau du suivi thérapeutique pur, je n'aurais pas pu jouer les gardes fous comme on dit. Mais les choses étaient claires au départ et c'est dans l'articulation qui se fait avec les médecins que chacun trouve sa place. Maintenant il y a beaucoup de gestion administrative, d'effectifs de soignants avec la pénurie d'infirmières, la gestion des lits et ça je dirais quelle que soit la formation initiale le problème reste le même.

Je pense que c'est une ouverture à avoir au-delà des recherches personnelles. (En lien avec le positionnement et le fait de se référer à des collègues des différentes filières).

Je pense qu'au niveau du cadre c'est aussi de part la pression qu'on a et ce qu'on nous met sur les épaules, on est sensé tout savoir dans ce domaine là et comme dans tous les domaines. Je crois qu'il faut avoir la modestie de ça : un cadre a le droit de ne pas tout savoir.

J'ai toujours travaillé avec des collègues issues d'autres professions. Je trouve que cela amène une richesse.

Dans le quotidien on est le nez dans le guidon, on traite l'urgence, l'administratif et on a tendance à être dans sa chapelle.

Au niveau des limites il y a le travail à temps plein ou non au sein de l'unité. C'est important de pouvoir s'inscrire dans l'équipe et aussi le nombre de personnel. Automatiquement quand il y a trop de personnel c'est difficile de mobiliser chacun. C'est

encore plus compliqué si le cadre intervient dans plusieurs unités avec différents professionnels. Et pour le coup, est-ce que faire partie d'une équipe c'est faire partie d'une unité ? Mais cela c'est indépendant de notre volonté et la construction, l'organisation sont en fonction du contexte local et cela va induire les choses et de mon point de vue cela aurait tendance à les induire en ne les facilitant pas. Donc là pour le coup le cadre aura beau se démener dans tous les sens...

Maintenant le cadre n'est pas une super infirmière, c'est une autre fonction. Avoir l'expérience est plus important que l'expertise. Maintenant au niveau de la culture par rapport aux jeunes infirmières, il y a des cadres qui n'ont pas une grande expertise avant du fait qu'on peut être cadre au bout de quelques années. Parfois dans certaines équipes, il y a des infirmiers qui ont plus d'expertise et du coup au niveau de la culture peuvent amener des ficelles du métier plus qu'un cadre issue de la même filière. C'est pour cela que ce que je disais au début d'avoir l'expérience est plus important que l'expertise.

Effectivement plus comme un manager. C'est vrai qu'on a tendance..., on est dans l'esprit du management. On a le sentiment lors de la formation de cadre d'être vraiment dans le management.

L'institution attend du cadre qu'il gère une équipe, qu'il l'anime, qu'il motive pour atteindre les objectifs qui sont posés dans le projet, pour mener à bien les projets. Ce que j'entends mener à bien le projet, c'est toutes les phases on va dire du projet en terme de diagnostic, en terme d'accompagnement des équipes, en terme de mise en place d'actions, de résultats.

Moi l'intérêt que j'y trouve c'est dans le style d'une prise en charge globale surtout dans une structure d'hébergement où on est sensé assurer les soins de base (hygiène, repas, habillage...). On est dans cet esprit là sachant qu'on va au-delà de ça avec tous les membres de l'équipe qui entrent aussi dans la prise en charge autre que le soin en particulier : l'animation au quotidien. On a la particularité dans la structure de faire nos repas et c'est une animation autour de la mise en situation de la préparation des repas.

Donc moi l'intérêt que j'y trouve c'est qu'effectivement, j'ai du personnel qui a une vision qui peut se rapprocher plus d'une vision globale de la prise en charge des résidents. On doit être de toute façon dans cet esprit là puisqu'on est vraiment régit par la loi de 2002 qui met le patient au cœur du système.

C'est un échange, ils apportent des informations et cette culture là est liée à l'encadrant lui-même selon moi.

Dans la position d'entre 2 pour moi ce que j'ai toujours tendance à dire, ce qui est important pour moi c'est à la fois d'avoir la confiance de la hiérarchie et la confiance des équipes. Voilà, si j'ai ni la confiance de l'un ou de l'autre et encore pire des 2 cela doit remettre en question mon positionnement. C'est ma philosophie dans ma position d'encadrant.

Le fait qu'il y ait un seul cadre sur l'ensemble de l'équipe pluridisciplinaire, il va partir avec ses propres valeurs, avec son fonctionnement et il va transmettre la même chose à chaque agent. C'est pour moi un gage supplémentaire pour permettre justement de fédérer les équipes. Cela ne veut pas dire tout porter seul sur les épaules : dans le cadre du projet, le cadre qui porte et transmet le projet va s'entourer de personnes ressources. A mon sens c'est plus simple de construire une équipe de cette manière là plutôt que de partir avec au

sein d'une même unité différents encadrants qui n'auront pas forcément les mêmes objectifs.

Moi c'est manager coordinateur. L'aspect gestionnaire, bon il faut le faire mais c'est pas du tout, enfin c'est un des moyens du management, ce n'est pas une fin en soi. L'équipe est assez riche, donc si on doit choisir, je pense que l'aspect coordination des professionnels est le point numéro 1 de mon activité. Euh... le deuxième point qui me tiens à cœur c'est l'autonomie des professionnels et cela je pense qu'on en reparlera mais c'est inhérent à justement à cette position où il y a à manager des gens qui sont issus de filières très différentes.

Gestionnaire je le fait parce que c'est un moyen de mettre les choses au carré. Alors est-ce que l'institution ici attend ce style managérial, je ne sais pas, tant que ça passe, euh... ça passe (rires)... Là le service, il a 18 mois, ça tourne bien et je ne suis pas sûre que ce qu'on me demande réellement, enfin ce n'est pas explicite, ce qu'on me demande réellement c'est l'autonomie des professionnels. Je crois qu'il y a un cadre local qui est plus dans le... comment dire... un profil managérial probablement plus directif que celui que j'ai.

Je trouvais que c'était un beau challenge de monter une équipe et une équipe pluri professionnelle.

Moi je trouve cela passionnant (l'encadrement d'une équipe pluridisciplinaire). Ça donne de la dimension au soin. A mon avis c'est l'unique solution pour que le projet soit centré sur le patient. Parce que j'ai connu plusieurs formules et... c'est pour ça que je me positionne comme une coordinatrice de soins de rééducation. Les soins coordonnés au patient c'est le point fort. Il y a des écrits et là je prends l'exemple de la rééducation neurologique, il y a des écrits qui disent qu'il y a pas tant de différence que ça entre un hôpital général et un hôpital spécialisé en rééducation neurologique si dans les résultats si les équipes rééducatives centrent leur activité sur la fonction avant le travail analytique et si les soins sont coordonnés. Même dans des HAD de rééducation, dans des services de rééducation en ville c'est la coordination des soins, des professionnels qui est le point le plus fort avant même les techniques employées.

Les rôles du cadre sont clairement définis par les situations et les services où tu te trouves. Moi en imagerie je n'ai pas les mêmes rôles quand je discute avec mes collègues des autres secteurs. Cela dépend aussi de l'autonomie que tu as par ton cadre sup, c'est clair. J'ai on va dire une bonne autonomie de gestion sur le personnel, sur la GRH. Même si tu ne gère pas les RH seul, c'est quand même au cadre d'alerter quand il y a des problèmes d'effectifs, de demande de temps partiel. Donc une grosse gestion du personnel.

Après moi ma conception aussi de cadre, je me dis une fiche de poste c'est bien mais le risque c'est qu'on se cale trop sur la fiche de poste et qu'on laisse ce qui se passe à côté. Cela dépend comment on prend son métier. Est-ce qu'on prend son métier comme une pure fonction qui répond à une fiche de poste ou est-ce qu'on prend son métier au sens large sans pour autant être le cadre à tout faire.

C'est enrichissant d'un point de vue personnel, d'un point de vue humain de découvrir d'autres métiers, une autre façon de prendre en charge.

Ma mission de cadre de les aider, de les accompagner, de leur trouver des formations, de mettre ne place pas des choses formelles mais de discuter avec eux et de sentir quand il y a une tension, quelque chose qui ne va pas.

Une ouverture d'esprit, pas être campé sur ses positions, ne pas être fermé, avoir une ouverture.

L'institution n'attend pas qu'on soit un super technicien. Ils veulent qu'un cadre soit quelqu'un d'adaptable, qui gère les ressources humaines, qui ait les facteurs médico économiques en tête et puis qui puisse faire le lien, le tampon entre le monde administratif. J'ai la mission de cadre de proximité. J'ai toute la gestion du personnel, il y a 70 personnes. J'organise aussi le travail.

Manager pour tout ce qui est de manager l'équipe. Gestionnaire puisque j'ai tout ce qui est la gestion des dépenses, dans le service on est en comptabilité analytique. Je coordonne puisqu'il y a 3 services. Surtout qu'ils ne sont pas sur le même étage. La coordination c'est aussi avec le bloc opératoire. Je dirais ça : gestionnaire, manager et coordinateur. C'est 3 particularités de ma fonction de cadre, voilà.

Ils attendent de nous que leurs décisions soient communiquées au personnel. Après qu'on suive bien les thèmes, les actions que l'hôpital a choisi de faire, c'est une obligation. On doit être le garant pour la qualité. C'est ce qu'on me demande en priorité. Et puis évidemment qu'il y ait la garantie de continuité des soins, de sécurité pour les patients. On est l'intermédiaire entre le personnel et le cadre sup. Le cadre sup reçoit des infos de la direction, me les transmet et je dois les diffuser aux agents.

Je trouve qu'ils nous apportent beaucoup en termes de connaissances et nous ouvrent l'esprit. On reste moins dans le médical, le diagnostic, elles nous montrent des choses sur l'humain. Il y a partage d'information, de connaissances. Je trouve cela très enrichissant.

Je suis accessible à l'écoute et que je respecte toutes les catégories professionnelles.

Je me perçois comme une cadre de santé classique. Moi je fais beaucoup de RH. Comme on n'est pas une structure de 24/24, je n'ai pas tout ce qui est gestion de l'intendance, des lits, des repas. J'insiste sur la gestion des ressources humaines, le management, mener des projets, faire adhérer les gens. La gestion des lits c'est pas mon problème ici, moi c'est conduite de projet, conduire et animer l'équipe. Et puis il faut permettre la circulation des idées, des choses au sein de l'équipe et coordonner le tout, voilà.

Sur l'hôpital j'ai l'impression que l'évolution des fait de plus en plus sur des missions transversales et on demande de gérer, de prendre en charge maintenant plus que de la proximité, des projets institutionnels plus larges.

C'est un partage de cultures qui est intéressant.

Je ne me verrai pas par contre aller encadrer dans un service de réa ou de grands brûlés, je pense que c'est vraiment la notion de filière qui domine. Après quand on reste dans la filière du soin, je pense que je pourrais aller encadrer dans une EHPAD, c'est aussi une population que j'ai côtoyée en tant que professionnelle. Après si c'est vraiment très éloigné de ce que j'ai connu en tant que professionnel je pense que j'aurai un petit peu de mal.

5 La notion d'expertise

Jusqu'à présent cela ne m'a pas posé de difficulté particulière... J'essaie... par rapport aux formations qui sont proposées au personnel para médical de me documenter avant les entretiens d'évaluation pour les orienter vers des formations qui pourraient les aider dans leur quotidien, dans leur exercice au quotidien dans le service.

En obstétrique cela aide car il y a une reconnaissance du savoir et les professionnels paramédicaux me sollicitent par rapport à cette expertise. Quand elles sont dans la difficulté concernant la prise en charge d'une patiente, pour une inscription, un rendez-vous. En fait tout ce qui est spécifique à la prise en charge obstétrique, là j'ai vraiment une expertise qui m'aide pour les conseils que je donne.

Je suis sur un poste au niveau des consultations de gynéco-obstétrique donc le domaine de l'obstétrique que je maîtrise bien.

En ce qui concerne l'évaluation, pour moi il n'y a jamais eu de souci sachant que soit je les fais seule soit avec le médecin psychiatre. Il ne me semble pas avoir été en difficulté par rapport à des évaluations d'autant plus que je m'appuie sur des grilles d'évaluation dont les critères sont très détaillés avec les compétences et les objectifs qu'on fait à 2. Je ne pense pas que cela puisse mettre les personnes en difficulté et le cadre non plus avec ces grilles et en plus je les côtoie au quotidien. Certes je suis à même de me rendre compte de leur travail lors de réunions, de temps informels, de leurs difficultés éventuelles. Je ne reste pas enfermée dans mon bureau et je peux me rendre compte de beaucoup de choses.

Moi je pense que la technicité et l'expertise va asseoir le management, qu'elle va donner une légitimité dans l'encadrement. Après, technicité, savoir ...pour moi on n'est pas obligé d'être de la même filière que les personnes qu'on encadre. Si on a une équipe pluri professionnelle on ne pourra jamais avoir la même formation que chaque personnel. Je pense que la technicité est quand même très importante mais qu'elle peut s'acquérir par l'expérience.

La question va plus se poser par rapport à l'évaluation du personnel. Et là pareil, je dirais que c'est un positionnement du cadre, qu'est-ce qu'il attend des professionnels.

Manager pour moi c'est déjà connaître les compétences de chacun puisque je n'ai pas la compétence technique.

Maintenant effectivement, je ne suis pas à même de contrôler au niveau de l'asepsie mais je suis interpellée effectivement par rapport à ça en cas de difficulté ou de faute.

Par rapport aux médecins le fait de connaître les patients a été suffisant par rapport à mon expérience. Maintenant si le médecin veut une experte au niveau suivi médical, au niveau du suivi thérapeutique pur, je n'aurais pas pu jouer les gardes fous comme on dit. Mais les choses étaient claires au départ et c'est dans l'articulation qui se fait avec les médecins que chacun trouve sa place.

Cela peut rassurer les équipes et le cadre d'avoir l'expertise. Maintenant le cadre n'est pas une super infirmière, c'est une autre fonction. Avoir l'expérience est plus important que l'expertise.

Je pense que cela peut-être rassurant mais par contre cela peut aussi être un piège pour le cadre pour justement ce qui est de l'ordre du passage de professionnel de santé à cadre.

C'est une question intéressante parce qu'effectivement l'évaluation, elle va se faire globalement en concertation évidemment avec chaque agent et c'est au travers de ce que l'agent va exprimer. C'est lui faire confiance, j'aurai tendance à dire c'est lui faire confiance.

Il n'y a pas besoin d'un expert en soin dans l'encadrement. Il faut qu'il ait au minimum une connaissance du travail au quotidien, de ce que cela engendre, des difficultés rencontrées et ce que cela représente. Après la technicité en elle-même, on peut avoir une

approche au contact des soignants. Voilà donc cela ne nécessite pas d'être dans la technicité.

Ce que je peux dire c'est que je n'ai pas ressenti comme un handicap de ne pas être issu de la même filière. Je n'ai pas eu de retour des équipes à ce titre là. Il est possible qu'il y ait eu ce sentiment dans les équipes au début en se disant « oui mais qu'est-ce qu'il connaît de notre travail, il n'a jamais fait de toilette, d'aide à l'habillage ». Voilà ça peut très bien être arrivé. J'estime qu'au quotidien on ne ressent pas de difficultés plus que ça dans la mesure où je suis présent dans l'accompagnement des équipes.

Ca dépend comment on décide de faire les évaluations. Si on repart de mon truc, si on évalue le personnel sur sa capacité à développer ses compétences, son autonomie professionnelle, cela doit se voir, même le cadre non expert de la filière doit le voir, doit se donner des critères pour évaluer ça. Si on veut évaluer la pertinence des actes de rééducation qui sont faits effectivement on est limité mais je ne suis pas sûre que le propos du cadre transversal ou du cadre d'une équipe pluridisciplinaire soit vraiment d'évaluer la pertinence de chaque acte de rééducation. Dans les professions de rééducation, celle dont je connais moins la technique quoique je connais quand même un petit peu c'est la rééducation orthophonique je suis quand-même capable de voir si un patient évolue sur son aphasie si les troubles de la déglutition sont suivis correctement, la satisfaction des patients, la prise de position en staff, les relations fonctionnelles qu'elle tisse avec les autres professionnels de rééducation, sont pour moi, des critères plus forts que le fait qu'elle ait choisi d'adopter la méthode machin ou la méthode truc.

Dans l'évaluation du personnel il y a à la fois ce qu'ils font à l'intérieur de leur profession et la façon dont ils communiquent avec les autres professionnels parce que je me suis fixé cette visée là et de toute façon on met en place les outils qui normalement correspondent à son projet de plateau. Après comme je ne connais pas les outils d'évaluation qu'on va m'imposer...(rires). A partir du moment où on mène un projet pour auto évaluer la pertinence du projet, il faudrait qu'on mette en place des outils d'évaluation qui correspondent aux valeurs qu'on a donné au projet.

Je ne vois pas comment quelqu'un qui n'a pas d'expertise dans aucune des professions peut s'en sortir. Par contre c'est pas obligatoirement de l'expertise technique, moi c'est l'expertise sur le handicap, je pense que c'est ce qui va fédérer tous les professionnels. Après l'expertise purement technique, cela peut aussi être important, je vois là dans le fonctionnement les gens dès qu'ils ont le moindre souci soit sur un bilan, soit sur une prise de décision, soit sur un côté technique, ils savent que je suis là. On prend rendez-vous en entretien individuel, on peut voir le patient ensemble et je pense que cela les sécurisent.

L'expertise technique c'est une chose, l'expertise sur le handicap à mon avis c'est le tronc central.

Le fait que j'encadre des personnes d'autres filières pour moi je ne vois pas d'inconvénients. Si peut-être la seule limite c'est au niveau de l'évaluation des compétences, je dirais que c'est un peu plus compliqué parce que moi je ne suis pas apte à juger de la qualité d'une radio, j'ai pas le diplôme même si je commence maintenant à connaître les choses techniques. Je commence à rentrer dans la technique même si je ne la pratique pas. Après j'arrive à me faire aider par les médecins mais cela dépend de la

stabilité de l'équipe médicale. Si je vois qu'une radio n'est pas bonne je passerai par le médecin pour le dire à la personne.

C'est sûr que l'expertise technique c'est important mais il n'y a pas que cela, je veux dire, il y a tout ce qu'il y a autour la cohésion d'équipe, le respect des règles institutionnelles. Le côté vraiment évaluation technique, c'est une petite partie de l'évaluation. Ça aide. Il faut avoir « l'humilité » de garder son expertise technique pour soi et plutôt renvoyé au personnel de faire la démarche de rechercher l'info qu'ils ont besoin. Non pour moi, l'expertise cela n'assoit pas le management. Je dirais que c'est rassurant au début mais le danger c'est d'être justement le super technicien.

Il faut une connaissance minimum de leur formation et connaître leur domaine de compétences mais pas obligatoirement être expert dans leur profession.

Je pense que si j'avais aucune connaissance en psychiatrie cela ne serait pas possible plus que par rapport à leur métier.

Je ne pense pas que le manque d'expertise soit une entrave, en tous cas plus maintenant parce que je connais bien leur travail. La première ça l'était... enfin ça l'était... c'est-à-dire que effectivement je n'avais pas une évaluation très précise même par rapport à ce qu'on pouvait fixer comme objectifs, là maintenant ça ne l'est plus je suis à l'aise dans un domaine que je connais bien. Cela demande un temps d'ajustement en lien justement avec la documentation, la connaissance du métier. On se base plus sur un domaine de compétences que sur une expertise technique.

6 La légitimité

La légitimité que je n'ai pas de part le manque d'expertise, je l'ai par l'animation, la coordination, le management participatif.

Voilà mieux connaître le métier assoit la légitimité parce que je peux en parler avec eux, parce que j'ai des représentations très claires à ce niveau là et cela me donne même si je n'ai pas la technicité et la formation initiale j'ai néanmoins une légitimité.

Moi je pense que la technicité et l'expertise va assoier le management, qu'elle va donner une légitimité dans l'encadrement. Après, technicité, savoir ...pour moi on n'est pas obligé d'être de la même filière que les personnes qu'on encadre. Si on a une équipe pluri professionnelle on ne pourra jamais avoir la même formation que chaque personnel. Je pense que la technicité est quand même très importante mais qu'elle peut s'acquérir par l'expérience.

Moi j'axe beaucoup mon fonctionnement autour de la communication et de la confiance mutuelle. Le fait de ne pas avoir la légitimité sur le plan technique fait qu'il faut à un moment donner qu'on puisse gagner cette confiance là et je pense que du coup on a tendance à renforcer un peu ce biais là et travailler là dessus.

On a, enfin moi j'ai un socle commun avec l'équipe qui est la psychiatrie et c'est ce qui m'a donné ma légitimité. Si j'étais arrivée de soins somatiques avec cette équipe là, je pense que cela aurait été très compliqué.

Annexe 4 : synthèse des résultats des entretiens

			Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Cadre 7	Cadre 8
Identité professionnelle	du cadre	Importance de l'expérience antérieure	X	X	X	X	X	X	X	X
		Investissement personnel	X	X	X	X		X		
		Construction identitaire			X					X
	des soignants	Prise en compte des identités professionnelles	X	X	X		X			X
		Cultures professionnelles différentes		X			X			
Les ressources	"transversales"		X	X	X		X			X
	Institutionnelles	oui	X	X	X				X	X
		non			X	X	X	X		
Posture managériale / pratiques managériales	Personnes référentes et délégation		X	X	X	X		X	X	
	confiance			X		X				
	Sollicitation et participation de l'équipe		X	X	X	X		X	X	X
	Importance d'un projet commun autour du patient			X	X		X	X		X
	Communication/échange		X	X		X	X	X	X	X
	Prise en compte des compétences individuelles						X		X	
	Management individuel/collectif			X			X			
	Autonomie				X		X	X		

		Cadre 1	Cadre 2	Cadre 3	Cadre 4	Cadre 5	Cadre 6	Cadre 7	Cadre 8
Représentation de la fonction d'encadrement	Gestionnaire	X		X	X	X	X	X	X
	Manager		X	X	X	X		X	
	Coordinateur		X	X		X		X	X
	Animateur	X	X		X				X
	Fédérateur		X						
	Accompagnateur						X		
	Expert	X							
	Richesse pour le cadre	X	X	X	X	X	X	X	X
	Bénéfice d'un encadrement unique	X			X	X			
	Position intermédiaire du cadre			X	X		X	X	
	Un cadre peut dire "je ne sais pas"		X	X					
	Connaissance de la discipline	X		X					X
La notion d'expertise	Le manque d'expertise n'est pas une entrave dans l'encadrement	X			X	X	X	X	X
	Le manque d'expertise n'est pas une entrave dans l'évaluation		X		X	X			
	Le manque d'expertise est une limite dans l'encadrement/ l'évaluation						X		
	L'expertise du cadre est rassurante pour l'équipe	X		X			X		
	L'expérience prime sur l'expertise		X	X		X			
La légitimité		X		X				X	



42 Bd Jourdan 75014 PARIS – Tel 01.56.61.68.60 Fax 01.56.61.68.59

Diplôme de cadre de santé

DCS@11-12

TITRE DU MEMOIRE

Cadre d'une équipe interprofessionnelle : une fonction qui ne s'improvise pas.

AUTEUR

Véronique NISOLLE

MOTS-CLES

Cadre de santé, compétences, équipe, filières, expertise, prise en charge des patients, interdisciplinarité.

KEYWORDS

Health manager, skills, team, expertise, care of patients, interdisciplinary.

RESUME

Si tous les cadres de santé ont une origine de soignant ils doivent maintenant s'impliquer dans la gestion budgétaire, les ressources humaines, la communication et le management de projet. Depuis 1995, ils suivent tous la même formation quelle soit leur filière d'origine. Aujourd'hui plusieurs exercent leur fonction dans différentes unités et encadrent différents groupes professionnels. Je m'interroge donc sur les compétences que doit développer un cadre de santé pour fédérer une équipe. Est-il nécessaire d'être un expert en soins pour encadrer? J'ai choisi d'interviewer plusieurs cadres de santé dans le but de découvrir ce qu'ils ont mis en place pour conduire et coordonner une équipe et améliorer la prise en charge des patients et comment ils ont compensé le manque d'expertise technique.

Après l'analyse des entretiens, il résulte que la construction identitaire du cadre de santé d'une équipe interdisciplinaire repose sur cinq dimensions : l'expérience professionnelle antérieure, des personnes ressources, un investissement personnel et la connaissance de la discipline plutôt que l'expertise technique. Devenir cadre d'une équipe interdisciplinaire est donc une fonction qui ne s'improvise pas.

ABSTRACT

If all health managers have first worked as "care givers", now they are involved in financial activity on the one hand and human resources, communication and strategic management on the other hand. Since 1995, they belong to a single category whatever their original occupation is. Today several nurse managers in different units (rehabilitation, psychiatry and many more) supervise several occupational groups. Therefore, I wonder about the skills that a health manager must develop to bring together a team and the different professionals who form it. Is it necessary to be a "care expert" to supervise? I have chosen to interview several health managers. I want to know what they put in place to overcome the lack of technical mastery.

After analyzing the interviews, it comes out that the identity construction of the health manager of an interdisciplinary team is based on five dimensions: former work experience, resource persons, personal investment and knowledge of the discipline rather technical expertise. Becoming a health manager of an interdisciplinary team is thus a function that cannot be improvised.