

Diplôme de Cadre de Santé



ESM

Formation & Recherche en Soins

Université Paris-Est Créteil Val de Marne

1+1=3

La synergie des compétences individuelles

Magalie RALLIER

DCS@16-17

Note aux lecteurs

Les mémoires des étudiants de l'Institut de Formation des Cadres de Santé de l'ESM sont des travaux personnels réalisés pendant l'année de formation.

Les opinions exprimées n'engagent que leurs auteurs.

Ces travaux ne peuvent faire l'objet d'une publication, en tout ou partie, sans l'accord des auteurs et de l'IFCS de l'ESM – Formation & Recherche en Soins.

Remerciements

Je tiens à remercier chaleureusement toutes les personnes qui m'ont accompagnée dans la réalisation de ce travail de recherche.

Tout d'abord je remercie Madame Pauline Blanchemanche, ma directrice de mémoire, pour ses apports méthodologiques précieux, sa disponibilité, son dynamisme et sa bienveillance.

Je remercie ensuite les cadres de santé de m'avoir accordé du temps pour les entretiens. La richesse des échanges et des informations transmises a contribué à affiner ma réflexion et a grandement collaboré à la réalisation de ce projet.

Enfin, je remercie mon entourage proche pour son soutien, sa patience et ses encouragements tout au long de cette année.

Table des matières

Liste des abréviations.....	3
Introduction	4
1. Le cheminement vers la question de départ	5
2. Le cadre conceptuel	11
2.1. La compétence et ses composantes.....	11
2.1.1. Un essai de définition	11
2.1.2. Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ?.....	12
2.1.3. Une responsabilité partagée.....	13
2.2. La compétence collective.....	16
2.2.1. Bien plus qu'une addition.....	16
2.2.2. Les attributs de la compétence collective	17
2.2.3. L'indispensable coopération	18
2.3. La dynamique de groupe et le travail d'équipe	20
2.3.1. L'équipe comme groupe primaire	20
2.3.2. Les relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe	22
2.3.3. L'autorité dans l'équipe.....	24
2.4. Le management de la compétence collective.....	26
2.4.1. L'identification des compétences individuelles.....	26
2.4.2. La reconnaissance comme facteur motivationnel	28
2.4.3. Accompagner le développement des compétences.....	29
2.4.4. Les leviers d'action pour la coopération.....	30
2.4.5. Les postures managériales et le style de management	33
3. Présentation de la méthodologie de recherche.....	38
3.1 Choix des terrains d'enquête et de la population interrogée.....	38
3.2 Présentation de l'outil d'enquête	39
3.3 Présentation de la population interrogée et de la conduite des entretiens.....	40

3.4 Les limites et les biais de mes choix d'enquête	41
3.5 La méthode d'analyse de contenu	42
4. Présentation et analyse des résultats d'enquête	44
4.1 Les compétences interrogées	44
4.1.1 Détection, évaluation et complémentarité des compétences	44
4.1.2 Compétence collective et coopération	50
4.2. La dynamique d'équipe	54
4.2.1. Les facteurs de cohésion	54
4.2.2. La vie collective et la convivialité	60
4.3. L'organisation de travail et le management	62
4.3.1. L'organisation favorisant la coopération	62
4.3.2. L'organisation apprenante	65
4.3.3. Fédérer et motiver autour d'un projet	67
5. Synthèse de l'analyse et retour sur les hypothèses	71
5.1. Synthèse par le modèle et le contre-modèle	71
5.2. Réponse aux hypothèses	72
5.2.1 Première hypothèse	72
5.2.2 Deuxième hypothèse	73
5.2.3 Troisième hypothèse	73
Conclusion	75
Bibliographie	77
Table des annexes	

Liste des abréviations

APHP : Assistance publique, hôpitaux de paris

AS : Aide-soignant(e)

CDS : Cadre de santé

HDJ : Hôpital de jour

HDS : Hôpital de semaine

IDE : Infirmier(e) diplômé(e) d'Etat

MCO : Médecine, chirurgie, obstétrique

ORL : Oto-rhino-laryngologie

SLD : Soins de longue durée

SSR : Soins de suite et de réadaptation

Introduction

Atteindre son meilleur niveau de performance est l'objectif de toute organisation. Les établissements de santé, qui n'échappent pas à cette règle, doivent répondre avec efficacité aux exigences de qualité et de sécurité des soins, en s'adaptant aux évolutions des besoins de santé et aux attentes des usagers. Dans ce contexte en perpétuelle évolution, les établissements de santé disposent d'un ensemble considérable de moyens humains, caractérisés par une diversité tant professionnelle que culturelle, faisant percevoir l'ampleur du capital de compétences disponible.

Ce travail de recherche prend sa source dans mon expérience professionnelle d'infirmière, au cours de laquelle j'ai porté un intérêt particulier au développement de mes savoirs et de mes compétences. Percevant le bénéfice de la notion de partage et de transmission des savoirs tant pour les patients que pour les soignants, je me suis interrogée sur le potentiel que pouvait avoir une équipe soignante dans laquelle les professionnels mutualisent leurs compétences individuelles.

L'année passée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé m'a permis de prendre de la distance par rapport à l'exercice de ma fonction d'infirmière, mais aussi d'affiner mon regard critique sur ce qui se joue au cœur d'une organisation complexe, dans laquelle les rapports humains ont une place fondamentale. C'est à travers ce cheminement réflexif que s'est développé mon intérêt pour l'objet de recherche : la mise en commun des compétences individuelles au service de la compétence collective. Cette perspective demande d'interroger le rôle du cadre de santé dans la mise en place des conditions d'émergence des compétences d'une équipe soignante.

Dans une première partie, ce travail de recherche propose de clarifier l'objet d'étude en exposant le cheminement effectué vers la question de départ. Cette dernière restera le fil conducteur de ce mémoire. Dans une seconde partie, l'élaboration du cadre conceptuel à partir de références théoriques permet d'explicitier la question de départ. Il nous conduit à visiter les thèmes mis en jeu par l'objet de recherche et à formuler des hypothèses, constituant des propositions de réponses à la question de départ. La troisième partie s'attache à exposer le processus méthodologique suivi pour effectuer l'enquête de terrain et pour analyser les entretiens menés auprès de cadres de santé de proximité. Cette analyse de contenu constitue la quatrième partie de ce travail, dans lequel les résultats d'enquête sont confrontés au cadre conceptuel élaboré en amont. Enfin, une synthèse des résultats obtenus nous conduit à valider ou invalider les hypothèses proposées.

1. Le cheminement vers la question de départ

Les deux années précédant mon entrée à l'Institut de Formation des Cadres de Santé j'ai occupé un poste d'infirmière faisant fonction de cadre de santé formateur au sein d'un Institut de Formation en Soins Infirmiers. Cette fonction m'a permis une prise de recul non négligeable sur mon expérience professionnelle d'infirmière et un cheminement vers l'analyse des situations de travail vécues en service de soins. J'ai pu conceptualiser la complexe notion de compétence, en saisir les contours et amorcer une réflexion sur la place du cadre de santé dans la gestion des compétences et l'accompagnement des équipes de soins.

Infirmière diplômée en 2003, j'ai choisi d'exercer dans un service de chirurgie orthopédique d'un grand hôpital parisien jusqu'en 2014, et plus particulièrement dans le secteur septique durant les six dernières années. J'ai alors été confrontée à une difficulté majeure freinant la prise en charge optimale des patients : les soins de plaies complexes. Les connaissances en lien avec la prise en charge des plaies complexes n'étant pas enseignées en formation initiale, il m'a été indispensable de me former pour améliorer ma pratique et la qualité des soins. Ceci m'a amené à suivre une formation visant à l'obtention d'un diplôme universitaire en lien avec la prise en charge des patients porteurs de ce type de plaies. Pendant onze années au sein du service de chirurgie orthopédique, j'ai acquis des connaissances, des aptitudes, des savoir-faire me permettant d'être efficace dans mon travail. J'avais donc acquis, au cours de ces années de pratiques professionnelles ponctuées de formations, des compétences dans mon domaine d'activité.

Comment définir la compétence ? Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ?

Le modèle largement utilisé pour définir la compétence est l'ensemble des savoirs, savoir-faire et savoir-être d'un individu. Ce qui fait la compétence serait donc un ensemble de connaissances, d'aptitudes et de comportements permettant d'effectuer une tâche avec succès. Pour Le Boterf, la compétence ne se limite pas à l'addition de ces différentes ressources, mais est une « *combinatoire* » de ces dernières. Ainsi, ce qui fait d'un individu un professionnel compétent, c'est sa capacité à « *savoir agir en situation* ». En d'autres termes, « *une personne peut avoir acquis des connaissances et des capacités, elle ne*

*pourra pas être reconnue comme compétente si elle ne sait pas les combiner et les mobiliser en situation de travail »*¹. La compétence s'inscrit donc dans une dynamique.

Ma volonté a alors été de faire partager les compétences en lien avec mon expertise à l'équipe soignante, l'objectif visé étant l'amélioration de la qualité des soins. Ainsi, l'accompagnement dans les situations de travail et la résolution de problèmes, le compagnonnage, le partage des connaissances étaient pour moi des leviers pour étendre l'autonomie de mes collègues dans le domaine de la prise en charge des patients porteurs de plaies complexes. J'apportais de ce fait ma contribution à l'amélioration de la performance de l'équipe.

Comment définir la performance ? La compétence suffit-elle pour être performant ?

La performance est principalement associée au résultat positif obtenu après un effort, un dépassement de soi. Le domaine sportif l'emploi régulièrement en référence à une victoire. D'après Stéphane Jacquet, Professeur en management et membre du CREG², la notion de performance s'articule autour de trois attributs : elle est un résultat, elle est une action impliquant un processus et elle est un succès. Ainsi, S. Jacquet définit la performance comme « *la capacité à agir selon des critères d'optimalité très variés, afin d'obtenir la production d'un résultat. Mais la performance désigne aussi bien le résultat que les actions qui ont permis de l'atteindre* »³. La compétence, telle qu'elle a été définie plus haut comme « *savoir agir en situation* », est donc une composante de la performance. La définition de la compétence selon le sociologue Philippe Zarifian souligne son lien étroit avec la performance : « *La compétence est le résultat d'une action qui se met en œuvre sous la forme d'une prise d'initiative, d'une prise de responsabilité d'un individu dans une situation de travail donnée* »⁴. Cette définition montre bien que la compétence, si elle est incluse dans le processus de production de la performance, ne suffit pas pour atteindre cette dernière. En effet, les notions de prise d'initiative, de responsabilité de l'individu renvoient à la volonté d'agir, la motivation et l'implication, qui s'inscrivent ainsi dans la dynamique de la compétence et de la performance.

¹ Le Boterf G. « *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* » in Soins Cadres, dossier « *Les compétences, de l'individuel au collectif* », n°41, 2002/02, 2 pages.

² CREG : centre de ressources en économie gestion

³ Jacquet S. « *Management de la performance : des concepts aux outils* ». Disponible : www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf

⁴ Zarifian P. « *Manager par la compétence, manager les compétences. Synthèse des résultats de recherche menée dans une Unité de Services aux clients d'une grande entreprise* ». Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page63.htm>

Voulant faire partager mes connaissances et savoir-faire à mes collègues soignants, j'ai cependant été heurtée à quelques difficultés, notamment d'ordre organisationnel. En effet, j'ai pu partager mon expertise seulement avec quelques infirmières, celles qui travaillaient au quotidien à mes côtés. Le service de chirurgie orthopédique s'étendant sur deux étages divisés en six unités, la communication et le partage des compétences se complexifient. La seule volonté d'une infirmière, aussi motivée soit-elle, ne suffit alors pas. A donc émergé une réflexion sur ce que j'ai alors qualifié de « compétence insuffisamment exploitée ». En effet, j'aurai aimé avoir les moyens de partager beaucoup plus mes compétences spécifiques dans mon domaine d'expertise, en étant guidée, soutenue dans cette démarche par mon encadrement. Une prise de recul de deux années m'a permis d'identifier cette problématique, en prenant conscience des bénéfices que peut procurer la valorisation et le partage des compétences, pour le professionnel comme pour l'équipe.

Les savoir-faire requis en lien avec les activités du cadre de santé et déclinés dans la fiche métier du cadre responsable d'unité de soins (Fonction Publique Hospitalière), sont « *évaluer, développer et valoriser les compétences de ses collaborateurs* », « *fixer des objectifs, mesurer les résultats et évaluer les performances collectives et/ou individuelles* »⁵, ou encore « *piloter, animer/communiquer, motiver une ou plusieurs équipes* »⁶. Le cadre de santé a donc un rôle majeur dans la motivation et l'engagement des membres d'une équipe soignante. La valorisation et la reconnaissance des compétences individuelles ont un impact sur cette motivation et sur l'implication dans le travail.

En prolongeant cette réflexion, nous pouvons dire que chaque professionnel a des compétences individuelles qui lui sont propres. Elles relèvent de qualités personnelles, d'expériences, de parcours professionnels ou encore de formations, qui sont autant de ressources permettant un « *savoir agir en situation* ». Le développement des compétences d'un point de vue de la formation continue se heurte bien souvent à des enjeux économiques. En effet, les budgets alloués à la formation et le temps de travail ne permettent pas toujours de proposer les différentes formations à l'ensemble du personnel. Il est alors aisément envisageable que la mise en commun des compétences individuelles de chacun soit un moyen d'accroître la performance de l'équipe. La particularité d'une équipe soignante réside dans le fait que les membres qui la composent sont amenés à travailler ensemble, à mutualiser leurs compétences pour assurer la qualité des soins.

⁵ Fiche métier « *Cadre responsable d'unité de soins* » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Ministère de la santé et des sports, direction générale de l'offre de soins.

⁶ Ibid

De la complémentarité des compétences individuelles peut-il naître la compétence collective ? Quelles sont les composantes de la compétence collective ?

Plusieurs définitions de la compétence collective ont émergé de mes recherches. Valéry Michaux en 2003, la définit comme des « *savoirs et savoir-faire tacites (partagés et complémentaires) ou encore d'échanges informels supportés par des solidarités qui participent à la « capacité répétée et reconnue » d'un collectif à se coordonner pour produire un résultat commun ou co-construire des solutions* »⁷. Pour Cécile Dejoux, la compétence collective est « *l'ensemble des compétences individuelles des participants d'un groupe plus une composante indéfinissable, propre au groupe, issue de la synergie et de la dynamique de celui-ci* »⁸. Ces définitions mettent en lumière des éléments fondamentaux tels que la solidarité, les échanges, la co-construction, ou encore la synergie du groupe. Ces notions renvoient au concept de la dynamique des groupes, étudié dans le domaine de la psychosociologie. Ainsi, une équipe de travail est « *un groupe primaire, dans lequel les relations sont directes et où règne une unité d'esprit et d'action* »⁹. Ce groupe primaire, ou groupe restreint, possède des caractéristiques qui lui sont propres, décrites par Didier Anzieu et Jacques-Yves Martin dans leur ouvrage sur la dynamique des groupes restreints, et qui sont de l'ordre de relations affectives, d'une forte interdépendance des membres et des sentiments de solidarité, ou encore de la poursuite en commun des mêmes buts.

La compétence collective ne peut donc pas être simplement l'addition de compétences individuelles, même si ces dernières sont de bonne qualité. Selon Le Boterf, « *la compétence collective est une émergence, un effet de composition. Elle résulte de la qualité de la coopération entre les compétences individuelles* »¹⁰. Ainsi la compétence collective, pour exister, implique nécessairement une coopération entre les membres de l'équipe.

Qu'est-ce que la coopération et comment qualifier son lien avec la compétence collective ?

Pour Christophe Dejoux, « *la coopération ce sont les liens que construisent entre eux les agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune* »¹¹ La volonté,

⁷ Krohmer C. « *Repérer les compétences collectives : une proposition d'indicateurs* » In journée d'étude « *La pairémulation en question* » 2008/11, Rennes : Collège coopératif en Bretagne. Disponible : www.ccb-formation.fr/Eclas/Krohmer

⁸ Ibid

⁹ Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

¹⁰ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

¹¹ Dejoux C. « *Coopération et construction de l'identité en situation de travail* » in Futur antérieur, dossier « *Paradigme du travail* », n°16, 1993/2 (01/01/1993), 12 pages.

l'engagement des individus a ici une place centrale dans la construction de la coopération et donc de la compétence collective. Pour Philippe Zarifian, « *il faut se connaître à minima, savoir ce que l'on peut attendre de l'autre et réciproquement, et se mettre d'accord* »¹². Ces propos illustrent bien l'importance des relations interpersonnelles et de la connaissance de l'autre et de son travail comme composantes de la coopération.

Les compétences individuelles, la performance, la coopération s'inscrivent, nous l'avons vu, dans une dynamique d'action impliquant de la part des individus une volonté d'agir, un engagement et donc de la motivation. Cette dernière est impulsée entre autres par la reconnaissance du travail et des compétences de l'individu par ses pairs et sa hiérarchie. La compétence collective, qui est bien plus que la somme des compétences individuelles des membres d'une équipe, porte en elle des facteurs humains forts et semble ne pas se développer spontanément. La place et le rôle du cadre de santé dans la construction de la compétence collective de l'équipe soignante sont alors à explorer plus profondément. Philippe Zarifian distingue d'une part le management *par* la compétence, qui relève de la mise en œuvre et du développement des compétences, et d'autre part le management *des* compétences qui s'intéresse aux individus, à la mobilisation de leurs compétences dans un souci de cohésion sociale et de prise en compte du besoin de reconnaissance. C'est bien de cette dernière approche dont il s'agit ici, faisant émerger les questions suivantes :

Comment le cadre de santé valorise-t-il les compétences individuelles pour entretenir la motivation ?

Quel environnement et quelle organisation de travail est favorable à l'émergence de la compétence collective ?

Quel est le rôle du cadre de santé dans la création d'une dynamique de groupe incitant à la coopération ?

Quel style de management permet les conditions de construction de la compétence collective ?

¹² Zarifian P. « *Intercompréhension et coopération dans le travail* ».

Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page122.htm>

La question de départ de ce travail de recherche est la suivante :

En quoi la détection et la valorisation des compétences individuelles ajoutées à l'impulsion d'une synergie d'équipe permet au cadre de santé de construire la compétence collective d'une équipe soignante ?

2. Le cadre conceptuel

2. 1. La compétence et ses composantes

2.1.1. Un essai de définition

S'attacher à définir le concept de compétence dans toutes ses dimensions nécessite d'explorer un grand nombre de références issues de la littérature et de se heurter à un riche panel de définitions. Les termes qui gravitent autour de la compétence sont nombreux : capacité, connaissance, faculté, savoir-être, expertise, qualification, performance, talent, expérience, ressources, Bien que la notion de compétence soit largement utilisée dans les organisations de travail et les situations professionnelles, elle s'avère donc complexe à définir et à conceptualiser.

Avec le développement des industries de masse dès le début du 20^{ème} siècle, les organisations de travail et les processus de production sont caractérisés par une conception taylorienne : les activités sont standardisées, les employés y sont « *interchangeables, issus du même moule, effectuant des tâches parcellisées et répétitives et n'ayant qu'à obéir aux consignes de la hiérarchie* »¹³. Ce mode d'organisation du travail fait appel à des employés qualifiés. La qualification est définie comme l'« *appréciation, sur une grille hiérarchique, de la valeur professionnelle d'un travailleur, suivant sa formation, son expérience et ses responsabilités* »¹⁴. Il s'agit d'une capacité à réaliser une tâche prescrite.

La mutation des organisations de travail à partir des années 1970 (revendication des salariés quant à leur situation de travail, compétitivité, complexité des situations professionnelles) engendre un contexte où le terme de compétence se substitue et dépasse celui de qualification. Les pratiques professionnelles nécessitent alors des personnes capables d'innover, de prendre des initiatives et des responsabilités afin de faire face à des situations complexes de travail.

Le modèle de définition de compétence fréquemment utilisé est celui exprimé en termes de « savoirs, savoir-faire et savoir-être ». C'est ainsi qu'elle est également définie à l'échelle européenne, dans le cadre d'une recommandation du Parlement européen et du Conseil du 18 décembre 2006, publiée au journal officiel de l'Union Européenne du 30 décembre 2006.

¹³ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

¹⁴ Le Petit Larousse illustré, 2012.

« *Les compétences clés pour l'éducation et la formation tout au long de la vie – Un cadre européen* », constitue l'annexe de cette recommandation. La compétence y est définie comme « *un ensemble de connaissances, d'aptitudes et d'attitudes appropriées au contexte* ».

2.1.2. Qu'est-ce qu'un professionnel compétent ?

Au vu des différentes références issues de la littérature, cette dernière définition ne prend pas en compte toutes les dimensions de la compétence, ou encore, ne permet pas de définir de façon exhaustive ce qu'est « être compétent ». En effet, ce modèle réduit la compétence à une addition, une juxtaposition, une liste d'éléments constitutifs. Or, l'importance de la dimension dynamique et mobilisable de la compétence est mise en avant par plusieurs auteurs.

Le modèle exposé pour définir la compétence suit la voie empruntée par Guy Le Boterf. Ce dernier conçoit la compétence comme un processus mis en œuvre par un professionnel. Ainsi, « *être compétent, c'est être capable d'agir et de réussir avec pertinence et compétence dans une situation de travail. C'est mettre en œuvre une pratique professionnelle pertinente tout en mobilisant une combinatoire appropriée de ressources* »¹⁵. Ces ressources personnelles à combiner, à mobiliser et à organiser dans une pratique professionnelle sont très variées :

Les connaissances : elles sont théoriques comprenant des concepts, des lois, des références, regroupant les savoirs d'un domaine ou d'une discipline. Ce sont également des connaissances sur l'environnement professionnel : organisationnelles, réglementaires, sociales. Il s'agit des savoirs de contextualisation. Enfin, il peut s'agir de connaissances procédurales qui proposent des règles, une marche à suivre.

Les savoir-faire : ils sont techniques, regroupant l'habileté ou la maîtrise d'une procédure. Ce sont des savoir-faire relationnels définis par la maîtrise des relations à établir dans une situation de travail. Il s'agit aussi de savoir-faire d'ordre empirique ou expérientiel, s'acquérant par la pratique répétée et la récurrence de situations rencontrées. Ces derniers permettent la perception de signaux avant-coureurs, appelée aussi « coup d'œil » ou « intuition ».

¹⁵ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

L'expérience, véritable élément constitutif de la compétence, est reconnue à travers les politiques de formation telles que la pratique du bilan de compétence (loi du 31 décembre 1991) ou encore la Validation des Acquis de l'Expérience (loi du 17 janvier 2002).

Enfin les savoir-faire cognitifs regroupent les opérations intellectuelles nécessaires à la réalisation de problèmes, permettant la prise de décision.

Les ressources émotionnelles : La capacité à ressentir permet de prendre des décisions et de choisir des actions efficaces.

Les aptitudes ou qualités personnelles : souvent exprimées en termes de savoir-être, elles désignent une attitude adaptée au contexte, de la rigueur, ou encore un esprit d'équipe ou d'initiative.

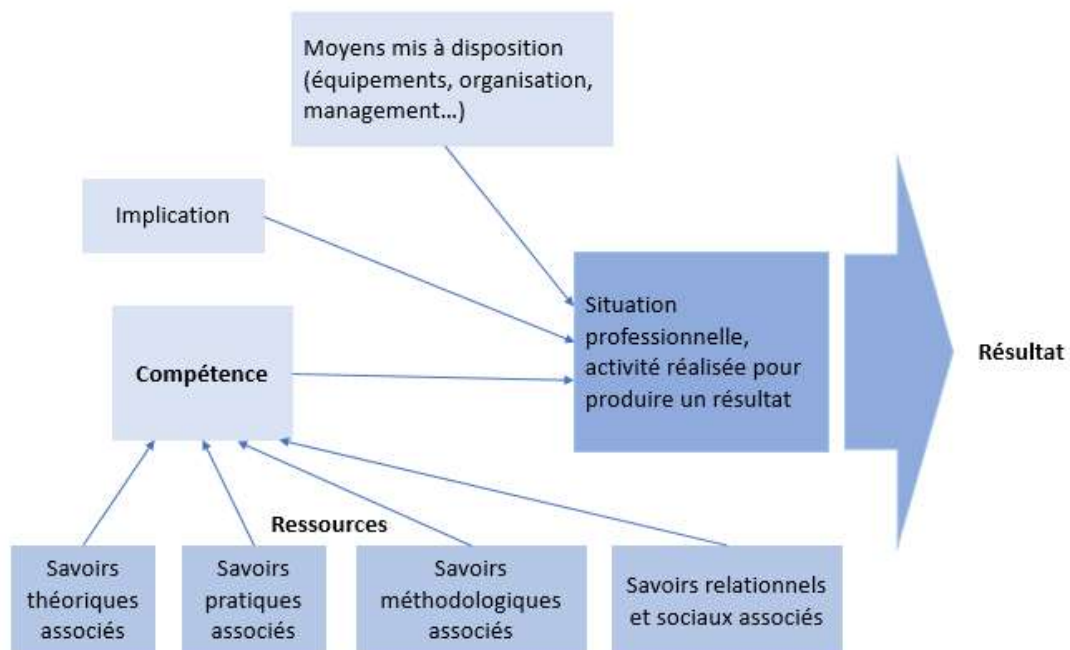
Ainsi nous l'avons vu, un professionnel compétent est capable de mobiliser de façon pertinente différentes ressources en situation de travail. C'est ce que Le Boterf nomme le « *savoir-agir* ».

2.1.3. Une responsabilité partagée

L'objectif visé par un individu agissant avec compétence est la production d'un résultat qui sera exprimé en termes de performance. Bien plus que le résultat seul, la performance inclut la maîtrise des activités et la manière d'obtenir le résultat. Il y a ici une notion de mise en œuvre de la compétence. Pour P. Zarifian, la compétence « *se met en œuvre sous la forme d'une prise d'initiative, d'une prise de responsabilité d'un individu dans une situation de travail donnée* »¹⁶.

Le résultat de l'action en situation ne dépend pas uniquement de la compétence qui devient une composante de la performance. D'autres éléments entrent en jeu, comme l'illustre le schéma ci-après.

¹⁶ Zarifian P. « *Manager par la compétence, manager les compétences. Synthèse des résultats de recherche menée dans une Unité de Services aux clients d'une grande entreprise* ». Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page63.htm>



D'après « *Le défi des compétences* », M-A Coudray, C. Gay

Ainsi pour agir avec compétence plusieurs facteurs sont nécessaires. Au « savoir agir » Le Boterf ajoute le « vouloir agir » et le « pouvoir agir ».

Le « vouloir-agir » : la motivation.

Elle est définie comme un « *processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus* »¹⁷.

La motivation est donc ce qui pousse à agir, ce qui mobilise ou fournit l'énergie. L'engagement, habillé d'une dimension affective, est également une force qui pousse à l'action. D'après Zarifian, « *aucun savoir pratique n'a de sens et de valeur s'il n'est pas engagé dans l'action. (...) Un individu peut être très compétent dans les domaines de son métier, voire le plus compétent, cela ne servira à rien si, pour de multiples raisons, il est totalement démotivé et se situe en retrait, prend le moins possible d'initiative, perd de la rigueur dans ce qu'il entreprend* »¹⁸. La motivation agit donc directement sur la performance.

¹⁷ Roussel P. « *La motivation au travail, concept et théories* », manuscrit à paraître dans « *les grands auteurs en GRH* », éditions EMS, Paris, 2001.

¹⁸ Zarifian P. « *Manager par la compétence, manager les compétences. Synthèse des résultats de recherche menée dans une Unité de Services aux clients d'une grande entreprise* ». Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page63.htm>

Les théories de la motivation sont nombreuses et distinguent :

La motivation intrinsèque s'inspirant des théories des besoins. Celle de Maslow (1943) est bien connue : la motivation de tout individu serait suscitée par la volonté de satisfaire des besoins selon un ordre de priorité hiérarchisé, allant des besoins physiologiques aux besoins de réalisation de soi. La théorie de Alderfer (1969) suggère que la motivation est liée à la nécessité de satisfaire trois types de besoins : les besoins d'existence, les besoins de rapports sociaux et les besoins de développement personnel, sans qu'ils ne soient hiérarchisés.

La motivation extrinsèque est liée à des facteurs externes à la personne. Ici l'individu agit pour la recherche de récompenses externes : rémunération, possibilités de promotion, sécurité de l'emploi, conditions de travail.

Le « vouloir-agir » fait entrevoir la nécessité de satisfaire des besoins et renvoie à la satisfaction au travail, à la réalisation de soi et au développement personnel. Afin de motiver un professionnel dans son travail et susciter l'engagement, les facteurs de motivation doivent donc être pris en compte par le manager.

Le « pouvoir-agir » : Un contexte de travail permettant la prise d'initiative et prise de responsabilité.

Pour être compétent, un professionnel doit également pouvoir mobiliser les ressources de son environnement. Il ne suffit pas qu'il détienne des compétences, il faut également que soient créées les conditions de mise en œuvre de ces compétences. Cette responsabilité incombe largement au management, comme le souligne Le Boterf : « *Plus le manager réunira ou fera réunir un ensemble cohérent de conditions favorables et cohérentes entre elles, plus il maximisera les chances que ses collaborateurs agissent et réussissent de façon compétente* »¹⁹. Il s'agit d'établir une organisation de travail laissant des marges de manœuvre aux collaborateurs pour prendre des initiatives. Il s'agit encore de déléguer pour responsabiliser, de mettre à disposition les ressources matérielles nécessaires, ou encore de mettre en place des conditions de travail propices à la mise en œuvre des compétences.

Agir avec compétence est donc une résultante du savoir, vouloir et pouvoir-agir. La mise en œuvre de la compétence est une responsabilité partagée entre l'individu lui-même, le management et le contexte de travail.

¹⁹ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

Nous avons ainsi démontré qu'il est difficile voire impossible d'être compétent en ne comptant que sur la mobilisation de ses propres ressources. De plus, la particularité d'une équipe soignante est le travail de chacun de ses membres orienté vers un objectif commun : l'efficacité dans la prise en charge des patients. Roger Mucchielli différencie le travail de groupe du travail en équipe. Dans le premier les travailleurs de même profession réalisent de la même façon les mêmes tâches. Le travail en équipe est quant à lui caractérisé par la multidisciplinarité, caractéristique du travail d'une équipe soignante : « *le travail en équipe groupe des professionnels de catégories différentes, obligés pour réaliser l'objectif, de se compléter, de s'articuler, de dépendre les uns des autres* ». Les compétences individuelles de chaque professionnel convergent donc, se mutualisent au service de la qualité des soins. Ainsi, « *C'est la convergence des efforts et travaux personnels pour la réalisation d'une tâche commune qui caractérise l'action d'équipe* ». Si les compétences individuelles sont spécifiques à chacun, un professionnel ne peut donc agir en étant isolé, sans le concours des autres.

L'exploration de la dimension collective de la compétence permet de cerner l'articulation entre compétences individuelles et collectives.

2.2. La compétence collective

2.2.1. Bien plus qu'une addition

Plusieurs définitions de la compétence collective ont émergé de la littérature, collectées par Didier Retour et Cathy Krohmer, dont voici quelques propositions :

- « *Savoir combinatoire propre à un groupe qui résulte de la complémentarité et de la mise en synergie de compétences individuelles dont elle n'est pas la somme* » (Pemartin, 1999).
- « *Une combinatoire de savoirs différenciés mis en œuvre, afin d'atteindre un objectif commun dont les acteurs en entreprise ont des représentations mentales communes et de résoudre ensemble les problèmes* » (Dupuich-Rabasse, 2000).
- « *On peut faire l'hypothèse d'une compétence collective, et de sa genèse, lorsqu'au sein d'une équipe les informations s'échangent, les représentations s'uniformisent, les savoir-faire s'articulent, les raisonnements et les stratégies s'élaborent en*

commun. Cette compétence collective ne supprime bien entendu pas, mais suppose au contraire des compétences individuelles complémentaires ». (De Montmollin, 1984).

- « *Capacité reconnue à un collectif de travail de faire face à une situation qui ne pourrait être assumée par chacun de ses membres seuls* » (Bataille, 2001)

Ces définitions mettent en lumière que l'addition des compétences individuelles ne suffit pas à créer la compétence collective, mais aussi que la performance issue de la compétence collective est supérieure à celle produite par la seule juxtaposition de compétences individuelles. La performance résulte donc d'un ensemble d'interactions. Cette réflexion invite à se questionner sur les différents attributs composant la compétence collective et permettant sa création.

2.2.2. Les attributs de la compétence collective

Didier Retour et Cathy Krohmer ont fait émerger quatre attributs essentiels de la compétence collective :

Le référentiel commun : Il s'agit d'une représentation de référence, ou encore d'un « *patrimoine partagé (...) construit pour servir la préparation à la réalisation de l'action projetée* »²⁰. Cette représentation partagée, construite à partir de la confrontation des représentations individuelles des membres de l'équipe et de la mise en commun des compétences de chacun, permet de résoudre des problèmes, atteindre des objectifs. Cette construction commune et progressive aboutit à un consensus sur ce qu'il convient de faire et sur les moyens à utiliser pour résoudre les problèmes.

De ce référentiel commun naît l'intelligence collective, c'est-à-dire « *l'utilisation collective d'informations éparses détenues par différents individus au travail et que cette démarche vise à susciter un consensus d'action* »²¹.

Le langage partagé : Les membres de l'équipe vont développer un vocabulaire particulier qui n'appartient qu'à eux, permettant de communiquer efficacement. Pour Le Boterf : « *Plus économique que le langage naturel, ce langage permettra de gagner du temps, grâce à*

²⁰ Retour Didier, Krohmer Cathy. « *La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences* », in Defélix C., Klarsfeld A., Oiry E. (eds), « *Nouveaux regards sur la gestion des compétences. Apports théoriques et pistes d'action* », Vuibert, 2006, p.139-173.

²¹ Dupuich F. « *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable* », Gestion 2000 2011/02 (volume 28), p.107-125

l'énonciation abrégée, d'éviter les commentaires ou digressions inutiles, de converser à demi-mot, de lire entre les lignes, de se comprendre au quart de tour. (...) C'est la "puissance du succinct" »²². Ce langage traduit l'intercompréhension et permet à l'équipe de se distinguer des autres en construisant sa propre identité.

La mémoire collective : Elle se décompose en plusieurs processus. Il peut s'agir de l'acquisition de savoir auprès d'un autre membre de l'équipe ou de la création d'un nouveau savoir par l'interaction. Elle peut aussi reposer sur la confrontation de savoir-faire de plusieurs membres au cours d'une tâche, faisant émerger un savoir-faire commun. Enfin, la mémoire collective peut être issue de la confrontation des interprétations de chacun face à un problème donné, permettant sa résolution, ce que chaque membre seul ne parvient pas à faire.

L'engagement subjectif : Face aux aléas et aux situations rencontrées parfois complexes, l'équipe est en capacité de prendre des décisions, des initiatives en vue de résoudre les problèmes. Les membres de l'équipe portent également la responsabilité de leurs initiatives. Cet engagement subjectif suppose une certaine autonomie, nous renvoyant au « pouvoir-agir », constitutif de la compétence.

Ces attributs de la compétence collective, emprunts de relations interpersonnelles, convergent vers ce qui fonde un collectif de travail : la coopération.

[2.2.3. L'indispensable coopération](#)

C'est à travers la définition de Christophe Dejours que les dimensions de la coopération sont explorées :

« La coopération : ce sont les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune »²³.

²² Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

²³ Dejours C. « *Coopération et construction de l'identité en situation de travail* » in Futur antérieur, dossier « *Paradigme du travail* », n°16, 1993/2 (01/01/1993), 12 pages.

Les individus sont ainsi liés entre eux. Ces liens, de nature symbolique, impliquent des relations d'interdépendance et doivent être dotés d'une certaine stabilité pour permettre la coopération.

Ces liens sont construits par les individus eux-mêmes, donc par leur propre initiative individuelle, ce qui exclue toute forme de contrainte. L'adverbe « *volontairement* » utilisé dans cette définition renvoie à la formation d'une volonté collective et sous-entend une liberté des individus de créer la coopération. Ces derniers sont également conscients de l'engagement qu'implique la coopération.

Condition nécessaire au développement de la compétence collective, la coopération ne peut donc naître que de la construction volontaire de liens par les individus.

Les indicateurs de la coopération :

Quelques indicateurs viennent compléter les attributs de la compétence collective, permettant de reconnaître qu'il y a dans une équipe de travail le développement d'une coopération :

- Les individus disposent de comportements types : gestes, regards, attitudes d'écoute, postures ;
- Ils dépassent leur cloisonnement en mettant en œuvre des démarches interdisciplinaires ;
- Ils acceptent l'existence de conflits et les gèrent par des compromis, des arrangements, de la négociation, en utilisant des temps de régulation ;
- Ils mettent en place des organisations pertinentes et évolutives pour atteindre collectivement les résultats attendus ;
- Ils cherchent à mettre en place une répartition équitable de la charge de travail ;
- Ils synchronisent leurs raisonnements et le déroulement de leurs actions, ce qui nécessite que chacun prenne en compte l'organisation des autres, s'informe et anticipe leur disponibilité ;
- Ils passent à l'action en prenant des décisions concertées ;
- Ils ne négligent aucun détail pouvant perturber le fonctionnement collectif : suppose de prendre en compte le travail invisible et d'avoir le souci du détail.

La compétence collective représente l'ensemble des savoir-agir d'un collectif mis en œuvre pour faire face à une situation de travail. Elle est issue de l'interaction entre les compétences des membres de l'équipe. Cette notion d'interaction ne peut s'envisager qu'en explorant la

nature des relations humaines, permettant de comprendre ce qui se joue à l'intérieur des équipes performantes.

2.3. La dynamique de groupe et le travail d'équipe

2.3.1. L'équipe comme groupe primaire

Etymologiquement, le terme *groupe* vient de l'italien *gruppo* ou *gruppo*, terme technique des beaux-arts, désignant plusieurs individus, peints ou sculptés, formant un sujet. Le mot désigne alors un assemblage d'éléments. C'est au milieu du XIII^{ème} siècle que *groupe* désigne une réunion de personnes. Selon D. Anzieu et J-Y Martin, le groupe est un « *ensemble de personnes réunies ou qui peuvent et veulent se réunir* »²⁴. Il est composé d'au moins trois individus.

Les deux sociologues distinguent cinq catégories de groupes : la foule, la bande, le groupement, le groupe secondaire et le groupe primaire, appelé aussi groupe restreint. Ces différents groupes se différencient par leur taille, le but poursuivi par les membres qui les composent, ou encore les relations interpersonnelles s'y développant.

L'objet de ce travail demande de développer plus particulièrement le groupe primaire ou restreint. Ce dernier possède des caractéristiques spécifiques (n'étant pas nécessairement présentes toutes à la fois dans le même groupe) telles que :

- Un nombre restreint de membres, pour que chacun puisse avoir une perception individualisée de chacun des autres et que de nombreux échanges interindividuels puissent avoir lieu ;
- Une poursuite en commun et de façon active des mêmes buts, dotés d'une certaine permanence et assumés comme buts du groupe ;
- Des relations affectives pouvant devenir intenses entre les membres et constituer des sous-groupes d'affinités ;

²⁴ Anzieu D., Martin J-Y. « *La dynamique des groupes restreints* ». Paris : 7^è édition Puf le psychologue, 1982, 390p.

- Une forte interdépendance des membres et des sentiments de solidarité, une union morale des membres du groupe en dehors des actions en commun. Les liens personnels sont intimes, chaleureux, chargés d'émotion ;
- Une différenciation des rôles entre les membres ;
- Une constitution de normes, de croyances, de signaux et de rites propres au groupe (langage et code).

L'équipe soignante, en tant qu'équipe de travail, possède les caractéristiques d'un groupe primaire : s'y trouvent une unité d'esprit, une cohésion, des liens interhumains, un engagement personnel, une adhésion et une identification des membres.

Selon R. Mucchielli, une caractéristique supplémentaire vient s'ajouter pour qu'il y ai équipe : il s'agit de l'action, qui est caractérisée par la convergence des efforts de chacun pour la réalisation d'une tâche. L'équipe est donc une variété de groupe primaire « *qui ajoute à la cohésion socio-affective et aux relations interpersonnelles de face à face, une caractéristique supplémentaire : celle de la convergence des efforts pour l'exécution d'une tâche qui sera l'œuvre commune* »²⁵.

L'étude des groupes restreints ou primaires, dans le domaine de la psychologie sociale, s'est beaucoup développée au XXème siècle en prenant une forme expérimentale. Trois hommes ont été à l'origine de ce mouvement :

Elton Mayo, professeur de philosophie spécialisé dans l'étude de l'industrie, a mis en évidence que la rentabilité d'une entreprise était accrue par l'instauration de bonnes relations dans les petits groupes d'ouvrières.

Le psychiatre **Jacob-Lévi Moréno** a mis au point une technique d'analyse des petits groupes : le test sociométrique (questionner les membres d'un groupe au sujet de leurs affinités), permettant de dessiner un sociogramme représentant les liens socio-affectifs à l'intérieur du groupe.

Enfin, c'est **Kurt Lewin**, psychologue allemand, qui est l'inventeur en 1944 de l'étude du fonctionnement interne des groupes, appelée « *dynamique des groupes* ». Selon Lewin, les conduites humaines sont la résultante non seulement des forces psychologiques individuelles mais aussi des forces propres au groupe auquel l'individu appartient. Ainsi, « *le groupe est considéré comme une totalité dynamique qui détermine le comportement des*

²⁵ Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17è édition ESF, 2016, 196 p.

individus qui en sont membres ; c'est le champ des forces au sein duquel se produisent les phénomènes d'influence, de cohésion, de normes, de tension, d'attraction. »²⁶

La connaissance de la dynamique des groupes permet la compréhension et l'analyse des fonctionnements et des dysfonctionnements qui se produisent au sein des groupes de travail et des lois qui les régissent. Les relations interpersonnelles sont au cœur de cette dynamique.

2.3.2. Les relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe

La cohésion est définie par R. Mucchielli comme la « *résultante de l'ensemble des forces qui agissent sur les membres pour les faire rester dans le groupe, pour les inciter à participer et à coopérer, pour les rendre solidaires ; Une même motivation et une identité d'objectifs, jointes à la confiance mutuelle, à la confiance dans le groupe et dans son organisation, s'expriment, au niveau groupal, par la cohésion. »²⁷*

La cohésion d'équipe s'avère être une condition indispensable de coopération et d'émergence de la compétence collective. De plus, elle contribue à maintenir « le moral » de l'équipe, vecteur lui aussi de performance. Le moral de l'équipe, selon Anzieu et Martin, est déterminé par quatre facteurs :

- Le sentiment d'être ensemble ;
- Le besoin d'avoir un objectif ;
- La possibilité d'observer un progrès dans la marche vers l'objectif ;
- Le fait que chaque membre a des tâches spécifiques significatives qui sont l'accomplissement de l'objectif.

Explorer les relations interpersonnelles dans une équipe ouvre la voie aux aspects relationnels, émotionnels, aux problèmes humains communs à tout travail de coopération. Les facteurs de cohésion, permettant de maintenir l'unité d'une équipe, sont de plusieurs ordres et permettent de cimenter la coopération :

La confiance interpersonnelle : elle est pour T. Vignes la capacité qu'ont les individus à se dire les choses, à aborder les problèmes en vue de les résoudre : « *lorsque la confiance est bien en place, les individus osent, aiment aller les uns vers les autres, même sur des sujets*

²⁶ Anzieu D., Martin J-Y. « *La dynamique des groupes restreints* ». Paris : 7^e édition Puf le psychologue, 1982, 390p.

²⁷ Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

qu'ils savent difficiles, ou sur lesquels ils sont en désaccord »²⁸. La confiance est pour C. Dejours fondée sur « l'observation et la connaissance des conduites de l'autre, et sur la concordance entre ses actions et sa parole »²⁹. Pour cela les membres du groupe doivent se connaître un minimum.

L'appartenance au groupe : ce sentiment est gage de participation et de coopération pour l'individu. L'appartenance désigne un ensemble d'attitudes individuelles et de sentiments permettant de « se sentir » dans le groupe. Elle implique une identification au groupe (identité sociale), fondement de la cohésion et de l'esprit d'équipe. S'expriment alors des attaches affectives, une loyauté, l'adoption par l'individu des valeurs du groupe, de ses normes, de ses habitudes. Le sentiment de solidarité est fort et permet à l'équipe de construire ses mécanismes de défense sociale pour lutter contre les « attaques extérieures ».

La communication : Elle est spécifique au sein d'une équipe cohésive. Le langage commun (ou « le langage partagé » évoqué dans les attributs de la compétence collective) est une expression de l'appartenance. L'intercompréhension s'exprime par la communication verbale mais aussi non verbale (mimiques, attitudes, mouvements, regards).

La taille de l'équipe : Elle a une importance dans le maintien de l'unité du groupe. Les recherches menées ont révélé que plus le groupe est grand, plus il y a de difficultés de communication, plus il y a de chance que se forme des sous-groupes, plus les problèmes interpersonnels prennent de l'importance au détriment de l'unité d'action. Inversement, si le groupe est trop petit, les tensions augmentent par la difficulté à exprimer ses désaccords. Il est ainsi admis que la taille optimale d'une équipe permettant les interactions les plus riches et les plus productives, est de trois à douze membres, avec un niveau d'équilibre à cinq ou six.

La composition de l'équipe : L'unité du groupe peut également être ébranlée par une composition trop hétérogène. L'homogénéité apparaît alors comme un facteur de coopération et d'efficacité communicationnelle. Selon Anzieu et Martin, il s'agit d'une homogénéité du niveau de culture et des cadres de référence, de l'équilibre psychique, des traits de personnalité et des systèmes de valeurs personnelles. Cependant les auteurs cités,

²⁸ Le Dortz P., Abad M., Doat B., Vignes T., Pronost A-M., et al . Dossier « *Contribution individuelle et performance collective* » in Soins Cadres, n°92, 2014/11, p. 13-40.

²⁹ Dejours C. « *Coopération et construction de l'identité en situation de travail* » in Futur antérieur, dossier « *Paradigme du travail* », n°16, 1993/2 (01/01/1993), 12 pages.

rejoints par Mucchielli, s'accordent à dire que l'hétérogénéité des compétences « *est facteur de richesse des échanges, de créativité du groupe et d'une division efficace des rôles* »³⁰. Les échanges ont un rôle formateur, les compétences différentes assurent la complémentarité des interventions, dynamisent et enrichissent l'équipe. Il existe donc une double logique d'unité et de diversité produisant un équilibre : « *l'unité pour développer l'action concertée et la diversité pour maintenir l'initiative et la créativité* »³¹.

La stabilité de l'équipe : Il est aisé de déduire que pour développer la confiance, la communication ou le sentiment d'appartenance, l'équipe doit être dotée d'une certaine stabilité dans la durée de présence des membres. En effet pour R. Mucchielli « *l'instabilité de la composition de l'équipe fait baisser à la fois la capacité de décision, la productivité et la satisfaction, en faisant baisser la qualité des interactions et de la coopération* »³². Il est rejoint par Le Boterf pour qui « *des mobilités trop rapides mettent en péril la mémoire collective et risquent d'empêcher ou de faire perdre les effets d'apprentissage* »³³.

La maturité du groupe : Selon le développement des groupes restreints, il existe plusieurs niveaux d'existence groupale. Le quatrième et dernier niveau correspond à l'état de maturité du groupe qui est capable de s'autoréguler. Il y règne un climat de confiance, de coopération authentique et une forte solidarité. L'appartenance est devenue un engagement personnel pour les membres du groupe et le sentiment dominant est la coresponsabilité dans le travail. Cette maturité du groupe représente un potentiel de productivité dépassant largement les capacités de chaque individu.

2.3.3. L'autorité dans l'équipe

La notion d'autorité au sein d'une équipe implique la reconnaissance d'un chef comme incarnation du groupe. La définition de l'équipe proposée par Devillard vient ajouter à cette dernière un nouvel élément : « *groupe d'individus, organisés ensemble, conduit par un leader et œuvrant pour un même objectif* »³⁴. Le leader (mot anglais adopté par A. Binet en 1900) désigne la personne qui a l'autorité et l'influence dans un groupe. Il apparaît également sous les noms de meneur, entraîneur, ou encore chef de file.

³⁰ Anzieu D., Martin J-Y. « *La dynamique des groupes restreints* ». Paris : 7^e édition Puf le psychologue, 1982, 390p.

³¹ Devillard O. « *Ce qui fait "équipe"* » In : « *Dynamique d'équipe* ». Editions d'organisation, 2005, p. 3-44.

³² Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

³³ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

³⁴ Devillard O. « *Ce qui fait "équipe"* » In : « *Dynamique d'équipe* ». Editions d'organisation, 2005, p. 3-44.

R. Mucchielli et H. Mintzberg font tous deux la distinction entre le leader informel et le leader formel. Le leader informel est choisi par les « suiveurs » et s'appuie sur son pouvoir de référence (identification des suiveurs). Il est généralement suivi du fait de son pouvoir physique ou charismatique. Le leader formel est nommé par une autorité supérieure et s'appuie sur son pouvoir légitime, plutôt que sur sa personnalité.

La nuance apportée par Mucchielli est qu'un chef (ayant une autorité statutaire) n'est pas forcément un leader, puisque ce dernier exerce une autorité dans le groupe sans disposer de pouvoir de contrainte ou de sanction. En conséquence, un chef a des subordonnés et n'est pas forcément accepté ; un leader a des suiveurs, il est accepté et estimé, qu'il ait un statut formel ou non. De la même manière, M. Perrasse fait la distinction entre le manager gestionnaire qui a des capacités pour l'administration et la gestion (il planifie, organise et contrôle), et le leader qui définit la direction, motive et mène l'équipe vers les objectifs à atteindre.

Le leadership, influence du leader sur les autres membres du groupe, est défini plus tard en 1967 par R. Lambert, cité par M. Perrasse, comme « *la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus dans le but d'atteindre certains objectifs* »³⁵. Pour M. Perrasse, le cadre ne peut mener son équipe sans leadership, sans générer au sein de son équipe les compétences l'amenant à se dépasser. Si le leadership du cadre résulte pour partie de sa personnalité, il dépend aussi pour l'auteur de capacités apprises. Ces capacités permettent au leader de donner du sens, d'orienter les actions, d'instaurer un climat de confiance mutuelle, de motiver, de persuader ou de communiquer. Pour cela le leader doit posséder une forte empathie, révélant une intelligence émotionnelle qui est une composante indispensable du leader, puisqu'elle lui permet de prendre en compte les émotions qui interagissent au sein de l'équipe. Parmi les trois rôles interpersonnels du cadre défini par Mintzberg, (de symbole, de leader et d'agent de liaison), celui de leader est le plus important car définit l'atmosphère dans laquelle l'organisation travaillera (Mintzberg, 2002).

Par ailleurs, une équipe liée par un esprit d'équipe et faisant preuve de cohésion est en capacité de répondre aux aléas, aux difficultés, aux challenges. La solidité du lien entre les équipiers et leur coresponsabilité par rapport à l'objectif commun les poussent à se dépasser à leurs yeux et aux yeux des autres. La place du leader prend alors tout son sens : « *Une des fonctions du leadership est de personnifier l'unité et l'existence continue du groupe, et*

³⁵ Perrasse M. « *Le cadre de santé est-il un leader ?* » In Soins Cadres, dossier « *Cadre de proximité, réalité et perspectives* », n°90, 2014/05, 3 pages.

de maintenir l'engagement affectif de ses membres de telle sorte que le groupe puisse traverser les périodes de difficultés et de changements critiques. »³⁶.

2.4. Le management de la compétence collective

La compétence, qu'elle soit individuelle ou collective, est le résultat d'une responsabilité partagée entre les individus, le contexte de travail et le management. La coopération, si elle résulte de la volonté des membres d'une équipe, ne se développe pas spontanément. Elle nécessite un environnement favorable et le rôle du management est de réunir les conditions propices à son développement.

Pour le cadre de santé le défi est double :

- Détecter, développer et valoriser les compétences individuelles
- Développer la synergie de ces compétences pour faciliter la coopération

Ces deux axes se rejoignent alors : l'efficacité de la coopération repose en partie sur la richesse des compétences individuelles qui vont interagir pour produire la performance collective.

« Tout le talent d'un manager est de savoir mettre en exergue les talents individuels et de faire converger ces talents en connaissances collectives : c'est-à-dire susciter des liens entre les expertises de chacun et favoriser les synergies »³⁷.

2.4.1. L'identification des compétences individuelles

La mise en place du dispositif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences (GPEC), inscrit dans le code du travail par la loi de cohésion sociale du 18 janvier 2005, est associée à des mesures d'accompagnement du personnel telles que : formations, validation des acquis de l'expérience, bilan de compétences ou encore accompagnement de la mobilité professionnelle.

³⁶ Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

³⁷ Dupuich F. « *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable* », Gestion 2000 2011/02 (volume 28), p.107-125

Identifier les compétences et les évaluer est au cœur de la démarche compétence. Pour se faire, le cadre de santé de proximité observe et évalue au quotidien le niveau des pratiques, aptitudes et savoirs professionnels des membres de l'équipe.

L'entretien d'évaluation se présente ici comme un outil tenant une place prépondérante dans la démarche compétence. Selon Elisabeth Lecoœur et d'après son ouvrage sur la gestion des compétences³⁸, l'entretien d'évaluation est :

- Un outil d'évaluation de la performance : Selon *le diamant de la performance* de Jean-Guy Millet, l'entretien d'évaluation vise à évaluer les trois leviers de la performance : la maîtrise des activités (ce que fait la personne), l'atteinte des résultats (ce qu'elle obtient), ainsi que les pratiques professionnelles (comment fait la personne).
- Un outil de développement du professionnalisme : quatre stades de développement ont été distingués par les travaux de Lacoursière : le stade débutant (collaborateur motivé mais non compétent), le stade de la déprime (compétences en progression mais démotivation du collaborateur), le stade de professionnalisme (motivation variable avec un bon niveau de compétence), et enfin le stade de l'expert (le très haut niveau de compétence est associé à une très grande motivation pour l'activité).

Les évaluations individuelles permettent au cadre de santé d'avoir une vision des compétences de chaque membre de l'équipe et une représentation au plus juste de ce que E. Lecoœur nomme le « *portefeuille de compétences disponibles* », permettant de dresser un « *diagramme de polyvalence* » de l'équipe. L'analyse de ce diagramme permettra de comparer les niveaux de professionnalisme, suivre l'évolution des professionnels, évaluer le niveau de performance de l'équipe et anticiper (par exemple, une infirmière hautement compétente quittant le service, le cadre devra organiser le travail afin de « faire monter en compétence » une autre infirmière, selon son niveau et sa motivation).

Pour être constructif, l'entretien d'évaluation doit être un moment d'échange et de dialogue, créé dans un climat de confiance, au service du développement des compétences. Evaluer la performance et le niveau de maturité du professionnel permet au cadre de santé de :

- Mesurer le niveau de maîtrise des compétences de chacun ;
- Détecter des potentialités ;
- Identifier les besoins en formation ;
- Fixer des objectifs, définir des axes de développement ;

³⁸ Lecoœur E. « *Gestion des compétences, le guide pratique* ». Bruxelles : De Boeck, 2008, p.91-109.

- Recueillir les projets professionnels et les souhaits personnels d'évolution ;
- Valoriser la performance et renforcer la motivation.

L'entretien d'évaluation est une occasion formelle de motiver. Il permet, par une écoute et un questionnement pertinent, de mieux appréhender le quotidien et les motivations de chacun.

Ainsi, identifier les compétences permet de les manager : en accompagnant le développement des compétences de chaque individu avec un souci de prise en compte de ses aspirations individuelles, mais également en évaluant la compétence collective de l'équipe.

2.4.2. La reconnaissance comme facteur motivationnel

La notion de compétence, qu'elle soit individuelle ou collective, s'inscrit dans un processus dynamique où le « vouloir agir » tient une place fondamentale. La prise d'initiative et la prise de responsabilité comme composantes de la compétence renvoient à l'implication, l'engagement de l'individu et donc à sa motivation. La coopération, nous l'avons souligné, naît de la construction volontaire de liens par les individus. Ces notions convergent toutes vers ce point central qui est la motivation des acteurs.

La psychodynamique du travail définit le couple contribution-rétribution comme clé de la mobilisation d'un professionnel. La contribution de ce dernier va dépendre de la rétribution qui lui sera octroyé. Cette rétribution est essentiellement symbolique : *« en échange de leurs efforts, des risques qu'ils prennent, de l'intelligence qu'ils mettent en œuvre, de la souffrance qu'implique la confrontation à l'organisation du travail, les agents attendent essentiellement une reconnaissance. (...) La reconnaissance est la forme spécifique de rétribution psychologique vis-à-vis de l'identité dans le monde du travail »*³⁹.

La reconnaissance est une forme de gratification visant l'accomplissement de soi et passe par deux types de jugements, définis par C. Dejours :

- Le jugement d'utilité portant sur l'utilité du sujet à l'organisation du travail. Ce jugement est porté par le cadre de santé (la hiérarchie) et les patients ;

³⁹ Dejours C. « Coopération et construction de l'identité en situation de travail » in Futur antérieur, dossier « Paradigme du travail », n°16, 1993/2 (01/01/1993), 12 pages.

- Le jugement de beauté portant sur la conformité aux règles de travail. Ce jugement est porté par les pairs, les collègues et s'inscrit dans la notion d'appartenance à un collectif de travail.

Le sentiment de reconnaissance exerce donc une influence directe sur la motivation et est en grande partie déterminé par le contexte de travail. Ce dernier lorsqu'il « renvoie vers l'individu un feed-back positif sur ses réalisations, ses performances, il renforce son sentiment de compétence et par conséquent sa motivation intrinsèque »⁴⁰. Le feed-back positif porté par le cadre prend alors toute son importance dans la rétribution psychologique de l'individu.

D'un point de vue collectif, « plus les coéquipiers sont motivés pour le travail, plus l'équipe est cohésive et plus le désir de réussite collective est grand »⁴¹. La motivation individuelle se trouve augmentée quand l'individu est dans une équipe car il est stimulé par les autres. L'action à plusieurs augmente le degré de mobilisation de chacun. C'est le désir d'être reconnu pour sa contribution à la tâche qui augmente la motivation à agir de l'individu.

2.4.3. Accompagner le développement des compétences

Un rôle essentiel du cadre de santé est d'accompagner le développement des compétences des membres de l'équipe soignante. Pour P. Zarifian, la combinaison des trois mots clés suivants caractérise la compétence : l'autonomie, l'initiative et la responsabilité.

- Le sociologue définit l'**autonomie** comme « la faculté qu'a un individu à agir de lui-même, en auto-définissant sa manière de répondre à une situation et en prenant, de lui-même, les décisions qu'il faut. »⁴². Un professionnel peut ne pas être autonome à cause de carences en compétences, mais aussi à cause d'un manque de confiance en soi ou d'un manque de précision quant à ce qu'on attend de lui. La règle centrale pour manager la montée en autonomie se situe dans l'évaluation de la bonne distance à avoir entre le cadre et le professionnel : être éloigné ou proche. Le cadre peut ainsi « s'éloigner » d'un professionnel autonome. A l'inverse, l'accompagnement de proximité et une vraie disponibilité est indispensable (de la part du cadre ou d'un tuteur) à un professionnel peu autonome. L'art de

⁴⁰ Roussel P. « La motivation au travail, concept et théories », manuscrit à paraître dans « les grands auteurs en GRH », éditions EMS, Paris, 2001.

⁴¹ Mucchielli R. « Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

⁴² Zarifian P. « Manager par la compétence, manager les compétences. Synthèse des résultats de recherche menée dans une Unité de Services aux clients d'une grande entreprise ». Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page63.htm>

l'encadrement est de « s'éloigner » progressivement à mesure que la personne gagne en autonomie.

• **L'initiative et la responsabilité** sont liées dans la définition suivante : « *Le concept d'initiative, c'est le passage à l'action, donc la volonté d'agir et le choix de la bonne action à mener, accompagnées du sens de la responsabilité quant aux effets de cette action* »⁴³.

Trois leviers permettent de manager la montée en initiative :

- L'explicitation des missions de l'individu : ce que l'on attend de lui, dans quel domaine de responsabilité il a des initiatives à prendre ;
- La création des opportunités de prise d'initiative en fonction du degré d'autonomie des personnes ;
- Le soutien aux prises d'initiatives et leur évaluation.

2.4.4. Les leviers d'action pour la coopération

Les attributs de la compétence collective et les indicateurs permettant de reconnaître le développement de la coopération au sein d'une équipe de travail nous donne une vision de ce qu'est une équipe détenant une compétence collective. Le cadre de santé, en tant que manager, se place au cœur de sa mise en œuvre.

Quels sont les leviers d'action ou les conditions à réunir qui sont susceptibles de favoriser la coopération entre les compétences ? De quels moyens le cadre dispose-t-il pour que les membres de l'équipe interagissent en vue d'atteindre les objectifs qui leur sont communs ?

La compétence collective se construit socialement et est liée à l'état de cohésion de l'équipe. Si les liens créés entre les professionnels ne sont pas prescrits, la construction de la compétence collective dépend largement des modes d'organisation et du fonctionnement des équipes de travail. Ces leviers d'action seront directement ou indirectement sources de motivation individuelle et collective.

• **Le développement de la formation mutuelle**

La variété des compétences dans une équipe est un potentiel pour développer la compétence collective : « *Chaque acteur est savant et ignorant tout à la fois. Chaque personne peut être agent de formation, de transmission des savoirs en apportant ses propres pratiques et expériences (...)* Plusieurs personnes tirent les leçons de leur propre

⁴³ Ibid

expérience ou apprentissage et les mettent à profit au sein d'une collectivité »⁴⁴. La participation des individus eux-mêmes dans l'élaboration de formations permet le partage des savoirs tout en reconnaissant l'individualité des personnes et leur compétences propres. De plus, faire mieux connaître aux professionnels ce que chacun fait dans l'équipe facilite la formation mutuelle. L'élaboration d'une cartographie ou répertoire des compétences disponibles est un outil pour que chacun sache où il peut trouver les connaissances et compétences complémentaires aux siennes. Enfin, cette connaissance des compétences de l'autre peut se faire dès l'intégration d'un nouveau membre : par exemple par la mise en place de parcours d'intégration.

- **La favorisation de relations interpersonnelles**

*« Faciliter et entretenir les relations de solidarité, veiller à la cohésion des groupes de travail est sûrement le point crucial au regard du développement des compétences collectives »*⁴⁵.

Les liens de coopération se construisent dans l'intercompréhension et la perte de cohésion a une répercussion sur la performance d'une équipe (absence de communication, repli sur ses intérêts individuels).

Développer alors toutes les occasions d'échange, faciliter les relations de solidarité et de convivialité permet de construire une vie collective. De plus, les temps et espaces de discussion sont propices à la confrontation des opinions, à l'établissement de règles morales, à la construction d'un sens commun et de relations de confiance entre les membres de l'équipe.

En ce qui concerne la composition des équipes comme facteur de cohésion sociale : si le cadre a la possibilité de choisir les membres de l'équipe, il portera attention à la composition des groupes pour veiller à une combinaison harmonieuse sur le plan des compétences individuelles (profils et expériences variés) mais aussi sur les personnalités. Pour Le Boterf, *« il y a un intérêt à veiller à la pluridisciplinarité, au mélange des cultures, (...), au brassage entre les générations permettant d'allier l'enthousiasme des jeunes et l'expérience des anciens »*⁴⁶.

- **Une organisation visant l'autonomie des groupes de travail**

L'enjeu est de mettre en place des systèmes de coordination pertinents qui développent les compétences en donnant à l'équipe la capacité à construire son organisation. *« L'individu*

⁴⁴ Dupuich F. *« L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable »*, Gestion 2000 2011/02 (volume 28), p.107-125

⁴⁵ Ibid

⁴⁶ Le Boterf G. *« Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions »* Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

devenant alors organisateur dans son travail et acteur opérationnel (...) pourra tirer le meilleur parti de ses ressources propres et les mettre à profit dans son travail. »⁴⁷.

L'organisation par projets a un pouvoir important. Fédérer autour d'un projet stimule le travail de groupe et implique les équipes qui deviennent acteurs dans l'organisation de leur travail. Les individus mobilisent leurs ressources autour d'un même projet dans un espace d'autonomie et de prise d'initiative, en se plaçant en situation de responsabilité conjointe. En outre, construire les projets en équipe renforce le sentiment d'appartenance au groupe.

L'autonomie nécessite également une réelle délégation de pouvoir afin développer le « pouvoir-agir » des équipes. Selon Le Boterf, « *on ne peut demander aux équipes (...) de l'autonomie, de la prise d'initiative sans leur donner les moyens et le pouvoir d'agir* »⁴⁸. M-F Minnaert et J-L Muller en analysant les jeux de pouvoir au sein du système hospitalier affirment que « *la recherche de l'équilibre des pouvoirs par la délégation est un levier puissant de développement des compétences individuelles et collectives dans les organisations* »⁴⁹. Contrairement à diriger, déléguer invite au partage des pouvoirs et des décisions. En laissant de l'autonomie aux collaborateurs, ces derniers augmentent leurs compétences, leur motivation, leur prise d'initiative. En déléguant une partie de son pouvoir, le cadre développe l'autonomie de ses collaborateurs (la capacité à agir d'eux-mêmes), leur prise d'initiative (choix des actions) et témoigne de la reconnaissance envers eux. La délégation permet donc pour les équipes de soins une possibilité d'agir ainsi que l'entretien de leur motivation indispensable à la coopération et à la construction de la compétence collective.

• Une organisation apprenante

C'est en cherchant à mettre en commun les savoirs et les expériences que se constitue une compétence collective. Les modes d'organisations apprenantes favorisent l'autonomie et « *valorisent l'ensemble des compétences, dans la mesure où elles les stimulent et les font interagir les unes avec les autres* »⁵⁰.

⁴⁷ Dupuich F. « *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable* », Gestion 2000 2011/02 (volume 28), p.107-125

⁴⁸ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

⁴⁹ Minnaert M-F, Muller J-L. « *L'équilibre des pouvoirs dans les rôles managériaux* » in « *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir* » 2^{ème} édition Masson, 2004, p.116-131.

⁵⁰ Dupuich F. « *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable* », Gestion 2000 2011/02 (volume 28), p.107-125

C'est entre autres par les retours d'expériences que se met en œuvre un apprentissage permanent. Ce sont des lieux de bilan pour examiner collectivement les événements et mettre au point une socialisation des solutions. Ils permettent les discussions collectives des difficultés rencontrées, pour en approfondir les causes, échanger les expériences, permettre aux individus de progresser eux-mêmes dans leurs facultés de diagnostic.

C'est le cas des séances d'analyse des pratiques professionnelles. Le cadre peut y faire participer un médiateur pour aider le groupe à prendre du recul et aider à la construction de représentations partagées (le référentiel commun).

La participation des équipes à l'analyse des événements indésirables en lien avec l'amélioration de la qualité concourt également à l'élaboration de l'organisation apprenante.

Il s'agit alors d'un double processus pour l'individu : le transfert d'une compétence individuelle et la création d'une nouvelle compétence. Ainsi les situations de réflexion collective de travail, permettent de « *coopérer à la production de savoirs pour que des leçons puissent être tirées de l'expérience* »⁵¹.

Ces retours d'expérience permettent aussi au cadre de mettre à jour des carences en compétences pour envisager des actions de formation.

2.4.5. Les postures managériales et le style de management

Le cadre de santé a pour rôle d'animer l'assemblage des compétences en réunissant les conditions propices au développement de la coopération.

• **Faire partager à l'équipe un projet commun**

La finalité d'un projet stimule, oriente l'action et a un effet mobilisateur, offrant à chacun la possibilité de contribuer à l'atteinte de l'objectif commun. Ce dernier est donné par le cadre et doit être « *clair, précis et accessible et l'atteinte de cet objectif doit par la suite être valorisé par le management* »⁵².

Cela sous-entend de faire participer l'équipe aux choix des objectifs : responsabiliser les acteurs en leur confiant des missions valorise leurs compétences et renforce leur implication.

⁵¹ Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.

⁵² Retour Didier, Krohmer Cathy. « *La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences* », in Defélix C., Klarsfeld A., Oiry E. (eds), « *Nouveaux regards sur la gestion des compétences. Apports théoriques et pistes d'action* », Vuibert, 2006, p.139-173.

Monique Abad⁵³ propose par exemple la mise en place de groupes de travail autour de l'établissement d'un arbre décisionnel ou d'une charte de fonctionnement d'un service.

- **Communiquer les résultats**

L'atteinte des objectifs doit être sous-tendue par une rétribution sous peine de démotivation. Communiquer sur l'avancée des projets, les résultats et publier la réussite encourage le groupe à progresser, valorise l'effet positif de la mise en commun des compétences.

En communiquant, le cadre de santé soutient, oriente et permet ainsi de maintenir l'unité du groupe.

- **Disposer de règles du jeu claires sur le fonctionnement collectif**

Une organisation du travail permettant de donner un cadre de référence fixe des statuts, des rôles, des domaines de compétence, des responsabilités à chacun. De plus, ce qui est attendu de chacun en termes de comportement limite les incompréhensions et contribue à construire la confiance nécessaire pour obtenir l'implication des individus.

Ces règles sont destinées à faciliter les relations d'aide (chacun doit pouvoir compter sur les autres), à réguler les échanges (fréquence des temps de parole). Ce sont enfin des règles de communication et de transmission des informations.

- **Permettre à son équipe de se ressourcer**

Le cadre permettra d'« activer des ressources mises à mal par la pression et l'usure du quotidien »⁵⁴. Lorsque l'objectif commun se perd dans les urgences du quotidien, les liens de coopération sont mis à mal. Se ressourcer permet de remotiver et de renforcer les liens interpersonnels. Cela se traduit par des moments de convivialité, comme par exemple fêter l'anniversaire d'un membre de l'équipe.

- **Quel style de management ?**

L'intérêt du patient est l'élément fédérateur dans un service de soins. Chaque membre de l'équipe poursuit donc le même objectif. Le cadre de santé fédérateur sous-entend un leadership fort pour favoriser l'adhésion des équipes, ayant la volonté de faire participer et progresser les professionnels de santé. D'après Devillard, le manager, « *s'il veut faire lever toute la dynamique de son équipe, doit passer d'un mode autoritaire à un mode d'animation* »

⁵³ Le Dortz P., Abad M., Doat B., Vignes T., Pronost A-M., et al . Dossier « *Contribution individuelle et performance collective* » in Soins Cadres, n°92, 2014/11, p. 13-40.

⁵⁴ Le Dortz P., Abad M., Doat B., Vignes T., Pronost A-M., et al . Dossier « *Contribution individuelle et performance collective* » in Soins Cadres, n°92, 2014/11, p. 13-40.

centré sur l'objectif, les hommes et les interactions. »⁵⁵. Le mode autoritaire ne permet pas en effet l'émergence d'une équipe performante car il y a peu de partage de responsabilités. L'auteur est rejoint par B. Doat qui recommande un leadership basé sur l'autorité sans excès, favorisant la coordination : « *un leader trop autoritaire, sur-confiant, fragilise l'équipe en provoquant de l'agressivité en retour. (...) A l'opposé, un leader passif laissant une totale liberté à son équipe afin de maintenir une ambiance conviviale, peut provoquer une démarche égocentrée sur les acteurs. (...) Au sein de l'équipe synergique, le leader prend les décisions avec l'aide de la participation de tous les acteurs.* »⁵⁶

Favoriser une dynamique d'équipe, impliquer les professionnels autour de l'objectif commun, nécessite en outre de donner une vision de leur contribution à l'atteinte de cet objectif.

Le modèle de management directif ou autoritaire est souvent opposé au modèle participatif. Paul Hersey et Kenneth Blanchard, deux spécialistes américains en management, proposent une théorie alternative : le leadership situationnel.

L'autonomie dans le travail, telle qu'elle a été développée à l'aide des différentes références théoriques énoncées dans ce travail de recherche, est une caractéristique de la compétence et s'accompagne, tant sur le plan individuel que collectif. Le leadership situationnel propose de développer graduellement le niveau de maturité des membres de l'équipe pour accroître leur autonomie, décrite par Hersey et Blanchard comme « *le croisement de la compétence et de la motivation* »⁵⁷.

Cette théorie expose quatre modèles d'application du leadership situationnel en fonction du niveau de compétence et de motivation des collaborateurs : directif, persuasif, participatif, déléguatif.

- Le modèle directif : il s'applique lorsque le collaborateur est peu compétent et peu motivé. Le manager doit alors diriger, décider, annoncer les instructions.
- Le modèle persuasif : il s'applique lorsque le collaborateur est peu compétent mais motivé. Le manager adopte un comportement encourageant pour aider à progresser. Il suscite des interrogations, consulte et échange avec le collaborateur.
- Le modèle participatif : il s'applique lorsque le collaborateur est compétent mais manifeste un intérêt limité. Les décisions sont alors issues d'une concertation et les

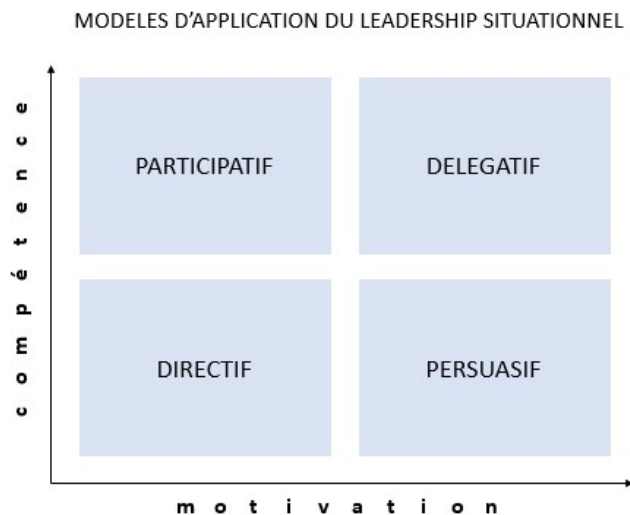
⁵⁵ Devillard O. « *Ce qui fait "équipe"* » In : « *Dynamique d'équipe* ». Editions d'organisation, 2005, p. 3-44.

⁵⁶ Le Dortz P., Abad M., Doat B., Vignes T., Pronost A-M., et al . Dossier « *Contribution individuelle et performance collective* » in Soins Cadres, n°92, 2014/11, p. 13-40.

⁵⁷ Agouzoul M, Lemmet J-F. « *Manager dans la fonction publique* ». Issy-les-Moulineaux : édition Gualino, 2016, 213 p.

propositions sont partagées. La responsabilisation est encouragée pour maintenir la motivation.

- Le modèle délégatif : il s'applique lorsque le collaborateur est compétent, dynamique et proactif.



D'après « *Manager dans la fonction publique* », M. Agouzoul, J-F Lemmet

Ainsi les styles de management sont des comportements d'adaptation à l'environnement. Tout l'art du management du cadre est alors de savoir adapter son style en fonction des personnes et des situations. Le cadre a un rôle déterminant sur l'engagement des membres de l'équipe, sur l'ambiance et sur l'atteinte des résultats. Ses styles de management, induits par ses attitudes et ses comportements, influent très fortement sur le développement des compétences et de l'autonomie les membres de l'équipe.

La compétence et sa mobilisation en situation de travail est une notion impliquant de nombreux facteurs liés à l'individu mais aussi au contexte dans lequel il évolue au quotidien. Le rôle du cadre de santé est alors de créer les conditions favorisant la valorisation des ressources de son équipe et le développement des compétences de chacun, en stimulant le désir d'action. La construction de la compétence collective renvoie à l'équilibre parfois instable entre l'unité du groupe et sa diversité, les aspects concourant à la dynamique d'équipe étant variés et complexes. C'est ainsi que les facteurs entraînant ou inhibant la cohésion sont à intégrer par le cadre de santé dans sa manière de manager et dans le choix des moyens mis en œuvre pour développer la compétence collective. La motivation, élément moteur du développement de la coopération entre les membres de l'équipe, passe par les sentiments d'autonomie, de valorisation et de reconnaissance.

Les recherches effectuées pour la construction du cadre de référence de ce travail mettent en lumière le rôle du cadre de santé dans le développement des compétences dans une perspective d'apprentissage collectif au service de la qualité des soins.

De ce cheminement conceptuel permettant l'exploration de ma question de départ émergent les trois hypothèses suivantes :

1. Le cadre de santé, en valorisant les compétences individuelles, motive et implique les professionnels au partage de leurs compétences propres.

2. Une organisation de travail permettant le développement des liens interpersonnels favorise la coopération.

3. L'autonomisation des équipes soignantes par la délégation est un levier managérial pour la construction de la compétence collective.

3. Présentation de la méthodologie de recherche

L'objet de ce travail de recherche prend racine dans mon expérience professionnelle d'infirmière en service de soins. De ce contexte d'émergence est né un cheminement réflexif, me conduisant sur la voie de la mise en œuvre des compétences au sein des équipes soignantes paramédicales. Le cadre conceptuel issu des recherches théoriques a fait évoluer mes représentations de départ, mes savoirs et m'a permis d'explicitier mon questionnement. Ont alors émergé trois hypothèses, constituant des propositions de réponses à ma question de départ et qui ont guidé la construction de l'outil d'enquête.

3.1 Choix des terrains d'enquête et de la population interrogée

L'objet de recherche et les hypothèses formulées ont guidé mon choix concernant le terrain d'enquête et la population interrogée. L'objectif de cette enquête étant d'explorer la mise en œuvre de la compétence collective au sein des équipes soignantes, j'ai donc choisi d'enquêter dans des services de soins hospitaliers dans lesquels les professionnels travaillent en équipe. Mon choix a été de ne pas sélectionner de discipline particulière, me permettant de disposer de profils variés d'équipes de travail. Cependant, afin de disposer d'une certaine homogénéité permettant une comparaison sans biais, j'ai choisi d'exclure les services de psychiatrie. Les critères d'exclusion ont donc été minimales.

En outre, lors de mes recherches de terrains d'enquête, j'ai eu la possibilité d'investiguer dans deux services de même spécialité. J'ai fait le choix de maintenir ces deux terrains, dans la perspective d'éventuelles comparaisons et d'analyse des divergences et convergences constatées.

Les sept terrains d'enquête sont les suivants :

- Service d'oto-rhino-laryngologie, APHP (MCO)
- Service de neurologie, APHP (MCO)
- Service de gériatrie ambulatoire et SSR thérapeutique, APHP (MCO)
- Service d'oncologie médicale, APHP (MCO)
- Service de soins de longue durée, APHP (MCO)
- Service d'oncologie médicale, centre hospitalier intercommunal (MCO)
- Service de réadaptation cardiaque, APHP (MCO)

La population interrogée est constituée des sept cadres de santé de proximité exerçant dans les sept services sélectionnés. La dimension collective, organisationnelle et motivationnelle gravitant autour de la compétence, telle qu'elle a été étudiée dans le cadre conceptuel, a justifié que mon choix se soit porté uniquement sur des cadres de santé. Le seul critère d'exclusion a été de ne pas m'orienter vers des cadres exerçant depuis moins de six mois dans les services. Il m'a semblé que l'objet de recherche, notamment l'étude de la dynamique de groupe, nécessitait que les cadres connaissent à minima les équipes soignantes et leurs relations interpersonnelles.

Afin de garantir l'anonymat des lieux et des personnes, les hôpitaux ne sont pas nommés ainsi que les cadres de santé, qui seront identifiés par l'acronyme CDS, suivi des numéros 1 à 7.

3.2 Présentation de l'outil d'enquête

Le choix s'est porté sur des entretiens semi-directifs. La variété, la richesse et la complexité des réponses attendues nécessitant un outil d'enquête qualitatif, l'entretien a été l'outil le plus approprié. L'échantillon limité de la population interrogée a en outre rendu ce choix tout à fait adapté.

Le guide d'entretien, présenté en annexe I, comporte 18 questions dont 13 questions ouvertes permettant une liberté de parole et une possibilité d'ouverture. Les questions ont été posées suivant une progression logique, construites autour de quatre thèmes principaux :

- Le service et le cadre interviewé concerne les questions d'identification (présentation, parcours et expérience du cadre), la spécificité du service, la présentation de l'équipe et l'organisation globale du travail.
- La détection et la connaissance des compétences individuelles. Ce thème m'a permis de recueillir des données sur l'évaluation des compétences individuelles et leur partage au sein des équipes.
- La dynamique de groupe. Ce thème a exploré le niveau d'existence groupale des équipes, les facteurs de cohésion et la qualité des interactions.

- La coopération et le développement de la compétence collective. Ce dernier thème regroupe les questions concernant les leviers motivationnels et l'organisation de travail favorisant la coopération des professionnels.

Chaque question est pourvue de son objectif propre, ce qui m'a aidé à reformuler les questions dans les cas où elles n'auraient pas été comprises. Des questions de relance ont été prévues afin d'inciter l'interviewé à développer son discours ou à le réorienter sur le thème abordé.

3.3 Présentation de la population interrogée et de la conduite des entretiens

Les entretiens se sont déroulés sur une période de cinq jours consécutifs, consacrée à du temps personnel réservé pour cette occasion.

L'échantillon se compose de sept cadres de santé de proximité, présentés dans le tableau suivant :

	Ancienneté dans la fonction cadre	Ancienneté dans le service	Capacité d'accueil du service	Equipe paramédicale managée
CDS 1 ORL	10 ans	8 mois	Pas de donnée. Hospitalisation	12 IDE 16 AS
CDS 2 Neurologie	4 ans et 8 mois	2 ans et 8 mois	60 lits hospitalisation 8 lits HDJ	42 IDE 29 AS
CDS 3 Gériatrie ambulatoire	9 ans	18 mois	Pas de donnée. HDJ/consultation	8 IDE 7 AS
CDS 4 Oncologie	12 ans	18 mois	37 lits sur 2 étages	Pas de donnée sur l'effectif total. 5 IDE/4 AS le matin et l'après-midi
CDS 5 SLD	11 ans	5 ans et 6 mois	34 lits hospitalisation	9 IDE 17 AS
CDS 6 Oncologie	5 ans	1 an et 2 mois	15 lits hospitalisation	10 IDE 12 AS
CDS 7 Réadaptation cardiaque	11 ans	4 ans	40 lits hospitalisation sur 2 unités 12 lits HDS	20 IDE 25 AS

Les entretiens se sont déroulés dans des conditions permettant la libre expression, dans des environnements propices : bureau des cadres ou autre pièce, porte fermée, sans allées et venues d'autres personnes. Les cadres avaient annoncé leur indisponibilité à leurs collègues, confié leur téléphone à une tierce personne ou alors n'ont répondu qu'aux appels urgents. Seule une cadre a dû répondre à deux appels téléphoniques, interrompant l'entretien quelques minutes.

Les entretiens se sont donc déroulés dans des conditions optimales. Leurs durées ont varié de 29 minutes à 1 heure et 19 minutes, pour une durée moyenne de 54 minutes.

Après avoir remercié les cadres de me recevoir, j'ai introduit les entretiens en me présentant, précisant le cadre et l'enjeu de la recherche effectuée et en indiquant le thème général : la compétence collective. Puis, afin de conserver une qualité d'écoute et retranscrire les propos recueillis le plus fidèlement possible par la suite, j'ai demandé aux cadres l'autorisation d'enregistrer les entretiens en garantissant l'anonymat. Ils ont tous accepté.

J'ai également associé la prise de note à l'enregistrement, ce qui m'a permis de noter des éléments à approfondir ou à éclaircir, sans avoir à interrompre le discours. La reformulation a été utilisée dès lors que j'avais besoin de faire expliciter les réponses apportées. J'ai adopté une posture neutre en accueillant les réponses données sans manifester mon point de vue.

Au terme de chaque entretien, j'ai remercié les cadres pour leur investissement et le temps qu'ils m'avaient accordé, valorisant ainsi leur participation à mon travail de recherche.

3.4 Les limites et les biais de mes choix d'enquête

Concernant le choix des terrains d'enquête, mon réseau professionnel a été une aide précieuse dans la recherche des lieux et des cadres interviewés. Cependant les enquêtes ne se sont déroulées que dans des hôpitaux publics de la région parisienne. Une plus grande hétérogénéité des institutions m'aurait probablement permis d'élargir encore le champ des réponses, ou d'en donner une autre teinte. Les modes d'organisation institutionnels, l'historique et les cultures peuvent en effet différer entre les institutions publiques et privées.

Concernant le choix de la population interrogée, prolonger la recherche en interviewant les populations infirmières et aides-soignantes aurait permis de récolter des points de vue différents et d'enrichir l'analyse en croisant les réponses des différentes populations. Interroger les équipes sur leur sentiment de reconnaissance perçue et explorer la dynamique de groupe depuis l'intérieur du groupe aurait été particulièrement riche. Cette démarche aurait nécessité l'élaboration d'un nouveau guide d'entretien destiné à cette population.

Notons enfin que l'échantillon se compose de sept cadres de santé. Il est donc restreint, permettant des résultats certes qualitatifs mais ne constituant pas une base de données suffisamment large pour que l'analyse soit représentative et constitue une généralité.

3.5 La méthode d'analyse de contenu

Dans un premier temps, la retranscription fidèle de l'ensemble des entretiens a été réalisée. Ce fut une étape nécessaire afin de dépouiller les résultats de façon précise et de sélectionner des extraits d'entretiens pertinents, au plus juste du discours des cadres de santé. L'intégralité de l'entretien numéro 7 est disponible en annexe II.

Ensuite, le dépouillement des résultats a été effectué à l'aide d'un tableau regroupant les données à analyser, visible en annexe III. Ces dernières ont été classées en suivant l'ordre logique des questions posées. Les éléments identifiés comme significatifs pour l'analyse ultérieure ont nécessité une sélection des informations recueillies.

Dans un dernier temps, le contenu des données a été analysé. J'ai alors procédé thème par thème en confrontant les résultats obtenus avec le cadre conceptuel. Les indicateurs formulés en rapport avec chaque question lors de la construction du guide d'entretien, m'ont été précieux pour affiner la mise en lien avec le cadre conceptuel. L'analyse horizontale question par question m'a également permis de mettre en lumière et de comparer les réponses des différents cadres interrogés. Cependant, en effectuant une analyse thème par thème et à la vue des réponses fournies, il m'a été nécessaire de regrouper des questions qui ne se suivaient pas dans le guide d'entretien. Par exemple, il a été plus cohérent et pertinent d'analyser les questions 13 et 6 dans le même chapitre « *compétence collective et coopération* ».

Une synthèse de l'analyse de contenu m'a mené à confirmer ou infirmer les hypothèses formulées en amont des entretiens. De plus, une analyse verticale des résultats m'a permis de faire les liens entre les réponses appartenant aux mêmes cadres de santé, enrichissant ainsi ma réflexion.

4. Présentation et analyse des résultats d'enquête

4.1 Les compétences interrogées

4.1.1 Détection, évaluation et complémentarité des compétences

Etre compétent, c'est « *être capable d'agir avec pertinence dans une situation de travail* »⁵⁸. Pour mettre en œuvre ses compétences, le professionnel est amené à mobiliser et organiser différentes ressources personnelles, mais aussi à faire appel à son environnement et notamment les compétences de ses collègues.

Les objectifs des questions 4, 5, 15 et 16 du guide d'entretien sont d'identifier comment le cadre de santé détecte les compétences individuelles, d'avoir des données sur la diversité des compétences des membres de l'équipe, d'évaluer la possibilité pour eux de faire appel aux compétences de chacun, d'évaluer enfin l'impact de l'autonomisation et de la prise de responsabilité des personnes sur leur motivation.

Ainsi nous explorons les trois dimensions de la compétence : le savoir, le vouloir et le pouvoir-agir.

Afin de détecter et d'évaluer les compétences individuelles des membres de l'équipe, les cadres de santé interrogés (question 4) indiquent disposer de plusieurs moyens : six cadres sur sept disent utiliser l'entretien professionnel comme outil d'évaluation. Il s'agit des entretiens annuels d'évaluation au cours desquels les cadres évaluent les connaissances (CDS 5 et 6) en posant des questions spécifiques. Une grille de compétences institutionnelles est utilisée pour deux cadres sur sept. Les CDS 3 et 5 disent mesurer l'atteinte des objectifs de l'année précédente pour évaluer la progression dans l'acquisition des compétences.

Les CDS 5 et 7 détectent les compétences dès l'entretien d'embauche à l'aide de tests de connaissances, de questions sur les situations de soins. Cette forme d'évaluation se prolonge au cours de la période d'intégration (CDS 7) puis au renouvellement des contrats à durée déterminée, à l'aide d'une grille d'évaluation (CDS 5).

Ces différentes formes d'entretien professionnel permettent aux cadres de santé interrogés d'avoir une vision des compétences de chaque membre de l'équipe. Les connaissances

⁵⁸ Op.cit Le Boterf p. 12

théoriques, procédurales et les pratiques professionnelles sont interrogées. Mesurer l'atteintes des objectifs, évaluer la progression permet d'accompagner le développement des compétences de chacun.

Quatre CDS sur sept disent utiliser l'observation des professionnels pour évaluer leurs compétences. Il peut s'agir d'un « *management promenade quotidien* » (CDS 2) ou d'une observation des compétences techniques et relationnelles, au cours des visites hebdomadaires des médecins en présence de toute l'équipe (CDS 4). Les réunions de synthèse sont une occasion pour la CDS 7 d'évaluer le niveau de compréhension de la prise en charge des patients, tout comme la CDS 6 qui assiste aux transmissions orales inter-équipes tous les matins.

L'évaluation des documents écrits est aussi utilisée pour cinq CDS. Il s'agit des audits de dossiers de soins avec l'évaluation de la traçabilité des soins et des transmissions ciblées.

Enfin, six CDS sur sept disent porter attention aux retours des patients et de leur famille au sujet de la qualité de la prise en charge dont ils bénéficient. Parmi ces six CDS, trois tiennent également compte du discours des médecins et/ou du reste de l'équipe au sujet des professionnels pour évaluer leurs compétences.

Ainsi les cadres de santé interrogés évaluent au quotidien la maîtrise des activités, les pratiques professionnelles et l'atteinte des résultats. Les différents moyens évoqués leur permettent d'évaluer la façon dont les professionnels mobilisent leurs ressources en situation de travail. L'observation et le contrôle des aptitudes et des résultats impliquent par ailleurs une certaine proximité du cadre de santé avec les équipes soignantes, afin de se situer au cœur de leurs pratiques professionnelles et évaluer le savoir-agir de chaque professionnel.

Cependant les compétences individuelles, qui sont par définition spécifiques à chacun, ne permettent pas exclusivement d'être compétent en situation de travail. L'individu, nous l'avons constaté en parcourant le cadre conceptuel⁵⁹, ne peut être compétent en ne comptant que sur la mobilisation de ses propres ressources, en étant isolé, en agissant sans le concours des autres.

⁵⁹ Op. cit. chapitre 2.1.3

Il s'agit alors d'évaluer si les professionnels ont connaissance des compétences de leurs collègues, leur permettant de faire appel à d'autres ressources que les leurs. (Question 5). Cinq cadres sur sept estiment que tous les membres de l'équipe ont la connaissance des compétences de chacun. Sont ainsi citées des personnes ressources dans certains domaines qui ont reçu des formations spécifiques. Il s'agit par exemple d'infirmier référent douleur (CDS 1), d'infirmier ayant des compétences en termes de tutorat pour les étudiants, de prise en charge des accidents vasculaires cérébraux ou d'accueil des patients ayant des troubles cognitifs (CDS 2).

Les membres de l'équipe, d'après ces cinq cadres, ont donc la possibilité de faire appel aux compétences de leurs collègues, traduisant une connaissance mutuelle.

Deux cadres en revanche émettent des réserves. La CDS 5 admet que les membres de l'équipe ne connaissent « *pas complètement* » les compétences de chacun. Par exemple ils ne savent pas qui est le référent douleur dans le service. Pourtant il existe dans le poste de soins un affichage de photos des personnes référentes douleur ou chute. Pour la CDS 6, il existe une personne extérieure au service qui est référente « plaies et cicatrisation » que l'équipe n'hésite pas à solliciter. Cependant dans l'équipe elle-même, il n'y a « *personne sur qui s'appuyer* », la seule personne experte sur certains soins étant la cadre.

Il n'existe pas d'après les cadres interrogés de répertoire ou cartographie des compétences. Sur ce dernier point, nous avons déterminé grâce au cadre conceptuel que la variété des compétences dans une équipe est un potentiel pour développer la compétence collective. L'élaboration d'une cartographie ou répertoire de compétences est un outil que le cadre peut utiliser pour que chacun sache où il peut trouver les connaissances et les compétences complémentaires aux siennes.⁶⁰

Plusieurs éléments entrent en jeu dans la mise en œuvre de la compétence. Les notions de responsabilité partagée entre l'individu, le management et le contexte de travail nous renvoient à l'affirmation déjà citée : la compétence « *se met en œuvre sous la forme d'une prise d'initiative, d'une prise de responsabilité d'un individu dans une situation de travail donnée* »⁶¹. Il s'agit alors d'interroger les cadres de santé sur la diversité des compétences au sein de leur équipe et la possibilité d'une division des rôles, d'une autonomie et d'une responsabilité des individus. (Question 15).

⁶⁰ Op. cit chapitre 2.4.4

⁶¹ Op.cit Zarifian p.6

Six cadres sur sept ont des professionnels dans l'équipe qui ont des compétences ou des responsabilités spécifiques. Ces dernières sont attribuées en fonction de différents critères, pouvant impliquer des niveaux de responsabilité différents. Il peut s'agir de compétences repérées en organisation, conférant une mission de gestion du stock de la pharmacie par exemple (CDS 2).

Pour les six cadres, les missions et responsabilités confiées découlent des formations reçues par les professionnels : en hygiène, en utilisation du Méopa®, en gestion de la douleur, en suivi des contentions, encadrement des étudiants, éducation thérapeutique, plaies et cicatrisation. Pour d'autres, c'est l'expérience au sein du service qui leur confère des compétences particulières, comme l'infirmière spécialisée en hématologie, rapportée par la CDS 4. Enfin, la CDS 3 délègue une de ses responsabilités à une infirmière : la gestion du planning des agents.

Sur les six CDS pour qui missions et responsabilités spécifiques sont effectives au sein de leur service, quatre expliquent l'attribution de ces responsabilités (CDS 2, 3, 4 et 7). Il s'agit pour tous d'un même processus en deux temps :

- Le repérage de compétences liées à l'expérience, à des formations, à des capacités personnelles, à des « potentiels »,
- L'attribution ou la délégation de missions en fonction des motivations (pour les quatre CDS) et des projets professionnels (CDS 3 et 7). « *En fonction des profils des agents, on va confier des missions plus qu'à d'autres. Soit le thème les intéresse plus particulièrement, soit ils ont des projets derrière d'IFSI ou d'IFCS* » (CDS 7).

Pour le CDS 2, le repérage des compétences et la motivation sont les deux leviers afin de confier des responsabilités aux professionnels.

D'après les recherches théoriques effectuées, les conditions de mise en œuvre de la compétence permettant le « pouvoir-agir » de l'individu s'obtient grâce à un contexte de travail⁶². Celui-ci doit notamment concourir aux prises d'initiative et de responsabilité. Ici nous pouvons constater que six cadres sur sept créent ces conditions à un niveau individuel, en laissant des marges de manœuvre, une autonomie, en déléguant, créant ainsi des opportunités de prise d'initiative.

⁶² Op. cit chapitre 2.1.3

Les six cadres concernés par l'attribution des missions spécifiques au sein de leur équipe affirment que ces responsabilités sont connues de tous les membres de l'équipe. Elles font l'objet d'une fiche mission et d'un affichage dans le service du CDS 2.

Toutefois, trois cadres sur les six évoquent les limites d'une division des rôles et de la notion de « référent ». Une seule cadre interrogée refuse d'attribuer des missions ou responsabilités spécifiques aux membres de l'équipe (CDS 6). Elle prône en effet la polyvalence, l'inverse créerait « *trop de scissions dans une équipe (...) tout le monde est concerné ou pas du tout* ». A noter qu'il s'agit de la CDS 6 pour qui il n'y a « *personne sur qui s'appuyer* » lorsqu'ont été évoquées la complémentarité des compétences et la possibilité de faire appel aux compétences des collègues.

Les deux dernières ont des réponses plus nuancées. En effet la CDS 1 s'interroge sur ce qu'il advient quand les référents quittent le service. Les CDS 1 et 5 estiment que la polyvalence est nécessaire pour certaines missions comme l'encadrement des étudiants infirmiers ou l'entretien du chariot d'urgence. Le partage des connaissances et des compétences permettant cette polyvalence devient alors indispensable, ce que nous analyserons à travers l'exploration de la compétence collective.

Afin d'évaluer l'impact de l'autonomisation et des responsabilités données aux professionnels à qui les cadres confient des missions, j'ai voulu savoir si ces personnes étaient davantage impliquées et motivées que celles qui n'ont pas de responsabilités particulières (Question 16).

Pour cinq cadres sur les six concernés, la réponse est sans appel : c'est « oui ». Cette motivation à la tâche vient du fait que ces personnes sont valorisées, engendrant une reconnaissance de leurs compétences par l'encadrement et le reste de l'équipe. Cette reconnaissance semble être le moteur de leur motivation. « *Le fait de lui confier une responsabilité, il va se sentir valorisé, du coup ça va augmenter sa motivation* » (CDS 7). Pour les CDS 2 et 3, la reconnaissance est même « *essentielle* » et l'attribution de responsabilités est une marque de confiance.

Le pouvoir motivationnel de la prise de responsabilité est même utilisé par la CDS 7 puisqu'elle confie des missions à des professionnels lorsqu'elle constate une baisse de

motivation, afin de relancer leur implication. Donner des responsabilités est donc un levier motivationnel.

En revanche, pour la CDS 4, les personnes de l'équipe qui ont des responsabilités spécifiques ne sont pas plus motivées, et c'est un problème de son point de vue. Elle l'explique par le fait que ces professionnels n'ont pas eu de reconnaissance de leurs compétences par un diplôme, bien qu'elles soient reconnues par leurs pairs et l'encadrement. Il ne leur a pas été donné les moyens de partager leurs compétences, ni une place spécifique au sein de l'équipe. Cela conduit à un souci de légitimité, provoquant une frustration. Le manque de reconnaissance engendre alors une baisse de motivation.

Nous avons ainsi mis en évidence l'importance du « vouloir-agir » dans la mise en œuvre de la compétence. A travers les réponses données par les cadres, il apparaît que les individus les plus motivés et impliqués sont ceux à qui des responsabilités ont été attribuées. Rappelons que la motivation a été définie comme « *un processus qui active, oriente, dynamise et maintient le comportement des individus vers la réalisation d'objectifs attendus* »⁶³. La motivation agit directement sur la performance et concourt à faire d'un individu un professionnel compétent.

Les professionnels sont motivés car les responsabilités qui leur sont attribuées par l'encadrement sont le témoignage d'une reconnaissance de leur travail. Cette constatation rejoint le fait que la reconnaissance est un facteur motivationnel puissant⁶⁴. C'est une forme de gratification indispensable à la satisfaction au travail, à la réalisation de soi et au développement personnel. Nous constatons également que le manque de reconnaissance ressenti par certains membres de l'équipe de la CDS 4 entraîne effectivement une baisse de motivation.

Cette première partie d'analyse des résultats d'enquête nous permet de constater que l'évaluation et le repérage des compétences individuelles permettent au cadre de santé :

- D'avoir une vision des compétences de chaque professionnel et d'évaluer le niveau de performance de l'équipe
- De confier des responsabilités : répartir les tâches en fonction des compétences et de la maîtrise des activités

⁶³ Op. cit Roussel p. 14

⁶⁴ Op. cit chapitre 2.4.2

- De valoriser et motiver les professionnels par la reconnaissance de leurs compétences propres
- D'accompagner le développement des compétences : confier des missions spécifiques en fonction d'un projet professionnel

Confronter les réponses des cadres de santé au cadre conceptuel élaboré permet d'identifier et de contextualiser les trois dimensions de la compétence selon le modèle le Boterf : le « savoir-agir » (mobilisation des ressources en situation de travail), le « vouloir-agir » (la motivation) et le « pouvoir-agir » (les moyens mis à disposition des professionnels pour agir avec compétence).

Si la création de la compétence collective suit le même modèle, cerner l'articulation entre compétences individuelles et collectives au sein des services de soins visités est l'objectif poursuivi. Il est donc nécessaire d'interroger les cadres de santé sur leur vision de ce qu'est la compétence collective, de déterminer s'il existe au sein des équipes un partage des connaissances et des compétences, de repérer enfin les attributs nécessaires à la création d'une coopération.

4.1.2 Compétence collective et coopération

La notion de compétence collective évoque des éléments différents aux cadres interrogés (Question 13), sans qu'il y ait un véritable consensus dans les réponses fournies. Pour la CDS 1, la compétence collective est « *une force, une plus-value, une organisation* ». Il s'agit d'une « *notion relativement floue* » (CDS 2), d'une « *pensée collective* », ou encore une notion étrangère puisque la CDS 6 n'en a « *aucune idée* ».

La question de relance concernant les attributs que doit posséder une équipe pour qu'il y ait création d'une compétence collective permet aux cadres de fournir des réponses plus précises.

Pour la CDS 7, les compétences sont surtout individuelles et l'équipe ne doit pas posséder d'attribut particulier pour qu'il y ait création d'une compétence collective. Selon elle le collectif s'exprime par le fait que les soignants doivent être ouverts, avoir des expériences différentes et les faire partager.

La communication comme attribut de la compétence collective est identifiée pour trois cadres sur sept. Ainsi la compétence collective est « *l'échange, la communication, le travail en*

commun ; la communication permet d'améliorer les pratiques » (CDS 5). De même pour les CDS 1 et 6, pour partager il faut communiquer et être à l'écoute.

A travers les discours des cadres interrogés au sujet de la compétence collective se dessinent pour quatre d'entre eux les notions de complémentarité, de synergie des compétences et de cohésion sociale. C'est ainsi que pour le CDS 2, l'efficacité et l'autonomie varient en fonction de la composition des binômes et des trinômes. Il faut constituer les équipes pour qu'il y ait transfert des compétences et des connaissances et repérer ceux qui peuvent faire « *monter en compétences* » le reste de l'équipe. Pour obtenir une synergie selon le CDS 2, il faut tenir compte des compétences mais aussi des caractères.

Pour la CDS 4, la compétence collective est une richesse car les compétences de chacun sont prises en compte et travailler ensemble dynamise, motive, provoque une amélioration et une extension du champ de travail. Cela permet de fixer des objectifs plus ambitieux que si l'on est seul. Cette notion de dynamisme est reprise par la CDS 5 pour qui il faut « *mettre en avant* » les éléments moteurs pour dynamiser le groupe.

Enfin, la complémentarité des compétences est évoquée par la CDS 3 à travers la notion de coopération. Les compétences doivent être « *réparties sur tout le monde, que chacun apporte sa particularité et son petit plus* » pour engendrer stabilité et homogénéité. « *Pour qu'il y ait coopération, il faut que chacun sache ce que l'autre est capable de faire pour se compléter dans l'activité, pour s'aider, se supporter, se compléter* ». De plus, toujours selon la CDS 3, il faut veiller à ne pas composer une équipe avec des personnes trop différentes. Elles doivent avoir une base de compétences similaires permettant un même langage. Pour cette cadre c'est ce qui crée la dynamique d'équipe, la créativité et la coopération.

Plusieurs éléments émergent des réponses données par les cadres concernant leur définition de la compétence collective, que nous pouvons soumettre au cadre conceptuel⁶⁵.

Tout d'abord les termes tels que « force », « plus-value », « richesse » confirment l'idée selon laquelle la performance issue de la compétence collective est supérieure à celle produite par la seule juxtaposition de compétences individuelles.

⁶⁵ Op. cit chapitre 2.2

La prise en compte et le partage des compétences et des expériences ainsi que le travail en commun évoqués, sont les composantes d'un attribut de la compétence collective qui est le référentiel commun, c'est-à-dire une représentation partagée issue de la confrontation et la mise en commun des compétences de chacun. De ce référentiel commun naît l'intelligence collective et la résolution de problèmes, permettant aux professionnels de passer à l'action en prenant des décisions concertées.

La communication, l'écoute et les échanges, le transfert de compétences, sont des notions évoquées par les cadres et qui concourent à l'émergence d'un savoir-faire commun contribuant à la création de la mémoire collective.

La complémentarité et la synergie des compétences sont des propos illustrant une des définitions proposées de la compétence collective : « *savoir combinatoire propre à un groupe et qui résulte de la complémentarité et de la mise en synergie de compétences individuelles dont elle n'est pas la somme* »⁶⁶. L'importance de la composition des équipes est soulignée par deux cadres, pour qui la complémentarité des compétences pour l'un mais aussi des caractères pour l'autre concourent à la synergie et à l'efficacité des groupes constitués. Porter attention aux relations interpersonnelles contribue en effet à favoriser les liens de coopération entre les individus.

Le terme « coopération » n'est évoqué que par une de ces deux cadres (CDS 3). Cette dernière met en évidence deux indicateurs de la coopération : d'une part l'homogénéité des compétences permet le langage commun. Nous avons déterminé que ce langage commun, appelé aussi langage partagé, est la traduction d'une intercompréhension au sein des équipes et permet une communication efficace. D'autre part est soulignée par la cadre la connaissance de l'autre et de ses capacités pour se compléter. En effet, se connaître et tenir compte de l'organisation de l'autre permet de mettre en place une répartition de la charge de travail, de synchroniser les raisonnements et le déroulement des actions.

Pour les cadres de santé interrogés, la complémentarité des compétences et le partage des expériences concourent à la création de la compétence collective. La question est alors d'identifier s'il existe effectivement un partage des connaissances et des compétences au sein des équipes (Question 6).

⁶⁶ Op.cit Pemartin p.16

Les réponses concernant la manière dont les compétences individuelles sont mises au service du collectif sont très disparates. Toutefois le biais de la communication s'inscrit comme vecteur de transmission. Il s'agit de partage des pratiques et transmissions de savoirs pendant les temps de transmissions inter-équipes (CDS 6), ou par l'entraide lors des tâches à effectuer (CDS 3). Les temps formels de formation sont dispensés aux équipes par des prestataires extérieurs ou des équipes ressources (CDS 1 et 6). Dans l'équipe du CDS 2, il n'y a pas de formation mutuelle partagée entre les individus, par manque de personnel.

Au sein de l'équipe de la CDS 7, les audits sont faits par les agents eux-mêmes qui transmettent les résultats à leurs collègues ; Pour la cadre c'est une démarche très formatrice. Dans ce même service, lorsqu'il est impossible de former individuellement tous les agents, seulement deux d'entre eux suivent la formation et restituent ensuite leurs connaissances acquises aux autres membres de l'équipe. Cette formation mutuelle s'effectue une à deux fois par an.

En revanche, la CDS 5, pour qui « *une équipe qui fonctionne est une équipe qui tire le meilleur de chacun* », est opposée à l'idée de l'agent-relai car tous n'ont pas la capacité de former leurs pairs. Elle préfère cibler les formations en fonction des besoins spécifiques de chaque agent. Notons que cette démarche peut expliquer qu'au sein de l'équipe, les professionnels n'ont « *pas complètement* » la connaissance des compétences de chacun (réponse à la question 5 traitée précédemment).

En ce qui concerne la CDS 4, le partage des connaissances et des pratiques est très aléatoire et se fait seulement entre personnes qui s'entendent. Les échanges ne se font pas au niveau collectif mais restent très individuels, « *ce qui est dommage parce que certaines vont se faire valoriser et c'est pas le but. Le but c'est que tout le monde puisse avoir les mêmes compétences* ».

Le développement de la formation mutuelle est l'un des leviers d'action pour la coopération⁶⁷. Ce levier repose sur le fait que la variété des compétences dans une équipe est un potentiel pour développer sa performance, et que chaque personne peut être vecteur de transmission de savoirs, de partage d'expériences. La qualité de la communication apparaît comme essentielle pour les cadres interrogés, permettant le partage des pratiques lors de transmissions orales ou d'entraide lors des tâches à effectuer. Les audits menés par les

⁶⁷ Op. cit chapitre 2.4.4

équipes elles-mêmes sont des moyens puissants d'échange, d'auto-formation et d'auto-évaluation, source de réflexion mutuelle et permettant aux soignants d'être force de propositions de solutions, ajustées à leurs pratiques quotidiennes. La création de nouveaux savoirs par l'interaction participe à la construction de la mémoire collective des équipes.

La coopération et la notion de compétence collective font référence, pour certains cadres interrogés, à la synergie des compétences et à la cohésion sociale. Nous ne pouvons en effet ni expliquer ni évaluer la capacité d'une équipe à coopérer sans interroger la nature des relations interpersonnelles et la cohésion d'équipe. La dynamique de groupe, les facteurs de cohésion font l'objet de questions posées aux cadres de santé.

4.2. La dynamique d'équipe

4.2.1. Les facteurs de cohésion

L'objectif est dans un premier temps d'identifier les facteurs de cohésion au sein des équipes en demandant aux cadres de santé s'ils ont le sentiment que leur équipe soignante est soudée et solidaire, en explorant les signes leur permettant de l'affirmer (Question 7). Puis dans un deuxième temps, leur vision de ce qui explique cette cohésion ou cette absence de cohésion apporte des données sur ce qui favorise ou freine la coopération (Question 8). La stabilité de la composition des équipes, pouvant avoir une influence sur les interactions et la coopération, est également interrogée (Question 9). Six cadres sur sept estiment que leur équipe soignante est soudée et solidaire, avec une variation dans l'intensité des réponses.

Pour le CDS 2, l'équipe est très solidaire. Il y a une cohésion et un sentiment d'unité sociale. Cela se traduit par beaucoup d'entraide ou par des remplacements spontanés en cas d'arrêts maladie : « *pour se rendre service les uns les autres, ils s'arrangent entre eux* ». Cette cohésion s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord la charge de travail est très importante dans le service. « *Si on veut s'en sortir c'est nécessaire de s'aider* ». Ensuite, les membres de l'équipe infirmière sont jeunes et tous à peu près dans la même tranche d'âge, donc se comprennent mieux selon le cadre. En revanche, la cohésion plus difficile au sein de l'équipe d'aides-soignants s'explique par le fait qu'il y a beaucoup plus d'écart d'âges. La communication intergénérationnelle est compliquée, il y a plus d'incompréhensions. Les différences dans les contenus et les méthodes des formations aides-soignantes en fonction des générations expliquent aussi selon le cadre ces incompréhensions.

Pour faire le lien avec le profil de l'équipe du CDS 2, l'ancienneté des agents dans ce service varie de 2 à 10 ans. C'est une équipe stable dans laquelle il y a peu de turn-over. Selon le cadre la stabilité de l'équipe est « *plus rassurant qu'une équipe qui tourne tout le temps* », les projets et le développement des compétences sont plus faciles car les équipes sont moins centrées sur la tâche. En revanche le cadre estime que la stabilité « *est à double tranchant : on peut s'enfoncer dans des incompréhensions et des conflits, s'enkyster dans des habitudes. Il faut un certain équilibre et un certain renouvellement* ».

La CDS 7 estime également que l'équipe est très soudée et que c'est même un point fort. La solidarité est présente à tous les plans : les nouveaux arrivants sont très bien intégrés à l'équipe, l'entraide est spontanée lorsqu'il y a une situation d'urgence ou une charge de travail élevée et les agents assurent les remplacements spontanément lorsqu'il y a des collègues absents. Cette cohésion est expliquée par le fait que les professionnels se connaissent très bien. De plus, ils travaillent dans tous les secteurs du service : les deux unités d'hospitalisation et l'hôpital de jour. La polyvalence ainsi créée favorise la cohésion selon la cadre. Cela permet de décloisonner les équipes, que chacun connaisse le travail des autres et les difficultés de chaque poste. Enfin, il s'agit d'une équipe stable (durée moyenne d'exercice dans le service de 6 à 7 ans pour les infirmiers, plus longue pour les aides-soignants et dernier agent recruté il y a 4 ans), ce qui joue un rôle dans la cohésion d'équipe selon la cadre. « *On a des gens qui commencent à être experts sur certains domaines. Les compétences se partagent mieux* ».

Pour la CDS 3, l'équipe est soudée malgré les profils particuliers (service de gériatrie ambulatoire avec trois agents en restriction médicale, même inaptes à la fonction infirmière pour certains). C'est une équipe « *bienveillante, bien traitante, qui a du caractère, qui ne mâche pas ses mots mais qui est assez objective et à la fois assez empathique* ». Les professionnels sont vigilants vis-à-vis de ceux qui sont en restriction de soins, pour qu'ils ne se blessent pas. La cadre explique cet esprit d'équipe par le fait que c'est une habitude dans le service mais aussi par le fait qu'elle soit dans la même dynamique : le non jugement et la bienveillance sont véhiculés par la cadre. Celle-ci s'attache aussi à « *préserver celles qui sont fortes et sur qui il est possible de s'appuyer* ». L'absence de turn-over au sein du service a un impact sur la cohésion selon la cadre (très longue durée d'exercice dans le service). Les agents se connaissent bien et se font confiance.

L'équipe soignante est également soudée d'après la CDS 1. C'est une équipe dans laquelle il y a eu beaucoup de changements (départs suite à la mise en place de la nouvelle organisation du temps de travail) mais qui se stabilise. La cadre pense que c'est une chance

d'avoir des anciennes infirmières dans le service avec des nouvelles car c'est porteur d'enrichissement des compétences, de complémentarité, de dynamisme. Les signes évoqués faisant tendre vers une cohésion d'équipe sont l'entente, la communication, beaucoup d'entraide, une bonne humeur constante, l'écoute mutuelle sur des conseils, les échanges. Cette cohésion est expliquée par la cadre par la création de liens, de communication dans l'apprentissage mutuel : « *ce ne sont pas les compétences, c'est le lien qui fait le plus ; Un plus un n'est pas égal à deux dans ces cas-là. Il y a une plus-value* ». La cadre n'est pas inquiète quant à d'éventuels changements dans la composition de l'équipe car « *la manière dont les anciennes accueillent les étudiants est un bon reflet de la manière dont elles accueillent leurs collègues* ».

Pour la CDS 5, l'équipe soignante est « *plutôt* » soudée. Les infirmières sont solidaires entre elles, s'entraident. La cohésion est plus difficile pour l'équipe d'aides-soignants, expliqué en partie par la concurrence du fait des renouvellements ou non des contrats à durée déterminées. De plus la cadre relève qu'il y a des clans, que certains agents se voient à l'extérieur du travail, provoquant l'incompréhension des autres. La cadre relève également un manque de communication entre infirmiers et aides-soignants dans la transmission des informations concernant les patients, dont les aides-soignants se plaignent. Dans cette équipe qui est stable depuis l'ouverture du service en 2011, la durée moyenne d'exercice est de 4 à 5 ans. La cadre explique les difficultés de communication par le fait que les personnes sont assez individualistes. Néanmoins, il existe une bienveillance entre les professionnels qui savent prendre soins les uns des autres.

Au sein de l'équipe encadrée par la CDS 6, l'esprit de solidarité se développe, ce qui n'était pas le cas avant. Pour développer l'esprit d'équipe, la cadre dit avoir imposé le travail en binôme car être deux pour faire un soin demande de créer une relation. « *Avant c'était les infirmières d'un côté, les aides-soignantes de l'autre. Elles se croisaient mais se parlaient à peine. On ne peut pas dire qu'on est une équipe si on ne travaille pas ensemble* ». Le fait qu'il n'y ait pas d'anciennes infirmières empêche le fait de se référer à une personne d'expérience pour les situations difficiles psychologiquement, fréquentes en service d'oncologie. Il s'agit d'un service ouvert depuis deux ans, très éprouvant physiquement et psychologiquement. La durée moyenne d'exercice pour un professionnel est de 2 à 3 ans, la plus ancienne infirmière ayant obtenu son diplôme il y a 3 ans. La cadre affirme que la cohésion d'équipe s'est développé et le constate à travers plusieurs signes : l'équipe infirmière et aide-soignante travaillent beaucoup plus ensemble et échangent, communiquent de façon nettement moins cloisonnée, s'entraident beaucoup. Pour la cadre, « *si pas d'entraide, pas d'esprit d'équipe* ».

Cette équipe a la particularité d'être en développement : c'est une équipe nouvelle, dont les membres sont très jeunes. Elle se situe dans les tout premiers niveaux d'existence groupale et n'a donc pas atteint son niveau de maturité.

En revanche, la CDS 4 affirme qu'il n'y a pas de cohésion au sein de l'équipe qu'elle encadre. Par exemple il n'y a pas d'entraide spontanée dans l'équipe infirmière, cela ne fait pas partie de leur démarche individuelle. C'est alors la cadre qui leur demande d'aider leurs collègues quand la charge de travail est importante. Elles prennent cette initiative en fonction de leurs affects : « *c'est du copinage, ce n'est pas de la solidarité* ». Il n'y a également pas de solidarité entre infirmières et aides-soignantes, qui n'ont pas l'habitude de travailler ensemble. La cadre explique cela par le fait que les aides-soignantes ne sont pas impliquées dans la prise en charge globale du patient. La situation est différente pour la relation entre les aides-soignantes : elles sont dans le service depuis plus longtemps et se connaissent mieux. Bien que l'équipe soit stable avec une durée d'ancienneté de 3 à 10 ans, il existe une scission entre les anciennes et les plus nouvellement arrivées qui explique selon la cadre ce manque de cohésion de groupe. Les infirmières plus anciennes ont des liens particuliers avec les médecins, leur donnant des privilèges et créant un déséquilibre de l'équipe paramédicale et de la distance entre les personnes.

La manière dont un nouveau membre intègre le groupe déjà formé est un indicateur permettant de mesurer la possibilité d'acquérir l'identité sociale du groupe afin de développer le sentiment d'appartenance. Ce dernier concourt à établir des liens affectifs nécessaires à la cohésion d'équipe. Tous les cadres interrogés (Question 10) prévoient un temps d'intégration des nouveaux agents, voire un parcours, de deux semaines à un mois. Un système de tutorat est mis en place par quatre cadres sur sept. Pour la CDS 6, c'est une volonté de ne pas instituer de tutorat, pour que les nouveaux arrivants « *travaillent avec tout le monde* ». Dans tous les cas la notion de mobilité sur les différents secteurs des services pendant l'intégration est mise en avant. La mise en place d'un parcours d'intégration facilite également la possibilité pour le nouvel arrivant de connaître les personnes ressources et incite à la transmission des savoirs.

Les témoignages des cadres concernant la dynamique de leur équipe soignante sont riches et permettent une confrontation précise au cadre conceptuel. Nous pouvons constater que d'une manière générale, les équipes présentées possèdent les caractéristiques spécifiques

d'un groupe primaire⁶⁸ : des relations affectives entre les membres pouvant parfois constituer des sous-groupes d'affinités, une identification et une forte interdépendance des membres, des sentiments de solidarité, des échanges interindividuels et des liens personnels.

A partir de la description du travail d'équipe et des liens interpersonnels, nous pouvons identifier des facteurs de cohésion nécessaires à la coopération et à l'émergence d'une compétence collective⁶⁹ :

Le sentiment d'appartenance au groupe, qui est gage de participation et de coopération, se traduit par un fort sentiment de solidarité : l'entraide spontanée en cas de charge de travail importante, les remplacements volontaires des agents absents traduisent une identification au groupe qui est le fondement de l'esprit d'équipe et de la cohésion. La solidarité et l'esprit d'équipe permettent au groupe d'atteindre l'objectif commun, de répondre aux aléas et aux difficultés. L'appartenance se traduit également par un ensemble d'attitudes comme la bienveillance, l'empathie, la bienveillance, exprimées par deux cadres. Ces attitudes sont l'expression d'une loyauté et de l'adoption par le groupe des mêmes valeurs.

La connaissance de l'autre est un point important relevé par les cadres comme facteur de cohésion. Il s'agit de la connaissance de l'autre mais aussi de son travail et donc de ses difficultés. C'est ainsi que la polyvalence, le décroisement des équipes participent à renforcer la connaissance mutuelle et la confiance interpersonnelle.

La stabilité des équipes est un élément permettant la cohésion. Il est relevé par les cadres que la stabilité joue un rôle dans l'intercompréhension, la connaissance et la confiance. Il est relevé également que cette stabilité permet le partage et le développement des compétences. Ces témoignages rejoignent et confirment le fait que la stabilité des membres d'une équipe dans le temps augmente la qualité des interactions et de la coopération. Un turn-over trop important risque de mettre à mal la mémoire collective et fait perdre les effets d'apprentissage. Cependant il est spécifié par un cadre que le renouvellement est nécessaire pour réguler les conflits et éviter l'introduction d'habitudes routinières. En effet, un renouvellement modéré et mesuré permet d'apporter dynamisme et complémentarité.

La composition des équipes permet aux cadres interrogés d'expliquer en partie la dynamique de groupe. Tout d'abord les écarts d'âges sont à l'origine d'incompréhensions, alors que les membres ayant le même âge se comprennent mieux donc communiquent plus. Cela est

⁶⁸ Op. cit chapitre 2.3

⁶⁹ Op. cit chapitre 2.3.2

expliqué également par des différences de formations en fonction des générations. Pour une autre cadre au contraire, le fait que des anciennes infirmières travaillent avec des nouvelles est source d'enrichissement et de dynamisme. Pour une autre encore, le fait qu'il n'y ait pas d'ancienne prenant le rôle d'experte et de mémoire est une difficulté pour l'équipe dans la gestion de situations nouvelles et difficiles. Ces disparités peuvent s'expliquer par le juste équilibre à trouver entre homogénéité et hétérogénéité. Il est juste que le cadre de référence, le niveau de culture, les traits de personnalité et les valeurs personnelles doivent être homogènes pour assurer l'unité du groupe. Cependant l'hétérogénéité des compétences et des caractères sont sources de dynamisme, de créativité et ont un rôle formateur important de par les échanges d'expériences

La communication et la qualité des échanges sont mentionnés par quelques cadres comme étant des signes de cohésion de groupe. Les équipes dans lesquelles il y a des cloisonnements, des clans, dans lesquelles les individus ne travaillent pas ensemble, le manque de communication apparaît alors et interfère dans la cohésion de groupe. Une des cadres a pu constater que, depuis que les infirmières et les aides-soignantes travaillent ensemble, il y a beaucoup plus d'échanges et de communication interpersonnelle.

Une seule équipe décrite ne possède aucun des attributs permettant la création d'une cohésion d'équipe. Il s'agit de celle de la CDS 4. L'entraide et la solidarité entre les infirmières sont inexistantes, à part entre « copines », les infirmières et les aides-soignantes ne travaillent pas ensemble et ne se connaissent pas, il existe une scission entre les anciennes infirmières et les nouvelles arrivées. L'existence de clans, de sous-groupes engendrent des difficultés de communication, les problèmes interpersonnels prennent de l'importance au détriment de l'unité d'action. Les jeux de pouvoir semblent être installés : les anciennes ont des privilèges, notamment auprès des médecins, ce qui ne permet pas l'intégration des plus jeunes et exclue les aides-soignantes. Le sentiment d'appartenance et l'identification au groupe sont alors mises à mal, empêchant toute action de solidarité. Les aides-soignantes sont plus soudées entre elles car se connaissent mieux et il n'y a pas de notion de rivalité.

4.2.2. La vie collective et la convivialité

L'existence d'une vie collective se traduit également par des moments de détente, de convivialité, permettant de se ressourcer et de renforcer les liens. La création d'un collectif en dehors des tâches du quotidien est un indicateur de cohésion que j'ai voulu explorer au cours des entretiens menés (Question 11).

Tout d'abord les réunions de service ou « staffs » réguliers permettent ces temps d'échanges (CDS 5 et 7). Les médecins ou la cadre les rendent conviviaux en apportant des gâteaux ou des sucreries. (CDS 5).

Des temps moins formels permettent aux équipes de partager un moment de convivialité, comme lors des temps de transmissions orales, le partage de petits déjeuners, de déjeuners ou de dîner dans les services (CDS 1, 5 et 6). Bien que la CDS 1 constate qu'il y ait beaucoup de temps d'échanges informels, elle relève néanmoins que les équipes infirmières et aides-soignantes déjeunent séparément, sans qu'elle ne puisse réellement l'expliquer : *« c'est bizarre parce qu'elles s'entendent bien... il y a un clivage mais pas une mésentente ; Elles ont peur, on a l'impression qu'elles sont un peu réticentes »*. Le fait que ce soit une équipe dans laquelle il y a eu beaucoup de changements et que les infirmières et les aides-soignantes n'ont pas l'habitude de travailler ensemble peuvent expliquer en partie ce manque de connaissance mutuelle et cette réticence à partager des moments de convivialité.

Les périodes ou dates particulières sont également une occasion d'échanges et de détente, comme les anniversaires, les pots de départ ou d'arrivée, la galette des rois pour la nouvelle année (CDS 1, 2, et 7).

Un repas ou « pots » de service a lieu une à trois fois par an dans deux des sept services (CDS 2 et 3). C'est d'ailleurs le seul moment de convivialité pour la CDS 3. Pour le CDS 2, ce repas de service auquel tout le personnel est convié est moins attractif que des repas pris à l'extérieur : *« ça prend un peu moins parce que tout est sur place et les infirmiers et aides-soignants sont moins enclin à partager ce moment avec les autres. Pour l'instant, je ne me l'explique pas trop »*.

Il existe aussi des moments de rencontres en dehors du lieu de travail, comme c'est le cas de manière assez formalisé dans le service du CDS 2 : une fois par an a lieu une soirée de service autour d'un thème médical en lien avec les pratiques soignantes du service.

Les CDS 1 et 6 accordent une importance à se situer à l'extérieur de ces temps conviviaux. « *J'essaie de les laisser quand elles prennent leur petit déjeuner ensemble, discuter entre elles* » (CDS 1) ; « *si je suis tout le temps là à des moments qu'elles partagent, ça va mettre un frein. Je suis quand même leur supérieure hiérarchique et moi je ne veux pas mettre ce frein parce qu'elles sont en train de se construire. Il faut pas que je les freine à construire leur identité d'équipe* » (CDS 6).

La notion d'identité sociale évoquée ici, fondement de l'esprit d'équipe, renvoie au sentiment d'appartenance groupale⁷⁰. Les liens que construisent entre eux les agents lorsqu'ils sont « entre eux » leur permettent de construire leur identité et leurs mécanismes de défense sociale pour lutter contre une éventuelle menace externe. Le cadre de santé est extérieur à ce groupe social du fait de sa position hiérarchique. Il peut même aux yeux de l'équipe revêtir symboliquement cet habit de « menace ».

Pour la CDS 4, les moments de convivialité ont lieu en fonction des personnes qui sont présentes dans le service. Il y a des clans constitués, des relations créées en dehors des temps de travail : « *avec certains médecins aussi. Si on reste dans ce copinage, aussi bien avec les infirmières qu'avec les médecins, ça devient malsain. C'est un peu ce qui se passe dans ce service. Soi-disant on s'entend bien tous mais en fin de compte non* ».

Un des leviers d'action pour la coopération est la favorisation de relations interpersonnelles⁷¹. Entretenir les relations de solidarité passe aussi par le développement d'occasions d'échanges, des moments de convivialité, permettant de construire une vie collective. Nous pouvons constater que tous les cadres interrogés, exceptée la CDS 4, entretiennent et accordent une importance à ces moments de convivialité. Ils sont formels ou informels, se déroulent dans les services de soins ou à l'extérieur. Dans tous les cas, ces moments développent les liens interhumains, favorisent l'adhésion et augmentent le sentiment d'appartenance au groupe. Les espaces de discussion en dehors des tâches quotidiennes et du contexte de travail favorisent la connaissance mutuelle, la constitution de normes et de rites propres au groupe. Enfin le sentiment d'être ensemble participe à maintenir le moral du groupe.

⁷⁰ Op. cit chapitre 2.3.2

⁷¹ Op. cit chapitre 2.4.4

4.3. L'organisation de travail et le management

L'évaluation de la capacité des équipes soignantes à combiner et articuler les compétences individuelles pour construire les compétences collectives en vue d'atteindre des objectifs nécessite d'explorer les organisations de travail mises en place.

4.3.1. L'organisation favorisant la coopération

Le travail de collaboration entre les professionnels est le point de départ de cette exploration. L'objectif est de repérer quelle organisation de travail est instaurée dans les services et si les cadres interrogés ont le sentiment que cette organisation favorise la coopération (Question 14).

Les résultats recueillis quant aux organisations de travail mises en place gravitent autour du travail en binôme infirmiers/aides-soignants pour six cadres sur sept. Deux seulement affirment que c'est l'organisation qui est mise en place dans leur service (CDS 6 et 7). La confrontation avec le cadre conceptuel nous permet d'identifier des indicateurs de la coopération, décrite pour rappel comme « *les liens que construisent entre eux des agents en vue de réaliser, volontairement, une œuvre commune* »⁷².

Selon la CDS 7 ce travail en binôme, qui est une organisation mise en place depuis longtemps, favorise la coopération, la solidarité, la cohésion et le partage des connaissances. La CDS 6 a été amenée à imposer ce travail en binôme dans l'objectif de développer l'esprit d'équipe et pour que les professionnels créent des relations : « *avant c'était l'infirmière d'un côté, l'aide-soignante de l'autre (...) on ne peut pas dire qu'on est une équipe quand on ne travaille pas ensemble* ».

Dans les deux cas décrits, nous pouvons interpréter pourquoi la coopération est favorisée : les membres des équipes infirmière et aide-soignante ont dépassé leur cloisonnement, leur permettant de mettre en œuvre des démarches interprofessionnelles. Travailler ensemble leur demande de mettre en place des organisations pour atteindre collectivement les résultats attendus. Cela nécessite également pour le professionnel de tenir compte du travail

⁷² Op.cit Dejours p.8

de l'autre, de son organisation et de ses priorités. La communication s'avère alors indispensable pour coordonner les actions et anticiper les disponibilités des collègues. Ces liens construits expliquent le fait que la CDS 7 constate une solidarité et une cohésion d'équipe. De plus, l'inter professionnalité instaurée permet selon la cadre un partage des connaissances. En effet, le fait de confronter les savoir-faire au cours d'une tâche fait émerger un savoir-faire commun, contribuant à la construction de la mémoire collective du groupe. La CDS 6 a perçu la nécessité d'imposer cette organisation de travail dans le but de favoriser la cohésion de son équipe.

Pour les quatre autres cadres, le travail en collaboration sous forme de binôme infirmiers/aides-soignants n'est pas une pratique courante. L'équipe encadrée par la CDS 5 se répartit le nombre de patients à prendre en soins en fonction de la charge de travail, mais il est rare que les infirmières travaillent en binôme avec les aides-soignantes. La cadre relève qu'il y a parfois une méconnaissance du travail de l'autre : « *il y a toujours certaines qui vont dire "les infirmières ne font rien". Ce qu'elles ont à dire c'est que l'infirmière ne travaille pas assez avec elles* ». Pour qu'il y ait coopération selon la CDS 5, il faut d'abord que l'organisation favorise l'ambiance dans une équipe « *parce que s'il y a une ambiance, il y aura de la coopération* ». Dans cette même équipe la cadre a noté un manque de communication, relevé en amont dans l'exploration de la cohésion d'équipe.

Dans le service du CDS 2 les binômes de travail sont constitués d'aides-soignants et « *ce n'est pas un binôme intelligent, ils font tout à la chaîne. Pour l'instant le binôme, on est loin d'être prêt* ». En ce qui concerne les transmissions inter-équipes, il dit observer « *les aides-soignants d'un côté, les infirmiers de l'autre, ça n'a aucun intérêt* ». Il admet que « *c'est compliqué* » de dire que cette organisation favorise la coopération.

Dans le service de la CDS 1, les professionnels n'ont jamais travaillé en binômes et c'est une difficulté selon la cadre car cela ne favorise pas du tout la coopération. « *Elles ne perçoivent pas l'intérêt pour elles et pour le patient de le faire. Il y a tellement d'habitudes ancrées que ça va être dur à faire évoluer* ». Il existe une répartition des tâches bien définies, cependant persiste un clivage entre l'équipe infirmière et aide-soignante. « *Je pense qu'il pourrait y avoir des temps en commun, ce qui ferait gagner du temps* ».

La CDS 4 révèle qu'il n'y a pas de travail en collaboration entre infirmiers et aides-soignants. Il s'agit d'une organisation qui « *a toujours été comme ça* » et que la cadre déplore : « *c'est clair que si chacun travaille de son côté, la coopération, il n'y en a pas* ». Pour des soins

particuliers comme la toilette d'un patient en fin de vie, l'aide-soignante le fait seule. L'aide des infirmières « *ne fait même pas partie de leurs attentes, elles s'organisent entre elles* ».

Les quatre cadres déplorent ces organisations de travail décrites en affirmant qu'elles ne concourent pas à la coopération. Il n'existe donc pas de travail de coopération entre infirmiers et aides-soignants. Il s'agit plutôt de collaboration : chacun œuvre pour le but commun mais pas ensemble. Le clivage entre les équipes infirmières et aides-soignantes est très bien décrit par les cadres : bien qu'il existe une répartition des tâches bien définie, chaque corps de métier travaille de son côté. Les constats faits sont les suivants : une méconnaissance du travail de l'autre, un manque de communication, une perte de temps. De plus, le travail « à la chaîne » décrit par le CDS 2 et les transmissions inter-équipes faites chacun de son côté ne peuvent pas concourir à la prise de décisions concertées ni à une répartition équitable de la charge de travail. L'absence de partage d'informations, la mauvaise compréhension qui en découle est un risque de dégradation de la qualité des soins.

Enfin, la vision de la CDS 3 concernant l'organisation de travail ne fait pas référence au travail en binôme mais à une répartition des tâches bien définie : une infirmière dédiée à la traçabilité de l'activité, une qui prépare les boxes des médecins, une aide-soignante qui fait les commandes de lingerie, etc. « *Chacun a sa petite mission, chacun est valorisé et je pense que ça favorise la coopération* ». Ainsi la CDS 3 délègue des missions et donne les moyens d'organiser, conférant à l'équipe une autonomie qu'elle juge légitime : « *c'est très proche du terrain, et il n'y a rien de tel que celui qui fait qui peut évaluer la situation* ».

Cette organisation impulsée par la cadre traduit une réelle délégation de pouvoir. La répartition des tâches est effectuée dans un souci de responsabiliser chaque membre de l'équipe. Le concept de délégation que nous avons étudié en amont⁷³ est un levier managérial fort permettant aux professionnels de développer leur « pouvoir-agir ». En déléguant, le cadre accroît l'autonomie des agents, les responsabilise et leur témoigne sa confiance. L'effet de valorisation identifiée par la cadre interrogée stimule l'équipe à développer ses compétences en étant actrice de sa propre organisation.

⁷³ Op. cit chapitre 2.2.4

4.3.2. L'organisation apprenante

Afin de mesurer l'existence d'une organisation apprenante, la possibilité pour les équipes de bénéficier de temps de retours d'expérience est un indicateur à rechercher (Question 12). Il permettra d'évaluer la possibilité d'une prise de recul, d'une socialisation des solutions et d'une construction de l'intelligence collective.

Très institutionnalisés et portés par une culture de déclaration des évènements indésirables, les comités de retour d'expérience (CREX) ou les revues morbidité et mortalité (RMM) sont effectués régulièrement pour 5 cadres interrogés (CDS 1, 2, 5, 6, 7). Ces temps ne sont pas suffisants pour la CDS 1 qui met l'accent sur ces besoins d'échanges et de réflexion « *tout à fait nécessaires pour augmenter les compétences* ».

D'autres temps de retour d'expérience sont instaurés, internes aux services :

- Transmissions pluri professionnelles tous les matins en présence des médecins, infirmiers, aides-soignants (CDS 6) ;
- Staff thérapeutique ou réunion de synthèse une fois par semaine avec l'équipe pluri professionnelle (CDS 3 et 7), réunions d'équipe toutes les deux semaines pour échanger autour de situations de soins difficiles (CDS 5) ;
- Communication des résultats d'audits en réunion (CDS 6 et 7) ;
- Groupes de parole suite à la gestion d'une situation d'urgence (CDS 7) ou avec une psychologue après un décès accidentel d'un patient (CDS 5). A la demande de l'équipe, la CDS 7 a mis à disposition des professionnels une salle pour échanger, régler des dysfonctionnements sans la présence de l'encadrement. L'équipe s'engage à annoncer le thème de la rencontre et faire un compte-rendu.

Les bénéfices constatés par les cadres sont nombreux : les retours d'expérience permettent d'analyser les erreurs et de discuter autour des pratiques (CDS 2), de mettre en place des actions car les équipes sont force de propositions (CDS 6).

Permettre de « s'arrêter », de réfléchir et de retravailler les pratiques, fait prendre du recul et limite les risques (CDS 5). S'exprimer sur des difficultés de prise en charge, échanger sur ses émotions, ses ressentis est une nécessité (CDS 3). Les temps d'échanges préparent aux situations que chacun pourrait rencontrer, dédramatisent, lèvent l'angoisse et participent à la cohésion d'équipe (CDS 7). Ces temps de rencontre sont propices au développement de la communication (CDS 6).

Les temps de retour d'expérience nommés temps de transmission, staff, réunion ou encore groupe de parole par les cadres interrogés, constituent des modes d'organisations apprenantes. Ils ont un fort pouvoir de développement des compétences puisqu'ils permettent une réflexion de groupe sur les pratiques, une co-construction de solutions, un échange de savoirs et d'expériences. Les bénéfices perçus par les cadres rejoignent ceux évoqués dans notre cadre conceptuel. En effet, ces mises en commun sont des situations de réflexion collective, elles « *valorisent l'ensemble des compétences, dans la mesure où elles les stimulent et les font interagir les unes avec les autres* »⁷⁴. Il s'agit bien là de la construction du référentiel commun, issu de la confrontation des représentations individuelles permettant de résoudre les problèmes et atteindre les objectifs. Le référentiel commun, duquel naît l'intelligence collective, est l'un des quatre attributs essentiels de la compétence collective⁷⁵.

La possibilité pour les équipes de prendre du recul par rapport à des situations difficiles, de verbaliser leurs émotions renforce les liens interpersonnels et contribue à maintenir le moral du groupe. L'individu, soutenu par le groupe auquel il appartient, renforce son sentiment d'appartenance, fondement de la cohésion d'équipe⁷⁶.

Enfin, la communication des résultats d'audits menés a deux effets : d'une part elle implique les équipes dans l'amélioration des pratiques en les faisant participer à la mise en place d'actions, d'autre part elle valorise le travail effectué en mettant en avant les résultats positifs et l'atteinte des objectifs.

La même question concernant la possibilité pour les soignants de bénéficier de temps de retours d'expérience a reçu une réponse sans appel de la part de la CDS 4 : « *Ici, il n'y a rien de tout ça. C'est un problème d'organisation, c'est un choix. Je pense que le fait qu'il n'y ai pas de partage de compétences, c'est parce qu'il n'y a pas de staff. On ne se réunit pas, on ne discute pas les uns avec les autres, donc forcément la prise en charge est bancal* ». La cadre révèle son impuissance face à cette situation qu'elle dit avoir tenté de réguler : « *moi j'ai essayé de monter un staff avec les médecins, avec tous les intervenants et ça ne s'est pas fait ; Donc là avec l'équipe médicale, c'est très compliqué* ». Pourtant, la CDS 4 perçoit les bénéfices que pourraient apporter à l'équipe des temps d'échange et de retour d'expérience : uniformisation des informations transmises, réflexion et travail sur les

⁷⁴ Op.cit Dupuich, p. 32

⁷⁵ Op. cit Chapitres 2.2.2 et 2.4.4

⁷⁶ Op. cit Chapitre 2.3.2

pratiques soignantes, prise de recul, formalisation de protocoles, travail en commun, limitation des risques, « *et puis une cohésion d'équipe forcément* ».

Ce témoignage vient confirmer l'analyse des résultats ci-dessus et fait le lien entre impossibilité de partager ses compétences, manque de communication, de cohésion d'équipe et conséquences pour la prise en soins des patients.

4.3.3. Fédérer et motiver autour d'un projet

Les questions posées concernant le management par projet ont pour objectif d'avoir des données sur les leviers motivationnels (Questions 17 et 18). L'évaluation de l'existence d'une organisation par projet permet de mesurer le pouvoir des équipes dans l'organisation en termes de prise d'initiatives et de responsabilités.

Le projet mis en place dans le service de la CDS 1 ayant entraîné une motivation soutenue des acteurs est celui de la mise en place du raisonnement clinique partagé. L'équipe soignante y participe et s'est impliquée. Ce qui a été vecteur de cette motivation selon la cadre est le fait que le projet leur a été présenté, ce qui a suscité de la curiosité, de l'intérêt et a créé une bonne dynamique. De plus, c'est un projet pluridisciplinaire qui crée des échanges, un travail en commun et qui « *lève les barrières hiérarchiques* ». La cadre, qui est co-chef de projet, pense que cela va favoriser la coopération.

Dans le service du CDS 2, la sécurisation des prises en charge concernant l'identitovigilance pour les patients victimes d'accidents vasculaires cérébraux admis en urgence a été un projet qui a extrêmement motivé l'équipe soignante. Les infirmiers et aides-soignants ont travaillé avec le service des admissions, l'imagerie et avec un médecin du service. Cela a créé d'après le cadre une « *vraie valorisation de l'équipe* ». Les soignants ont tous participé, chacun avait une mission spécifique. Ils ont travaillé en petits groupes avec ensuite des transmissions sur l'avancée du projet et une restitution des résultats au reste de l'équipe. La mise en œuvre de ce projet a renforcé la coopération selon le CDS 2 : cela a permis aux membres de l'équipe de communiquer, de réfléchir ensemble et d'apprendre à mieux se connaître « *parce qu'on avait beaucoup de nouveaux à cette époque-là* ».

Le groupe de travail mis en place dans le service de la CDS 3 a permis à l'équipe de travailler ensemble sur le dossier de soins du patient en service de soins de suite et de réadaptation thérapeutique. Ce projet a eu pour bénéfice, d'après la cadre, de procurer une

grande satisfaction des soignants : « *elles sont contentes de montrer qu'elles sont capables de construire ensemble* ».

La CDS 5 relate un évènement au cours duquel l'équipe est extrêmement motivée : la fête de fin d'année pour les patients. C'est un évènement nécessitant une charge de travail supplémentaire conséquente, cependant la cadre affirme que les soignants sont « *toujours partants quand il y a quelque chose de difficile à faire* » car la réussite engendre une gratification. Les vecteurs de cette motivation sont les patients et leur famille, ainsi que la participation de la cadre aux activités. Un projet de réaménagement de salle de bain a été mené dans ce service, auquel plus de la moitié du personnel a participé. Les décisions ont été prises en commun, il y avait une cohésion d'équipe. La CDS 5 affirme que ce projet a renforcé la coopération car les soignants étaient dans l'échange et œuvraient pour un même objectif : améliorer le quotidien des patients.

La CDS 6 n'est pas en mesure de relater un évènement au cours duquel elle a senti l'équipe soignante extrêmement motivée. Selon elle et en parlant des professionnels : « *elles sont motivées quand elles comprennent le sens de leurs actions. La motivation naît de l'explication par le cadre de l'intérêt des missions confiées : l'intérêt du patient et des familles* ». Cependant l'élaboration d'une affiche « *protocoles chimiothérapie* » est un projet mené dans le service à l'initiative de l'équipe infirmière. Ce projet a nécessité pour les infirmiers d'effectuer des recherches, de construire et de soumettre l'affiche au chef de service pour rectification et validation. La CDS 6 pense que ce projet a renforcé la coopération « *mais c'est un ressenti, une impression* ».

Deux évènements décrits par la CDS 7 ont particulièrement motivé et impliqué l'équipe soignante. Tout d'abord un projet de réorganisation du temps de repas pour les patients (en chambre ou en salle à manger). Leur motivation d'après la cadre est née du fait que ce projet concernait le travail quotidien, leur organisation. L'équipe a été sollicitée pour ce projet et y a trouvé un intérêt, tous les soignants ont été impliqués, leurs avis ont été demandés. Le second projet auquel l'équipe a été sollicitée a été la création de l'hôpital de semaine il y a trois ans. Dans ce cas aussi toute l'équipe a participé à l'écriture du projet et à l'organisation. D'après la CDS 7 ces travaux ont favorisé la coopération : « *Oui, oui. A partir du moment où vous impliquez les gens toutes catégories confondues et qu'ils ont l'impression d'apporter une pierre à l'édifice, ils participent au projet. Il y a moins de résistance* ».

L'objectif de la question n°17 était d'avoir des données sur les leviers motivationnels. La question a été posée sans nommer le mot « projet », pourtant c'est bien celui-ci qui a été annoncé, presque à l'unanimité. Il est incontestable que les réponses recueillies mettent en évidence le pouvoir mobilisateur et motivationnel d'une organisation par projet. En confrontant les éléments théoriques⁷⁷ aux réponses fournies par les cadres, nous faisons les liens entre projet, motivation et compétence collective :

- En confiant des missions spécifiques aux professionnels, les cadres offrent à chacun la possibilité de contribuer à l'objectif commun ;
- Faire participer les agents aux décisions les rend acteurs dans l'organisation de leur travail, les responsabilise et augmente leur autonomie ;
- La vision et l'atteinte de l'objectif valorisent les compétences, apportent gratification et satisfaction ;
- La construction des projets en équipe permet les échanges, le partage des compétences, accroît la communication et renforce le sentiment d'appartenance.

Nous pouvons donc aisément affirmer qu'une organisation par projet est un levier motivationnel. Le sentiment de reconnaissance perçu par les acteurs « *renvoie vers l'individu un feed-back positif sur ses réalisations, ses performances, il renforce son sentiment de compétence et par conséquent sa motivation intrinsèque* »⁷⁸.

Lorsque j'ai demandé à la CDS 4 de relater un événement au cours duquel elle a senti l'équipe extrêmement motivée pour une tâche, la réponse a été : « *Il n'y en a pas* ». En ce qui concerne la mise en œuvre d'un projet qui aurait impliqué l'équipe, la CDS 4 fait mention d'un début de projet qui a finalement échoué : la mise en place d'un staff auquel pourraient participer tous les soignants. L'attente de ces derniers était des moments d'échanges sur la prise en charge des patients. Or ce staff était finalement une présentation des patients par l'équipe médicale, sans interaction avec l'équipe, « *donc ça s'est arrêté, l'équipe a laissé tomber* ».

Nous pouvons constater ici, et après analyse des réponses précédentes, que l'équipe soignante n'a pas pu être actrice dans ce projet. L'absence d'interaction, la posture de « spectateurs » des professionnels, la non valorisation de leurs compétences ne leur ont pas offert un contexte de travail permettant à chacun de contribuer à l'objectif commun.

⁷⁷ Op. cit Chapitres 2.4.4 et 2.4.5

⁷⁸ Op. cit Roussel p.29

Les rôles de l'encadrement dans l'accompagnement des équipes vers la réalisation de ces projets ont été décrits ainsi par les cadres interrogés :

- Aspect règlementaire et méthodologique (CDS 2, 5, 6 et 7)
- Aspect organisationnel et logistique (CDS 7)
- Chef d'orchestre (CDS 2 et 7)
- Interface, arbitre (CDS 2)
- Relecture et mise en forme (CDS 5)
- Etude de faisabilité du projet (CDS 5)
- Support et aide pour faire des liens (CDS 6)
- Conformité des pratiques (CDS 7)

A travers ces témoignages, le rôle du cadre de santé apparaît comme étant de donner aux équipes les moyens d'être acteurs du projet, c'est-à-dire de construire leur organisation. En étant un support et un guide, le cadre accompagne et manage la montée en initiative, l'autonomie et la responsabilité des équipes. Rappelons que la combinaison de ces trois derniers termes caractérise la compétence⁷⁹. Ainsi en expliquant les missions, en soutenant les prises d'initiative, en donnant des objectifs précis, le cadre offre aux équipes les conditions propices au développement des compétences et de la coopération.

Communiquer les résultats, donner une vision de l'atteinte des objectifs et de l'avancée des projets permet de maintenir l'implication et la motivation des acteurs.

Le cadre de santé fédérateur se situe alors en leader pour mener l'équipe vers les objectifs à atteindre. Le terme de leader n'a pas été cité par les cadres, mais transparait à travers les réponses fournies (notamment à travers le mot « *chef d'orchestre* »). Le leadership, défini comme « *la capacité d'un individu à mener ou conduire d'autres individus dans le but d'atteindre certains objectifs* »⁸⁰, permet au cadre de fédérer les membres de l'équipe autour d'un projet commun et de construire la compétence collective. L'adoption d'un leadership situationnel lui permet de développer l'autonomie des professionnels en tenant compte de leur niveau de compétence et de motivation.

⁷⁹ Op. cit Chapitre 2.4.3

⁸⁰ Op. cit Lambert p. 25

5. Synthèse de l'analyse et retour sur les hypothèses

L'analyse croisée des entretiens menés a permis de confronter les éléments théoriques aux données recueillies sur les lieux d'enquête, mais aussi de comparer les éléments de réponses des cadres de santé afin de faire émerger des similitudes, des disparités et établir des liens de causalité. Les rouages de la construction de la compétence collective se sont alors dévoilés, mettant en exergue les éléments indispensables à la coopération.

5.1. Synthèse par le modèle et le contre-modèle

Avant de répondre aux trois hypothèses de départ et arriver au terme de ce travail de recherche, il apparaît que l'observation verticale des témoignages de deux cadres constitue une synthèse juste et amène un regard différent. En effet, dès la conduite des entretiens, puis au cours du dépouillement des données et de l'analyse, les témoignages très contrastés des CDS 4 et 7 ont particulièrement attiré mon attention. Le regroupement et la comparaison des données offrent une « photographie » des deux organisations et mettent en lumière les facteurs de construction ou de non construction de la compétence collective.

Le service d'oncologie (CDS 4) est l'illustration d'un contexte ne permettant pas la construction de la compétence collective :

Il existe un fort clivage d'une part entre les infirmières anciennes (qui ont des postes fixes) et nouvelles (qui sont polyvalentes), et entre les infirmières et les aides-soignantes d'autre part. Les deux corps de métier ne travaillent pas ensemble, les aides-soignantes ne sont pas impliquées dans la prise en charge globale des patients. Il n'y a pas d'entraide, pas de solidarité hormis « entre copines ». Il n'y a pas de cohésion d'équipe. Sont établis des privilèges qui déséquilibrent l'équipe et donnent du pouvoir à certaines infirmières. Il n'existe aucun temps de retour d'expérience permettant les échanges, le partage de compétences et la construction de solutions concertées. Le manque de motivation des professionnels s'explique par un manque de reconnaissance des collègues et de l'équipe médicale. Il n'existe aucun projet dans le service.

Le service de réadaptation cardiaque (CDS 7) offre une vision largement opposée. Les données suivantes témoignent d'un contexte de travail permettant l'émergence d'une compétence collective :

L'équipe est stable et il y a une polyvalence des agents sur tous les secteurs (décloisonnement). Donner des responsabilités est un levier pour motiver, les professionnels

sont valorisés. Les temps d'échange et de réflexion collective sont variés et nombreux. Le travail en binôme permet intercompréhension, communication et partage de pratiques. L'organisation apprenante est effective, illustrée par les audits effectués par les agents eux-mêmes et l'implication de l'équipe dans les projets (qui participe à leur écriture). La solidarité est un point fort, menant à une cohésion d'équipe.

Ces deux descriptions mettent en évidence que dans l'une, les intérêts individuels priment au détriment de l'intérêt collectif et que dans l'autre, les moyens sont mis en œuvre pour que s'effectue une synergie des compétences, au bénéfice de l'objectif commun : la qualité des soins.

5.2. Réponse aux hypothèses

Les données recueillies et leur confrontation au cadre conceptuel ont permis une analyse riche et une réflexion nous conduisant à valider ou invalider les trois hypothèses établies précédemment.

5.2.1 Première hypothèse

Le cadre de santé, en valorisant les compétences individuelles, motive et implique les professionnels au partage de leurs compétences propres.
--

Nous avons établi que la valorisation des compétences individuelles est un levier managérial puissant. En effet, la motivation et l'implication des professionnels sont expliquées par le sentiment de reconnaissance perçu.

Nous avons mis en évidence que les individus les plus motivés et impliqués sont ceux à qui des responsabilités ont été attribuées, donc ceux qui ont été valorisés et dont les compétences ont été reconnues. Cette reconnaissance de leurs compétences et de leur travail par la hiérarchie et par leurs pairs leur permet de prendre place au sein de l'équipe. Confier des missions offre la possibilité à l'individu de contribuer à l'atteinte de l'objectif commun. Ainsi, le sentiment d'utilité renvoyé l'incite à la transmission des savoirs et au partage de ses compétences.

La participation à des projets de service valorise les compétences en invitant le professionnel à améliorer les pratiques existantes, lui apportant ainsi une reconnaissance institutionnelle. Ses compétences étant valorisées et reconnues, le professionnel est motivé à les partager et les faire interagir avec les autres.

Nous pouvons alors confirmer cette première hypothèse.

5.2.2 Deuxième hypothèse

Une organisation de travail permettant le développement des liens interpersonnels favorise la coopération.

Le contexte dans lequel travaillent les équipes soignantes, pour qu'il puisse être le lieu d'une synergie des compétences de chacun, passe par une organisation permettant la communication et l'intercompréhension. Nous avons mis en évidence que les organisations permettant le travail en binôme, le décloisonnement des équipes, les temps de retours d'expériences ou la mise en place de projet d'équipe contribuent à construire et renforcer les liens entre les professionnels. S'établissent alors une communication de qualité, une solidarité, un esprit d'équipe menant à la cohésion sociale. Favoriser les relations interpersonnelles permet alors de mettre en œuvre des démarches interprofessionnelles en vue d'atteindre l'objectif commun.

La deuxième hypothèse est ainsi confirmée.

5.2.3 Troisième hypothèse

L'autonomisation des équipes soignantes par la délégation est un levier managérial pour la construction de la compétence collective.

Les entretiens menés ne m'ont pas permis de récolter suffisamment de données pour mettre à l'épreuve cette troisième hypothèse et proposer une démonstration. Une seule cadre a évoqué distinctement la délégation à travers la gestion du planning et des stocks de matériel (CDS 3). Son témoignage a confirmé le fait que déléguer donne aux agents les moyens de gérer leur propre organisation, leur conférant une autonomie et développant le « pouvoir agir ». Cependant ces éléments récoltés sont d'ordre individuel, ne permettant pas une analyse des répercussions au niveau collectif.

Nous avons établi que confier des responsabilités et des missions spécifiques incite au partage des compétences et concourt à la construction de la compétence collective. Néanmoins il est important de faire la distinction entre confier des responsabilités et établir une réelle délégation de pouvoir.

Une nouvelle enquête de terrain centrée sur la délégation par le cadre de santé comme levier managérial au service des compétences permettrait d'étendre et d'enrichir l'objet d'étude.

Conclusion

Le point de départ de ce travail de recherche est la certitude que la mise en commun des compétences individuelles permet d'accroître les compétences et l'efficacité d'une équipe soignante. Forte de cette conviction, je ne percevais alors que les contours du rôle que pouvait avoir le cadre de santé dans la mise en œuvre de la compétence collective. Les enseignements à l'issue de ce travail sont nombreux.

Parcourir le concept de compétence invite à se questionner sur les moyens mis à disposition d'un professionnel afin qu'il développe et mette en œuvre ses compétences. Nous constatons alors la part de responsabilité qui incombe au contexte de travail et au management. Explorer la compétence d'un point de vue collectif conduit notre recherche sur la voie de la cohésion socio-affective d'une équipe et des relations interpersonnelles. Les liens qu'entretiennent entre eux les agents sont déterminants et conditionnent l'émergence de la coopération, lit de la compétence collective. Cette dernière apparaît alors comme un processus évolutif, une construction sociale, liée à l'état de cohésion des individus. Le rôle du cadre de santé se dessine alors : mettre en exergue les compétences individuelles, faire converger les talents en suscitant des liens pour favoriser les synergies. Pour ce faire, la reconnaissance et la valorisation des professionnels dans leur contribution à l'objectif commun est un point crucial, constituant une force qui pousse les individus à construire ensemble, à coopérer.

L'enquête de terrain menée et la richesse des données recueillies ont été sources d'un enrichissement personnel et d'un apprentissage me permettant l'analyse de mon expérience et ouvrant de nouvelles perspectives quant à ma future fonction. Le rôle du cadre de santé dans la construction de la compétence collective va en effet bien au-delà de mes représentations de départ. En se situant en leader conscient des potentiels présents, il valorise la spécificité de chacun, donne du sens aux actions, suscite l'adhésion en fédérant autour d'un objectif.

Les témoignages des cadres de santé rencontrés, couplés aux recherches théoriques effectuées, ont dévoilé que c'est dans l'organisation de travail qu'émerge la compétence collective. Celle-ci, en favorisant la communication, l'intercompréhension, le décroisement des individus et des savoirs, façonne l'esprit d'équipe et crée un savoir-faire collectif. L'enquête menée a notamment révélé le fort pouvoir motivationnel d'une

gestion par projet, permettant aux professionnels de co-construire des solutions dans un espace d'autonomie et de prise d'initiative.

Au-delà du cadre de l'objet d'étude, les résultats obtenus ont fait émergé d'autres questionnements, à l'origine de nouvelles pistes de réflexion. Il apparaît en effet que le travail en équipe et le positionnement des acteurs sont à l'origine de jeux de pouvoir pouvant mettre à mal la cohésion d'une équipe. Le partage des responsabilités, la place accordée à chacun dans l'organisation, la délégation, sont des éléments nécessitant d'étudier l'équipe au sens le plus large, incluant notamment l'équipe médicale. Quel rôle a cette dernière dans la reconnaissance des compétences infirmières et aides-soignantes ? La place du cadre de santé lui permet-elle d'articuler les compétences médicales et paramédicales en vue d'une coopération ? L'équilibre des pouvoirs dans les organisations constitue un sujet d'étude à part entière, dont l'exploration enrichirait fortement ce travail de recherche.

Bibliographie

Ouvrages :

- Agouzoul M, Lemmet J-F. « Manager dans la fonction publique ». Issy-les-Moulineaux : édition Gualino, 2016, 213 p.
- Anzieu D., Martin J-Y. « *La dynamique des groupes restreints* ». Paris : 7^e édition Puf le psychologue, 1982, 390p.
- Coudray M-A, Gay C. « *Le défi des compétences, comprendre et mettre en œuvre la réforme des études infirmières* ». Issy-les-Moulineaux : édition Masson, 2009, p. 40-45.
- Devillard O. « *Ce qui fait "équipe"* » In : « *Dynamique d'équipe* ». Editions d'organisation, 2005, p. 3-44.
- Le Boterf G. « *Construire les compétences individuelles et collectives. Agir et réussir avec compétence, les réponses à 100 questions* » Paris : 7^e édition Eyrolles, 2015, 306 p.
- Lecoœur E. « *Gestion des compétences, le guide pratique* ». Bruxelles : édition De Boeck, 2008, p.91-109.
- Minnaert M-F, Muller J-L. « *L'équilibre des pouvoirs dans les rôles managériaux* » in « *Management hospitalier : un nouvel exercice du pouvoir* » 2^{ème} édition Masson, 2004, p.116-131.
- Mintzberg H. « *Le manager au quotidien, les dix rôles du cadre* ». Edition d'organisation, 2002, 283 p.
- Mucchielli R. « *Le travail en équipe, clés pour une meilleure efficacité collective* ». Paris : 17^e édition ESF, 2016, 196 p.

Articles de périodique :

- Dejours C. « *Coopération et construction de l'identité en situation de travail* » in *Futur antérieur*, dossier « *Paradigme du travail* », n°16, 1993/2 (01/01/1993), 12 pages.
- Dupuich F. « *L'émergence des compétences collectives, vers une gestion durable* », *Gestion 2000* 2011/02 (volume 28), p.107-125
- Le Boterf G. « *De quel concept de compétence avons-nous besoin ?* » in *Soins Cadres*, dossier « *Les compétences, de l'individuel au collectif* », n°41, 2002/02, 2 pages.
- Le Dortz P., Abad M., Doat B., Vignes T., Pronost A-M., et al. Dossier « *Contribution individuelle et performance collective* » in *Soins Cadres*, n°92, 2014/11, p. 13-40.
- Perrasse M. « *Le cadre de santé est-il un leader ?* » In *Soins Cadres*, dossier « *Cadre de proximité, réalité et perspectives* », n°90, 2014/05, 3 pages.

Communication congrès :

- Retour Didier, Krohmer Cathy. « *La compétence collective, maillon clé de la gestion des compétences* », in Defélix C., Klarsfeld A., Oiry E. (eds), « *Nouveaux regards sur la gestion des compétences. Apports théoriques et pistes d'action* », Vuibert, 2006, p.139-173.

Manuscrit :

- Roussel P. « *La motivation au travail, concept et théories* », manuscrit à paraître dans « *les grands auteurs en GRH* », éditions EMS, Paris, 2001.

Documents extraits de sites internet :

- Fiche métier « *Cadre responsable d'unité de soins* » du répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Ministère de la santé et des sports, direction générale de l'offre de soins. [Consulté le 03/10/2016]
Disponible : <http://www.metiers-fonctionpubliquehospitaliere.sante.gouv.fr>

- Jacquet S. « *Management de la performance : des concepts aux outils* » [Consulté le 20/12/2016]. Disponible : www.creg.ac-versailles.fr/IMG/pdf
- Krohmer C. « *Repérer les compétences collectives : une proposition d'indicateurs* » In journée d'étude « *La pairémulation en question* » 2008/11, Rennes : Collège coopératif en Bretagne. [Consulté le 27/12/2016]. Disponible : www.ccb-formation.fr/Eclas/Krohmer
- Zarifian P. « *Manager par la compétence, manager les compétences. Synthèse des résultats de recherche menée dans une Unité de Services aux clients d'une grande entreprise* ». [Consulté le 03/10/2016] Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page63.htm>
- Zarifian P. « *Intercompréhension et coopération dans le travail* » [Consulté le 24/11/2016] Disponible : <http://perso.orange.fr/philippe.zarifian/page122.htm>

Table des annexes

Annexe I : guide d'entretien semi-directif.

Annexe II : retranscription de l'entretien conduit auprès de la CDS 7.

Annexe III : Tableau de dépouillement des résultats d'entretiens

ANNEXE I

Guide d'entretien semi-directif

Présentation du contexte et des conditions de l'entretien :

Etudiante cadre de santé à l'IFCS Montsouris à Créteil, je réalise un travail de recherche ayant pour thème la compétence collective dans un service de soins. C'est pourquoi je mène des entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé de proximité.

Je vous remercie pour votre disponibilité et de consacrer du temps pour cet entretien. Si vous le permettez je souhaiterais enregistrer l'entretien. Je vous garantis l'anonymat lors de sa retranscription.

Concernant le service et le cadre de santé interviewé

1. Pouvez-vous vous présenter ?

Objectif : savoir depuis quand le cadre est dans la fonction et dans le service, connaître son expérience, avoir une vision de sa connaissance de l'équipe.

Indicateurs : nombre d'années passées dans la fonction cadre, mobilité, durée d'exercice dans le service actuel

2. Pouvez-vous présenter les missions de votre service et le type de patients accueillis ?

Objectif : disposer de données sur la spécialité, la charge de travail et l'organisation globale du travail.

Question de relance :

- Quelle est l'amplitude horaire du temps de travail du personnel ?

Indicateurs : pathologies aiguës ou chroniques, durée de séjour, profil de patients, charge émotionnelle possible

3. Pouvez-vous présenter l'équipe avec laquelle vous travaillez ?

Objectif : avoir des données quant à la taille et la composition de l'équipe, la pluridisciplinarité.

- Combien de corps de métiers travaillent ensemble ?
- Pouvez-vous me dire quelle est la durée moyenne d'exercice d'un professionnel dans le service ?

Indicateurs : unité d'action, communication, formation de sous-groupes, interactions, hiérarchie

Concernant la détection et la connaissance des compétences individuelles

4. Pouvez-vous m'expliquer de quelle manière vous évaluez le niveau de compétence des membres de l'équipe à un niveau individuel ?

Objectif : identifier comment le cadre détecte les compétences individuelles des membres de l'équipe

Question de relance :

- Avez-vous d'autres moyens que l'entretien d'évaluation ?

Indicateurs : démarche compétence, entretien, observation, contrôle, atteinte des résultats, expertise, potentialités, projets professionnels, valorisation, écoute, questionnement

5. Tous les membres de l'équipe ont-ils la connaissance des compétences de chacun ?

Objectif : évaluer la possibilité pour les membres de l'équipe de faire appel aux compétences de leurs collègues

Question de relance :

- Qu'est-ce qui vous permet de dire cela ?
- Existe-t-il au sein du service une cartographie ou un répertoire des compétences ?

Indicateurs : performance de l'équipe, complémentarité des compétences, connaissance mutuelle

6. De quelle manière les compétences individuelles sont-elles mises au service du collectif ?

Objectif : identifier s'il existe un partage de connaissances au sein de l'équipe

Questions de relance :

- Pouvez-vous donner un exemple ?
- Y a-t-il des temps de formation ou d'information mutuelle ?

Indicateurs : transmission des savoirs, partage des pratiques

Concernant la dynamique d'équipe

7. Avez-vous le sentiment que votre équipe soignante est soudée et solidaire ?

Objectif : identifier les facteurs de cohésion au sein de l'équipe

Question de relance :

- Quels sont les signes / circonstances / situations qui vous permettent de l'affirmer ?
(Ou d'affirmer le contraire)
- Pouvez-vous donner des exemples ?

Indicateurs : solidarité, relation de confiance, intercompréhension, engagement, maturité du groupe, entraide, esprit d'équipe, éthique

8. Qu'est-ce qui selon vous explique cette cohésion ou cette absence de cohésion ?

Objectif : avoir des données concernant ce qui pourrait favoriser ou freiner la coopération

Indicateurs : normes et valeurs, reconnaissance, communication, objectif commun, conflits, échecs répétés, individualité

9. Pouvez-vous me dire s'il y a un turn-over important au sein du personnel ?

Objectif : évaluer la stabilité de la composition de l'équipe, pouvant avoir une influence sur les interactions et la coopération

Questions de relance :

- Pensez-vous que cela a un impact sur la dynamique d'équipe et le degré de cohésion ?
- De quelle manière ?

Indicateurs : connaissance, appartenance au groupe, confiance mutuelle, maturité du groupe, attaches affectives

10. Pouvez-vous me dire de quelle manière se fait l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe ?

Objectif : évaluer la manière dont un nouveau membre intègre le groupe pour développer le sentiment d'appartenance au groupe

Question de relance :

- Un tutorat est-il mis en place ? ou un parcours d'intégration ?
- Pouvez-vous me l'expliquer ?

Indicateurs : intégration, identité sociale, adoption de normes groupales, bienveillance, accueil

11. Existe-t-il des temps dédiés pour des moments de convivialité ?

Objectif : identifier l'existence d'une vie collective et les possibilités de se ressourcer

Question de relance :

- Est-ce que tout le monde y participe ?

Indicateurs : pression, détente, renforcer les liens, remotiver, collectif

12. L'équipe bénéficie-t-elle de temps de retours d'expérience ? (APP, analyse d'évènement indésirable, groupes de parole)

Objectif : mesurer l'existence d'une organisation apprenante

Question de relance :

- Quels bénéfices avez-vous pu constater ?
- Percevez-vous la nécessité d'instaurer ces temps de retour d'expérience ?
- Quels bénéfices pensez-vous que cela apporterait ?

Indicateurs : interaction, socialisation des solutions, prise de recul, intelligence collective, référentiel commun

Concernant la coopération et le développement de la compétence collective

13. Qu'évoque pour vous, d'après votre expérience, la notion de compétence collective ?

Objectif : identifier quelle définition et quelle vision a le cadre de la compétence collective

Question de relance :

- Selon vous, l'équipe soignante doit-elle posséder des attributs particuliers pour qu'il y ait création d'une compétence collective ?

Indicateurs : complémentarité, synergie, objectif commun, liens, interactions, coopération, mémoire collective

14. Pouvez-vous me dire quelle organisation de travail est instaurée dans le service ?

Par exemple existe-t-il un travail en binôme, une répartition des tâches ?

Objectif : évaluer la capacité de l'équipe à s'autoréguler, à articuler les compétences pour atteindre les objectifs

Questions de relance :

- Est-ce une organisation impulsée par l'équipe ou elle-t-elle prédéfinie par l'encadrement ?
- Selon vous, cette organisation favorise-t-elle la coopération ?
- Y a-t-il des règles de fonctionnement définies au sein de votre équipe ? (Règles éthiques, de comportement, de communication ?)

Indicateurs : répartition équitable de la charge de travail, relations d'aide, démarches interdisciplinaires, autonomie, décisions concertées, ajustements, rôles responsabilités, implication

15. Y a-t-il des personnes dans votre équipes qui ont des responsabilités et / ou compétences particulières ? Comment ces responsabilités ont-elles été attribuées ?

Objectifs : 1. évaluer l'autonomie et la responsabilité des membres de l'équipe.

2. avoir des données sur la diversité des compétences (hétérogénéité) des membres de l'équipe

Question de relance :

- Ces responsabilités sont-elles connues et acceptées par le reste de l'équipe ?

Indicateurs : division efficace des rôles, complémentarité, dynamisme d'équipe, équilibre, initiatives, responsabilités, légitimité

16. Ces personnes sont-elles davantage impliquées et motivées que celles qui n'ont pas de responsabilités particulières ?

Objectif : évaluer l'impact de l'autonomisation des personnes sur leur motivation

Question de relance :

- Pouvez-vous m'en donner les raisons ?

Indicateurs : reconnaissance, rétribution psychologique, engagement, valorisation

17. Pouvez-vous me relater un évènement au cours duquel vous avez senti l'équipe extrêmement motivée pour une tâche ?

Objectif : avoir des données sur les leviers motivationnels

Questions de relance :

- Qu'est-ce qui a été vecteur de cette motivation ?
- Quels bénéfices l'équipe en a retiré ?
- Quel a été votre rôle ?

Indicateurs : implication, réussite, atteinte de l'objectif, cohésion, leader, valorisation

18. Pouvez-vous me parler d'un projet mis en place dans le service auquel l'équipe a participé ? Quelles ont été les missions des acteurs ?

Objectif : évaluer l'existence d'une organisation par projet, le pouvoir de l'équipe dans l'organisation en termes d'initiative et de responsabilité

Questions de relance :

- Avez-vous le sentiment que la mise en œuvre de ce projet a renforcé la coopération ?

- Quel a été votre rôle dans le pilotage du projet ?

Indicateurs : délégation, responsabilisation, partage des décisions, choix des actions, fédérer autour de l'objectif, accompagner l'équipe, coordination, communication des résultats

Conclusion de l'entretien

J'en ai terminé avec les questions.

Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez ajouter ou développer davantage ?

Je vous remercie d'avoir partagé avec moi votre expérience

ANNEXE II

Retranscription de l'entretien conduit auprès de la CDS 7.

Présentation du contexte et des conditions de l'entretien :

Etudiante cadre de santé à l'IFCS Montsouris à Créteil, je réalise un travail de recherche ayant pour thème la compétence collective dans un service de soins. C'est pourquoi je mène des entretiens semi-directifs auprès de cadres de santé de proximité.

Je vous remercie pour votre disponibilité et de consacrer du temps pour cet entretien. Si vous le permettez je souhaiterais enregistrer l'entretien. Je vous garantis l'anonymat lors de sa retranscription.

Concernant le service et le cadre de santé interviewé

1. Pouvez-vous vous présenter ?

Je suis Madame N, je suis cadre de santé dans le service depuis un peu plus de 4 ans, en réadaptation cardiaque et je suis cadre depuis 11 ans maintenant. En tant que cadre, c'est mon 3eme service, j'ai fait sur (*Hôpital X*), pendant 4 ans en cardiologie médical, sur tous les secteurs, et puis je suis venue sur (*Hôpital Y*), 2 ans et demi en consultation odontologique, je devais préparer le déménagement du service qui n'a toujours pas déménagé.

2. Pouvez-vous présenter les missions de votre service et le type de patients accueillis ?

Alors, les missions du service, on est un SSR de réadaptation cardiaque. On doit réadapter les patients à l'effort, on a une moyenne de séjour assez courte, de 3 semaines environ, des patients qui viennent d'aigüe, après chirurgie, pontage soit en post traitement cardiologique, post infarctus par exemple. Nous on les rééduque à l'effort pour qu'ils retrouvent une vie à peu près correcte et on fait de l'éducation thérapeutique par rapport au traitement, l'hygiène alimentaire, tout ce qui est facteur de risques.

Il y a combien de patients dans le service ?

On a différents secteurs dans le service. On a 2 unités d'hospitalisation traditionnelle ou il y a 40 lits, on a un hôpital de semaine assez récent avec 12 lits, et puis on a 1 secteur d'hôpital de jour avec 40 patients jour. Et on a un secteur consultation, plateau technique, c'est là où les patients font leurs examens, pour l'hôpital de jour. Pour l'extérieur, on a aussi échographie et différents examens que l'on propose. Sur 2 bâtiments.

Vous êtes cadre des 2 bâtiments ?

On est 2 cadres pour l'ensemble des secteurs. On se remplace l'une, l'autre quand il y en a une d'absente. Moi je suis plus en charge de tout ce qui est hospitalisation mais on est polyvalente sur tous les secteurs.

3. Pouvez-vous présenter l'équipe avec laquelle vous travaillez ?

Nous on a une équipe bien sûre d'IDE et d'AS. C'est en train de fluctuer au niveau de l'effectif. En gros, on a une vingtaine d'IDE, équipe de nuit comprise, on a 25 AS et puis un coursier ASH, on a une secrétaire hospitalière qui est AS une équipe de kiné, de rééducateur le vendredi matin, 7 en principe qui travaillent uniquement pour le service et puis on a 2 diététiciens, une assistante sociale, un peu de temps de psychologue, le vendredi matin. On a 1 IDE dédiée pour l'éducation thérapeutique qui prend en charge les patients en salle et d'hôpital de jour. Et puis toute l'équipe médicale, des cardiologues et puis un interne.

Au niveau de l'amplitude horaire du personnel paramédical, que pouvez-vous dire ?

Nous c'est grande équipe en journée, 7h36 depuis l'OTT, donc ils sont tous en 7h36 et tous en horaires alternés matin et après-midi. On n'a pas de cas particulier. En hôpital de jour et consultation, ils ne travaillent qu'en journée et jamais les jours fériés, amplitude horaire de 8h à 17h30. Et toujours en 7h36, sauf les agents de nuit qui sont en 10 h.

Et le roulement se fait comment ?

On a des trames. Dans le cadre de l'OTT, on a retravaillé sur les mêmes modèles. C'est des cycles de 12 semaines avec une alternance matin et après-midi, en gros ça leur fait faire 15 jours du matin et 15 jours d'après-midi mais avec les RTT et les congés, il y a des aménagements. On a une trame qui évolue en fonction de la vie du service et de chacun. Il n'y a rien de figé.

Quelle est la durée moyenne d'exercice dans le service ?

Nous on a quand même des gens assez fidèles, ça ne bouge pas trop dans le service. Les plus jeunes recrutés cela fait au moins 4 ans, après on a des...je dirai la moyenne 6, 7 ans. Il y a des gens qui sont là depuis plus longtemps, As c'est peut-être un peu plus.

Concernant la détection et la connaissance des compétences individuelles

4. Pouvez-vous m'expliquer de quelle manière vous évaluez le niveau de compétence des membres de l'équipe à un niveau individuel ?

Quand on recrute, on fait passer des tests, l'évaluation n'est pas la même pour les IDE et les AS. On a des tests bien précis pour les Ide, médicaments, circuit du médicament, transfusion etc. A leur arrivée, il y a une évaluation lors du recrutement et après, il y a un test sur le plan médicamenteux surtout. Après on envoie en formation sur des thèmes précis pendant la période d'intégration, par rapport à la rééducation cardiaque, sur tout ce qui est gestes

d'urgence. Il y a un cursus d'intégration déjà à la base qui nous permet lors des évaluations que l'on fait de manière hebdomadaire et puis après mensuelle de voir où ils en sont. Pour les AS c'est pareil, il y a un cursus. Cette période d'intégration va permettre de faire des évaluations régulières, de poser des questions pour savoir où ils en sont, s'ils ont compris, pareil sur l'organisation. Et puis nous on leur met des tuteurs et avec les tuteurs on fait des évaluations pour savoir où ils en sont.

Ensuite pour les personnels en évaluation régulière, gestion des compétences au quotidien, il y a plusieurs choses. On a les formations, on propose des cours pour qu'il y ait un réajustement des connaissances, avec les médecins du service. Et puis nous on fait des évaluations sur le terrain tous les jours. On a des réunions de synthèse toutes les semaines, avec des IDE différentes toutes les semaines ce qui nous permet de voir aussi leur niveau de compréhension de la prise en charge du patient et puis moi je me sers beaucoup de ça pour voir ce qui pêche, ce qu'elles n'ont pas compris. Donc on va revoir les choses. On fait aussi des audits techniques sur tout ce qui est pansement. Nous les cadres, on demande à voir les pansements régulièrement. Sur tout ce qui est technique c'est des évaluations lors de soins particuliers, ce qui nous permet de voir comment est le patient et comment travaille l'IDE. On se rend compte en termes de prise en charge, ce qui pêche ou ce qui ne pêche pas. Et puis on a aussi les évaluations annuelles ou on a une grille par compétence. L'agent va s'auto évaluer et puis nous on va ajuster en fonction de ce que l'on a vu pendant l'année. Et on a aussi tout ce qui est transmission. On fait aussi, alors avec la nouvelle organisation du travail, ça va être plus compliqué parce qu'on nous supprime des postes, mais on détachait des agents pour faire eux-mêmes des audits de leur pratique. On s'est rendu compte que c'était plus formateur ou que cela portait plus ses fruits que lorsque on faisait nous les audits. Quand ils font les audits, ils transmettent les messages, ça peut être sur le dossier de soins, sur certaines pratiques. C'est très varié.

5. Tous les membres de l'équipe ont-ils la connaissance des compétences de chacun ?

Sur les compétences globales, il n'y a pas d'affichage. Par contre on a certaines IDE qui sont référentes pour tel ou tel soin, là oui bien sûr. On n'a pas d'affichage officiel, mais ça se sait de bouche à oreille.

Les IDE en ont la connaissance

Oui, elles ont la connaissance, pour les pansements, elles sont toutes formées aux pansements mais par exemple. On a des patients sous assistance, ils ont tous eu la formation mais on a 2 IDE qui ont été formées de façon plus poussée vers lesquelles ils vont se retourner s'il y a une situation particulière Et ça se retrouve sur différents thèmes. Alors on essaie aussi de former les agents sur les thèmes récurrents de la réadaptation cardiaque en continu. Mais sur la douleur, par exemple il y a des référents.

Vous n'avez pas de cartographie ou de répertoire de compétences ?

Non.

6. De quelle manière les compétences individuelles sont-elles mises au service du collectif ?

Oui sur certains thèmes quand on ne peut pas former tout le monde et qu'on a besoin de personnes plus expertes, on va former 2 experts et ces agents vont régulièrement former les équipes et pas uniquement IDE et AS mais ça peut être aussi les kinés par exemple.

Au cours de réunions formelles ?

On l'organise quand on sent qu'il y a du besoin et en plus on essaie que ce soit régulièrement. Alors ça dépend du thème mais ça peut être 1 ou 2 fois par an et plus si besoin. On va organiser un temps, c'est souvent à l'inter équipe. On a une diminution de ce temps inter équipe depuis l'OTT donc ça pose problème pour ce temps de partage des connaissances et de l'information.

Concernant la dynamique d'équipe

7. Avez-vous le sentiment que votre équipe soignante est soudée et solidaire ?

Oui, oui c'est vrai que c'est un point fort sur le secteur. Ce sont des agents qui sont là depuis un certain temps, qui se connaissent bien, même avec les nouveaux qui s'intègrent bien, il y a une solidarité sur tous les plans. Quand la charge de travail est élevée d'un côté, les collègues vont demander s'il y a besoin d'aide. Ça marche bien.

Est-ce que vous avez des signes ou des circonstances qui vous permettent d'affirmer qu'il y a une certaine cohésion ou une certaine solidarité ?

On le voit dans la gestion du planning déjà, il y a beaucoup d'arrangements. Quand il y a des absents, il y en a qui se proposent. Ça c'est déjà un bon facteur. Et puis quand il y a des situations d'urgence ou des situations où on a des charges de travail élevées, on n'a pas besoin de leur dire il faut aller aider.

8. Qu'est-ce qui selon vous explique cette cohésion ou cette absence de cohésion ?

Le fait que l'équipe se connaît bien, c'est un facteur favorisant. C'est sûr. Peut-être parce que on a pas un turn over important. Et puis nous on prône une certaine polyvalence donc il n'y a pas de secteur, enfin ils tournent sur tous les secteurs. On a des agents qui ont souhaité aller aussi de temps en temps en HDJ, sur le plateau technique, faire du secrétariat donc on a formé plusieurs personnes qui étaient volontaires et donc ça permet de décroiser, de voir le travail de chacun. Chacun voit les difficultés de l'autre sur les

différents secteurs donc ils se mettent à la place de leur collègue et ça favorise la cohésion je pense. Il y a aussi des moments où ça fonctionne moins bien.

9. Pouvez-vous me dire s'il y a un turn-over important au sein du personnel ?

Non il n'y a pas de turn over important.

Et vous pensez que ça joue sur la cohésion d'équipe ?

Oui ben oui. Ils se connaissent mieux et puis il n'y a pas beaucoup de nouveaux donc du coup dans la prise en charge du patient, c'est un plus. On a des gens qui commencent à être experts sur certains domaines. Les compétences, elles se partagent mieux.

10. Vous m'avez déjà parlé un peu d'intégration, Pouvez-vous me dire de quelle manière se fait l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe ?

Quand on peut, on a 1 mois d'intégration et l'agent va passer dans tous les secteurs, tous les postes pour avoir une vision globale du service et de l'hôpital aussi et puis il va faire du jour, de l'après-midi, et les week end. Il est tutoré 15 jours sûr, et après ça dépend du planning avec quelqu'un qui va, ou 2 tuteurs ça dépend, quelqu'un qui va pouvoir faire le point avec nous et avec l'agent, sur l'organisation, sur les soins, aussi bien AS qu'IDE. Pour la nuit il y a l'intégration de jour, 15 jours minimum pour voir comment se fait la prise en charge de jour.

11. Existe-t-il des temps dédiés pour des moments de convivialité ?

Oui, il y a plusieurs occasions, type la galette des rois pour la nouvelle année, lors de réunion d'équipe, pot de départ, pot d'arrivée. Et nous pour l'encadrement on essaie de faire des réunions régulières et pour des occasions comme la galette des rois, pour tout ce qui est fête, il y a des boissons, des desserts. On a aussi, il y avait des agents qui étaient demandeurs, et ça a été organisé, des moments où ils se réunissent entre eux pour parler des dysfonctionnements et les régler entre eux. C'était à leur demande donc on avait organisé un temps de parole entre eux.

C'était à leur initiative ?

C'était une demande, on mettait à leur disposition une salle, c'était à eux ensuite de voir quels thèmes ils voulaient discuter, quelles personnes étaient présentes. Ce que l'on demandait c'est qu'il y ait un compte rendu de fait. Et s'il y avait des actions qu'ils souhaitaient qu'on mette en place. Que l'on soit au courant de ce qui était vu.

12. L'équipe bénéficie-t-elle de temps de retours d'expérience ? (APP, analyse d'évènement indésirable, groupes de parole)

Oui, les audits nous on les fait directement intervenir et lors de réunion il y a une restitution. Ou ça peut être fait de façon informelle, parfois en temps réel à leurs collègues.

On a sur tout ce qui est situation d'urgence, on revoie l'équipe, on rediscute des choses, et puis sur des évènements particuliers comme des erreurs médicamenteuses ou autres, là on a quelque chose de plus formel sur l'hôpital. Donc on a quelque chose de plus officiel avec la direction de l'hôpital, la pharmaco. Dans le service c'est quelque chose que l'on faisait déjà, quand il y avait des situations qui mettaient à mal l'équipe ou lorsqu'il y a des interrogations. On a aussi les réunions de synthèse toutes les semaines qui sont pluri disciplinaires et qui permettent d'échanger.

Quels bénéfices vous avez pu constater ?

Ça participe à la cohésion de l'équipe, ce partage d'expérience, ça amène à une plus grande cohésion d'équipe et ça les prépare aussi aux situations qu'ils pourraient rencontrer et ça dédramatise, ça lève l'angoisse et tout ça.

Concernant la coopération et le développement de la compétence collective

13. Qu'évoque pour vous, d'après votre expérience, la notion de compétence collective ?

Alors les compétences sont surtout individuelles. Pour moi il n'y a pas d'attributs particuliers. Je vois surtout les retours d'expériences. Collective, on fait partager à chacun l'expérience qu'on a eue. Après ça peut être, est ce que les formations qui sont refaites par les soignants eux-mêmes est ce que ça peut rentrer là-dedans. Je ne sais pas.

Selon vous est ce que l'équipe soignante doit posséder des attributs particuliers pour qu'il y ait cette compétence collective ? et pour qu'il y ait coopération ?

Normalement les soignants doivent être ouverts, sinon il y a un problème. Il y aura problème dans l'intégration, dans la cohérence et dans l'esprit d'équipe. Non pour moi, il n'y a pas d'attributs particuliers. Il y a des gens plus ouverts que d'autres et des expériences différentes.

Après c'est dans le partage peut être, dans les interactions qui peuvent se faire ?

Oui ça dépend de la personnalité des gens. Il y a des gens plus têtus, plus bornés qui vont rester sur leur façon de faire. Des gens qui ne sont pas à l'écoute des autres, qui ne sont pas réceptifs.

14. Pouvez-vous me dire quelle organisation de travail est instaurée dans le service ?

Par exemple existe-t-il un travail en binôme, une répartition des tâches ?

Ils sont en binôme l'après-midi mais le matin ils sont 3. On insiste sur ce travail d'équipe. Ils peuvent travailler en binôme AS le matin. Donc là ils peuvent travailler en binôme IDE. En fait le matin on a 2 AS et 1 IDE mais quelque fois on a 1 AS et 2 Ide. Donc les tâches, quand il y a 2 IDE, il y en a 1 qui va se détacher pour faire les désinfections de lits avec l'AS. Bien sûr le matin, l'IDE a des tâches qu'elles réalisent et qu'elle ne peut pas déléguer à l'As. Tout ce qui va être gestion des repas va se faire en binôme. Il y a binôme AS c'est sûr et on essaie de favoriser le binôme IDE AS. C'est plus facile l'après-midi que le matin.

C'est une organisation qui a été impulsée par l'équipe ou c'est l'encadrement ?

C'est l'encadrement. Quand je suis arrivée, c'était déjà comme ça. Je pense que c'est quelque chose qui est encre depuis longtemps et nous l'encadrement on pousse, on favorise ça. De temps en temps on recadre.

Et vous pensez que ça favorise la coopération ?

Oui ça favorise la solidarité de toute façon. C'est des petites équipes, 2 l'après-midi, 2 la nuit et 3 le matin. De toute façon il faut qu'ils travaillent ensemble. Sinon ça ne fonctionne pas. C'est une désorganisation. Donc oui ce travail en binôme favorise la coopération, la solidarité, la cohésion et le partage de connaissances.

Est-ce qu'il existe au sein de l'équipe des règles de fonctionnement ?

De façon écrite non, il y a des choses, sur la ponctualité, on prévient le cadre, ou quand on va être absent, c'est des choses qui sont bien faites. Après je n'ai pas d'ex en tête. C'est intuitif. On a rien instauré.

Ce sont des règles implicites que vous n'avez pas besoin de rappeler

Si parfois sur la ponctualité.

15. Y a-t-il des personnes dans votre équipes qui ont des responsabilités et / ou compétences particulières ? Comment ces responsabilités ont-elles été attribuées ?

Oui, peut-être plus chez les IDE, dans certains domaines parce qu'elles ont eu des formations différentes de leurs collègues. Par ex l'IDE d'éducation thérapeutique qui a un DU. On a des gens qui sont polyvalents sur certains secteurs et qui vont être référents, en hospi par exemple parce qu'ils connaissent le fonctionnement du plateau technique et l'HDJ, sur l'hygiène par exemple, en fonction des formations qu'ils ont reçu. On va les nommer référents. Et puis nous on dépiste aussi, en tant que cadre, il y a des personnalités qui vont être plus demandeuses ou plus dans l'initiative. Il y a aussi un dépistage qui se fait parce qu'on connaît bien les agents. Et on va plus les orienter ou leur proposer quelque chose ou on va plus les solliciter.

Ces responsabilités sont-elles connues et reconnues par le reste de l'équipe ?

Oui. Par ex la secrétaire hospitalière, elle a certaines responsabilités, c'est connu de tous. En fonction du profil des agents, on va confier des missions plus qu'à d'autres. Soit le thème les intéresse plus particulièrement, soit ils ont des projets derrière d'IFSI ou d'IFCS. On leur donne des responsabilités différentes. En fonction de nos connaissances des compétences des agents.

16. Ces personnes sont-elles davantage impliquées et motivées que celles qui n'ont pas de responsabilités particulières ?

Motivées, elles le sont. Ces personnes à qui on confie des responsabilités, déjà on les sélectionne parce qu'on le sent, c'est des personnes motivées. Oui Est-ce que ça auto entraîne, parce qu'on leur donne des responsabilités est ce que du coup ça les rend encore plus motivées ? je dirai oui pour certaines, pour d'autres ils n'avaient pas besoin de ça. Il y a des personnes qui sont peut-être moins disponibles par rapport à leur vie privée, et qui veulent peut-être moins faire de choses parce que quand on vous donne des responsabilités, il y a des choses parfois à faire en dehors des heures, pour autant elles vont être très motivées dans le service.

Il y a 2 cas de figures, il y a les personnes, oui on va voir la différence entre quelqu'un à qui on a confié une responsabilité et l'autre qui l'a pas qui va être moins impliquée dans la vie du service. Et d'autres qui n'ont pas de responsabilités et qui vont être très impliquées.

Comment expliquer que quelqu'un à qui on confie une responsabilité soit plus impliqué ?

Déjà quand on lui confie la responsabilité c'est qu'on a déjà vu qu'on pouvait lui confier ou qu'il y a un intérêt. Des fois c'est aussi parce qu'on sent une baisse de régime et on pense que ça va la booster. C'est vrai.

Soit l'agent à qui on confie une responsabilité va mieux comprendre, il va focaliser sur un thème précis donc il va mieux comprendre les choses. Donc il va y avoir plus de motivation. Peut-être aussi le fait de lui confier une responsabilité, il va se sentir valoriser, du coup ça va augmenter sa motivation. Je pense que c'est ces 2 aspects là et puis par rapport à ces pairs, la reconnaissance. Le fait qu'après on fasse appel à lui sur des thèmes pour lesquels il va être expert. Ça va favoriser sa motivation aussi.

17. Pouvez-vous me relater un évènement au cours duquel vous avez senti l'équipe extrêmement motivée pour une tâche ?

Alors oui, régulièrement on repense un peu les pratiques. On a eu des travaux, et par exemple les patients n'ont pas pu manger dans les salles à manger pendant les travaux. Ils ont dû manger en chambre. Et donc, à la réouverture, comme on avait trouvé des avantages, il y a des avantages et des inconvénients aux deux. Donc on les a sollicités pour voir comment on pouvait changer nos pratiques, est ce qu'on repartait en salle à manger, est

ce qu'on faisait certains repas en chambre. Et là effectivement il y a un intérêt, tout le monde s'implique, donne son avis. Il y a des arguments qui sont avancés, c'est intéressant. Quand on veut changer ce genre de pratique, tout le monde s'implique et argumente.

[Comment vous expliquez que tout le monde soit motivé ?](#)

Leur quotidien, leur organisation c'est du terrain, ils vont être impactés directement. Le fait de les impliquer, de leur demander leur avis ça passe toujours mieux quand on fait une réorganisation. Les cadres, on essaie de se ranger à la majorité.

[Dans cette situation-là quel a été votre rôle ?](#)

Alors nous on a impliqué les kinés, les médecins, ça a été une décision pluri disciplinaire. Nous on recense toute l'argumentation, faire ressortir les éléments positifs, les éléments négatifs, mettre la réglementation en lien. Après on fait un peu l'arbitre.

[18. Pouvez-vous me parler d'un projet mis en place dans le service auquel l'équipe a participé ? Quelles ont été les missions des acteurs ?](#)

La création de l'hôpital de semaine. C'était une unité d'hospitalisation traditionnelle. On a missionné pour mettre en place l'organisation. Effectivement on a détaché du monde pour écrire, prévoir comment ça allait s'organiser, le quotidien, l'ouverture de cet hôpital, l'ouverture le lundi, la fermeture le vendredi. Ecrire les tâches. Tout le monde a participé.

[C'était il y a combien de temps cette ouverture ?](#)

Il y a 3 ans.

[Et est-ce que vous avez l'impression que la mise en œuvre de ce projet a favorisé la coopération ?](#)

Oui, oui. A partir du moment où vous impliquez les gens toutes catégories confondues, et qu'ils ont l'impression d'apporter une pierre à l'édifice, ils participent au projet. C'est sûr que ça se met plus facilement en place. Il y a moins de résistance.

[Il y avait des groupes de travail pour mettre en place l'organisation ?](#)

Oui, il n'y a pas eu de groupe de travail parce qu'en fonction des plannings, c'est pas toujours suivi. On demandait à telles personnes de se retrouver et de travailler sur tel thème. Et puis il y a eu un travail avec l'encadrement et l'équipe médicale.

[Et votre rôle dans le projet ?](#)

Organisationnel, méthodologique, chef d'orchestre sur le plan logistique, conformité des pratiques etc.

[Conclusion de l'entretien](#)

[J'en ai terminé avec les questions.](#)

[Y a-t-il quelque chose que vous souhaitez ajouter ou développer davantage ?](#)

[Je vous remercie d'avoir partagé avec moi votre expérience](#)

ANNEXE III : Tableau de dépouillement des résultats d'entretiens

Questions / objectifs	Indicateurs	Entretien 1: service d'ORL (29 mn)	Entretien 2: service de neurologie (1h19)	Entretien 3: service de gériatrie (51 mn)	Entretien 4: service d'oncologie (58 mn)	Entretien 5: service de soins de longue durée (1h09)	Entretien 6: service d'oncologie (48 mn)	Entretien 7: service de réadaptation cardiaque (42 mn)
présentation du cadre de santé <i>Objectif : savoir depuis quand le cadre est dans la fonction et dans le service, connaître son expérience, avoir une vision de sa connaissance de l'équipe.</i>	<i>nombre d'années passées dans la fonction cadre, mobilité, durée d'exercice dans le service actuel</i>	femme / 10 ans dans la fonction / 8 mois dans le service Expérience cadre: réa péd / réa neurochir adulte / ORL	homme / 4 ans et 8 mois dans la fonction / 2 ans et 8 mois dans le service Expérience cadre: rhumato / neuro	femme / 9 ans dans la fonction / 18 mois dans le service Expérience cadre: formatrice IFSI / cadre gériatrie	femme / 12 ans dans la fonction / 18 mois dans le service Expérience cadre: 5 ans formatrice IFSI / 7 ans en service	femme / 11 ans dans la fonction / 5 ans et 6 mois dans le service Expérience cadre: Gériatrie SSR E. Roux / Unité Alzheimer Bicetre / Unité Alzheimer P. Brousse	femme / 5 ans dans la fonction (dont 3 ans FF) / 1 an et 2 mois dans le service Expérience cadre: hépatogastro / oncologie	femme / 11 ans dans la fonction / 4 ans dans le service Expérience cadre: cardio méd / consult odonto / réadaptation card

<p>présentation du service et des missions du service et du type de patient accueillis</p> <p><i>Objectif : disposer de données sur la spécialité, la charge de travail et l'organisation globale du travail.</i></p>	<p><i>pathologies aiguës ou chroniques, durée de séjour, profil de patients, charge émotionnelle possible</i></p>	<p>ORL PEC de patients ayant des pb chirurgicaux ORL chirurgie neuro par voie d'abord ORL</p>	<p>23 lits neurovasculaire urgence AVC, AIT (10 soins intensifs, 13 post soins intensifs) 29 lits neuro générale et cognitive (14 hospit complète, 15 HDS) 8 lits HDJ / 1 conslutation Charge de travail ++ hémiplegies, handicaps lourds, troubles cognitifs</p>	<p>Gériatrie ambulatoire PEC patients + de 65 ans Consultations Dg Alzheimer, mémoire, tbles de l'équilibre SSR thérapeutique sur 1 an suivi HDJ thérapeutique sur 3 à 6 mois Activité oncologie: consultations et HDJ 4 programmes d'éducation thérapeutique validés par l'ARS 1 protocole de coopération suivi Alzheimer</p>	<p>PEC pluridisciplinaire patients atteints de K hémato, gynéco et digestifs. hospit onco 37 lits sur 2 étages (18 et 19 lits) consult oncogénétique HDJ</p>	<p>SLD gériatrie PEC patients Alzheimer ou apparentés stade 4. 34 lits: unité faisant partie du G1 (=4 unités / 4 cadres)</p>	<p>oncologie PEC patients atteints de K sauf hémato et pneumo. Cures chimio sur plrs jours / AEG passage SSR ou soins palliatifs 15 lits d'Hospitalisation HDJ 15 à 20 patients/jours</p>	<p>SSR réadaptation cardiaque PEC patients pour réadaptation à l'effort et éducation thérapeutique pour ttt 2 unités d'hospitalisation 40 lits HDS 12 lits HDJ 40 patients/jour 1 consultation / plateau technique 2 cadres pour l'ensemble des secteurs</p>
---	---	---	---	--	--	---	---	--

<p>présentation de l'équipe soignante <i>Objectif : avoir des données quant à la taille et la composition de l'équipe, la pluridisciplinarité.</i></p>	<p><i>unité d'action, communication, formation de sous-groupes, interactions, hiérarchie</i></p>	<p><u>Equipe médicale:</u> 1 chef de service / 4 PUPH / 3 chefs de clinique / 3 prof d'université / 5 internes <u>Equipe paraméd:</u> grande équipe: 9 IDE / 12 AS / 2 secrétaires hospit / 1 agent logistique Equipe de nuit: 4 IDE / 4 AS</p>	<p><u>Equipe médicale:</u> 1 chef de service / 4 PUPH / 4PH / 3 chefs de clinique / 6 internes <u>Equipe paraméd:</u> grande équipe: 30 IDE / 21 AS / 1 psychomot / 1,5 orthophonista / 2,5 kiné / 3 assistants sociaux / 2 IDE coordinatrices (HDS et centre national Parkinson) / 2 cadres Equipe de nuit: 12 IDE / 8 AS</p>	<p>8 IDE / 7 AS / 1 secrétaire hospitalière / 2 secrétaires médicales / 3 médecins fixes 1 cadre beaucoup de personnel en restriction, même inapte à la fonction IDE. 3 IDE mobiles sur 8 / 1 AS mobile (sur l'ensemble des activités)</p>	<p><u>Equipe médicale:</u> médecins spécialisés K hémato / K colon et pancréas <u>Equipe paraméd:</u> 3 IDE / 2 AS matin et AM (1er ét), 2 IDE / 2 As matin et AM (2è ét) 1 cadre pour les 2 étages 2 psychologues / 1 kiné / 1 diététicienne</p>	<p>1 médecin référent Effectif requis: 1 IDE / 4 AS matin ; 1 IDE / 3 AS AM ; 1,5 IDE / 2 AS nuit sur 2 unités Total Grande équipe: 5 IDE / 14 AS Nuit: 4 IDE / 3 AS 1 psychologue / 1 équipe d'animation (1 animatrice et 4 AS) / 1 Kiné / 1 pédicure podologue / coiffeur / diét / ass. sociale / 1 secrétaire hospit pour 6 unités</p>	<p>Hospit: 10 IDE (jour, nuit), 12 AS dont 4 uniquement sur la nuit et 8 qui alternent. Matin et AM: 2 IDE / 2 AS HDJ: 5 IDE, 4 AS, 2 ASH</p>	<p>Médecins cardiologues + 1 interne 20 IDE / 25 AS / 1 coursier ASH / 1 secrétaire hospitalière / 7 kiné et rééducateurs le vendredi / 2 diét / 1 ass. Sociale / 1 IDE d'éducation thérapeutique pou l'HDJ</p>
--	--	---	--	--	---	---	---	---

organisation du travail		Alternance jour (6h45-14h21 ou 6h45-14h15) / AM (13h45-21h21 ou 13h45-21h15) nuit: 21h-7h	grande équipe 7h36 (matin et AM); nuit 10h; tout le monde tourne sur l'ensemble des secteurs tous les 15 jours.	8h30-16h36	IDE fixes référentes 1er ét / IDE fixes référentes 2è ét. IDE qui travaillent au 1er et 2è IDE qui sont sur la grande équipe / IDE qui restent du matin ou d'AM	travail en grande équipe travail sur les autres unités si pb d'effectif	AS jeunes diplômées + anciennes, toutes tranches d'âge IDE toutes jeunes diplômées, équipe jeune Alternance jour / nuit sauf pour 4 AS de nuit HDJ: Equipe qui a bcp d'expérience, présente depuis longtemps, très autonome	Hospitalisation : grande équipe en 7h36. Alternance 15 jours matin/15 jours AM Nuit en 10h. Consultation-HDJ : 7h36 amplitude 8h-17h30 Le personnel tourne sur tous les secteurs
Profil de l'équipe		Equipe en transformation mais se se stabilise. Beaucoup de départs suite OTT. Pas de cadre pendant 9 mois avant OTT: équipe stable	Equipe stable: 4 départs en 2 ans pour raison disciplinaire et 3 pour retraite ancienneté du personnel: 10 ans, 6 à 8 ans, 2 ans	longue durée d'exercice dans le service. 2 départs en retraite prochain 25 ans dans le service Equipe très stable	Equipe stable IDE / AS depuis 10 ans. Le moins longtemps 3 à 5 ans (les polyvalentes)	Equipe stable depuis l'ouverture en 2011 Moyenne d'exercice: 4 à 5 ans Bcp de CDD donc mouvements liés aux CDD non renouvelés	Hospit : Service très lourd physiquement et psychologiquement, durée moyenne 2/3 ans. La plus ancienne 3 ans de DE Equipe qui se construit, service ouvert depuis 2 ans	Equipe stable, peu de mouvements Dernières recrutées il y a 4 ans. Moyenne: 6 à 7 ans pour IDE, + pour les AS.

<p>question 4: de quelle manière évaluez-vous le niveau de compétence des membres de l'équipe à un niveau individuel?</p> <p><i>Objectif : identifier comment le cadre détecte les compétences individuelles des membres de l'équipe</i></p>	<p><i>démarche compétence, entretien, observation, contrôle, atteinte des résultats, expertise, potentialités, projets professionnels, valorisation, écoute, questionnement</i></p>	<p>Surtout entretiens observations audits dossiers de soins un peu retour patients et beaucoup retours médecins</p>	<p>Entretien annuel (fiches de CP institutionnelles) observation "management promenade quotidien" transmissions dossiers patients retours patients / familles</p>	<p>observation ++ fixer des missions pour développer la polyvalence, observation, et évaluation de l'adaptabilité, la réactivité écoute, retour de l'équipe Evaluation annuelle: à travers le projet pro, mesure des objectifs Retours médecins et patients</p>	<p>Observations Cp techniques et relationnelles lors des visites Interroger les patients discussions avec les équipes lors des poses</p>	<p>A l'entretien d'embauche puis au renouvellement ou arrêt du contrat: grille d'évaluation, questions sur des situations de soins Entretien annuel: évaluation de connaissances, de l'atteinte des objectifs fixés l'année d'avant Transmissions ciblées / audits dossiers de soins avec retours aux équipes Retour des familles</p>	<p>Entretiens professionnels: cadre les questionne Assiste aux transmissions tous les matins Pas de retours patients négatifs Retours médecins Traçabilité (transfusion par ex) Audits</p>	<p>Tests à l'entretien d'embauche (circuit du mdct, transfusion,...), évaluations pendant la période d'intégration Evaluation du niveau de compréhension de la PEC lors des réunions de synthèse Audits par cadre et par agents eux-mêmes évaluations annuelles avec grille de Cp / auto-évaluation transmissions</p>
--	---	---	---	---	--	---	--	---

<p>question 5: tous les membres de l'équipe ont-ils la connaissance des compétences de chacun?</p> <p><i>Objectif : évaluer la possibilité pour les membres de l'équipe de faire appel aux compétences de leurs collègues</i></p>	<p><i>performance de l'équipe, complémentarité des compétences, connaissance mutuelle</i></p>	<p>Plutôt oui 1 IDE DU douleur par ex tout le monde le sait: référente douleur pas de cartographie des compétences</p>	<p>oui, les agents savent qui sont les personnes ressources parmi eux; Certains Cp en tutorat ESI, d'autres AVC, d'autres accueil des patients troubles cognitifs Pas de cartographie des Cp mais en projet</p>	<p>Oui Oui. Pas de répertoire des Cp</p>	<p>Oui, elles savent où aller chercher: vont voir les personnes ressources et posent des questions pas de répertoire des Cp</p>	<p>Pas complètement. Par ex ne savent pas qui est référente douleur Cartographie des Cp: photos dans le poste de soins de qui est référent douleur, chute, plaies et cicatrisation</p>	<p>1 IDE extérieure au service plaies et cicatrisation, l'équipe n'hésite pas à la solliciter Les IDE se font confiance mutuellement Experte = la cadre sur certains soins Sinon personne sur qui vraiment s'appuyer</p>	<p>Oui. IDE ressources dans certains domaines car ont eu des formations spécifiques. Pas de cartographie</p>
---	---	--	---	--	---	--	--	--

<p>question 6: de quelles manière les compétences individuelles sont-elles mises au service du collectif? <i>Objectif : identifier s'il existe un partage de connaissances au sein de l'équipe</i></p>	<p><i>transmission des savoirs, partage des pratiques</i></p>	<p>beaucoup par le biais de la communication, groupes de travail. Pas de formation mutuelle, mais séances de formations au sein du service</p>	<p>pas de formation mutuelle, partagée entre les individus (manque de personnel), en projet</p>	<p>entre aide délégation de missions quand repérage de Cp, en lien avec leur projet entraide et formation mutuelle. Répartition des tâches en fonction de leur Cp et maitrise des activités</p>	<p>Se fait entre personnes qui s'entendent. Très aléatoire Pas de politique d'échanger ses Cp à l'équipe entière, ça reste individuel, au coup par coup, dans la pratique, pas au niveau collectif peu de partage des Cp, les IDE n'ont pas cette démarche</p>	<p>Une équipe qui fonctionne est une équipe qui tire le meilleur de chacun: demande bcp d'effort sur la communication cadre n'est pas pour l'agent-relai car tous n'ont pas la capacité de former leurs pairs Préfère cibler les formations en fonction des besoins spécifiques de chaque agent</p>	<p>Oui, c'est informel, elles partagent entre elles au moment des transmissions Si questions: temps de formation par prestataires ou équipes ressources Cadre "espère" qu'il y a des temps de partage mais n'y est pas Font les transmissions ensemble IDE et AS: échange de Cp et de connaissances, les AS sont curieuses et envie d'apprendre</p>	<p>Audits faits par agents eux-mêmes : transmettent les messages, c'est + formateur Quand impossibilité de former tout le monde : formation de 2 agents qui vont former les autres? 1 ou 2 fois par an</p>
<p>Question 7: avez-vous le sentiment que votre équipe soignante est</p>	<p><i>solidarité, relation de confiance, intercompréhension,</i></p>	<p>oui de manière globale, bcp de changements dans le personnel.</p>	<p>Oui +++ Cohésion, sentiment d'unité sociale beaucoup</p>	<p>Oui malgré les profils particuliers Equipe bienveillante, bien traitante</p>	<p>Pas d'entraide spontanée, c'est la cadre qui demande</p>	<p>Oui plutôt. Mais manque de communication IDE / AS</p>	<p>Ca ne l'était pas au départ, ça se développe Avant c'était IDE d'un côté, AS de</p>	<p>Oui, c'est un point fort Les agents se connaissent très bien, nouveaux</p>

<p>soudée et solidaire? <i>Objectif : identifier les facteurs de cohésion au sein de l'équipe</i></p>	<p><i>engagement, maturité du groupe, entre-aide, esprit d'équipe, éthique</i></p>	<p>Chance d'avoir des anciennes IDE donc porteur car enrichissements des Cp, dynamisme: c'est complémentair e Signes qui font dire que l'équip est soudée: l'entente, la communication, l'entre-aide+++, toujours de bonne humeur, écoute mutuelle sur les conseils, échanges. Exemple intergénération nel.</p>	<p>d'entre-aide, remplacements en cas d'arrêt Plus difficile équipe jour / équipe nuit : se croisent mais ne se parlent pas</p>	<p>ne mache pas ses mots mais objective et empathique 3 IDE en restriction de soins, les autres sont très vigilants, jamais de jugement, équipe dynamique, à l'écoute des autres et sensible</p>	<p>aux IDE d'aller aider leurs collègues Ne prennent pas l'initiative, ce n'est pas dans leur démarche individuelle, c'est du copinage Ce n'est pas de la solidarité Différent pour les AS: sont là depuis + longtemps se connaissent mieux Pas de solidarité IDE/AS, pas de binome, pas l'habitude de travailler ensemble</p>	<p>dans la transmissions des onfos concernant les patients "on nous dit rien" Les IDE sont solidaires entre elles, entre-aide Equipe AS + difficile (pas la même population) et concurrence du fait des CDD Il y a des clans (certaines se voient à l'extérieur les autres ne comprennent pas)</p>	<p>l'autre. La cadre a imposé le travail en binome pour développer l'esprit d'équipe : pas d'ancienne donc difficile de se référer à une expérience pour les situations difficiles psychologiquement : être 2 pour un soin est plus facile, nécessaire de créer une relation entre les pro; Avant ça elles se croisaient mais se parlaient à peine. "on ne peut pas dire qu'on est une équipe si on ne travaille pas ensemble" il y a + de cohésion qu'avant</p>	<p>très bien intégrés solidarité sur tous les plans quand situation d'urgence ou charge de travail élevée : entre-aide spontanée Arrangements dans la gestion du planning en cas d'absence</p>
--	--	---	--	---	---	--	--	---

<p>question 8: qu'est-ce qui selon vous explique cette cohésion ou cette absence de cohésion? <i>Objectif : avoir des données concernant ce qui pourrait favoriser ou freiner la coopération</i></p>	<p><i>normes et valeurs, reconnaissance, communication, objectif commun, conflits, échecs répétés, individualité</i></p>	<p>Le lien, de l'harmonie, de l'apprentissage (l'une apprend de l'autre). Il y a une plus value (1+1 n'est pas = à 2)</p>	<p>La charge en soins. Impératif de s'aider Pour les IDE: équipe jeune, tous à peu près dans la même tranche d'âge donc se comprennent. Cohésion plus difficile pour les AS: communication intergénérationnelle compliquée, plus d'incompréhension, plus d'écart d'âge. Lié aussi aux différences de formations</p>	<p>L'habitude Cadre dans la même dynamique: pas de jugement ni de commentaire, bienveillance et vigilance, préserver aussi ceux qui sont "plus forts"</p>	<p>AS non impliquées dans la PEC globale du patient IDE +anciennes ont des liens avec les médecins, des privilèges, pas les autres: déséquilibre l'équipe paraméd. Créé de la distance</p>	<p>les gens sont assez individualistes Mais bienveillance (AS a fait une dépression, à son retour les autres ont pris soin d'elle)</p>	<p>Quand il y a des formations pour IDE: elles vont chercher les AS pour venir avec elles Communication nettement moins cloisonnée, elles travaillent + ensemble et échangent Entre-aide ++ IDE / AS. "si pas d'entre-aide, pas d'esprit d'équipe"</p>	<p>Le fait que l'équipe se connaît bien Les cadres pronnent une certaine polyvalence, donc tout le monde tourne, permet de décroisonner, de voir le travail de chacun et ses difficultés, ça favorise la cohésion</p>
---	--	---	--	---	--	--	--	---

<p>question 9: pouvez-vous me dire s'il y a un turn-over important au sein du personnel? Impact sur la dynamique d'équipe et la cohésion?</p> <p><i>Objectif : évaluer la stabilité de la composition de l'équipe, pouvant avoir une influence sur les interactions et la coopération</i></p>	<p><i>connaissance, appartenance au groupe, confiance mutuelle, maturité du groupe, attaches affectives</i></p>	<p>Beaucoup moins de turn-over maintenant. Les mouvements dans le service ne vont pas affecter la dynamique d'équipe: la manière dont les anciennes accueillent les étudiants est un bon reflet de la manière dont elles accueillent leurs collègues</p>	<p>pas de turn-over Equipe stable: plus rassurant, et on peut plus facilement faire des projets car moins centrés sur la tâche, et développer les Cp Stabilité à double tranchant: on peut s'enfoncer dans des incompréhensions et des conflits. Il faut un équilibre et un certain renouvellement</p>	<p>Pas de turn-over oui impacte sur la cohésion Depuis 1 an les agents tournent sur les secteurs (oncologie et Dg à 2 endroits différents de l'hôpital). Difficile au début mais maintenant ils se connaissent bien, confiance</p>	<p>Pas de turn-over</p>	<p>Pas de turn-over, mais parfois déplacements sur d'autres unités par pb d'effectif</p>	<p>Certaines sont parties au bout de 2, 3 mois car trop dur</p>	<p>Pas de turn-over, oui ça joue sur la cohésion. Les agents deviennent experts, les Cp se partagent mieux</p>
---	---	--	--	--	-------------------------	--	---	--

<p>Question 10: de quelle manière se fait l'intégration d'un nouveau membre dans l'équipe? Tutorat ? Parcours d'intégration?</p> <p><i>Objectif : évaluer la manière dont un nouveau membre intègre le groupe pour développer le sentiment d'appartenance au groupe</i></p>	<p><i>intégration, identité sociale, adoption de normes groupales, bienveillance, accueil</i></p>	<p>Parcours sur 2 semaines: 1 de jour, 1 de garde, 1/2 journée à l'accueil puis bilan. Temps en horaire intermédiaires (9h-17h) pour vision globale de la journée. Au besoin temps d'intégration prolongé. Les nouvelles cotoient tout le monde.</p>	<p>pas de tutorat projet d'intégration: parcours sur 3 semaines sur l'ensemble des secteurs, et plus au besoin</p>	<p>pas vraiment formalisé. Dès l'entretien d'embauche: notion de mobilité et de la polycompétence attendue Parcours d'intégration de minimum 1 mois, en binôme avec autre IDE (tutorat à formaliser)</p>	<p>Tutorat pendant 3 semaines (2 tuteurs) sur les 2 étages, peut se prolonger</p>	<p>En cours de formalisation Intégration 1 semaine matin / 1 semaine AM hors effectif, surtout pour les AS Système de tutorat surtout pour les IDE Rencontre cadre au bout d'1 mois pour faire le point</p>	<p>parcours de 3 jours de formation pour IDE : pharmacie, laboratoire, e-learning, calcul de doses 2 jours pour les AS : lingerie, chambre mortuaire, diététique Intégration pendant 15 jours. pas de tuteur, travaillent avec tout le monde</p>	<p>1 mois d'intégration, l'agent va tourner sur tous les secteurs, du matin, d'AM. 1 ou 2 tuteurs Parcours d'intégration avec formation sur des thèmes précis, évaluation hebdomadaire puis mensuelle avec tuteur et cadre</p>
---	---	--	--	--	---	---	--	--

<p>question 11: existe-t-il des temps dédiés pour des moments de convivialité?</p> <p><i>Objectif : identifier l'existence d'une vie collective et les possibilités de se ressourcer</i></p>	<p><i>pression, détente, renforcer les liens, remotiver, collectif</i></p>	<p>Oui: moments de détente, repas, anniversaires, petits déjeuner. Temps informels et bcp d'échanges.</p>	<p>1 fois/an: soirée de service avec contenu médical et soignant (dernière: soins d'urgence AVC et resto) Pots de départ 2 à 3 fois/an: repas de service avec tout le personnel mias marche moins bien, IDE et AS moins enclins à partager ce moment. Ne l'explique pas</p>	<p>1 pot de service (repas d'été) Sinon non.</p>	<p>Tps de pause pendant l'inter-équipe, ou présentation labo Se voient en dehors, copinage IDE / médecins répercution ds le service=malsain Il y a des clans. Moments de convivialité en fonction des personnes présentes</p>	<p>Staff toutes les semaines: IDE, médecin ou cadre amène gateaux, bonbons : tps de transmission et aussi de partage Surtout le soir (livraison de pizzas), + difficile le matin pas de tps</p>	<p>Font des commandes de repas et mangent ensemble Cadre a imposé d'aller prendre un café pour faire des pauses Peut être à l'extérieur mais ne sait pas</p>	<p>pots de départ, pots d'arrivée, galette des rois pour la nouvelle année, réunions régulières</p>
--	--	---	---	--	---	---	--	---

<p>question 12: L'équipe bénéficie-t-elle de temps de retours de retours d'expérience ? (APP, analyse d'évènement indésirable, groupes de parole) bénéfiques ? / Nécessité? <i>Objectif : mesurer l'existence d'une organisation apprenante</i></p>	<p><i>interaction, socialisation des solutions, prise de recul, intelligence collective, référentiel commun</i></p>	<p>CREX 1 fois/mois avec hiérarchie. Peut être pas suffisant. Projet mettre en place des réunions de service pour passer des infos car besoin d'échanges. Tout à fait nécessaire: temps de réflexion pour augmenter les Cp c'est important</p>	<p>oui depuis 2016, mais pas suffisamment 1 RMM fait, très demandé par équipe Moins officiel quand il y a un évènement grave: retour d'expérience pour analyser l'erreur et recommandation s par écrit Echanges et discussions autour des pratiques. Objectif du cadre: les convaincre et leur expliquer pourquoi il faut changer. C'est de la pédagogie. Bénéfices observés, provoque la discussion</p>	<p>Staff thérapeutique toutes les semaines avec équipe pluripro: l'équipe s'exprime autour des difficultés de PEC (oppositions aux soins, altercations, troubles cognitifs), travail sur le ressenti, le personnel renvoit ses émotions Nécessaire de mettre en place des groupes de travail sur les pratiques</p>	<p>Non, rien de tout ça. Pb d'organisation Pas de staff, pas de partage de Cp. Pas de réunions pluridisciplinaire, pas de discussions les uns avec les autres Prise en charge bancale Bénéfices que cela pourrait apporter: que tout le monde entende la même chose, que les patients aient la même info. Ce n'est pas le cas: tout le monde ne va pas dans le même sens Pour IDE et AS: groupe d'APP</p>	<p>1 fois: groupe de parole avec la psy suite à un DC patient accidentel Culture de déclarer le EI: CREX avec toutes les personnes présente le jour de l'EI. Bénéfices constatés: permettre de s'arrêter et de réfléchir et de retravailler les pratiques, permet une prise de recul, limite les risques Mais pas de construction de solutions en groupe: elles disent ce qu'il ne va pas et l'encadrement apporte la</p>	<p>Transmissions pluripro tous les matins: médecins et paraméd. Avant que les IDE venaient, la cadre a imposé la présence des AS. Maintenant les IDE ne viennent pas sans les AS CREX obligatoires. Bénéfices: oui : équipe force de propositions, actions mises en place (ex: formation), communication des actions décidées et réunion chaque mois. Audits faits / cadre et communication des résultats chaque mois. Bcp de communication Staff social:</p>	<p>A la demande de l'équipe: mise à disposition d'une salle pour échanger, régler des dysfonctionnements, sans l'encadrement. Avant doivent dire au cadre le thème et faire un compte-rendu Retour des résultats d'audits en réunion ou alors de manière informelle Temps de parole après situation d'urgence CREX si EI Réunions de synthèse pluridisciplinaires chaque semaine : permet l'échange Bénéfices: participe à la cohésion d'équipe, prépare aux situations qu'ils pourraient</p>
---	---	--	--	--	---	---	---	---

					permettrait 1 amélioration et uniformisatio n des pratiques, travailler ensemble donc créer une cohésion	solution Sinon réunions d'équipe tous les 15 jours: discussion sur les PEC difficiles	cadre a imposé que IDE et AS y participent, elles y ont trouvé 1 intérêt, impliquées donc ont trouvé une organisation qui convient pour y participer	rencontrer, dédramatise, lève l'angoisse
question 13: Qu'évoque pour vous, d'après votre expérience, la notion de compétence collective ? l'équipe soignante doit-elle posséder des attributs particuliers pour qu'il y ait création d'une compétence	<i>complémentarité , synergie, objectif commun, liens, interactions, coopération, mémoire collective</i>	C'est une force, une plus-value, une organisation. L'équipe doit être motivée, à l'écoute, il faut qu'elle soit intégrée à un projet. Les projets aboutissent mieux quand ils sont décidés en commun que juste par la cadre.	Notion floue. Pour obtenir une synergie: tenir compte des Cp mais aussi des caractères. Efficacité et autonomie varie en fonction de la composition des binomes ou des trinomes; Constituer les équipes pour qu'il y ait transfert des Cp et des	Pour qu'il y ait coopération: il faut que chacun sache ce que l'autre est capable de faire pour se compléter dans l'activité Chacun amène 1 Cp, et c'est toutes les Cp mises bout à bout qui fait la Cp collective Au recrutement: faire attention à ne pas prendre	Pensée collective C'est une richesse car prise en compte des Cp de chacun Fixation d'objectifs + ambitieux que si l'on est seul Travailler ensemble = dynamique, motivation, amélioration, recherche,	La Cp collective c'est l'échange, la communication, le travail en commun Il n'y a que la communication qui permet de mettre à plat ce qui va ou non, améliorer ensemble Éléments	"Aucune idée" Il faut que l'équipe soit dans la communication et dans l'écoute. Pour partager il faut communiquer, ne pas être dans le jugement	Les Cp sont surtout individuelles Il n'y a pas d'attributs particuliers Niveau collectif : faire partager les expériences Les soignants doivent être ouverts, avoir des expériences différentes

<p>collective ? <i>Objectif : identifier quelle définition et quelle vision a le cadre de la compétence collective</i></p>		<p>Il faut se donner les moyens que l'équipe communique</p>	<p>connaissances: repérer ceux qui peuvent faire monter en Cp l'ensemble de l'équipe</p>	<p>des gens trop différents: qq'un qui complète mais qui ait une base de Cp similaires pour même langage; C'est ce qui crée la dynamique d'équipe et la coopération, + la créativité Les Cp particulières il faut qu'elles soient réparties sur tout le monde. Chacun apporte sa particularité=stabilité et homogénéité. Ex 1 seule IDE de coopération : a pris le pouvoir</p>	<p>extension du champ de travail La Cp collective vient de la Cp médicale et de l'encadrement; c'est un projet de pôle ; mutualisation des Cp doit se faire au niveau du GH C'est d'abord au sein du pôle et après dans les services qu'on doit l'instituer</p>	<p>moteurs à mettre en avant pour dynamiser le groupe Prendre en compte le fait que tous n'ont pas le même niveau d'études ou d'éducation</p>		
--	--	---	--	--	---	---	--	--

<p>question 14: quelle organisation de travail est instaurée dans le service ? Par exemple existe-t-il un travail en binôme, une répartition des tâches ? Cette organisation favorise-t-elle la coopération ? Règles de fonctionnement définies ?</p> <p><i>Objectif : évaluer la capacité de l'équipe à s'autoréguler, à articuler les compétences pour atteindre les objectifs</i></p>	<p><i>répartition équitable de la charge de travail, relations d'aide, démarches interdisciplinaires, autonomie, décisions concertées, ajustements, rôles responsabilités, implication</i></p>	<p>Elles n'ont jamais travaillé en binôme, ne perçoivent pas l'intérêt pour elles ou pour les patients. Beaucoup d'habitudes ancrées qui vont être dures à faire évoluer. Répartition des tâches AS/IDE. Beaucoup de turn-over patients donc binômes difficiles à mettre en place, mais temps de travail communs feraient gagner du temps. Cette organisation ne favorise pas la coopération. l'équipe est en demande de changement, les AS et IDE</p>	<p>Pas de travail en binôme IDE/AS, plutôt collaboration rapprochée. "ce serait néfaste et pourrait relancer les tensions" Le binôme est entre AS et pas intelligent car "travail à la chaîne" Transmissions: IDE d'un côté, AS de l'autre Il faut une vraie volonté de l'équipe et que cela apporte 1 + Cette organisation doit favoriser la coopération. Plutôt coopération entre les secteurs que à l'intérieur des secteurs Pas de règle de fonctionnement définie et ça</p>	<p>Répartition des tâches: IDE dédiée à la traçabilité de l'activité, 1 planning des DG, 1 fait la répartition des boxes aux médecins. AS: 1 commandes de lingerie, 1 commande des repas Chacun a sa petite mission organisée déjà instaurée car pas de cadre dans le service pdt 1 moment Favorise la coopération ++: on attribue 1 mission à chacun, chacun est valorisé. Missions déléguée car proches du terrain; "rien de tel que celui qui fait qui peut évaluer la</p>	<p>Pas de travail en collaboration IDE / AS Même pour toilettes des patients en fin de vie: AS le font seules l'aide des IDE ne fait même pas partie de leurs attentes. Organisation "qui a toujours été comme ça" Ne favorise pas du tout la coopération, chacun travaille de son côté. Règles au niveau des transmissions: ce qu'il faut dire absolument Besoin d'instaurer des règles sur la PEC des</p>	<p>Pas de travail en binôme, sauf quand 2 IDE le matin, travaille + avec AS mais rare (AS: "les IDE ne font rien") L'équipe se répartie les patients en fonction de la charge de travail, y arrive bien L'organisation doit d'abord favoriser l'ambiance. S'il y a une bonne ambiance, alors il y a coopération Règles de fonctionnement: bcp de travail sur la bientraitance ; apprendre à passer la main,</p>	<p>Travail en binôme imposé par la cadre. Pas de répartition des tâches, fait trop de scissions dans une équipe. Tout le monde est concerné ou pas du tout Règles de fonctionnement: la 1è est la communication. les conflits sont dus à une mauvaise communication. Pas de tel portable, à l'écoute du patient, beaucoup de respect, continuité des soins (ex: toilettes pas forcément le matin)</p>	<p>binôme IDE/AS favorisé mais + compliqué le matin Organisation en place depuis longtemps, qui favorise la coopération, la solidarité, la cohésion et le partage des connaissances Pas de règles formalisées mais implicites : ponctualité, prévenir en cas d'absence ou de retard</p>
--	--	--	--	---	---	--	---	---

		déjeunent séparément. Elles s'entendent bien mais il y a un clivage; L'impression qu'elles sont un peu rétissantes, peur. Règles de fonctionnement implicites	manque: règles de communication, de planning, de transmissions.	situation". C'est un challenge. Cadre donne les moyens d'organiser Pas de règles formalisées mais implicites: on parle correctement, on règle pas ses comptes devant le patient, on reste poli	familles	reconnaitre ses limites		
--	--	--	---	--	----------	-------------------------	--	--

<p>question 15: Y a-t-il des personnes dans votre équipes qui ont des responsabilités et / ou compétences particulières ? Comment ces responsabilités ont-elles été attribuées ?</p> <p><i>Objectifs : 1. évaluer l'autonomie et la responsabilité des membres de l'équipe. 2. avoir des données sur la diversité des compétences (hétérogénéité) des membres de l'équipe</i></p>	<p><i>division efficace des rôles, complémentarité, dynamisme d'équipe, équilibre, initiatives, responsabilités, légitimité</i></p>	<p>Il y a des référents (mais beaucoup sont partis) : reste hygiène, douleur. S'interroge sur les référents car quand ils ne sont plus là... Certaines polyvalences nécessaires. Ex: ne doit pas y avoir de référent pour le chariot d'urgence.</p>	<p>Oui: utilisation du méopa, Cp organisationnelle s pharmacie gestion du stock, gestion de a douleur Référents avec fiche mission. Repérage de Cp, personnes motivées: les 2 leviers fait l'objet d'un affichage, connu de tous</p>	<p>1 IDE gestion du planning, la cadre valide. Accepté par les autres car décisions de l'IDE toujours validée et reconnue par la cadre</p>	<p>IDE spécialisée hémato, d'autres PEC douleur Expérience ou formations, portées volontaire lors des entretiens Oui connues et respectées par le reste de l'équipe</p>	<p>Référents plaie et cicatrisation ; suivi des contentions ; encadrement des étudiants ; douleur Pour encadrement des ESI: polyvalence car c'est le rôle de tous Responsabilités connues et acceptées par tous</p>	<p>Non, pas de référent, pas de tuteur. La cadre est contre Ex: pas de tuteur pour les ESI, tout le monde doit les encadrer. Tout le monde a les mêmes Cp = polyvalence Pas de responsabilité particulière</p>	<p>oui. Ex : IDE éducation thérapeutique qui a 1 DU ; missions et responsabilités en fonction des formations ex hygiène. La cadre repère des potentiels, des motivations ou en fonction d'un projet pro, d'une personnalité, la cadre les nomme référents ou leur propose des missions Responsabilités connues des autres</p>
---	---	---	--	--	---	---	--	---

<p>question 16: Ces personnes sont-elles davantage impliquées et motivées que celles qui n'ont pas de responsabilités particulières ?</p> <p><i>Objectif : évaluer l'impact de l'autonomisation des personnes sur leur motivation</i></p>	<p><i>reconnaissance, rétribution psychologique, engagement, valorisation</i></p>	<p>Oui. Elles sont demandeuses aussi; mais il faut les accompagner pour être reconnues hors pôle. Plus motivées car ont été reconnues. Motivée quand valorisées par l'encadrement.</p>	<p>Oui: se sentent valorisés et motivés Reconnaissance de l'encadrement, de l'équipe et des patients. Reconnaissance essentielle</p>	<p>Oui, motivé avec envie d'améliorer. Raison de cette motivation: la reconnaissance de leur Cp, de leur expertise, de leurs capacités. La valorisation des capacités. C'est une marque de confiance, reconnaissance de l'équipe et du cadre</p>	<p>Non pas du tout, c'est le pb Elles n'ont pas eu de reconnaissance par diplôme Reconnues par pairs et cadre mais on ne leur a pas donné les moyens de partager (staff par ex) donc elles sont frustrées. On ne leur a pas donné une place au sein de l'équipe</p>	<p>Oui Raison: reconnaissance pro., permet de mobiliser les connaissances aussi auprès de leur collègues. Ouvrent pour la qualité de la PEC Reconnaissance des pairs, des ESI et de l'encadrement Retours faits par cadre (ex après audit): motivant et gratifiant</p>	<p>Non. Si elles travaillent dans ce service c'est forcément qu'elles sont motivées. La motivation naît de l'explication par le cadre de l'intérêt des missions confiées: l'intérêt du patient et des familles Cadre = moteur qui les pousse sinon ça ne fonctionne pas L'implication dans les projets les motive</p>	<p>Oui. Déjà personnes choisies parcequ'elles sont motivées. Ensuite ça renforce cette motivation Parfois responsabilité confiée car baisse de motivation constatée. Confier 1 responsabilité = se sent valorisé, donc augmente la motivation, reconnaissance des pairs</p>
---	---	--	--	--	---	--	---	---

<p>question 17: Pouvez-vous me relater un évènement au cours duquel vous avez senti l'équipe extrêmement motivée pour une tâche ? Quest-ce qui a été vecteur de cette motivation? Quels bénéfices pour l'équipe? Quel a été votre rôle?</p> <p><i>Objectif : avoir des données sur les leviers motivationnels</i></p>	<p><i>implication, réussite, atteinte de l'objectif, cohésion, leader, valorisation</i></p>	<p>La mise en place du raisonnement clinique partagé: équipe motivée qui participe bien. Vecteur de cette motivation: le projet: pluridisciplinaire donc intéressant, crée des échanges, travail en commun, barrières hiérarchiques ne sont plus là. Bonne dynamique car curiosité. Rôle du cadre: co-chef de projet</p>	<p>Sécuriser la PEC des patients en urgence AVC avec une identité: enregistrer le patient avant qu'il n'arrive. IDE + AS très très motivés par le projet : travail avec les admissions, l'imagerie et un PH responsable, vraie valorisation de l'équipe Rôle du cadre: chef d'orchestre. aspect réglementaire et methodo. Interface, arbitre</p>		<p>Il n'y en a pas</p>	<p>La fête de fin d'année pour les patients. Surcharge de travail énorme mais motivation ++ Vecteur de cette motivation: les patients et leur famille Toujours partantes quand quelque chose de difficile à faire (challenge) car satisfaites, gratifiées quand elles y arrivent Motivées aussi quand le cadre participe</p>	<p>Ne voit pas. Elles sont motivées quand elles comprennent le sens de leurs actions. Motivée par le travail, bénéfique aux patients Rôle du cadre: ne pas s'immiscer dans l'équipe, dans les moments qu'elles partagent pour qu'elles construisent leur identité d'équipe. Cadre: rôle de soutien, moteur</p>	<p>réorganisation du temps de repas pour les patients : en chambre ou en salle à manger. L'équipe a été sollicitée, y a trouvé un intérêt, tout le monde a participé, donné son avis, s'est impliqué. Motivation car c'est leur quotidien, leur organisation, ils ont été impliqués et on leur a demandé leur avis. Rôle du cadre : coordonner (avec kiné et médecins aussi), recenser les avis, faire ressortir les éléments positifs ou négatifs, faire le lien avec la réglementation, faire l'arbitrage</p>
---	---	--	--	--	------------------------	--	--	---

<p>question 18: Pouvez-vous me parler d'un projet mis en place dans le service auquel l'équipe a participé ? Quelles ont été les missions des acteurs ? La mise en œuvre de ce projet a-t-elle renforcé la coopération ? Quel a été votre rôle ? <i>Objectif : évaluer l'existence d'une organisation par projet, le pouvoir de l'équipe dans l'organisation en termes d'initiative et de responsabilité</i></p>	<p><i>délégation, responsabilisation, partage des décisions, choix des actions, fédérer autour de l'objectif, accompagner l'équipe, coordination, communication des résultats</i></p>	<p>Idem raisonnement clinique. Equipe motivée car le projet leur a été présenté. Pense que cela va favoriser la coopération.</p>	<p>Idem tout le monde a participé. Missions diverses d'1 personne à l'autre. Travail en petits groupes puis transmissions au reste de l'équipe. Renforcement de la coopération: leur a permis de communiquer, de réfléchir ensemble et de mieux se connaître.</p>	<p>travailler sur le dossier patient en SSR thérapeutique ? "elles sont contentes de montrer qu'elles sont capables de construire ensemble"</p>	<p>Début de projet: staff avec toute l'équipe, mais c'était une présentation de patients, alors que l'équipe attendait des échanges sur la PEC des patients. Donc ça s'est arrêté, l'équipe a laissé tombé</p>	<p>Projet de réaménagement de la salle de bain: constitution d'un dossier par l'association plus de vie les pièces jaunes. + de la moitié du personnel a participé: IDE, AS, cadre et l'équipe du forum des associations Fait tous ensemble, décisions prises en commun Oui renforcement de la coopération: elles étaient dans l'échange et oeuvraient pour un même</p>	<p>Projet en cours: peu de connaissance en ttt chimio, donc travail pour faire une affiche protocoles chimio, à l'initiative des IDE. Ont fait des recherches, construit un tableau, transféré au chef de service, rectifié et validé En HDJ: mise en place d'un atelier d'art floral aussi à l'initiative d'1 IDE, prévu pour septembre Rôle du cadre: support, aide à structurer, fais les liens, aide methodo Pense que ça a renforcé la coopération, mais c'est un</p>	<p>La création de l'HDS il y a 3 ans Tout le monde a participé à l'écriture du projet, à l'organisation, toutes catégories confondues A favorisé la coopération, et bcp moins de résistance au changement Rôle de l'encadrement: organisationnel, methodo, chef d'orchestre plan logistique, conformité des pratiques,...</p>
---	---	--	--	---	---	--	--	--

					<p>objectif: améliorer le quotidien des patients. Il y avait cohésion. Rôle du cadre: méthodo, mise en forme et mise en page, relecture, faisabilité du projet</p>	<p>ressenti, une impression</p>	
--	--	--	--	--	--	-------------------------------------	--

Diplôme de Cadre de Santé

DCS@16-17

MEMOIRE

1+1=3

La synergie des compétences individuelles

MAGALIE RALLIER

MOTS CLÉS

Compétences, valorisation, coopération, dynamique de groupe

KEY WORDS

Competences, valorization, cooperation, group dynamics

RÉSUMÉ

La compétence collective, ses composantes et sa construction font l'objet de ce travail de recherche. Celui-ci nous invite à explorer les domaines des compétences individuelles, du travail d'équipe et de la dynamique de groupe. En quoi la détection et la valorisation des compétences individuelles ajoutées à l'impulsion d'une synergie d'équipe permet au cadre de santé de construire la compétence collective d'une équipe soignante ? La recherche a été menée auprès de sept cadres de santé de proximité, dans des services de soins d'hôpitaux publics. Les entretiens effectués, la confrontation des résultats obtenus avec un cadre conceptuel, a permis une analyse et un cheminement réflexif. Les conclusions nous amènent à une réflexion sur la place et le rôle du cadre de santé dans les moyens à mettre en place pour permettre le développement des compétences collectives de son équipe. La reconnaissance, l'organisation de travail, la prise en compte des relations humaines semblent être au cœur de l'émergence d'une performance ne pouvant être obtenue par la simple juxtaposition de compétences individuelles.

ABSTRACT

The collective competence, components and construction are the purpose of this research paper. This one invites us to explore the domains of individual skills, teamwork and group dynamics. What the detection and the valuation of individual skills added to the impulse of a team synergy allows healthcare executive to build the collective competence of a medical team? The research has been conducted with seven primary healthcare executives, in public hospitals healthcare services. The interviews conducted, the comparison of the results achieved with a conceptual framework, allowed for an analysis and a reflective reasoning. The conclusions bring us to a reflection on the healthcare executive place and role in the ways to set up to allow collective skills development of his team. The recognition, the working organization, the consideration of the human relations seems to be at the core of the performance emergence that could not be obtained by the simple juxtaposition of individual skills.