

# Diplôme de Cadre de Santé



**ESM**

**Formation & Recherche en Soins**

**Université Paris-Est Créteil Val de Marne**

**Le sens des compétences**

***Une direction pour accompagner***

Marie-Anne CROS

**DCS@22-23**

### **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.

*« Le véritable voyage de découverte  
ne consiste pas à chercher de nouveaux  
paysages, mais à avoir de nouveaux yeux. »*

Marcel Proust

## REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier toutes les personnes qui m'ont apporté soutien, écoute, encouragement et bienveillance tout au long de ce travail.

Un grand merci à Véronique Guibert, directrice de mémoire, mais également oreille attentive, pour ses conseils, ses encouragements et sa disponibilité durant cette initiation à la recherche.

Mes remerciements également à l'équipe pédagogique de l'ESM, Patrick Farnault, Miriam Boulanouar et Rachel Djie Bi Irie pour leur accompagnement pendant ces mois de formation.

Merci à toutes les personnes interviewées pour le temps consacré à ma démarche de recherche.

Merci à mes soutiens de promotion Virginie, Justine et bien d'autres encore, nous avons pu partager nos états d'âme, notre stress, nos angoisses, mais également des moments de fou rire et de joie.

Merci à tous mes soutiens extérieurs et en particulier Véronique, Christelle, Tanguy et Fabrice mon guide, mon pilier, ma béquille.

Un énorme merci à celle qui, par son soutien, son amour et sa force de caractère, m'a fait devenir la femme que je suis. Elle sera toujours ma plus belle étoile.

Enfin, je n'aurais pas assez d'une vie pour remercier mon papa sans qui cette aventure n'aurait pas pu avoir lieu et mes deux amours Charly et Alyce d'avoir grandi en douceur avec un quotidien quelque peu perturbé par mes absences, vous êtes l'essence et le sens même de ma vie.

# SOMMAIRE

GLOSSAIRE .....	3
Introduction .....	4
1 Situation de départ.....	5
1.1 Mon expérience .....	5
1.1.1 Quelques défaillances dans l'accompagnement des résidents. ....	5
1.1.2 Une communication perfectible .....	6
1.1.3 Un langage professionnel non maîtrisé .....	7
1.2 De mes interrogations... ..	8
1.3 ... A ma question de départ. ....	10
2 Cadre conceptuel de référence .....	11
2.1 L'accompagnement.....	11
2.1.1 Une définition .....	11
2.1.2 L'histoire de l'accompagnement .....	11
2.1.3 L'accompagnement vu par Maela Paul.....	13
2.1.4 L'accompagnement dans un contexte professionnel .....	14
2.2 Les compétences.....	15
2.2.1 Définition générale .....	15
2.2.2 Le contexte d'émergence de la notion de compétences professionnelles .....	15
2.2.3 La compétence, une combinatoire. ....	16
2.2.4 Que faut-il pour agir en compétences ? .....	17
2.2.5 De la compétence à la transférabilité .....	19
2.2.6 L'identité professionnelle à travers les compétences .....	20
2.3 Le sens au travail .....	22
2.3.1 Définition .....	22
2.3.2 Les caractéristiques qui donnent du sens au travail .....	23
2.3.3 Perte de sens, non-sens et contre-sens.....	25
2.3.4 Le manager, guide du sensemaking .....	26
2.4 Le cadre de santé : un encadrant, un manager, un accompagnant. ....	28
2.4.1 Définition .....	28
2.4.2 La fonction cadre à travers l'histoire .....	28
2.4.3 Les compétences du CDS de proximité.....	29
2.4.4 Le cadre de santé, un manager .....	30

2.4.5	Le cadre de santé ou la posture professionnelle d'accompagnant.....	31
3	Mise en tension, problématisation.....	33
4	Méthodologie d'enquête .....	35
4.1	Le choix de l'outil .....	35
4.2	Le choix du panel interrogé .....	36
4.3	L'élaboration de notre guide d'entretien .....	36
4.4	Nos entretiens .....	37
4.5	La retranscription de nos entretiens .....	38
4.6	L'analyse des entretiens.....	39
5	Analyse des entretiens .....	41
5.1	Analyse descriptive des entretiens .....	41
5.1.1	L'entretien avec Christian .....	41
5.1.2	L'entretien avec Hercule .....	44
5.1.3	L'entretien avec Alyce .....	48
5.1.4	L'entretien avec Richard .....	51
5.1.5	L'entretien avec Lucie .....	54
5.1.6	L'entretien avec Yannick.....	57
5.2	Analyse à la croisée des chemins .....	60
5.2.1	Retour sur le concept des compétences .....	61
5.2.2	Retour sur le concept d'accompagnement.....	63
5.2.3	Retour sur le concept du sens.....	66
5.2.4	Et le management... ..	68
5.2.5	La motivation, l'émergence d'un nouveau concept.....	71
6	Discussion .....	76
6.1	Retour à notre question de recherche .....	76
6.2	Les limites et les axes d'amélioration .....	77
6.3	Perspectives d'avenir .....	78
	Conclusion .....	79
	BIBLIOGRAPHIE.....	80
	ANNEXES	

## GLOSSAIRE

---

### **A**

APEC · *Association Pour l'Emploi des Cadres*

---

### **C**

CDS · *Cadre de Santé*

CMP · *Centre Médico Psychologique*

CNRTL · *Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales*

---

### **D**

Dares · *Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques*

---

### **E**

EHPAD · *Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes*

EPSM · *Etablissement Public de Santé Mentale*

---

### **H**

HAS · *Haute Autorité de Santé*

HDJ · *Hôpital De Jour*

---

### **I**

IDEC · *Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice*

IFCS · *Institut de Formation des Cadres de Santé*

IRSST · *Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail*

---

### **S**

SF2H · *Société Française de l'Hygiène Hospitalière*

SHA · *Solution Hydro Alcoolique*

SMUR · *Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation*

## Introduction

Cette année de formation m'a permis de mener un travail d'initiation à la recherche qui a été le fil rouge de cette année. Les apports théoriques, les travaux de groupes, les échanges avec les formateurs et les étudiants m'ont accompagné durant ce travail et ont nourri ma réflexion tout au long de ce parcours.

Ma situation d'appel m'a amenée à me questionner sur le rôle du cadre de santé dans l'accompagnement des compétences et notamment dans la montée, le maintien et la transférabilité de celles-ci avec comme objectif de donner du sens au travail, mais aussi aux actions.

Dans une première partie, nous vous proposons d'expliquer le contexte de mon travail, en relatant une situation vécue dans mon exercice de faisant-fonction de cadre de santé qui m'a amenée à poser la question de départ suivante : En quoi le cadre de santé accompagne-t-il l'implémentation de la transférabilité des compétences acquises en cursus d'apprentissage afin de favoriser et maintenir la montée en compétences de son équipe et ainsi donner du sens aux tâches et aux actes entrepris ?

Dans un second temps, nous allons conceptualiser certains éléments afin de donner un éclairage basé sur la littérature nous permettant de progresser dans notre cheminement et notre raisonnement. Nous étudierons ainsi les concepts d'accompagnement, de compétences et de donner du sens. Nous mettrons enfin en parallèle le rôle du cadre de santé et ces concepts.

Une troisième partie nous amènera à mettre en tension tous ces éléments pour permettre l'émergence de notre question de recherche : En quoi l'accompagnement du cadre de santé, par sa reconnaissance, sa valorisation et son rôle de guide du sensemaking représente-t-il un levier d'évolution pour le maintien, la montée et la transférabilité de compétences au sein de l'équipe soignante ?

Par la suite, nous vous présenterons notre méthodologie de recherche et l'analyse des entretiens réalisés auprès de professionnels.

Enfin, avant de conclure, nous aurons une réflexion autour de ce travail de recherche avec l'émergence de perspectives professionnelles. Cette réflexion clôturera cette année de formation qui aura été très enrichissante tant au niveau des apports pédagogiques que des rencontres et des échanges toujours instructifs et passionnants.

# 1 Situation de départ

## 1.1 Mon expérience

Lors de ma prise de poste en tant qu'IDEC (Infirmière Diplômée d'Etat Coordinatrice) dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes) privé non-lucratif, j'avais déjà un peu plus de trois années d'expérience dans le domaine de l'encadrement d'équipes. J'ai été plus d'un an IDEC en Hospitalisation à Domicile puis deux ans Faisant Fonction de Cadre de Santé au sein d'un Centre Hospitalier de Proximité, en EHPAD puis en Service de Médecine.

### 1.1.1 Quelques défaillances dans l'accompagnement des résidents.

A ma prise de poste dans cet EHPAD, j'ai passé les premières semaines à observer l'organisation des soins, à évaluer les pratiques professionnelles et à faire connaissance avec les équipes de l'établissement. Je me suis alors rapidement rendue compte qu'il y avait quelques défaillances dans l'accompagnement des résidents.

J'ai ainsi constaté que des soignants négligeaient certaines étapes de la toilette pendant les soins de nursing. Certains soignants gardaient le même gant tout au long de la toilette. Or, lors de l'apprentissage des techniques de soins de nursing, il est bien spécifié d'utiliser un gant de toilette pour le haut du corps et un autre pour le bas. D'autres soignants ne portaient pas attention aux appareillages auditifs, visuels ou dentaires des résidents et négligeaient leur entretien ou omettaient de les remettre. Les besoins fondamentaux des résidents sont pourtant au centre de leur projet de vie du résident. Lors de cette phase exploratoire, je me suis également aperçue que certains soignants portaient des gants tout au long de leurs activités. Si l'on suit l'avis de la SF2H (Société Française de l'Hygiène Hospitalière) le port des gants à usage unique est réservé aux soins avec risque de contact avec du sang ou des liquides biologiques, au contact avec une muqueuse, au contact avec la peau lésée ou si le professionnel de santé présente des lésions cutanées aux mains. Enfin, la fréquence et le moment des frictions au SHA (Solution Hydro Alcoolique) ne suivaient pas les recommandations.

Les situations précédentes m'ont interpellée et je me suis interrogée sur les raisons de ces dérives : les soignants ont-ils les connaissances nécessaires pour une prise en soins de qualité ? Savent-ils mobiliser ces connaissances au bon moment ? L'organisation est-elle bien adaptée ? Les soignants sont-ils en nombre suffisant pour prodiguer des

soins de qualité avec des pratiques professionnelles conformes aux recommandations scientifiques et aux apprentissages théoriques ?

J'ai aussi constaté que certains résidents avaient été tout simplement « oubliés ». La toilette, le change et l'habillage n'avaient pas été faits le matin et ce n'est qu'au moment du repas que l'équipe présente s'est aperçue de cet oubli. Dans cette situation, les organisations sont encore une fois à questionner : les soignants sont-ils en nombre suffisant pour prendre soin de tous les résidents ? Les supports de travail permettent-ils aux soignants d'organiser les soins au quotidien ? On peut aussi s'interroger sur le niveau de communication et de cohésion de l'équipe qui dans un fonctionnement normal devrait être des pare-feux pour éviter ce genre de situation. Cet épisode peut-être le reflet d'un manque d'entraide et d'écoute au sein de l'équipe. L'organisation en place lors de mon arrivée laissait très peu de place à la cohésion et à la collaboration entre les soignants. En effet, chaque soignant avait sa « liste » de résidents attribués. Ils devaient toujours prendre soin des mêmes résidents. Le travail en binôme n'était pas mis en place. Cette organisation ne permettait pas aux soignants de travailler en réelle collaboration et favorisait les risques d'une prise en soins défaillante. Malgré ces risques, certains éléments ont pu, un temps, justifier ce choix d'organisation : l'équipe était-elle mature pour travailler en complète autonomie ? La cohésion d'équipe permettait-elle une organisation plus souple ? Enfin, j'ai noté que l'autonomie de la personne âgée n'était pas suffisamment prise en compte lors des prises en soins. Le personnel soignant ne faisait pas participer les résidents encore en capacité de le faire ou imposait des protections dites « complètes » à des résidents sans justification. Était-ce là encore par manque de connaissances, de temps ou par habitude ?

Cette phase d'observation m'a permis de mesurer des écarts entre les attendus d'une prise en soin optimale et le travail réel auprès des résidents.

### 1.1.2 Une communication perfectible

Parallèlement à cela, j'ai constaté, en observant les soignants évoluer auprès des résidents, que la communication était parfois inadaptée au regard des différentes pathologies. En effet, certains soignants avaient la même approche qu'il s'agisse d'un résident ayant des troubles cognitifs sévères ou d'un résident n'en ayant pas. Ce mode de communication entraînait régulièrement un agacement des soignants envers les résidents aux troubles cognitifs importants puisqu'ils ne trouvaient pas échos à leurs échanges, mais également une majoration des troubles cognitifs de certains résidents. Dans cette phase d'observation, j'ai parfois entendu les soignants tutoyer

certains résidents ou employer des diminutifs. Le tutoiement est la marque de familiarité la plus répandue. Dans un article de la revue *Gérontologie et Société*, Roland Covelet<sup>1</sup> stipule que même s'il est vrai que certains résidents sont en demande d'une « *certaine familiarité de la part des soignants* » il est important de ne pas dépasser les limites nécessaires pour que le résident distingue les relations privées et professionnelles. Même s'il n'existe aucun texte officiel abordant la question du vouvoiement dans le soin, ce principe est affirmé notamment dans le préambule de 1948 de la Déclaration Universelle des Droits de l'Homme avec la « *reconnaissance de la **dignité** inhérente à tous les membres de la famille humaine* » mais également dans l'article premier : « *Tous les êtres humains naissent libres et égaux en **dignité** et en droits* ». Cette notion est également reprise dans la loi du 4 mars 2002 : « *la personne malade a droit au respect de sa **dignité*** » mais également dans la circulaire du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée qui précise que « *la personne hospitalisée est traitée avec égards* ». En pratique, la mise en œuvre de ces différents droits se traduit, *a priori*, dans la relation soignant-soigné, par l'utilisation du vouvoiement.

J'ai observé, notamment durant l'aide au repas, l'utilisation abusive du téléphone portable au détriment de l'interaction et de la communication avec le résident.

Les soignants avaient-ils conscience de l'impact de leur comportement ou de leur mode de communication sur la relation soignant/soigné ? Le tutoiement était-il une habitude encrée dans l'histoire de la résidence ?

### 1.1.3 Un langage professionnel non maîtrisé

Enfin, j'ai été interpellée par le manque de vocabulaire professionnel et de connaissances de certains soignants lors des transmissions quotidiennes orales ou écrites. J'ai pu lire par exemple : « *Mr X avait fait de petites crottes* » ou que « *Mme Y avait un petit bobo sur le côté de la jambe droite* ». Le langage pendant les transmissions orales était le même. De plus, certaines consignes données par l'infirmière ne semblaient vraiment pas comprises et les soignants ne demandaient pas d'explications complémentaires. Ici, se pose encore la question du niveau de compétences et de connaissances des soignants.

---

<sup>1</sup> Roland Covelet : Psychologue, Hôpital La Grave, Toulouse

## 1.2 De mes interrogations...

Fort de ce constat, je me suis interrogée sur les causes à l'origine des difficultés rencontrées par les soignants pour réaliser des soins de qualité et aussi sur le manque de connaissances que j'avais perçu chez certains professionnels.

Tout d'abord, il existait quelques affichages sur les principes de base d'une prise en soins de qualité de la personne âgée. Un affichage d'informations générales était présent avec la charte de la personne âgée, les précautions standards, les comportements à adopter face aux résidents avec des troubles cognitifs. Je pense que cet affichage n'a pas ou plus trouvé échos auprès des professionnels de l'EHPAD. Était-ce lié à un manque d'intérêt, à un désinvestissement ou un épuisement suite à la crise COVID ? Le manager précédent était-il dans la transmission du savoir ? Les infirmières participaient-elles à la formation des soignants ?

Dans un deuxième temps, j'ai étudié le volet Ressources Humaines. Je me suis rendu compte que sur seize soignants employés au sein de la structure, il n'y avait que cinq professionnels diplômés (aide-soignant, auxiliaire médico-psychologique ou accompagnant éducatif et social). Venant du secteur sanitaire, j'ai découvert ce phénomène de faisant fonction d'aide-soignante. Je me suis vite rendue compte lors des demandes de recrutement qu'il ne s'agissait pas d'un choix de la direction de l'établissement, mais bien d'une nécessité faute de candidats diplômés. En effet, à chaque poste vacant, l'annonce parue était bien pour un poste d'aide-soignant diplômé. L'établissement en question est dans une zone rurale dépourvue de transport en commun. Cette situation géographique associée à la crise COVID et au désintérêt des soignants pour le secteur gériatrique sont peut-être les causes du manque de professionnels diplômés.

En interrogeant les équipes sur leurs parcours professionnels, j'ai constaté que la plupart des soignants non diplômés avaient débuté à leur poste sans avoir d'expérience de soins auprès des personnes âgées et que lors de leur arrivée dans la structure, ils n'ont pas ou très peu été accompagnés. De plus, avec la crise sanitaire liée au COVID-19, ils n'ont malheureusement eu que très peu de formations et d'informations. Autre constatation, l'équipe en place à mon arrivée était une équipe « récente ». Environ 70% de l'effectif avait moins d'un an d'ancienneté. Les fiches de poste des soignants diplômés ou non étaient bien distinctes en théorie puisqu'un cadre réglementaire norme les activités de chacun. Les soignants non diplômés ne peuvent apporter qu'une aide au lever, au coucher, à la toilette, aux déplacements et à la prise de repas tandis que les soignants diplômés assurent tous les gestes de la

vie quotidienne de manière individualisée. Ils peuvent également participer à la distribution des médicaments et mettre en application certains protocoles de soins. Force est de constater que même si les fiches de poste sont différentes, dans la réalité les professionnels diplômés ou non effectuaient tous les mêmes accompagnements. Il y a donc eu un glissement de tâches important qui dans la configuration du moment ne pouvait être évité car il n'y avait qu'un seul professionnel diplômé par équipe.

Par la suite, je me suis intéressée individuellement à chaque soignant. Certains diplômés prodiguaient des soins d'une très grande qualité, mais *a contrario* d'autres ne semblaient pas avoir les compétences suffisantes pour une qualité de soins optimum. J'ai fait le même constat pour les soignants non diplômés. J'ai constaté également lors des transmissions quotidiennes que certains soignants qui avaient des connaissances solides sur les pathologies du vieillissement, faisaient des liens facilement alors que d'autres qui n'avaient que très peu de connaissances, n'adoptaient pas un langage professionnel. La qualité de prise en soins des résidents ainsi que la connaissance et la posture professionnelle ne semblaient *a priori* pas liées uniquement au diplôme. S'est posée alors la question de savoir pourquoi certains soignants diplômés ayant suivi une formation spécifique ne la mettait pas ou plus en pratique ?

Suite à ce constat, je me suis interrogée sur le rôle du cadre de santé (CDS) dans l'amélioration de la prise en soins des résidents face à un manque de connaissances et de compétences des soignants diplômés ou non diplômés. Quels sont les leviers à disposition du CDS pour maintenir et améliorer le niveau de compétences des équipes soignantes ? La seule montée en compétences améliore-t-elle la prise en soins des résidents ? Les soignants souhaitent-ils monter en compétences ? Comment le CDS peut-il insuffler le désir de progresser et lutter contre d'éventuelles réticences à s'investir davantage pour améliorer la qualité des soins ? J'ai observé que certains soignants diplômés avaient un manque de compétences malgré leur parcours de formation et que d'autres, malgré le manque de formation professionnelle, avaient acquis au cours de leur expérience des compétences solides permettant une prise en soins de qualité. La formation suffit-elle à créer ou à améliorer les compétences ?

### 1.3 [... A ma question de départ.](#)

Toutes ces interrogations m'amènent à me demander :

**En quoi le cadre de santé accompagne-t-il l'implémentation de la transférabilité des compétences acquises en cursus d'apprentissage afin de favoriser et maintenir la montée en compétences de son équipe et ainsi donner du sens aux tâches et aux actes entrepris ?**

Suite à la description de cette situation et en vue d'éclairer et d'affiner ce questionnement de départ, nous commencerons par dégager plusieurs concepts.

## 2 Cadre conceptuel de référence

Notre situation de départ questionne l'accompagnement du cadre de santé des équipes de soins afin de favoriser la transférabilité des compétences acquises en cursus de formation, de les maintenir et de les compléter afin de donner du sens à leur travail. Dans un premier temps, nous allons étudier les concepts d'accompagnement, de compétences, de sens et enfin de cadre de santé.

### 2.1 L'accompagnement

#### 2.1.1 Une définition

L'accompagnement se définit comme l'action d'accompagner (Le Robert - Dico en ligne, s.d.), « de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui et à son rythme » (Paul & Favre, La démarche d'accompagnement, Repères méthodologiques et ressources théoriques, 2017).

Si cette notion d'accompagnement peut paraître simple de prime abord, elle se révèle bien plus complexe dans la pratique. Maela Paul<sup>2</sup> évoque l'accompagnement comme une « *notion floue* » qui est source de questionnement et oblige à se remettre en question.

#### 2.1.2 L'histoire de l'accompagnement

Selon Marie-Françoise Bonicel<sup>3</sup>, la notion d'accompagnement en termes d'aide est ancrée depuis le 19<sup>ème</sup> siècle dans trois secteurs bien particuliers que sont celui de la santé-social, de la spiritualité et enfin de l'apprentissage. Tout d'abord dans le domaine de la santé-social, la notion d'accompagnement émerge de la volonté de soutenir et d'assister puis au fil des années la notion d'aide prend le dessus. Concernant la spiritualité, cette notion se définit comme un éclairage du chemin à suivre puis au fil du temps se dessine l'émergence du guide spirituel. Enfin pour le secteur qui nous intéresse pour ce travail, celui de l'apprentissage, on passe progressivement d'un modèle de maître avec un apprentissage uniquement descendant à une participation active des apprenants. C'est alors qu'on voit émerger des pratiques pédagogiques nouvelles telles que la pédagogie Freinet<sup>4</sup>,

---

<sup>2</sup> Maela Paul : Docteure française en sciences de l'éducation, intervenante pour la formation des professionnels de l'accompagnement.

<sup>3</sup> Marie-Françoise Bonicel : Psychologue française, gestalt-thérapeute, consultante et formatrice dans diverses institutions de santé, de soins et d'éducation.

<sup>4</sup> Célestin Freinet : Pédagogue français, 1886 - 1966

Montessori<sup>5</sup> ou encore Janus Korczak<sup>6</sup>. La méthode Freinet et Montessori sont des méthodes pédagogiques alternatives mises au point au début du 20<sup>ème</sup> siècle, qui placent les élèves comme acteurs de leurs apprentissages. Ces méthodes rendent pleinement acteurs les enfants en les incitant à inventer, chercher et apprendre par eux-mêmes. Le programme pédagogique de Korczak quant à lui invite les professeurs à comprendre les enfants afin d'appréhender leur psychologie. Korczak stipule « *qu'il faut avant tout et surtout les respecter et les aimer, c'est-à-dire les traiter en fait comme des partenaires et des amis* ». Dans les années 1980, commence à apparaître réellement la notion d'accompagnement avec l'invitation de la personne en formation à devenir « auteur » de son existence.

La notion d'accompagnement monte en puissance dans les années 1990 autour de l'idée d'apporter de l'aide à, mais elle reste difficile à définir. Selon M. Paul l'accompagnement est un terme générique qui peut prendre plusieurs formes. Pour comprendre ce qu'est l'accompagnement, il faut pouvoir mettre en parallèle le mot « accompagnement » et sa pratique. Dans les années 2000, se développent pléthore de pratiques d'accompagnement. Le **coaching** connaît un réel essor au sein des entreprises. Il peut se traduire comme « *l'accompagnement d'une personne à partir de ses besoins professionnels pour le développement de son potentiel et de ses savoir-faire* » (Queuniet, 2001). Apparaît également le **counselling** qui correspond à une relation d'aide et de soutien à une personne en situation difficile. La pratique de la **consultance** permet d'accompagner une personne dans l'aide à la prise de décisions et à la préparation face à une situation future. Concernant l'assise ou l'acquisition de compétences, le **tutorat** commence également à se développer au sein des entreprises. Il s'agit alors d'une relation entre deux individus que sont le tuteur, personne expérimentée et l'apprenant, personne novice en la matière : il permet à la fois d'acquérir un savoir-faire, mais également de maîtriser le travail à effectuer. Dans ce processus d'accompagnement, le tuteur apporte une aide psychologique et un soutien, d'encouragement, de conseil, mais également une aide pédagogique en montrant, formant, évaluant le tutoré. Le **compagnonnage**, quant à lui, amène l'accompagnement vers l'idée de transmission de savoirs pour tendre vers le meilleur. Les compagnons s'engagent mutuellement à transmettre leurs savoirs et à se perfectionner sans cesse. Bien d'autres pratiques d'accompagnement existent.

---

<sup>5</sup> Maria Montessori : Médecin et pédagogue italienne, 1870 - 1952

<sup>6</sup> Janus Korczak : Médecin-pédiatre, éducateur, pédagogue et écrivain polonais, 1878 - 1942

Maëla Paul conçoit tous ces types d'accompagnement comme une « *nébuleuse* » (Paul M. , L'accompagnement : une nébuleuse, 2002).

### 2.1.3 L'accompagnement vu par Maëla Paul.

Guider, conseiller, éclairer, orienter, veiller, éveiller, conduire, gouverner, commander, escorter, protéger, faciliter, aider, soutenir, encourager, guider, tutorer, former, cheminer avec... Voici un florilège de termes en lien avec le concept d'accompagnement qui a amené Maëla Paul à évoquer toutes ces formes d'accompagnement sous le terme de « *nébuleuse* » (Paul M. , L'accompagnement : une nébuleuse, 2002). Or, il est possible de conseiller, aider, former sans pour autant accompagner.

Toutes les pratiques d'accompagnement citées ci-dessus ont en commun la relation forte entre deux personnes. Il s'agit d'être-avec et d'être-ensemble. Si nous devons choisir la définition qui correspond au mieux à mon approche de l'accompagnement, ce serait celle de Maëla Paul : « *de se joindre à quelqu'un pour aller où il va en même temps que lui et à son rythme* ». Il y a une notion de relation, de temporalité et d'action. Deux principes sont importants dans la définition de Maëla Paul : la mise en relation (avec) qui conditionne la mise en chemin (vers). En effet, il s'agit alors pour l'accompagnant et la personne accompagnée de tisser un lien fort qui réunit les deux protagonistes pour créer un binôme. Chacun doit alors s'impliquer fortement dans la relation. Partage, écoute, dialogue et collaboration sont les maîtres-mots d'une relation d'accompagnement réussie. Dans cette relation, il s'avère nécessaire que l'accompagnant soit un pilier pour la personne qu'il accompagne. Celui-ci doit alors pouvoir s'appuyer sur l'accompagnant en se sentant valorisé aux différentes étapes de son développement. Dans cette relation, la **communication** est un élément essentiel, il ne faut pas alors qu'elle soit uniquement descendante ou informative, mais bien qu'elle soit collaborative et qu'elle vise à l'autonomisation. Le dialogue doit primer. L'**implication relationnelle** qui doit être mutuelle et entière. Il s'agit d'un travail en **collaboration** entre l'accompagnant et la personne accompagnée. Il suppose un investissement commun qui sera la clé du cheminement. Le **partage** est également un fondement de la relation d'accompagnement. L'expérience de chacun nourrira l'autre.

La relation au sein de ce binôme permet d'avancer ensemble. La mise en relation conditionne donc la mise en chemin. Dans l'accompagnement, l'objectif principal visé n'est pas le but final comme nous pourrions le supposer, mais le chemin emprunté. Ce chemin permet l'enrichissement personnel par l'expérience. Il n'est pas prédéfini

d'avance, il se construit ensemble au fur et à mesure des expériences de chacun : celle que l'accompagnant a acquis précédemment et celles que la personne accompagnée se construit au cours de ce processus. L'accompagnant « se joint à l'autre » sur le chemin sans prédéfinir le trajet. En effet, il doit pouvoir laisser évoluer la personne qu'il accompagne en la soutenant et la valorisant, lui laissant construire son propre chemin. Ensemble, avec l'expérience de chacun, la personne accompagnée fera ses propres choix pour cheminer avec l'aide de son accompagnant.

Selon M. Paul, l'accompagnement nécessite d'avoir la capacité « à se tenir dans la proximité et la présence de l'un et de l'autre » (Paul M. , 2015) avec une totale confiance réciproque. Tout ceci n'est possible que si la relation accompagnant/accompagné se fait dans un espace de dialogue, de liberté d'expression où les liens se tissent.

Si la définition d'accompagner c'est « être avec et aller vers » dans un esprit de partage, la vision ontologique signifie être en relation en étant disponible, présent, ouvert et attentif en pouvant mobiliser chez l'autre disponibilité, présence, ouverture et attention. Cela implique de pouvoir prendre en compte les émotions de l'autre.

#### 2.1.4 L'accompagnement dans un contexte professionnel

L'accompagnement professionnel est une forme d'accompagnement centré sur un champ professionnel et tendu vers « l'entreprise ». E. Charlier<sup>7</sup> affirme que « *la relation d'accompagnement professionnel repose sur un postulat : la confiance dans les compétences de l'Autre et la reconnaissance de son autonomie* » (Charlier, 2022). Il s'agirait dans l'accompagnement professionnel de faire une sorte de pari sur les capacités de l'autre à se développer.

L'accompagnement professionnel est un processus en perpétuel ajustement qui demande de la souplesse de part et d'autre, mais également de la réciprocité dans le sens où il est nécessaire d'avoir la participation des deux parties tout au long du processus. Cela suppose également le développement d'un langage commun pour une meilleure compréhension de la réalité, du partage du vécu et à terme cela permet une co-construction des savoirs.

Pourtant, l'accompagnement professionnel pourra parfois paraître paradoxal puisque l'accompagnant pourra à la fois encourager à avancer et déstabiliser la

---

<sup>7</sup> Evelyne Charlier : Professeur à l'Université de Namur, responsable du pôle de formation continue, directrice du Département Éducation et Technologie.

personne qu'il accompagne ou encore la pousser à l'autonomie alors que celle-ci n'est pas prête. Dans l'accompagnement professionnel, chacun doit pouvoir adopter une attitude réflexive permettant d'analyser et d'évaluer les situations auxquelles ils font face dans le but d'améliorer les pratiques professionnelles.

Dans le domaine du management de nombreux types d'accompagnements sont possibles notamment l'accompagnement au changement, au projet, mais également l'accompagnement des compétences. Ce dernier étant notre thématique, nous allons donc nous intéresser au concept de compétences.

## 2.2 Les compétences

### 2.2.1 Définition générale

Le Petit Robert définit la compétence comme « *une connaissance approfondie, reconnue, qui confère le droit de juger ou de décider en certaines matières* » (Le Robert - Dico en ligne, s.d.). Le Larousse complète cette définition en qualifiant la compétence comme « *l'aptitude d'une autorité à effectuer certains actes* » (<https://www.larousse.fr>, s.d.). Le Centre National des Ressources Textuelles et Lexicales aborde la compétence professionnelle comme « *la capacité que possède une personne de porter un jugement de valeur dans un domaine dont elle a une connaissance approfondie* » (<https://www.cnrtl.fr>, s.d.). Ces trois définitions sont généralistes et commencent à dessiner les contours de la notion de compétences. Elles démontrent que cette notion s'apparente à une capacité et à une aptitude découlant d'une connaissance pointue. Elles font entrevoir la notion d'expertise. Mais la compétence ne peut se résumer à cette seule capacité liée à une connaissance approfondie.

Les compétences ont de multiples domaines d'application. Dans ce chapitre, nous aborderons la notion de compétences professionnelles.

### 2.2.2 Le contexte d'émergence de la notion de compétences professionnelles

Avec le taylorisme, le maximum de rendement est visé pour une production en masse avec un gain de productivité. Il s'appuie alors sur quatre principes :

- La division horizontale du travail où le travail est découpé en tâches simples et répétitives – « the one best way » selon Frederick Winslow Taylor<sup>8</sup>

---

<sup>8</sup> Frederick Winslow Taylor : Ingénieur américain, promoteur le plus connu de l'organisation scientifique du travail, 1856-1915

- La division verticale du travail qui consiste à effectuer une séparation entre les concepteurs du travail et les exécutants
- Le salaire au rendement
- Le contrôle des tâches par des contremaîtres.

Avec un tel système d'organisation du travail, la notion de compétences n'apparaît pas.

Dans les années 80 et suite aux différentes crises du travail (notamment celle de 1968), les entreprises ont eu tendance à se « déTayloriser », se traduisant alors par des changements dans l'activité ouvrière. Grâce aux débats entre les partenaires sociaux, des questionnements ont surgi tels que le besoin de reconnaissance qui entraîne un besoin de prise en considération des compétences individuelles au nom de la performance de l'entreprise. A ce phénomène, s'est ajouté l'arrivée de l'informatique et de l'automatisation des chaînes de production ce qui ont modifié le rapport au travail. Ce n'est plus la tâche qui est au centre de l'organisation du travail, mais bien l'homme. C'est à ce moment donc que les réflexions sur l'analyse du travail ont émergé et avec elles l'apparition du terme de compétence qui a remplacé celui de qualification. Selon Terrano F.<sup>9</sup> et Avanzino N.<sup>10</sup> « *L'ouvrier devient opérateur, il construit sa compétence, et développe ses savoirs. Il est acteur de sa propre évolution, et n'est plus considéré uniquement pour une qualification précise qu'il peut faire valoir avec des tâches délimitées.* » (Avanzino & Terraneo, 2006).

Afin d'étayer le concept de compétence, nous allons nous appuyer sur Guy Le Boterf<sup>11</sup>, référence dans ce domaine.

### 2.2.3 La compétence, une combinatoire.

La compétence a longtemps été décrite comme la capacité à tenir un poste ou à avoir une connaissance précise, mais avec la modification des organisations du travail, la notion de compétence s'est complexifiée.

Selon Louis Hainaut<sup>12</sup>, la compétence se décrit comme « *un ensemble de savoirs, de savoir-faire et de savoir-être qui permet d'exercer convenablement un rôle, une fonction ou une activité* » (D'Hainaut, 1988). La compétence sous cet angle mobilise

---

<sup>9</sup> Fabienne Terrano : Infirmière, professeure HES à la Haute École de Santé de Genève (Suisse)

<sup>10</sup> Nadia Avanzino : Sage-femme, chargée d'enseignement HES à la Haute École de Santé de Genève (Suisse).

<sup>11</sup> Guy Le Boterf : Docteur d'Etat en Lettres et Sciences humaines et Docteur en Sociologie

<sup>12</sup> Louis Hainaut : Professeur à l'Université de l'état à Mons, Belgique

donc l'ensemble des connaissances acquises par l'apprentissage ou l'expérience, la pratique et les attitudes.

Pour G. Le Boterf, « *La compétence est trop souvent entendue comme « l'application » de savoirs théoriques ou pratiques, ou comme un ensemble d'aptitudes ou de traits de personnalité* » (Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, 2008). Réduire la notion de compétence à une simple addition de savoirs, savoir-faire et savoir-être conduirait à construire le référentiel de compétences en une liste de ces différents savoirs et de ce fait la compétence perdrait tout son sens. La définition de celle-ci serait donc bien plus subtile et plus rigoureuse que cette simple addition. Guy Le Boterf nous conduit à nous interroger non pas sur ce qu'est la compétence, mais plutôt que ce qu'est « *un professionnel compétent à qui l'on peut faire confiance ?* » (Boterf, Développer et mettre en oeuvre la compétence, 2018). Dans cet ouvrage, Guy Le Boterf répond à cette question en écrivant « *qu'un professionnel compétent et à qui l'on peut faire confiance, se reconnaît à ce qu'il sait agir de façon pertinente, compétente et responsable dans les diverses situations qu'il doit traiter ou gérer* ». La compétence se définit donc par deux points de vue différents mais totalement complémentaires : celui « **d'être compétent** » et celui « **d'avoir des compétences** ». Tout d'abord, « *être compétent* » c'est « *savoir agir et interagir avec pertinence, compétence et éthique dans une situation professionnelle* » (Boterf, Développer et mettre en oeuvre la compétence, 2018) . Il s'agit de **mobiliser** les ressources nécessaires, qu'elles soient personnelles ou externes pour agir professionnellement de manière pertinente dans toutes les situations rencontrées. Ensuite « avoir des compétences » c'est posséder les ressources nécessaires pour « être compétent ». Ces ressources regroupent le savoir (les connaissances), le savoir-faire (l'habilité) et le savoir-être (les soft skills). Les deux approches de la compétence sont indissociables : un professionnel ne peut pas « être compétent » sans « avoir les compétences » nécessaires à l'exercice de son métier et inversement « avoir des compétences » n'est pas suffisant pour « être compétent ». Il faut donc allier « être compétent » et « avoir des compétences ».

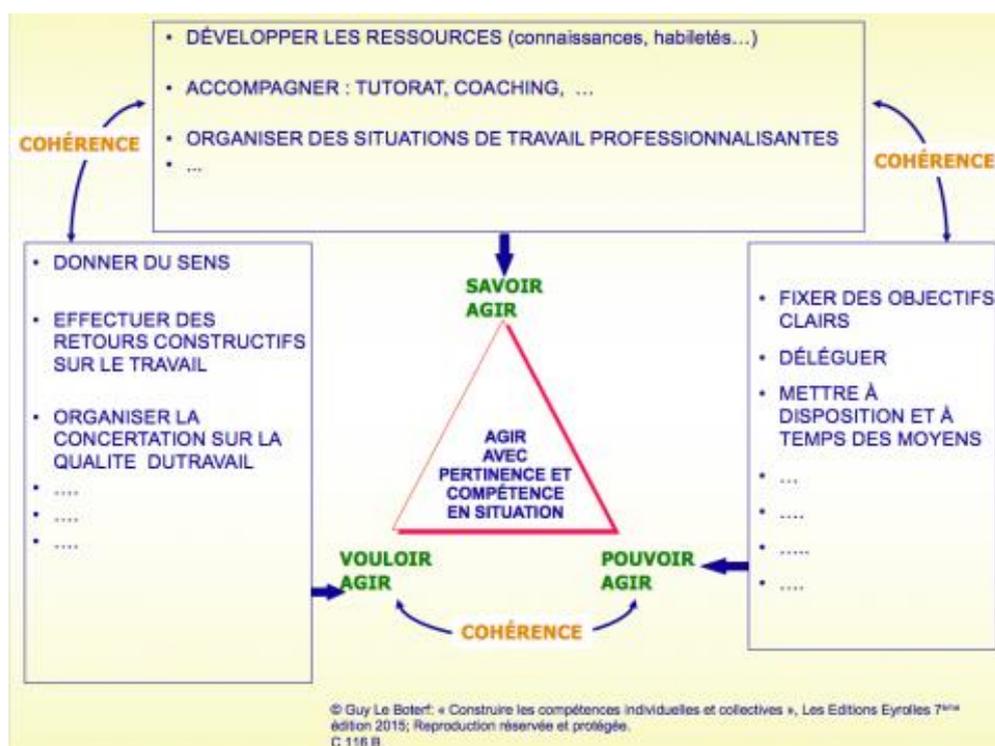
Une fois la compétence étudiée sous cet angle, nous pouvons nous interroger sur les éléments nécessaires pour agir en compétences.

#### 2.2.4 Que faut-il pour agir en compétences ?

Selon Guy Le Boterf, pour pouvoir agir en compétences, trois conditions doivent être réunies :

- **Le savoir-agir** : représente la capacité à savoir mobiliser et coordonner les ressources pertinentes pour faire face à des situations complexes.
- **Le vouloir-agir** : représente la motivation personnelle.
- **Le pouvoir-agir** : dépend du contexte dans lequel évolue le professionnel : contexte environnemental, organisation du travail, choix du management...

Pour Guy Le Boterf, il ne s'agit pas de forcer quelqu'un à agir en compétences, mais bien de mettre en place des leviers permettant aux professionnels d'agir en compétences. Il donne une liste non-exhaustive de quelques leviers qui peuvent favoriser l'agissement en compétences.



Un des enjeux actuels dans un monde professionnel en perpétuelle évolution est la gestion prévisionnelle des compétences. Il s'agit alors de ne pas chercher uniquement des personnes compétentes pour un poste à « un instant T » mais bien de repérer les profils capables de mobiliser les compétences dans un même secteur d'activité, mais pas seulement sur le même métier. Il sera alors question des compétences transférables.

## 2.2.5 De la compétence à la transférabilité

Annie Presseau<sup>13</sup> définit le transfert comme étant « *un processus par lequel des connaissances construites dans un contexte particulier sont reprises dans un nouveau contexte, que ce soit pour construire de nouvelles connaissances, pour développer de nouvelles compétences ou pour accomplir de nouvelles tâches.* » (Presseau, 2000). Durant nos cursus de formation, nous acquérons un ensemble de connaissances, d'aptitudes et de comportements qui vont nous permettre d'exercer notre future activité professionnelle. Nous construisons nos compétences professionnelles dès le cursus de formation. Nous avons vu précédemment que la compétence professionnelle c'est « être compétent » et « savoir agir et interagir avec pertinence, compétence et éthique dans une situation professionnelle ». Pour Guy Le Boterf, « transférer n'est pas transporter un savoir-faire ou une compétence comme s'il s'agissait d'un objet » (Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, 2008) . En effet, il ne s'agit pas juste de mettre en application l'apprentissage reçu en cursus de formation, mais bien d'activer un nouvel apprentissage.

Selon Jacques Tardif<sup>14</sup> et Philippe Meirieu<sup>15</sup>, il y a plusieurs étapes pour favoriser le transfert de compétences acquises (Tardif & Meirieu, Stratégie en vue de favoriser le transfert des connaissances, 1996) :

- **La contextualisation** : il s'agit d'une situation d'apprentissage dans un contexte donné où se réalise une tâche (situation source). L'apprenant peut alors comprendre le sens de ce qu'il apprend et faire le lien avec ces précédentes expériences et ses connaissances nouvellement acquises.
- **La décontextualisation** : l'apprenant doit pouvoir faire abstraction de la situation source et mobiliser ses connaissances hors contexte pour pouvoir les appliquer à une situation cible. Il faut avoir compris les caractéristiques de la situation source pour reconnaître ses mêmes caractéristiques dans la situation cible.
- **La recontextualisation** : Jacques Tardif considère que « *le transfert fait essentiellement référence au mécanisme cognitif qui consiste à utiliser dans une tâche cible une connaissance construite ou une compétence*

---

<sup>13</sup> Annie Presseau : Professeure à l'université du Québec à Trois-Rivières

<sup>14</sup> Jacques Tardif : psychologue de l'éducation, professeur émérite de l'Université de Sherbrooke (Québec, Canada), Faculté d'éducation

<sup>15</sup> Philippe Meirieu : chercheur, essayiste et homme politique français, spécialiste des sciences de l'éducation et de la pédagogie

développée dans une tâche source » (Tardif, Le transfert des apprentissages, 1999). L'apprenant doit être en capacité de repérer les ressemblances et les dissemblances entre la situation source et plusieurs situations cibles pour mettre en œuvre la transférabilité des connaissances et des compétences acquises en les réutilisant. Cela permettra de définir des familles de situations et ainsi mobiliser les bonnes compétences dans la bonne situation.

Guy Le Boterf dans son ouvrage « Construire les compétences individuelles et collectives » donne quelques clés pour favoriser l'apprentissage de la transférabilité. Par exemple, la variété du parcours d'apprentissage ainsi que la diversité des modalités de formation participent à l'apprentissage de la transférabilité en se confrontant à de nombreuses situations sources. Le développement des analyses des pratiques professionnelles est propice à la réflexivité sur ses pratiques et permet une prise de recul pour mobiliser des compétences dans les situations cibles. Enfin, un des exemples donnés par Guy Le Boterf est le compagnonnage avec un professionnel aguerri et capable de transmettre ses connaissances, mais surtout sa réflexion sur les problématiques rencontrées et d'inciter l'autre à réfléchir. Guy Le Boterf désigne alors un « *professionnel chevronné sachant travailler « à cerveau ouvert » et « à cœur ouvert »* » (Boterf, Construire les compétences individuelles et collectives, 2008) pour parvenir à remplir cette mission.

Le compagnonnage avec un ou plusieurs professionnels aguerris va permettre à la personne accompagnée de continuer à construire son identité professionnelle. La notion d'identité professionnelle me semble essentielle à définir puisque dans notre situation d'appel, il est question de faisant-fonction et de fonction établie.

### 2.2.6 L'identité professionnelle à travers les compétences

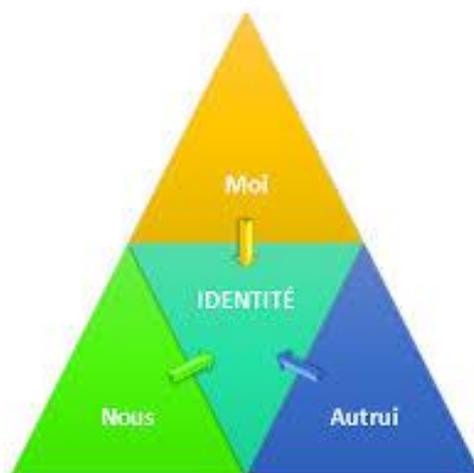
Dans notre situation d'appel, nous avons abordé la coexistence de faisant-fonction d'aides-soignants et d'aides-soignants diplômés. Il est intéressant de pouvoir aborder la construction de l'identité professionnelle qui impactera la professionnalisation des soignants.

L'identité professionnelle est avant tout une identité sociale ancrée dans une profession. Pour Claude Dubar<sup>16</sup>, l'identité se construit autour de trois dimensions : « le moi », « le nous » et « les autres » (Dubar, 2000). Selon Claude Dubar, l'identité professionnelle est le fait de se définir individuellement à partir des caractéristiques de

---

<sup>16</sup> Claude Dubar : sociologue français, 1945 - 2015

son travail, de ses réalisations professionnelles, de ses compétences professionnelles et de l'appartenance à un groupe professionnel.



Le « **moi** » pour Claude Dubar représente les aptitudes, les traits de personnalité, les valeurs individuelles, mais aussi la formation suivie, les compétences acquises et les expériences. Le « **nous** » renvoie au groupe professionnel auquel l'individu s'identifie et avec qui il partage les pratiques professionnelles. Enfin, « **autrui** » englobe toutes les personnes n'appartenant pas au même groupe professionnel et duquel l'individu se distingue.

L'identité professionnelle se construit donc par soi et par les autres. Elle trouve son origine dans sa propre identité. Dans l'article de Anne-Marie Fray<sup>17</sup> et Sterenn Picouleau, il est écrit que « *si l'individu peut donc, en droit, devenir une infinité de choses, il n'en deviendra, en fait, qu'une seule. Son existence, ses rencontres, ses expériences le mèneront à faire des choix, notamment celui de son activité professionnelle* » (Fray & Picouleau, 2010). La construction de son identité personnelle influence la construction de son identité professionnelle. Il est donc reconnu que l'identité professionnelle est une composante de l'identité globale de l'individu et que, de fait, elle évolue avec cette identité globale. Dans cet article, la notion d'identité professionnelle renvoie à 3 éléments principaux :

- « *Le monde vécu du travail* » : il s'agit du travail effectif et de la signification que la personne lui accorde.

---

<sup>17</sup> Anne-Marie Fray : Professeure en Gestion des Ressources Humaines, responsable de la spécialisation RH, directeur scientifique de la Chaire Management de la Responsabilité Sociale, responsable du programme Visiting Professor Research, chef de projet labellisation RH Europe

- « *Les relations de travail* » : il s'agit ici des relations interpersonnelles et de l'appartenance à un groupe.
- « *Les trajectoires professionnelles et la perception de l'avenir* » : il s'agit de l'évolution des pratiques professionnelles et des mutations à venir de la fonction ou du métier exercé.

Selon Renaud Sainsaulieu<sup>18</sup> l'identité professionnelle se caractérise et par la définition « du soi par le soi » et par celle du « soi par les autres ». L'identité professionnelle est donc la construction du soi à travers son propre chemin et sa propre expérience couplée à la construction du soi à travers les autres en s'identifiant à ses pairs, à un groupe. L'appartenance à un groupe professionnel est importante dans la construction de son identité professionnelle et de ces compétences professionnelles. Claude Dubar met en lien les concepts d'identité professionnelle avec celui de la reconnaissance professionnelle. Pour compléter le concept de compétences développé ci-dessus, il est également important d'étudier maintenant le principe de faire sens.

## 2.3 Le sens au travail

### 2.3.1 Définition

La notion de sens est une notion polysémique. Le sens peut à la fois désigner la direction à prendre, la signification de quelque chose mais également la sensorialité (la vue, l'ouïe, l'odorat...) et la sensibilité. Michel Fabre<sup>19</sup> définit le sens comme « *ce qui éclaire (conscience) et interpelle (vocation)* » (Fabre, *Etre authentique - Donner du sens*, 1998).

Selon Estelle M. Morin<sup>20</sup> et Jacques Forest<sup>21</sup>, le sens au travail peut avoir 3 définitions :

- La **signification** du travail : ce qu'il représente, la valeur et la place qu'on lui attribue. Une étude a montré les facteurs influençant la place que donne l'individu au travail. Ainsi, la situation familiale, l'environnement socio-économique, mais également les normes sociales ont un impact sur la signification du travail. Ces facteurs s'entremêlent et font que la place faite au travail est mouvante au cours de l'existence.

---

<sup>18</sup> Renaud Sainsaulieu, sociologue français, 1935 - 2002

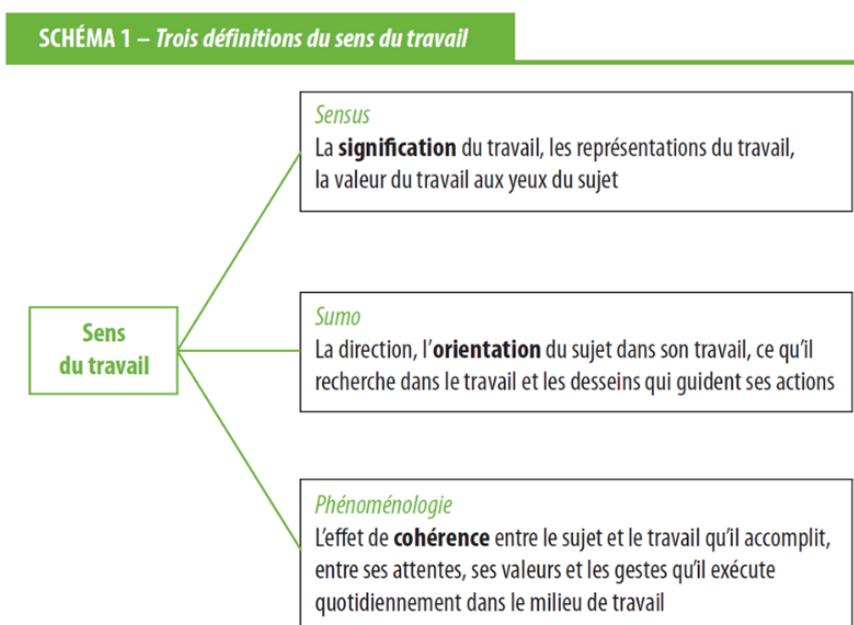
<sup>19</sup> Michel Fabre, professionnel du management des Ressources Humaines

<sup>20</sup> Estelle M. Morin, Professeure titulaire au service de l'enseignement du management de HEC Montréal

<sup>21</sup> Jacques Forest, Professeur au département d'organisation et ressources humaines de HEC Montréal

- L'**orientation** que l'individu donne à son travail, ce qu'il recherche à travers son travail. Des chercheurs ont pu mettre en évidence 3 visions du travail. Tout d'abord, le travail est vu comme un emploi qui répond au besoin de gagner sa vie, il s'agit alors d'une nécessité. Ensuite, le travail peut être lié à la notion de carrière où celui-ci est un moyen d'ascension professionnelle. Enfin, le travail est vu comme une vocation, il est nécessaire à un épanouissement personnel et est perçu comme agréable. La vocation serait facilitatrice du bien-être au travail.
- La **cohérence** entre la personne et son travail. Elle est le reflet de l'harmonie et de l'équilibre entre l'individu et son travail. Elle procure un sentiment de sécurité et de sérénité qui permettra de faire face aux difficultés inhérentes à l'exercice de ses fonctions.

Cette triple lecture du sens au travail est schématisée comme ci-dessous :



Il est intéressant maintenant de se questionner sur les caractéristiques qui donnent du sens au travail.

### 2.3.2 Les caractéristiques qui donnent du sens au travail

Le sens au travail a évolué avec le temps, notamment ces dernières années et évoluera sûrement encore plus rapidement dans les années à venir.

Dans les années 80, d'après le modèle sociotechnique présenté par Éric Trist<sup>22</sup> pour que l'individu s'engage, il faut 6 propriétés au travail :

<sup>22</sup> Eric Trist, scientifique anglais et une figure de proue dans le domaine du développement organisationnel, 1909 - 1993

- « **Être raisonnablement exigeant**, comporter suffisamment de variété : reconnaissant le plaisir que procurent l'exercice des compétences et la résolution de problèmes.
- **Offrir des occasions d'apprentissage** sur une base régulière : stimulant le besoin de croissance personnelle.
- **Faire appel à la capacité de décision de la personne** : reconnaissant le besoin d'autonomie et le plaisir tiré de l'exercice du jugement personnel au travail.
- **Reconnaître le travail accompli et soutenir les efforts** : stimulant le besoin d'affiliation et d'appartenance.
- **Permettre de lier l'exercice des activités à leurs conséquences sociales** : contribuant à la construction de l'identité sociale et à la sauvegarde de la dignité personnelle.
- **Pouvoir envisager un avenir désirable**, ce qui pourrait impliquer des activités de perfectionnement et d'orientation professionnelle : reconnaissant l'espérance comme un droit humain. »

Estelle M. Morin dirige une enquête pour compléter et déterminer de manière optimale les caractéristiques qui donnent du sens au travail. Cette étude affine les études précédentes mettant en avant 5 facteurs permettant de donner du sens au travail, représentés dans le tableau ci-après :

TABLEAU 1 – Caractéristiques d'un travail qui a du sens	
Caractéristique du travail	Définition
Utilité sociale du travail	Faire quelque chose qui est utile aux autres ou à la société, qui apporte une contribution à la société
Rectitude morale du travail	Faire un travail moralement justifiable, autant dans son accomplissement que dans les résultats qu'il engendre
Occasions d'apprentissage et de développement	Faire un travail qui correspond à ses compétences, qui stimule le développement de son potentiel et qui permet d'atteindre ses objectifs
Autonomie	Pouvoir exercer ses compétences et son jugement pour résoudre des problèmes et prendre des décisions qui concernent son travail
Qualité des relations	Faire un travail qui permet d'avoir des contacts intéressants et de bonnes relations avec ses collègues

Passons en revue ces 5 facteurs :

- **L'utilité sociale du travail** : le travail a du sens s'il trouve une utilité pour soi, mais aussi pour les autres et pour la société. L'importance est alors mise sur l'impact du travail sur la société.

- **La rectitude morale du travail** : le travail a du sens s'il est fait avec responsabilité morale et éthique. Le travail ne doit pas venir en conflit avec les valeurs de l'individu.
- **Les occasions d'apprentissage et de développement** : le travail a du sens s'il permet le développement des compétences ou l'acquisition de nouvelles compétences. Le travail doit permettre un épanouissement de l'individu autour des compétences et de l'apprentissage.
- **L'autonomie** : le travail a du sens s'il permet à l'individu d'avoir une part d'autonomie et de décision. Cette autonomie est liée au principe de confiance que lui porte la hiérarchie.
- **La qualité des relations** : le travail a du sens s'il permet un épanouissement dans les relations interpersonnelles au sein de l'équipe.

Par la suite, dans un rapport plus récent de l'IRSST (Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité au travail) Estelle M. Morin rajoute une sixième caractéristique : la **reconnaissance**.

Il est reconnu que le sens au travail a des effets sur la santé physique et psychologique que ce soit en positif ou en négatif. La perte de sens, le non-sens ou le contre-sens ont des effets néfastes sur les individus.

### 2.3.3 Perte de sens, non-sens et contre-sens...

La crise du sens fait aujourd'hui partie du monde du travail, pourtant le besoin de sens est nécessaire au développement moral et éthique des individus. Nous allons nous interroger ici sur ce qui met à mal le sens au travail. La perte de sens impacte la qualité de vie au travail.

Plusieurs cas de figure peuvent se présenter dans un environnement de travail. Nous pouvons par exemple faire un travail qui a du sens dans un milieu qui n'en a pas ou inversement. Idéalement, nous devrions faire un travail qui a du sens dans un milieu qui en a.

La **perte de sens** correspond au Brown-out signifiant en anglais une baisse de courant. Ce terme désigne les pathologies découlant de cette perte de sens. Il est le résultat d'une incompréhension par rapport aux objectifs et à la finalité du travail à effectuer. L'anthropologue David Graeber<sup>23</sup> a évoqué le premier en 2013 ce phénomène sous le terme de bullshit job.

---

<sup>23</sup> David Graeber, anthropologue américain, 1961 - 2020

Le **non-sens** se définit comme « chose absurde, illogique » selon le CNRTL (Centre National de Ressources Textuelles et Lexicales) ou « défi du bon sens » (Le Robert - Dico en ligne, s.d.). Or, les recherches sur le sens au travail démontrent l'importance de la cohérence du travail et des tâches accomplies. Christophe Dejours met en lien la recherche de cohérence au travail avec la souffrance au travail (Dejours, 1993).

Le **contre-sens** toujours selon le CNRTL se définit par « ce qui est contraire au bon sens, à la raison ». Rapporté au travail, le contre-sens peut être évoqué en termes de conflit de valeurs. Une récente publication de la Dares (Direction de l'Animation de la Recherche, des Etudes et des Statistiques) met en évidence que 6 actifs sur 10 signalent être exposés à des conflits de valeurs dans leur travail. Les professions paramédicales ne sont pas épargnées. Toujours selon cette étude, les conflits de valeurs sont une dimension émergente et encore peu étudiée parmi les facteurs de risques psychosociaux au travail. Ils sont définis comme « l'ensemble des conflits qui portent sur des choses auxquelles les travailleurs octroient de la valeur : conflits éthiques, qualité empêchée, sentiment d'inutilité du travail, atteinte à l'image du métier ».

Dans le contexte actuel, il est donc urgent de donner ou redonner du sens au travail : « Un travail qui n'a pas de sens correspond à ce qui est absurde. Lorsqu'un individu considère que son travail n'a pas de sens, son bien-être psychologique est menacé. Cela entraîne un sentiment d'aliénation caractérisé par un état de vide, d'apathie et d'ennui, ainsi qu'un sentiment d'inauthenticité, de dissonance émotionnelle et d'impuissance. Cet état anxieux n'est pas nécessairement pathologique. Afin de promouvoir la santé mentale des employés, il est important que le travail et le milieu de travail aient un sens pour eux » (Morin & Gagné).

#### 2.3.4 Le manager, guide du sensemaking

La théorie du sensemaking a été élaborée par Karl Emmanuel Weick<sup>24</sup> en 1995. Cette théorie a pour objectif d'expliquer la création du sens. Il a travaillé sur les situations de crise et de catastrophe en analysant la possible perte de repères et d'interactions qu'elles pourraient engendrer.

Karl E Weick définit le sensemaking comme un processus continu à travers lequel les individus tentent de rendre rationnelles les actions et situations qu'ils traversent. C'est l'élaboration du sens dont la pensée et l'action doivent se comprendre dans leur

---

<sup>24</sup> Karl Emmanuel Weick, psychologue américain,

récurtivité : l'individu agit parce qu'il a pensé et pense à ce qu'il a fait selon lui. Dans ses différentes études, il analyse le concept de sensemaking en 3 phases :

- L'**enactement** : durant cette phase, l'individu tente de donner du sens dans le contexte dans lequel il évolue. Il cherche à diminuer le risque d'interprétation d'une situation donnée.
- La **sélection** : durant cette phase, il faut choisir parmi différents schémas de pensées construits, le schéma le plus acceptable pour tous.
- La **réention** : durant cette phase, les situations rencontrées et les interprétations faites sont gardées en mémoire afin de pouvoir de nouveau les mobiliser sur une situation similaire.

Le processus de construction du sens est un processus individuel, propre à chacun puisqu'il se construit à travers des facteurs cognitifs et affectifs que ce soit dans la manière de voir la réalité, de l'analyser ou de l'interpréter. Il est recherché par les individus à travers l'accomplissement d'une tâche importante, qui contribue à leur développement personnel tout en valorisant leur savoir-faire. Mais ce processus est aussi lié au contexte puisqu'il s'inscrit dans un environnement social, culturel, économique et politique autour duquel gravite un individu, un groupe ou une organisation. Dans ce cas le concept de sensemaking peut se résumer en « *un processus managérial d'apprentissage par lequel on crée sa zone de sens ou signification du travail dans un contexte du changement.* » (TAHRI & ELKADIRI, 2016). Il serait donc du ressort du manager, non pas d'apporter du sens en tant que tel, mais de permettre à chacun de construire individuellement du sens en offrant un cadre commun le permettant.

L'étude « Sens au travail ou sens interdit ? Pour s'interroger enfin sur le travail » (Deloitte, 2017) datant de décembre 2017 montre que pour 85% du panel interrogé c'est au collaborateur de donner lui-même du sens à son travail. 63% d'entre-eux considèrent que le manager a une place importante dans le « donner du sens » au travail. Le manager doit donc pouvoir inviter au sensemaking en mettant en place par exemple :

- Un environnement de travail épanouissant
- Une favorisation de l'autonomie, en instaurant un climat de confiance et un sentiment de proximité
- Des missions ayant une utilité, une finalité
- Une direction commune dans les actions entreprises.

Le sensemaking participe au bien-être des collaborateurs et améliore par là-même leur productivité. Il permet également aux collaborateurs d'être impliqués et engagés au sein de la structure qui gagnera en attractivité.

## 2.4 Le cadre de santé : un encadrant, un manager, un accompagnant.

### 2.4.1 Définition

Le cadre de santé se définit par ses fonctions et missions.

Pour l'APEC (Association Pour l'Emploi des Cadres), le cadre de santé est « *un cadre de proximité qui a pour mission d'organiser les activités paramédicales ou de soins au sein d'un service ou d'une unité de soins en veillant à la qualité et la sécurité des prestations. Il anime et encadre les équipes placées sous sa responsabilité, coordonne et optimise les moyens mis en œuvre* ».

Dans le référentiel de 2012 « *le responsable de secteur d'activités de soin organise l'activité de soin et prestations associées, manage (ou encadre et anime) l'équipe et coordonne les moyens d'un service de soins, médico-technique ou de rééducation, en veillant à l'efficacité et la qualité des prestations* ».

### 2.4.2 La fonction cadre à travers l'histoire

Le métier d'encadrement dans les services de soins émerge avec « les surveillantes » et ne cesse d'évoluer. Les premières surveillantes étaient des surveillantes religieuses qui avaient fonction de « *surveillance, d'intendance, de maintien de l'ordre et de la discipline plus que de fonction de soignante* » (Poisson, 1998). Elles avaient un rôle central dans les services. Par la suite, avec la laïcisation des hôpitaux, le personnel religieux a disparu progressivement. Au début du 20<sup>ème</sup> siècle, les infirmières laïques peuvent enfin accéder au poste de sous-surveillante (après 7 ans d'exercice) puis au poste de surveillante (deux ans plus tard). En 1958, le décret prévoyant le certificat d'aptitude aux fonctions d'infirmière surveillance ou monitrice est promulgué. A partir de 1973, les surveillantes sont rebaptisées « cadres infirmières ». Enfin, la réforme hospitalière de 1991 entraîne, en 1995, un nouveau programme de formation des cadres qui « *donne une place croissante aux savoirs liés à l'économie de la santé et à la gestion* ». Désormais, les « *cadres infirmières* » sont des « *cadres de santé* » (Bourret, 2006).

### 2.4.3 Les compétences du CDS de proximité

Dans le rapport de la mission cadres hospitaliers présenté par Chantal de Singly<sup>25</sup>, il est retenu une définition fonctionnelle du cadre hospitalier. Quatre principales missions sont identifiées :

- Une mission de management d'équipes et d'organisations
- Une mission transversale ou de responsabilité de projet
- Une mission d'expert
- Une mission de formation

Dans la version du 7 novembre 2012 du référentiel de compétences du cadre de santé, 7 activités apparaissent :

- Conception et coordination des organisations de soins et des prestations associées
- Gestion de l'information, des moyens et des ressources du secteur d'activités
- Management, encadrement et animation des équipes pluriprofessionnelles
- Gestion et développement des compétences
- Animation de la démarche qualité et gestion des risques
- Mise en place et animation de projets
- Veille professionnelle, études et travaux de recherche et d'innovation

Nous voyons ici que la gestion des compétences est bien au cœur du travail du cadre de santé.

Les missions des cadres de santé responsables des secteurs d'activité de soins, confirment bien le rôle de ces cadres de santé dans la gestion des compétences des équipes de soins :

- Prévoir les activités et les moyens nécessaires
- Organiser et coordonner les activités
- Encadrer (ou manager) des équipes pluriprofessionnelles
- Manager les compétences individuelles et collectives d'une équipe pluriprofessionnelle
- Conduire une démarche qualité et de gestion des risques
- Conduire des projets, des travaux d'étude et de recherche
- Contrôler et évaluer les activités
- Communiquer, transmettre les informations et rendre compte

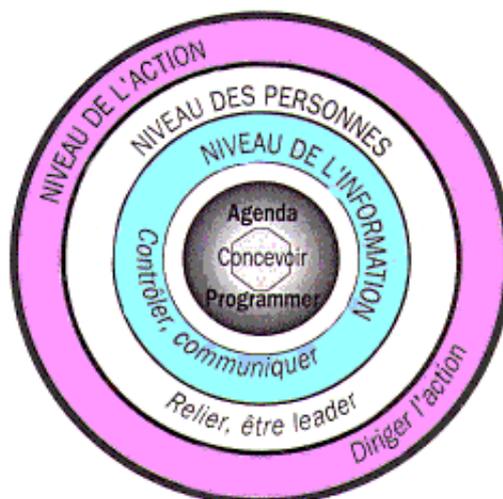
---

<sup>25</sup> Chantal de Singly, ancienne directrice d'hôpital et d'une ARS, ancienne directrice de cabinet du ministère des sports

Nous allons voir maintenant le cadre de santé dans deux rôles, celui de manager et celui d'accompagnant.

#### 2.4.4 Le cadre de santé, un manager

Henri Mintzberg<sup>26</sup> n'aborde pas les fonctions même du cadre, mais le rôle qu'il tient au sein des organisations. Dans son ouvrage « Le Manager au quotidien » (Mintzberg, 2006), il définit le travail du cadre à travers 10 rôles prédéterminés, incarnés de manières différentes selon la personnalité du cadre. Il classe ses 10 rôles sur 3 niveaux :



#### Les 3 niveaux de travail du manager

Illustration : H. Mintzberg, "Out the Manager's Job", Sloan Management Review, 1995

- **Le niveau interpersonnel** : il s'agit ici des rôles liés aux relations que le cadre entretient avec les personnes qui l'entourent dans son champ professionnel. Cela comprend les relations avec sa hiérarchie, les personnes extérieures à l'institution et surtout avec son équipe. Ce niveau interpersonnel comporte 3 rôles majeurs pour Henri Mintzberg. Le premier est celui de symbole. Il s'agit ici de soigner son image en interne comme en externe permettant d'inspirer le respect attendu. Il est le représentant de son service, mais également de l'institution. Le second rôle de ce niveau est celui d'agent de liaison puisqu'il a les compétences nécessaires pour entretenir un réseau de contacts et faire le lien avec son équipe. Il est en perpétuelle recherche d'informations utiles. Enfin, le rôle de leader lui permet d'avoir une place primordiale au sein de son équipe. C'est lui qui impulse une dynamique d'équipe, qui fédère l'équipe grâce à son écoute, son empathie et son intelligence émotionnelle. « C'est

---

<sup>26</sup> Henri Mintzberg, universitaire canadien en science de gestion, auteur

*dans le rôle de leader que le pouvoir du cadre se manifeste le plus clairement. L'autorité formelle dont il est investi lui donne un pouvoir potentiel important mais c'est le leadership qui détermine quelle fraction de ce potentiel deviendra réalité. » (Mintzberg, 2006)*

- **Le niveau informationnel** : le cadre est tout d'abord un observateur actif. Il reçoit et recherche en permanence des informations. Il s'assure de la pertinence de celles-ci et mesure leur véracité afin d'analyser leur impact sur la situation pour prendre les décisions les plus adaptées. Suite à la collecte et à la recherche des informations, le cadre va jouer son rôle de diffuseur d'informations vers ses équipes et son réseau. Il pourra être également le porte-parole de sa hiérarchie auprès de ses équipes et inversement.
- **Le niveau décisionnel** : ce niveau comporte 4 rôles. Tout d'abord le rôle d'entrepreneur qui va permettre au cadre de construire des projets pour l'institution afin d'améliorer l'organisation et de provoquer des changements. Il est également un régulateur. Tout n'est pas sous contrôle en permanence et le cadre devra gérer des difficultés ou des imprévus comme des tensions au sein de son équipe, des conflits ou encore une baisse de motivation ou une résistance à des changements. Le cadre a un rôle de  négociateur  au sein de son équipe. Il maîtrise toutes les informations sur son organisation et sur ses ressources. Il est donc la personne la mieux placée dans ce rôle. Enfin, il est le répartiteur de ressources. Il gère les ressources temps, les moyens matériels et humains de son service. C'est le cadre qui détermine les compétences nécessaires de ses équipes et attribue les responsabilités en fonction de celles-ci.

La présentation faite par Henri Mintzberg décrit précisément le rôle attendu du manager. Celui-ci doit pouvoir assurer tous ces rôles.

Nous allons maintenant nous intéresser tout particulièrement à la posture du cadre de santé en tant qu'accompagnant.

#### 2.4.5 Le cadre de santé ou la posture professionnelle d'accompagnant.

Dans son ouvrage « Le cadre de santé : une fonction en mutation », Marie-Françoise Lefèvre<sup>27</sup> aborde les changements de rôle du cadre dans le système de santé français. L'auteure souligne l'importance de l'accompagnement entre le cadre de santé et les professionnels sous supervision. Selon elle, l'accompagnement est devenu

---

<sup>27</sup> Marie-Françoise Lefèvre, psychologue clinicienne et chercheuse française

une fonction clé du cadre de santé, car il permet aux professionnels de son équipe de se sentir soutenus et encouragés. Elle met en évidence l'importance de l'**écoute active** et de la **communication** dans l'accompagnement des soignants ainsi que la nécessité de s'adapter aux besoins individuels de chacun. Pour Marie-Françoise Lefèvre, « *L'accompagnement est un processus dynamique, qui vise à aider les professionnels de santé à développer leurs compétences et leurs connaissances, afin de leur permettre de fournir des soins de qualité aux patients* » (Lefèvre, Le cadre de santé : une fonction en mutation, 2011). Ici, l'auteure souligne l'importance de l'accompagnement dans le développement des compétences et des connaissances des professionnels, en les aidant à améliorer leur pratique grâce à un soutien personnalisé et en les encourageant à poursuivre leur développement.

Dans son ouvrage, Marie-Françoise Lefèvre souligne l'importance de la posture d'accompagnant pour le cadre de santé, en mettant en avant les attitudes et les comportements clés favorisant un accompagnement efficace et bienveillant. « *L'accompagnement implique une attitude de bienveillance, d'écoute active, de respect, de reconnaissance des compétences, de valorisation de l'autre, de non-jugement, d'empathie, de confiance, de disponibilité et d'ouverture. Cette posture est non directive mais orientée vers la personne accompagnée, dans une attitude de co-construction des compétences* » (Lefèvre, Accompagner les professionnels de santé : regards croisés sur la supervision et le mentorat, 2018, p. 24). Pour aider les professionnels à développer leurs compétences et leur savoir-faire, la posture d'accompagnement du cadre de santé doit être basée sur la **reconnaissance** et la **valorisation**.

Gérard Gramet<sup>28</sup> souligne également que la posture d'accompagnement est basée sur la reconnaissance et la valorisation des compétences des professionnels. Il insiste également sur l'importance pour le cadre de santé de développer une attitude d'écoute active, de bienveillance et de respect. Il présente des stratégies pratiques pour accompagner au mieux les équipes comme par exemple l'utilisation de l'entretien d'évaluation pour favoriser la réflexion et l'apprentissage. Pour l'auteur, « *l'encadrement doit être considéré comme une fonction de soutien* » (Gramet, 2016, p. 28).

---

<sup>28</sup> Gérard Gramet, Infirmier et cadre de santé, consultant en management et organisation des soins de santé.

### 3 Mise en tension, problématisation

Le cheminement à partir de la situation d'appel a fait émerger la question de départ suivante :

**En quoi le cadre de santé accompagne-t-il l'implémentation de la transférabilité des compétences acquises en cursus d'apprentissage afin de favoriser et maintenir la montée en compétences de son équipe et ainsi donner du sens aux tâches et actes entrepris ?**

Lors de la construction de notre cadre conceptuel, nos recherches et nos lectures nous ont permis de mieux appréhender les notions d'accompagnement, de compétences et de sens à travers le rôle du cadre de santé.

Tout d'abord, nous avons vu que l'accompagnement consistait à "être avec" et à "aller vers" dans un esprit de partage. Cela implique d'être disponible, présent, ouvert et attentif et de susciter chez l'autre, disponibilité, présence, ouverture et attention. Dans le cadre de l'accompagnement professionnel, chacun doit pouvoir adopter une attitude réflexive permettant d'analyser et d'évaluer les situations auxquelles il fait face dans le but d'améliorer ses pratiques professionnelles. Pour E. Charlier<sup>29</sup>, « *la relation d'accompagnement professionnel repose sur un postulat : la confiance dans les compétences de l'Autre et la reconnaissance de son autonomie* » (Charlier, 2022). Nous avons ensuite étudié le concept de compétences. Nous avons mis en lumière que la compétence se définit sur deux points de vue différents mais totalement complémentaires : celui « d'être compétent » et celui « d'avoir des compétences ». Pour pouvoir agir en compétences, il faut savoir-agir, vouloir-agir et pouvoir-agir. Dans ce concept, nous avons également étudié la transférabilité des compétences qui peut être favorisée selon J. Tarif et P. Meirieu par la contextualisation, la décontextualisation et enfin la recontextualisation. Nous avons également abordé l'identité professionnelle qui se construit autour de trois dimensions : « le moi », « le nous » et « les autres » (Dubar, 2000). Claude Dubar, met en lien les concepts d'identité professionnelle avec celui de la reconnaissance professionnelle, ce qui nous a amené à notre 3<sup>ème</sup> concept, le sens.

---

<sup>29</sup> Evelyne Charlier : Professeure à l'Université de Namur, responsable du pôle de formation continue, directrice du Département Éducation et Technologie.

Selon Estelle M. Morin et Jacques Forest, le sens au travail peut avoir trois axes de définition : la signification du travail, l'orientation que l'individu donne à son travail et enfin la cohérence entre la personne et son travail. Estelle M. Morin met en avant cinq facteurs donnant du sens au travail : l'utilité sociale, la rectitude morale, les occasions d'apprentissage et de développement, l'autonomie et la qualité des relations. Elle en rajoutera un sixième qui est la reconnaissance. Pour faire face au non-sens, à la perte de sens et au contre-sens, nous avons vu également qu'une des personnes pouvant être un levier du sens au travail était le manager en tant que guide du sensemaking. Enfin, nous avons étudié la notion du cadre de santé à travers son rôle de manager et d'accompagnant.

Ce cheminement à travers notre cadre conceptuel nous a permis d'identifier plusieurs pistes pour répondre à notre question de départ. A certains moments, nous avons réduit la voilure en tenant compte du principe d'entonnoir jusqu'à ce que nous identifions ce qui interroge notre recherche.

*« Problématiser, c'est donc développer un questionnement visant à identifier les données et les conditions du problème et à les mettre en tensions. De cette interaction résultent des hypothèses de solutions qui seront ensuite validées ou non. Les données sont présentes dans la situation ou peuvent être rajoutées au fur et à mesure de l'apprentissage par les élèves ou l'enseignant » (Fabre & Musquer, Les indicateurs de problématisation, 2009).*

Ce qui nous amène à poser la question de recherche suivante :

**En quoi l'accompagnement du cadre de santé, par sa reconnaissance, sa valorisation et son rôle de guide du sensemaking représente-t-il un levier d'évolution pour le maintien, la montée et la transférabilité de compétences au sein de l'équipe soignante ?**

## 4 Méthodologie d'enquête

### 4.1 Le choix de l'outil

Pour alimenter les données littéraires, nous avons fait le choix de collecter des données plutôt qualitatives que quantitatives par une enquête à base d'entretiens semi-directifs. Ces entretiens permettront de recueillir des données qualitatives, fines et précises reflétant le récit de situations sociales vécues par les personnes interrogées. Pour Raymond Quivy<sup>30</sup> et Luc Van Campenhoudt<sup>31</sup>, l'entretien permet « *l'analyse du sens que les acteurs donnent à leurs pratiques et aux événements auxquels ils sont confrontés : leurs systèmes de valeurs, leurs repères normatifs, leurs interprétations de situations conflictuelles ou non, leurs lectures de leurs propres expériences* » (Van Campenhoudt & Quivy, 2011) :

Il existe 3 types d'entretien :

- **L'entretien non-directif** : le thème de l'entretien est annoncé, il n'y a pas de question posée directement, la personne interrogée peut organiser sa parole comme elle le souhaite. Le rôle de l'enquêteur sera alors d'encourager la personne interrogée dans la poursuite de son discours. Il faut que l'enquêteur soit donc dans une position neutre. Ce type d'entretien permet d'interroger les personnes sur un thème général et ne ciblera donc pas une thématique précise.
- **L'entretien semi-directif** : l'enquêteur va poser des questions sur sa thématique de recherche et laisser la personne interrogée répondre librement. Les questions posées sont des questions ouvertes, mais il est important pour l'enquêteur de bien recentrer les échanges afin de ne pas dévier de la thématique de recherche.
- **L'entretien directif** : il se rapproche de la méthode du questionnaire en proposant une série de réponses très précises qui permettra une comparaison des données. Ce type d'entretien ne permet pas à la personne interrogée de pouvoir s'exprimer librement sur la thématique.

Nous avons donc fait le choix, pour ce travail de recherche, de construire un guide d'entretien semi-directif, à destination des cadres de santé.

---

<sup>30</sup> Raymond Quivy, Docteur en sciences politiques et sociales de l'Université catholique de Louvain, professeur aux facultés universitaires catholiques de Mons

<sup>31</sup> Luc Van Campenhoudt, sociologue belge

## 4.2 Le choix du panel interrogé

Après la formulation de notre question de recherche, il nous a semblé intéressant de pouvoir réaliser une enquête auprès de cadres de santé.

Il nous a donc paru opportun d'interroger des professionnels de différents secteurs d'activité, c'est pourquoi nous avons réalisé des entretiens en établissements publics et privés.

Notre thème de recherche impliquant le rôle du cadre de santé avec son équipe, nous interrogerons donc des cadres de santé pour étudier le point de vue managérial de notre thématique.

Nous avons ainsi interviewé 6 cadres de santé dans 2 établissements publics et 1 établissement privé.

Entretiens	Date	Durée	Service et établissement
N°1 Monsieur C	14/04/2023	53 min	Etablissement public, service extra hospitalier
N°2 Monsieur H	17/04/2023	21 min	Etablissement privé associatif, EHPAD
N°3 Madame A	19/04/2023	40 min	Etablissement public, service extra hospitalier
N°4 Monsieur R	19/04/2023	49 min	Etablissement public, service extra hospitalier
N°5 Madame L	21/04/2023	21 min	Etablissement public, service intra hospitalier
N°6 Monsieur Y	21/04/2023	59 min	Etablissement public, service extra hospitalier
<b>Nombre d'entretien : 6</b>		<b>4h03</b>	

## 4.3 L'élaboration de notre guide d'entretien

Après la validation de notre question de recherche, lors d'un temps de guidance individuelle, nous avons proposé un premier outil ou guide d'entretien. Dans le canevas proposé initialement, nous manquions de concision et risquions d'influencer les réponses.

Nous avons dû retravailler notre guide d'entretien en reformulant les questions. Celui-ci va nous permettre de guider le temps d'échange avec les professionnels sans influencer leurs réponses. Il est important, avant de commencer les entretiens, de maîtriser cet outil. *« L'interviewer doit s'efforcer de poser le moins de questions possibles. L'entretien n'est ni un interrogatoire, ni une enquête par questionnaire. L'excès de questions conduit toujours au même résultat : l'interviewé acquiert vite le sentiment qu'il lui est simplement demandé de répondre à une série de questions précises et se dispensera de communiquer le fond de sa pensée et de son expérience. Ses réponses deviendront de plus en plus brèves et de moins en moins intéressantes. Après avoir sommairement répondu à la précédente, il attendra purement et simplement la suivante comme s'il attendait une nouvelle instruction. Un bref exposé introductif sur les objectifs de l'entretien et sur ce qui en est attendu suffit généralement pour lui donner le ton général de la conversation libre et très ouverte »* (Van Campenhoudt & Quivy, 2011).

Ce guide va nous permettre de structurer nos échanges avec les professionnels en orientant l'interviewé vers les grands thèmes centraux de nos recherches en leur laissant la liberté de s'exprimer en utilisant des questions ouvertes.

Nous avons établi notre grille d'entretien autour de 4 thèmes :

- Les compétences
- L'accompagnement
- Le type de management
- Le sens au travail

Dans chaque thème, il y aura entre 1 et 3 questions avec des questions de relance. Après le 1<sup>er</sup> entretien, le guide a été légèrement modifié pour arriver à la version finale (Annexe 1 – Guide d'entretien). Nous débuterons notre entretien par une question introductive ouverte permettant de faire mieux connaissance avec l'interviewé et d'installer un climat bienveillant par l'écoute active.

#### 4.4 [Nos entretiens](#)

Après avoir obtenu les autorisations nécessaires pour réaliser les entretiens, nous avons contacté par mail dans un premier temps, puis par téléphone les personnes volontaires. Nous avons rencontré six cadres de santé d'horizons différents. Les six entretiens ont eu lieu du 14 au 21 avril. Les rencontres se sont déroulées en présentiel à part une qui a eu lieu en visioconférence. *« Le lieu, le moment, l'organisation spatiale du lieu dans lequel se déroule l'entretien et la distance physique entre interviewés et interviewers peuvent directement influencer sur son déroulement »* (BENEDETTO-MEYER &

WILLEMEZ, s.d.). Les lieux d'échanges ont été divers, certaines rencontres se sont déroulées dans la structure d'exercice des interviewés, ou dans un salon ou encore dans un autre lieu.

Nous avons pris soin d'adopter une posture ouverte et d'écoute dès le début de l'entretien, ce qui a permis d'établir une relation de confiance comme le préconisent Marie BENEDETTO-MEYER<sup>32</sup> et Laurent WILLEMEZ<sup>33</sup> dans la suite de leur article sur l'Entretien : « *L'établissement de la bonne distance et la construction de la confiance avec l'enquêté passent alors par la manière de se présenter et de présenter son objet : l'explicitation claire des raisons de l'enquête et de l'usage des données permet de déjouer des malentendus.* » (BENEDETTO-MEYER & WILLEMEZ, s.d.).

Les entretiens bénéficient d'un double enregistrement : l'un par téléphone portable, l'autre par ordinateur portable.

#### 4.5 [La retranscription de nos entretiens](#)

Afin de rendre anonyme les entretiens avec les professionnels, nous les nommerons par une lettre à laquelle nous associerons un pseudonyme. Nous avons donc interrogé les cadres de santé suivants :

- Monsieur C que l'on nommera Christian
- Monsieur H que l'on nommera Hercule
- Madame A que l'on nommera Alyce
- Monsieur R que l'on nommera Richard
- Madame L que l'on nommera Lucie
- Monsieur Y que l'on nommera Yannick

Nous avons fait un double enregistrement des entretiens avec l'accord des professionnels ce qui nous a permis de sécuriser la démarche en cas de problèmes techniques.

La retranscription sera réalisée à la suite des enregistrements. Elle est essentielle pour notre travail et va permettre de faire une analyse de nos différents entretiens par la mise en relief des verbatims des personnes interrogées avec notre cadre de référence et ainsi nourrir notre travail de recherche.

---

<sup>32</sup> Marie BENEDETTO-MEYER - sociologue, Orange Labs, maître de conférences associée à l'université de Versailles-Saint-Quentin-en Yvelines

<sup>33</sup> Laurent WILLEMEZ - maître de conférences en sociologie à l'université de Poitiers, chercheur au C.U.R.A.P.P., C.N.R.S., université d'Amiens

Cette étape est longue, fastidieuse et chronophage et nécessite rigueur et concentration. Elle permet également d'avoir une deuxième écoute, avec un recueil des données qui facilitera notre analyse.

Nous avons retranscrit les entretiens en mettant en caractères gras nos propos et en standard les propos des interviewés.

Les retranscriptions sont disponibles dans les annexes 2, 4, 6, 8, 10 et 12.

#### 4.6 L'analyse des entretiens.

« L'étape de l'analyse de données conduit l'enquêteur à faire face à la masse de données collectées. Cette étape de la production d'une recherche s'organise schématiquement en trois temps : un premier temps d'analyse thématique des données ; un deuxième temps, qui marque le début de la rédaction, l'analyse descriptive ; et un troisième temps d'analyse explicative ou modélisation. » (Alami, Desjeux, & Garabuau-Moussaoui, 2013, p. 107).

Nous avons décidé de faire une analyse des entretiens en deux temps. Un premier temps proposera une analyse descriptive des 6 entretiens.

Une fois la retranscription faite, nous avons construit un tableau d'analyse thématique qui nous servira pour chaque entretien. Nous surlignerons d'une couleur spécifique les unités de sens (verbatim) qui nous semblent importants pour notre analyse. Nous les reporterons en italique dans le tableau. Puis de ces verbatims, nous noterons en rouge les mots-clés pour en tirer une analyse plus fine.

Voici la trame vierge de notre tableau d'analyse thématique :

Thèmes	Sous thèmes	Unités de sens (verbatim) Mots-clés en rouge	Analyse mots-clés 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation			
Compétences			
Accompagnement			
Management			
Sens			
Thème émergent			

Nous élaborerons un tableau d'analyse pour chaque entretien, ils sont disponibles en annexes 3, 5, 7, 9, 11 et 13.

Nous ferons une analyse descriptive de chaque entretien suivi d'une analyse croisée grâce à un nouveau tableau d'analyse (Annexe 14 – Tableau d'analyse croisée).

Voici la trame vierge de notre tableau d'analyse croisée :

	Christian	Hercule	Alyce	Richard	Lucie	Yannick	Synthèse
Compétences							
Accompagnement							
Sens							
Management							

Ces analyses permettront de mettre en évidence les points de convergence et de divergence des différents interviewés. Nous mettrons en parallèle les concepts étudiés plus tôt. Enfin, ces analyses mettront peut-être en évidence des concepts émergents que nous agrémenterons de nouvelles lectures et de nouveaux auteurs.

## 5 Analyse des entretiens

Nous pouvons à présent commencer le travail de présentation des professionnels interviewés ainsi que l'analyse de leur discours. Notre choix s'est porté d'abord sur l'analyse de chaque professionnel par thème, puis nous vous présenterons une analyse croisée de l'ensemble des personnes interviewées.

### 5.1 Analyse descriptive des entretiens

#### 5.1.1 L'entretien avec Christian

Christian est un cadre de santé aux nombreuses expériences professionnelles. Il exerce aujourd'hui ses fonctions dans un EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale) sur plusieurs sites en extra-hospitalier sur le pôle de soins spécifiques.

Son entretien s'est déroulé le 14 avril à 14h dans les locaux d'un CMP (Centre Médico Psychologique) de l'EPSM. Il ne s'agit pas d'un de ses lieux d'exercice, mais ce jour-là, il accompagnait une patiente en consultation à l'extérieur. L'entretien a duré 51 minutes. La retranscription est en Annexe 2 - Entretien N°1 avec Christian et le tableau d'analyse est en Annexe 3 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Christian. L'entretien s'est déroulé dans une ambiance sereine, sans interruption. Christian a montré de l'intérêt à ces échanges et a fait preuve d'une grande attention et d'une grande disponibilité.

#### ❖ **Parcours professionnel**

Christian est Diététicien de premier métier, il a exercé ces fonctions de 1995 à 2009, dans 4 hôpitaux différents. En 2009, le directeur de soins de son établissement lui propose de reprendre le service diététique en tant que cadre de santé. Il est alors diplômé de l'IFCS (Institut de Formation des Cadres de Santé) de l'Axxx. Il exercera dans différents services et notamment en chirurgie, en réanimation et en psychiatrie. Cela fait 7 ans que Christian est cadre au sein de l'EPSM et un peu plus de 2 ans qu'il a pris ses fonctions sur son poste actuel.

#### ❖ **Les compétences**

Pour Christian, il y a 3 types de compétences. Tout d'abord les compétences primaires de type socle d'études :

*« Les connaissances sont acquises pendant l'école... Ils ont acquis leurs connaissances pendant l'école, donc je n'ai pas à revenir là-dessus ».*

Par la suite, Christian évoque la notion de compétences secondaires, dites spécifiques ou techniques :

*« Après, au regard du projet de service, on a besoin de compétences spécifiques ».*

Concernant ces compétences, le cadre de santé a entière responsabilité quant à leur évaluation et il doit apporter les moyens pour les faire évoluer et les compléter :

*« Il est de la responsabilité du cadre, de les évaluer et donc de les faire acquérir. L'obligation du cadre, pour moi en tout cas, est d'apporter les moyens de ».*

L'entretien de recrutement et les entretiens individuels sont des moments clés pour faire le point et identifier les évolutions possibles. Pour Christian, les outils de montée en compétences sont les formations, les congrès, le tutorat et l'accompagnement.

Une troisième notion importante évoquée par Christian lors de notre entretien est celle de « faire-savoir », avec la capacité à s'exprimer clairement et efficacement en utilisant les canaux de communication pour mobiliser leurs compétences à des fins plus scientifiques. Christian encourage les soignants à écrire, à communiquer sur des sujets sur lesquels ils sont devenus experts :

*« Les mêmes infirmières l'acquisition des compétences, des savoirs, des connaissances elles en ont plein. Maintenant, ce que je veux, c'est qu'elles aillent plus loin. Par exemple, aujourd'hui, je veux qu'elles écrivent, je veux qu'elles publient, je veux qu'elles communiquent sur un congrès ».*

A travers cela, Christian cherche à valoriser chacun des soignants grâce à leurs compétences.

### ❖ **L'accompagnement**

Lors de notre entretien, Christian nous précise bien que *« l'accompagnement est essentiel »*. Il part du principe qu'à un moment de sa carrière, tous les professionnels ont besoin d'être accompagnés car il leur manque des savoir-faire :

*« C'est savoir faire sans être dur avec la personne qui ne va pas réussir parce qu'on est tous passés par des moments où on ne savait pas faire et il y a encore des choses qu'on ne sait pas faire ».*

Pour Christian, l'accompagnement du cadre de santé doit mettre en œuvre les conditions nécessaires pour la montée en compétences en laissant place peu à peu à l'autonomie implicite en restant sur une présence effacée :

*« Avant, c'était Christian qui parlait beaucoup, c'était entre guillemets le chef qui cause. Aujourd'hui, ce que j'attends, moi, c'est que le cadre, il s'efface. Alors, je vais avec eux mais je m'efface, parce qu'un jour, je partirai et il faut que le service reste. Donc je m'efface et elle présente devant moi ».*

Encore une fois, Christian évoque la valorisation des compétences de chacun en mettant en place des références, et en lui donnant les moyens de s'épanouir dans leur fonction :

*« ...référence, de patient, référence du circuit du médicament, référence de machin, ... Je ne leur dis pas : « Tu vas être référent de ça ! Mais est-ce que tu veux ? Pourquoi ? Comment ? Qu'est-ce que t'as besoin ? » ... Je vais leur donner toutes les billes pour, est-ce que tu as de l'appétence pour ça. ».*

Christian évoque également la notion de confiance dans son accompagnement, par contre, il s'agit ici d'une confiance construite dans le temps. Christian précise que sa confiance, il « ne la donne pas de fait ». Une fois la confiance acquise, il arrive plus facilement à déléguer et donc propose plus facilement aux professionnels de nouvelles tâches qui leur permettent de monter en compétences.

#### ❖ **Type de management**

Christian définit son type de management comme directif, mais pas au sens donneur d'ordre, mais dans un sens qui indique plutôt une direction et donc un sens, en lien avec le patient :

*« Je pense que les patients méritent que lorsqu'on parle d'eux, on propose quelque chose ».*

Il est le chef d'orchestre qui permet d'organiser et de coordonner les prises en charge des patients tout en impliquant fortement ses équipes. Il est à la fois directif dans la direction à prendre et participatif dans le questionnement à l'équipe. Christian donne l'exemple d'une réunion de concertation concernant un patient où il implique ses équipes dans les prises de décision :

*« On essaie de réfléchir mais voilà on parle d'un patient il y a la psycho, il y a les infirmières, il y a l'assistance sociale, il y a le médecin, il y a moi. Voilà la problématique c'était ça ? Ok ! Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on a besoin de faire ? Qui fait quoi ? Il y a des trucs ça sera le médecin, il y a des trucs, ça sera l'infirmière, des trucs, l'assistante sociale, la psycho et tout le monde sait. La feuille de route est tracée ».*

Enfin, il évoque à nouveau la notion de confiance, qui influe sur son type de management. Son type de management « jouera autour de la confiance toujours ». Il est dans le participatif quand il a confiance dans le retour des équipes, il a besoin de savoir que les missions confiées seront menées correctement.

#### ❖ **Le sens**

Christian définit le sens au travail comme le « sumo » d'Estelle M. Morin qui correspond à la direction, à l'orientation du sujet dans son travail : « Le sens, on va dire que c'est

le cap ». Pendant l'entretien, il revient régulièrement sur la mission confiée. Pour lui, il s'agit d'un élément fondamental du sens au travail. Un des éléments de la théorie d'Estelle M. Morin imprègne son discours : celui de l'utilité sociale du travail. Pour donner du sens aux professionnels qu'il encadre, il met en avant la raison des professionnels d'être au travail :

*« Rappelez-vous. Pourquoi on est là ? Qu'est-ce qu'on fait ? Pensez-vous que ce que vous me demandez serait allé dans le cap ? ».*

La notion de direction est importante pour Christian puisqu'avec le cap, il évoque aussi le sens en termes de « sens avant », « sens arrière »...

Pour Christian,

*« Tous les métiers ont besoin de trouver du sens, tous les professionnels dans leurs métiers ont besoin de trouver du sens pour le faire ».*

Nous pouvons mettre en lien les propos de Christian avec la théorie de Karl Emmanuel Weick sur le sensemaking où le manager doit inviter le professionnel à trouver du sens à son travail en mettant en place certaines actions le favorisant. Pour lui, « le sens appartient à chacun » mais il est du rôle du cadre de donner le cap :

- En favorisant l'autonomie de ses équipes,
- En instaurant un climat de confiance : *« Il faut s'avouer qu'on ne les a pas toutes et qu'on a besoin de s'enrichir les uns aux autres d'avoir confiance les uns aux autres »*,
- En formalisant les missions de manière pragmatique : *« Pourquoi on est là »*,
- En donnant une direction commune : *« C'est le cap »*.

Enfin, nous pourrions conclure les propos de Christian par les clés qu'il donne pour créer du sens pour les équipes : *« transparence, confiance et authenticité »*.

### 5.1.2 L'entretien avec Hercule

Hercule est un cadre de santé avec des expériences professionnelles variées. Il exerce aujourd'hui ses fonctions dans un EHPAD dépendant d'un groupe privé associatif.

L'entretien avec Hercule s'est déroulé le 17 avril à 10h30 en visioconférence via l'application Zoom. L'entretien a duré 21 minutes. La retranscription est en Annexe 4 - Entretien N°2 avec Hercule et le tableau d'analyse est en Annexe 5 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Hercule.

L'entretien s'est déroulé en visioconférence et sans caméra pour Hercule. Les échanges ont été courtois, néanmoins les conditions techniques de l'entretien, n'ont pas favorisé les échanges ni les relances. En effet, sans caméra, il est impossible d'analyser et de rebondir sur le langage non-verbal. De plus, il y a eu de nombreuses

interruptions du fait d'appels téléphoniques ou d'interpellations de son équipe durant l'entretien.

#### ❖ **Parcours professionnel**

Hercule a commencé sa carrière en tant qu'aide-soignant puis il a fait une formation infirmière et enfin, il s'est orienté vers l'IFCS en 2003. Il est diplômé cadre depuis 2004, soit 19 ans :

*« J'étais aide-soignant. Après, j'ai fait une formation infirmière et après donc j'ai été cadre de santé depuis 2004 ».*

Il a exercé ses fonctions de cadre de santé dans différents services et notamment en neurologie, cardiologie et soins de courte durée en gériatrie. Depuis 4 ans, Hercule est cadre de santé dans un EHPAD de 37 lits.

#### ❖ **Les compétences**

En EHPAD, Hercule rencontre des difficultés qui engendrent une approche différente de la notion de compétences. En effet, il est confronté à un phénomène qui pour l'instant est plus répandu au sein des EHPAD. Ce phénomène est celui des agents de soins, non diplômés qui prennent en soins les personnes âgées dépendantes :

*« C'est-à-dire que la problématique spécifique aux Ehpads, c'est que j'ai à la fois des aides-soignants et à la fois des gens qu'on appelle des agents de soins ».*

Cela impacte son discours sur les compétences. Pour Hercule, il s'agit surtout de valoriser les compétences des aides-soignantes :

*« L'enjeu en Ehpads, c'est de valoriser les compétences d'aides-soignantes (...) qui ont fait des études ».*

Récemment leurs compétences ont évolué avec le nouveau référentiel et donc le rôle du cadre de santé sera de les accompagner dans cette montée en compétences via des formations.

Une des problématiques en EHPAD sera de s'assurer que les agents de soins non diplômés, effectuant souvent les mêmes tâches que les aides-soignantes, possèdent à minima les compétences nécessaires :

*« Il faut s'assurer d'un autre côté que nos agents de soins ont les compétences minimums ».*

Nous verrons dans le chapitre suivant que cela passe par l'accompagnement de ces professionnels.

#### ❖ **L'accompagnement**

Lors de notre entretien, Hercule évoque la notion de compétences primaires, acquises en cursus de formation, mais qu'il faut réévaluer régulièrement avec l'évolution des métiers. Il donne l'exemple du nouveau référentiel aide-soignant qui nécessite un

accompagnement vers de nouvelles compétences. Hercule accompagne les professionnels en mettant en place des « *micro-formations au niveau du staff avec le médecin coo. On a fait des petits ateliers de tension, de glycémie capillaire* ». De plus, Hercule favorise la transférabilité des connaissances acquises lors des différentes formations pour permettre le maintien des compétences. Par exemple lors d'une situation d'urgence, « *l'infirmier appelait le 15 pendant que l'aide-soignante restait auprès d'elle (la résidente) pour prendre les constantes* ».

Un autre problème rencontré par Hercule, c'est le manque de temps. Pour un accompagnement de qualité, la temporalité est importante. Il y a besoin de temps pour accompagner, or ce temps est devenu progressivement une denrée rare :

« *Pour les agents de soins, l'idéal serait qu'on ait du temps, mais bon on n'en a plus* ».

Pour y pallier, Hercule essaie de détecter les compétences, les besoins en formation pendant les entretiens de recrutement en se basant sur leurs expériences professionnelles passées. Il « *essaie alors de leur proposer un temps de doublure, mais ces temps-là, ils ont plus raccourci* ». Il a pour objectif de former progressivement les professionnels en fonction de leurs carences et il « *les accompagne sur des soins spécifiques par exemple* ». Malgré le manque de temps, Hercule essaie de faire un bilan régulier avec les nouveaux arrivants, mais reconnaît que « *l'idéal ça serait bien qu'on puisse les accompagner, les former et cetera* ».

Enfin, Hercule se retrouve face à une difficulté difficilement contournable concernant la gestion des compétences de l'équipe soignante c'est le manque de motivation et d'engagement d'une partie de son équipe.

#### ❖ **Type de management**

Hercule ne définit pas clairement son type de management par contre, il donne les éléments clés de son style de management. Pour lui, une de ses caractéristiques fortes est la communication :

« *A l'heure actuelle, dans le management ce qui est primordial, c'est la communication* ».

Il évoque également l'importance de l'accompagnement afin de pouvoir donner du sens au travail :

« *Il faut vraiment les accompagner pour bien redonner du sens aux pratiques* ».

Ici, il désigne sans le nommer son rôle de cadre dans le sensemaking : permettre aux professionnels de donner du sens à leur pratique et donc à leur travail.

Pour Hercule, le management directif n'est pas adapté.

## ❖ Le sens

Spontanément, Hercule parle du sens dans son management avant que nous abordions ce sujet. Le sens a donc une place importante pour lui, car il se rapproche des valeurs communes et de l'engagement. Il souligne qu'actuellement ce socle est mis à rude épreuve. En effet certains professionnels ne voient dans leur travail qu'un moyen de subvenir à leurs besoins :

*« Ce sont des gens, ils viennent avant tout parce qu'ils ont besoin de travailler et que c'est un secteur qui est porteur en termes d'emploi ».*

Malgré ce phénomène, il est important pour Hercule de transmettre les valeurs de l'établissement à tout le personnel :

*« Donc il faut qu'on soit vigilant pour leur faire partager un minimum de choses, et de valeurs. Bien comprendre qu'ici on prend en charge des personnes et qu'on n'est pas sur une file mécanique ».*

Pour lui, il faut être vigilant au partage des valeurs pour éviter les dérives dans les prises en charge des résidents et les risques de maltraitance.

Une des manières de donner du sens est de pouvoir échanger en équipe sur les événements marquants à l'EHPAD : Hercule donne l'exemple d'une situation d'urgence qu'il débriefe avec l'équipe. Cela permet également une montée en compétences :

*« C'est-à-dire qu'en fait ce qui est ce qui est intéressant, c'est que chaque fois qu'on fait monter en compétences, après il faut effectivement qu'on rediscute des situations et derrière, on voit s'il y a peut-être des incompréhensions par exemple ».*

En favorisant la réflexivité et les échanges entre professionnels sur des situations rencontrées cela permet de prendre du recul sur leur travail, de redonner du sens et de repositionner le personnel en tant que professionnel :

*« Et là ça repositionne aussi, et ça redonne du sens parce qu'à un moment ça permet aussi au personnel donc se repositionner en tant que professionnel ».*

Hercule invoque le sens comme le cap, la direction commune à tous les professionnels :

*« Après ce qu'il faut, c'est mettre le cap sur les priorités de notre objectif. Après, c'est simplement, le sens il est là. Nous, on est là parce qu'on a des gens âgés qu'il faut accompagner au mieux ».*

Hercule termine l'entretien en souhaitant apporter une remarque concernant les projets initiateurs de sens au travail. Il précise que le cadre ne doit pas faire des projets pour lui, mais bien pour l'équipe :

*« Ce qui est important aussi, c'est de pouvoir proposer des projets qui soient en lien avec une préoccupation des soignants et puis il faut faire vivre le projet ».*

L'important dans la gestion de projet est *« d'avoir un noyau dur de gens qui soient motivés »*. Ici, la motivation est un élément important pour évoluer, monter en compétences et avoir du sens au travail.

### 5.1.3 L'entretien avec Alyce

Alyce est une cadre de santé avec un parcours uniquement en secteur psychiatrique. Elle exerce aujourd'hui ses fonctions dans un EPSM extra-hospitalier sur un CMP et HDJ (Hôpital De Jour) au sein du pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

Son entretien s'est déroulé le 19 avril à 10h30 dans un bureau des locaux du CMP/HDJ où elle exerce.

L'entretien a duré 40 minutes. La retranscription est en Annexe 6 - Entretien N°3 avec Alyce et le tableau d'analyse est en Annexe 7 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Alyce.

L'entretien s'est déroulé dans une ambiance sereine, sans interruption. Alyce a montré de l'intérêt à ces échanges et a fait preuve d'une grande attention et d'une grande disponibilité. Lors de notre entretien, toutes les notions importantes se sont entremêlées mettant en exergue l'imbrication de celles-ci.

#### ❖ **Parcours professionnel**

Alyce est diplômée infirmière depuis 1995. Durant ses études, elle souhaitait s'orienter vers la pédiatrie, mais suite à un stage elle a intégré l'EPSM au sein duquel elle exerce toujours. Son parcours est donc uniquement en secteur psychiatrique. Elle a exercé en intra et en extra-hospitalier que ce soit en secteur adulte ou en pédopsychiatrie. Elle a intégré l'IFCS d'Angers et a été diplômée en 2009 :

*« J'ai fait la formation cadre à Angers pendant un an. J'ai été diplômée en 2009 ».*

Elle a exercé ses fonctions de cadre de santé dans tous les secteurs de l'EPSM. Depuis plus de deux ans, elle occupe un poste de cadre de santé dans un CMP/HDJ.

#### ❖ **Les compétences**

Quand nous abordons les compétences lors de notre entretien, Alyce fait rapidement référence à l'expérience : *« J'ai des personnes qui ont de l'expérience »*. Pour elle, il n'est pas nécessaire que les professionnels soient spécialisés. Elle préfère l'expérience à la spécialisation :

*« Je ne veux pas qu'il y ait de spécialisations parce qu'on a quand même peu d'ados et beaucoup d'autistes ».*

L'expérience permet de transférer les compétences acquises face aux différentes situations rencontrées. Elle ajoute néanmoins que *« l'on peut être compétent et être démuné face à une situation »*. L'essentiel est dans ce cas d'en prendre conscience, de comprendre et d'avancer. Ce travail se fait grâce à l'équipe et aux expériences de chacun. Alyce rejoint ici les propos de Maela Paul qui considère que l'expérience de chacun nourrira l'autre.

### ❖ **L'accompagnement**

Pour Alyce, l'accompagnement des professionnels se fait à l'occasion des échanges pluridisciplinaires qui ont lieu pendant les réunions cliniques :

*« Alors pour moi les réunions cliniques, c'est indispensable, parce que ce sont des échanges avec toutes les équipes pluridisciplinaires ».*

Ces réunions sont l'occasion pour le cadre de santé de favoriser le questionnement, l'apprentissage et l'amélioration des pratiques grâce à la réflexion pluridisciplinaire :

*« Donc les réunions cliniques sont primordiales pour moi. C'est le lieu où on apprend et puis ce sont des situations bien particulières. On s'interroge ».*

Pour Alyce, l'accompagnement des équipes par le cadre de santé passe par le soutien, l'encouragement et la valorisation des professionnels. Elle précise la nécessité de prendre soin des équipes pour qu'elles fournissent des soins de qualité aux usagers :

*« Je les encourage, je les soutiens, je suis présente, je souris. Je me sens engagée pour ce travail-là. Donc je les valorise et sans en faire de trop non plus, parce qu'ils ne sont pas dupes. Mais pour moi, c'est important de prendre soin de l'équipe pour qu'ils prennent soin des enfants ».*

Elle favorise également la participation aux formations que ce soit internes ou externes. Elle précise que l'institution propose de nombreuses formations et congrès accessibles aux professionnels. Elle facilite la participation aux formations en aménageant l'organisation du service afin que le plus grand nombre puisse y participer. Cependant, elle nous fait part des freins auxquels elle est confrontée pour les formations qui peuvent, par exemple, perturber la vie personnelle des participants éventuels :

*« Je pense aussi, qu'ils privilégient pour le moment, leurs enfants, leur vie familiale ».*

Enfin, elle nous précise avoir de moins en moins le temps pour les accompagner dans leur montée en compétences. Elle est présente au quotidien, mais dispose de moins en moins le temps pour planifier des formations et donc pour les accompagner dans leur montée en compétences.

### ❖ Type de management

Les styles de management privilégiés d'Alyce sont le management participatif et déléгатif. Concernant son management participatif, nous avons pu voir dans ses propos précédents qu'elle invite les professionnels à participer aux réunions cliniques pluridisciplinaires et à échanger entre eux sur les différentes problématiques rencontrées. Elle les inclut dans les décisions de prises en charge et d'organisation. Pour le management déléгатif, Alyce veut responsabiliser les professionnels et instaurer un climat de confiance. Il s'agit pour elle de les accompagner dans les missions qui leur sont confiées :

*« Je délègue pas mal de choses parce que je trouve que c'est important pour eux d'avoir des responsabilités, des missions, tout en les accompagnant ».*

Le style de management qu'elle exerce le moins est le management directif. Elle nous dit ne l'utiliser qu'en dernier recours.

### ❖ Le sens

Pour Alyce, le sens se rapproche de la direction que l'on donne au travail :

*« Donc c'est le sens de leur travail et puis chercher le sens, chercher à comprendre le pourquoi, qu'est-ce qu'on fait dans un hôpital de jour ? »*

Même si elle trouve que les équipes sont en manque de sens au travail, Alyce les accompagne au mieux pour leur en donner. En effet, par les échanges, les questionnements et la réflexion, elle souhaite recentrer les équipes sur le « pourquoi » elles sont là. Elle fait réfléchir l'équipe sur la plus-value que chacun apporte :

*« J'aime bien leur poser la question : quelle est la plus-value de ce qu'on fait par rapport à un centre aéré ? Quel est notre objectif ? Qu'est-ce qu'on travaille ? »*

Alyce à travers la recherche du sens pour ses équipes les valorise. Elle peut également compter sur le soutien et l'aide de son chef de service, Dr H qui travaille beaucoup avec les équipes :

*« On a beaucoup été accompagné par le docteur H pour nous dire : notre rôle, c'est la relation, c'est travailler la relation. »*

Le sens que donne le chef du service permet d'avoir des échanges enrichissants, de s'interroger sur les pratiques professionnelles grâce aux regards croisés. Pour Alyce, c'est un levier incontestable de la montée en compétences :

*« Donc on essaie d'en parler et de mettre du sens que chacun puisse intervenir de différentes façons. C'est un levier aux montées en compétences, de s'interroger sur sa pratique ».*

Il est intéressant de noter que bien avant d'aborder la notion du sens dans notre entretien, Alyce évoque d'emblée le sens au travail et notamment la perte de sens et le non-sens dans son travail de cadre sur certaines situations :

*« J'ai travaillé sur un CMP à Mxxx et CMP Sxxx où je ne trouvais pas de sens parce que c'était 2 CMP avec des missions différentes. Un CMP et un hôpital de jour. Pour moi, ça a plus de sens (...) Je suis passée par des périodes très, très compliquées où il n'y avait pas de sens au travail ».*

Elle aurait parfois eu du mal à trouver du sens dans son travail, car les pratiques professionnelles manquaient de cohérence. Elle n'a pas senti le soutien du collectif cadre ni de la direction. Elle a alors réussi à trouver elle-même du sens à son travail à travers l'objectif pour lequel elle est sur le poste, apporter des soins de qualité auprès du public cible :

*« Le sens au travail, je le trouve à travers l'objectif pour lequel je suis là. Je suis là pour les enfants pris en charge pour leurs difficultés, pour accompagner les familles, enfin œuvrer à ça, parce que ce n'est pas moi qui le fais au quotidien. Et je reste sur ce qui m'anime. Ce qui m'anime, c'est le soin auprès de la population, l'aide qu'on peut apporter, même si c'est minime, ces enfants-là sont des futurs adultes, pour moi, c'est ça qui m'anime ».*

#### 5.1.4 L'entretien avec Richard

Richard est un cadre de santé avec un parcours uniquement en secteur psychiatrique. Il exerce aujourd'hui ses fonctions dans un EPSM en extra-hospitalier sur deux CMP et CATTP au sein du pôle de psychiatrie adulte (à mi-temps sur chacun d'entre eux).

Son entretien s'est déroulé le 19 avril à 14h dans un bureau des locaux d'un des CMP il exerce.

L'entretien a duré 49 minutes. La retranscription est en Annexe 8 - Entretien N°4 avec Richard et le tableau d'analyse est en Annexe 9 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Richard.

L'entretien s'est déroulé dans une ambiance sereine, sans interruption. Richard a montré de l'intérêt à ces échanges et a fait preuve d'une grande attention et d'une grande disponibilité. Même si Richard est impliqué dans l'entretien, ses réponses sont courtes et nécessitent des relances régulières. Il semble être en souffrance, l'entretien bien que courtois a été relativement difficile à mener.

### ❖ **Parcours professionnel**

Richard est diplômé infirmier depuis 1985. Il est issu de la formation spécifique du secteur psychiatrique, il est donc Infirmier de Secteur Psychiatrique. Il a fait la totalité de sa carrière au sein du même EPSM. Il a tout d'abord exercé en secteur intra-hospitalier puis en ambulatoire lorsque cette activité s'est développée.

Il est diplômé cadre de santé depuis 2003. Tout au long de sa carrière, il a exercé ses différentes fonctions dans le secteur adulte.

Depuis 4 ans, il exerce ses fonctions de cadre de santé sur 2 CMP de l'établissement.

### ❖ **Les compétences**

Richard précise qu'il n'a qu'une seule catégorie professionnelle à gérer :

*« Alors dans les CMP, nous n'avons en principe que des personnels infirmiers »*

Mais depuis quelques mois, il a également une Infirmière en Pratique Avancées. Elle a été formée grâce à la formation professionnelle de son établissement. Malgré la réticence de certains médecins, au sein de son service, la collaboration avec le médecin fonctionne correctement. Il a fallu l'accompagner dans sa prise de poste.

Pour Richard, même s'il stipule ne pas être dans la « vérification », il y a deux temps forts dans l'évaluation des compétences. Tout d'abord, les entretiens annuels permettent d'échanger au sujet des compétences et des évolutions professionnelles des agents. Il est intéressant de noter ici que Richard emploie le terme « d'évaluation annuelle ». L'idéal pour lui serait de refaire une « évaluation intermédiaire ». L'autre temps fort se situe au cours des réunions cliniques :

*« Les réunions cliniques, c'est très propice aussi à éventuellement cerner quelques faiblesses ».*

Concernant la montée en compétences des professionnels, Richard s'appuie sur la formation continue qui est fortement développée dans son établissement :

*« Sachant que l'établissement est très aidant en termes de formation professionnelle. Il y a beaucoup de défauts dans cet hôpital, mais pour l'instant, on préserve cette qualité, ça va peut-être être la dernière : c'est de proposer beaucoup de formations ».*

### ❖ **L'accompagnement**

Pour Richard, l'accompagnement des professionnels passe par l'écoute de leurs besoins et notamment en termes d'évolution professionnelle. Pour lui, l'accompagnement, c'est également inviter les professionnels à réfléchir sur leur carrière et leur évolution au sein de l'établissement :

*« L'évaluation, elle est annuelle, donc on peut toujours mettre un mot qui invite à réfléchir à l'évolution du projet et on en reparle nous ou le cadre qui va les revoir un an après ».*

Encore une fois, l'établissement où exerce Richard facilite la réorientation ou l'évolution professionnelle. En effet, il permet aux professionnels d'aller « en stage » dans un service pour découvrir l'environnement de travail ainsi que la spécialité afin de s'assurer que ce nouveau service leur convient :

*« Alors une chose qui est très, très bien dans cet établissement, la facilité que les agents ont à aller faire des stages. C'est même une pratique qui est encouragée. On encourage la mobilité donc on est tenu de proposer des conditions favorables à cette mobilité ».*

Concernant les formations proposées par l'établissement, il regrette cependant que les professionnels se forment, mais n'exploitent pas forcément les compétences acquises dans leur service ou pour l'établissement. Par exemple, de nombreux professionnels sont formés à la sophrologie, mais ne la mettent pas en pratique au sein de l'EPSM.

Enfin, pour Richard, un rôle primordial du cadre dans l'accompagnement de ses équipes, c'est de discerner l'essoufflement professionnel. Le cadre est là, à la fois pour éviter que les agents ne « fassent du surplace » ou ne soient pas dans « l'immobilisme » mais également pour prévenir les risques de burn-out.

#### ❖ **Type de management**

Son style principal de management semble être le management participatif puisqu'il favorise la résolution des problèmes par les agents et leur laisse une grande latitude de travail qui peut faire émerger de belles idées :

*« Je laisse au maximum de la latitude aux agents : j'aime bien la singularité sur les individus. Il y a des fois, on voit émerger des trucs bien sympas et qui peuvent être utiles ».*

Toutefois, il reste présent pour canaliser les professionnels pour qu'ils ne dépassent pas un cadre précis.

Il tient à noter qu'il n'est pas directif ni autoritaire.

#### ❖ **Le sens**

A l'évocation de la notion de sens au travail, Richard se dit d'emblée très sceptique sur le sujet. Il tient des propos très pessimistes :

*« La gestion aujourd'hui d'un établissement, d'un gros établissement hospitalier, ne laisse pas beaucoup de place à l'épanouissement ».*

*« Il est illusoire. Oui, c'est les prendre pour des cons. J'essaie à mon niveau, mais on ne peut pas leur travestir la réalité, ce sont des adultes ». (propos concernant le fait de donner du sens aux équipes)*

*« L'appareil est bloqué, le système est grippé. L'hôpital est malade ».*

Même si ces propos sont négatifs, il n'hésite pas à donner du sens aux projets individuels de ses professionnels. Dans ces cas-là, il n'hésite pas à encourager et à soutenir les agents :

*« S'il y a une place à la négociation et à défendre un projet individuel qui va servir le collectif, j'encourage et je soutiens l'agent dans la démarche. Je ne peux pas aller beaucoup plus loin ».*

Le manque ou la perte de sens au travail vient, selon lui, des difficultés de plus en plus importantes à recruter, ce qui met à mal les organisations. Il pense aussi que l'épidémie de COVID a eu un impact certain sur le sens au travail du personnel hospitalier.

Paradoxalement, Il dit trouver lui-même de l'intérêt et parfois même du sens à son travail grâce à ses équipes :

*« Mais dans ce travail, dans mon travail d'encadrement où je trouve encore du sens, grâce aux infirmières, grâce aux équipes (...) Enfin, moi personnellement, s'il n'y avait pas oui, des gens à manager, à l'écoute et intéressants, qui me font un peu confiance ».*

Malgré des propos parfois négatifs, Richard, semble néanmoins trouver du sens au travail via les projets, l'épanouissement et la confiance de son équipe.

### 5.1.5 L'entretien avec Lucie

Lucie est une cadre de santé avec un parcours professionnel riche. Elle exerce aujourd'hui ses fonctions dans un Centre Hospitalier de Proximité au service des Urgences.

Son entretien s'est déroulé le 21 avril à 10h30 dans son bureau au cœur du service. L'entretien a duré 21 minutes. La retranscription est en Annexe 10 - Entretien N°5 avec Lucie et le tableau d'analyse est en Annexe 11 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Lucie.

L'entretien s'est déroulé dans une ambiance sereine, sans interruption, Lucie avait coupé la sonnerie de son téléphone et avait prévenu ses équipes qu'elle était en entretien. Elle a fait preuve d'intérêt, d'attention et d'une grande disponibilité. Bien que l'entretien n'ait duré que 21 minutes, il a été très riche.

### ❖ **Parcours professionnel**

Lucie a été aide-soignante puis infirmière puis cadre de santé. Elle a exercé pendant 36 ans dans un Centre Hospitalier de la région parisienne puis 2 ans dans un institut de Formation en Soins Infirmiers et depuis 2019 dans un Hôpital de proximité.

Elle est diplômée cadre de santé depuis 2009 et elle a été cadre de santé aux urgences, en médecine et en Institut de formation. Elle occupe actuellement le poste de cadre des urgences de l'Hôpital de Pxxx depuis 2019. Elle part en retraite au mois de mai.

### ❖ **Les compétences**

Pour Lucie, la formation a une place très importante dans la gestion des compétences de son équipe. Elle s'emploie à faire monter en compétences les professionnels de son équipe peu importe la catégorie socioprofessionnelle :

*« J'ai fait en sorte que toutes les infirmières, au bout d'un certain temps, 2 ans à peu près, puissent bénéficier de la formation SMUR avec l'intégration et sur Pxxx et sur le CHR. Elles font un stage aussi sur le SMUR du CHR ».*

*« Alors les AS, après la spécificité, c'est qu'elles vont être toutes formées au diplôme d'ambulancier ».*

Lucie évoque par la suite les compétences secondaires. Dans un service d'Urgences avec des sorties en SMUR (Structures Mobiles d'Urgence et de Réanimation) certaines compétences spécifiques sont indispensables. Encore une fois, Lucie veille à ce que les professionnels soient formés afin de maintenir une qualité des soins :

*« Elles ont des compétences aussi sur le déchocage, sur l'accueil. Elles ont des formations pédiatrie ».*

D'ailleurs, Lucie précise que les soignants sont très demandeurs de ces formations. La motivation semble également être un levier de la montée en compétences.

Enfin, Lucie précise qu'il est important que les équipes travaillent de jour comme de nuit, afin de maintenir des compétences égales pour l'ensemble du personnel.

### ❖ **L'accompagnement**

Pour Lucie, l'accompagnement passe par la présence du cadre de santé auprès des équipes.

*« Alors déjà moi, je suis maintenant au cœur du service. Ma porte est toujours ouverte ».*

*« Je suis souvent dans le service, je vais dans les boxes régulièrement ».*

Dans son accompagnement des équipes, elle participe à l'implication de chacun afin que tous se sentent investis dans le service. Elle les responsabilise :

*« Elles ont toutes des références (...) et chacun est responsable de quelque chose dans le service ».*

Lucie met en place également des groupes de travail pour que chacun s'implique et participe activement à l'organisation du service et à la vie de l'institution.

Encore une fois, pour Lucie, la formation tient une place importante, elle permet l'accompagnement des compétences des professionnels :

*« J'essaie, dans la mesure du possible, que chaque agent est au moins une formation dans l'année ».*

Lucie valorise les soignants en leur permettant de mettre en application, dans leur service ou au sein de l'institution, les compétences acquises lors de ces formations. Il y a de ce fait, une réelle reconnaissance des compétences acquises :

*« Alors, autre chose. C'est que là, depuis l'an dernier, j'ai réussi à former des agents, il y a 2 infirmières, 2 aides-soignants et il y a 3 infirmières qui vont le faire cette année formateur AFGSU.*

*Et elles font des formations flash maintenant. Et l'idée, c'est après de faire des formations de flash aussi dans les services en lien avec l'AFGSU ».*

Enfin, Lucie insiste sur l'importance de l'accompagnement des nouveaux arrivants. Elle met en place un système de tutorat qui permet d'intégrer les nouveaux arrivants et de fidéliser les professionnels. Elle a mis en place avec son équipe des outils facilitant le travail des nouveaux arrivés :

*« L'accompagnement des nouveaux arrivants donc il y a des tuteurs de nommés qui l'accompagnent. On a mis en place aussi des fiches réflexes par rapport aux pathologies, ce qu'on doit faire ».*

#### ❖ **Type de management**

Lucie définit son style managérial principal comme participatif voire même *« paternaliste »*. Le management paternaliste est un management reposant sur l'autorité incontestée du manager, mais qui entretient une relation privilégiée avec ses collaborateurs. Ce type de management se réfère à l'image du père de famille qui veille sur sa famille donc du cadre qui veille sur le bien-être de ses collaborateurs. Le style de management qu'elle mobilise le moins est l'autoritarisme.

#### ❖ **Le sens**

D'emblée, Lucie définit le sens au travail comme le bien-être au travail. Pour elle, la qualité de vie au travail a une place importante, tout comme le sens qui lui est capital. Elle vient de créer un groupe de travail sur la qualité de vie :

*« Quand on est bien dans son travail, c'est bien forcément, on est bien on est bien dans sa peau et c'est tout de suite plus agréable pour tout le monde, pour*

*les collègues et pour soi-même, pour le patient. La qualité de vie au travail, on en parle beaucoup. Nous, on a fait un groupe de travail, on a commencé hier ».*

Elle donne du sens à ses équipes à travers plusieurs postures. Tout d'abord, elle est très à l'écoute de ses équipes et leur permet de faire des propositions de travail. Cela leur permet d'être auteurs de leur vie au travail. La valorisation de leur travail permet également de leur donner du sens :

*« Moi, je fais en sorte de valoriser toujours leur travail ».*

Enfin, grâce à la confiance qu'elle a en son équipe, Lucie lui laisse une certaine autonomie. Elle accepte les temps morts inhérents au service d'urgence :

*« Moi les moments de pause s'il n'y a personne aux urgences, si c'est calme, je leur laisse le temps de souffler ».*

Nous terminons l'entretien sur le sens au travail du cadre. Lucie a toujours trouvé du sens à son travail, mais si elle devait reprendre à travailler après son départ en retraite elle ne reprendrait pas de fonction de cadre, mais travaillerait comme infirmière. Ce n'est pas le manque de sens qui l'oriente vers ce choix, mais le poids des responsabilités que la fonction impose.

#### 5.1.6 L'entretien avec Yannick

Yannick est un cadre de santé avec un parcours uniquement en secteur psychiatrique. Il exerce aujourd'hui ses fonctions dans un EPSM en extra-hospitalier sur 3 structures différentes sur le pôle de soins spécifiques.

Son entretien s'est déroulé le 21 avril à 14h dans un bureau des locaux de l'unité de thérapie familiale et de couple où il exerce.

L'entretien a duré 59 minutes. La retranscription est en Annexe 12 - Entretien N°6 avec Yannick et le tableau d'analyse est en Annexe 13 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Yannick.

L'entretien s'est déroulé dans une ambiance sereine, sans interruption. Yannick a montré de l'intérêt à ces échanges et a fait preuve d'une grande attention et d'une grande disponibilité. Yannick a apporté des réponses avant même notre questionnement, l'entretien a été fluide.

#### ❖ **Parcours professionnel**

Yannick est diplômé infirmier depuis 2000. Il exerce depuis dans le même établissement de santé mentale. En 2007, sa hiérarchie lui propose de l'accompagner vers un projet cadre qui l'amène à intégrer la formation cadre la même année et à obtenir son diplôme de cadre de santé en 2008. Au cours de sa carrière, il a travaillé

dans de nombreux services que ce soit en intra ou en extra-hospitalier, dans le pôle de psychiatrie adulte et dans le pôle de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, mais également sur des missions transversales en tant qu'animateur qualité par exemple.

Aujourd'hui, Yannick exerce ses fonctions de cadre de santé sur le pôle de soins spécifiques, il a en charge 5 équipes spécialisées :

- Une sur le Dispositif Mobile d'Intervention en Addictologie (DIMA)
- Une sur les Thérapies Cognitives et Comportementales (TCC)
- Une sur la Psychothérapie d'Orientation Psychanalytique (POP)
- Une sur le psycho trauma
- Une sur les thérapies familiales et de couple

#### ❖ **Les compétences**

Yannick gère des professionnels aux compétences très spécifiques et très pointues. Il reconnaît donc que son rôle n'est pas de faire monter en compétences des professionnels déjà experts, mais d'être ici en soutien :

*« Ils sont experts de leur activité de soins et moi, je viens les soutenir sur des questions de logistiques de ces patients des interfaces avec le DIM ».*

*« Et moi, et bien je suis plus sur un support global de l'activité de soins. Je suis une interface avec l'établissement sur les services support ».*

Il situe également son rôle de cadre de santé en tant que « support global » et « d'interface avec l'établissement ». Il se pose en facilitateur.

Les professionnels que manage Yannick sont formés et spécialisés dans leurs domaines. Toutefois, lors des entretiens annuels, il essaie d'identifier leurs besoins en formation. Yannick nous décrit bien la soif d'apprendre de ses professionnels :

*« Les gens, ils ont aussi besoin de nourrir certaines perspectives ».*

Yannick nous spécifie que l'établissement donne les moyens de former les professionnels et que les formations sont obtenues facilement si elles sont en adéquation avec les besoins institutionnels.

Enfin, Yannick nous dit être « en difficulté » lors des évaluations sur les différents services qu'il gère du fait de leur haute spécificité. Il s'appuie alors sur les soignants tout en essayant de comprendre leur manière de procéder, il interroge le parcours de soins. Il voit un avantage à ne pas être lui-même expert des spécialités :

*« C'est l'avantage des fois quand on connaît moins la nature de l'activité, c'est que du coup on a plus des questions un peu naïves un peu profanes, mais ce sont souvent des questions un peu..... C'est un peu comme le rapport d'étonnement ».*

## ❖ L'accompagnement

Pour Yannick, la notion d'accompagnement quotidien est complexe car il a sous sa responsabilité 5 équipes différentes sur 3 sites distincts. Il note néanmoins que les réunions cliniques sont des moments clés pour l'accompagnement. Il tente malgré ses multiples casquettes de préserver ce temps qui est l'occasion d'échanger avec les professionnels sur leurs besoins et sur la prise en charge des patients :

*« On va parler des patients, et on va aussi parler aussi de ce qui est un peu périphérique aux soins, ce qui est nécessaire aux soins ».*

Hormis ce temps de réunion, par son questionnement à lui, Yannick incite les professionnels à s'interroger sur les prises en charge.

Une des manières d'accompagner les soignants, c'est de les guider dans leur évolution professionnelle et notamment dans leur montée en compétences. Il canalise les envies de développement de chacun afin d'obtenir une plus-value dans la prise en charge des patients à la suite d'une formation :

*« La formation, c'est bien que les agents se fassent plaisir, développent de nouvelles compétences, mais quel bénéfice pour le patient, quelle plus-value dans la prise en charge, comment on le mobilise de façon opérationnelle dès le retour ? ».*

Enfin, nous reprendrons ici une belle allégorie de Yannick sur son rôle d'accompagnant des équipes professionnelles :

*« Les infirmiers, ce sont « des experts », ce sont des artistes, et les psychologues aussi, je considère que je leur dois le même accompagnement. Et moi, je suis là pour enlever un certain nombre de contraintes qui vont faire qu'ils vont pouvoir se consacrer à « leur art », leur art soignant ».*

## ❖ Type de management

Yannick définit son style de management comme un management participatif. Pour lui, ce style de management serait influencé par deux éléments :

- La culture institutionnelle
- La culture personnelle, pour lui, *« on travaille tellement avec ce qu'on est »*

Il exprime la complexité d'être cadre car *« il y a autant de façons d'incarner cette fonction qu'il y a d'individus qui l'exercent »*. Yannick se remet en question en permanence :

*« Je trouve que quand on manage, on est sans arrêt en train de chercher, on est sans arrêt en train de se dire, mais là est-ce que j'ai la bonne posture, est-ce que je suis dans le vrai ? »*

## ❖ Le sens

Yannick donne plusieurs lectures à la notion de sens. Pour lui, le sens renvoie à la raison pour laquelle les professionnels sont en activité et pourquoi ils font d'une manière plutôt que d'une autre. Cela passe par des questionnements car parfois, les professionnels oublient le pourquoi :

*« Pourquoi est-ce qu'on fait comme ça ? Qu'est-ce qu'on vise quand on met un groupe thérapeutique en place ? Qu'est-ce qu'on en attend ? »*

*« Il y a le sens et puis ce qu'on renvoie en termes institution, parce qu'on est quand même là pour ses patients ».*

S'interroger sur le sens en termes de prise en charge du patient permet de mobiliser les professionnels :

*« Pour mobiliser les personnes, c'est la question du sens. Donc il faut que vous arriviez à mettre les choses en sens, à définir des objectifs ».*

Yannick associe également le sens aux valeurs professionnelles et notamment la quête de sens :

*« Sur le sens et sur cette quête de sens. Moi, j'aurais tendance à le lier, cette histoire de quête de sens sûrement avec les valeurs en fait qui nous animent alors personnelles professionnelles tout ça, c'est joyeusement imbriqué et mélangé ».*

Pour Yannick, le cadre est un « élément moteur » de donneur de sens. Il est censé être le lien entre la direction, la politique d'établissement et les équipes sur le terrain. Il nous avoue pouvoir être en difficulté parfois car il est compliqué pour lui de :

*« Devoir être moteur d'une politique ou de décisions qu'on ne comprend pas ou avec lesquelles on est en décalage pour ne pas dire en désaccord ».*

Le rôle du cadre de santé est alors de faire remonter à la direction les difficultés auxquelles il fait face. Par contre à partir du moment où il connaît les tenants et les aboutissants, Yannick peut soutenir une décision « impopulaire » auprès des équipes si par exemple cela impactait la pérennité d'un service ou de l'établissement. Ce qu'il souhaite avant tout, c'est une « information complète et transparente » :

*« Quand on me donne une mission, ou quand on me confie une commande, une demande, je veux en comprendre les enjeux, le périmètre, sinon je risque de mal le faire par défaut de compréhension de la commande ».*

## 5.2 [Analyse à la croisée des chemins](#)

Afin de mener notre analyse croisée des 6 entretiens, nous revenons sur nos différents concepts, les convergences et divergences mis en évidence lors de ces entretiens.

## 5.2.1 Retour sur le concept des compétences

Lors de nos entretiens, chaque professionnel nous a apporté des réponses assez différentes. Il semble que le service, l'environnement et le contexte dans lequel ils exercent, influencent fortement leurs approches du concept de compétences. En effet, notre travail de recherche nous a amené à interviewer des professionnels de secteurs spécifiques : 4 d'entre eux exerçaient en psychiatrie, 1 d'entre eux aux urgences et le dernier en EHPAD.

Pour 3 des cadres interrogés, les professionnels qu'ils encadrent ont des compétences spécifiques liées à leur secteur d'activité. Christian et Yannick exercent au sein du pôle de soins spécifiques tandis que Lucie est cadre de santé dans un service d'urgences et de SMUR. Leur rôle de cadre est d'accompagner leurs équipes dans des compétences spécifiques tout en leur donnant les moyens d'exercer dans les meilleures conditions possibles en leur apportant aide et soutien :

*« Et moi, et bien je suis plus sur un support global de l'activité de soins. Je suis une interface avec l'établissement sur les services support. Mais en gros, ce n'est pas moi qui vais leur dire comment ils doivent faire les soins » - Yannick*

*« Ils sont experts de leur activité de soins et moi, je viens les soutenir sur des questions de logistiques » - Yannick*

*« L'obligation du cadre, pour moi en tout cas, d'apporter les moyens de... » - Christian*

Cette notion renvoie à celle que Guy Le Boterf développe avec son concept de pouvoir-agir qui dépend du contexte dans lequel évolue le professionnel, il inclue le contexte environnemental, l'organisation du travail, le choix du management. Ici le soutien et les moyens mis en œuvre pour exercer leur profession s'apparentent au « **pouvoir-agir** ». Le cadre de santé doit faciliter l'action des professionnels compétents.

Pour 5 d'entre eux, le socle de compétence correspond aux connaissances acquises en cursus de formation. Ce sont des compétences sur lesquelles il n'est pas nécessaire de revenir. Néanmoins, ce socle doit être suffisamment solide et maîtrisé pour permettre une montée en compétences. Le problème que rencontre Hercule au sein de son établissement est le manque de professionnalisation des équipes. En effet, il fait face à un phénomène émergent ces dernières années qui l'oblige à embaucher des personnes non diplômées, avec ou sans expérience. Il s'agit pour lui de s'assurer « *qu'ils ont les compétences minimums* » pour exercer en prodiguant des soins de qualité aux patients. Pour les autres cadres de santé, le rôle du cadre va être d'évaluer

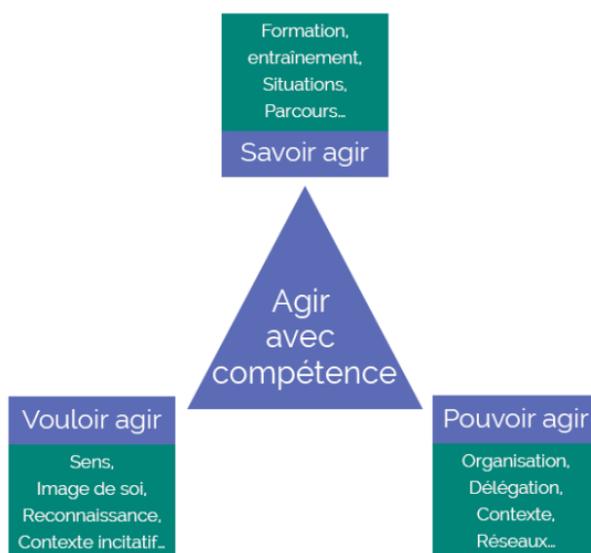
les compétences individuelles, notamment lors des entretiens annuels, mais également d'accompagner les professionnels dans leur montée en compétences en favorisant les formations. Il doit aussi les encourager à la réflexion en les faisant s'interroger sur leurs pratiques. Alyce, nous précise que même si un professionnel est expérimenté et compétent, il peut se trouver démunis face à une situation. L'importance est de favoriser le dialogue et l'écoute au sein de l'équipe, pour reprendre les propos de M. Paul qui considère que l'expérience de chacun nourrira l'autre, et que de la compétence individuelle naîtra la compétence collective. Les professionnels développeront ainsi le « **savoir-agir** ».

Christian et Hercule abordent tous les deux l'importance de la valorisation des compétences, Lucie et Alyce également, mais de manière moins implicite plutôt en donnant des exemples :

*« L'idée, c'est après de faire des formations flash aussi dans les services en lien avec l'AFGSU » - Lucie*

L'idée est ici de valoriser les compétences de chacun. Cela permet de développer la confiance en soi tout en apportant une reconnaissance du travail accompli. Cela améliore l'estime de soi. La valorisation des compétences est un des leviers du « **vouloir-agir** ». Tous ces éléments sont essentiels aux bien-être au travail des professionnels.

L'ensemble des propos regroupés donne lieu à la définition de « l'agir en compétences » regroupant le « savoir-agir », le « pouvoir-agir » et enfin le « vouloir agir ». Le cadre de santé est un réel moteur pour que les équipes puissent agir en compétences.



Enfin, il est intéressant de relever les propos de Lucie concernant un des leviers de montée en compétences des équipes, la **motivation** :

*« Elles sont très demandeuses pour ce genre de formation ».*

C'est un concept que nous n'avons pas développé dans notre cadre conceptuel et sur lequel nous reviendrons à la fin de notre analyse.

### 5.2.2 Retour sur le concept d'accompagnement

Suite à nos différents entretiens, nous confirmons ce que nous avons évoqué dans notre cadre conceptuel à savoir la complexité à définir ce qu'est l'accompagnement. En effet, chaque professionnel définit l'accompagnement des équipes de manière différente sur certains points avec malgré tout un axe commun à tous, la formation.

Tous les cadres de santé évoquent la **formation** comme un mode d'accompagnement des équipes. Grâce à l'élaboration d'un plan de formation et à la formation en elle-même, les cadres de santé accompagnent les professionnels vers de **nouvelles compétences**. Pour Lucie, Richard et Yannick, il faut que les formations suivies par le personnel soignant aient un sens pour l'équipe, le service, mais aussi pour l'institution. En effet, ils souhaitent que les professionnels puissent mettre à profit les nouvelles compétences acquises. Richard regrette par exemple que les professionnels n'exploitent pas suffisamment les compétences acquises pour leur service ou pour l'établissement. Suite à une formation initiale, Lucie a créé avec ses équipes des formations flash sur les gestes d'urgence. Enfin, Yannick, avant d'accepter une demande de formation, s'assure de la plus-value de celle-ci pour la prise en charge des patients. La formation nécessite un investissement et une implication des professionnels de santé. Elle est l'occasion de faire monter en compétences le soignant qui a suivi la formation, mais également l'ensemble de l'équipe, à travers le retour qui en sera fait pour une amélioration globale du niveau de compétences du groupe.

Pour 3 des cadres interrogés, l'accompagnement se fait également à travers les **réflexions interprofessionnelles** menées au sein des réunions cliniques :

*« Les réunions cliniques, c'est indispensable, parce que ce sont des échanges avec toutes les équipes pluridisciplinaires (...) c'est le lieu où on apprend (...) on s'interroge » - Alyce*

Yannick amène les équipes à se questionner par exemple sur leurs prises en charge :

*« Par contre, je m'autorise à essayer de comprendre pourquoi est-ce qu'on fait comme ça et essayer de saisir un peu de sens et d'interroger aussi un peu le parcours de soin ».*

Le cadre de santé **initie** la réflexion. La réflexivité dans l'accompagnement est une démarche qui consiste à se questionner sur les pratiques professionnelles et les effets qu'elles produisent. Cela permet d'analyser les situations, de prendre du recul, de se remettre en question et de mieux comprendre les besoins des patients. Cette démarche permet d'améliorer la qualité des prises en charge. Le cadre de santé joue un rôle de **régulateur** lors de ses réunions cliniques. Il accompagne les échanges interprofessionnels afin de permettre à l'équipe de prendre de la hauteur par rapport aux différentes pratiques professionnelles dans le but de s'améliorer.

Lors des échanges avec les cadres de santé, pour deux d'entre eux, il ressort que le cadre de santé doit jouer un rôle de **facilitateur** :

*« Je vais donner toutes les billes pour... » - Christian*

*« Et moi, je suis là pour enlever un certain nombre de contraintes qui vont faire qu'ils vont pouvoir se consacrer à « leur art », leur art soignant. C'est un peu prétentieux comme truc, mais je me dis que si on veut le patient ait les meilleurs soins possibles, il faut que les soins soient parasités par le moins de choses annexes et le moins de tracas possible » - Yannick*

Le cadre de santé accompagne les équipes soignantes en créant un environnement de travail favorable à la collaboration et à la qualité des soins. Il favorise l'implication des professionnels dans la prise en charge des patients. Il doit mettre en place un environnement de travail permettant à chaque professionnel d'exercer son métier de manière optimale avec le moins de contraintes possibles. Il a également un rôle de **soutien** et d'**encouragement** et de **valorisation** de son équipe :

*« Donc je les valorise, sans en faire trop (...) c'est important de prendre soin de l'équipe pour qu'elle prenne soin des enfants » - Lucie*

La valorisation, le soutien et l'encouragement sont des leviers de reconnaissance des professionnels. La valorisation est rendue possible par la confiance du cadre de santé envers ses équipes et inversement.

L'écoute et la présence apparaissent également comme des éléments clés de l'accompagnement :

*« L'accompagnement, c'est déjà l'écoute des agents » - Richard*

*« Alors déjà moi, je suis maintenant au cœur du service. Ma porte est toujours ouverte donc elles peuvent venir me voir à tout moment. Je suis souvent dans le service, je vais dans les boxs régulièrement » - Lucie*

Lors de nos entretiens, deux des cadres interviewés nous ont fait part de difficultés pour accompagner les équipes au quotidien. En effet, tous deux nous ont précisé qu'il est de plus en plus difficile d'accompagner correctement les équipes par **manque de temps** :

*« Pour les agents de soins, l'idéal serait qu'on ait du temps, mais on n'en a plus »*

- Hercule

*« Et puis moi peut-être, moins de temps aussi pour les aider à cibler, à s'orienter sur les formations continues. C'est vrai que de mon côté, je manque de temps pour ça aussi »* - Alyce

Nous avons vu dans notre cadre conceptuel que l'accompagnement professionnel nécessite du temps, et un investissement mutuel. Mais le contexte actuel ne le permettrait pas toujours pour Alyce et Hercule. Ils précisent tous les deux qu'ils sont dans l'accompagnement de leurs équipes au quotidien, mais qu'ils n'arrivent plus à les accompagner dans leur projet.

Enfin, Hercule nous fait part d'un autre frein à l'accompagnement : le **manque de motivation** des équipes :

*« Enfin le problème de la VAE, c'est que je n'ai pas beaucoup de gens qui ne sont pas forcément motivés par ce dispositif. Parce que, ben voilà, ça demande de l'engagement ».*

Les propos d'Hercule sont à mettre en parallèle avec ceux de Lucie qui nous faisait part de la forte motivation des professionnels pour participer aux formations. La motivation serait donc un levier important dans l'accompagnement des compétences des professionnels.

A la croisée des entretiens nous retrouvons les propos de R. Dufour<sup>34</sup> qui définit la pratique d'accompagnement à travers plusieurs postures. Le cadre de santé doit conduire, guider et escorter :

- **Conduire**, suggérant *« une sollicitation à la mise en mouvement »* : le cadre de santé éduque, forme et initie.
- **Guider**, évoquant l'idée d'apporter de *« l'aide au choix d'une direction »*, *« veiller à ce qu'il prenne son chemin »* : le cadre de santé conseille, guide et oriente.
- **Escorter**, faisant référence à la préoccupation de *« protéger, défendre... »* : le cadre de santé aide, assiste et protège.

---

<sup>34</sup> Renée Dufour, Diplômée en psychoéducation

### 5.2.3 Retour sur le concept du sens

Pour analyser les discours sur le sens, nous reprendrons ici les éléments apportés par Estelle M. Morin qui définit le sens au travail selon trois axes que sont la **signification** du travail, l'**orientation** que donne l'individu à son travail et la **cohérence** entre la personne et son travail. Ces trois visions du sens apparaissent dans le discours des professionnels interrogés.

Tout d'abord, le sens en tant que signification du travail comprend les représentations du travail et sa valeur aux yeux du sujet. Il s'agit de savoir quelle place les professionnels donnent au travail. Hercule nous fait part du fait que certains professionnels ne trouvent dans leur travail qu'un moyen de subvenir à leurs besoins financiers :

*« Ce sont des gens, ils viennent avant tout parce qu'ils ont besoin de travailler et que c'est un secteur qui est porteur en termes d'emploi ».*

Alyce quant à elle, nous fait part des difficultés rencontrées pour mobiliser les professionnels parfois réticents à suivre des formations car ils *« privilégient leur vie de famille »*.

Lors de 4 entretiens, les professionnels ont défini le sens par **« le cap »** ou **« la direction »**. Pour ces cadres de santé, il s'agit de centrer les professionnels sur le pourquoi de leur présence au travail, c'est-à-dire fournir une prise en charge de qualité aux patients :

*« Après c'est simplement, le sens il est là. Nous on est là parce qu'on a des gens âgés qu'il faut accompagner au mieux ».* – Hercule

*« Quelle est la plus-value de ce qu'on fait par rapport à un centre aéré ? Quel est notre objectif ? »* - Alyce

*« Rappelez-vous ? Pourquoi on est là ? Qu'est-ce qu'on fait ? »* - Christian

Pour la majorité des cadres interrogés, il est essentiel de rappeler aux équipes le pourquoi de leur présence au sein du service, la finalité de leurs actions. Il s'agit alors de recentrer les préoccupations sur la prise en charge des patients. Pour les cadres, c'est le sens prioritaire à donner aux équipes.

Enfin, le 3<sup>ème</sup> axe évoqué par Estelle M. Morin est la cohérence. Alyce nous a fait part qu'à un moment de sa carrière elle a perdu le sens à son travail car elle ne trouvait pas de **cohérence** à ce qu'elle faisait. De même, Yannick nous avoue ne pas être en capacité de soutenir ou de porter une démarche ou une orientation dans laquelle il ne trouve pas de sens car soit il ne la comprend pas, soit elle est en décalage ou en désaccord avec ses valeurs :

*« La grosse difficulté qu'on peut rencontrer par moment, c'est de devoir être moteur d'une politique ou de décisions qu'on ne comprend pas ou avec lesquelles on est en décalage pour ne pas dire en désaccord ».*

Lors de nos entretiens, 4 des cadres ont défini la posture de cadre comme une personne donnant du sens ou donnant les moyens aux professionnels de le trouver. Ainsi, Christian rappelle que :

*« Tous les professionnels dans leur métier ont besoin de trouver du sens pour le faire ».*

Les cadres de santé sont les moteurs de **donneurs de sens** en aidant les équipes à réfléchir sur leurs pratiques professionnelles pour identifier et partager un sens commun afin de travailler ensemble.

Le sens ne doit pas forcément être interpréter ici comme « le sens donné par », mais bien par la quête du sens au travail par les professionnels. Michel Bernoux<sup>35</sup> considère que « *les individus cherchent à donner un sens à leur travail et à leur vie, mais ce sens ne se trouve pas tout fait, il se construit* » (Bernoux, 2015). Il considère que les professionnels ont besoin de donner du sens à leur travail pour s'impliquer et considérer leur travail comme un « travail bien fait ». Le cadre de santé doit pouvoir imbriquer le sens donné par le salarié, celui donné par l'institution en termes de valeurs et d'objectifs et son propre sens.

Les cadres de santé utilisent différentes postures et notamment l'**écoute**, l'**échange**, la **confiance**, la **valorisation**, l'**autonomie**... Tous ces éléments influencent le sens au travail et permettent un **bien-être au travail**. En effet, pour Lucie,

*« Quand on est bien dans son travail, c'est bien forcément, on est bien on est bien dans sa peau et on c'est tout de suite plus agréable pour tout le monde, pour les collègues et pour soi-même, pour le patient. La qualité de vie au travail, on en parle beaucoup ».*

Suite à nos entretiens, nous pouvons conclure que la quête de sens est un travail complexe à entreprendre pour les cadres de santé. Même si certains professionnels ne trouvent du sens qu'à travers leur rémunération, cela ne suffit pas à leur épanouissement professionnel. Le rôle du cadre est alors de permettre, dans la mesure de son possible, de donner du sens à travers la reconnaissance, les valeurs, l'autonomie... Le cadre favorise les relations sociales entre professionnels en créant une cohésion d'équipe à travers les échanges pluriprofessionnels. Il doit être

---

<sup>35</sup> Michel Bernoux, Sociologue, docteur d'État, directeur honoraire de recherches au CNRS

rassembleur autour de valeurs communes impliquant les professionnels dans leur travail et doit insuffler le sens pour un objectif commun : la prise en charge des patients. Nous avons vu dans notre cadre conceptuel que l'étude de Deloitte de 2017 donne des exemples pour que le cadre de santé invite au sensemaking et notamment :

- Un environnement de travail épanouissant
- Une favorisation de l'autonomie en instaurant un climat de confiance et un sentiment de proximité
- Des missions ayant une utilité, une finalité
- Une direction commune dans les actions entreprises.

Le cadre de santé doit alors mettre en œuvre une stratégie managériale pour y arriver.

#### 5.2.4 Et le management...

Lors de nos 6 entretiens, 5 des cadres interrogés nous ont annoncé utiliser un style de management participatif. Un d'entre eux utilise également le style persuasif. Le cadre qui ne mobilise pas en premier lieu le management participatif est Richard. Il est d'abord directif avant d'être participatif.

Les 5 cadres mobilisant en premier lieu le style participatif n'exercent que très peu le management directif, à l'exception de situations spécifiques alors que Christian, dit « avoir horreur dans son management d'être branché sur l'affect ».

Dans notre cadre conceptuel, nous n'avons pas étudié précisément les styles managériaux. Nous allons donc faire ici, un focus sur les quatre types de management selon Rensis Likert<sup>36</sup>. Il définit quatre types de management différents :

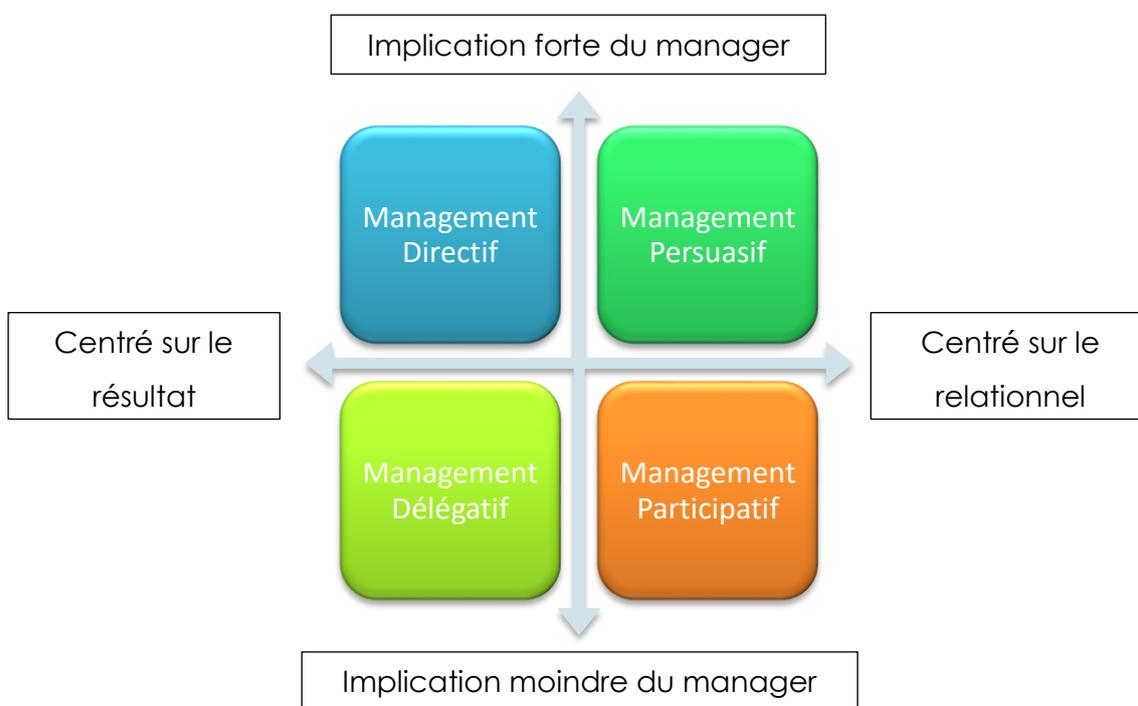
- **Le management directif** (centré sur le résultat avec forte implication du manager) qui revient à commander et à organiser. Parfois dit autoritaire, le management directif est basé sur une structure et des consignes strictes. Il limite l'autonomie, nécessite de nombreuses procédures et est basé sur un système de sanction/récompense. Toutefois, il a une efficacité certaines et obtient des résultats rapides. Par contre, il entraîne peu de motivation de la part de ses collaborateurs (problème relationnel, mal-être).
- **Le management persuasif** (centré sur le relationnel avec une forte implication du manager) qui explique, convainc. Dit parfois paternaliste, le management persuasif reste autoritaire même s'il l'est à moindre mesure que le management

---

<sup>36</sup> Rensis Likert : 1903 – 1981

directif. Il fait participer ses collaborateurs en créant un groupe autour de lui, mais il garde le pouvoir décisionnel complet. Cela permet d'avoir des équipes soudées qui ont un sentiment d'appartenance à un groupe. Par contre, ce système est peu ouvert sur l'extérieur.

- **Le management déléгатif** (centré sur le résultat avec implication moindre du manager) qui délègue et suit. Il est dit aussi consultatif, le management déléгатif repose sur la confiance du manager envers ses collaborateurs. Il nécessite une implication et une responsabilisation forte des collaborateurs dans les prises de décisions. Ce style de management permet de responsabiliser et d'impliquer les collaborateurs (bonne ambiance de travail). Il existe toutefois un risque de dérives par manque de structure vers le management « copain ».
- **Le management participatif** (centré sur le relationnel avec une implication moindre du manager) qui associe, qui dialogue. Il s'agit d'un management d'ouverture qui se base sur une relation de confiance entre le manager et les collaborateurs. Les collaborateurs sont impliqués dans les décisions et peuvent exprimer librement leurs idées et faire preuve de créativité. Le manager participatif encadre plus qu'il ne dirige. Il entraîne de la motivation et la participation des collaborateurs. Il nécessite néanmoins que chaque collaborateur soit fortement engagé et soit autonome et créateur.



Chacun, dans son propre style managérial donne du sens ou met à disposition les outils nécessaires pour trouver du sens. Finalement, il semble que pour chacun d'entre

eux il n'y ait pas un seul style managérial à privilégier, mais un mixte des différents styles afin de tendre vers un **management agile**. Ce style de management, apparu dans les années 2000 permet aux entreprises de s'adapter à leur environnement de plus en plus changeant. Le management agile est donc un management qui permet de s'adapter plus rapidement aux changements, et ainsi de gagner en efficacité. Les principes du management agile sont : anticiper, coopérer et innover. Il doit être au service du bien-être de l'ensemble des acteurs de l'entreprise que ce soient les collaborateurs, les clients, mais également les fournisseurs.

La manager agile doit pouvoir :

- Donner du sens aux missions qu'il confie à ses collaborateurs,
- Être transparent en contextualisant les informations et les décisions pour donner du sens,
- Être authentique, honnête face à ses collaborateurs,
- Savoir faire confiance, savoir déléguer et favoriser l'autonomie, mais rester proche du terrain pour accompagner les équipes,
- Être à l'écoute avec une attitude bienveillante (pas de critique ni de jugement lors des échanges avec les collaborateurs). La manager agile doit être ouvert à la réflexion et à l'innovation,
- Savoir prendre des décisions et accepter les erreurs. Le manager ne doit pas craindre de prendre les décisions qui s'imposent lors de réorganisations, de modifications de process ou de la mise en place de nouvelles stratégies. Le manager doit dédramatiser l'échec et donner le droit à l'erreur si derrière il y a une analyse de l'erreur pour éviter la répétition de celle-ci : il doit trouver un enrichissement dans l'échec.

Enfin, le management situationnel considère qu'il n'existe pas un seul type de management, mais une multitude de types de managements. Le manager doit perpétuellement s'adapter aux situations, mais également aux personnes et au groupe. L'important est de bien connaître les différents styles de management et de pouvoir les appliquer face aux situations rencontrées. Le but du management situationnel est bien entendu le développement de l'autonomie de ses collaborateurs en leur donnant les moyens d'acquérir cette autonomie.

Finalement, ces deux types de management regroupent de nombreuses notions énoncées au cours de nos entretiens avec les professionnels. Le manager doit pouvoir adapter son type de management aux situations qu'ils rencontrent et aux collaborateurs avec qui il est en lien en tenant compte de leurs personnalités, mais également de la stratégie de l'établissement. Il doit choisir en permanence entre tous

les types de management, mais surtout il doit être animé par des valeurs fortes : la bienveillance, l'écoute active, l'équité, l'anticipation, la valorisation, l'adaptabilité, l'authenticité.

Lors de nos différents entretiens, un nouveau concept a émergé au cours de nos échanges avec les professionnels, celui de la motivation. Nous allons prendre ici un peu de temps pour l'étudier.

### 5.2.5 La motivation, l'émergence d'un nouveau concept

La motivation semble être, pour les professionnels interrogés, très liée à notre thématique de recherche. La motivation serait-elle un facteur permettant le développement des compétences des soignants ?

Nous allons étudier dans ce chapitre le concept de motivation que nous n'avons que très peu évoquer lors de la construction de notre cadre conceptuel.

#### ❖ Définition

Selon le CNRTL, la motivation se définit comme « *l'ensemble des facteurs dynamiques qui orientent l'action d'un individu vers un but donné, qui déterminent sa conduite et provoquent chez lui un comportement donné ou modifient le schéma de son comportement présent* » (<https://www.cnrtl.fr>, s.d.). Nous voyons bien dans cette définition qu'il y a une notion de mouvement, d'aller vers un objectif.

Il existe de nombreuses théories sur le concept de motivation, les plus connues étant celles de Abraham Maslow<sup>37</sup> et Frederick Herzberg<sup>38</sup>. Nous allons donc étudier quelques théories.

#### ❖ La motivation selon Maslow, la théorie de la satisfaction

C'est donc A. Maslow qui fait connaître la théorie de la motivation par l'approche de la satisfaction des besoins. Il s'appuie sur les expériences d'Elton Mayo<sup>39</sup> qui avaient pour objectif de chercher les conditions d'une meilleure productivité. Cette expérience lui a permis de mettre en évidence l'importance du climat psychologique et des styles de management sur le comportement des travailleurs. La théorie de Maslow est connue à travers sa pyramide représentant la hiérarchisation des besoins

---

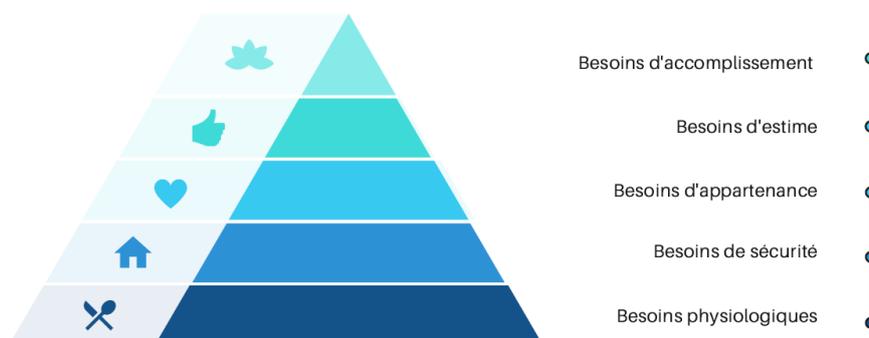
<sup>37</sup> Abraham Maslow, 1908-1970, psychologue américain humaniste, considéré comme le père de l'approche humaniste en psychologie

<sup>38</sup> Frederick Herzberg, 1923-2000, psychologue américain, connu pour ses travaux sur l'enrichissement des tâches au travail

<sup>39</sup> Elton Mayo, 1880-1949, psychologue et sociologue australien

de réalisation pour accéder à un état de satisfaction. Il classifie ses besoins en 5 groupes qui vont du besoin le plus primaire au plus complexe.

### LA PYRAMIDE DE MASLOW



Dans l'ordre, il y a :

- Les besoins physiologiques, qui correspondent aux besoins de bases : respirer, boire, manger, dormir...
- Le besoin de sécurité, qui correspond aux besoins de sécurité physique (santé) et de sécurité financière qui formeront dans leur ensemble la sécurité émotionnelle.
- Le besoin socialisation ou d'appartenance, qui correspond aux besoins d'aimer et d'être aimé et au besoin d'être en relation avec l'autre (amitié, affection, échange...).
- Le besoin d'estime de soi, qui correspond aux besoins de s'estimer et d'estimer les autres.
- Le besoin d'accomplissement. Dans son ouvrage « Devenir le meilleur de soi-même » paru en 1956, Maslow décrit ce niveau comme ceci : « *Un musicien doit faire de la musique, un artiste doit peindre, un poète doit écrire, s'il veut être heureux en fin de compte. Ce qu'un homme peut être, il doit l'être* »

L'Homme cherche d'abord à satisfaire les besoins primaires puis progressivement, les autres besoins. Selon Maslow, la satisfaction des besoins primaires est nécessaire pour atteindre la satisfaction des besoins suivants. Dès qu'un besoin est satisfait, l'individu cesse de s'en soucier et se focalise sur le besoin supérieur et tant que ce besoin n'est pas satisfait, il ne cherchera pas à atteindre le besoin suivant.

Dans la théorie de Maslow, le cadre de santé doit agir sur la satisfaction des trois derniers niveaux afin de favoriser la motivation des équipes. Il devra créer un environnement de travail permettant l'appartenance à un groupe (esprit d'équipe),

la reconnaissance du travail accompli et créer des conditions de travail favorables à l'exercice de leur métier.

#### ❖ **La théorie ERG, l'approche de Clayton Alderfer<sup>40</sup>**

La théorie ERG (Existence, Relatedness, Growth) ou en français EAC (Existence, Appartenance, Croissance) reprend la théorie de Maslow sur la hiérarchisation des besoins, mais en ne présentant que 3 groupes de besoins :

- Les besoins d'existence, qui correspondent aux besoins primaires de Maslow.
- Les besoins d'appartenance, qui correspondent aux besoins de rapports sociaux se rapprochant des besoins d'appartenance de Maslow.
- Les besoins de croissance, qui correspond aux besoins de développement personnel s'apparentant aux besoins de reconnaissance et d'accomplissement de Maslow.

Alderfer confirme la théorie de Maslow concernant la progression vers les besoins supérieurs, mais introduit également la notion de régression vers le niveau inférieur en cas de non satisfaction du besoin. L'individu qui ne pourra satisfaire un besoin, reviendra au besoin inférieur qu'il pourra aisément satisfaire.

#### ❖ **La théorie bi-factorielle d'Herzberg**

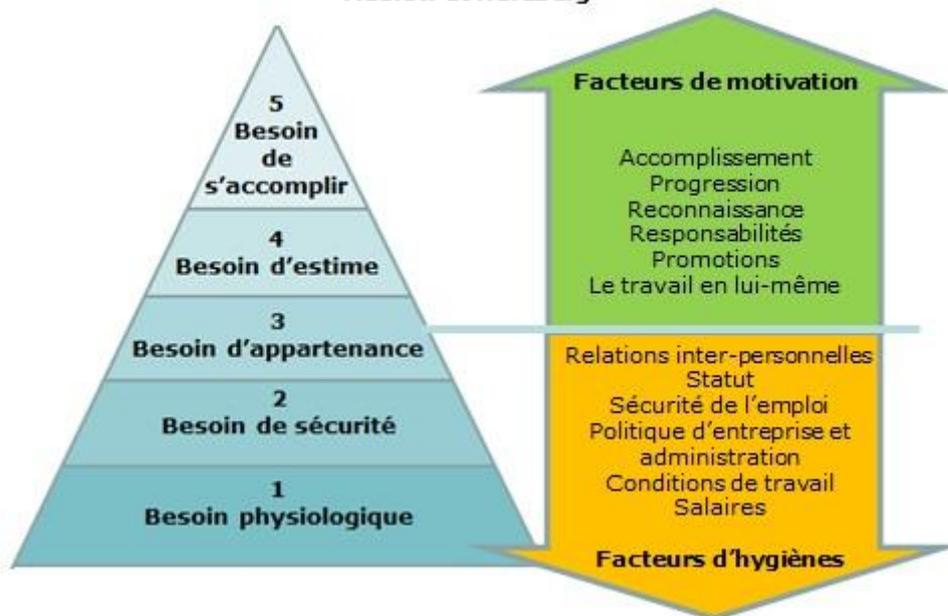
La théorie d'Herzberg distingue donc deux facteurs concernant la motivation. Il y a :

- Les facteurs « d'hygiène » ou « d'ambiance » : il s'agit des éléments extérieurs répondant aux besoins primaires des individus. Dans ces éléments, on y trouve notamment le salaire, les conditions de travail ou encore l'environnement général. Ils ne sont pas de réelles sources de motivation mais sources de satisfaction. La satisfaction de ces besoins diminuera l'insatisfaction, mais la non-satisfaction de ces besoins pourra être source de mécontentement et de démotivation.
- Les facteurs « de motivation » : il s'agit des éléments répondant aux besoins supérieurs des individus. Dans ces éléments, on y trouve notamment l'intérêt au travail, la reconnaissance et la réalisation de soi. Ils sont les seules sources réelles de motivation. Pour satisfaire ces besoins, le professionnel n'hésitera pas à s'efforcer d'atteindre l'objectif fixé, mais de surcroît le dépasser.

---

<sup>40</sup> Clayton Alderfer, 1940-2015, psychologue et consultant américain

## Maslow et Herzberg



Les théories de Maslow et d'Herzberg se rejoignent sur certains points, notamment sur les besoins primaires. Néanmoins, selon la théorie d'Herzberg, ces seuls éléments ne suffisent pas à satisfaire entièrement l'individu, ils évitent l'insatisfaction. La motivation serait alors une combinaison d'absence d'insatisfaction associée à la satisfaction.

### ❖ Le rôle du cadre

L'HAS (Haute Autorité de Santé) a élaboré en 2005 un « Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé ». Les auteurs de ce guide repèrent que l' « on ne motive pas au travail un individu, on crée les conditions pour qu'il se motive lui-même. Il n'y a pas de personnes motivées et d'autres non motivées, dans la mesure où chacun construit sa motivation à partir de ses besoins et des situations qu'il rencontre dans son environnement professionnel » (HAS, 2005). Le rôle du cadre de santé sera donc de donner un contexte favorable, les ressources et les moyens nécessaires pour les professionnels trouvent la motivation et s'impliquent totalement.

Le guide de l'HAS fait des recommandations pour que les cadres de santé puissent parvenir à créer ce contexte favorable à la motivation des équipes :

- Fixer des objectifs clairement identifiés, cela permettra une cohérence dans le travail. Il s'agira d'établir les objectifs avec le professionnel.
- Responsabiliser et déléguer, cela permet les initiatives personnelles et le développement des compétences. Il s'agira de favoriser l'autonomie pour un épanouissement professionnel et une motivation plus grande.
- Apprécier les performances individuelles et collectives, cela passe par un système d'évaluation des résultats.

- Récompenser au niveau individuel et collectif, il doit être transparent pour tous et permet un sentiment d'équité.

La motivation est donc propre à chacun et prend ses sources dans la reconnaissance du travail accompli. Le cadre devra dans la mesure du possible avoir une communication claire et transparente avec l'ensemble des professionnels de son équipe pour favoriser la motivation de ces derniers.

## 6 Discussion

Une fois la phase d'analyse terminée, nous allons pouvoir revenir sur notre question de recherche et apporter un retour argumenté.

Il sera également intéressant de mener une discussion constructive à propos de notre travail d'initiation à la recherche et de notre méthodologie de travail afin d'avoir un regard critique pour améliorer notre processus de création en mettant en évidence les limites et les insuffisances de notre travail.

Enfin, nous nous projeterons vers l'avenir en nous interrogeant sur les éléments de ce travail que nous pourrions mettre à profit dans notre future fonction de cadre de santé.

### 6.1 Retour à notre question de recherche

Après ces différentes étapes qui ont ponctué et nourri ce travail de recherche, nous pouvons revenir à la question de recherche posée initialement. Pour rappel, elle était la suivante :

**En quoi l'accompagnement du cadre de santé, par sa reconnaissance, sa valorisation et son rôle de guide du sensemaking représente-t-il un levier d'évolution pour le maintien, la montée et la transférabilité de compétences au sein de l'équipe soignante ?**

En synthèse, nous pouvons dire que nos entretiens nous ont permis de mettre en avant les leviers nécessaires à l'accompagnement des compétences professionnelles de l'équipe soignante. Les mots-clés les plus employés dans les entretiens sont les suivants : la **valorisation**, la **communication**, l'**autonomie**, la **confiance**, la **réflexivité**, l'**écoute**, la **reconnaissance**, les **valeurs professionnelles**, la **motivation**...

Ces entretiens nous ont permis d'affirmer que le cadre de santé est un des éléments moteurs du développement professionnels. Il doit favoriser la réflexivité des professionnels pour garder le sens de leurs actions et pour développer les compétences de chacun grâce à l'intelligence collective. Il doit être attentif et à l'écoute de ses équipes et doit permettre la communication en leurs seins. La montée en compétences est possible grâce aux échanges et aux réflexions interprofessionnelles, mais elle est également accessible par la formation qui s'avère être facile d'accès pour de nombreux professionnels. Le cadre de santé favorise donc la montée en compétences par un management encourageant la formation, la réflexivité et l'analyse des pratiques professionnelles.

Pour que cette démarche soit possible, les professionnels doivent trouver du sens à ses pratiques. Il ressort de nos entretiens que les cadres de santé sont des « **donneurs de sens** ». Ils donnent les moyens aux équipes de trouver du sens à leur travail. Il s'agit là d'une mission importante permettant à chaque professionnel de montée en compétences.

Enfin, nos entretiens ont permis de mettre en avant un levier important dans le management des compétences des équipes : la **motivation**. Elle permet une implication des professionnels. Elle passe en particulier par la valorisation et la **reconnaissance** et elle contribue au **bien-être** au travail.

## 6.2 Les limites et les axes d'amélioration

Ce travail d'initiation à la recherche nous a accompagné tout au long de notre année de formation. Nous nous sommes investis et avons mis du cœur à l'ouvrage. Il a été notre compagnon de route pendant ces 10 derniers mois. Nous avons tantôt fait preuve d'enthousiasme tantôt douté de nos capacités, mais nous avons réussi à finaliser ce travail.

Malgré tout notre investissement, des limites de plusieurs natures se sont présentées lors de notre travail suggérant des axes d'amélioration.

Tout d'abord, une des limites à ce travail a été la temporalité. En effet, durant ces 10 mois de formation, il a fallu mener de front la formation cadre de santé, le cursus dense de master et une vie de famille un peu perturbée. Tous ces éléments ne nous ont pas permis d'être pleinement satisfaits du résultat final qui aurait mérité une analyse un peu plus fine. Une autre limite à ce travail a été la méthodologie de recherche. Toujours en lien avec la temporalité, nous aurions souhaité pouvoir interviewer des cadres d'horizons plus variés, mais surtout des soignants (infirmiers, aides-soignants). Nous aurions ainsi pu croiser les données des cadres de santé avec ceux des professionnels. Ensuite, à l'écoute des enregistrements, nous sommes rendus compte que des relances auraient parfois pu permettre d'obtenir des informations complémentaires pertinentes pour notre analyse. A l'inverse, certaines de nos questions induisaient peut-être trop les réponses et ont, de ce fait, influencé les réponses des professionnels interrogés. Concernant l'analyse des entretiens, devant la densité des propos de certains professionnels, peut-être avons-nous manqué de pertinence dans les verbatims retenus ? Peu habitués à cet exercice, nous pourrions nous améliorer si nous devions conduire à nouveau ce type de travail.

Comme axe d'amélioration, nous souhaiterions approfondir davantage le cadre conceptuel afin de mieux appréhender toutes les subtilités de chaque concept pour obtenir un questionnement plus fin.

### 6.3 Perspectives d'avenir

Cette initiation à la recherche nous a permis de porter un regard différent sur la fonction cadre de santé. Nous avons parcouru un long chemin depuis notre arrivée à l'IFCS et ce travail nous a permis de prendre de la hauteur sur notre exercice quotidien.

Même si pendant notre exercice de faisant-fonction de cadre nous avons déjà quelques clés nous permettant de manager nos équipes, nous souhaitons dorénavant davantage apporter les moyens nécessaires pour que les professionnels trouvent du sens à leur travail. En trouvant du sens, ils seront encouragés à évoluer et à acquérir de nouvelles compétences. Les accompagner en les valorisant, en les impliquant dans des missions permettra de mettre en place une dynamique vertueuse entre sens et compétences. Lors de ce travail, nous avons pris conscience que le cadre de santé doit impulser cette dynamique. L'analyse des entretiens définit la confiance comme primordiale, cela favorise leur autonomie. Enfin, ce travail a permis de souligner l'importance de la motivation des équipes.

Lors de nos entretiens, nous avons également pu mesurer la difficulté de trouver du sens, pouvant engendrer un épuisement professionnel. Le cadre de santé se doit d'être attentif face à ce phénomène. Nous nous efforcerons d'être vigilant et de mettre en œuvre tout ce qui possible pour prévenir l'épuisement de nos professionnels de santé.

Gandhi a dit « *sois le changement que tu désires voir en ce monde* ». Nous allons donc avoir comme objectif d'être une cadre à l'écoute, performante et exemplaire pour accompagner et prendre soin de nos équipes qui pourront à leur tour prendre soin des patients.

## Conclusion

Le sens et les compétences sont des éléments essentiels que les managers doivent intégrer dans leurs pratiques au quotidien. Il s'agit de reconnaître que chaque membre de l'équipe possède des compétences et des expériences uniques, et qu'elles doivent être valorisées et exploitées afin d'atteindre un objectif commun : l'amélioration de la prise en charge des patients. Le cadre de santé doit être en mesure d'identifier et de développer les compétences des soignants, de créer un environnement de travail encourageant le développement professionnel. Il doit fournir les ressources et les outils nécessaires pour aider les soignants à développer leurs compétences. Donner du sens au travail ou aider les soignants à trouver du sens à leur travail est crucial dans les organisations actuelles. Cela permet aux soignants de s'engager et de s'investir. Ils sont alors plus motivés pour apprendre et pour améliorer leurs compétences. Cela renforce également l'identité professionnelle tout en favorisant l'appartenance à un groupe mobilisé vers le même objectif.

Il est temps maintenant de clore ce travail de recherche. Ce cheminement a été à la fois source de plaisir, mais aussi parfois source d'inquiétude et de stress imposant une remise en question perpétuelle.

Il nous semble important de préciser que nous avons éprouvé une grande satisfaction et un certain plaisir au cours de ce travail. Tout d'abord la lecture des différents ouvrages, articles, documents ou publications nous ont permis de développer notre culture professionnelle et pas à pas, d'arpenter des sentiers inattendus et passionnants. Nous avons également apprécié l'exercice de la plume, malgré les angoisses du syndrome de la page blanche qui nous ont tourmentés. Toutefois, l'écriture a vite brisé nos chaînes mentales et nourri notre âme avide de créativité. Enfin, ce travail de recherche a été comme un catalyseur, stimulant notre réflexivité nous permettant d'enrichir notre identité professionnelle. Notre mémoire nous a vu grandir mois après mois grâce à nos lectures, nos recherches, nos rencontres... Nous sortons grandis de cette expérience, prêts à affronter de nouveaux défis avec confiance et détermination.

## BIBLIOGRAPHIE

- Alami, S., Desjeux, D., & Garabuau-Moussaoui, I. (2013). *Les méthodes qualitatives*. Presses Universitaires de France.
- Avanzino, N., & Terraneo, F. (2006). Le concept de compétence en regard de l'évolution du travail : définitions et perspectives. *Recherche en Soins Infirmiers*, p. 16 à 24.
- BENEDETTO-MEYER, M., & WILLEMEZ, L. (s.d.).  
<https://www.universalis.fr/encyclopedie/entretien/>. Consulté le 04 13, 2023, sur L'entretien.
- Bernoux, M. (2015). *Sociologie du changement dans les entreprises et les organisations*. Points.
- Bonicel, M.-F. (s.d.). *Accompagner : la belle histoire*. Consulté le Janvier 25, 2023, sur <http://pedagopsy.eu/>.
- Boterf, G. L. (2008). *Construire les compétences individuelles et collectives* (éd. 4ème). Eyrolles.
- Boterf, G. L. (2018). *Développer et mettre en oeuvre la compétence*. Eyrolles.
- Bourret, P. (2006). *Les Cadres de santé à l'hôpital*. Seli Arslan.
- Charlier, E. (2022). *Dictionnaire des concepts de la professionnalisation*. Deboeck.
- Coudray, M.-A. (2004). *Le cadre soignant en éveil : La fonction d'encadrement au défi de la quête de sens*. Seli Arslan.
- Covelet, R. (2003, Mars). La familiarité du personnel gérontologique envers les résidents. *Gérontologie et Société*, 115 à 124. Consulté le 01 03, 2023
- Dares. (2021). *Conflits de valeurs au travail : qui est concerné et quels liens avec la santé?*
- Dejours, C. (1993). *Travail, usure mentale*. Bayard.
- Deloitte. (2017, Décembre). Sens au travail ou sens interdit? Pour s'interroger enfin sur le travail.
- D'Hainaut, L. (1988). *Des fins aux objectifs de l'éducation*.
- Divay, S. (2013). Cadres de santé : des encadrants de proximité au pouvoir limité. *Les professions intermédiaires*, 135 à 142.
- Dubar, C. (2000). *La socialisation. Constructions des identités sociales et professionnelles*. Armand Collin.
- Dufour, R., Beaudet, N., & Lecavalier, M. (2014). L'accompagnement pour améliorer les pratiques professionnelles en santé publique. *Santé publique*, 26, 317-321.
- Fabre, M. (1998). *Etre authentique - Donner du sens*. LPM.

- Fabre, M., & Musquer, A. (2009). Les indicateurs de problématisation. *Les Sciences de l'éducation - Pour l'Ere nouvelle*, 42, 111 - 129.
- Fray, A.-M., & Picouleau, S. (2010). Le diagnostic de l'identité professionnelle : une dimension essentielle pour la qualité au travail. *Management et Avenir*, 72 - 88.
- Fustier, P. (2014). *Les corridors du quotidien*. Dunod.
- Gramet, G. (2016). *Encadrement et coordination des soins infirmiers*. Elsevier Masson.
- HARDY, M. (2020, Septembre 9). *Qu'est-ce qu'un manager agile ?* Récupéré sur Cadreemploi.fr: <https://www.cadremploi.fr/editorial/conseils/conseils-carriere/qu-est-ce-qu-un-manager-agile>
- HAS. (2005). *Guide pour l'autodiagnostic des pratiques de management en établissement de santé*.  
<https://www.cnrtl.fr>. (s.d.). Récupéré sur [www.cnrtl.fr](http://www.cnrtl.fr).
- <https://www.larousse.fr>. (s.d.). Récupéré sur <https://www.larousse.fr>.
- Jacquet, S. (2012, Décembre 9). *Management de la motivation. Des théories au système global de la motivation*. Consulté le mai 17, 2023, sur Centre de Ressources en Economie-Gestion: [https://creg.ac-versailles.fr/des-theories-au-systeme-global-de-la-motivation-ou-vers-un-veritable-systeme-de#outil\\_sommaire\\_0](https://creg.ac-versailles.fr/des-theories-au-systeme-global-de-la-motivation-ou-vers-un-veritable-systeme-de#outil_sommaire_0)
- Le Robert - Dico en ligne*. (s.d.). Consulté le janvier 17, 2023, sur *Le Robert - Dico en ligne*: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/accompagner>
- Lefèvre, M.-F. (2011). *Le cadre de santé : une fonction en mutation*. Elsevier Masson.
- Lefèvre, M.-F. (2018). *Accompagner les professionnels de santé : regards croisés sur la supervision et le mentorat*. Dunod.
- Löwy, I. (2007). L'utopie pédagogique de Janusz Korczak. *Mouvements*(49), 104 - 113.
- Mintzberg, H. (2006). *Le manager au quotidien, Les 10 rôles du cadre*. Editions d'Organisation.
- Morin, E. M., & Forest, J. (2007). *Promouvoir la santé mentale au travail : donner un sens au travail*. HEC Montréal.
- Morin, E., & Gagné, C. (s.d.). *Donner un sens au travail*.
- Paul, M. (2002). L'accompagnement : une nébuleuse. *Education permanente*(153), 43 - 56.
- Paul, M. (2009). Autour du mot accompagnement. *Recherche et Formation*(62), pp. 129 - 139.
- Paul, M. (2015, avril). L'accompagnement : de la notion au concept. *Education Permanente*(205), pp. 21-30. Consulté le Janvier 25, 2023

- Paul, M., & Favre, M. (2017). *La démarche d'accompagnement, Repères méthodologiques et ressources théoriques*. De Boeck Supérieur. Consulté le janvier 17, 2023
- Poisson, M. (1998). *Origines républicaines d'un modèle infirmier*. Editions Hospitalières.
- Presseau, A. (2000). Analyse de l'efficacité d'interventions sur le transfert des apprentissages en mathématiques. *Revue des sciences de l'éducation*, 515-544.
- Queuniet, V. (2001). Le coaching acquiert sa légitimité. *Entreprises et carrières*(597), 12-17.
- Rivaleau, C. (2003, mai 17). *Les théories de la motivation*. Consulté le mai 2023, 2023, sur [www.cadredesanté.com](http://www.cadredesanté.com).
- Sainsaulieu, R. (s.d.). *L'identité au travail - Les effets culturels de l'organisation*.
- Singly, C. d. (2009). *Rapport de la Mission Cadres Hospitaliers*.
- TAHRI, W., & ELKADIRI, I. (2016, Septembre). Sensemaking et bien-être dans le contexte de changement organisationnel. *Question(s) de Management ?*(13), 73 - 85.
- Tardif, J. (1999). Le transfert des apprentissages. Logiques.
- Tardif, J., & Meirieu, P. (1996). Stratégie en vue de favoriser le transfert des connaissances. *Vie pédagogique*(98), 4 - 7.
- Van Campenhoudt, L., & Quivy, R. (2011). *Manuel de recherche en sciences sociales*. Dunod.

## ANNEXES

Annexe 1 – Guide d'entretien – version finale

Annexe 2 - Entretien N°1 avec Christian

Annexe 3 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Christian

Annexe 4 - Entretien N°2 avec Hercule

Annexe 5 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Hercule

Annexe 6 - Entretien N°3 avec Alyce

Annexe 7 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Alyce

Annexe 8 - Entretien N°4 avec Richard

Annexe 9 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Richard

Annexe 10 - Entretien N°5 avec Lucie

Annexe 11 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Lucie

Annexe 12 - Entretien N°6 avec Yannick

Annexe 13 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Yannick

Annexe 14 – Tableau d'analyse croisée

### **Guide d'entretiens semi directifs (réajusté après le 1<sup>er</sup> entretien)**

Je profite de notre rencontre pour vous remercier de votre accueil.

Je suis étudiante cadre de santé à l'IFCS de l'ESM à Créteil. En tant que professionnelle en formation, je suis amenée à mener des entretiens avec des professionnels de terrain pour continuer à réaliser mon travail de recherche, mon thème porte sur le rôle du cadre dans la montée en compétences de ses collaborateurs.

Je vous rappelle que cet entretien durera approximativement trente minutes, il sera confidentiel en étant exploité anonymement, vous serez seulement mentionné par une lettre de l'alphabet dans mon travail. Vous pouvez vous sentir totalement libre dans votre expression, le tout en prenant le temps de votre élocution. Il n'y a pas de mauvaise réponse, c'est votre retour expérientiel que vous allez me témoigner en tant qu'interviewé qui m'intéresse.

Comme pour tous les autres entretiens, je vous demande votre autorisation afin que je puisse enregistrer les propos de notre rencontre, dans le but de l'exploiter par la suite. Etes-vous prêt à commencer, avez-vous des questions ?

Bien, nous commençons.

<b>Thème</b>	<b>Questions initiales</b>	<b>Questions sous-jacentes</b>	<b>Indicateurs visés</b>
<b>Présentation de l'interviewé</b>	A votre tour, je vous laisse vous présenter autour de votre parcours professionnel et de vos différentes expériences significatives.		Faire mieux connaissance.  Installer l'entretien bienveillant par de l'écoute active, s
<b>Les compétences</b>	Pouvez-vous me parler de vos équipes et de leurs compétences ?	Comment détectez-vous les compétences et/ou	Amener le professionnel à verbaliser sur la

		le manque de compétence ?	notion de compétences
<b>L'accompagnement</b>	Qu'est-ce que l'accompagnement pour vous ?		Faire verbaliser le CDS sur son rôle d'accompagnant.
	Comment accompagnez-vous vos équipes au quotidien ?	Comment accompagnez-vous leur compétence ?	
<b>Type de management</b>	Quel type de management vous privilégier ?	Quel type de management mobilisez-vous le moins possible ?	Questionne le type de management privilégier au quotidien
<b>Donner du sens aux actions</b>	Aujourd'hui le fait de donner du sens est évoqué, qu'en pensez-vous ?	Pourquoi ?	Interroge sur l'importance du sens au travail pour le CDS
	Comment amenez-vous du sens ? Par quoi, amenez-vous du sens ?	Quels sont vos outils pour donner du sens ? Quelles actions mettez-vous en place pour donner du sens ?	Interroge le lien entre sens et compétences pour le CDS
	Quelle place donnez-vous au sens dans votre management ?	Pensez-vous que le management par le sens est un levier pour mobiliser les compétences ?	Interroge sur la connaissance du management par le sens

	Pour vous, y-a-t-il un lien entre sens et compétences ?	Si oui, pourquoi ?  Si non, pourquoi ?  Peut-on trouver du sens sans être compétent ?	
	Est-ce que l'institution avec ses nombreuses évolutions récentes, est suffisamment porteuse de sens pour le CDS ?		Chercher l'ouverture sur le sens au travail du CDS, nécessaire pour donner du sens aux soignants
	Souhaitez-vous rajouter ?		Laisser ouvert à d'autres réflexions. Clôturer l'entretien

Questions de relances les plus courantes :

- Pouvez-vous m'expliquer cela ?
- Pouvez-vous m'explicitiez cela ?
- Pouvez-vous me précisez ce point ?
- Pouvez-vous me donner un exemple (concret) ?
- Pouvez-vous illustrez vos propos ?

### **Remerciements**

Je suis particulièrement reconnaissant de m'avoir accordé du temps pour réaliser cet entretien et je vous remercie d'avoir contribué au travail de recherche.

Date de l'entretien : 14/04/2023 – 14h

Durée de l'entretien : 53 minutes

**Est-ce que vous pouvez vous présenter, présenter votre parcours professionnel et les différentes expériences que vous avez pu avoir durant votre carrière ?**

Avant cadre et en tant que cadre ?

Oui.

Je suis Christian. J'ai 51 ans. Carrière professionnelle, eh bien, 30 ans maintenant d'hôpitaux, alors pas que d'hôpitaux parce que je suis parti pendant un petit moment dans le privé sur une autre mission mais je suis quand même très hospitalier. Diététicien de premier métier, premier métier diététicien. J'ai fait partie de ces gens à être souvent un peu premier, premier à passer partout. Pas le premier de la classe mais le premier à passer et faire des expériences. Donc diététicien jusqu'en 2008.

Donc en gros, j'ai intégré les hôpitaux de Paris en 1995 puisque je suis sorti de l'école de diététique à 21 ans, puisque c'est plus trois, donc le bac, 3 ans, l'armée, donc c'est ça. Voilà pour situer comme ça. Donc j'ai été diététicien de 95 à 2009 à l'APHP au sein de plusieurs hôpitaux de Paris. On va dire 4 hôpitaux différents : Saint-Antoine, Saint-Louis, Avicenne, Lariboisière. Donc en moyenne je m'étais donné de bouger à peu près tous les 3, 4 ans. Pour plusieurs raisons. Diététicien c'est des métiers super intéressants parce qu'on peut faire plein de services. On peut voir aussi de la restauration, on peut voir à l'école des chaînes froides des chaînes chaudes enfin plein de choses et plein d'expériences avec des organisations différentes. Bref. 2009, le directeur des soins de Saint-Antoine me propose de reprendre le service diététique en tant que cadre de santé. Donc il me dit : « Je peux vous accompagner là-dedans si vous voulez ». Moi je lui dis cadre de santé ça m'intéresse énormément, par contre pas le service diététique, parce que à l'époque voilà étant diététicien petites équipes je ne me voyais pas gérer 5, 10 personnes. Je voulais être au cœur de l'hôpital et gérer, manager du monde. C'était ça à l'époque, en tout cas mon objectif. Mon souhait c'était de manager du monde, de voir du monde, d'apprendre avec eux, de leur apporter à la rigueur mon expérience et cetera. Et là j'ai eu un blanc, un petit peu, il me dit Christian, il y a très peu de cadres qui ne sont pas experts de leur métier.

Moi, j'écrivais beaucoup à l'époque, j'ai fait des bouquins, j'ai fait des articles, j'ai j'adorais tout ça : sur la nutrition, sur la psycho sur n'importe. Et puis je lui ai dit : « eh bien écoutez, je veux bien en tout cas faire l'expérience ». C'est-à-dire, moi, je n'ai pas de souci avec ça. Et puis ils ont réfléchi tout ça. Et déjà en 2009, il y avait des problématiques de cadres, on n'était pas beaucoup et cetera. Donc je sais que on a un poids aujourd'hui. On peut décider où on veut bosser. Et donc on avait convenu tous les deux de faire un lien, être cadre à la rigueur, mais sur un lieu où il y aurait une

notion de diététique. Vous voyez c'était comme ça. Donc la diététique y a plein de notions partout, la diabétologie, la gastro entérologie, la chirurgie et puis donc je me suis entendu avec lui. Il m'a dit oui. Alors déjà il m'avait dit « faut passer le concours et après on vous financera. Par contre vous restez chez nous et plutôt dans ce service-là ou ce service-là ». Pas de problème, en plus j'avais confiance en lui, il avait confiance en moi. Donc j'ai fait mon année scolaire, donc école des cadres plus fac de Dauphine à l'époque où nous, l'APHP, c'est ça : école des cadres, c'est la Pitié-Salpêtrière Dauphine, la fac de Dauphine avec à l'époque un master 1 en tout cas, moi j'avais choisi le master 1, économie de la santé. Je fais mon école et en revenant ; m'est proposé parce que vous savez ce qu'on propose quand tu pars et puis ce qui reste... On est d'accord. Donc m'est proposer plus la diabétologue sur lequel on s'était plutôt entendu. C'était quand même ... Mais moi je ne voulais pas aller dans un service où j'avais été diététicien. Ça c'est clair, je pense que vaut mieux être extrait de tout ça, parce qu'après quand on commence, les gens qu'on aime bien, les gens qu'on aime moins bien, machin, faut les manager de la même façon. Ce n'est pas facile. Avec un peu d'expérience on arrive un peu mieux mais ce n'est pas toujours facile. Et puis m'est proposé un poste en chirurgie. Et je dis tranquille « moi je pars ». Donc on s'entend pour faire 30 mois minimum puisque c'est ça après quand on finance et je m'engage là-dedans je dis « oui oui moi pas de problème ». Et honnêtement je me suis éclaté. A l'APHP, la chance qu'on avait, c'est que... je me rappelle à l'époque quand j'ai commencé, il y avait un cadre du matin, un cadre d'après-midi. Alors ça n'a pas duré longtemps, parce que ça a dû s'arrêter un an après. Mais au moins pendant un an, j'ai pu être tutoré. Alors j'ai apporté des choses et j'ai appris des choses et puis on est resté 30 mois comme ça. C'était bien. J'ai décidé après de faire plutôt de la réanimation. Alors pourquoi ? Moi justement je suis pour casser les clichés. Ça peut être dur, mais, je veux les casser les clichés, toujours. Je pense qu'il faut décroquer ces hôpitaux, il faut casser tous les clichés. Les gens s'ils postulent et qu'ils demandent à aller quelque part c'est qu'il y a certainement des réponses. Ils sont étayés, s'ils ont envie, il n'y a pas de problème. Il n'y a pas de bon ou mauvais parcours et il n'y a pas ceux qui sont experts encore ou pas. Je discutais toujours une bonne infirmière est-ce que ça sera... alors déjà comme infirmière il fait s'entendre. Est-ce que ça sera une bonne cadre, il faut s'entendre sur le bon, le bon je n'ai pas de souci avec ça. Donc je suis allé en réa. J'ai fait 3 ans en réa. Alors honnêtement, j'ai adoré tous ces soins techniques, toutes ces relations humaines. Là au moins on ne se posait pas la question des binômes aide-soignant/infirmière. Ça pulsait, c'était très facile pour un cadre parce que c'est très protocolé. Voilà, les équipes bossent en 12h, il y a des obligations en soignants, il en faut tant et tant. Vous voyez. Vous n'êtes pas à pleurer du personnel parce que toute façon légalement il en faut tant. Donc c'est facile. Les soins... Par contre ce qu'on attendait de moi, c'était la gestion de tout ce qui était biomédical, pharmacie, relations des familles avec les décès ... J'ai, honnêtement j'ai adoré aussi. Et puis donc ça ça emmène, ça fait 6 ans donc de cadre sur l'APHP. Et puis à un moment, à un moment, moi j'habitais toujours à Oxxx, pour la petite histoire, avec tout ça. Sur les 20 ans que j'ai passé à Paris je n'ai vécu sur Paris que 5 ans. Donc les allers-retours, les trains, les grèves, les machins, les trucs, les horaires, quand on est cadres, c'est plus tout à fait les mêmes horaires que quand on ne l'est pas, même si normalement on doit être à 35 h comme les autres, font qu'en gros je partais il était

5h30 le matin je rentrais l'était 20h. J'avais des enfants aussi à la maison une femme qui commençait un peu à... Ce n'est pas facile avec les enfants, la vie de son boulot tout ça. Donc j'ai décidé de partir, de me rapprocher. Je suis parti dans un premier temps à Blois. **A Blois, j'ai fait j'ai fait de la chirurgie.** Enfin j'ai fait de la chirurgie, moi je n'ai pas fait de chirurgie, mais j'étais cadre en chirurgie. L'objectif a été... Je suis toujours parti sur des projets. L'objectif était de... il y avait 5 services différents et l'objectif c'était de le mettre dans une seule unité avec les avantages et les inconvénients mais en fait 5 spécialités chirurgicales dans un petit hôpital de monter en compétences justement les personnels pour avoir des flux de lits sur plusieurs pathologies. J'ai aimé, mais le projet, en fait on sentait qu'on n'allait pas pouvoir le monter pour nous, justement parce que pour une infirmière c'est un peu compliqué de faire de la chirurgie thoracique, de la chirurgie vasculaire, la chirurgie ophtalmo. Vous voyez ça faisait beaucoup trop de compétences pour eux à aborder, **pour moi mettre en place avec des zones de clivage** aussi médicaux qui voulaient moi je veux mon lit d'ophtalmo, il m'en faut 3, l'autre j'en veux 10 autres. **Bien donc je commençais à arriver dans une épicerie qui me mettait un peu une épicerie.** Quand je dis ça c'est : il me faut mon infirmière, il me faut mon truc, il me faut mon machin, il me faut mon machin il me faut mon truc donc ça n'allait pas. Donc au même moment, le CH xxxx, puisque j'avais fait un stage pendant mon école de cadre. Ça, ça va vous causer. J'ai fait un stage parce qu'à l'école des cadres, c'était bien des fois de faire des stages à côté de chez nous. Donc j'ai fait un stage. J'ai plutôt bien aimé ce que je faisais mais je n'étais pas prêt à partir en psy. J'étais trop technique moi à l'époque pour le machin et puis la culture, des fois je me disais « des infirmiers ? je ne voyais pas trop ce qui faisait, beaucoup de monde autour d'un même patient ». J'avais l'habitude facile hein quand on est cadre. On va voir moi je m'occupe du lit 1 au lit 3, l'autre du lit 3 ou 5. Je sais c'est facile. Là c'est un peu des fois... donc je dis ouais, enfin je m'étais gardé ça dans le coin de la tête mais pas tout de suite et puis en **fait le CH xxxx m'appelle.** Il y avait une grosse problématique de cadre. Ça n'a pas tellement changé mais et puis, et puis voilà je me suis laissé aller pour des raisons au départ qui étaient mauvaises. C'est-à-dire pour des raisons personnelles et puis tout compte fait quand on arrive au CH xxxx en psy, si on se penche sur la question c'est intéressant et après voilà faut voir ce qu'on veut faire en projet. Et donc actuellement donc j'ai cadre, **ça fait maintenant 6 ans ici, 7 ans déjà même.** J'ai été cadre en intra. On va dire, **3 ans et demi. En unité de crise et puis après en extra filière insertion et puis là depuis 2 ans et demi je suis sur le pôle de soins spécifiques,** avec des missions on va dire que c'est vraiment le premier poste sur lequel je m'éclate en tant que cadre. C'est-à-dire la création d'une structure EMPP (Equipe Mobile Précarité Psychiatrique) donc depuis 2 ans et demi et puis après cadre de santé sur CJPA (Centre de Jour Pour Adultes Autistes). Quand je dis je m'éclate, moi aujourd'hui, au-dessus de 52 ans, ce qui m'intéresse vous voyez dans mon parcours donc ; j'ai voulu gérer beaucoup de monde, je l'ai fait. C'est à dire au début des équipes de 50 60 quand même et puis progressivement je me suis concentré sur « j'ai envie de gérer les projets » et notamment monter des choses. Ça c'est, c'est excellent. Alors je vous expliquerai pourquoi parce que vous allez sûrement me poser des questions en lien au personnel. Et voilà je suis bavard. Il faut me le dire.

Parcours atypique mais, il ne faut pas être plus brillant que les autres pour faire ce parcours-là, d'accord. Tout le monde peut le faire.

Entre deux j'avais quand même bossé. Là je ne vous ai parlé que de l'hospitalier. J'ai fait un an, avant d'être cadre justement, j'avais, j'ai une proposition pour aller bosser chez Sogeres (entreprise Sogeres). C'est une l'entreprise d'alimentation. Et j'étais, on va dire diététicien avec des missions de responsable qualité là-dessus. Donc je faisais pas mal d'audits. J'adorais moi faire des audits. Par contre les audits c'était quand on voyait une erreur c'était pour virer le personnel et ça ne me plaisait pas du tout. Donc je commençais à cacher un peu mes audits. On va dire aux gens je fais ça, fait, ça fait ça et puis après ça s'est vite mal passé avec le directeur qui trouvait qu'il n'y avait pas assez de fautes dans les audits. Donc voilà pour vous dire aussi la valeur entre public/privé. Alors je ne dis pas que le public est beaucoup plus emprunt et rempli de valeurs par rapport au privé, mais en tout cas Sogeres c'était la finance, finance à « donfe » et ça n'a pas été justement dans la gestion des collaborateurs. Parce que c'est compliqué de, moi de faire virer des gens, ça ne me plaît pas. A l'époque, j'avais 35 ans, virer des mecs de 55, non, l'âge de mes parents. Voilà juste comme ça quoi. Ça n'a duré qu'un an.

**Ok. Eh bien merci.**

**Est-ce que vous pouvez me parler maintenant de vos équipes et de leurs compétences. Voilà d'une manière générale**

Aujourd'hui, celles que je gère aujourd'hui ?

**Aujourd'hui ou même dans votre... voilà.**

**Comment vous avez abordez les compétences, comment vous avez détecté les compétences, le manque de compétences. Comment vous avec vous, votre rôle de cadre à travers ça ?**

Pour moi en tout cas, les compétences, on va dire que les **connaissances sont acquises pendant l'école**. Donc je ne vais pas vous refaire la définition de Le Boterf, qui est une définition qui est plutôt intéressante, dans les connaissances, les savoirs et les compétences qu'on sait développer et qu'on sait mettre en place partout. Pour moi déjà, **ils ont acquis leurs connaissances pendant l'école, donc je n'ai pas à revenir là-dessus**. C'est encore plus facile pour moi qui était diététicien et qui va gérer des infirmiers ou d'autres professions comme infirmier ergot soignante enfin j'ai géré quand même pas mal de monde de métiers différents. Pour moi elles sont acquises. **Après au regard du projet de service, on a besoin de compétences spécifiques et ces compétences-là, il est de la responsabilité du cadre, de les évaluer et donc de les faire acquérir**. C'est clair, moi je suis très clair avec ça. On a beaucoup discuté avec le directeur des soins, un coordinateur général à l'époque là-dessus parce qu'il me dit : « mais Franck comment en tant que diététicien, vous allez pouvoir avoir les liens attendus ». Mais quand on n'est pas du métier on a le gros avantage, c'est qu'on met le nez dans les bouquins. Donc on met le nez dans tout ce qui est formation, tout ce qui est compétences attendues. Moi à l'époque, c'était la réingéniering infirmière. Pile poil hein.

Donc eh bien, j'étais assez calé là-dessus, parce que, pas parce que j'étais meilleur que les autres, mais parce que ça m'intéressait et puis c'était un peu obligatoire. Voilà l'accompagnement des étudiants et cetera donc tout ça j'ai toujours été branché là-dessus. Pour dire à l'infirmière sa compétence c'était quoi, à l'aide-soignant c'était quoi, et puis mettre tout le monde face à ses responsabilités. Ceci dit, nous en tant que cadre, on a des responsabilités. Eh bien les responsabilités, il faut les évaluer. Par exemple, aujourd'hui EMPP, si je prends ça, (Equipe mobile précarité psychiatrique). Lorsqu'on crée ce service-là, oui toutes les infirmières n'ont pas forcément les compétences. Pourquoi ? On va sur un champ de psycho trauma, on va sur un champ de grande précarité. Précarité, psychiatrie ça nous cause quand même un peu, mais une grande précarité SDF à la rue comment on aborde ? Et surtout sur la charge sociale ? Enorme, énorme le social. C'est à dire qu'aujourd'hui moi je n'attends pas ce que les infirmières deviennent des assistantes sociales, mais que les infirmières les prennent en charge en fonction du temps social. C'est à dire qu'on ne prend pas en charge de la même façon par exemple quelqu'un qui a un psycho trauma enfin si je parle de psycho trauma, psycho trauma s'il est entre 0 et 3 mois tu ne le prends pas en charge de la même façon que quand c'est entre 3 mois et 2 ans et quand plus de 2 ans. Sur le social tu ne prends pas en charge de la même façon non plus, quelqu'un alors, prendre en charge ça ne veut pas dire qu'on ne lui propose pas la même chose, mais derrière quelqu'un qui n'a pas de papier, quelqu'un qui n'est pas qui est en situation régulière, quelqu'un qui est à la rue ou quelqu'un qui est en l'hébergement précaire ou la maison. Vous voyez.

Donc l'ethno-culture, il faut la savoir aussi. Donc il est de l'obligation du cadre, pour moi en tout cas, d'apporter les moyens de, les moyens de. Alors il y a toutes les formations, il y a tous les congrès, il y a tout, tout, tout. Mais et puis en même temps, le taf quoi. Qu'est-ce qui est attendu sur le taf que comment je fais ? Donc dans ce cas-là, c'est essentiel d'accompagner aussi les personnes et de les évaluer. En chirurgie, en réanimation ce n'étaient pas les mêmes compétences qui étaient attendues. On va dire que c'était plutôt des compétences techniques, des compétences techniques elles ne sont pas apprises à l'école. Un petit peu comme ça, mais donc c'est : étayage, comment, avec qui, trouver des gens qui savent bien faire qui vont accepter de prendre du temps avec. Alors je dis toujours j'ai beaucoup de chance moi au CHU c'était intégré, c'était intégré, nous les étudiants, c'était intégrés de les former, c'était intégré tout ça. Ça ne l'est pas forcément dans des centres qui ne sont pas universitaires, pour la bonne raison que des fois avoir des étudiants, avoir de nouveaux arrivants ça nous prend du temps, mais voilà. Tout ça c'est dans la bienveillance aussi et accepter que l'autre en face il ne sache pas forcément, et puis pour lui rentrer dedans en lui disant tu ne sauras jamais, t'es nul. Il faut savoir. C'est l'humilité. Parce que, alors pour moi, si vous me parlez de valeur et cetera c'est l'humilité, la discrétion, C'est savoir faire sans se la péter à dire je suis le meilleur et je vais te montrer. C'est savoir-faire sans être dur avec la personne qui ne va pas réussir parce qu'on est tous passés par des moments où on ne savait pas faire et il y a encore des choses qu'on ne sait pas faire. Donc en tout cas moi j'aime, j'aime recruter les gens, j'aime recruter les gens, ça c'est une vraie problématique hospitalière est-ce qu'on nous laisse recruter les équipes ? En tout cas, alors moi j'ai toujours avec les

directeurs ou les cadres sup, été sur ce versant-là. Si vous voulez que le boulot soit bien fait, faites confiance à vos cadres de proximité, laissez-les recruter des gens puisqu'eux ils savent ce qui est attendu dans le boulot et ils vont être clairs avec les personnes. J'ai eu beaucoup de chance, sur ces métiers-là, on me laisse recruter. C'est quand même mieux. Alors voilà, quand votre question au départ c'était comment vous déceliez, comment machin, là déjà ça parle du recrutement et après ça part par des évaluations régulières. Pas que l'évaluation annuelle, il faut faire des évaluations régulières. Les mettre référent de quelque chose et puis voir s'ils suivent les tableaux de bord. Moi je suis très tableau de bord. J'aime bien qu'elles remplissent les transmissions, qu'elles remplissent derrière par exemple le nombre de maraudes, qu'elles qui elles ont vu, pour qui et pourquoi et pour qu'est-ce. Je veux avoir une lecture rapide.

**Dans ce que vous m'avez dit, Vous m'avez parlé d'accompagner, donc pour vous qu'est-ce que l'accompagnement ? Comment vous le voyez comment vous le mettez en œuvre au quotidien ?**

L'accompagnement des personnes pour monter en compétence en fait ?

**L'accompagnement de manière générale, mais notamment sur l'accompagnement des compétences.**

Pour moi l'accompagnement des compétences, alors oui c'est un peu technocrate, mais moi je fais des feuilles avec qu'est-ce qui est attendu, où la personne allait et qu'est-ce que je lui mets comme axe pour qu'elle y arrive. C'est de la qualité mais alors c'est vrai que dans somatique on est très près à ça. Les attendus montrant le poste. Je ne sais pas par exemple attendu aujourd'hui au bout de 2 ans et demi sur l'EMPP avec les mêmes infirmières l'acquisition des compétences, des savoirs, des connaissances elles en ont plein. Maintenant, ce que je veux c'est qu'elles aillent plus loin. Par exemple, aujourd'hui, je veux qu'elles écrivent, je veux qu'elles publient, je veux qu'elles communiquent sur un congrès. Oui, c'est étape par étape. Je veux qu'elles intègrent des nouveaux puisqu'on grandit. Donc comment elles les intègrent, donc voilà. Il y aura des critères d'évaluation, communication. Tient par exemple on va avoir des partenaires, j'y étais encore hier. Avant c'était Christian qui parlait beaucoup, c'était entre guillemets le chef qui cause. Aujourd'hui, ce que j'attends, moi, c'est que le cadre, il s'efface. Alors, je vais avec eux mais je m'efface, parce que un jour je partirai et il faut que l'EMPP restes. Donc je m'efface et elle présente devant moi. On a la confiance maintenant au bout de deux ans et demi, on se connaît. Au début, attention, la confiance !!! Il y a des cadres qui (j'en parle souvent ça) qui donnent la confiance au départ et puis si y a un problème, c'est dur après à la maintenir. Tandis que moi je ne la donne pas de fait. C'est comme ça. Moi je ne la donne pas de fait. Ça peut être dur, mais je ne la donne pas moi, il faut me montrer. Peut-être parce que je viens du sport et le sport, c'est tu y arrives, tu n'arrives pas. Donc en fait après une fois qu'on a confiance au bout de 2 ans et demi voilà moi les gens ils parlent avec moi ils présentent. C'est bien. Donc voilà après écrits, après congrès, après référence, de patient, référence du circuit du médicament, référence de machin, parce que le cadre est par délégation il est responsable de tout mais il ne peut pas tout faire. Donc voilà moi c'est beaucoup sur ça. Que j'accompagne. Je ne

leur dis pas : « tu vas être référent de ça ! Est-ce que tu veux ? Pourquoi ? Comment ? qu'est-ce que t'as besoin ? » Voilà. Parce que parce que c'est facile pour un cadre de dire : « tiens tu t'occupes de ça et puis moi, c'est plus moi ». Non ce n'est pas comme ça que ça marche. C'est quand même moi, mais par contre je vais le donner toutes les billes pour, est-ce que tu as de l'appétence pour ça. Il y en a ils n'ont pas l'appétence. Tu ne vas pas leur donner ça.

**OK. Au niveau de de votre management, quel est le type de management que vous privilégiez au quotidien, celui à contrario que vous utilisez le moins possible ? En tout cas dans votre management au quotidien mais vraiment voilà au quotidien.**

Alors, **participatif**, il est bon de dire qu'on est dans du management participatif. Moi ce n'est pas vrai. Les gens il faut qu'ils me connaissent parce que je peux être un peu directif. **Alors directif, pas dans le sens où je donne des ordres et que je dis, (alors en psychiatrie je suis plus directif que lorsque j'étais en réa par exemple)**. Parce que j'ai l'impression, que si tu ne donnes pas, comme il y a tellement de monde qui tournent autour de la même chose, on va attendre que ce soit le copain qui fasse ou alors on a peur de faire parce que on a peur du regard de l'autre. On s'autorise moins, on s'autorise moins à faire. Quand t'es tout seul devant un patient tu fais. Quand vous êtes 4 ou 5 attends ce que ce que je vais dire ça va froisser l'autre qui est un peu grande gueule, qui est là depuis un peu plus longtemps, qui a plus d'expérience. Vous voyez ?

Aujourd'hui, je le sens moins sur l'EMPP où les infirmières sont au même niveau de présence dans l'habilité. Et puis avec... on n'est pas énorme on est 8. Donc vous voyez t'as moins peur de l'autre et tout ça, et puis il n'y a pas la guerre des équipes, des contre-équipes de tous ces machins-là qui existent et qui polluent l'hôpital. Mais je l'ai quand même au centre de jours, avec celles qui sont là depuis 20 ans, celles qui viennent de plus de 2 ans. En gros, pour revenir à la question, ça jouera autour de la confiance toujours. Management directif c'est à dire que je... Comment je fonctionne ? En général voilà je reviens d'une réunion, d'un machin avec les gens on discute d'un cas clinique n'importe quoi, moi il faut que ça sorte avec une directive. Je n'aime pas perdre du temps en fait. Vous voyez ce que je veux dire ? Et je pense que les patients méritent que lorsqu'on parle d'eux on propose quelque chose. Donc si on est sur une réunion institutionnelle avec des partenaires des machins on sait pourquoi on est venu et on sait avec quoi on va repartir. C'est à dire voilà nous on fait ça, vous vous faites ça. Comment on peut coopérer ensemble ? **Hier j'étais à une réunion, derrière ça va sortir avec un engagement et une présence. Voilà j'ai besoin de 2 personnes lundi qui ? Dans le directif j'aurais dit toi, tu viens. Là j'ai dit qui. On est aujourd'hui vendredi, j'ai dit qui ce matin. Mardi on a une réunion d'équipe, elles savent qu'elles vont me donner le qui. Si elles ne le donnent pas : pim, il y aura le qui.** Mais c'est obligatoire. Alors des fois ils me disent enfin vous êtes gling, gling, fling. Mais moi c'est Action réaction. On essaie de réfléchir mais voilà on parle d'un patient il y a la psycho, il y a les infirmières, il y a l'assistance sociale, il y a le médecin, il y a moi. Voilà la problématique c'était ça ? Ok ! Qu'est-ce qu'on fait ? Qu'est-ce qu'on a besoin de faire ? Qui fait quoi ? Il y a des trucs ça sera le médecin, il y a des trucs ça sera l'infirmière, des trucs l'assistante sociale, la psycho et tout le monde sait. La feuille de route est tracée. Et je me suis rendu compte qu'elles n'avaient pas l'habitude de

travailler comme ça, mais qu'elles aiment travailler comme ça. Ça responsabilise les gens. Alors est-ce que je suis directif ? **C'est participatif parce que je propose. Mais je suis directif à la fin.** C'est-à-dire, il faut que ce soit fait. Je n'aime pas quand ça cause tout le temps de la même chose. Je n'ai pas été habitué à ça moi. Après, je n'ai pas de honte à dire que je suis directif. Mais les gens, des fois, ont pu me dire : « il faut nous faire confiance ». Eh bien je dis je vous fais confiance, par contre je vous ai donné une mission, il y a intérêt à la faire sinon il faudra me dire pourquoi vous ne l'avez pas faite. Mais vous avez intérêt d'être armé.

### **Et du coup, à l'inverse celui que voilà j'ai utilisé le moins possible enfin le management que voilà vous gardez même s'il faut un peu de tous les managements**

Alors comment vous appellerai, je ne sais pas moi par exemple, **j'ai horreur dans mon type de management d'être branché sur l'affect.** Ce qui n'est pas simple. Je dis toujours le job de cadre : « *le plus difficile c'est de gérer ceux qu'on n'aurait pas comme ami à l'extérieur et ceux qu'on aurait comme ami.* » Et je parle bien à l'extérieur. J'ai gardé beaucoup de contact des gens que j'ai pu avoir dans mes équipes mais après.

Jamais pendant et l'affect, on peut penser que je suis un peu un bourrin un ours (ce qu'on veut) mais parce que je n'en veux pas pour moi y a pas de place aux affects. Alors il n'y a pas de place aux affects, attention. On apprécie travailler avec des gens. Mais on est dans des milieux de séduction, il ne faut pas qu'on se fasse embourber par ça. Ce n'est pas parce qu'un agent va être sympa avec nous qu'il aura ses vacances par rapport à l'autre quoi, je veux dire. Vous voyez une bonne note ou un machin mais non. Donc ça c'est difficile. C'est-à-dire que voilà je prends la parole, je fais des réunions je suis au quotidien avec les gens parce qu'il faut y être, il faut les accompagner même sans rien faire. L'accompagner au quotidien ça va être là. Je ne vais pas parler des vacances, des enfants, ça fait un peu... mais parce que voilà. Moi ça, ça ne m'intéresse pas c'est le taf, le taf, après par contre attention hein il y a une infirmière qui m'explique les difficultés sur un temps, pour plein de raisons, divorce ou maladie je ne sais pas quoi. Je ne suis pas insensible, non. On va voir et on va voir comment on peut organiser. Vous voyez. Mais sinon l'affecte au quotidien non. Et pourtant, j'aime bien les gens quand même. Non mais c'est important ça c'est plus facile en tout cas pour moi de manager comme ça.

### **Et quelle est la place du sens dans votre management ?**

**C'est ce que je vous disais. Après le sens ce n'est pas le même quand on commence quand on a 10 ans quand on a 20 ans d'expériences.** Et puis le sens il ne faut pas que ça fasse tarte à la crème. **Tous les métiers ont besoin de trouver du sens, tous les professionnels dans leurs métiers ont besoin de trouver du sens pour le faire.** Sinon, on est des opérateurs et des opérateurs ce n'est pas péjoratif de dire on peut travailler à l'usine être opérateur je n'ai pas de problème avec ça. Mais il y a des avantages aussi. L'avantage c'est que justement on ne se prend pas la tête. Dans l'humain, travailler sans sens ça me paraît compliqué. Après il y a sens, y a éthique y a philosophie. Ceux qui vont « et l'humain et fanfan » oui, il y a aussi le principe de réalité en fait il y a plein de choses qu'on aimerait faire mais qu'on ne peut pas faire. Mais le sens, pour moi en

tout cas, le sens, on va dire que c'est le cap. Toutes les équipes qu'elles soient sympas, pas sympas, pénibles, pas pénibles ont besoin d'avoir un cap. C'est-à-dire : « aujourd'hui je comprends vos difficultés. Pour y répondre on va se concentrer sur les fondamentaux on va faire ça, ça, ça et on va voir comment ça va faire ». Souvent vous avez des équipes qui vous posent une question ou en fait elle met à mal le cap. Toujours on redresse la barre : « Rappelez-vous. Pourquoi on est là ? Qu'est-ce qu'on fait ? Ok, donc vous pensez que ce que vous me demandez ça serait allé dans le cap ? Maintenir le cap ». Moi je les ai souvent comme ça quand ils disent : « Mais oui, mais là, le médecin il ne prend pas le temps, on ne peut pas faire le projet, répondre à la demande ». Eh bien je dis : « Le projet pour moi, ça peut être le cap. Quel était le cap du patient ? Redite-moi le projet ». Mais ils ne savent plus. Ben je dis donc on répond ou on ne répond pas ? Mais les projets moi je les connais, je vais vous dire c'est ça, ça, ça. Le médecin qui a pris ça comme décision ça va peut-être faire un peu ça, mais on va reprendre ça. Mais ce n'est pas faire ça faire marche arrière. Le cap, le sens pour moi c'est le cap. C'est pourquoi je suis là, qu'est-ce que je fais et comment je le fais, est-ce que j'ai les moyens de le faire. Si vous rentrez trop dans la philosophie, oui, mais machin gnanngnan. Ça c'est du violon, on n'a pas de temps à perdre avec ça.

### **Et du coup, est-ce que pour vous le management par le sens c'est un des leviers pour la montée en compétence, le maintien en compétences ?**

Eh bien, il faut définir le sens. Il faut que tout le monde ait le même sens. Vous voyez, quand je vous parle du cap, il y a aussi le mot sens, sens avant, sens arrière, sens gauche, sans ce droit. Le sens, parce qu'on n'a pas tous forcément si on parle sens, objectif, on n'a pas forcément toutes les mêmes raisons d'aller au travail, dans le même sens. Alors sans parler qu'il y en a c'est pour l'alimentaire ou pas hein ce n'est pas ça la question du sens du travail. Il y en a, ils vont au travail, fonction publique hospitalière, parce qu'ils ont un engagement public, citoyen. Il y en a parce qu'ils sont sûrs d'avoir leur salaire, parce qu'ils savent qu'ils peuvent avoir des besoins en formation, des montées dans les échelons, des accès à d'autres professions. Enfin voilà. Ça c'est des sens, sens général. Moi, le sens avec mes équipes, l'objectif c'est le sens du travail sur la mission qui nous est confiée. Donc l'EMPP, mission confiée : C'est : Les personnes en extrême précarité SDF ou de demandeurs d'asile, de leur donner un droit d'accès aux soins. Le sens il est là. Comment je fais pour faire ça ? Alors des fois on va me dire mais monsieur xx, on n'est pas assez, on n'a pas assez de voitures nani nana. Et j'entends. Mais le sens ? Est-ce qu'avec une voiture on aura un meilleur sens ? Le sens pourquoi on est là ? Répondre à la précarité donc une fois qu'on est tous cohérents là-dessus il y a plus de problèmes. Donc ça c'est un management de sens.

### **Et vous faites comment ? Comment faites-vous passer à vos équipes tout ça enfin ce sens-là ? Avez des outils, des méthodes, hormis de se recentrer sur le patient. Mais à un moment donné, c'est des fois compliqué de faire passer ce message-là. Voilà est-ce que vous avez vos méthodes à vous ?**

Alors ma méthode qui peut des fois ne pas plaire à mes directions, hein on est d'accord ou à mes supérieurs. Ce n'est pas grave c'est la mienne. C'est la transparence. Il y a des choses que les équipes n'ont pas besoin de savoir, la difficulté

que l'on a recrutée, ils doivent le savoir. La difficulté qu'on a à obtenir les choses, ils doivent le savoir. Après il y a des trucs un peu plus tant que ce n'est pas officiel, moi je ne dis jamais rien. Mais sinon le sens du travail là par exemple à l'EMPP on est en difficultés avec certains partenaires, les conventions tout ça. Ils savent que je travaille par exemple avec les partenaires. Mais je ne les intègre pas tout de suite dans la conversation parce que j'ai besoin de parler avec leur chef de service, avec leur directeur. Des fois ils aimeraient bien venir, oui il faut qu'on vienne, parce que nous il faut qu'on dise. Je dis ayez confiance en moi, je relève ce que vous avez dit mais je travaille tout seul là-dessus en sous-marin et non, non, ne vous inquiétez pas on va avancer. Vous voyez transparence avec les équipes, au maximum, présence. J'ai souvent été, je me suis rendu compte de ça plus tu as des équipes grandes, plus tu as besoin de te fermer des fois dans ton bureau pour être un peu ffou, parce que les demandes, ça fuse tout le temps entre les équipes du matin, les équipes d'après-midi, les équipes de nuit, les machins. J'ai rendu compte que gérer par exemple 50 60 personnes, c'e n'est pas forcément que c'est difficile, mais en tout cas c'est usant. Et avoir les mêmes discours à 60 personnes ce n'est pas simple. Tu ne les vois pas tous en même temps. La transparence elle n'est pas toujours simple les équipes qui se ne se voient pas, c'est plus facile de gérer des équipes en 9h 17h qu'on les voit tout le temps et la présence elle est permanente avec l'ensemble. Alors que l'équipe du matin, il faut répondre à leur demande, l'équipe d'après-midi il faut répondre à leur demande, l'équipe de nuit par mail où y aller aussi. C'est compliqué mais voilà donner du sens c'est beaucoup plus facile quand on est sur des petites équipes parce qu'on est présent et ils nous voient. Après il y a le rôle avec le médecin et tout ça aussi. Que ce soit sans le même sens aussi.

Pour moi leur confiance aussi mais pas à priori. Pour moi c'est confiance et il faut aussi les laisser respirer un peu. C'est ça l'avantage aussi, je suis cadre sur deux unités. Un jour sur deux ils respirent. Mais ce n'est pas grave, ils aiment bien m'avoir sur le dos. Mais en tout cas transparence, confiance, alors après, authenticité. C'est des mots ça qui reviennent. Ce n'est pas toujours simple.

**Et pour faire le lien entre les 2 propos. Vous quel lien vous faites entre le sens et les compétences ? Est-ce que vous est-ce que vous voyez un lien déjà ? Et si oui quel lien et sinon...**

Une fois qu'on a défini le sens, c'est-à-dire le sens du travail, pour moi le cap, les missions, automatiquement on se regarde tous c'est ce que je dis aux équipes quand on créé l'EMPP, je leur ai dit « Voilà. On vient d'univers différents, on va tous se mettre à poil, en gros, et puis on va tout se dire avec tous nos niveaux, nos parcours, qu'est-ce qu'on attend de nos missions ? » ? C'est une grande chance quand vous arrivez dans un truc à construire. Vous n'allez pas pouvoir le vivre dans une unité qui marche depuis 20 ans. Mais ceci dit, la question est là c'est facile quand on est une équipe que l'on créé parce que voilà on entre sens et compétences entre cap et compétences, il faut s'avouer qu'on ne les a pas toutes et qu'on a besoin de s'enrichir les uns aux autres d'avoir confiance les uns aux autres mais de se mettre à nu pour dire : « moi au regard par exemple des situations je ne suis pas en compétence ». Quand j'ai recruté sur l'EMPP, j'ai recruté une fille qui avait fait psycho trauma une fille

qui est justement en CUMP, j'imaginai bien qu'on allait avoir ces choses-là. Elle, elle avait des compétences là-dessus, par contre elle m'a dit moi et les autres étaient d'accord avec ça parcours migratoire, assistante sociale rien. Il faut se l'avouer c'est déjà une première chose. Parce que ce n'est pas le diplôme quand on sort infirmier bac +3 maintenant, ça y est tout est bon. Sur le terrain qu'est-ce qui manque **donc il faut être déjà en capacité d'être humble de réfléchir et de se dire qu'est-ce qu'il manque**. L'avantage dans cette équipe, c'est qu'on se le dit, on se forme, puisque derrière là on se forme les uns aux autres, parce que ceux qu'on des DU, ceux qui n'en n'ont pas et puis on fait des on fait beaucoup de formations en équipe, donc ça c'est bien. Pour essayer justement d'être au même niveau. Après, il y a les formations qu'on fait mais faire des formations il y en a plein, qui bouffent toutes les formations ce n'est pas pour ça qu'ils les réinvestissent, qu'ils les réexploitent. Moi à chaque fois qu'il y a des gens qui vont en formation, **il y en a une qui a fait un DU là, je demande régulièrement à ce qu'elle me dise où elle en est qu'est-ce qu'elle retient, quel universitaire elle a vu, qui lui a appris des choses et cetera. L'objectif ce n'est pas de la fliquer, de lui dire que, mais c'est qu'est-ce que tu peux, comment tu peux nous renvoyer ça. C'est le partage des compétences**. Sens, compétences, il y a un lien. Mais par contre, il faut définir le sens. Les compétences que la formation est un outil pour monter les compétences, mais pas que la formation. Les rencontres avec les partenaires les l'expérimentation au quotidien même, c'est-à-dire lors d'une consultation avec un collègue ou avec un père par exemple. Ah oui t'as fait comme ça je n'avais pas pensé. Je vois que ça marche, tiens j'essaierai. Voilà, on n'est pas un métier on sait tout. Donc ça par contre oui et l'objectif toujours, c'est où je veux aller. Avant un entretien je demande toujours, quand je suis là, ok vous voyez, c'était pourquoi l'objectif rappelez-moi, d'accord. Et à la fin de l'entretien, alors l'objectif ? On y est, on n'y est pas, on ne sait pas. Et c'est intégré.

### **Est-ce que vous avez des choses à rajouter, vous souhaitez rajouter d'autres choses ?**

Par rapport au management par faut pas vouloir copier un style. Il faut utiliser celui qui vous correspond. Après dire que ça en fonction des situations, oui et non. Moi j'utilise un peu toujours la même parce que c'est celui qui nous va. Mais c'est un beau métier de management. J'interview des gens dans le sport sur le management, il faut le réévaluer, il faut l'innover, il faut se le réinventer il faudra se le réapproprier, ça dépend aussi des gens qui ont en face.

### **Et quand on parle de de sens est-ce que vous en tant que cadre de santé dans les dans le contexte actuel assez compliqué quand même au niveau des institutions avec les injonctions contradictoires et ce que vous arrivez quand même toujours vous à trouver un sens ?**

Sinon, je ne serais plus là. Il y a 2 manières de regarder la vie. Positive négative le sens oui ou alors on entend tous ces trucs là je ne rentre pas là-dedans. J'ai perdu du sens, les soignants il y en a de moins parce qu'ils ont perdu le sens pfffou. **Le sens, il appartient à chacun. Moi aujourd'hui par exemple, j'ai la chance de faire un métier qui me plaît. Je ne suis pas contraint. On me laisse trouver mon sens**. On ne donne pas ma carte de route. Moi l'EMPP, je l'ai créé, j'ai écrit le projet donc j'ai donné le sens que je voulais lui ai donné. Est-ce que celui de derrière il pourra s'autoriser de faire un

virage à gauche. Moi je m'en fous. Il trouve son sens. **Par contre il faut vraiment nos hiérarchies aient confiance en nous et nous laisse garder le sens. Je perdrais le sens si je devenais un opérateur.**

**Si on vous disait, votre feuille de route c'est ça.**

Oui. Les infirmiers qui perdent le sens je pense que, alors, je peux être dur, mais c'est ceux qui ne ceux sont pas saisis d'une marge de manœuvre. On a toujours une marge de manœuvre. On peut être source de propositions. Ça ne va pas toujours être accepté, on peut faire un peu on nous a dit là mais je peux faire un peu là hein. Non mais je veux dire vous voyez c'est trop facile de dire j'ai perdu le sens on ne laisse pas faire ce que je veux. Oui mais c'est normal, moi, on ne me laisse pas faire ce que je veux non plus tout le temps. **Mais on a quand même une marge de manœuvre pour au moins faire un peu ce qu'on veut. Vous voyez, c'est trop facile de se victimiser, trop facile.** Dans tous les métiers et puis surtout dans une ambiance où on entend toujours la santé ne va pas bien, ça a un coût... Bon ça on va arrêter, on va se remettre sur les fondamentaux et il y a quand même des choses qui marchent. Il y a des choses qu'on peut faire bien marcher donc on va faire. A CH xxxx par exemple, vous savez, j'ai un patient à la rue, je vois qu'il ne va pas bien, il faut que je le fasse hospitaliser, je vais au CPAU et là on me dit il n'y a pas de place. Eh bien non. Si je l'emmène enfin je, l'EMPP l'emmène, c'est que on a fait notre autoévaluation, on a des critères on les montre et puis derrière on n'a pas entendu là ça me fait perdre le sens. Mais moi ça ne me le fait pas perdre parce qu'on fait bien le travail en amont et voilà. Faites-nous confiance. **Un directeur qui va intégrer dans des roulements de garde plus des cadres, mais des infirmiers, ça me fait perdre le sens.** Ça me fait perdre le sens parce que je me dis qu'on va les mettre en difficulté ces infirmiers. Et puis pourquoi joue un cadre pourquoi un jour un infirmier ou toujours un infirmier. On arrête. Vous voyez des techniciens administratifs même. Je m'en fous moi. **Mais on parle plus de soins du coup. Vous voyez. Ça, ça va me faire perdre le sens. Mais ça ne me fera pas perdre la foi.**

Annexe 3 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Christian

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation	Personnelle	Je suis Christian. J'ai 51 ans	Diététicien de formation Ancienneté 30 ans dont 14 ans de CDS Parcours CDS : chirurgie, réa, chirurgie, psychiatrie Ancienneté sur l'établissement actuel :7 ans Ancienneté sur le poste actuel : 2 ans et demi
	Professionnelle	Diététicien de premier métier jusqu'en 2008 : de 95 à 2009 30 ans de métier 4 hôpitaux différents 2009, le directeur des soins de Saint-Antoine me propose de reprendre le service diététique en tant que cadre de santé. Et puis m'est proposé un poste en chirurgie ... on est resté 30 mois comme ça	
	Parcours CDS	J'ai décidé après de faire plutôt de la réanimation. J'ai fait 3 ans en réa. A Blois, j'ai fait j'ai fait de la chirurgie Le CH xxxx m'appelle, ça fait maintenant 6 ans ici, 7 ans déjà même 3 ans et demi. En unité de crise et puis après en extra filière insertion et puis là depuis 2 ans et demi je suis sur le pôle de soins spécifiques	
Compétences	Repérage	Les <b>connaissances</b> sont acquises pendant l'école. Ils ont acquis leurs <b>connaissances</b> pendant l'école, donc je n'ai pas à revenir là-dessus. Après au regard du projet de service, on a besoin de <b>compétences spécifiques</b> et ces <b>compétences-là</b> , il est de la <b>responsabilité</b> du cadre, de les évaluer et donc de les faire acquérir.	Notion de compétences « primaires » de type socle d'étude et notion de compétences « secondaire/spécifiques / techniques » où le cadre à une <b>responsabilité</b> d'évaluer et d'apporter les moyens. 3 <sup>ème</sup> notion de compétence dans le « faire-savoir ».

	<p>Outils</p> <p>Valorisation</p> <p>Montée en compétences</p>	<p><i>L'obligation du cadre, pour moi en tout cas, d'apporter les moyens de, les moyens de.</i></p> <p><i>Des compétences techniques, des compétences techniques elles ne sont pas apprises à l'école.</i></p> <p><i>Accepter que l'autre en face il ne sache pas forcément, et puis pour lui rentrer dedans en lui disant tu ne sauras jamais, t'es nul</i></p> <p><i>Question au départ c'était comment vous déceliez, comment machin, là déjà ça parle du recrutement et après ça part par des évaluations régulières. Pas que l'évaluation annuelle, il faut faire des évaluations régulières</i></p> <p><i>Étayage, comment, avec qui, trouver des gens qui savent bien faire qui vont accepter de prendre du temps avec.</i></p> <p><i>Alors il y a toutes les formations, il y a tous les congrès</i></p> <p><i>Les mettre référent de quelque chose</i></p> <p><i>Les mêmes infirmières l'acquisition des compétences, des savoirs, des connaissances elles en ont plein.</i></p> <p><i>Maintenant, ce que je veux c'est qu'elles aillent plus loin. Par exemple, aujourd'hui, je veux qu'elles écrivent, je veux qu'elles publient, je veux qu'elles communiquent sur un congrès</i></p>	<p>Pour Christian, il y a les connaissances acquises en cursus de formation sur lesquelles on ne revient pas et les compétences techniques et spécifiques qui vont nécessiter un accompagnement.</p> <p>Pour lui il est de la responsabilité du CDS de faire évoluer les compétences des agents.</p> <p>L'entretien de recrutement et les entretiens individuels sont des moments clés de repérage.</p> <p>Les outils de montée en compétences sont : les formations, les congrès, le tutorat, l'accompagnement</p> <p>Pour Christian, la valorisation des agents est importante dans la montée en compétences</p>
<p><b>Accompagnement</b></p>		<p>Essentiel <i>d'accompagner</i> aussi les personnes et de les évaluer</p> <p><i>C'est savoir-faire sans être dur avec la personne qui ne va pas réussir parce qu'on est tous passés par des moments où on ne savait pas faire et il y a encore des choses qu'on ne sait pas faire</i></p> <p><i>Avant c'était Christian qui parlait beaucoup, c'était entre guillemets le chef qui cause. Aujourd'hui, ce que j'attends, moi, c'est que le cadre, il s'efface. Alors, je vais avec eux mais je m'efface, parce que un jour je</i></p>	<p>L'accompagnement des savoirs faire (compétences) par des soignants personnes référentes, avec une grosse notion <b>d'autonomie</b> implicite en restant sur une présence « effacée ».</p> <p>Evocation d'une <b>confiance</b> construite sur la temporalité.</p>

		<p>partirai et il faut que l'EMPP restes. Donc je <b>m'efface</b> et elle <b>présente</b> devant moi.</p> <p><b>Référence</b>, de patient, <b>référence</b> du circuit du médicament, <b>référence</b> de machin, parce que le cadre est par <b>délégation</b> il est <b>responsable</b> de tout mais il ne peut pas tout faire. Donc voilà moi c'est beaucoup sur ça. Que <b>j'accompagne</b>. Je ne leur dis pas : « tu vas être <b>référent</b> de ça ! Est-ce que tu veux ? Pourquoi ? Comment ? qu'est-ce que t'as besoin ? » Je vais le donner toutes les billes pour, est-ce que tu as de l'appétence pour ça.</p> <p>On a la confiance maintenant au bout de deux ans et demi, je ne la donne pas de fait</p>	
<b>Management</b>	<p>Style +</p> <p>Style -</p> <p>Exemple</p>	<p>Alors <b>directif</b>, pas dans le <b>sens</b> où je donne des ordres et que je dis, (alors en psychiatrie je suis plus <b>directif</b> que lorsque j'étais en réa par exemple)</p> <p><b>Participatif</b></p> <p>Je pense que les patients méritent que lorsqu'on parle d'eux on propose quelque chose</p> <p>J'ai horreur dans mon type de management d'être branché sur l'affect.</p> <p>Hier j'étais à une réunion, derrière ça va sortir avec un engagement et une présence. Voilà j'ai besoin de 2 personnes lundi qui ? Dans le <b>directif</b> j'aurais dit toi, tu viens. Là j'ai dit qui. On est aujourd'hui vendredi, j'ai dit qui ce matin. Mardi on a une réunion d'équipe, elles savent qu'elles vont me donner le qui. Si elles ne le donnent pas : pim, il y aura le qui.</p> <p>C'est <b>participatif</b> parce que je propose. Mais je suis <b>directif</b> à la fin.</p>	<p>Le management directif qui donne une <b>direction</b>, donc un sens. Participatif sous la pédagogie interrogative de questionnement à l'équipe.</p> <p>Implication des équipes dans les prises de décision sur les organisations.</p>
<b>Sens</b>	Perte de sens	<p>Pour moi mettre en place avec des zones de clivage</p> <p>Bien donc je commençais à arriver dans une épicerie qui me mettait un peu une épicerie.</p>	<p>Le sens au travail est défini comme le « sumo » c'est à dire la <b>direction</b>, l'<b>orientation</b> du sujet dans son travail.</p>

	<p>Le cap</p>	<p>Le sens, on va dire que c'est le <b>cap</b> : « aujourd'hui je comprends vos difficultés. Pour y répondre on va se concentrer sur les fondamentaux on va faire ça, ça, ça et on va voir comment ça va faire »  Souvent vous avez des équipes qui vous posent une question ou en fait elle met à mal le cap. Toujours on redresse la barre : « Rappelez-vous. Pourquoi on est là ? Qu'est-ce qu'on fait ? Ok, donc vous pensez que ce que vous me demandez ça serait allé dans le cap ? Maintenir le cap »  Vous voyez, quand je vous parle du cap, il y a aussi le mot sens, sens avant, sens arrière, sens gauche, sans droit.  Le sens avec mes équipes, l'objectif c'est le sens du travail sur la <b>mission qui nous est confiée</b>  Le sens pourquoi on est là ?  Tous les métiers ont besoin de trouver du sens, tous les professionnels dans leurs métiers ont besoin de trouver du sens pour le faire  C'est ce que je vous disais. Après le sens ce n'est pas le même quand on commence quand on a 10 ans quand on a 20 ans d'expériences.  C'est la <b>transparence</b>. Il y a des choses que les équipes n'ont pas besoin de savoir, la difficulté que l'on a recrutée, ils doivent le savoir. La difficulté qu'on a à obtenir les choses, ils doivent le savoir.  Mais en tout cas <b>transparence, confiance</b>, alors après, <b>authenticité</b>. C'est des mots ça qui reviennent.  Entre sens et compétences entre cap et compétences, il faut s'avouer qu'on ne les a pas toutes et qu'on a besoin de s'enrichir les uns aux autres d'avoir confiance les uns aux autres mais de se mettre</p>	<p>L'utilité sociale du travail (Estelle Morin) imprègne les propos de C qui insiste sur les missions confiées  Retour à la théorie du sensemaking où le manager doit inviter le professionnel à trouver du sens à son travail en mettant en place certaines actions, et pour C :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Favorise l'autonomie</li> <li>- Climat de confiance</li> <li>- Des missions ayant une utilité (partage de compétences)</li> <li>- Une direction commune</li> </ul> <p>Clés pour donner du sens : transparence, confiance et authenticité.</p> <p>Départ d'un établissement suite à une perte de sens</p>
	<p>Temporalité</p>		
	<p>Outils</p>		
	<p>Sens et compétences</p>		

	Le manager et son sens	<p>à nu pour dire : « moi au regard par exemple des situations je ne suis pas en compétence ».</p> <p>Donc il faut être déjà en capacité d'être humble de réfléchir et de se dire qu'est-ce qu'il manque</p> <p>Il y en a une qui a fait un DU là, je demande régulièrement à ce qu'elle me dise où elle en est qu'est-ce qu'elle retient, quel universitaire elle a vu, qui lui a appris des choses et cetera. L'objectif ce n'est pas de la fliquer, de lui dire que, mais c'est qu'est-ce que tu peux, comment tu peux nous renvoyer ça.</p> <p>C'est le <i>partage des compétences</i></p> <p><i>Le sens, il appartient à chacun.</i> Moi aujourd'hui par exemple, j'ai la chance de faire un métier qui me plaît. Je ne suis pas contraint. On me laisse trouver mon sens</p> <p><i>Par contre il faut vraiment nos hiérarchies aient confiance en nous et nous laisse garder le sens. Je perdrais le sens si je devenais un opérateur.</i></p> <p>Mais on a quand même une marge de manœuvre pour au moins faire un peu ce qu'on veut. Vous voyez, c'est trop facile de se victimiser, trop facile</p> <p>Un directeur qui va intégrer dans des roulements de garde plus des cadres, mais des infirmiers, ça me fait perdre le sens. Ça, ça va me faire perdre le sens. Mais ça ne me fera pas perdre la foi.</p>	
Thème émergent	Confiance	<p>On a la <i>confiance</i> maintenant au bout de deux ans et demi, je ne la donne pas de fait</p> <p><i>Par contre il faut vraiment nos hiérarchies aient confiance en nous et nous laisse garder le sens. Je perdrais le sens si je devenais un opérateur.</i></p>	La confiance est un concept à explorer

---

## Annexe 4 - Entretien N°2 avec Hercule

---

Date de l'entretien : 17/04/2023 – 10h30 en Visio

Durée de l'entretien : 21 minutes

### **Je vais vous laisser vous présenter et présenter votre parcours professionnel.**

Alors pour mon parcours, en fait moi j'ai commencé ma carrière, j'étais aide-soignant. Après j'ai fait une formation infirmier et après donc j'ai été cadre de santé depuis 2004. J'ai travaillé essentiellement... J'ai fait un petit peu tous les secteurs, la psychiatrie, un peu de bloc opératoire, j'ai travaillé en neuro, cardio. Qu'est-ce que j'ai fait d'autre ? Et après j'ai fait du soin de courte durée en gériatrie et puis là donc depuis 4 ans je suis en poste sur un petit Ehpad de 37 lits.

### **OK, très bien. Est-ce que vous pouvez me parler un petit peu de du coup de vos équipes actuelles et de leurs compétences ?**

Alors l'Ehpad... Les équipes qu'on a, c'est à dire que la problématique spécifique aux Ehpads, c'est que j'ai à la fois des aides-soignants et à la fois des gens qu'on appelle des agents de soins. Ce sont des personnes qui font globalement en pratique le même travail sauf que vous avez effectivement des aides-soignantes qui sont diplômées et des agents de soins qui sont des gens qui ne sont pas diplômés du tout. Voilà.

### **Et du coup pour vous leurs compétences ? Est-ce que vous avez des aides-soignantes qui sont des agents de soins qui ont les compétences nécessaires pour être aides-soignantes. Comment vous détectez un petit peu les compétences de chacun.**

Alors, l'enjeu en Ehpad, c'est de valoriser les compétences d'aide-soignante parce que du coup ce sont quand même des gens qui ont fait des études. Alors ça on le fait par le biais des nouvelles compétences acquises par le référentiel d'aide-soignante. Ça ce sont des choses qu'on va mettre, qu'on les accompagne pour ça. On va faire des formations avec les médecins coo pour qu'elle soit opérationnelle à ce niveau-là et ce qui va permettre de créer... de les revaloriser elles en tant qu'aides-soignantes, mais sans diplôme. Et il faut s'assurer d'un autre côté que nos agents de soins ils ont les compétences minimums pour tout ce qui est l'accompagnement dans les gestes de de la vie quotidienne mais aussi, la manutention et cetera et cetera.

### **Du coup, vous comment vous les accompagnez au quotidien vos soignants ?**

Alors nous ce qu'on fait c'est... Au niveau des aides-soignantes, j'ai revu avec elles et on a repris ensemble le nouveau référentiel de compétence et alors on a fait des micro-formations dans au niveau des staffs avec le médecin coo. On a fait des petits ateliers de tension, de glycémie capillaire, des choses comme ça. J'ai reformé pratiquement toutes les aides-soignantes sur les gestes d'urgence. Voilà donc ça c'est ce qu'on fait et puis on veille aussi, on a échangé aussi avec les infirmières pour que

ce soient des choses qui ne restent pas que théoriques et dans la pratique qu'on ait bien cette délégation infirmier / aide-soignante. Et l'autre fois par exemple quand il y a une urgence, c'était bien parce que du coup l'infirmier appelait le 15 pendant que l'aide-soignante restait au près d'elle pour prendre les constantes et cetera.

**Et comment, comment pour les agents de soins, vous accompagnez leur monter en compétences. Est-ce que vous avez...**

Pour les agents de soins, l'idéal ce serait qu'on ait du temps mais bon on n'en n'a plus, c'est la situation qui est un petit peu tendue. Alors ce qu'on fait, c'est que quand on fait un entretien on voit un petit peu leurs besoins, on voit leurs expériences, est-ce qu'elles ont déjà travaillées ou pas en Ehpad ou est-ce qu'on part de zéro et cetera et on essaye alors de leur proposer un temps de doublure, mais ces temps-là, ils ont plus raccourci. Ça devient compliqué. Et après on essaie de repérer les besoins. C'est-à-dire qu'effectivement si ce sont des besoins par exemple sur la manutention ou j'ai le référent qui le fera. Donc après je leur dis que dans le premier temps il n'utilise pas les appareils. Puis dans un 2ème temps on va les former par l'infirmière qui est référente. Après effectivement on voit avec les autres aides-soignantes si elles ont des difficultés et on les accompagne sur des soins spécifiques par exemple. Et après, s'il faut être vraiment dans la communication, on fait un bilan régulier. Le premier jour déjà en fin de matinée, pour voir si ça s'est bien passé, s'il y a une difficulté et des choses comme ça. Et après, l'idéal ça serait bien qu'on puisse les accompagner, les former et cetera. Malheureusement, à l'heure actuelle c'est impossible...

**Vous avez accès à la VAE et la possibilité de les envoyer par la suite en formation AS ?**

Oui. Enfin le problème de la VAE, c'est que je n'ai pas beaucoup de gens qui ne sont pas forcément motivés par ce dispositif. Parce que, ben voilà, ça demande de l'engagement. Après on a des dispositifs internes qui sont par exemple pour les aides-soignantes les ASDEC, les aides-soignantes de coordination. Alors là, le problème c'est que ça n'intéresse personne, parce que je suis dans une structure où les formations elles se font au siège social qui est à Paris.

**Ah oui, et vous êtes du côté de Lyon, c'est ça ?**

Oui, c'est ça. Pour les filles c'est compliqué parce que ça veut dire que ce sont des formations qui ont lieu sur 3 ou 4 jours, plusieurs fois. Donc ça veut dire aller à Paris, se former et puis un petit examen. Voilà, c'est quand même assez contraignant.

**Vous, au quotidien, quel type de management vous privilégiez. Et à contrario celui que vous mobilisez le moins dans votre dans votre pratique au quotidien ?**

A l'heure actuelle et il faut revoir les gros besoins qu'on a, c'est qu'il faut vraiment accompagner ces équipes. Voilà. Notamment quand on a du nouveau personnel. Il faut bien s'assurer que... Parce que, des fois, on a des petits écarts. On a l'impression que ça se passe bien et puis finalement, pas. Voilà c'est un peu compliqué. Ce qui est vraiment important c'est qu'il faut vraiment pouvoir échanger. C'est-à-dire qu'à l'heure actuelle dans le management ce qui est primordial c'est la communication. On ne peut pas se permettre d'avoir quelqu'un... il y a quelques années en arrière, les gens il venaient, ils faisaient leur journée et puis basta. Là, il faut vraiment

accompagner les gens encore plus quand ce sont des agents de soins qui n'ont pas l'habitude. Faire un petit bilan avec eux, **les accompagner, les rassurer**. Voilà, il y a vraiment **ce rôle d'accompagnement**. **Le management qui ne marche plus, c'est le management directif**. Voilà, ça, ça marche plus. Et là, il faut à l'heure actuelle, un management... **Il faut vraiment les accompagner et pour bien redonner du sens aux pratiques**. On discutait l'autre jour avec les agents et en fait effectivement avant ça allait de soi maintenant ça ne va pas de soi. Les valeurs soignantes, elles sont plus comme allant de soi. Voilà.

### **Et du coup, c'était ma prochaine question. En fait c'était quelle place donnez-vous au sens dans votre management ?**

Ce sont exactement les difficultés auxquelles on est qu'on confrontées à l'heure actuelle. Comme je l'ai dit, il y a il y a quelques années en arrière, on était aide-soignante, ça allait de soi. On mais **on avait un socle de valeurs communes. Là ce n'est pas forcément le cas parce que vous avez des gens qui viennent qui sont pas du tout... alors à la rigueur on a un petit peu moins de soucis quand vous avez des gens qui sont diplômés parce que les gens étant diplômés, ils se sont engagés dans un cursus de formation**. Ils ont en général, un minimum choisi leur orientation. Donc on a moins de souci. Mais par exemple avec les gens qui sont agent de soins ou sur du **ménage ou des choses comme ça, ce sont des gens ils viennent avant tout parce qu'ils ont besoin de travailler et que c'est un secteur qui est porteur en termes d'emploi**. Voilà ? Donc après ces gens-là, il faut quand même les accompagner pour qu'ils puissent avoir un minimum de valeurs communes. On est quand même dans un Ehpad. Vous connaissez bien toutes les problématiques qui ont explosées là-bas. Cette problématique, est en partie aussi lié à ça. Et puis c'est aussi lié au fait qu'il y ait un taux d'encadrement qui était trop faible. Donc il faut qu'on soit vigilant pour leur faire partager un minimum de choses, et de valeurs. Bien comprendre qu'ici on prend en charge des personnes et qu'on n'est pas sur une file mécanique. Il faut être très vigilante sur les problèmes de maltraitance. Ça peut déraiser très vite et pas hésiter à recadrer une personne quand on voit qu'il y a des dysfonctionnements.

### **Et pour vous, est-ce qu'il y a un lien entre sens et compétence ?**

Sens et compétences oui bien sûr.

### **Est-ce que ça peut être un levier pour mobiliser les compétences ?**

**Ce qui est intéressant c'est de faire monter en compétences nos équipes** c'est bien. Mais si on le fait simplement histoire de monter en compétence et que derrière ça ne correspond à rien et cetera. **Il faut que ça ait un sens**. Donc pour redonner du sens, les compétences c'est bien parce qu'on va augmenter un petit peu l'autonomie de nos collaborateurs, mais il faut que ça ait un sens. Pourquoi on fait ça ? Par exemple ce n'est pas parce qu'elle va prendre conscience que ce n'est pas pour soulager l'infirmière. Ce n'est pas soulager l'infirmière, c'est parce que du coup on gagne du temps. Il y a une prise en charge pour le plus rapide pour le résident et donc il y a un taux de réactivité plus importante. De plus, ça veut dire qu'en répartissant un petit peu les tâches comme ça, elles exercent au mieux leurs compétences. Tout le monde est plus détendu parce que l'infirmière n'a pas à courir en même temps, au téléphone,

prendre les constantes et puis voilà. Tout se passe dans le calme et tout le monde est gagnant. Du coup ça fait sens, parce que du coup on peut traiter des situations d'urgence avec une situation calme, posée, chacun a son rôle, chacun est impliqué aussi dans cette prise en charge. Ce qui est intéressant, c'est que derrière, ce qui va faire sens derrière, c'est qu'après le coup, on en reparle en équipe ce n'est pas l'infirmière toute seule qui a géré le problème des urgences. Et l'urgence, ça ne devient plus que le problème de l'infirmière, c'est une situation d'équipe, dans laquelle on reparle et puis on essaie de l'analyser.

### **Oui donc un des outils pour donner du sens seraient les analyses réflexives ?**

Oui, c'est à dire qu'en fait ce qui est intéressant, c'est que chaque fois qu'on fait monter en compétence, après il faut effectivement qu'on rediscute des situations et derrière on voit s'il y a peut-être des incompréhensions par exemple sur la question du sens. Des fois, on a du personnel qui n'est pas forcément formé par exemple dans la gestion des troubles psychiatriques. Donc des gens qui ne sont pas formés ça pose question et du coup, ils ne comprennent pas pourquoi on dit comme ça. Ou alors on a un problème inverse. Il faut comprendre qu'avec des gens qui ont des pathologies psychiatriques, on n'est pas dans une relation habituelle. Du coup ça nécessite une réadaptation du comportement et cetera. **Du coup, quand on réexplique ça, ça a du sens parce que : « Ah oui c'est vrai que je n'ai pas vu les choses comme ça, effectivement je m'y prenais peut-être un peu mal », peut-être parce qu'elles n'ont pas eu la formation. Et là ça repositionne aussi, et ça redonne du sens parce qu'à un moment ça permet aussi au personnel donc se repositionner en tant que professionnel.** On n'est pas ici même, si on est agent de soins et si on n'a pas de formation, on est avant tout ici en tant que professionnel pas simplement à la maison parce que on va s'occuper de la tante.

### **Est-ce que l'institution avec ses nombreuses évolutions récentes, est suffisamment porteuse de sens pour le CDS ?**

Oui, c'est vrai, on est dans une période où on s'interroge beaucoup sur la notion de sens. Mais après ça dépend, c'est toujours pareil, ça revient à se poser la question : Pourquoi je veux être cadre de santé ? Quelles sont mes valeurs et cetera. Après le sens, que ce qui est important dans nos établissements médicaux sociaux, la première des valeurs, c'est de s'assurer effectivement que le personnel est bien traitant et que l'accompagnement soit correct. D'où toutes les problématiques qu'on a l'heure actuelle... Après je comprends qu'à l'heure actuelle, être cadre de santé, c'est une période qui est très difficile parce qu'apparemment c'est le contexte général qui est compliqué, on a des moyens qui baissent, on a des difficultés de recrutement et on doit s'adapter à un autre management parce qu'on a du personnel qui arrive et qu'on ne peut plus manager comme on le faisait il y a 5 ou 6 ans. Il faut se réadapter sans cesse et les négociations c'est une remise en question et cetera. **Après ce qu'il faut c'est mettre le cap sur les priorités de notre objectif. Après c'est simplement, le sens il est là. Nous on est là parce que on a des gens âgés qu'il faut accompagner au mieux.** C'est déjà compliqué de venir en Ephad. Il ne faut pas se mentir. Et après, oui, il y a des moments de tension parce qu'il y a des moments c'est cette difficile et cetera. Ce n'est pas parce que c'est difficile que ça permet ou que ça excuse des

comportements qui sont inadmissibles. Mais, voilà, après une mesure qui se fait au niveau de l'encadrement, au-delà de la valeur, c'est parce qu'effectivement la fonction devient de plus en plus compliquée et que surtout on est envahi par une traçabilité qui prend de plus en plus de temps.

**OK. On a fait le tour, est ce qu'il y a il y a quelque chose que vous souhaiteriez rajouter sur le sur le sujet.**

Juste pour revenir sur la question du sens, ce qui est important aussi c'est de pouvoir proposer des projets qui soient en lien avec une préoccupation des soignants et puis il faut faire vivre le projet. Nous par exemple, on a travaillé l'année dernière sur la prise en charge palliative. On a eu une formation, on a fait des séminaires, il y a des médecins qui sont venus sur place et cetera. Donc ça c'est la première partie, c'est une première formation. Après pour que ça puisse vivre derrière et voir. Du coup on a quand même amélioré nos pratiques parce que on a des échanges avec les familles, de bon retour des familles. S'il y a besoin on fait venir l'équipe de soins palliatifs. On écoute, on fait des stats, on est à l'écoute des problèmes de chacun, et surtout on amène une réponse rapidement. Il n'y a rien plus déprimant pour une équipe de devoir faire remonter des problèmes et de voir que derrière il n'y a rien qui se met en place. Voilà, il faut que ça reste sur des projets pour lesquelles c'est une préoccupation de l'équipe.

**Donc un des leviers pour donner du sens ce seraient les projets centrés sur les préoccupations de l'équipe avec un but de final ?**

J'ai connu des cadres qui arrivaient et qui avaient leur projet à eux. C'est bien. Sauf que c'était leur projet à eux, ce n'était pas le projet de l'équipe. Donc forcément c'est ça ne marche pas. Parce que les gens ils ne sont pas intéressés par la problématique, donc ils ne vont pas adhérer. Ils vont faire le minimum. Déjà, quand vous avez un projet même si ça correspond aux équipes, déjà pour entraîner 100%, ce n'est pas possible. Mais déjà il faut au moins avoir un noyau dur de gens qui soient motivés. Il ne faut pas que ce soit le projet du cadre qui va se faire plaisir parce que j'ai un projet nouveau et on s'aperçoit que si ça n'accroche pas, le projet il est mort.

Voilà. Bonne chance donc pour votre prochain poste.

Annexe 5 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Hercule

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation	Parcours	<i>J'étais aide-soignant. Après j'ai fait une formation infirmier et après donc j'ai été cadre de santé depuis 2004. Psychiatrie, un peu de bloc opératoire, j'ai travaillé en neuro, cardio Et après j'ai fait du soin de courte durée en gériatrie</i>	AS puis IDE puis CDS CDS depuis 19 ans Parcours CDS : psy, bloc, neuro, cardio, SSR G Poste actuel : EHPAD Ancienneté sur le poste : 4 ans
	Poste actuel	<i>Là donc depuis 4 ans je suis en poste sur un petit Ehpad de 37 lits.</i>	
Compétences	Valorisation	<i>Alors l'Ehpad... Les équipes qu'on a, c'est à dire que la problématique spécifique aux Ehpad, c'est que j'ai à la fois des aides-soignants et à la fois des gens qu'on appelle des agents de soins. L'enjeu en Ehpad, c'est de valoriser les compétences d'aide-soignante (études) Et il faut s'assurer d'un autre côté que nos agents de soins ils ont les compétences minimums Ce qui est intéressant c'est de faire monter en compétences nos équipes ... Il faut que ça ait un sens</i>	Problématique de professionnalisation Notion de valoriser les compétences Notion de « compétences minimums » Lien directe entre montée en compétences et sens
	Lien sens compétences		
Accompagnement	Compétences primaires	<i>Qu'on les accompagne ... par le biais des nouvelles compétences acquises par le référentiel d'aide-soignante</i>	Importance de la temporalité qui se perd de plus en plus : besoin de temps pour accompagner Notion compétences primaires : acquises via le cursus de formation et le nouveau référentiel
	Valorisation	<i>Les revaloriser elles en tant qu'aides-soignantes</i>	Notion de transférabilité des compétences acquises

	<p>Transférabilité</p> <p>Temporalité</p> <p>Freins</p>	<p>Micro-formations dans au niveau des staffs avec le médecin coo : ateliers de tension, de glycémie capillaire</p> <p>C'était bien parce que du coup l'infirmier appelait le 15 pendant que l'aide-soignante restait au près d'elle pour prendre les constantes</p> <p>Pour les agents de soins, l'idéal ce serait qu'on ait du temps mais bon on n'en n'a plus,</p> <p>On essaie de repérer les besoins</p> <p>On les accompagne sur des soins spécifiques par exemple</p> <p>L'idéal ça serait bien qu'on puisse les accompagner, les former et cetera. Malheureusement, à l'heure actuelle c'est impossible...</p> <p>Le problème de la VAE, c'est que je n'ai pas beaucoup de gens qui ne sont pas forcément motivés par ce dispositif. Parce que, ben voilà, ça demande de l'engagement</p>	<p>Notion de compétences secondaires : spécifiques</p> <p>Frein à l'accompagnement : manque de motivation et d'engagement</p>
<p><b>Management</b></p>	<p>Communication</p> <p>Accompagnement</p> <p>Donneur de sens</p>	<p>C'est-à-dire qu'à l'heure actuelle dans le management ce qui est primordial c'est la communication</p> <p>Il y a vraiment ce rôle d'accompagnement</p> <p>Les accompagner, les rassurer...</p> <p>Il faut vraiment les accompagner pour bien redonner du sens aux pratiques.</p> <p>Le management qui ne marche plus, c'est le management directif</p>	<p>Ne désigne pas de style de management particulier mais l'importance de la communication</p> <p>Désigne sans le nommer le rôle du cadre dans le sensemaking.</p> <p>Non directif.</p>
<p><b>Sens</b></p>	<p>Valeurs</p>	<p>Pour bien redonner du sens aux pratiques.</p> <p>On avait un socle de valeurs communes. Là ce n'est pas forcément le cas parce que vous avez des gens qui viennent qui sont pas du tout... alors à la rigueur</p>	<p>Spontanément sans question</p> <p>Sens = valeurs communes</p> <p>Sens = cap</p> <p>Sens = projet</p>

	<p>Cap</p> <p>Projet</p>	<p>on a un petit peu moins de soucis quand vous avez des gens qui sont diplômés parce que les gens étant diplômés, ils se sont engagés dans un cursus de formation.</p> <p>Ménage ou des choses comme ça, ce sont des gens ils viennent avant tout parce qu'ils ont <b>besoin de travailler</b> et que c'est un secteur qui est porteur en termes d'emploi</p> <p>Donc il faut qu'on soit vigilant pour leur faire partager un minimum de choses, et de valeurs. Bien comprendre qu'ici on prend en charge des personnes et qu'on n'est pas sur une file mécanique</p> <p>Ce qui est intéressant c'est de faire monter en compétences nos équipes ... Il faut que ça ait un sens</p> <p>Du coup, quand on réexplique ça, ça a du sens ... Et là ça repositionne aussi, et ça redonne du sens parce qu'à un moment ça permet aussi au personnel donc se <b>repositionner en tant que professionnel</b></p> <p>Après ce qu'il faut c'est mettre le <b>cap</b> sur les priorités de notre objectif. Après c'est simplement, le sens il est là. Nous on est là parce que on a des gens âgés qu'il faut accompagner au mieux</p> <p>Juste pour revenir sur la question du sens, ce qui est important aussi c'est de pouvoir proposer des projets qui soient en lien avec une préoccupation des soignants et puis il faut faire vivre le projet</p> <p>Il faut au moins avoir un noyau dur de gens qui soient motivés</p>	<p>Pour certains agents =</p>
Thème émergent	Motivation	<p>Il faut au moins avoir un noyau dur de gens qui soient <b>motivés</b></p>	Motivation, concept à explorer pour trouver le sens

Date de l'entretien : 19/04/2023 – 10h30

Durée de l'entretien : 49 minutes

### **Est-ce que tu peux te présenter et présenter ton parcours professionnel ?**

D'accord. J'ai eu mon diplôme d'état en 1995. Je me destinais pour la pédiatrie et finalement en faisant des stages sur l'EPSM, j'ai choisi la psychiatrie. J'y ai travaillé en tant qu'infirmière chez les adultes, dans différents pavillons en intra hospitaliers, dans la réinsertion et puis dans les pavillons de crise. Ensuite j'ai travaillé en pédopsychiatrie en tant qu'infirmière. J'ai travaillé à Exxx et à Bxxx (hôpital de jour et CMP), puis après j'ai dû faire 5 ans pédopsychiatrie. J'ai fait les urgences psychiatriques. Ça s'appelait le CAP, c'est le CPAU actuel. J'ai fait 2 ans et pendant ces 2 ans j'ai préparé mon diplôme cadre. Après, j'ai fait la formation cadre à Angers pendant un an. J'ai été diplômée en 2009. Là, j'ai été affecté dans un pavillon de l'Intra de réinsertion qui n'existe plus. Ensuite dans un pavillon de crise qui n'existe plus maintenant, c'est la médecine générale. Et puis après Cxxx non pardon Vxxx et Cxxx. Il y a eu des changements de médecins, de chef pôle qui est parti en retraite. On m'a changé d'unité. J'étais à Vxxx on m'a mis à Cxxx puis on m'a remis à Vxxx. J'ai travaillé avec un médecin qui était chef de pôle qui n'est pas resté longtemps et qui m'a harcelé on va dire. C'était très compliqué et que j'ai dû dans ma carrière, où tout s'est bien passé, je n'ai jamais eu de souci, là j'étais effondrée quand même. Je me suis arrêté 2 mois et suite à ça, j'ai été reçu par Monsieur G., Directeur des Soins qui m'a orienté sur la pédo-psy qui était mon projet. J'ai travaillé sur un CMP à Mxxx et CMP Sxxx où je ne trouvais pas de sens parce que c'étaient 2 CMP avec des missions différentes. Enfin la même mission mais avec des fonctionnements différents, des médecins différents et puis l'éloignement. Ça a été un peu compliqué. J'y suis restée 3, 4 ans. Et puis j'ai saisi l'opportunité de cette unité à Cxxx. Juste avant de venir ici, j'avais même songé à de quitter l'établissement parce que je ne m'y retrouvais plus : au niveau de l'ambiance, au niveau valeurs, au niveau de de tous les changements. J'avais postulé pour le CHR où je devais aller au SSR. Et c'était en plein COVID. Et après avoir passé une carrière ici dans ce contexte-là et puis en plus la directrice des soins étant très occupée, normalement, je devais aller là-bas en stage enfin et puis, il y avait le COVID et tout ça... et puis plein de changements au niveau SSR. Elle ne m'a pas contacté. Et face à la proximité de l'échéance, je me suis désistée. Je suis restée dans l'établissement et j'ai eu l'opportunité. Il y avait aussi en même temps cette opportunité de... parce qu'ils étaient prêts à tout pour que je puisse rester. Comme il y a eu cette opportunité-là, je me suis dit pas pourquoi pas le faire. Un CMP et un hôpital de jour. Pour moi ça a plus de sens. Donc, je suis venu ici fin 2020. C'est vrai que j'ai pensé à proximité, les mêmes lieux et tout ça, mais je n'avais pas bien pensé à toutes les difficultés qu'on peut avoir au sein d'une équipe. Je suis passé par des périodes très, très compliquées où il n'y avait pas de sens au travail, pas d'engagement, de l'absentéisme, de la mauvaise volonté où je me suis épuisée

jusqu'au moment où j'ai alerté en disant : « Il y a un problème et qu'il faut de l'aide ». Et là, ça a pris des proportions. Effectivement, il y a eu intervention de la direction des soins. Des agents ont fini par partir, il y a eu plein de de mouvements. On a recruté, avec docteur H une nouvelle équipe hein qui est arrivée avec des choses bien précises. C'était intéressant sauf qu'on s'est retrouvé encore en absentéisme. C'est récurrent, même si les équipes sont engagées et cetera, on se retrouve toujours dans des difficultés liées aux effectifs et au manque de stabilité. Des personnes qui partent pour différentes raisons et puis congés de maternité, accidents de travail, maladies. C'est un perpétuel changement à chaque fois et donc on ne s'en est pas encore sorti.

### **Ton âge sans indiscretion ?**

Cinquante et un ans.

### **Est-ce que tu peux me parler de ton équipe et de leurs compétences ?**

Alors il y a 2 équipes. L'équipe de l'hôpital de jour. J'ai des personnes qui ont de l'expérience. J'ai une infirmière qui a une expérience au dispo ado. Une longue expérience et qui se dit voilà avec l'expérience qui met ça en avant. Ce qui est gênant, c'est qu'elle la tendance à s'occuper des adolescentes et pas des autistes pour la plupart. Donc du coup, je ne veux pas qu'il ait de spécialisations parce qu'on a quand même peu de d'ados et beaucoup d'autistes. J'ai une aide-soignante qui a une expérience avec les autistes, mais adultes et puis dans le médico-social. J'ai une infirmière qui a qui a fait la crèche et donc dans un autre contexte. En fait je n'ai pas d'infirmiers qui connaissent la pédopsychiatrie qui ont des formations. J'ai quand même une équipe qui n'est pas forcément formée à la pédopsychiatrie. Ils des expériences riches, mais pas forcément en pédopsychiatrie.

### **Et comment tu les accompagnes au quotidien dans leurs compétences ?**

Alors pour moi les réunions cliniques, c'est indispensable, parce que ce sont des échanges avec toutes les équipes pluridisciplinaires. Il y a beaucoup de clinique qu'on pourrait aborder notamment avec le médecin, je me dis sans médecin, parce que la clinique, j'ai des connaissances, j'ai de l'expérience mais la clinique pour moi c'est à mener quand même le médecin et le psychologue. Donc les réunions cliniques sont primordiales pour moi. C'est le lieu où on apprend et puis ce sont des situations bien particulières. On s'interroge, c'est important par contre les équipes n'ont ne se mouillent pas toujours trop. En fait c'est en surface. Moi j'aime bien amener des choses. Une situation qui s'est passée, de l'analyser et de la reprendre et donc souvent c'est moi qui amène les choses parce que je suis quand même présente et je j'entends ce qui s'est passé, qu'il y a un enfant qui a claché... J'aime bien qu'on reprenne la situation parce que souvent, c'est à partir de là qu'on va apprendre et qu'on va faire mieux. Parce que si on reste sur ce qui s'est passé, sans analyser l'état du patient mais aussi nous qu'est-ce qu'on a pu dire qui a fait que... Pour moi, l'analyse est intéressante et c'est un lieu, la réunion clinique, où il faut en parler. Donc les réunions cliniques les séminaires qui sont proposés par l'établissement, j'encourage, même je pousse les agents à y aller. En fermant l'hôpital de jour s'il le faut. Pour moi ce sont des lieux importants où on apprend. Je les encourage aussi à travers la formation continue, même dans le contexte actuel ce n'est pas simple mais quand il y a des formations je

les pousse à en faire. Par contre je n'ai pas toujours le temps de cibler les formations... Et eux, ils sont aussi... Par exemple en 2023, je n'ai pas eu de réponse. Normalement on doit faire les demandes de formation avant mars, et je n'ai pas eu de demandes spécifiques de formations de toute l'équipe CMP, Hôpital de jour sauf la psychomotricienne mais pas de l'équipe infirmières, aides-soignantes.

### **Tu sens qu'elles ne sont pas à la recherche de monter en compétence ou c'est plus sur le contexte actuel qui fait que... ?**

Je pense qu'il se limite à des formations internes au niveau de l'établissement. Les gens n'ont pas forcément une recherche plus ciblée, comme la psychomotricienne qui a des choses bien ciblées où elle est prête à faire des kilomètres pour aller à tel endroit. Donc je pense qu'ils privilégient les formations internes quand il y a de la place et puis si c'est dans l'établissement que ce sont des petites formations, que c'est assez général. Je pense que c'est en lien aussi avec leur organisation personnelle. La plupart du temps ce sont des jeunes mamans, des jeunes papas avec des enfants de bas âges donc je pense que ce n'est pas évident de partir loin et cetera. **Je pense aussi, qu'ils privilégient pour le moment, leurs enfants, leur vie familiale.** C'est comme ça que je vois les choses. Par contre il y a une formation qui est de service, la formation TED, c'est Thérapie d'Echanges de Développement. C'est par le CRA. Et cette formation, je les sollicite pour la faire, parce que ce sont des thérapies pour les TSA et c'est vraiment une un travail important pour les enfants et de façon précoce pour qu'il y est une évolution des autistes. Donc c'est une c'est formation du pôle. Et là c'est vrai, que malgré le contexte familial et tout. Là c'est 2 jours. Il y a une nuit effectivement mais après, je les pousse à vraiment s'organiser, tout en leur laissant le choix de... que ça ne soit un parmi, qui se débrouille. Par exemple, au mois de mai, il a une place et j'ai décidé vraiment à ce que quelqu'un y aille. Et une jeune maman s'est organisée, elle va y aller. **Mais je le fais de façon bienveillante** et tout ça. Si vraiment personne ne voulait y aller, je crois que j'aurais annulé. Oui, vraiment, c'est important et je comprends. Mais organisez-vous, voyez il me faut une personne parmi vous. Il se trouve qu'il y en a une qui s'est proposée. Si personne ne s'était proposé, je ne suis pas non plus... Je ne peux pas obliger les gens à y aller et être ailleurs. Une nuit, c'est une nuit, mais c'est quand même important. Donc je pense qu'il y a ce côté-là qui... et puis peut-être qu'ils ne savent pas trop quelle formation faire parce qu'il y a tellement de choses, il n'arrive pas à cibler. Et puis peut-être aussi, le fait d'être présent, d'avoir le nez dans le guidon. Et puis moi peut-être, moins de de temps aussi pour les aider à cibler, à s'orienter sur les formations continues. C'est vrai que de mon côté, je manque de temps pour ça aussi. **Du moins de temps pour les accompagner. Je les accompagne au quotidien et pas au-delà quoi au niveau formation du coup, ça passe au second plan malheureusement.** Et en fait c'est important. Il n'y a que l'entretien professionnel où je me rends compte effectivement et j'essaie de les accompagner, mais les formations sont déjà demandées, donc ça sera pour l'année d'après. Et ce sont des formations pour 2024, avant mars, pour l'année d'après. Et ça je n'arrive pas encore à le faire avant le mois de mars. C'est ce que je compte faire à chaque fois, mais en fait je n'y arrive pas.

**Quel type de management tu privilégies au quotidien et à contrario celui que tu essaies de moins mobiliser ?**

**Pour mémoire les différents types de management sont : Directif, Participatif, Délégatif et Persuasif.**

C'est plutôt participatif, Délégatif. Je délègue pas mal de choses parce que je trouve que c'est important pour eux d'avoir des responsabilités, des missions, tout en les accompagnant. Et directif, vraiment, c'est un dernier recours. Il y a des moments effectivement où il faut prendre des décisions et là je vais être dans le directif. Donc j'utilise prioritairement ces 3 types de management.

Plutôt vraiment le participatif et le délégatif aussi. Je délègue pas mal de choses dans la mesure de leur disponibilité et puis le directif vraiment, il y a des situations où je vais être directif effectivement. Je dis : « Là, ce n'est pas négociable mais vraiment celui-là en dernier ».

**Aujourd'hui, tu en as parlé dans ta présentation. Ce qui est intéressant. On parle beaucoup de donner du sens. Qu'est-ce que tu en penses globalement de donner du sens ? Tu en as parlé en plus dans la présentation.**

Moi, je l'ai découvert vraiment dans cette mission que j'ai ici notamment où il y a un manque de sens. Tu vois les agents, ils arrivent, ils font leur journée, ils ont les enfants pris en charge et j'ai l'impression qu'on est beaucoup sur prescription. Ils sont très bons au niveau ECG, donner un traitement des choses comme ça, il n'y a pas de souci, ils sont performants, compétents et cetera. A partir du moment où il faut prendre en charge un enfant sans prescription avec un enfant qui clash, un enfant en difficulté, là ils sont beaucoup dans l'éducatif. Il faut arrêter, il ne faut pas faire ça, il ne faut pas faire ci et leur place est compliquée des fois. Parce que nous avons des enfants avec une indication hôpital de jour avec des enfants en difficulté. Ce n'est pas des enfants lambda. Des enfants à la maison on leur dit non c'est comme ça ce n'est pas autrement et cetera. C'est plutôt chercher pourquoi cet enfant il crie, arrête de crier, tu casses les oreilles aux autres, à moi aussi. Mais en même temps, c'est un enfant qui a des particularités qui crie. S'il crie, c'est qu'il y a un contexte. Et plutôt que de lui dire : « Arrête de crier » Parce que ce n'est pas facile d'arrêter de crier. C'est plutôt de l'accompagner, de différer des choses comme. Donc c'est le sens de de leur travail et puis chercher le sens, chercher à comprendre le pourquoi, qu'est-ce qu'on fait dans un hôpital de jour ? Quelques fois, rien que ça. Qu'est-ce qu'on fait dans un hôpital de jour ? Qu'est-ce que c'est le côté thérapeutique ? J'aime bien leur poser la question : « Quelle est la plus-value de ce qu'on fait par rapport à un centre aéré ? » Parce que finalement les activités, dans un centre aéré, ils en font aussi des activités. Ils les accompagnent aussi. Quel est notre objectif ? Est-ce que c'est qu'il fasse une belle peinture, ou qu'il fasse une belle créativité ? Qu'est-ce qu'on travaille ? Et c'est ça qu'on travaille en réunions cliniques notamment. On a beaucoup été accompagné par le docteur H pour nous dire : « Notre rôle c'est la relation, c'est travailler la relation. Ces enfants-là pour la plupart, ils ont un problème avec la relation ». Les autistes d'être en relation avec les autres qui sont plutôt tout seuls et tout ça. Favoriser la relation, les interactions et une activité, une création, une

peinture, c'est un prétexte à la relation, c'est vraiment entrer en contact avec l'autre. A partir du moment où les gens n'ont pas ça dans la tête et qu'ils vont faire une activité et puis après on va les laisser un petit peu dehors et pendant qu'ils sont dehors on est sur le portable et chacun tout seul. Donc je me dis : « Il faut vraiment du sens, qu'est-ce qu'on y fait, qu'est-ce qu'on travaille ? ». Et ça, **je trouve que ça manque ; le sens du travail**. Ce n'est pas venir de 9h à 17h faire telle une activité à un enfant, c'est qu'est-ce qu'on travaille avec tel enfant et pourquoi on fait ça et qu'est-ce que c'est un hôpital de jour ? Tu vois des choses vraiment basiques. Ça, ça manque, et à chaque fois il faut le redire.

**Et toi, au quotidien, avec eux, comment tu amènes le sens ? J'ai compris qu'il y avait les réunions cliniques. Est-ce que tu as d'autres moyens pour leur faire trouver du sens à leur travail au quotidien ?**

Les enfants sont accueillis jusqu'à 16h 16h15 et après jusqu'à 17h il y a un plan de transmission. Il y a eu des périodes où on voyait chacun partir et chacun fait ses transmissions de son côté et puis quelque chose de narratif : « Il a bien mangé, il a bien fait ça, il a bien fait ça ». Et donc après, on a repris ça en disant : « qu'est-ce que ça nous amène de savoir qu'un enfant a bien mangé, aujourd'hui, qu'il a mangé tout son plat, qu'il a repris. Qu'est-ce qu'on travaille dans un repas thérapeutique ». Du coup, moi, je leur ai demandé : « Plutôt que de que chacun aille tout seul, qu'on se réunit, qu'on prend du temps et qu'on parle de ce qui s'est passé, de cet enfant, de d'évolution d'un enfant, il a fait qui fait ça, un truc qu'il ne fait pas d'habitude ou des choses comme ça ». Et puis noter le principal, ne pas d'être dans la narration parce qu'on s'en fiche qu'il est qu'il est bien mangé ou pas. Mais justement le petit truc qu'il a fait, il a dit un mot. Un enfant qui ne parle pas, qui a dit papa ou je ne sais pas quoi aujourd'hui. Et puis qu'est-ce qui s'est passé quand... et **de d'analyser plutôt les choses et d'échanger**. **Et puis, quelquefois, on n'a pas les mêmes regards, parce que les regards croisés c'est important**. Et puis c'est dans ces temps-là où on en profite aussi pour dire (comme je ne suis pas tout le temps avec eux), j'observe et tout ça, quelquefois j'amène aussi des situations en disant : « Il y a eu ça... J'ai été étonnée, est-ce qu'on peut parler de cette situation ? ». **Donc on essaye d'en parler et de mettre du sens et que chacun puisse intervenir de différentes façons**. Et ça, je pense que ça nous amène à mettre du sens et à comprendre ce qui s'est passé pour éviter de reproduire après. Ces temps-là je pense qu'ils sont importants aussi.

**Et là, c'est un échange interprofessionnel ? Il y a tous les professionnels qui interviennent ?**

IDE, psycho, psychosocial ergothérapeute. On a aussi l'instituteur spécialisé qui est très intéressant. Il est de l'éducation nationale et ça fait plus de 20 ans qu'il est dans l'établissement et qu'il est en pédo-psy. Il a acquis une telle expérience qu'il peut apporter de sa maturité professionnelle et personnelle parce qu'il a en fin de carrière. Oui je trouve ça super. Il nous envoie des trucs quelques fois où ça fait du bien. Il nous parle de situations qu'il a eu avant, qui font écho. Et je pense que c'est ça aussi qui nous qui fait sens.

**Et s'appuyer sur l'expérience et l'expertise de de chacun en fait quelle que soit sa fonction.**

**Dans la recherche du sens, quelle est sa place dans ton management au quotidien ? Est-ce que ça peut être un levier de monter en compétence ? Quelle place tu laisses au sens au quotidien ?**

Je pense c'est un **c'est un levier aux montées en compétence, de s'interroger sur sa pratique et de les amener à ne pas...** parce que c'est très compliqué. Quand on reprend les situations, ils ont l'impression qu'ils n'ont pas été compétents, qu'ils ne savent pas... Donc c'est tout un travail pour leur dire : « Non ce n'est pas de ça dont il s'agit. **On peut être compétent et au quotidien être démunis face à la situation parce qu'il n'y a pas de recette, ce n'est pas de la prescription médicale avec quelque chose qu'on a qu'on a bien acquis. Donner un traitement on sait ce que c'est les effets tout ça. Être en relation avec un enfant c'est complexe et ce n'est pas forcément... et on peut être maladroit sans être incompetent** ». Donc c'est tout ce travail-là d'en parler. Et ce qui serait bien, on n'en est pas encore là, c'est vraiment qu'ils parlent de leurs difficultés d'eux-mêmes, sans qu'on leur qu'on leur dise, parce que ça, c'est compliqué. Ils ont l'impression, quand on cible une situation, c'est comme s'ils ont mal fait où ils sont incompetents où ils ne savent pas. En fait, au quotidien ce qu'on fait avec l'un très bien on fait avec l'autre on ne va pas être adapté. Ce n'est pas une question de compétences, c'est vraiment l'expérience et puis aussi l'état dans lequel on est. Et puis ce qu'il renvoie, on est quand même en psychiatrie. Il y a des enfants, on peut être dans le rejet si on ne travaille pas ça. On peut être dans un transfert contre transfert. Donc y a tout ce travail-là qu'ils n'ont pas. Du coup, je fais aussi appel aux psychos. Et qu'ils prennent conscience aussi qu'il y a des choses qui se jouent qui sont inconscientes, qui peuvent avec un enfant ça va bien se passer avec un autre ça va être compliqué. Et puis par leur postures leurs gestes. Et les enfants sont très sensibles à tout ce qu'on peut renvoyer. Donc c'est le sens, les compétences tout ça s'est compliqué pour certains. **On peut être très compétent à avoir une part d'expérience et être maladroit et ne pas sauver une situation sur deux. Et le principal c'est vraiment d'en avoir conscience, de comprendre ce qui s'est passé et d'avancer et puis il y a aussi un terme que qu'on n'a pas utilisé c'est la confiance dans l'équipe.** Je peux parler de ces difficultés ou on n'a pas su faire ou l'autre dit : « Tu as fait ça mais je me suis interrogé, pourquoi tu l'as fait. Moi je n'aurais peut-être pas fait ça. Ou ça m'a heurté des choses comme ça ». Quelques fois, ils essaient, mais ce n'est pas évident. Il faut une certaine confiance au sein de l'équipe et puis dans une équipe y a toujours des gens qui parlent plus que d'autres, donc il y a plein d'enjeux.

**Oui il faut que tu puisses essayer de mobiliser les compétences sans qu'ils pensent qu'ils ne sont pas compétents et les valoriser et pouvoir leur permettre la réflexion.**

Et réfléchir quand même, ce n'est pas parce qu'on est compétent qu'on est super infirmiers, psy, en pédo-psy. On peut être une super infirmière chez les adultes et difficile avec les enfants ou le contraire. Et c'est ça qu'il faut qu'il amène. Souvent je leur dis : « Je ne suis pas une super infirmière quand je suis avec vous, je suis en difficulté ». **Et moi j'aime bien justement quand je passe des journées avec eux.** J'aime bien partir de loin, de mon exemple à moi, de dire : « Ah, il a fait telle chose et je me

suis interrogé ». Même si je sais ce que je sais ce que j'ai fait, j'essaie de faire un peu celles qui s'interrogent et d'amener la réflexion. Mais que ça soit plutôt sur moi et c'est hyper intéressant quand je j'amène des trucs comme. Hier, il y a eu un il y a eu un clash entre deux jeunes et j'ai amené des choses de moi et après, on a analysé la situation : « Mais tu n'as pas vu ce qui s'est passé mais il y a eu ça, ça, ça et on avait une analyse plus pertinente ». Mais je suis partie de moi, parce que sinon, c'est difficile. J'arrive à faire par moment, mais c'est difficile.

**Où ce sera le but à atteindre quand tu auras une équipe stable et en confiance les uns avec les autres ?**

C'est ça. Je pense qu'on n'en est pas là, mais c'est vrai que la stabilité et la confiance permettraient peut-être ce travail-là, de s'interroger et puis le soutien d'Éric comme quelqu'un qui est qui a quand même plus de 25 ans d'expérience et qui dit : « Mais moi, ça fait 25 ans que je suis là, mais quelque fois je me dis, c'est nul ce que j'ai fait, enfin des choses comme ça » Et je trouve que c'est bien pour des jeunes de se dire : « Ah oui, lui il s'interroge alors qu'il a qu'il a ... Il pourrait se dire je sais tout. Non on ne sait pas tout ». Et puis les jeunes, quelque fois, ils ont cette tendance à... je sais, je sais faire, j'ai une expérience. Par exemple, Xxx, elle il a eu une expérience chez adultes et quelque fois, quand on revoit quelque chose, elle dit : « Non, non, mais moi, je sais ce que je fais j'ai fait ça ». Et elle a beaucoup de mal à prendre de la distance. Mais on va l'emmener vers ça, sans la crise, sans la brusquée.

**Je vais rebondir aussi en dernier sur le sens du cadre qui n'est pas toujours évident dans le contexte actuel du cadre de santé soumis à des injections parfois contradictoires, des difficultés. Comment tu vois le sens au travail et est-ce que tu en vois suffisamment pour donner du sens aux équipes.**

Moi, franchement, quelques fois ; j'ai envie de baisser les bras. Parce que je ne trouve pas de sens toujours et puis on parlait de solidarité de soutien les uns les autres du soutien de notre cadre sup, d'échanges, de solidarité, enfin voilà. Et puis, les réunions cadres, pour moi c'est un espace où on se dit les choses où on règle s'il y a des choses entre nous et puis aussi où peut parler de difficultés. Moi j'ai beaucoup utilisé cet espace-là par le passé, surtout avec les difficultés que j'ai traversées, de parler de mes difficultés et cetera. Et puis d'avoir un regard de mes collègues, je trouvais que c'était aidant. Par contre, je me suis aperçu très vite, que j'étais la seule à amener des difficultés. Et je sais, que je ne suis pas la seule à avoir des difficultés, ça se saurait. Mais je me suis aperçu qu'il y a des situations où ne s'est pas abordé en réunion clinique c'est aborder ailleurs, comme si on ne s'expose pas. Et au bout d'un moment, à m'exposer toute seule, c'était dur, avec l'émotion et tout. Je me suis : « Mais, c'est bon, je me fais passer pour la plus nulle, mais je m'en fiche, je ne suis ni mauvaise, ni bonne, je sais e que je fis au quotidien mais quand même cette place-là que j'ai dans cette réunion, ça me plaisait. Donc du coup, je restais en retrait et puis mes difficultés, je les gère comme je peux. J'en parle à quelques collègues au téléphone parce que je suis en confiance, mais je ne le fais pas en réunion cadre. Et la réunion cadre, ne me sert pas à grand-chose. Plutôt à m'énerver. Quelques fois, j'y vais, parce qu'il faut y aller. Quelques fois, si je peux ne pas y aller, ça m'arrange. Donc voilà, le sens au travail je le trouve à travers l'objectif pour lequel je suis là. Je suis là pour les enfants prise en

charge pour leurs difficultés, pour accompagner les familles, enfin œuvrer à ça, parce que ce n'est pas moi qui le fais au quotidien. Et je reste sur ce qui m'anime. Ce qui m'anime, c'est le soin auprès de la population, l'aide qu'on peut apporter, même si c'est minime, ces enfants-là sont des futurs adultes, pour moi c'est ça qui m'anime.

C'est vraiment l'enfant, l'entourage, les parents en difficulté, parce que ce n'est pas rien d'avoir des enfants malades. Ce n'est pas rien ne pas savoir comment accompagner son enfant. Quelques fois ce sont des petites choses mais qui risquent d'être compliqués. Donc c'est ça qui m'anime et c'est là où je trouve mon sens, où je puise au quotidien mon sens. C'est ça qui me fait me lever le matin en disant : « Je vais au boulot avec plaisir. Parce que, si je pense au manque d'effectif, au manque de solidarité, que je ne suis pas entendu, que la direction, elle s'en fiche et cetera, je m'arrête ; arrêt maladie, accident de travail, je ne sais quoi ? Au contraire, malgré les difficultés, c'est ça qui est étonnant, je ne veux pas laisser tomber mes agents. Je me dis qu'ils font ce qu'ils peuvent avec les moyens qu'ils ont. Ce sont des jeunes qui n'ont pas de formation, mais qui sont présents malgré les difficultés, malgré la fatigue. Et je me dis, il faut que je donne l'exemple, il faut que je sois là, il faut que je sois présente. Normalement je fais 7h40, mais j'en fais beaucoup plus parce que je veux être là pour les accompagner le matin pour s'organiser et s'il y a une absence, voir comment on peut-on peut faire. Et puis, le soir, c'est réunions, donc j'en fait beaucoup plus. Je les encourage, je les soutiens, je suis présente, je souris. Je me sens engagée pour ce travail-là, pour les familles et si je veux que les familles aient le service voulu, je pressens des agents, le CMP, hôpital de jour. Ceux qui m'aident aussi ce sont les psychologues. J'ai 2 psychologues au CMP et je m'appuie beaucoup sur eux dans des moments compliqués où j'en peux plus où je ne peux pas exprimer les choses dans une réunion cadre, parce que ça ne va pas m'aider. Du coup je prends du temps, je leur prends leur temps un petit moment. Ils ont aussi une fonction institutionnelle du coup je me saisis de ça. Avec M qui est à l'hôpital de jour, qui est neuropsychologue, on n'a pas les mêmes rapports. Il est arrivé il n'y a pas longtemps donc... J'avais avant lui, I. qui est à Mxxx et je sais que je prenais beaucoup de temps avec les psychologues rien que pour vider un peu mon sac. Quelques fois, je peux aussi être en colère après un agent et je sais que ce n'est pas la solution, ce n'est pas de prendre les entretiens et de le casser, parce que je le perds. Plutôt de cette colère, de prendre de la distance. De déposer et puis quand on me renvoie des choses aussi de moi parce qu'il y a des choses, transfert contre transfert, c'est aussi avec les agents. Et de prendre de la distance pour pouvoir travailler avec cet agent d'une façon bienveillante et de l'accompagner parce qu'il n'y a pas de bon ou de mauvais on le sait bien et puis il n'y a pas que l'autre, il y a aussi soi. Mais le sens au travail je veux dire que ce n'est difficile. C'est difficile, vraiment.

**Oui ce n'est pas l'institution qui te l'apporte en fait. Ce sont tes valeurs intrinsèques plus le service.**

Le service et les psychos. Ils sont là pour nous apaiser, prendre de la distance. Parce que, si j'en parle à une collègue, elle va dire : « Ah oui donc mais franchement... ». Enfin tu vois ce n'est pas la même chose. Alors qu'un psycho il va dire : « oui mais peut-être qu'enfin... ». Tu vois ils essaient de mettre la distance. Parce que je peux en parler à une collègue et quand il s'agit d'agents, je préfère que ce soit un psycho qu'une

collègue. Une collègue va peut-être un peu alimenter ça et puis ça va te monter encore contre l'autre et puis à un moment, ça peut clasher. Ça m'est déjà arrivé. Je suis nouvelle et je travaille ça aussi, donc je préfère prendre de la distance je verrai l'agent, mais à un moment où je suis plus apaisée, plus tranquille pour renvoyer des choses de façon bienveillante et tout en renvoyant aussi, parce que j'aime bien aussi leur envoyer les choses, même si ce sont des choses qui dérangent. Mais je ne le fais pas tout de suite. J'ai appris à différer et à le faire quand même, tout en valorisant parce que ça aussi on me le reprochait. Des agents me disaient : « Tu nous dis toujours quand ça ne va pas. Donc j'ai appris aussi, il y a des évolutions, il y a eu ça mais je me suis interrogé. Qu'est-ce que tu en penses ? Et ça devient un échange. J'ai appris à faire ça et puis j'apprends encore.

### **Est-ce que tu souhaites ajouter quelque chose à l'entretien.**

C'est intéressant cet échange. **En fait, je trouve qu'accompagner des équipes, c'est primordial. Être bienveillante, c'est primordial.** Être dans le frontal ça n'aide pas, on les perd facilement d'une façon ou d'une autre. Soit, ils sont en arrêt maladie, soit ils partent. Et quand ils sentent que de la bienveillance, de l'accompagnement, qu'ils sont entendus, soutenus, franchement, ils sont là. Même quand ils sont un petit peu malade, ils sont là. **Et puis aussi, trouver du sens dans ce qu'ils font, les valoriser, et voir les évolutions des enfants.** Moi je les ai connus il y a trois ans, eux pas. Et je leur dis : « Qu'est-ce qu'il a changé, il en était là il y a trois ans quand je suis arrivé. C'est important le travail qu'on fait au quotidien, il faut continuer ». **Donc je les valorise** et sans en faire de trop non plus, parce qu'ils ne sont pas dupes. Mais pour moi, **c'est important de prendre soin de l'équipe pour qu'ils prennent soin des enfants.** J'en suis persuadé. Et après, prendre soin de moi, quelques fois, je l'oublie et je m'épuise et ça c'est dur et je n'ai d'espace pour ça. Après, il faut voir un psycho, mais à l'extérieur, mes collègues ne vont pas tout porter. Mais c'est coûteux et ça devrait rentrer dans le cadre du travail. C'est quand même lourd à porter une équipe, les difficultés et puis les différends, mais, les conflits. On n'a pas parlé de conflits aussi les uns les autres. On entend plein de choses la part de l'un de l'autre et tout donc j'essaie de faire très attention.

Justement en j'ai reçu l'ASH, je sais qu'il y a des moments compliqués avec sa collègue. Sa collègue m'a transmis plein de choses. Il y a eu un entretien professionnel je n'allais surtout pas sur ce qu'elle m'a renvoyé l'autre parce que justement c'est l'inquiétude de cet ASH. Après ça va faire des conflits. Donc je n'ai volontairement pas voulu appuyer sur des choses. Je sais qu'ils se sont dit des choses et ça suffit. On n'a pas besoin de savoir que moi je sais. Voilà, il y a des choses comme ça où je fais attention parce que s'ils sont en conflit et c'est déjà arrivé, ils ne vont pas arriver à travailler. Je préfère... tout ce que je reçois... parce que tu reçois beaucoup de choses en tant que cadre, des uns, des autres et tout ça. Mais, je fais comme si je ne savais pas. Après si c'est vraiment grave ou des choses où je dois repositionner, je le fais. Si ce sont des petits trucs comme ça. Je sais qu'après, ils vont échanger entre eux Je les pousse à leur dire. Tu devrais le dire à ta collègue, tu devrais faire ça.

Les conflits et les rapports avec la secrétaire. La secrétaire, les agents, il y a plein de choses qui se passent. Donc, je prends beaucoup, j'entends beaucoup et j'essaie

d'apaiser les choses en rappelant toujours qu'on est dans un contexte de travail et je ne tolérerais pas qu'on ne se respecte pas, qu'on se boude. Tu vas faire des efforts, fais-le voir quand tu parles à cette personne. Parce qu'il y a de la confiance. Au début elles n'avaient même pas confiance en moi. Maintenant j'ai apprivoisé. J'aime bien apprivoiser les gens mais dans un truc sain. D'apprivoiser, de les écouter et de les accompagner, même si elle n'est pas sous ma responsabilité, mais, elle a complètement confiance en moi. Quand quelqu'un l'agace, elle va venir le dire et moi je l'appelle en lui disant : « Peut-être que tu as mal compris et puis n'oublie pas ta posture, ta façon de parler, ça se voit, tu es très expressive donc attention ». Voilà donc les conflits, il y en a comme un peu partout.

**Je te remercie beaucoup pour le temps accordé.**

Annexe 7 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Alyce

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation	Age	Cinquante et un ans. J'ai eu mon diplôme d'état en 1995.	IDE de formation Ancienneté 28 ans dont 14 ans de CDS
	Parcours pro IDE	J'ai choisi la psychiatrie. J'y ai travaillé en tant qu'infirmière chez les adultes, dans différents pavillons en intra hospitaliers, dans la réinsertion et puis dans les pavillons de crise. Ensuite j'ai travaillé en pédopsychiatrie en tant qu'infirmière. J'ai travaillé à Exxxx et à Bxxx (hôpital de jour et CMP), puis après j'ai dû faire 5 ans pédopsychiatrie. J'ai fait les urgences psychiatriques. Ça s'appelait le CAP, c'est le CPAU actuel. J'ai fait 2 ans et pendant ces 2 ans j'ai préparé mon diplôme cadre. Après, j'ai fait la formation cadre à Angers pendant un an. J'ai été diplômée en 2009.	Parcours uniquement en psychiatrie dans le même établissement que ce soit IDE ou CDS : plusieurs services : intra et extra / adultes et enfants Poste actuel : 2 ans et demi en CMP/HDJ
Compétences	Parcours pro CDS	Là, j'ai été affecté dans un pavillon de l'Intra de réinsertion qui n'existe plus. Ensuite dans un pavillon de crise qui n'existe plus maintenant, c'est la médecine générale. Et puis après Cxxx non pardon Vxxx et Cxxx J'ai travaillé sur un CMP à Mxxx et CMP Sxxx Je suis venu ici fin 2020, CMP /HDJ à Cxxx	
	Expérience	J'ai des personnes qui ont de l'expérience	L'expérience ferait la compétence
	Spécialisation	Je ne veux pas qu'il ait de spécialisations parce qu'on a quand même peu de d'ados et beaucoup d'autistes	Est-ce que la spécialisation dans un domaine particulier est nécessaire ou non ? Pour Alyce, notion

	<p>Erreur et compétences</p> <p>Confiance</p>	<p><i>J'ai quand même une équipe qui n'est pas forcément formée à la pédopsychiatrie. Ils des expériences riches, mais pas forcément en pédopsychiatrie.</i></p> <p><i>On peut être compétent et au quotidien être <b>démunis</b> face à la situation parce qu'il n'y a pas de recette, ce n'est pas de la prescription médicale avec quelque chose qu'on a qu'on a bien acquis. Donner un traitement on sait ce que c'est les effets tout ça. Être en relation avec un enfant c'est complexe et ce n'est pas forcément... et on peut être maladroit sans être incompetent</i></p> <p><i>On peut être très compétent à avoir une part d'expérience et être maladroit et ne pas sauver une situation sur deux. Et le principal c'est vraiment d'en avoir conscience, de comprendre ce qui s'est passé et d'avancer et puis il y a aussi un terme que qu'on n'a pas utilisé c'est la <b>confiance</b> dans l'équipe.</i></p>	<p>de transférabilité des compétences acquises durant d'autres expérience.</p> <p>Ce n'est pas parce qu'un soignant est en échec face à une prise en charge qu'il n'est pas compétent mais il est nécessaire d'analyser en équipe : pour cela il faut une relation de confiance au sein de l'équipe</p>
<p><b>Accompagnement</b></p>	<p>Pluridisciplinarité</p>	<p><i>Alors pour moi les <b>réunions cliniques</b>, c'est indispensable, parce que ce sont des <b>échanges</b> avec toutes <b>les équipes pluridisciplinaires</b></i></p> <p><i>Mais la clinique pour moi c'est à mener quand même le médecin et le psychologue. Donc les réunions cliniques sont primordiales pour moi. C'est le lieu où on apprend et puis ce sont des situations bien particulières. <b>On s'interroge</b>,</i></p> <p><i>J'aime bien qu'on reprenne la situation parce que souvent, c'est à partir de là qu'on <b>va apprendre</b> et qu'on <b>va faire mieux</b></i></p> <p><i>Donc les réunions cliniques les séminaires qui sont proposés par l'établissement, j'encourage, même je</i></p>	<p>L'accompagnement passe par les réunions cliniques grâce à la pluridisciplinarité.</p> <p>Le cadre de santé favorise le questionnement et l'apprentissage et c'est grâce à la réflexion en équipe que les pratiques s'améliorent.</p> <p>Encouragement et soutien sont important dans l'accompagnement</p> <p>Freins possibles à l'accompagnement : temps et la vie personnel</p>

	<p>Difficultés</p> <p>Accompagnement de la réflexivité</p>	<p>pousse les agents à y aller. En fermant l'hôpital de jour s'il le faut.</p> <p>Je les encourage aussi à travers la <i>formation continue</i></p> <p>Mais je le fais de façon bienveillante</p> <p>Je pense aussi, qu'ils privilégient pour le moment, leurs enfants, leur vie familiale.</p> <p>Du moins de temps pour les accompagner. Je les accompagne au quotidien et pas au-delà quoi au niveau formation du coup, ça passe au second plan malheureusement</p> <p>Et moi j'aime bien justement quand je passe des journées avec eux.</p> <p>J'essaie de faire un peu celles qui qui <i>s'interrogent</i> et <i>d'amener la réflexion</i>.</p> <p>Je les <i>encourage</i>, je les <i>soutiens</i>, je suis présente, je souris. Je me sens engagée pour ce travail-là</p> <p>Donc je les valorise et sans en faire de trop non plus, parce qu'ils ne sont pas dupes. Mais pour moi, c'est important de prendre soins de l'équipe pour qu'ils prennent soins des enfants.</p>	
<b>Management</b>	Responsabilisation	<p><i>Participatif. Délégatif.</i> Je délègue pas mal de choses parce que je trouve que c'est important pour eux d'avoir des <i>responsabilités</i>, des missions, tout en les accompagnant.</p> <p>Et directif, vraiment, c'est un dernier recours.</p>	Management participatif et délégatif afin de responsabiliser les professionnel (forme d'accompagnement)
<b>Sens</b>	Vécu perso de perte de sens	<p>J'ai travaillé sur un CMP à Mxxx et CMP Sxxx où je ne trouvais pas de sens parce que c'étaient 2 CMP avec des missions différentes.</p> <p>Un CMP et un hôpital de jour. Pour moi ça a plus de sens</p>	<p>Sens = objectif, la plus-value</p> <p>Sens = levier pour la montée en compétences, permet la réflexivité grâce aux regards croisés</p> <p>Valorisation donne du sens aux équipes</p>



	Valorisation	<p>population, l'aide qu'on peut apporter, même si c'est minime, ces enfants-là sont des futurs adultes, pour moi c'est ça qui m'anime.</p> <p>Et puis aussi, trouver du sens dans ce qu'ils font, les <i>valoriser</i>, et voir les évolutions des enfants</p>	
<b>Thème émergent</b>	Epuisement professionnel du CDS	<p>J'avais même songé à de quitter l'établissement parce que je ne m'y retrouvais plus : au niveau de l'ambiance, au niveau valeurs, au niveau de de tous les changements</p>	

---

## Annexe 8 - Entretien N°4 avec Richard

---

Date de l'entretien : 19/04/2023 – 14h

Durée de l'entretien : 49 minutes

**Est-ce que je peux vous laisser vous présenter ? Et présenter votre parcours professionnel ?**

Je suis diplômé infirmier de secteur psychiatrique, promo 1985. Et je suis diplômé, cadre de santé depuis 2003.

J'ai tout fait psychiatrie. Ce n'était pas l'EPSM, mais c'était le centre hospitalier qui n'était même pas cet établissement à l'époque. J'ai tout fait dans l'établissement où je suis à l'heure actuelle. Y compris la formation, parce qu'à l'époque nous avions aussi notre formation infirmière dans l'enceinte, avec ce diplôme restrictif.

On avait la première année qui était tronc commun et ensuite on perdait la polyvalence. C'était soit on restait, on confirmait notre choix de faire de la psychiatrie et d'avoir des études rémunérées, soit on pouvait bifurquer. Je connais une ou deux personnes qui l'ont fait et qui sont allées dans les soins généraux, pour être oui avec un diplôme d'IDE polyvalent.

**Et vous avez fait tout style de services, intra, extra, pédo, ou adultes.**

Non pas d'infanto juvénile. Comme infirmier et comme cadre oui, beaucoup d'intra hospitalier au départ parce qu'en 85, l'ambulatoire c'était balbutiant. Alors après ça s'est développé petit à petit. Mais au départ, c'étaient des dispensaires. Il n'y avait pas de possibilités de travailler, de faire que ça. On se détachait à partir de l'HTC. Ensuite comme cadre, oui là j'ai été affecté à la fois sur des unités d'HTC, des appartements thérapeutiques sur des CMP, des hôpitaux de jour.

**Et là vous êtes depuis combien de temps ici ?**

Ça fait 4 ans que je suis affecté sur 2 CMP dont celui-ci.

**Quatre ans sur ce poste donc le CMP de de Sxxx et celui de ?**

L'Axxx.

**A à 50 50 ?**

Pas tout à fait, parce que j'ai d'autres... Si on veut rentrer dans les détails je suis je suis également régisseur adjoint pour le pôle. Donc je ne suis pas à 50 50 exactement. En gros, oui, mon activité c'est moitié, moitié.

**Est-ce que je peux vous demander votre âge ?**

59 ans jusqu'à demain.

**Ah ! Bon anniversaire en avance.**

Merci.

### **Alors est-ce que vous pouvez me parler de vos équipes et de leurs compétences ?**

Alors dans les CMP, nous n'avons en principe que des personnels infirmiers. On n'a pas à ma connaissance d'aides-soignants. C'est plutôt après sur les hôpitaux du jour. Il y a de la place pour des d'autres professions, mais pas sur le CMP où il n'y a que des infirmiers. Et depuis quelques mois j'ai une IPA.

### **D'accord. C'était une formation en interne ?**

C'était quelqu'un qui est issu de l'établissement, qui a été sélectionné, financé diplômé, mais dont le médecin présent sur cette unité a accepté la venue. Le problème des IPAs, c'est de trouver un médecin qui accepte de bosser en collaboration. C'est assez dramatique, parce que je ne sais pas comment c'est en soin général, mais en psychiatrie, ils sont dans l'ensemble très très hostile.

**Alors oui, ça dépend, mais oui ça reste encore quelque chose à la marge. En fait on ne les intègre pas alors que le contexte actuel fait qu'il faudrait au contraire essayer de les porter pour essayer de soulager un maximum le travail du médecin.**

Il y a plein de places. On a des médecins qui sont surbookés sur l'ambulatorio, qui se plaignent sans arrêt et qui ne sont pas capables d'ouvrir la porte à une solution alternative et intéressante. Mais c'est intéressant pour tout le monde, pour le reste de l'équipe, la dynamique. Pour c'est moi c'est nickel et pour le cadre aussi.

### **Oui. C'est une aide. Après vous avez un lien hiérarchique avec elle ?**

J'ai fait son évaluation. Oui je suis son responsable hiérarchique.

Je ne suis pas plus intelligent que la moyenne. Pas plus fin non plus. Mais quand j'ai vu débarquer les IPA, j'ai dit il ne faudra pas m'emmerder avec ça. Il ne manquerait plus qu'ils gagnent plus que moi ? Et que je sois obligé de... Je ne sais pas combien elle gagne, mais c'est moi son responsable hiérarchique et ça se passe très bien.

### **Comment au quotidien vous faites pour détecter les compétences ou le manque de compétences de vos équipes, concrètement, dans votre quotidien ?**

Il y a un temps fort c'est l'évaluation annuelle. L'idéal ça serait de refaire une évaluation intermédiaire. Ça nous est demandé. Concrètement on ne le fait pas. L'évaluation annuelle et obligatoire est une bonne chose déjà pour ça.

Donc c'est à ce moment-là que ça vous permet...

J'ai un retour, moi je suis-je ne suis pas dans la vérification. Je n'ai jamais été confronté en CMP à des carences professionnelles flagrantes. J'en ai vu par contre sur l'HTC. En CMP, il m'arrive quand même de regarder un peu les écrits. Même si je ne m'érige pas en expert de la clinique. Ça fait 20 ans que j'ai abandonné la profession infirmière. J'ai mis ça de côté et on nous demande d'être dans une polyvalence, mais dans la réalité on décroche très très vite. Pharmacologie... La clinique, bon, ça va encore, mais la pharmacologie c'est épouvantable. Oui je je regarde, je ne vérifie pas, je regarde parfois, mais aussi, parce que les prises en charge sont compliquées.

Je suis obligé de regarder un peu les observations dans le dossier de soins informatisé. Et puis il y a les retours. **Il y a les retours de bouche à oreille.** Quand vous êtes cadre, vous ne pouvez pas sans être à l'écoute du personnel qui de temps en temps se plaint de ses collègues. **Il faut en prendre et en laisser, bien sûr,** mais bon.

### **Ils sont aussi en double affectation ?**

Oui ils sont aussi en double. Certains parce que le 2ème CMP que j'ai, n'est pas ouvert tous les jours. Donc les jours de fermeture ils viennent ici.

### **D'accord, donc vous êtes quand même en lien en permanence ?**

Pour moi oui.

Et puis **les réunions cliniques, c'est très propice aussi à éventuellement cerner quelques faiblesses** on va dire. Parfois ça peut être simplement de la timidité ou des difficultés dans l'expression orale. Mais derrière, il y a parfois, oui, il y a quelques faiblesses dans les connaissances cliniques.

### **Oui quelques petites lacunes.**

Oui, ça peut arriver. La psychiatrie, c'est quand même un domaine à part qui réclame des connaissances spécifiques. Et on peut imaginer une infirmière issue du soin général, n'ayant pas travaillé en psychiatrie... Alors l'établissements ne fait pas cette erreur de les envoyer même puisque certaines personnes sont persuadées qu'elles auront le cette polyvalence suffisante pour aller bosser directement en CMP. La politique de l'établissement c'est : quelqu'un qui ne connaît pas la psychiatrie ne n'est pas balancé directement, en principe. Je dis bien en principe, je vais vous dire pourquoi après, sur un CMP. Après l'exception, ça peut être quand on n'arrive pas à recruter sur certains CMP. Ça peut être le cas à l'autre bout du département. Si vous êtes à Gxxx ou à Pxxx, ça peut être catastrophique en termes de recrutement. Et là, si vous avez un IDE qui se présente, et qui dit je peux commencer demain et que vous avez un Poste à pourvoir depuis 6 mois, on voit les choses différemment. Mais, **quand il y a le choix, on va proposer à l'agent de venir bosser un petit peu en HTC.** Pas forcément longtemps, ce n'est pas le parcours du combattant qui lui a demandé. **Mais quelqu'un n'a jamais fait de psychiatrie, oui, de faire une découverte de du service déjà, du pôle. Et puis après, si tout se passe bien et que le souhait de cette personne, c'est de bosser en ambulatoire,** oui après tout le monde est perfectible. On n'est pas obligé d'emblée de se frotter à des prises en charge extrêmement complexes et difficiles. On ne va pas envoyer les gens casse-pipe. Oui, on peut démarrer un peu soft, sa **sachant que l'établissement est très aidant en termes de formation professionnelle. Il y a beaucoup de défauts dans cette dans cet hôpital, mais pour l'instant on préserve cette qualité, ça va peut-être être la dernière : c'est de de proposer beaucoup de formations.**

### **Ce qui permet aussi une montée en compétences.**

C'est intéressant pour les nouveaux diplômés, puisque pas beaucoup de psychiatrie, pas assez dans le programme étudiant, mais aussi, pour les personnes comme ça qui arrivent après un exercice ailleurs qu'en psychiatrie. D'eux même, les gens se rendent

compte très vite qu'ils ont besoin d'appréhender déjà la formation continue. Le rapport à la violence, qui n'est pas du tout... Tous les agents sont confrontés à la violence, à l'hôpital général aux urgences. Mais c'est de la violence du malade mental ce n'est pas la même.

### **Oui elle n'est pas raisonnée donc c'est à prendre différemment.**

Elle comporte des explications ou elle peut s'accompagner, ou elle peut être nuancée. Pas toujours. Quand tu te fais rentrer dans la gueule. Le temps de dire ouf, c'est fait. Mais très très souvent là, c'est une violence verbale qui peut être extrême, complètement disproportionnée avec le potentiel de dangerosité de l'individu. La première fois qu'on se fait bouger comme ça par un patient, on n'en même pas large. Et après 20 ou 30 ans de psychiatrie...

### **On voit les choses différemment, on les appréhende différemment.**

On fait un peu éponge et on invite le patient à passer à autre chose, si on est capable. Très souvent c'est le cas.

### **Pour vous, qu'est-ce que l'accompagnement ?**

L'accompagnement, c'est déjà **l'écoute des agents**, pas simplement les nouveaux arrivants. Les demandes peuvent venir d'un infirmier qui est parfaitement rodé au travail mais qui à un moment donné, doit être **accompagné sur du changement, une réorientation ou simplement une évolution**. C'est des termes un peu pompeux, mais on est bien d'accord, l'accompagnement au changement, l'évolution du projet professionnel. Mais aujourd'hui le travail devient tellement... Il y a tellement d'orientations diverses qui se présentent. L'ensemble de notre établissement, en 10 ans, ça a changé. Je n'aurais jamais pensé, qu'on pouvait à partir, d'un diplôme infirmier faire autant de choses différentes. Et il y a des infirmiers qui d'emblée vont y aller, moi ça, ça m'intéresse, j'y vais et puis d'autres qui vont se poser la question et là il va y avoir un échange avec l'encadrement. Ce n'est pas forcément nous qui allons... Moi je me contente de demander où ils en sont. Je suis rarement très directif. En quoi, je pourrais dire je pourrais dire un agent ; « Tu as fait ton temps et tu vas passer à autre chose ». Je les invite à réfléchir par contre. **L'évaluation elle est annuelle, donc on peut toujours mettre un mot qui invite à réfléchir à l'évolution du projet et puis on en reparle nous ou le cadre qui va les revoir un an après**. Très souvent les gens ne sont pas fermés à l'évolution mais il faut un peu de temps. La phrase que les infirmiers ont souvent c'est : « Je n'ai pas fait le tour de la question ». Bon, en gros, ne me faites pas chier pour l'instant. Mais quand on en rediscute après de manière informelle avec eux, on se rend compte, on apprend qu'ils se sont renseignés, qu'ils ont été, ils ont pris contact avant de nous en parler. Ce qui n'est pas un mal, avec quelqu'un qui bosse à tel ou tel endroit, qui savent déjà un petit peu ce qui se fait. Démarche intéressante. Et puis, après ils vont demander à faire un stage. Si on sent qu'ils ont besoin d'avoir le pied mis à l'étrier, alors on va leur dire : « Si tu veux, je prends, je négocie pour toi un stage ». Mais très souvent, d'eux-mêmes, ils disent, c'est mieux : « Je voudrais faire un stage, pour voir, sans engagement ».

### **Oui, il y a cette possibilité là au sein de l'établissement ? C'est bien.**

Alors une chose qui est très, très bien dans cet établissement, la facilité que les agents ont à aller faire des stages. Celui qui ne connaît pas l'addictologie, qui se dit pourquoi pas, mais qui ne voit vraiment pas ce qui s'y fait, peut demander à aller faire un stage d'une ou deux semaines en addicto. C'est extrêmement facile. C'est même une pratique qui est encouragée. On encourage la mobilité donc on est tenu de proposer des conditions favorables à cette mobilité.

**Donc l'accompagnement des compétences ça passe et par l'entretien annuel mais aussi par la possibilité d'avoir, si je résume des formations assez faciles d'accès et cette possibilité de pouvoir découvrir d'autres secteurs, d'autres activités. C'est facilité.**

Alors ce qui est ce qui est important quand on est cadre, c'est d'essayer de voir, de discerner l'essoufflement professionnel, pour parler de burn-out ou de choses graves, mais quand les agents se mettent à faire un peu de surplace, pas forcément mal travailler, mais un sur place qui peut être relativement confortable et si on n'y veille pas ils vont s'installer dans quelque chose, dans l'immobilisme. Sans pour autant se la couler douce. Mais derrière ça, quand on voit maintenant les carrières qui vont devoir être très longues, les gens qui ont 40 ans et chez qui on sent comme ça, qu'on sent gagnés par une forme de quiétude, c'est important de les bouger un peu quand même, gentiment, mais de les aider. Si eux n'en sont pas capables, les aider à y penser. Parce qu'ils se serrent tous un peu les fesses en se disant... Enfin, dans ceux qui sont dans cet état d'esprit en se disant pourvu qu'on ne demande pas, c'est justement, tiens on va en parler, bien sûr. Tu es là, tu t'y sens bien, tu fais du bon travail, mais tu ne vas pas rester dans 10 ans, 15 ans et après il te resteras 5 ans avant la retraite donc ça fera 20 ans au même endroit. Non une carrière ça se réfléchit autrement.

**Oui maintenant, on fonctionne sur des cycles beaucoup plus courts qu'à une certaine époque.**

Oui avant on pouvait faire carrière, peut-être pas sur la même unité mais presque. Mais dans l'ensemble les agents ont une soif quand même de différente des générations d'avant. La mentalité évolue, il y a beaucoup plus de curiosité, il y a même parfois de manière excessive, parce qu'ils sont dans une soif... Alors je vous l'ai dit tout à l'heure, l'établissement forme énormément, mais on n'a pas forcément le retour sur investissement. Les gens se forment et ne vont pas forcément exploiter cette formation. Ils vont passer à autre chose. On a des spécialistes de la formation. Il y a des agents, ils sont bien que quand ils sont dans un processus de formation. Alors ce sont des formations bien lourdes, bien coûteuses. Et on s'aperçoit et ça pose problème, l'hôpital y fléchit. Mais quoi derrière, parce qu'ils sont comme des girouettes le vent a tourné. Et alors il y a l'effet de mode est passé, eh bien non finalement non on ne va pas exploiter ça, tiens on a vu un autre truc qui va nous plaire. Là je trouve que le l'établissement est un peu trop laxiste par contre. A un moment donné on devrait demander aux gens peut-être pas une forme d'engagement mais quelque chose qui ressemble. On a un nombre incalculable de personnes formées à la sophrologie ou à la relaxation, on n'en a très, très peu qui est qu'il exerce pour l'hôpital. Par contre après oui, pour quitter l'établissement version libérale ça on forme bien les gens pour qu'ils aillent après... On pourrait leur demander, oui, de le mettre en œuvre à la fin de leur formation un atelier...

**Quelque chose qui prouve que l'investissement qui a été fait pour la formation serve aussi l'institution.**

Même si on n'est pas opposé à ce qui aillent exploiter leur savoir après en libéral, mais que dans un premier temps, quand même. Faut par charrier quoi.

**Un retour sur investissement quoi**

**Au niveau de votre management, quel est le type de management que vous privilégiez et à contrario celui que vous mobilisez le moins possible ?**

**Je ne suis pas directif, ni autoritaire.** Par contre, je suis interventionniste. J'évite de laisser une situation dans le pourrissement. **Je laisse au maximum de la latitude aux agents...**

**De régler les problématiques un peu seul ?**

Déjà d'une forme de liberté dans le travail. Dans le champ professionnel, je ne dirais pas qu'il faut laisser la place à la créativité, mais moi **j'aime bien la singularité sur les individus. Il y a des fois on voit émerger des trucs bien sympas et qui peuvent être utiles. Après, il faut canaliser pour pas que ce soit du tout et du n'importe quoi.** Plus je vieillis, plus je laisse. Bon je regarde, je regarde, mais je laisse, je laisse faire pas mal de chose. Après, quand on est plus dans les clous là quand je dis non c'est non et personne ne m'en tient grief.

**Donc vous êtes plutôt, participatif ?**

Complètement.

**Alors aujourd'hui, on parle beaucoup de sens au travail. Qu'est-ce que vous en pensez ?**

**Je suis du plus grand scepticisme.**

**Pourquoi ?**

**Sans doute, que moi-même, je suis en échec par rapport à ça. La gestion aujourd'hui d'un établissement, d'un gros établissement hospitalier, ne laisse pas beaucoup de place à l'épanouissement.** On l'oublie, beaucoup d'entre nous. Et le sens au travail nous demande vraiment de le mettre ici entre parenthèse.

**C'est quoi, c'est les injonctions qui vous le demandent ?**

Oui et on en a tout le temps.

**Donc pour vous c'est difficile de le mettre en place auprès des équipes ?**

**Il est illusoire. Oui, c'est les prendre pour des cons. J'essaie à mon niveau, mais on ne peut pas leur travestir la réalité, ce sont des adultes.**

**Et à votre niveau, vous, ça se traduit comment ?**

Bien, ce que je disais tout à l'heure. Si je vois qu'un agent a un potentiel personnel sur une appétence pour quelque chose, je vais essayer de travailler ça avec lui, là je ne vais pas le... quitte à être en désaccord avec... ça se discute. Je ne veux pas aller au conflit non plus hein. Si on est hors sujet, on est hors sujet, mais ça je dois m'en rendre

moi-même. S'il y a une place à la négociation et à défendre un projet individuel qui va servir le collectif, j'encourage et je soutiens l'agent dans la démarche. Je ne peux pas aller beaucoup plus loin.

**Vous pensez qu'à l'heure actuelle, donner du sens aux équipes ce n'est pas mission impossible, mais pas loin ?**

Pas loin. Mais, je suis peut-être dépressif ?

**Non, après, c'est malheureusement une réalité.**

Je commence à avoir un peu d'ancienneté hospitalière, mais aussi dans la fonction de cadre et je vois les choses évoluer malheureusement pas dans le sens que vous souhaitez.

**Et vous voyez ce cette perte de sens depuis combien de temps à peu près ?**

Elle s'aggrave.

**Est-ce que vous vous avez déterminé à un moment donné ?**

Elle s'aggrave avec les difficultés de recrutement en personnel, avec sûrement les effets du COVID qu'on voit autour de nous, chez nos enfants. On le voit chez nos agents aussi. Le COVID a fait beaucoup de mal, je pense.

**Dans le sens où l'engagement n'est plus le même ?**

Complètement, on n'assiste plus maintenant. Les agents sont de plus en plus volatiles. Ça ne pourra pas durer je pense.

**Une petite note d'espoir ? C'est ça ?**

On est arrivé, je pense, à un point pas de non-retour, mais ce que j'appelle moi la volatilité, on est au maximum de ce qu'on peut, de ce que le système peut supporter. Des agents qui au bout de 15 jours vous disent : « non bon finalement, puis un mois après moi j'ai changé » ... Non je pense qu'ils vont se resédentariser professionnellement, un petit peu. Ils vont réapprendre à se poser.

On est dans une génération... Les jeunes, les jeunes infirmiers ne savent plus se poser. Mais dans la vie de tous les jours comme dans le boulot. Les générations actuelles ont du mal à approfondir ce qu'elles font. La lassitude les gagne très, très vite. Ils sont dans un ressenti négatif avant même pratiquement d'avoir commencé une tâche ou une mission nouvelle. Moi, je suis souvent étonné. On vient me voir avec... Alors c'est bien d'avoir des projections mais je leur dis : « mais attendez, il y a encore plein de trucs à faire là ». Si c'est sur un projet individuel de patient qui n'est pas, qui est loin d'être terminé. Et puis, il n'y a rien d'abouti. Et là on voit le manque d'expé... Enfin le choc générationnel. Entre un infirmier qui a 40 50 ans et puis un jeune de 25 ans la perception n'est pas du tout la même. Il n'y a plus rien à faire, il faut passer à autre chose. Eh bien si, il y a encore à faire et il y a de l'humain derrière, on ne peut pas non plus bazarder comme ça. Ça, s'est compliqué. On a une approche technocratique un peu du métier d'infirmier maintenant, un petit peu outrancière.

**Et le lien entre sens et compétences est-ce que vous en faites un ou aujourd'hui c'est impossible de le faire ?**

C'est compliqué.

**Est-ce que vous ne pensez pas que le sens pourrait être un levier pour monter en compétences.**

Ça devrait. Ça devrait, mais je trouve que là on est... **L'appareil est bloqué, le système est grippé. L'hôpital est malade.** On ne lui a pas encore administré la bonne potion. Je ne suis pas certain qu'elle existe. J'espère.

**Oui c'est plutôt un peu pessimiste ça.**

Mais malheureusement, c'est la réalité et je ne suis pas le seul à partager, à avoir cette vision. Et puis ce n'est pas uniquement dans nos établissements.

L'hôpital général, c'est peut-être encore pire. On a tout un système de santé à repenser. Nos politiques nous promettent mais des promesses, oui des promesses. C'est encore, il y a 2 jours, là. Ce n'est pas en assenant des âneries qu'on fait avancer les choses. Quand on entend le président de la République promettre, nous on est tout on a cette population en charge, de gens démunis avec des maladies chroniques qui n'ont pas de médecin généraliste, on est confronté à ça, ce qui en ont le plus besoin n'en n'ont pas. Et le président de la République, il leur promet qu'ils n'ont rien à faire, qu'ils vont être contactés par la sécurité sociale. Comment croire des conneries pareilles. Mais malheureusement cette connerie, elle est descendante parce que les directeurs d'établissement ont tendance à avoir un discours foireux comme ça aussi.

**Ma dernière question c'était... Mais vous y avez répondu avant que je vous la pose. Est-ce que vous arrivez à trouver du sens actuellement à votre travail ? Parce que si on veut donner du sens, il faut que nous on en ait.**

**Alors paradoxalement, c'est peut-être, le mot sens n'est peut-être pas adapté. Mais je trouve encore de l'intérêt à exercer.** Mais je suis fatigué, j'en ai marre. J'attends la retraite qui sera plus longue à venir que prévue. J'en suis fort contrarié. **Mais dans ce travail, dans mon travail d'encadrement où je trouve encore du sens, grâce aux infirmières, grâce aux équipes.** Ce n'est pas l'hôpital qui me nourrit, c'est la relation humaine aux équipes, aujourd'hui. Le reste, j'ai avalé trop de couleuvres.

**C'est ça, vous vous recentrer sur l'humain.**

Sinon, je crois qu'on viendrait plus bosser. **Enfin, moi personnellement, s'il n'y avait pas oui, des gens à manager, à l'écoute et intéressants, qui me font un peu confiance.** Ce que je dis là, je pense, j'espère que c'est le ressenti de mes équipes. Si j'étais en conflit avec, on est souvent en conflit avec un ou deux agents sur des points bien précis, ça c'est autre chose, mais si je ressentais, une connotation, quelque chose de de très négatif et collectif, j'aurais du mal à venir bosser. Alors pour l'instant, en tout cas en ce moment, ce n'est pas le cas.

**Vous sentez quand même une forme de reconnaissance des équipes ?**

Oui et de confiance paradoxalement parce qu'il n'y a pas de quoi avoir confiance dans le système, et je pense que, peut-être parce que le discours que je vous tiens sans être déloyal par rapport à l'institut... J'évite, j'en ai absolument envie. Mais j'ai un discours assez clair et puis je ne leur fais pas croire que je vais faire des miracles. On pourrait... non vous ne pourrez pas faire ça. On ne pourrait pas... Bien non il n'y a plus d'argent, on ne pourrait pas acheter ça, ça serait idiot. Ils en prennent leur parti.

### **Oui, il y a de l'honnêteté dans les propos.**

Mais ça me permet, quand je demande quelque chose, je suis suivi. Alors ce qui fonctionne avec des petites équipes ambulatoires où les gens ont quand même une motivation, on ne peut pas venir bosser je pense comme infirmier dans un CMP si on n'a pas un peu de motivation. Donc ils en ont au moins un petit peu tous. Par contre dans les unités de HTC, c'est beaucoup plus compliqué. Il y a vraiment des gens qui sont là, ils ont une relation alimentaire au travail et c'est compliqué. Moi je suis passé par là hein. J'ai vu, j'ai été cadre d'unité de temps complet et malheureusement là vous avez le des personnes vraiment à la traîne. Vous tractez littéralement et vous voyez qu'il n'y a pas de potentiel. Il n'y a rien. Et parce qu'on est dans l'hôpital public, on n'a pas beaucoup de levier pour ça. Dans le privé se serait vite classé et dans le public et bien non, et après souvent ces personnes sont syndiquées et bon je ne vous fais pas... Là, sur un CMP on a une population qui est là pour bosser. On s'accorde sur le sur le minimum et au-delà tout le monde a envie de travailler.

### **Déjà c'est un bon début pour avancer.**

La plupart ont bataillé pour avoir le poste. Il y en a qui l'on attendu longtemps, c'est quand même assez demandé les en CMP. Alors, c'est à nous aussi de voir ce qui les anime quand ils veulent absolument. Bien sûr, les horaires à un moment donné ça va compter. Après, il faut faire de tri et qu'il y ait autre chose.

### **Oui, il ne faut pas qu'il soit juste animé par une convenance personnelle ?**

Il y a des deux. Mais, moi je n'ai pas d'agent dont je doute de la sincérité. Ils n'ont pas tous un engagement à 200% et je ne le leur demande pas, surtout pas. Mais voilà, ça c'est un truc qui est important pour moi c'est la sincérité. Si je sens un agent qui me... Oui, c'est un peu comme une trahison, parce que je vais l'avoir recrutée et puis je me suis gouré. Comment j'ai pu me planter à ce point-là. Je pas mal d'années de CMP et pour les personnes que, en tout cas, celles que j'ai recrutées, parce que des fois on arrive et il faut faire avec l'existant, mais les personnes que j'ai choisies pour venir travailler avec moi, on peut parler comme ça, je ne me suis jamais trop trompé. Après on n'est parfois obligé aussi de prendre des agents, les parachutés. On n'a pas le choix. Mais dans l'ensemble, cadre en CMP, on n'a pas trop à se plaindre.

### **Oui vous avez une liberté de choix ?**

On a en partie la main sur le recrutement. On ne recrute pas seul, c'est un travail qui fait avec notre hiérarchie. J'ai de la chance, j'ai une hiérarchie avec qui je m'entends. Que j'ai pu tester à l'occasion de recrutement comme ça et qui laisse, en tout cas avec moi... on n'a pas toujours été d'accord justement sur le choix des agents et qui m'a laissé le choix final. Et je tiens à préciser : je n'ai pas de regret derrière. Mais nous

avons des postes privilégiés en CMP. C'est beaucoup plus compliqué pour l'encadrement en HTC. En HTC, vous n'avez aucun répit parce que le gros problème c'est : vous pensez, vous vivez, vous vos cauchemardez le planning. Comment je peux faire demain pour fonctionner, je n'ai pas d'agent... Je n'ai pas ce problème-là.

80% du temps ou presque et puis c'est anxiogène, c'est dépressogène. Ça ne laisse pas de place à autre chose, ou très peu. Et ça c'est vraiment de pire en pire. J'ai connu des années où il n'y avait pas de problème de personnel. On va dire depuis 15 20 ans, on commence à vraiment avoir des problèmes d'effectif, avec des postes vacants, un fort absentéisme en partie justifié. En partie justifié comme partout. Il y a des agents qui ont une propension à s'arrêter un peu plus dans le public que dans le privé. La différence, c'est que le poste n'est jamais menacé, à moins de faire au moins une faute professionnelle énorme bien sûr, mais on ne va pas remettre en question votre emploi si vous êtes arrêté même si on soupçonne que vous en rajoutez un peu et qu'il y a de la complaisance dans les arrêts. Au bout du compte vous vous en tirerez toujours. Dans le privé, je ne crois pas que ça se passe exactement comme ça.

**Eh bien, je vous remercie. Est-ce que vous souhaitez rajouter quelque chose ?**

Non. C'était un plaisir de converser.

Annexe 9 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Richard

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation	Carrière	<p>59 ans</p> <p>Je suis diplômé infirmier de secteur psychiatrique, promo 1985. Et je suis diplômé, cadre de santé depuis 2003.</p> <p>J'ai tout fait dans l'établissement où je suis à l'heure actuelle. Y compris la formation, parce qu'à l'époque nous avons aussi notre formation infirmière dans l'enceinte, avec ce diplôme restrictif</p> <p>Non pas d'infanto juvénile</p> <p>Beaucoup d'intra hospitalier au départ parce qu'en 85, l'ambulatoire c'était balbutiant</p>	<p>ISP depuis 1985</p> <p>CDS depuis 2003 20 ans d'ancienneté</p> <p>Toute sa carrière dans le même établissement. : surtout en intra dans les débuts puis progressivement en extra.</p> <p>Poste actuel : double affection (2 CMP) depuis 4 ans</p>
Compétences	Poste actuel	<p>Ça fait 4 ans que je suis affecté sur 2 CMP dont celui-ci</p> <p>En gros, oui, mon activité c'est moitié, moitié.</p>	
	Evaluation	<p>Alors dans les CMP, nous n'avons en principe <b>que des personnels infirmiers</b></p> <p>Depuis quelques mois j'ai une <b>IPA</b></p> <p>Le problème des IPAs, c'est de trouver un médecin qui accepte de bosser en collaboration.</p> <p>Il y a un temps fort c'est <b>l'évaluation annuelle</b></p> <p>L'idéal ça serait de refaire une <b>évaluation intermédiaire</b>.</p> <p>Je <b>ne suis pas dans la vérification</b></p>	<p>Catégorie professionnelle unique à gérer</p> <p>Evaluation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Via l'entretien annuel qu'il appel évaluation.</li> <li>- Via les réunions cliniques</li> </ul> <p>N'est pas dans le contrôle</p> <p>Montée en compétences : formation</p>

	Outils de montée en compétences	<p>Je n'ai jamais été confronté en CMP à des carences professionnelles flagrantes</p> <p>Je regarde, je ne vérifie pas, je regarde parfois, mais aussi, parce que les prises en charge sont compliquées Il y a les retours de bouche à oreille. Il faut en prendre et en laisser, bien sûr</p> <p>Les réunions cliniques, c'est très propice aussi à éventuellement <i>cerner quelques faiblesses</i></p> <p>Quand il y a le choix, on va proposer à l'agent de venir bosser un petit peu en HTC</p> <p>Mais quelqu'un n'a jamais fait de psychiatrie, oui, de faire une découverte de du service déjà, du pôle. Et puis après, si tout se passe bien et que le souhait de cette personne, c'est de bosser en ambulatoire</p> <p>Sachant que l'établissement est très aidant en termes de formation professionnelle. Il y a beaucoup de défauts dans cette dans cet hôpital, mais pour l'instant on préserve cette qualité, ça va peut-être être la dernière : c'est de de proposer beaucoup de formations.</p>	
Accompagnement	Evolution professionnelle	<p>L'écoute des agents</p> <p>Accompagné sur du changement, une réorientation ou simplement une évolution</p> <p>L'évaluation elle est annuelle, donc on peut toujours mettre un mot qui invite à réfléchir à l'évolution du projet et puis on en reparle nous ou le cadre qui va les revoir un an après</p> <p>Alors une chose qui est très, très bien dans cet établissement, la <i>facilité que les agents ont à aller faire des stages</i>.</p> <p>C'est même une pratique qui est encouragée. On encourage la mobilité donc on est tenu de proposer des conditions favorables à cette mobilité.</p>	<p>Ecoute, encouragement</p> <p>Accompagnement au changement, aux nouvelles trajectoires professionnelles</p> <p>Facilité par l'institution</p>



	Sens pour le CDS	<p>L'appareil est bloqué, le système est grippé. L'hôpital est malade</p> <p>Alors paradoxalement, c'est peut-être, le mot sens n'est peut-être pas adapté. Mais je trouve encore de l'intérêt à exercer.</p> <p>Mais dans ce travail, dans mon travail d'encadrement où je trouve encore du sens, grâce aux infirmières, grâce aux équipes</p> <p>Enfin, moi personnellement, s'il n'y avait pas oui, des gens à manager, à l'écoute et intéressants, qui me font un peu confiance</p>	
Thème émergent		<p>Alors ce qui est ce qui est important quand on est cadre, c'est d'essayer de voir, de discerner l'essoufflement professionnel,</p> <p>Enfin, moi personnellement, s'il n'y avait pas oui, des gens à manager, à l'écoute et intéressants, qui me font un peu confiance</p>	<p>Épuisement professionnel</p> <p>Confiance : levier de donner du sens</p>

Date de l'entretien : 21/04/2023 – 10h30

Durée de l'entretien : 21 minutes

**Je vais te laisser te présenter. Ton nom, ton âge, ton ancienneté et ton parcours professionnel.**

Lucie, je suis cadre de santé aux urgences de Pxxx depuis 2019. Auparavant j'étais sur Fxxx. J'ai commencé ma carrière en tant qu'aide-soignant, puis infirmière et cadre de santé. J'ai travaillé 36 ans sur Fxxx avant d'arriver ici. J'ai été cadre dans des services d'urgences sur Fxxx, puis médecine. J'ai fait 2 ans à l'école d'infirmière comme formatrice, et après je suis arrivée ici aux urgences.

**Le diplôme il date de quand ?**

2009.

**Alors est-ce que tu peux me parler de tes équipes et de leurs compétences ?**

Alors les équipes. Alors, l'équipe infirmières, elles sont au total 18. Elles travaillent sur 3 secteurs : Les urgences le HTCD et le SMUR. Depuis mon arrivée, j'ai fait en sorte que toutes les infirmières, au bout d'un certain temps, 2 ans à peu près, puissent bénéficier de la formation SMUR avec l'intégration et sur Pxxx et sur le CHR. Elles font un stage aussi sur le SMUR du CHR. Elles ont des compétences aussi sur le déchocage, sur l'accueil. Sur les urgences de Pxxx, on accueille de l'enfant à la personne âgée. On n'a pas d'urgence pédiatrique donc on gère aussi les enfants. Elles ont des formations pédiatrie. On fait aussi, comme on est un peu excentré de tout (les hôpitaux les plus proches c'est Oxxx, Mxxx et en SMUR, elles font des accouchements. Et ça arrive plus souvent qu'on peut le penser. Donc, c'est pareil, elles sont très demandeuses pour ce genre de de formation.

**Donc là, ce sont les IDE et au niveau des AS et des ASH ?**

Alors les AS, elles sont douze au total. Avec alors normalement elles sont 7 à être ambulancières. Après la spécificité, c'est qu'elles vont être toutes formées au diplôme d'ambulancier et donc, elles ont la double casquette, elles sont et aides-soignantes et ambulancières. C'est-à-dire que la plus grosse partie du travail se fait quand même aux urgences. Les SMUR ont fait 2 sorties par jour en moyenne. Donc le gros du travail se fait aux urgences. Moi je tenais à n'avoir que des aides-soignantes avec la formation d'ambulancières pour celles qui font du SMUR. Donc maintenant elles sont 7. Avant, il y avait une équipe de jour une équipe de nuit. Il y en a encore quelques-unes qui ne font que la nuit, mais elle faut aussi de l'alternance pour couvrir. Les infirmières, elles font alternance jour, nuit aussi. Donc c'est bien parce qu'elles voient le travail de jour et le travail de nuit. Les aides-soignantes ou les ambulancières, elles font toutes des nuits maintenant. Pas autant que celles qui ne font que de la nuit mais

elles font toutes des nuits. Et celles de nuit, je les passe de temps en temps de jour. Voilà le travail sur toute la journée.

### **OK on parle des ASH.**

J'ai une ASH, une seule, parce qu'on a des entreprises extérieures aussi qui font le ménage. Il y a une ASH qui fait midi et demi vingt heures 20 h et qui est partagé entre les urgences, les consultations et la radio. Quand elle est absente c'est un brancardier qui la remplace. Il va bientôt partir ce brancardier et le recrutement va faire la même chose. Et comme y a un autre brancardier qui part à la retraite, l'idée c'est que tous les brancardiers puissent intervenir sur le nettoyage aux urgences.

### **Comment toi, tu accompagnes au quotidien tes équipes, de manière globale et dans un 2<sup>ème</sup> temps, comment tu accompagnes les compétences ?**

Alors déjà moi, je suis maintenant au cœur du service. Ma porte est toujours ouverte donc elles peuvent venir me voir à tout moment. Je suis souvent dans le service, je vais dans les boxs régulièrement. Je les suis sans les suivre. Elles ont toutes des références et un tableau et chacun est responsable de quelque chose dans le service. J'ai des référents douleur, des référents étudiants enfin plein de choses et on fait des groupes de travail. Alors moi je suis à cheval sur les formations. J'essaie, dans la mesure du possible, que chaque agent est au moins une formation dans l'année. Alors, bien sûr on est pris par le budget, par le planning cetera mais on y arrive quand même.

Alors, autre chose. C'est que là, depuis l'an dernier, j'ai réussi à former des agents (il y a 2 infirmières, 2 aides-soignants et il y a 3 infirmières qui vont le faire cette année formateur AFGSU). Donc pour les urgences, c'est un plus. Et elles font des formations flash maintenant. Ça c'est le projet, elles vont présenter leurs fiches. Donc elles font des formations flash et l'idée c'est après de faire des formations de flash aussi dans les services en lien avec l'AFGSU mais voilà ce sont des urgences quand même. Moi je les fais participer à un maximum de toute manière.

### **Donc oui l'accompagnement des compétences ça va avec le fait de les mettre en référence, de veiller aux formations et de leur donner des responsabilités et des missions spécifiques.**

C'est ça et avec l'accompagnement des nouveaux arrivants, (j'ai une infirmière qui vient d'arriver là depuis 3 semaines) donc il y a des tuteurs de nommés qui l'accompagne. On a mis en place aussi des fiches réflexes par rapport aux pathologies, ce qu'on doit faire. Il y a tout un tas de procédures aussi qu'on a mis en place.

### **Quel type de management tu utilises le plus souvent dans ta pratique quotidienne et à contrario celui que tu mobilise le moins ?**

Moi je suis dans le management participatif, je les fais participer un maximum de toutes manières. Sur des retours d'expériences. Je peux être un peu paternaliste de temps en temps. Tu vois quand on a eu le Covid quand je vois qu'elles sont... qu'elles sont un peu en burnout, qu'il y a beaucoup de travail et cetera, je suis capable de les aider. C'est très ponctuel il ne faut pas que... Elles savent que ce n'est pas mon travail,

mais je peux. Elles savent que je suis là. Elles savent qu'elles peuvent compter sur moi. **Celui que je vais maîtriser le moins, c'est le... c'est l'autoritarisme.**

**Aujourd'hui, on parle beaucoup de donner du sens au travail. Toi, qu'est-ce que tu en penses ?**

Alors, je suis assez d'accord avec ça. **Donner du sens au travail c'est à dire être bien dans son travail,** c'est ça non ?

Oui.

**Quand on est bien dans son travail, c'est bien forcément, on est bien on est bien dans sa peau et on c'est tout de suite plus agréable pour tout le monde, pour les collègues et pour soi-même, pour le patient. La qualité de vie au travail, on en parle beaucoup. Nous on a fait un groupe de travail,** on a commencé hier.

**Et toi comment tu peux amener du sens à tes équipes ? On sait que le contexte actuel est compliqué, tendu avec le manque de personnel, l'agressivité qui arrive de plus en plus. Comment tu peux dans ta fonction cadre amener du sens ?**

Alors je moi, je suis très à **l'écoute des équipes déjà. Je leur laisse me faire les propositions** que j'accepte que je n'accepte pas parce qu'il ne faut pas que ça tombe dans le délire non plus. Et dans la mesure du possible je fais en sorte que... Eux, ce sont beaucoup les formations. **Ce qui les attire, ce sont beaucoup des formations.** Et puis il y en a une qui va faire une formation qui va entraîner une autre et voilà. Là il y a des DU aussi, d'urgences. Il y en a deux qui font un DU d'urgences. Comme elles en parlent aux collègues, et bien elles ont aussi envie de le faire. Il y a la motivation par le SMUR, aussi parce que ça c'est la carotte, le SMUR. Et le fait que maintenant toutes les infirmières aient l'opportunité de faire un jour du SMUR, ça motive énormément.

**Moi, je fais en sorte de valoriser toujours leur travail.** Je vais savoir dire quand ce n'est pas le bien, mais je ne vais pas être dans le négatif. Je vais dire : « ça serait mieux faire comme ça » Je ne suis pas quelqu'un qui veut casser le les équipes.

**Donc, les actions concrètement c'est mettre en place des formations, laisser libre cours aux idées des soignants et maintenir une motivation importante.**

**Moi les moments de pause s'il n'y a personne aux urgences, si c'est calme, je les laisse le temps de souffler.**

Je vois, ils voulaient faire des exercices plan blanc, mais c'est dur à mettre en place ce genre de choses. Et du coup, j'ai vu avec le CESU d'Oxxx, et comme eux ils en faisaient un, ils nous ont invités. **Il y a des médecins, des infirmières et des soignants qui y ont participé à l'exercice plan blanc sur Oxxx et ce qui est bien, c'est que ça a amené à un dynamisme dans l'équipe quelque part.**

**Quelle place tu donnes au sens dans ton management au quotidien ? Est-ce que c'est quelque chose qui prend beaucoup de place ?**

Je me pose beaucoup moins de questions maintenant. J'ai de l'expérience.

**Et pour toi, est-ce qu'il y a un lien entre sens et compétences ? Est-ce que le sens peut être un levier pour mobiliser les compétences ?**

Oui, c'est sûr. Par contre, je suis très proche de mes équipes. Je suis la première à aller les aider si elles sont en difficulté, mais je reste la cadre. Il n'y a pas de tutoiement. Il y a beaucoup de respect en fait. Alors moi, je ne le ressens pas spécialement parce qu'au quotidien on ne fait pas toujours attention ce sont les gens extérieurs qui vont plus le remarquer.

**On parlait de donner du sens à son travail. On sait que le contexte est relativement tendu notamment pour la fonction cadre. Est-ce que tu arrives toujours à donner du sens à ton travail ?**

Comme tout le monde, il y a des moments où on en a un peu marre et où on est fatigué. Mais j'ai toujours trouvé du sens à ce que je fais. Je suis un peu surbookée, très souvent surbookée, mais... Là je pars à la retraite dans quelques temps, mais si un jour je devais retravailler, pour une raison x ou y, je travaillerais comme infirmière, pas comme cadre.

Ce qui est lourd, c'est le poids des responsabilités. Alors on est un petit hôpital. Ça a ses avantages et ses inconvénients. L'avantage, c'est qu'on est très autonome alors ça peut être bien et pas bien. L'inconvénient, c'est qu'on est très seuls. C'est vrai que quand on est un collectif cadre, ici on n'est pas beaucoup de cadres. Ce qui est bien c'est de pouvoir échanger entre cadres et des fois on est un peu seul, donc c'est compliqué.

**Et les moments où t'as pu perdre un petit peu de sens dans ce que tu faisais comment tu faisais face aux équipes ?**

Je crois que je n'ai pas changé ma façon d'être. J'ai peut-être un peu baissé les bras de temps en temps et encore, je n'en sais rien. Non je crois que je ne le laissais pas transparaître aux équipes. Après on a la chance maintenant d'avoir le docteur Mxxx d'Oxxx qui est sur la qualité ici et on a effectué un travail énorme. On travaille beaucoup ensemble toutes les deux avec les équipes. On a fait ensemble la cartographie des risques, avec les équipes on a fait ensemble la cartographie douleur avec les équipes. Je ne fais jamais quelque chose toute seule dans mon bureau. Alors je le fais bien entendu parce des fois, je prends tout et puis c'est moi qui rédige mais il y a toujours, la participation des équipes. On a mis en place une petite trousse informatique et tous les documents je les mets dans cette trousse de leur PC et elles ont accès tout de suite aux documents nécessaires

**Est-ce que tu souhaites rajouter quelque chose à notre entretien ?**

Annexe 11 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Lucie

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation		<p>Cadre de santé aux urgences de Pxxx depuis 2019. J'ai commencé ma carrière en tant qu'aide-soignant, puis infirmière et cadre de santé. J'ai travaillé 36 ans sur Fxxx avant d'arriver ici. J'ai été cadre dans des services d'urgences sur Fxxx, puis médecine. J'ai fait 2 ans à l'école d'infirmière comme formatrice, et après je suis arrivée ici aux urgences.</p> <p>CDS : 2009.</p>	
Compétences		<p>J'ai fait en sorte que toutes les infirmières, au bout d'un certain temps, 2 ans à peu près, puissent bénéficier de <i>la formation</i> SMUR avec l'intégration et sur Pxxx et sur le CHR. Elles font un stage aussi sur le SMUR du CHR.</p> <p>Elles ont <i>des compétences aussi sur le déchocage, sur l'accueil.</i></p> <p>Elles ont des <i>formations</i> pédiatrie.</p> <p>Elles sont <i>très demandeuses</i> pour ce genre de de formation.</p> <p>Alors les AS, Après la spécificité, c'est qu'elles vont être toutes <i>formées</i> au diplôme d'ambulancier</p> <p>Donc c'est bien parce <i>qu'elles voient le travail de jour et le travail de nuit.</i></p>	<p>Compétences secondaires dites spécifiques aux services</p> <p>Montée en compétences sur la durée IDE/AS</p> <p>Compétences = formation</p> <p>Travail J/N : maintien des compétences</p> <p>Motivation de l'équipe</p>
Accompagnement		<p>Alors déjà moi, <i>je suis maintenant au cœur du service.</i></p> <p>Ma porte est toujours ouverte</p>	<p>Présence +++</p>

		<p>Je <i>suis souvent dans le service</i>, je vais dans les boxes régulièrement.</p> <p>Elles ont toutes <i>des références</i> et un tableau et chacun est responsable de quelque chose dans le service.</p> <p>On fait <i>des groupes de travail</i>.</p> <p>J'essaie, dans la mesure du possible, que chaque agent est au moins une <i>formation</i> dans l'année.</p> <p>Alors, autre chose. C'est que là, depuis l'an dernier, j'ai réussi à former des agents (il y a 2 infirmières, 2 aides-soignants et il y a 3 infirmières qui vont le faire cette année formateur AFGSU.</p> <p>Et elles font des formations flash maintenant.</p> <p>Et l'idée c'est après de faire des formations de flash aussi dans les services en lien avec l'AFGSU</p> <p>L'accompagnement des nouveaux arrivants donc il y a <i>des tuteurs</i> de nommés qui l'accompagne.</p> <p>On a mis en place aussi des fiches réflexes par rapport aux pathologies, ce qu'on doit faire.</p>	<p>Outils : référence, groupe de travail, formation, valorisation (devienne formateur), tutorat</p>
<p><b>Management</b></p>		<p>Moi je suis dans le <i>management participatif</i>,</p> <p>Je peux être un peu <i>paternaliste</i> de temps en temps.</p> <p>Je suis capable de les aider. C'est très ponctuel il ne faut pas que...</p> <p>Celui que je vais maîtriser le moins, c'est le... c'est <i>l'autoritarisme</i>.</p>	<p>Participatif et paternaliste ???</p>
<p><b>Sens</b></p>	<p>Déf</p>	<p>Donner du sens au travail <i>c'est à dire être bien dans son travail</i>,</p> <p>Quand on est bien dans son travail, c'est bien forcément, on est bien on est bien dans sa peau et on c'est tout de suite plus agréable pour tout le monde, pour les collègues et pour soi-même, pour le patient.</p>	<p>Sens au travail = bien-être au travail, qualité de vie au travail</p> <p>Valorisation</p> <p>Autonomie</p> <p>CDS : a tjrs trouvé du sens mais si devais retravailler après sa retraite reprendrais en tant qu'IDE</p>

	<p>Valorisation</p> <p>Autonomie</p> <p>Sens pour le CDS</p>	<p><i>La qualité de vie au travail, on en parle beaucoup. Nous on a fait un groupe de travail, on a commencé hier.</i></p> <p><i>Je suis très à l'écoute des équipes déjà. Je leur laisse me faire les propositions</i></p> <p><i>Ce qui les attire, ce sont beaucoup des formations.</i></p> <p><i>Moi, je fais en sorte de valoriser toujours leur travail.</i></p> <p><i>Moi les moments de pause s'il n'y a personne aux urgences, si c'est calme, je les laisse le temps de souffler.</i></p> <p><i>Il y a des médecins, des infirmières et des soignants qui y ont participé à l'exercice plan blanc sur Oxxx et ce qui est bien, c'est que ça a amené à un dynamisme dans l'équipe quelque part.</i></p> <p><i>J'ai toujours trouvé du sens à c que je fais.</i></p> <p><i>Mais si un jour je devais retravailler, pour une raison x ou y, je travaillerais comme infirmière, pas comme cadre.</i></p> <p><i>Ce qui est lourd, c'est le poids des responsabilités.</i></p> <p><i>Je crois que je n'ai pas changer ma façon d'être.</i></p> <p><i>Non je crois que je ne le laissais pas transparaître aux équipes.</i></p> <p><i>Après on a la chance maintenant d'avoir le docteur Mxxx</i></p>	<p>CDS : poids des responsabilités</p>
<p><b>Thème émergent</b></p>	<p>Motivation</p> <p>Présence du CDS</p>	<p><i>Elles sont très demandeuses pour ce genre de de formation.</i></p> <p><i>Alors déjà moi, je suis maintenant au cœur du service.</i></p> <p><i>Ma porte est toujours ouverte</i></p>	

---

## Annexe 12 - Entretien N°6 avec Yannick

---

Date de l'entretien : 21/04/2023 – 14h

Durée de l'entretien : 59 minutes

**Je vais vous laisser vous présenter dans un premier temps et présenter votre parcours professionnel au sein de l'établissement mais même avant si vous avez une carrière professionnelle...**

Non, j'ai une **carrière professionnelle exclusive en psychiatrie et à l'établissement**. Je suis **infirmier diplômé d'état de 2000**. J'étais sur les dernières années, les 2 dernières années de ma formation allocataire de de l'EPSM. C'est à dire que je percevais une bourse d'études contre un engagement à venir travailler 2 ans en sortant du diplôme. Ce que j'ai fait. Et puis je suis rentré à l'EPSM avec un projet. Bon je voulais faire 2 ans et puis moi mon idée c'était de 2, 3 ans et puis de partir faire du libéral. Mon premier projet, c'était ça. Et puis assez rapidement en fait, je me suis senti assez bien dans le domaine de la santé mentale. Et puis rapidement, on m'a orienté, je dis ça un peu comme ça, parce que c'est vrai qu'il y a une politique dans l'établissement qui était quand même de repérer un petit peu des potentiels sur des missions d'encadrement. **Et puis, assez tôt dans ma carrière en fait, des de façon assez surprenante, on a commencé à me parler d'un projet cadre**. Et donc moi je suis parti en 2007, donc 7 ans après avoir été diplômé. **Je suis parti en formation cadre, et puis donc je suis revenu en 2008**. Ça et ça fait 15 ans bientôt que je suis cadre de santé et j'ai fait toute ma carrière sur l'EPSM xxxx. Alors en tant que cadre, j'ai fait de **l'intra-hospitalier en unité de de crise** où à l'époque elles étaient encore se sectorisées en en G1, G2, G3, G4, G5, G7, G8. **Et puis ensuite, j'ai glissé sur les structures ambulatoires** du G02. En l'occurrence, j'étais dans le G02. Et puis, là j'ai fait pas mal de choses en ambulatoire, **de l'hôpital de jour, du CATP, du CMP. J'ai encadré des équipes d'appartement thérapeutiques**. Qu'est-ce que j'ai fait d'autre, voilà, c'est pas mal quand même, sur plusieurs CMP, plusieurs hôpitaux de jour avec des affectations **toujours sur les lieux multiples**. Je dirais au bas mot, 3 lieux en général quand ce n'est pas un peu plus avec les absences qu'il faut compenser parfois. Et puis donc j'ai toujours travaillé sur une multitude de... enfin depuis 13 ans à peu près je travaille en multisite. Et puis lors là, je ne le situe plus très bien dans mon parcours, mais 2 ans, 6 ans on était à peu près en 2016, **2017, j'ai fait le choix de devenir animateur. Alors ce n'était pas animateur qualité à l'époque c'était assistant du service qualité**. C'était un rôle qui était confié à un cadre d'établissement. Un poste à temps plein et **j'ai fait 2 ans sur ce poste-là, surtout chargé la gestion des risques on va dire**. On avait à l'époque, on n'avait pas des CREX dans les pôles mais on avait ce qu'on appelait un GARP qui était un groupe d'analyse des risques à posteriori qui correspondait un petit peu à CREX institutionnel, avec des référents risques, des référents risques des pôles. Donc j'avais une mission la communication auprès des services dans toutes les unités de l'établissement pour **promouvoir la démarche qualité**. Je fais ça pendant un peu plus de 2 ans on a fait la certification la V 2016 mais nous on l'a passé je crois début 2018, quelque chose

comme ça. Et puis après, sur ce poste là j'ai fait pas mal de choses qui sont un petit peu sorties du cadre strict de la qualité et notamment j'ai travaillé sur le projet médical du groupement hospitalier de territoire. Et j'ai accompagné plus spécifiquement le docteur et H sur le diagnostic et le projet médical partagé sur la filière enfant. De cette collaboration après, j'ai eu envie de revenir vers les services de soins et puis, assez logiquement comme j'avais travaillé sur le thème de la filière pédo-psy, j'ai eu envie d'aller travailler. Il y avait une opportunité., il y avait une création d'équipe mobile pour les enfants un adolescent à ce moment-là. Je n'ai pas été missionné sur cette sur cette équipe mobile, mais j'avais participé au groupe de travail qui avait dressé les contours de ce projet. Donc j'ai eu envie d'aller travailler en pédo-psy. En pédo, j'y ai fait à peu près 2 ans, un peu plus de 2 ans et demi. Je n'y ai pas trouvé toute l'autonomie que j'attendais et du coup, il y a eu une opportunité de glisser vers le pôle de soins spécifiques, où je suis aujourd'hui donc et où en fait je suis venu pour le projet de montage d'une équipe mobile en addictologie. Je n'avais pas pu participer complètement à l'accompagnement de l'équipe mobile enfants et ados et du coup il y avait là une équipe mobile en addictologie. Il y avait il y a une place avec un poste de cadre à mi-temps sur ce projet-là. Donc, je me suis lancé sur ce projet. Et puis parallèlement je suis aussi cadre ici donc là je suis en plus sur ma mission d'accompagnement des psychothérapies qui comprennent, alors qui sont filières spécifiques au sein du pôle et qui comprennent la TCC Thérapie cognitive et comportementale, les thérapies familiales, le psycho trauma, qui va devenir centre départemental de psycho traumatologie du Loiret, mais qui n'est pas reprise, mais qui est dans une structure à quelques centaines mètres et puis les POP, Psychothérapies d'Orientation Psychanalytique. Et puis, en ce moment, je fais un peu d'intérim sur l'axe réhabilitation puisque le poste est vacant depuis plusieurs mois sur ce lieu-là. Voilà en gros pour l'essentiel de mon parcours institutionnel qui est exclusivement d'ailleurs au sein de l'EPSM.

**Donc on va rentrer dans le vif du sujet. Est-ce que vous pouvez me parler de vos équipes et de leurs compétences parce que vous en avez plusieurs à gérer. Les compétences qui gravitent autour d'elles ?**

Alors, moi par mon poste je suis sur des filières qui sont assez différentes. Différentes et complémentaires. C'est toujours un peu un peu paradoxal. J'ai une mission, ma mission principale c'est sur l'addictologie donc on est vraiment sur des missions qui sont très spécifiques. Et l'addictologie dans la santé mentale ça reste quelque chose d'assez particulier. Ce qui fait que moi par exemple j'encadre une équipe qui dispense des soins en addicto, mais je n'ai pas de connaissances ou de compétences par mon parcours dans ce dans ce domaine. Ça, c'est une première chose. Sur la filière des psychothérapies c'est un peu pareil. J'encadre une équipe de, enfin, j'accompagne. C'est ça qui est un peu spécifique sur la filière, c'est que j'accompagne le médecin. C'est une espèce de co-management. C'est à dire que le médecin, lui il est expert et moi j'arrive plus dans un rôle de soutien de l'activité de soin. Mais c'est vrai que je n'ai pas l'expertise de l'activité. Donc l'expertise c'est le médecin, c'est les psychos qui travaillent sur le service, et le psycho sur l'unité, et puis il y a 2 infirmières. Et moi, et bien je suis plus sur un support global de l'activité de soins. Je suis une interface avec l'établissement sur les services support. Mais en gros, ce n'est pas moi qui vais leur dire

comment ils doivent faire les soins au mieux parce que je ne le sais pas. Par contre, je m'autorise à essayer de comprendre pourquoi est-ce qu'on fait comme ça et essayer de saisir un peu de sens et d'interroger aussi un peu le parcours de soin. Et puis et c'est l'avantage des fois quand on connaît moins la nature de l'activité, c'est que du coup on a plus des questions un peu naïves un peu profanes, mais, ce sont souvent des questions un peu... C'est un peu comme le rapport d'étonnement de quelqu'un qui arrive dans l'institution.

### **Oui, ça peut être très pertinent.**

Ça peut parfois être pertinence et remettre en cause, en tout cas, questionner le modèle. Sur la POP, c'est un peu spécifique aussi parce que là c'est pareil, c'est une équipe mais juste avec un psychiatre et ce n'est pas des temps pleins, c'est des petits bouts de temps et 2 psychos. Donc, là c'est pareil, ils sont experts de leur activité de soins et moi je viens les soutenir sur des questions de logistiques de ces patients des interfaces avec le DIM. C'est des équipes qui sont relativement autonomes, je n'ai pas un rôle très important au niveau de l'encadrement si ce n'est d'être un interlocuteur pour eux, un relais vers le reste de l'établissement.

Psycho trauma, là, on est un peu sur les mêmes configurations. Ce sont des équipes où il y a de fortes proportions de psychos. Souvent il y a du temps médical quand même important. Les psychos et puis les infirmiers en complément de la prise en charge. Tout le monde n'est pas sur la même mission. Et puis, là encore, on a souvent dans le pôle de soins spécifiques, on a des infirmiers qui sont extrêmement formés qui sont vraiment des spécialistes de leur domaine. Donc ça vient quand même... C'est là que dans le positionnement du cadre, c'est un peu compliqué. Ça demande une certaine prudence et diplomatie dans la façon dont on vient questionner les pratiques. Il ne faut surtout, pas je pense, s'empêcher de le faire. Parce que déjà on développe soi-même ces propres connaissances. Il n'y a pas de questions idiotes. On se demande pourquoi ça marche comme ça et puis on finit par apprendre et de mieux en mieux connaître l'activité de soins. Mais et puis surtout, se questionner aussi sur la question du sens. Pourquoi on fait les choses comme ça et surtout est-ce que la façon dont sont organisés les soins, dispensés les soins, est lisible et comment et appréhendable dans le sens où bon il y a quand même une logique sur laquelle on peut communiquer. Expliquer pourquoi on fait comme ça. Moi par exemple, c'est vrai que souvent, j'ai quand même une mission de promotions des dispositifs de soins. Je rencontre des collègues de Dima, des partenaires. Je suis amené à faire des petites présentations sur les différents dispositifs leurs missions, leur cadre et donc ça me demande quand même de pouvoir dispenser une information suffisamment claire et intelligible. Donc ça me demande moi de toute façon de réussir à appréhender l'organisation du dispositif. Comme je le dis souvent, quand je pose une question, c'est pour schématiser. J'ai besoin de schématiser. J'ai besoin de faire un parcours de soins, une espèce de de logigramme. Je rentre mes critères d'inclusion d'exclusion dans le dispositif. Est-ce que j'ai plusieurs voies d'entrée... Moi j'aime bien quand même développer un peu enfin essayer de schématiser un petit peu le parcours.

### **Que ce soit clair et limpide pour celui qui serait extérieur ?**

C'est ça. Parce que moi de toute façon quand après je dois en parler à quelqu'un, si je n'ai pas réussi à définir ça, je n'arrive pas à le transmettre à l'expliquer. En tout cas à j'essaie.

**Au niveau de vos missions, vous êtes cadre du service. Avez-vous aussi un lien hiérarchique avec les psychologues où sont-ils rattachés hiérarchiquement au médical ?**

Oui c'est pas du tout la même la même hiérarchie et d'ailleurs les psychologues, je crois dépendent directement du directeur d'établissement.

Parce que on en parlait il n'y a pas très longtemps, ce sont les directeurs qui réalisent leurs évaluations. Donc oui, il y a cette notion de lien hiérarchique et de lien fonctionnel. Et une fois qu'on a dit ça, on n'a pas forcément tout éclairci. Mais en gros, des fois pour caricaturer, et bien il faut réussir à mettre un peu tout le monde au boulot sans avoir une autorité hiérarchique ou un lien hiérarchique direct avec les personnes. Donc une fois que vous avez dit ça, il vous reste plus qu'une chose pour mobiliser les personnes, c'est la question du sens. Donc il faut que vous arriviez à mettre les choses en sens à définir des objectifs. Pourquoi ? Et là encore ça passe toujours par les questionnements. Pourquoi est-ce qu'on fait comme ça. Qu'est-ce qu'on vise quand on met un groupe thérapeutique en place ? Qu'est-ce qu'on en attend ? Même si les professionnels, ils voient bien le comment, mais des fois ils oublient le pourquoi. Et justement c'est l'avantage du naïf c'est que lui, le comment de toute façon il va avoir beaucoup de mal à l'entreprendre et puis, à la limite, il s'en soucie relativement peu. Mais ce qui est important c'est la question nous pourquoi on le fait. Donc pourquoi, ce sont les objectifs et puis après une fois qu'on a réussi définir les objectifs et bien c'est plus simple à définir la question de l'évaluation. Et là toujours vous avez fait un groupe, vous aviez ça comme objectif. On arrive à ce résultat-là. Il y a un écart. On réinterroge les professionnels. Pour vous, dans le comment, qu'est-ce qui fait qu'on a raté un peu la cible ?

**Et c'est là où vous allez aller chercher les compétences des soignants ou vous allez pouvoir les évaluer entre guillemets ...**

En tout cas, on les accompagne un peu. Mais c'est bizarre à dire et puis, c'est un peu prétentieux, mais c'est un peu comme si des fois on les amenait à se questionner eux. Et puis en fait, c'est eux qui vont identifier ce qui leur manque, un peu par la discussion et puis nous parfois, si tu avais une formation, si tu connaissais mieux tel domaine ou tel thème, est-ce que ça t'aurait aidé ? J'ai l'impression que c'est un truc qu'on définit un peu ensemble, dans la relation.

**Vous coconstruisez en fait.**

Oui en fait c'est ça. Mais, ça, j'ai envie de dire, c'est assez spécifique quand même à ce à cette typologie d'activités qu'on a en pôle de soins spécifiques qui porte bien son nom ou en gros, on a que des trucs un peu d'expertise dans tous les coins. Donc moi à la limite, je connais mieux les domaines d'activités où je ne travaille pas, c'est à dire l'hospitalisation de crise en unité intra-hospitalière. Parce que c'est mon expérience significative la plus longue de ma carrière. Après de je suis passé sur pas

mal des choses différentes. Alors là-dessus, je l'ai fait. Je l'accompagne en garde encore souvent donc j'ai une vision assez précise de ce qui de ce qui s'y fait. Et puis, aborder un patient en crise par exemple délirant tout ça, j'estime que... je ne sais pas si je peux encore le qualifier d'expert, mais en tout cas ce sont des situations où j'ai été confrontées énormément. C'est un peu comme le vélo, ça ne s'oublie pas. Mais moi, mener, faire un entretien motivationnel en thérapie cognitive et comportementale ou en addictologie, j'en comprend le principe, mais je ne suis pas en mesure de le faire. C'est ça un peu la différence.

### **Là vous êtes en plein les entretiens annuels. Vous les aborder comment ces entretiens annuels.**

Sur la question sur la question des compétences ?

### **Oui, sur la question la question des compétences.**

Parce qu'aujourd'hui, nous on a été longtemps dans une pratique de l'entretien très peu cadré où en gros, c'était vraiment un temps d'échange un peu plus léger pour l'agent et puis on l'interpellait un peu sur comment il se sentait dans le dispositif, est-ce qu'il était à l'aise, pas à l'aise, qu'est-ce qu'il y aurait à améliorer. S'il avait un peu la main sur certaines choses, comment il verrait les choses. Moi j'ai toujours une partie de mon entretien qui est peu structurée comme ça pour libérer la parole, lancer l'échange. Je pense que c'est important aussi qu'à un moment, les gens puissent avoir ce temps de retour envers leur encadrement, parce qu'on s'aperçoit qu'en fait dans l'année, il n'y a pas vraiment d'opportunité de le faire. On n'est jamais vraiment posé dans un bureau où on ne va pas être dérangés ou le téléphone ne va pas sonner. Donc c'est vrai que souvent il y a cet aspect-là. Et puis après, bien sûr, on parle de l'aspect de la mission, du boulot en lui-même. Comment ça se passe et puis pour lui qu'est-ce qui marche, qu'est-ce qui cloche, et puis, si ça cloche, pourquoi, et essayer de voir un peu les écarts et puis de venir identifier avec lui, toujours un peu dans cette histoire relationnelle. C'est le lien avec l'entretien de formation en fait. D'où l'intérêt de ne pas avoir deux temps dissociés dans l'évaluation. C'est de faire des ponts avec les besoins en formation et puis d'arriver à objectiver aussi entre l'agent qui a ses propres besoins. Qui ne sont pas des besoins d'ailleurs, qui sont la curiosité, des envies de papillonner sur certains thèmes, des choses qui n'ont pas en lien avec la mission mais qui sont légitimes parce que les gens ils sont aussi besoin de nourrir certaines perspectives. Je dis beaucoup les gens, ça va faire bizarre. Je pense à ma femme parce que, des fois, elle l'utilise aussi ce mot-là qui n'est pas forcément adapté. Mais quand je dis les gens, ce sont des soignants... et ça peut donner aussi des perspectives autres. Et puis aussi nous d'essayer d'identifier des choses plus précises, plus en lien avec la mission et qui sont souvent un peu moins glamour pour les pour les personnes mais qui sont mobilisables d'un point de vue opérationnel dans le cadre du travail. Donc là encore, pour je trouve que s'il n'y a pas eu le temps d'entretien, d'échange un peu convivial, le temps de discuter un peu de de choses assez larges, si on dit :« écoute je trouve que tu pêches, il faut que tu progresses là-dessus », ça va un peu crisper. Moi je suis un peu en difficulté sur l'évaluation et c'est spécifique au pôle de soins spécifiques. C'est qu'on a des profils d'infirmiers de complètement différents. L'infirmier d'addictologie, ses compétences et ces savoirs sont complètement

différents de l'infirmier en psycho trauma, mais ils sont quand même très différents de l'infirmier qui va travailler par exemple sur une unité de psycho trauma. Et comme on n'a pas de fiche de poste suffisamment spécifiques est adaptées avec des compétences identifiées pour chaque poste, on est emmerdé pour l'évaluation. C'est comme le groupe thérapeutique on n'a pas fixé les objectifs suffisamment précis pour faire l'évaluation. C'est un peu compliqué. Donc aujourd'hui, c'est un peu là la difficulté. C'est qu'il faudrait qu'on arrive à faire un travail conséquent au niveau de l'encadrement sur la définition des compétences. Ce n'est pas la fiche de poste, c'est vraiment la définition des compétences. Et en gros de dire : « Un infirmier dans un dispositif d'intervention mobile en addictologie, qu'est-ce qu'il doit savoir faire, qu'est-ce qu'il doit cocher comme case dans ces compétences ? ». Alors au DIMA, on l'a fait un peu ce travail mais on ne l'a pas formalisé. En fait, ce travail il est souvent ébauché au moment de l'élaboration de la fiche de poste, mais il n'est pas suffisamment accompli pour pouvoir vraiment être un support ensuite à l'évaluation. Et d'ailleurs on se retrouve un peu en difficulté sur le DIMA et ce n'est pas surprenant, parce qu'on commence à accueillir les étudiants infirmiers, plutôt 3<sup>ème</sup> année sur cette équipe mobile. Et pour évaluer les étudiants infirmiers, un étudiant infirmier on a besoin de lui dire : « Si tu es infirmier au DIMA, voilà ce que tu dois viser en termes de compétences. On doit réussir à transposer. Mais malheureusement, ce travail-là, ce n'est pas par faute d'intérêt, c'est plus par faute de temps parce que le DIMA, en plus c'est une équipe qui est assez récente qui a 18 mois d'existence. On a beaucoup de choses à formaliser et on a une forte activité de soins, avec une forte demande. C'est dans un coin de notre tête, on sait qu'il faut qu'on bosse là-dessus, on en a encore parlé le mois dernier, mais malheureusement, on a du mal à se mettre collectivement autour de la table pour réussir à avancer sur ces questions.

### **Comment accompagnez-vous au quotidien vos équipes ? Quelque chose de de factuel, comment vous fonctionnez pour accompagner les équipes.**

Alors, c'est dans la notion de quotidien que je chope un peu, parce que moi je suis sur 1, 2, 3, 3 lieux géographiques différents et puis c'est parce que j'étais déjà dans sur le nombre d'équipes différentes et donc j'ai l'addictologie, la TCC, les POP, le psycho trauma, la thérapie familiale, je suis sur 5 équipes différentes, donc, en fait la notion d'accompagnement quotidien pour moi elle est complexe, parce que moi les équipes elles me vient passer au mieux 2 fois dans la semaine et sur des temps qui, des fois, ne sont même pas de l'ordre de la journée complète. Donc l'accompagnement pour moi, ça passe beaucoup sur les réunions, ce que l'on appelle les réunions cliniques. Ça, ce sont vraiment les temps que j'essaie de de préserver plus possible, auquel, j'essaie d'être les présents parce qu'on va parler des prises en charge, on va parler des patients, et on va aussi parler aussi de ce qui est un peu périphérique soins, ce qui est nécessaire aux soins. Là c'est souvent généralement le moment où les équipes vont m'interpeller sur le rapport à ce patient-là. Je n'ai pas d'exemple précis en tête, mais et alors je n'ai pas l'emplacement en tête, qu'est-ce qu'on met comme diagnostic ou sur des questions qui vont venir se raccrocher à un questionnaire plus institutionnel. C'est là que souvent, ils vont venir me m'interpeller ou souvent sur la question de l'articulation avec les autres structures du pôle ou de l'établissement. On a CMP qui nous fait un adressage en thérapie cognitive et comportemental, mais ça

nous paraît un peu c'est bizarre. Qu'est-ce que t'en penses ? Du coup moi j'amène un regard, enfin j'essaye, un regard un peu méta, qui prend une dimension plus large plus institutionnelle pour essayer de réinscrire ça dans une cohérence. Enfin une cohérence ou pas, parce que l'incohérence parfois, on la cherche. Mais en tout d'amener des éléments de lecture aussi. Oui, tel CMP il nous font un adressage un peu sauvage, mais on sait qu'ils sont en grandes difficultés du point de vue de la présence médicale. Mais, ce n'est pas pour autant que c'est comme ça que ça va se passer donc on revient et là encore on essaie de remettre du sens. En fait, les cadres pour moi, à CH xxxx, parce que je n'ai pas la prétention de savoir comment ça se passe ailleurs, parce que je ne l'ai je ne l'ai pas fait, mais, j'ai des amis qui bossent dans d'autres institutions. Mais en tout cas, nous à CH xxxx, ce **qu'on nous demande, on est des arrondissements d'angle, on est des facilitateurs**. Enfin on va essayer un petit peu de régler un petit peu les petits soucis de com parce que c'est beaucoup de points d'achoppement après potentiel dans la prise en charge du patient. C'est dommage. Donc nous on va essayer de ré interpellé des collègues d'une autre unité. Mais ça ne marche pas toujours, en ce moment c'est compliqué parce que chacun est un pris dans ses difficultés. Donc pour moi l'accompagnement des équipes il est comme ça. Enfin la mission, je la perçois dans le sens de : **Les infirmiers ce sont des experts, entre guillemets ce sont des artistes, et les psychologues aussi je considère que je leur dois même le même accompagnement**. Et moi **je suis là pour enlever un certain nombre de contraintes qui vont faire qu'ils vont pouvoir se consacrer à leur art, entre guillemets, leur art soignant**. C'est un peu prétentieux comme truc, mais je me dis que si **on veut le patient ait les meilleurs soins possibles, il faut que les soins soient parasités par le moins de choses annexe et le moins de tracas possible**. Et on sait que dans les grandes organisations comme ça, les tracas potentiels il y en a un paquet. C'est un peu comme ça que je vois mon rôle d'accompagnement au près des équipes. J'ai l'impression que les gens c'est un peu là-dessus qu'ils viennent me chercher aussi des fois sur un questionnement, une difficulté. Alors, il faut faire gaffe, parce que on peut se coincer aussi, parce que l'idée... On peut être tenté de garder son... Parce que nous on a toujours des petits trucs pour savoir qui appeler, savoir décoincer telle situation. Et on peut être tenté de garder notre savoir pour nous, **parce que c'est gratifiant de savoir qu'on peut débloquer ceci cela, mais l'idée c'est quand même de rendre les équipes autonomes**. Idéalement **une équipe qui fonctionne bien, c'est une équipe qui fonctionne quand même bien quand le cadre n'est pas là et qui a quand même des clés**. Une équipe qui ne peut plus rien résoudre dès que son cadre est absent, c'est problématique. Après je ne sais pas si ça répond à votre question ?

**Si, si, tout à fait. Après, je vais vous parler de la spécificité de l'accompagnement des compétences qui me semble un peu compliqué du fait de de l'hyper spécialisation. Comment vous les accompagnez ?**

Ça c'est un vrai c'est souci. Des fois je trouve que dans l'accompagnement, en tout cas moi **j'ai le sentiment de plus être dans la canalisation que dans l'accompagnement, le développement, le fait de pousser**. J'ai juste le sentiment des fois d'essayer de canaliser, de contenir, de cadrer que dans le fait des fois, on voit bien on a des agents qui n'ont pas forcément très envie de faire une formation complémentaire. Ça leur coûte, ça leur demande de l'énergie, pour un tas de raisons

et des fois, on rame derrière en disant : « Si, ça serait bien quand même si sur ce point, tu fasses l'effort de développer quand même certains aspects, certains savoirs. D'autant qu'on est dans une institution où bénéficie, on a des organisations qui nous permettent quand même d'envoyer les gens en formation. On ne met pas le couteau sous la gorge des organisations de soins. Donc on a quand même de la marge de manœuvre pour envoyer les gens en formation, sauf peut-être pour l'intra où j'imagine c'est plus compliqué, ils sont plus en tension. En tout cas sur tout l'axe ambulatoire, qui est quand même le gros de l'iceberg du dispositif de soins de CH xxxx, **on a quand même un accès à la formation qui est important**. Et après sur les équipes par exemple pour le soin spécifique, là on va être plus soucieux de canaliser et puis de s'assurer que la demande de formation est en lien avec un avec l'activité de soin et la mission du professionnel. Qu'il ne va pas que se faire plaisir en étudiant je ne sais quel type de de médiation qu'il ne mobilisera jamais dans son activité. **Un exemple : on a formé énormément de gens à la langue des signes sur des premiers modules dans certains services de l'établissement. Combien sont capables d'utiliser ce qu'ils ont appris en formation dans le cadre d'une pratique lorsque c'est nécessaire ? Moi je j'essaie d'être dans la question du retour sur investissement pour l'institution**. La formation, **c'est bien que les agents se fassent plaisir, développent de nouvelles compétences, mais quel bénéfice pour le patient, quelle plus-value dans la prise en charge, comment on le mobilise de façon opérationnelle dès le retour**. Ça c'est le souci, après faut réussir à le faire. Il faut rencontrer l'agent, l'interroger sur son projet. **En tout cas je pense que qu'il faut essayer toujours de se poser la question de comment il va le mobiliser dans le cadre de sa pratique**.

**Au niveau de votre management, quel est le type de management que vous utilisez de manière plutôt systématique et à contrario celui que vous mobilisez le moins ?**

**Le participatif, sans hésitation**. J'ai l'impression que ça, c'est un peu culturel aux établissements. Il y a une espèce de **de culture institutionnelle** dans l'établissement on se trouve où il y a une espèce de mode de de management qui est prédéfini et puis assez naturellement ou pas d'ailleurs, on vient s'inscrire dans ce dans ce style de règlement. Moi je ne sais pas si je serais tout à fait capable, si je serai aussi épanoui on va dire, dans une mission d'encadrement si je travaille au CHR. Je ne connais pas bien l'ambiance, j'imagine des rapports un peu plus directifs. On est moins dans la négociation. Je ne sais pas si j'arriverai à transposer mes compétences dans l'ambiance et le contexte du CHR. Après, en psy, on est entrain de négocier, on discute sans cesse. On est toujours sur l'argumentation. Et d'ailleurs il y a beaucoup de thèmes où on sait qu'on va devoir argumenter, qu'il va falloir... et il y a des thèmes si on n'est pas sûr derrière de l'argumentaire, il ne vaut mieux pas les évoquer parce que les agents, ils vont venir questionner le truc et puis ça va être vite démonté, du coup, ça tombe un peu à plat. Donc j'ai toujours un peu la question du la question du sens. Culturellement, en psy, aussi les gens... Alors peut-être que ça se perd un peu avec la génération qui arrive, mais ils ont toujours été dans le questionnement, la discussion, la remise en question. C'est un peu politique aussi. Et puis, les médecins psychiatres qui ont œuvré à construire l'identité de ces institutions. Alors là, c'était des zones de convictions, d'engagement politique, souvent de gauches voir d'extrême gauche. Il y a ça dans l'air encore un peu à CH xxxx.

**Aujourd'hui on parle beaucoup du sens Je voulais savoir ce que vous en pensez ? On sent que pour vous c'est important le sens. Est-ce que vous pouvez m'en dire un peu plus ?**

Sur le sens et sur cette quête de sens.

Moi j'aurais tendance à le lier, cette histoire de quête de sens sûrement avec les valeurs en fait qui nous anime alors personnelles professionnelles tout ça s'est joyeusement imbriqué et mélangé. Et quand on est cadre de santé dans une institution, on est une sorte de de courroie de transmission, on a dit interface tout à l'heure. On est censé être un élément moteur entre la direction, la politique d'établissement et puis les équipes sur le terrain. Et en tout cas, la grosse difficulté qu'on peut rencontrer par moment, c'est de devoir être moteur d'une politique ou de décisions qu'on ne comprend pas ou avec lesquelles on est en décalage pour ne pas dire en désaccord. Je préfère décalage. Et du coup, moi je sais que j'ai besoin... c'est super compliqué de vendre un truc dans lequel vous ne croyez pas. On vous fait vendre un truc tout pourri alors que vous savez que ça va tomber en panne dans 3 mois, que ça n'a jamais marché et en gros c'est de l'escroquerie pure et simple. Aller porter ça au près d'une équipe, moi j'en suis incapable, j'en suis incapable. Donc on est un peu coincés quand c'est comme ça. Donc c'est à nous, en tant que cadre, de de faire remonter à nos à nos directions et à notre encadrement supérieur, notre direction des soins que, parfois certaines de ces commandes ou demandes sont, on va dans le mur, qu'on va être en difficulté parce que on ne va pas être en mesure de les porter. Donc il faut il faut changer d'angle d'approche, il faut changer la com peut-être repréciser. Et des fois, c'est juste par défaut de présentation des objectifs clairs et attendus. On nous dit : il faut mettre ça en place et on nous oublie nous dire la finalité un peu profonde. Et si on n'a pas cette finalité profonde, qui est les sens en fait, comment on fait pour porter un truc dont on ne sait pas pourquoi on est en train de le faire. Après, si on nous donne l'ensemble des tenants et aboutissants, je peux soutenir une décision qui sera impopulaire auprès des équipes si on m'explique que si on ne le fait pas l'établissement va se retrouver en déficit de je ne sais combien de millions d'euros et que ça met en en question sa pérennité. Je suis capable d'appréhender des concepts comme ça et de les porter ensuite auprès d'une équipe en disant : « c'est la survie d'établissement ».

Je crois que c'est indispensable. Et après, sur la question plus spécifique des soins, je sais pas si c'est vraiment la question du sens en tout cas, moi je sais que souvent, enfin j'essaie de me mettre à la place des patients, des usagers des personnes, et je me dis mais quand on regarde ça en tant que demandeur de soins, quel sens ça a, quel message on envoie on à nos usagers dans la façon dont on leur répond, dans la façon dont on les oriente dans le dans le dispositif de soins qui est quand même complexe (l'histoire de sectorisation); Ah non, vous habitez de ce côté-là de la rue vous ne pouvez pas consulter dans le CMP qui est à 2 min de chez vous mais vous allez faire 15 km pour aller au bout de la ville. Il y a le sens et puis ce qu'on renvoie en terme institution, parce qu'on est quand même là pour ses patients. C'est essayer de se mettre à la place de l'autre, de celui à qui on demande de s'inscrire dans une démarche ou de faire un certain travail. Après des équipes, c'est un peu pareil. Je sais qu'en tant qu'infirmier, je n'appréciais pas. Quand on me donne une mission, ou

quand on me confie une commande, une demande, je veux en comprendre les enjeux, le périmètre, sinon je risque de mal le faire par défaut de compréhension de la commande.

**Donc pour vous, pour amener du sens aux équipes, on va faut qu'ils aient une information complète et transparente ?**

Oui le plus possible, **complète les transparente**. Et je trouve qu'il n'y a rien de pire justement quand on il y a des éléments qui sont en notre possession et qu'on ne peut pas communiquer ? Et ça je trouve que c'est le plus désagréable. Quand on a l'impression de faire de la langue de bois. Quand on leur dit : « Je ne peux pas tout vous dire... ». Alors parfois, les équipes, elles comprennent aussi les contraintes de la mission et ce qui fait qu'on ne peut pas tout leur dire. Parfois, on préfère ne pas leur dire parce que je dis parfois à certains collègues : « Je préfère attendre parce que, cette info, l'info qu'on m'a donnée, j'ai l'impression qu'elle n'est pas fiable, c'est un tuyau percé » et des fois ça se vérifie huit jours après ou même avant. Ou des fois, même, les équipes sont mieux renseignées que nous, parce que l'information non officielle circule et mieux que l'information officielle. Ça ce n'est pas rare et souvent d'ailleurs on fait des points dans nos réunions cliniques et on essaie de faire un point de réunion institutionnelle. On essaie de leur donner deux ou trois infos assez descendantes qu'on a eu de la direction des soins par l'encadrement supérieur du lundi matin. Si on a eu une réunion d'encadrement ensuite, on essaie de faire un peu d'infos institutionnelles et souvent on s'aperçoit que les infirmiers, ils en savent plus que nous par d'autres canaux. Des fois, c'est le jeu du ni oui, ni non. Nous on nous a dit que... Ah bon...

**Pour mettre en lien tout notre entretien, est-ce que pour vous il y a un lien entre le sens et les compétences ?**

Un lien entre sens et compétences ? Disons **que je dirais que les compétences ont on les met au service du sens**. On les mobilise dans un certain sens. Toutes les compétences ne sont pas mobilisables on va dire. Il y a même des compétences parfois qu'il serait certainement plus judicieux de ne pas mobiliser dans un certain objectif. Je pense à quelqu'un qui maîtriserait certains types de médiation dans le cadre des soins qui ne seraient pas forcément adaptés dans le type de prise en charge on va proposer, parce qu'elles ne correspondraient pas aux besoins du patient à son état la clinique. Donc oui, je pense que les compétences, il faut les mobiliser avec parcimonie. Et c'est là qu'on en revient à idée de canaliser aussi les compétences parce qu'il y a des gens qui vont disperser, ils vont faire un projet de soins. On va faire ça, on va faire de la relaxe, on va faire de l'hypnose, un autre machin et puis on va faire les des groupes de parole et puis au bout d'un moment une espèce de florilège de propositions thérapeutiques complètement disproportionnées parfois. Parce qu'il faut le tenir dans la longueur. Et puis est-ce qu'on est en mesure de la proposer à tous ? C'est là que souvent il faut réussir à canaliser la compétence. Et là je vois moi sur l'équipe mobile, comme je dis parfois en plaisantant à des collègues : **« ils sont tous en train de courir devant et moi je suis derrière en train d'essayer de freiner parce qu'ils veulent faire parfois trop de choses. Et puis on voit bien arrivé à 18 mois, la fatigue commence à se présenter alors qu'il faut tenir la distance. Donc, c'est vrai qu'il y a toujours cette question de sens**. Et je vois par exemple sur le DIMA, les

questions que je pose souvent, c'est sur des situations de soins qu'on nous adresse, pour des patients qui sont souvent dans des situations extrêmement complexes avec des troubles cognitifs, des alcoolisations et alors à des niveaux, chez eux c'est l'incurie, parfois on tombe sur des syndromes de Diogène. Et **c'est comment on vient aussi articuler ses propres compétences avec les compétences du réseau**. On n'est pas tout seul et on est loin d'être plus puissant parce que on des dispositifs qui ont les moyens qui sont comptés. Et moi souvent je demande : « Est-ce qu'il y a d'autres sources dans la boucle, est-ce qu'il a d'autres personnes qui peuvent faire ce qu'on s'apprête à faire et qui seraient d'ailleurs plus légitime à le faire que nous. Parce que des fois en tant que soignant, on a un peu cette tendance à se mettre dans une forme de toute-puissance de sachants, d'experts et c'est vrai qu'on a ces compétences-là. Mais des fois, c'est dangereux de prendre cette position parce qu'en plus, les autres personnes ressources dans le l'entourage du patient, quand il voit arriver une équipe comme ça qui dit : « Attendez, ne bougez pas, on va mettre en place des soins, on va l'hospitaliser, on va le retaper après on l'enverra en SSR pendant plusieurs mois. Il va revenir il va être ça va être un autre homme. Il pourra revenir chez lui, sa maison sera toute propre et tout. Du coup oui, non, il faut au contraire, il faut y aller avec parcimonie et puis construire quelque chose avec le réseau, l'entourage parce qu'à un moment, de toute façon on ne pourra pas rester. Parce que les demandes de soins, il y en a il y en a beaucoup. **Et l'idée, c'est de pouvoir intervenir quand c'est nécessaire, de coordonner les petites choses où il y a besoin. Et puis en tenant compte de l'existant et puis des ressources dans l'entourage de la personne et puis petit à petit à nouveau se retirer pour pouvoir se consacrer à un nouveau patient**. Alors ça c'est un peu spécifique au DINA, mais on n'a pas vocation à suivre le patient pendant 20 ans. Je pense qu'il faut toujours s'interroger sur pourquoi on fait les choses et s'il n'y a pas moyen de faire autrement et plus économiquement. Et je pense aujourd'hui, en tout cas moi dans mon rôle de cadre, ça c'est un des critères. Il y a quand même ce critère d'économie. Alors bon l'efficacité d'économie. Comment rationalisées les ressources dont on dispose. Il faut qu'elles puissent être mobilisées sur les situations les plus les plus critiques. Aujourd'hui, c'est vraiment c'est vraiment ma préoccupation dans le management.

**Est-ce que vous souhaitez ajouter quelque chose rajouter quelque chose à l'entretien.** Là comme ça, je ne vois pas. J'ai déjà bien parlé. Après j'espère que vous avez pu...

**Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. En fait, c'est intéressant, parce que vous avez anticipé tout le fil conducteur...**

Du coup, c'est que le fil il est très cohérent... Sauf si moi je suis complètement incohérent.

**Mais c'est intéressant, parce qu'en effet, vos réponses ont souvent anticipé mes questions.**

**Après, ce qui est compliqué en tant que cadre, c'est qu'il y a autant de façon d'incarner cette fonction qu'il y a d'individus qui l'exercent. On travail tellement avec ce qu'on est**

**En effet, il y a une grosse part de ce qu'on est dans notre management. Je pense qu'on manage comme on est.**

Oui, et puis on tient compte du contexte. Le contexte, il est déterminant. A moins d'avoir une forte personnalité, une force de caractère, d'être quelqu'un capable d'aller contre vent et marée et puis d'imposer son point de vue. Mais en tout cas, moi, ce n'est pas ma personnalité. Ce n'est pas pour ça qu'on transige tout le temps. Parfois, il y a des thèmes sur lesquels on ne transige pas. Comme dit un de mes collègues cadre : « C'est un peu comme ça qu'on va affirmer son autorité, sur deux trois points sur lesquels on ne transigera jamais et où l'équipe sait qu'on ne lâchera jamais le morceau sur ces questions-là ». **Je trouve que quand on manage, on est sans arrêt en train de chercher, on est sans arrêt en train de se dire, « mais là est-ce que j'ai la bonne posture, est-ce que je suis dans le vrai ? »**

**C'est une remise en question permanente.**

**Je suis d'une nature à beaucoup douter, à beaucoup douter de moi, de mes capacités et de mes compétences. J'aime bien me challenger, changer de dispositif régulièrement, prendre de nouvelles missions. Mais c'est vrai qu'on est sans arrêt entrain de chercher...**

**Oui de chercher, de s'interroger, de se remettre en question et c'est ça aussi ce qui fait qu'on est peut-être un bon manager ou pas.**

Annexe 13 - Tableau d'analyse thématique de l'entretien de Yannick

Thème	Sous thème	Unités de sens (verbatim) Mots clefs en rouge	Analyse mots clefs 1 <sup>ers</sup> commentaires
Présentation	Carrière	<i>J'ai une carrière professionnelle <b>exclusive en psychiatrie et à l'établissement</b>. Je suis <b>infirmier diplômé d'état de 2000</b>.</i>	Carrière uniquement en psychiatrie IDE diplômé en 2000 CDS en 2008 (évolution rapide) : plusieurs services intra / extra / missions transversales (notamment animateur qualité) / adulte, pédopsy / pôle de soins spécifique (sur unité Dispositif Mobile d'Intervention en Addictologie, Thérapie Cognitive et Comportementale, Psychothérapie d'Orientation Psychanalytique, Psycho trauma et thérapie familiale)
	CDS	<i>Et puis, assez tôt dans ma carrière en fait, des de façon assez surprenante, on a commencé à me parler d'un projet cadre. <b>Je suis parti en formation cadre, et puis donc je suis revenu en 2008.</b></i>	
	Poste actuel	<i>Alors en tant que cadre, j'ai fait de l'intra-hospitalier en unité de de crise Et puis ensuite, j'ai glissé sur les structures ambulatoires de l'hôpital de jour, du CATT, du CMP. J'ai encadré des équipes d'appartement thérapeutiques. Toujours sur les lieux multiples. 2017, j'ai fait le choix de devenir animateur. Alors ce n'était pas animateur qualité à l'époque c'était assistant du service qualité. J'ai fait 2 ans sur ce poste-là, surtout chargé la gestion des risques on va dire : promouvoir la démarche qualité Donc j'ai eu envie d'aller travailler en pédo-psy. En pédo, j'y ai fait à peu près 2 ans, un peu plus de 2 ans et demi. Je n'y ai pas trouvé toute l'autonomie que j'attendais et du coup,</i>	

		<p>Il y a eu une opportunité de glisser vers le pôle de soins spécifiques, le <i>projet de montage d'une équipe mobile en addictologie</i></p>	
<p><b>Compétences</b></p>	<p>Support, pousse à la réflexion</p> <p>Equipes expertes</p> <p>Formation</p>	<p>Et moi, et bien je suis plus sur <i>un support global</i> de l'activité de soins. Je suis <i>une interface</i> avec l'établissement sur les services support. Mais en gros, ce n'est pas moi qui vais leur dire comment ils doivent faire les soins au mieux parce que je ne le sais pas.</p> <p>Par contre, je m'autorise à <i>essayer de comprendre</i> pourquoi est-ce qu'on fait comme ça et essayer de saisir un peu de sens et <i>d'interroger aussi un peu le parcours de soin</i>.</p> <p>Et puis et c'est l'avantage des fois quand on connaît moins la nature de l'activité, c'est que du coup on a plus des questions un peu naïves un peu profanes, mais, ce sont souvent des questions un peu..... C'est un peu comme le rapport d'étonnement</p> <p>Ils <i>sont experts de leur activité de soins</i> et moi je viens les <i>soutenir</i> sur des questions de logistiques de ces patients des interfaces avec le DIM.</p> <p>C'est des équipes qui sont relativement autonomes, je n'ai pas un rôle très important au niveau de l'encadrement si ce n'est d'être un interlocuteur pour eux, un relais vers le reste de l'établissement.</p> <p>Et puis, là encore, on a souvent dans le pôle de soins spécifiques, on a des infirmiers qui <i>sont extrêmement formés qui sont vraiment des spécialistes de leur domaine</i>.</p> <p><i>Essayer de voir un peu les écarts</i> et puis de venir identifier avec lui, toujours un peu dans cette histoire</p>	<p>Spécificité : professionnels experts +++</p> <p>Difficultés à l'évaluation</p> <p>Formation, besoin des soignants</p> <p>Rôle du cadre</p>



	Réunions cliniques	<p>Ça passe beaucoup sur les réunions, ce que l'on appelle les <i>réunions cliniques</i>.</p> <p>Ça, ce sont vraiment les temps que j'essaie de de préserver plus possible,</p> <p>On va parler des patients, et on va aussi parler aussi de ce qui est un peu périphérique soins, ce qui est nécessaire aux soins.</p> <p>Là c'est souvent généralement le moment où les équipes vont m'interpeller sur le rapport à ce patient-là.</p> <p>Qu'on nous demande, on est des arrondissements d'angle, on est des facilitateurs</p> <p><i>Les infirmiers ce sont des experts, entre guillemets ce sont des artistes, et les psychologues aussi je considère que je leur dois même le même accompagnement. Et moi je suis là pour enlever un certain nombre de contraintes qui vont faire qu'ils vont pouvoir se consacrer à leur art, entre guillemets, leur art soignant.</i></p> <p>C'est un peu prétentieux comme truc, mais je me dis que si on veut le patient ait les meilleurs soins possibles, il faut que les soins soient parasités par le moins de choses annexe et le moins de tracas possible</p> <p>Parce que c'est gratifiant de savoir qu'on peut débloquent ceci cela, mais l'idée c'est quand même de rendre les équipes autonomes. Idéalement une équipe qui fonctionne bien, c'est une équipe qui fonctionne quand même bien quand le cadre n'est pas là et qui a quand même des clés</p> <p>J'ai le sentiment de plus être dans la <i>canalisation</i> que dans l'accompagnement, le développement, le fait de pousser</p>	
	Soignants artistes		
	Formation		

		<p>On a quand même un accès à la <b>formation</b> qui est important</p> <p>Un exemple : on a formé énormément de gens à la langue des signes sur des premiers modules dans certains services de l'établissement. Combien sont capables d'utiliser ce qu'ils ont appris en formation dans le cadre d'une pratique lorsque c'est nécessaire ? <b>Moi je j'essaie d'être dans la question du retour sur investissement pour l'institution.</b> La formation, c'est bien que les agents se fassent plaisir, développent de nouvelles compétences, <b>mais quel bénéfice pour le patient, quelle plus-value dans la prise en charge, comment on le mobilise de façon opérationnelle dès le retour</b></p> <p>En tout cas je pense que qu'il faut essayer toujours de se poser la question de comment il va le mobiliser dans le cadre de sa pratique.</p>	
<b>Management</b>	Remise en question	<p>Le <b>participatif</b>, sans hésitation</p> <p>Il y a une espèce de de <b>culture institutionnelle</b></p> <p>Après, ce qui est compliqué en tant que cadre, c'est qu'il y a autant de façon d'incarner cette fonction qu'il y a d'individus qui l'exercent. On travail tellement avec ce qu'on est</p> <p>Je trouve que quand on manage, on est sans arrêt en train de chercher, on est sans arrêt en train de se dire, « <b>mais là est-ce que j'ai la bonne posture, est-ce que je suis dans le vrai ?</b></p>	Participatif Culture institutionnelle
<b>Sens</b>	Pourquoi	<p>Mais et puis surtout, se questionner aussi sur la question du sens. <b>Pourquoi</b> on fait les choses comme ça et surtout est-ce que la façon dont sont organisés les</p>	Sens : questionnement Sens : valeurs professionnelles Sens mobilisateur

	<p>Mobilisation</p> <p>Questionnement</p> <p>Valeurs professionnelles</p> <p>Rôle du CDS</p>	<p>soins, dispensés les soins, est lisible et comment et appréhendable dans le sens où bon il y a quand même une logique sur laquelle on peut communiquer.</p> <p>Et bien il faut réussir à mettre un peu tout le monde au boulot sans avoir une autorité hiérarchique ou un lien hiérarchique direct avec les personnes. Donc une fois que vous avez dit ça, il vous reste plus qu'une chose pour <i>mobiliser les personnes, c'est la question du sens.</i></p> <p>Donc il faut que vous arriviez à mettre les choses en sens à définir des objectifs. Pourquoi ? <i>Et là encore ça passe toujours par les questionnements.</i> Pourquoi est-ce qu'on fait comme ça. Qu'est-ce qu'on vise quand on met un groupe thérapeutique en place ? Qu'est-ce qu'on en attend ? Même si les professionnels, ils voient bien le comment, mais des fois ils oublient le pourquoi. Et</p> <p>Sur le sens et sur cette quête de sens.</p> <p>Moi j'aurais tendance à le lier, <i>cette histoire de quête de sens sûrement avec les valeurs en fait qui nous anime alors personnelles professionnelles tout ça s'est joyeusement imbriqué et mélangé.</i></p> <p>On est <i>censé être un élément moteur</i> entre la direction, la politique d'établissement et puis les équipes sur le terrain.</p> <p>Et en tout cas, la <i>grosse difficulté</i> qu'on peut rencontrer par moment, c'est de devoir être <i>moteur d'une politique ou de décisions qu'on ne comprend pas ou avec lesquelles on est en décalage pour ne pas dire en désaccord.</i> Je préfère décalage.</p>	<p>CDS censé être moteur mais difficultés devant certaines injonctions mais doit pouvoir échanger avec la direction / a besoin de comprendre les enjeux</p>
--	--	--	---

Aller porter ça au près d'une équipe, moi j'en suis incapable, j'en suis incapable.

Donc c'est à nous, en tant que cadre, **de de faire remonter** à nos à nos directions et à notre encadrement supérieur, notre direction des soins que, parfois certaines de ces commandes ou demandes sont, on va dans le mur, qu'on va être en difficulté parce que on ne va pas être en mesure de les porter. Après, si on nous donne l'ensemble des tenants et aboutissants, je peux soutenir une décision qui sera impopulaire auprès des équipes si on m'explique que si on ne le fait pas l'établissement va se retrouver en déficit de je ne sais combien de millions d'euros et que ça met en en question sa pérennité.

Il y a le **sens** et puis ce qu'on renvoie en terme institution, **parce qu'on est quand même là pour ses patients.**

C'est essayer de se mettre à la place de l'autre, de celui à qui on demande de s'inscrire dans une démarche ou de faire un certain travail.

Quand on me donne une mission, ou quand on me confie une commande, une demande, **je veux en comprendre les enjeux, le périmètre**, sinon je risque de mal le faire par défaut de compréhension de la commande.

Une **information complète les transparente.**

Disons que je dirais que les compétences ont on les met au service du sens.

« Ils sont tous en train de courir devant et moi je suis derrière en train d'essayer de freiner parce qu'ils veulent faire parfois trop de choses. Et puis on voit

		<p><i>bien arrivé à 18 mois, la fatigue commence à se présenter alors qu'il faut tenir la distance. Donc, c'est vrai qu'il y a toujours cette question de sens</i></p> <p><i>Et l'idée, c'est de pouvoir intervenir quand c'est nécessaire, de coordonner les petites choses où il y a besoin. Et puis en tenant compte de l'existant et puis des ressources dans l'entourage de la personne et puis petit à petit à nouveau se retirer pour pouvoir se consacrer à un nouveau patient.</i></p> <p><i>J'aime bien me challenger, changer de dispositif régulièrement, prendre de nouvelles missions. Mais c'est vrai qu'on est sans arrêt entrain de chercher...</i></p>	
<b>Thème émergent</b>			

Annexe 14 – Tableau d'analyse croisée

	Christian	Hercule	Alyce	Richard	Lucie	Yannick	Synthèse
Compétences	<p>3 types de compétences :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Acquise</li> <li>- Spécifiques</li> <li>- Faire-savoir, transmettre</li> </ul> <p>Formation</p> <p>Responsabilité du cadre</p> <p>Valorisation des compétences +++</p>	<p>Compétences acquises socle des compétences (professionnels non diplômés)</p> <p>Accompagnement de la montée</p> <p>Valorisation des compétences +++</p>	<p>Professionnel expérimenté mais pas de spécialisation</p> <p>Transférabilité des compétences</p> <p>Notion de compétences mais démunis face à une situation</p>	<p>Rôle du cadre : évaluation des compétences</p> <p>Formation pour monter en compétences</p> <p>Détection manque de compétences</p>	<p>Formation +++</p> <p>Compétences spécifiques</p> <p>Motivation des agents leviers de montée en compétences</p> <p>Rôle du cadre : accompagnement à la montée en compétences</p>	<p>Compétences spécifiques</p> <p>Rôle du cadre soutien, support</p> <p>Formation</p> <p>Rôle du cadre : pousser à la réflexivité</p>	<p>3/6 : compétences spécifiques</p> <p>Rôle du cadre :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Accompagnement dans la montée en compétences</li> <li>- Evaluer les compétences</li> <li>- Soutien, support</li> <li>- Pousser à la réflexivité</li> </ul> <p>Levier : Formation, transférabilité</p> <p>Pour Lucie, la motivation des agents est un levier de montée en compétences</p>
Accompagnement	<p>Mettre en œuvre les conditions nécessaires puis laisse peu à peu l'autonomie</p> <p>Valorisation+++</p>	<p>Accompagnement vers de nouvelles compétences</p> <p>Formation</p> <p>Transférabilité</p> <p>Manque de temps</p>	<p>Echange interprofessionnel</p> <p>Réflexivité</p> <p>Soutien, encouragement et valorisation (prendre soin des équipes)</p>	<p>Ecoute</p> <p>Réflexivité</p> <p>Formation</p> <p>Attentif à l'essoufflement professionnel</p>	<p>Présence +++</p> <p>Implication de chacun</p> <p>Formation</p> <p>Groupe de travail</p> <p>Tutorat</p> <p>Valorisation+++</p>	<p>Echange interprofessionnel</p> <p>Réflexivité</p> <p>Formation avec plus-value pour le service</p> <p>Rendre possible, soulager, soutenir</p>	<p>Implication des CDS et des soignants</p> <p>Enrichissement mutuel via les échanges et la réflexion interprofessionnelle</p> <p>Posture : écoute, présence, confiance</p>

	Confiance construite dans le temps	Manque de motivation et d'engagement	Formation Frein : vie perso Manque de temps				Valorisation +++ Frein : manque de temps de motivation
Sens	Direction, cap PEC des patients Sensemaking : « le sens appartient à chacun » Autonomie, confiance, direction commune	Valeurs communes Donner du sens aux actions grâce aux échanges Réflexivité Cap, direction PEC des patients Projet Motivation	Direction PEC des patients Sensemaking, accompagne les équipes à trouver du sens Echanges Réflexion PP Perte de sens pour le CDS : incohérence	Propos négatif, perte de sens Encouragement et soutien des équipes Epanouissement professionnel Projet, confiance, relations humaines CDS : puisse sens grâce aux équipes	Bien-être au travail Ecoute, valorisation, autonomie, confiance	Direction : raison d'être là : PEC des patients Réflexivité Valeurs professionnelles CDS élément moteur de donneur de sens Information complète et transparente	Lien avec les 3 axes d'Estelle Morin : - La direction - L'orientation - La cohérence Théorie du sensemaking : CDS permet la construction du sens Participe au bien-être des professionnels
Management	Directif qui indique la direction, le sens Participatif Confiance Pas par l'affect	Communication Sensemaking Pas directif	Participatif Déléгатif Confiance	Participatif Pas directif ni autoritaire	Participatif parfois paternaliste Autoritarisme	Participatif Manager comme on est	Majoritairement participatif : implication des équipes Quand directif : pour donner une direction et du sens

Diplôme de Cadre de Santé  
DCS@22-23

**Mémoire**

Le sens des compétences : *Une direction pour accompagner*

**Marie-Anne CROS**

**MOTS CLÉS**

Accompagnement, Compétences,  
Donner du sens, Cadre de santé

**KEY WORDS**

Accompaniment, Skills, Giving meaning,  
Health manager

**RÉSUMÉ**

Le sens et les compétences sont des éléments essentiels que les managers doivent intégrer dans leurs pratiques. Dans ce travail d'initiation à la recherche, nous nous interrogeons sur l'accompagnement, par le cadre de santé, de l'évolution des compétences de son équipe.

Il s'agit de reconnaître que chaque membre de l'équipe possède des compétences et des expériences uniques, et qu'elles doivent être valorisées et exploitées afin d'atteindre un objectif commun, l'amélioration de la prise en charge des patients. Le cadre de santé doit être en mesure d'identifier et de développer les compétences des soignants, de créer un environnement de travail encourageant le développement professionnel. Il doit fournir les ressources et les outils nécessaires pour aider les soignants à développer leurs compétences. Donner du sens au travail ou aider les soignants à trouver du sens à leur travail est crucial dans les organisations actuelles. Cela permet aux soignants de s'engager et de s'investir. Ils sont alors plus motivés pour apprendre et améliorer leurs compétences. Cela renforce également l'identité professionnelle tout en favorisant l'appartenance à un groupe mobilisé vers le même objectif.

**ABSTRACT**

Meaning and skills are the essential elements that managers have to integrate in their practice. In this introductory research work, we question ourselves about the accompaniment of the health manager throughout the development of his team's skills.

We have to be aware that every member of the team has his own skills, and unique experiences, that must be valued and exploited in order to reach the common objective which is the improvement of the patient care.

The health manager has to identify and develop the skills of the caregivers, and to create a work environment that encourages the professional development. He has to provide the required resources and tools in order to help the caregivers develop their skills. To find a meaning for the work, or to help the caregivers find a meaning for their work is crucial in the actual organizations. This allows the caregivers to engage and invest. It increases their motivation to learn and improve their skills. It also reinforces the professional identity by promoting the sense of belonging to a group mobilized towards the same objective.