

***Enseignement Supérieur Paramédical
Cadre en soin de santé***

***Ecole d'enseignement et de Promotion Sociale
de la Communauté Française***

***Rue Saint Brice, 53
7500 Tournai***

***Compétences et intelligences du cadre en soin de santé :
une nécessité pour une adaptation constante***

Présenté par : Kaci Karima
En vue de l'obtention du diplôme
de cadre en soins de santé

Année scolaire 2015-2016

REMERCIEMENTS

Avant d'entamer le récit de cet exposé, je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont participé à l'élaboration de ce travail. Merci pour leur soutien, leur encouragement et leur accompagnement, sans quoi je n'aurais probablement pas tenu cette épreuve et mener à bien ce projet. En effet, cette épreuve, aussi intégré soit-elle, a constitué malgré tout une véritable épreuve au sens propre du terme, et je n'y serais pas arrivée sans votre aide.....

Karima

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	1
<u>I. LE CHANGEMENT</u>	4
1. Le changement comme processus	5
2. L'individu en jeu dans le changement	7
3. Le changement du point de vue du cadre et de son équipe	9
4. Conclusion	11
<u>II. NOTIONS DE COMPETENCE</u>	14
1. Qu'est-ce qu'une compétence ?	14
2. Différentes notions de compétence	16
3. Développement des compétences	19
4. Evaluation des compétences	20
4.1. Identification des compétences globales	20
4.2. Référentiel de compétences	21
4.3. Méthode d'évaluation	22
5. Analyse de ces notions et rapport au cadre de santé	24
6. Conclusion.....	25
<u>III. NOTIONS D'INTELLIGENCE</u>	28
1. Qu'est-ce qu'une intelligence	28
2. Construction de l'intelligence	31
3. Cadre en santé et intelligence	32
3.1. Intelligence émotionnelle	32
3.2. Intelligence relationnelle	33
3.3. Intelligence sociale	33
3.4. Intelligence collective	34
3.5. Intelligence systémique	35
4. Conclusion	35

IV. <u>ANALYSE DES NOTIONS DE COMPETENCES ET D'INTELLIGENCES</u>	37
V. <u>DYNAMIQUE AUTOUR DES NOTIONS DE COMPETENCES ET INTELLIGENCES</u>	39
1. Importance de l'expérience	40
2. Schéma articulation compétences et intelligences.....	41
3. Notion d'adaptation.....	42
4. Adaptation et le cadre en santé	43
VI. <u>FORMATION ET COMPETENCES</u>	46
1. La prise de fonction : une étape d'un processus de conversion identitaire.....	47
1.1. Le projet professionnel : un outil de référence pour le changement de fonction	48
1.2. La prise de poste : une étape de la construction identitaire du cadre.....	48
2. La prise de fonction : une étape du processus d'apprentissage visant à l'acquisition de compétences	49
2.1. L'apprentissage : pour donner du sens à partir de l'expérience	50
2.2. L'apprentissage expérientiel	50
VII. <u>COMPETENCES ET INTELLIGENCES DU CADRE EN SANTE AUTOUR DE SON EQUIPE</u>	52
1. Compétences et intelligences du cadre en santé en lien avec performance	54
2. Compétences et intelligences du cadre en santé en lien avec reconnaissance	55
3. Déléguer, responsabiliser, reconnaissance	57
4. Compétences et intelligences du cadre en santé en lien avec légitimité	59
5. Compétences et intelligences du cadre en santé en lien avec autorité	60
V. <u>CONCLUSION</u>	63
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	70

Exercice d'intégration tenant lieu de préface

Intelligence ou compétence, telle n'est pas la question !

Précisons. L'intelligence ne peut être confondue avec l'intellect. Ce dernier n'est qu'un aspect, qu'une dimension de notre intelligence. L'intelligence est donc bien plus et bien mieux que l'intellect ; même si l'Ecole se préoccupe plus du dernier que de la première. L'intelligence est d'abord la faculté de comprendre, de prendre-avec et donc d'ap-prendre. Telle est donc la question : celle du sens !

Précisons encore. Compéter et compétemment sont verbe et adverbe peu usités alors que le substantif est d'un usage immodéré. Une compétence confère le droit de décider, d'arrêter ; de trancher, d'arbitrer, de sanctionner. Elle se considère sub-séquemment comme la mesure de ce pouvoir. Elle, aussi, se confond avec « savoirs », « connaissances » à moins que cela ne soit avec « performances ». Ces dernières ne sont que la résultante aléatoire de nos compétences/intelligences, oserai-je écrire, leur reflet, leur représentation en acte (social).

Décrétons. Ces deux notions sont invariablement plurielles. Disons et écrivons : compétences et intelligences. Gardner s'essaie à dénombrer les intelligences et McCarthy d'en ajouter une : l'artificielle. N'est-elle pas qu'intellect, celle-là ?

Conjuguons. Avoir ou être (salut Erich) : avoir des compétences ou être compétent, avoir une ou plusieurs intelligences ou être d'intelligence. Rien n'est inné, tout est acquis ou peut s'acquérir. En voilà une idée ! Qu'est-ce que savoir sans vouloir ? Rendre intelligent n'est pas la première mission du cadre, pas plus que celle du *Prof* qui écrit. Là est métier et donc mission impossible. Il faut le vouloir !

Proposons ou cadrons : il s'agit de rendre intelligible. Lier et relier, telle serait la religion du cadre. Qu'il soit directif ou délégatif, persuasif ou participatif, il convient d'établir et de rétablir du lien, du sens et ... du sens qui fait lien. Que devient, par exemple, notre intelligence émotionnelle si elle n'est pas reliée, interagissante avec notre intelligence kinesthésique, notre intellect ou notre intelligence sociale ? Incompétente !

Bonne lecture en compagnie de Karima, une *Pegasus*.

PATRICK

INTRODUCTION

Pour beaucoup d'entre nous, accepter un poste d'encadrement n'est pas chose simple. Même si a priori c'est l'objectif recherché en suivant les cours de cadre de santé et qu'il nous semble pourtant évident que nous nous attendons un jour ou l'autre à devoir prendre cette responsabilité : nous ne sommes jamais réellement prêts à franchir le cap. Mais pourquoi cette peur incontrôlable nous envahit subitement, ce doute qui nous accapare et nous amènerait presque à regretter ce choix ?

Il est en effet très difficile de quitter cette « zone de confort » sachant qu'il faudra un certain temps d'adaptation pour se sentir à nouveau en « zone de confort » et en possession de ces capacités professionnelles. Comment cette adaptation à multiples facettes s'opère t'elle concrètement ? Tout changement, même souhaité et vécu positivement, demeure néanmoins exigeant, voire même éprouvant selon l'ampleur et la durée. Une fois les préoccupations d'ordre personnel passées (temps différent pour se rendre au travail, nouveaux horaires, nouveau stationnement, nouveau bureau, orientation des lieux...), le niveau de stress diminue. Alors les énergies et ressources adaptatives s'orientent vers les changements de nature professionnelle : aménagement des postes de travail, pratiques et façon de faire, collègues, dynamique d'équipe, mode d'encadrement. Cette adaptation à multiples facettes doit pouvoir bénéficier du facteur temps. Il s'agit d'appriivoiser, stabiliser, intégrer, consolider, renoncer aux modes d'avant, faire le deuil de ce qui « était », accueillir ce qui « est », tenter d'apprécier le « sera » tout en sachant qu'il est difficile d'apprécier le futur, et enfin se réinstaller dans le confort des sentiments de contrôle, de compétence, d'efficacité.

Au terme de ces années d'étude de cadre, l'épreuve intégrée reste très certainement la démarche la plus importante, non seulement parce qu'elle donne lieu, lorsque cette épreuve est réussie, à l'obtention du diplôme de cadre, mais surtout pour cette richesse de réflexion qui s'est développée durant ce cursus. Cette étape est très souvent considérée comme la dernière, mais en réalité elle correspond plutôt à la première étape vers la conscience de soi. En effet, nul étudiant cadre ne peut contredire que nous avons vraiment grandi durant cette période d'années scolaires, et ce de plusieurs manières : plus d'assurance et de confiance en soi ; un vocabulaire plus riche et soutenu ; une capacité de remise en question quant aux pratiques actuelles ; une prise de conscience de cette place de cadre intermédiaire et de ses conséquences.....Une réelle amélioration de nos compétences et intelligences autour de notre futur rôle de cadre de santé.

L'épreuve intégrée correspond réellement à un moment d'expression de l'identité propre à chacun, donc un moment de positionnement comme une marche vers l'autonomie. Nous souhaitons donc amener la réflexion autour de ce sentiment que le choix du sujet de cette épreuve intégrée n'est pas anodin. En effet, en nous livrant à une brève introspection, nous nous apercevons que bien souvent les mêmes questions autour des compétences et intelligences du cadre nous ébranlaient quelque peu depuis plusieurs années : qu'est-ce qui fait que manager une équipe semble évident et aisé pour certaines personnes, alors que pour d'autres, il s'agit d'un véritable parcours du combattant ? Les mêmes cours sont dispensés aux élèves cadres, or sur le terrain les compétences et intelligences sont différemment déployées, voire parfois même complètement inappropriées. Pourquoi ?

Le regard que porte l'équipe sur son cadre de santé permet sans aucun doute d'obtenir le reflet, le miroir des compétences et/ou incompétences de leur supérieur hiérarchique, mais encore faudrait-il oser et accepter ce questionnement envers soi-même. Effectivement, ce courage, cette honnêteté, cette capacité à accepter la critique n'est pas donné à tous. Par peur des représailles, il en est de même pour les membres de l'équipe à qui il serait demandé de telles critiques ouvertement et objectivement. Comment le cadre de santé peut-il alors prendre conscience de ses lacunes en compétences et intelligences ? Par ses semblables ? Par ses supérieurs hiérarchiques ? Certes, il existe bien des bilans de fonctionnement, qui de plus en plus s'appuient sur une monographie de fonction, mais ils nous semblent encore bien loin de refléter la réalité de terrain et surtout ne permettent pas une prise de conscience et une remise en question de nos propres pratiques en management.....

Au travers de ce travail d'« épreuve intégrée » nous tenterons de comprendre ce processus d'adaptation au changement tout en essayant de comprendre pourquoi il ne suffit pas d'obtenir le diplôme de cadre pour assurer de telles responsabilités.....

Quelles sont nos ressources intérieures en matière de compétences et intelligences auxquelles il va falloir faire appel, afin de mener à bien ces nouvelles missions dans les meilleures conditions pour le cadre comme pour l'équipe à encadrer. Cette problématique nous amène à penser que de réels efforts sont à fournir en matière de remise en question, un regard en hauteur, en distanciation sur la formation de cadre en lien avec les responsabilités qui nous attendent. Le positionnement et les perspectives envisagés doivent déjà faire leur bonhomme de chemin durant les matières en acquisition, afin de se préparer à entrer en fonction. En effet, intégrer ces différentes matières durant le cursus, signifie faire du lien. Cette démarche est avant tout pédagogique et formative et sera demain et ailleurs, actrice de changement.

C'est autour de ces réflexions que vont pouvoir s'articuler les différents chapitres de ce travail. Un premier questionnement concerne les compétences nécessaires au cadre de santé pour vivre au mieux ce changement, avec un descriptif du processus de changement et de ses différentes facettes. En effet, nous aborderons le changement en tant que tel, puis le changement comme processus de deuil, mais aussi le changement ressenti par l'individu, et enfin le changement au sein d'une équipe.

Nous aborderons dans un deuxième temps la notion de compétence en tant que telle, mais aussi en rapport avec le cadre de santé.

Dans le troisième chapitre, la notion d'intelligence sera décrite avec un détail des différentes approches. Nous aborderons également l'intelligence en rapport avec la fonction de cadre.

Le chapitre quatre et cinq nous permettront de faire les liens entre compétences et intelligences tout en amenant notre positionnement en rapport aux différentes notions abordées.

Pour conclure, nous rappellerons les fonctions du cadre de santé à mettre en lien avec les compétences et intelligences afin de pouvoir répondre au mieux et de s'adapter aux exigences et responsabilités de cette fonction en constante progression.

I. LE CHANGEMENT

Nous pensons qu'il est important d'entamer ce travail en tentant d'expliquer brièvement le processus de changement afin de comprendre au mieux la nécessité d'adaptation constante du cadre de santé. C'est le contexte de crise économique, de consumérisme¹ et d'augmentation des dépenses de santé qui a poussé le législateur à modifier les règles de fonctionnement des établissements de santé. La modification des règles, imposées de fait, a eu un impact sur les pratiques professionnelles hospitalières et sur celles de l'encadrement : il a été demandé aux professionnels cadre de santé d'intégrer une dimension économique à leur pratique. Ainsi donc, l'hôpital bouge, l'organisation hospitalière change, les métiers évoluent et le management hospitalier se transforme progressivement amenant, voire même contraignant ainsi le cadre de santé à s'adapter à ce nouveau contexte économique.

Le changement signifie « *le fait de changer et donc de passer d'un état à un autre, ainsi que le résultat de ce fait* »². Le sujet du changement est véritablement très vaste et peut prendre des formes multiples car il se déroule à différents niveaux de l'organisation.

Afin de mieux comprendre cette logique dynamique, il nous semble important de décrire avant tout ce que nous entendons par organisation. Une organisation est « *un ensemble de ressources humaines, financières, matérielles, commerciales et fonctionnelles, coordonnées par l'une d'elles (les individus) pour la réalisation d'une finalité justifiée par la création d'une valeur monétaire et/ou sociale* »³.

Le changement constitue un thème majeur et complexe car l'organisation est contrainte de se remettre perpétuellement en cause afin de faire face à un environnement en pleine évolution, environnement dont elle se nourrit et dépend. Nous retiendrons donc ici, l'école de Palo Alto⁴ qui est citée par de nombreux auteurs qui se sont penchés sur la problématique du changement, mais surtout parce qu'elle aborde le changement sous un angle systémique. En effet, tous les éléments de l'organisation constituent un système qui sont reliés et sont affectés par le changement et donc y participent de manière plus ou moins active.

¹ Consumérisme : au sens sociologique, il s'agit d'une action concertée de consommation, un mode de vie lié à la consommation. Il s'agit donc d'une surconsommation des soins de santé.

² Dictionnaire Larousse 2009, ED.Larousse 2008

³ B Grouard et F. Meston : « l'entreprise en mouvement » Ed. Dunod, p87

⁴ L'école Palo Alto : est un courant de pensée et de recherche. On la cite en psychologie, psycho-sociologie ainsi qu'en science de l'information et de la communication. Parmi ses principaux fondateurs, on trouve Bateson, Jackson, Weakland, Fisch, Fry et Watzlawick.

Le changement est alors décrit comme un processus complexe qui agit sur tous les éléments d'un système et qui est dépendant du but poursuivi comme du contexte. Nous comprenons bien ici que l'organisation hospitalière comme toute entreprise, n'est pas statique, il s'agit d'un ensemble dynamique.

Le changement est ressenti différemment par chaque individu, en l'occurrence ici par le cadre de santé, mais aussi au sein des équipes. Le cadre de santé va sans cesse tenter d'adapter son style managérial.

Conduire son équipe, c'est savoir recourir à des styles de management adaptés aux différentes situations en fonction des individus ou de l'équipe.

Il est ainsi nécessaire de veiller aux attentes, aux besoins de chacun, tout en réfléchissant sur les possibilités de mise en œuvre et de développement des compétences et intelligences, en fonction des différentes situations de changement. Il est donc constamment indispensable pour le cadre de santé d'analyser les différents tenants et aboutissants des situations managériales afin de choisir le comportement le mieux adapté.

Nous tenterons d'expliquer dans le premier point de ce chapitre, ce que signifie le processus de changement, avec les différentes facettes possibles dans son élaboration. Dans le deuxième point nous aborderons le changement ressenti par le cadre de santé, pour en arriver au troisième point de ce chapitre qui traitera du changement ressenti par le cadre et son équipe. Ainsi l'approche du changement reste à connotation systémique, telle que nous l'avons considéré au départ de notre recherche.

1. Changement comme processus.

Différents travaux⁵ partent de l'idée que l'on peut définir un changement en fonction de son intentionnalité et de son rythme. L'intentionnalité oppose un changement imposé, déterminé par une transformation de l'environnement, à un changement volontaire, résultat du choix des individus. Le temps imparti pour la réalisation de changements représente le rythme.

L'école de Palo Alto, quant à elle, distingue deux niveaux de changement : le changement de niveau I qui se déroule au sein du système. Le système s'adapte à une modification de l'environnement ou du contexte en tentant de revenir au plus vite à son équilibre initial ; le changement de niveau II, lui, modifie les fondements et la structure du système lui-même. Il s'agit alors d'un changement plus en profondeur qui prend bien plus de temps et qui demande réflexion et stratégie. Ainsi, il contraint l'individu, le groupe et le système à s'adapter.

⁵ Gersick, Miller, Tushman : psychologues étudiant la conduite de changement

Il sera donc question, d'aptitudes et de compétences pour chacun des acteurs du changement.

Kurt Lewin⁶ nous explique qu'un changement peut également provenir de tensions internes entre les individus d'un groupe dans le cas d'une inadaptation des normes aux situations actuelles, ou face à un environnement nouveau. Dans ce cas, il se créera une sorte de mouvement réformateur perçu, dans un premier temps, comme déviationniste mais qui triomphera plus ou moins rapidement du conformisme de routine car il s'agira d'un mouvement cherchant à répondre à des urgences croissantes. Nous pensons que dans le cadre de notre recherche, ce processus du changement adhère tout à fait avec la situation du cadre de santé qui entre en fonction.

Lewin distingue trois étapes dans ce processus de changement : la première étape est la décristallisation, qui correspond au questionnement autour de la rupture de l'équilibre de départ ; la deuxième étape est la transition, qui correspond à la période où les acteurs s'essaient et expérimentent de nouvelles attitudes dans le but de trouver des réponses ; et enfin la troisième étape est la recristallisation, qui correspond à la transformation des attitudes en comportements afin de retrouver un équilibre et une nouvelle stabilité différente. Le corollaire du changement est bien évidemment la résistance au changement et qui correspond à la décristallisation parmi les trois étapes décrites plus haut. Autrement dit, la présence d'attitudes de résistance au changement est le signe de changement.

Le changement est à considérer également en tant que processus au même titre que nous parlons plus couramment du processus de deuil. En effet, nous abordons très souvent le changement non seulement en termes de pertes, mais aussi en termes de deuil. Faire son deuil, c'est ouvrir la porte à un processus de changement, de transition, c'est accepter une réalité qui se modifie. Certains chercheurs⁷ utilisent le modèle de Kübler-Ross⁸ et d'autres⁹, le modèle de Bowlby¹⁰, pour associer le changement au processus de deuil et cela de façon explicite ou implicite. Ces deux modèles classiques développés à la fin des années 60 présentent la transition comme une succession de phases. Pour Kübler-Ross, le processus de deuil comporte cinq phases : le choc et refus, la colère, la marchandage, la dépression, l'acceptation et reconstitution. Selon Bowlby, le processus de détachement se réalise en quatre phases : l'engourdissement, la recherche, la désorganisation, la réorganisation.

⁶ Lewin.K : psychologue américain spécialisée dans la psychologie sociale et comportementaliste. Nombreux Travaux dans la dynamique de groupe

⁷ Schweiger et Ivancevich, 1985 ; Marks et Mirvis, 1992 : psychologues, travaux et recherches sur les réactions Psychosomatiques des employés et des managers.

⁸ Kübler-Ross : docteur psychologue, spécialiste du comportement. A brillé également par le côté éthique apporté dans le cadre de l'accompagnement en fin de vie

⁹ Pailot 1995 : économiste, spécialiste en management des organisations

¹⁰ Bowlby : pédiatre et psychanalyste ; fondateur de la théorie de l'attachement

Ces approches ont été critiquées, du fait que ces deux manières d'aborder le changement gardent une représentation plutôt négative, c'est-à-dire sans amener la notion d'adaptation. Elles s'avèrent néanmoins utiles pour comprendre les comportements et les émotions reliés à une perte.

Pour en arriver à l'acceptation dans le processus de changement, encore faut-il avoir reconnu l'existence de la perte, évaluer l'ampleur de son impact, exprimer ses émotions et apprendre à les contrôler. Il faut avoir réussi à traverser la période de désorganisation marquée d'incertitudes, de doutes et d'ambivalences où tous les repères disparaissent. Cette étape force l'individu à faire le tri dans ses valeurs et ses pratiques, à repenser le sens de sa vie.

Le changement ne fait pas forcément l'unanimité car il symbolise tout aussi bien le progrès que le risque de perdre l'équilibre connu. Il ne faut donc pas oublier qu'au cœur de la relation entre l'organisation et son adaptation à l'environnement se trouvent les individus, avec leurs capacités d'adaptation, mais également de résistance.

2. L'individu en jeu dans le changement.

Pour les cadres de santé, comme pour tous dirigeants, il est actuellement nécessaire et impératif d'entrer dans cette mouvance, dans ce processus que représente le changement, c'est parfois d'ailleurs une condition de survie. Changer, du point de vue individuel, n'est pas souvent un choix, mais le résultat d'une confrontation parfois pénible avec la réalité, une obligation que certaines personnes vont vivre difficilement.

La connaissance humaine est dominée par le fait que nos perceptions et nos idées reflètent la réalité, toute réalité est toujours inventée et nous construisons nous-même notre propre réalité. Ce postulat défendu par l'école Palo Alto, précise également que seules comptent les représentations que font les individus et il est totalement fait abstraction de la réalité qui n'est que création de l'individu. Ce qui s'oppose très souvent à la réalité objective. Cette vision reste souvent négligée et amène la difficulté de voir les choses autrement et de changer de perception, ce qui a pour conséquence de laisser perdurer les problèmes. Ainsi pour être pertinent, le changement se doit d'agir sur cette construction de la réalité.

Ces changements renvoient très directement, mais souvent inconsciemment aux expériences de changement que nous avons vécu tout au long de notre vie. Ils vont donc déclencher ou réactiver chez de nombreuses personnes des émotions telles que la joie, la peur, la colère, ou la tristesse, et donc bien sûr des résistances qui ne sont pas forcément en lien avec la réalité.

Il est ainsi considéré que la personne projette sur le changement actuel un certain nombre de réactions qui ne sont pas en lien direct avec ce qu'elle vit à ce moment : ce qui a pour conséquence des sentiments d'incompréhension mais aussi d'agacement auprès des responsables qui ont tout à coup l'impression de faire face à des réactions démesurées, à des comportements inexplicables...

L'émotion ressentie par rapport à une situation est propre à chaque individu, à son passé, à son histoire de vie, à ses capacités intellectuelles, son état psychologique, ses capacités à prendre du recul et/ou de la hauteur quant aux événements nécessitant le changement.

C'est une piste d'explication pour éclairer certaines stratégies défensives, nous parlons plutôt de mécanismes de défense, que nous allons mettre en place pour nous protéger du changement et de ce que nous projetons sur le changement : la plainte, l'accusation, le déni, les excuses, la résignation....

Il est important de souligner que nous ne sommes pas égaux face à ces processus, de par nos âges différents, nos professions, nos habilités personnelles et nos histoires de vie. Ainsi, certaines études¹¹ mettent bien en évidence la réalité d'une plus grande difficulté pour les employés d'un certain âge, pour le personnel non formé, pour les personnes formées à une seule tâche ou qui ont développé peu de polyvalence, ainsi que pour les personnes qui manquent de confiance en leurs capacités personnelles et professionnelles.

D'autres études¹² identifient plusieurs caractéristiques du point de vue individuel qui facilitent le changement : la curiosité, la capacité de prendre de la distance, la capacité de faire le point, de confronter la réalité, de réajuster ses objectifs, la confiance en soi, la possibilité de s'engager dans des procédures de gestion de conflits, la capacité de résoudre des problèmes, la capacité de demander de l'aide, la capacité de faire plusieurs choses à la fois, la capacité de se voir évoluer dans le futur, la capacité de créer de nouveaux liens. Au Canada, on parle d'employabilité, c'est-à-dire le potentiel qu'a un collaborateur à se replacer dans un contexte professionnel. Il nous semble en tout cas évident que ces capacités personnelles sont à développer et à soutenir auprès des collaborateurs si l'on veut favoriser l'adaptation au changement.

Toutes ces stratégies ont en commun le souci de se protéger du danger plus ou moins fantasmé lié au changement. Ces mécanismes peuvent en effet sembler protecteurs dans un premier temps, mais ils sont en fait très dommageables pour l'individu à moyen terme.

Ils mettent la personne en situation de victime, ils la déconnectent de sa capacité de choisir, de s'investir et de s'appropriier le changement. La place de l'émotion est donc centrale dans le processus de changement, mais elle entretient avec lui un lien paradoxal : en l'absence d'émotion, il n'y a pas de changement, mais en raison de l'émotion nous résistons au changement.

¹¹ Wiersema, Bantel, 1992 : études sur les équipes et les contextes dans lesquels elles évoluent en lien avec un rôle déterminant dans le pilotage du changement

¹² Romanelli, Tushman, 1985 : études sur le processus de changement en testant les implications de l'individu.
Kelly et Amburgey, 1991 : confirme cette thèse en identifiant les caractéristiques individuelles

Pour provoquer le changement, nous pourrions donc soit augmenter la composante motivante de l'émotion, comme l'envie d'être performant, la peur d'être mal vu, ou l'irritation face aux échecs ; soit atténuer les aspects un peu plus inhibant de l'émotion, comme la peur de l'échec, ou encore la culpabilité de l'inexpérience.

Il peut être également intéressant de chercher à comprendre quelles peurs se cachent derrière le changement : la peur de perdre le contrôle, de ne pas savoir s'en sortir, la peur de prendre ou de perdre le pouvoir, la peur de l'inconnu, la peur de ne plus être reconnu, la peur de perdre son identité. Autant de peurs qui sont réactivées par les processus de changement. Des peurs qu'il est sans doute difficile de nommer dans un cadre professionnel mais qu'il est en tout cas indispensable d'identifier pour en tenir compte.

Nous pourrions parler plus longuement de l'importance de la prise en compte des besoins individuels, mais il est également important de souligner quelques éléments qui relèvent de la dynamique de groupe.

3. Le changement du point de vue du cadre et de son équipe.

Le changement, nous l'avons vu, est synonyme de rupture avec un équilibre pour en atteindre un nouveau. Or, si les différents membres d'une organisation sont d'accord sur la nécessité du changement, il n'y a pas toujours adhésion, car le changement insécurise du fait de sa part d'inconnu. Rappelons-nous que l'hôpital est un système composé de multiples acteurs aux logiques différentes, et le cadre de santé se situe à l'interface, c'est-à-dire en intermédiaire. Dans le sujet qui nous intéresse plus précisément, il s'agit bien de l'arrivée d'un nouveau cadre de santé dans une équipe. Il va donc de soi que le changement est ressenti à la fois par le cadre, mais aussi par toute l'équipe. Le cadre n'est ainsi pas seul face au changement qu'il vit. C'est toute une équipe, une dynamique d'équipe : un réseau d'alliances, de rejet, l'émergence de leaders... ainsi, il est important de comprendre le fonctionnement de l'équipe. La démarche de changement ne peut être envisagée qu'en prenant considération de cet aspect. La démarche de changement ne peut qu'être concertée afin d'amener le cadre et l'équipe à être acteurs et auteurs, pour s'approprier véritablement le changement. Cette appropriation serait garante d'un changement réussi, dans le sens où il serait ressenti comme non imposé.

Cependant, à l'annonce d'un changement, l'attitude première des individus consiste le plus souvent à manifester une résistance, relativement neutre et passive dans un premier temps.

Cette résistance n'est pas pour autant synonyme de rejet absolu, mais s'explique par le fait que les individus cherchent à comprendre les évolutions en cours, les risques en termes d'intérêt (gain, perte, maîtrise...), et ne peuvent pas renier facilement les modèles ou pratiques qu'ils ont jusqu'à présent adopté et peut-être même prôné. Nous pouvons donc considérer que la résistance au changement est plutôt un phénomène naturel, une sorte de système de défense contre les idées, les opinions et les comportements des autres, dont le but est de garder l'intégrité psychique de soi. En effet, le changement suscite une peur de l'inconnu et surtout une peur de perdre sa sécurité, son expérience, sa compétence, etc : les individus qui constituent une équipe craignent de quitter une situation qu'ils connaissent et dans laquelle ils sont reconnus. Il n'est pas si évident de remettre en cause des acquis.

La résistance au changement peut ensuite se manifester de manière plus dynamique, par des actions volontaristes tendant à faire échouer le changement. Tel est souvent le cas lorsque le coût du changement apparaît trop important aux individus : ils se sentent lésés dans cette remise en cause du système par une perte de pouvoir, perte de bénéfices sociaux, perte de certains avantages, perte d'une certaine reconnaissance etc... En définitive, s'il existe des potentialités de changement, ce dernier ne va pas de soi en raison des obstacles individuels et organisationnels à surmonter. Les obstacles individuels sont liés à la personnalité de chaque membre de l'équipe du fait de l'anxiété qu'engendre la perte des points de repères. Les obstacles organisationnels ou structurels sont plutôt liés au manque de communication ou à un manque de concertation au départ du changement. Ne négligeons pas non plus le fonctionnement souvent très bureaucratique de nos hôpitaux qui favorisent le cloisonnement et peut ainsi amener à accentuer la résistance au changement.

Ainsi, être instigateur du changement même sans le vouloir, demande au cadre de santé de rester concentré sur lui-même, ses ressentis, mais aussi ceux des autres, de l'équipe. Il a un rôle central dans l'accompagnement du changement, en associant tous les acteurs, et ce, dès la prise de fonction. Favoriser le changement, c'est réussir à reconnaître l'autre « là où il est », mais c'est aussi et parallèlement, être capable de faire preuve de clarté et de fermeté dans les exigences d'adaptation que demande tout processus de changement.

Être acteur dans le changement, être instigateur du changement, demande d'être clair avec soi, mais aussi de développer ses compétences relationnelles. Ce n'est pas pour autant que le responsable doit devenir « le psy » de l'équipe, mais il n'a pas non plus à imposer son stress, voir son incompetence face au changement. Il est bien réel que nous ne choisissons pas toujours le changement. En revanche, nous pouvons choisir comment le vivre. En tant que responsable d'équipe, nous pouvons également choisir de partager ce changement en équipe, en rendant chaque membre acteur.....

Rappelons-nous par ailleurs que le cadre se situe au centre de cette édification et que les changements ne sont jamais unilatéraux, ils peuvent donc en tirer profit. Ainsi en développant leurs intelligences stratégiques tant en direction des services dont ils ont la responsabilité qu'envers leurs partenaires qui fondent leur tissu relationnel, les cadres de santé peuvent trouver dans les projets de changement les opportunités d'ancrer de nouvelles pratiques dans les grandes orientations institutionnelles actuelles. Ils pourront par la même occasion prouver leurs propres capacités managériales auprès de l'équipe et la hiérarchie, tout en apportant une pierre à l'édifice.....

4. Conclusion

Nous avons développé dans ce premier chapitre les différents processus de changement en partant d'une approche systémique. Nous considérons en effet, qu'analyser le changement de manière uniquement individuelle ne correspond pas à la réalité et que pour agir efficacement sur le changement une vue globale de la situation est impérativement nécessaire.

Nous avons pu constater également dans ce premier chapitre, la complexité des phénomènes et processus mis à l'œuvre lors de changements. Nous n'avons donc aucune peine à imaginer le cadre de santé prenant fonction entrer dans cette zone d'inconfort, assailli par les émotions et le stress, qui malgré cela, va tenter de gérer ce qui se passe à l'intérieur et en même temps gérer ce qui se passe autour, à l'extérieur. Abandonner les automatismes pour changer de poste, nécessite une phase de désapprentissage pendant laquelle sans aucun doute, les performances baissent et les frustrations s'accumulent laissant place aux émotions.

En effet les automatismes, qui finalement correspondent à la zone de confort, donnent une grande impression de maîtrise et de contrôle, et laissent même à penser que nous pouvons maîtriser tout ce qui nous entoure. Il est donc bien évident que de quitter cette zone de confort, même si telle est notre souhait, ne va pas de soi. Nous avons pu également le constater, cette étape de passage de la zone de confort à cette zone d'inconfort est également nommée « dé cristallisation » pour Lewin.K.

Nous l'avons bien compris au fil de ce chapitre que, conduire le changement n'est donc pas chose simple, d'où l'intérêt de considérer le changement comme un processus de création collective. Il ne s'agit plus en effet de décider des modifications, mais de lancer un processus qui implique coopération, négociation, réactions et qui met en jeu la capacité de groupes différents à travailler ensemble autrement, dans une même action, une même direction.

Le changement étant transformation d'un système d'action, pour qu'il puisse y avoir changement, l'individu doit pouvoir avoir un nouveau regard sur sa propre réalité, mais aussi mettre en pratique de nouveaux rapports, de nouvelles formes de relations sociales et professionnelles. Ce qui doit changer dans ces jeux relationnels, ce ne sont pas comme nous pourrions le croire un peu hâtivement, les règles, mais la nature même du jeu. C'est véritablement dans ce contexte là que le cadre de santé se retrouve imbriqué, impliqué, en prenant fonction. .

Pour que de tels changements puissent s'accomplir, il ne faut pas seulement que les rapports de force lui soit favorable, il faut aussi et bien davantage que des capacités suffisantes soient disponibles au moins potentiellement : capacités cognitives, capacités relationnelles, capacités d'adaptation.....

Dans ce contexte d'interaction, c'est-à-dire d'échanges et d'influences réciproques entre le cadre de santé et l'équipe, entre le cadre de santé et la hiérarchie, le comportement de chacun ne peut être analysé de manière classique, isolé et rapporté à sa personnalité, sa culture. En effet, dans cette situation de changement, nous l'avons vu, ce sont d'autres éléments, plus contingents qui détermineront la réaction et la conduite de l'individu face au changement. Il s'agit de sa perception de la situation prenant en compte les enjeux, des rôles que chacun s'attribuent à soi-même et à son interlocuteur, ou encore de son calcul d'intérêt (gain, perte maîtrise) en termes de ressources et de pouvoir.

A titre d'exemple, l'individu pourra se montrer favorable au changement et à l'évolution des pratiques, s'il perçoit positivement la dynamique de changement avec plus de possibilités de développement personnel, plus de reconnaissance sociale, meilleures conditions de travail, etc., et si l'interaction s'y prête (relation de confiance avec le cadre de santé notamment). A l'inverse, ce ne sera sans doute pas le cas si l'individu pense avoir intérêt au maintien du statu quo et n'est pas dans une situation d'interaction favorisant le dialogue et la négociation. Les individus sont donc susceptibles de réagir plus ou moins favorablement au changement en fonction du contexte et des situations d'interactions. Il est donc également possible de les amener à se comporter autrement à condition de trouver les leviers adaptés par exemple en rendant dans la mesure du possible l'individu acteur dans le changement, en laissant le temps à l'adaptation au changement, ou encore en laissant l'individu gagnant dans le changement. Ainsi, le changement ne peut-être réussi que par le respect de différentes étapes ou processus dans le temps, mais aussi par la réunion de conditions propices. La communication revêt un rôle central et structurant dans tout projet de changement en raison du fait que c'est par ce biais que seront échangées les informations. A la manière d'une maquette ou d'un plan, la communication permet de visualiser l'objectif à atteindre et donc de se l'approprier. Nous pouvons donc considérer que la communication représente un véritable levier à activer dans la conduite du changement.

Il est nécessaire pour le cadre de santé d'être attentif, prévoyant, réactif et doté de capacité d'analyse lui permettant d'anticiper, sachant que tout changement qui se produit au sein d'une organisation nécessite que l'on s'y adapte.

Rappelons-nous également, bien que quasi non-abordé dans ce chapitre, que le changement peut véritablement redynamiser une équipe. Bien que parfois désagréable et embarrassant, le changement peut aussi être positif. Il nous semble évident en effet, que le changement peut faire émerger ou réactiver autour du cadre de santé des compétences et intelligences qu'il ne soupçonnait peut-être même pas. D'autre part, il est important de garder en mémoire, que le monde hospitalier change et donc, de toute évidence, nous n'avons pas d'autre choix que de changer également afin de suivre la même direction et rester dans la course.

Qui n'a pas constaté des indices de changements comme : la fluctuation de l'effectif, l'augmentation ou la diminution du financement et la création de projets reflétant de nouveaux besoins des membres et de la société. Si les organisations ne réagissent pas au changement, elles éprouveront des difficultés et risquent même de finir par disparaître. Rien n'est absolument invariable, même au sein de nos organisations hospitalières.

Le changement contient beaucoup de fragilité, rien n'est acquis, les systèmes humains que cela implique sont en perpétuelle recherche d'équilibre. Les enjeux se font et se défont essayant d'échapper à toute transparence, d'où l'intérêt de savoir s'adapter au changement.....

Cette adaptation constante au changement nécessite de nombreuses capacités, **compétences** qui ne pourraient s'exprimer clairement sans certaines **intelligences**. Ces deux termes sont effectivement liés l'un à l'autre et ne peuvent que s'imbriquer, se compléter. Les deux chapitres suivant vont nous permettre de détailler et d'expliquer le fonctionnement de ces deux notions.

II. Notion de compétence

A présent qu'une approche de la notion de changement, ainsi que les processus d'élaborations qui s'y rapportent ont été définie, il est temps d'aborder la notion de compétence. Bien que la logique scientifique aurait privilégié le développement de la notion d'intelligence en premier lieu, nous avons souhaité aborder la notion de compétence en priorité car le concept de compétence a pris une place prépondérante dans la littérature managériale des vingt dernières années. Cette notion n'est donc pas inconnue pour le cadre de santé, même en devenir.

Selon les personnes ou le contexte dans lequel ce terme est employé, il peut s'avérer plus ambigu qu'il n'y paraît. Nouvelle venue dans le vocabulaire des gestionnaires des ressources humaines, la notion de compétence est souvent assimilée aux aptitudes et traits de personnalité qui permettent aux individus de se différencier entre eux. Les compétences ont effectivement ce lien, mais elles constituent davantage une catégorie spécifique des caractéristiques individuelles, elles-mêmes reliées aux valeurs de l'individu et à ses connaissances. Dans le monde du travail, il est relativement aisé d'établir la liste des aptitudes et traits de personnalité nécessaires à la tenue d'un poste considéré comme simple. Dès lors que la complexité des responsabilités et des missions augmente, les exigences des postes sont alors décrites en termes de compétences, auxquelles il ne faut pas manquer d'ajouter les connaissances théoriques et les savoirs acquis sur le terrain. Il n'est donc pas étonnant de parler de compétences pour un cadre prenant ses fonctions d'autant plus que les compétences sont étroitement liées aux activités professionnelles et plus précisément aux missions qui font partie d'un poste.

1. Qu'est-ce qu'une compétence ?

Du latin « competetia » qui signifie le juste rapport, la compétence est définie par la « capacité reconnue en telle ou telle matière et qui donne droit d'en juger »¹³. Dans le courant professionnel, si l'on se réfère à la typologie traditionnelle, la compétence est plutôt définie comme une connaissance (savoir, savoir-faire, savoir être) mobilisable, tirée généralement de l'expérience et nécessaire à l'exercice d'une activité (dans ce cas, professionnelle).

¹³ Le petit Larousse. Edition 2010

Il faut avoir conscience que la notion de compétence émerge à des époques différentes, et dans des champs scientifiques différents, et pas seulement dans la sphère du travail et de l'entreprise. L'idée étant qu'il ne suffit pas de maîtriser des savoirs (lire, calculer) car ce qui est important est plutôt ce que nous faisons de ces connaissances.

Selon la discipline scientifique – linguistique – ergonomie – psychologie – science de l'éducation, sociologie, puis seulement gestion (gestion des ressources humaines et stratégie d'entreprise) – la compétence n'est pas définie de la même façon, ne s'oppose pas aux mêmes notions, et ne comporte pas les mêmes enjeux. Largement repris par les champs des relations sociales, la notion de compétence a été généralisée dans les années 90, avec une forte dérive de paradigme : de notion technique (GRH, stratégie, psychologie), elle est devenue mot creux, concept mou trop souvent issu d'un compromis social qu'il dessert.

En sociologie du travail, la compétence est définie comme un processus d'apprentissage continu. En effet, nous ne sommes jamais compétents à vie, c'est d'ailleurs pour cette raison que dans l'entreprise, comme dans nos hôpitaux, la gestion des compétences valorise les actions de formation. L'intelligence est à la base de l'acquisition des compétences, nous le verrons dans le chapitre suivant. Pour développer son niveau de compétence, l'individu fait appel à ses connaissances intellectuelles, mais aussi et surtout à la capacité de mise en œuvre de celles-ci. Lors des formations, l'individu développe à la fois son potentiel intellectuel, mais également ses compétences spécifiques, qui sont nécessaires dans le cadre de son activité professionnelle.

La notion de compétence renvoie évidemment au centre de trois composantes, dans un contexte particulier et dans l'exercice de la profession : **le savoir** (somme des savoirs théoriques et techniques ou connaissances), **le savoir-faire** (ou plus souvent appelé habilités) et **le savoir-être** (comme qualités personnelles). Ces trois savoir restent les plus connus et reconnus par la plupart des professionnels, même si ce à quoi ils correspondent n'est pas toujours très claire pour tous. Chaque interférence entre ces trois sphères de savoir rend son titulaire : « sachant » (savoir et savoir-être), « exécutant » (savoir-être et savoir-faire) et « performant » (savoir et savoir-faire).

Une personne compétente réunit donc ces trois facettes de l'exercice de ses savoirs dans différents contextes, comme nous le montre le schéma qui fait suite, de Boudreault Henri¹⁴ (2002).



2. Différentes notions de compétence.

Pour Sandra Béllier¹⁵, la compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée. Elle ajoute aux trois facettes de l'exercice des savoirs décrit plus haut, des compétences cognitives : maîtriser le langage, méthodologie de travail, raisonner efficacement, gérer ses émotions.

Guy le Boterf¹⁶ propose quant à lui une autre définition et précise que la compétence est la mobilisation ou l'activation de plusieurs savoirs, dans une situation et un contexte donnée. Cette définition rejoint sensiblement la notion de compétence générale décrite plus haut, mais il développe davantage la compétence du « savoir-faire ».

¹⁴ Boudreault Henri : professeur à l'UQMA (université du Québec à Montréal) en enseignement et formation professionnelle et technique. Fondateur du CRAIE (centre de recherche appliqué et instrumentation de l'enseignement).

¹⁵ Béllier, S., docteur en gestion : « Management, aspects humains et organisationnel ». Ed. Puff, 1991

¹⁶ Le Boterf, G., sociologue : « Agir et interagir avec compétence ». Ed. Organisation, 2005

En effet, il distingue le savoir-faire procédural (savoir procéder, savoir opérer), le savoir-faire expérientiel (savoir y faire, savoir se conduire), le savoir-faire social (savoir se comporter, savoir se conduire), le savoir-faire cognitif (savoir traiter de l'information, savoir raisonner, savoir nommer ce que l'on fait, savoir apprendre).

La définition proposée par Katz¹⁷ est certes plus ancienne, mais envisage la notion de compétence plutôt comme une interaction dans un système. Il distingue trois compétences : les compétences conceptuelles (analyser, comprendre, agir de manière systémique), les compétences techniques (méthode, processus, procédures, techniques d'une spécialité), et enfin les compétences humaines (dans les relations intra et interpersonnelles).

Pour l'auteur De Montmollin¹⁸, la compétence est un ensemble stabilisé de savoirs et de savoir-faire, de conduites types, de procédures standards et de types de raisonnement. Hormis le fait que les types de savoirs diffèrent fortement des définitions antérieures, nous pouvons observer qu'il amène l'idée que les types de raisonnements sont mis en œuvre sans apprentissage nouveau, qu'ils sédimentent, structurent les acquis de l'histoire de la profession. Elles permettent selon-lui d'anticiper des phénomènes (notamment l'adaptation au changement), l'implicite dans les instructions, la variabilité dans la tâche. Cette définition laisse donc à supposer qu'une compétence n'est pas modulable, qu'elle ne peut progresser ou évoluer, mais qu'elle serait plutôt statique.

Pour les auteurs Samurcay et Pastre¹⁹, « *La compétence, en tant que rapport du sujet aux situations de travail, est ce qui explique la performance observée en décrivant l'organisation de connaissances construites dans et pour le travail* ». Toujours selon ces deux auteurs, les compétences sont de plusieurs ordres : finalisées (compétences pour une classe de tâches déterminées), opérationnelles (connaissances mobilisables et mobilisées dans l'action), apprises (à travers des formations explicites ou par l'exercice d'une activité), explicites ou tacites (difficile d'explicitier les connaissances opérationnelles mises en œuvre dans l'action).

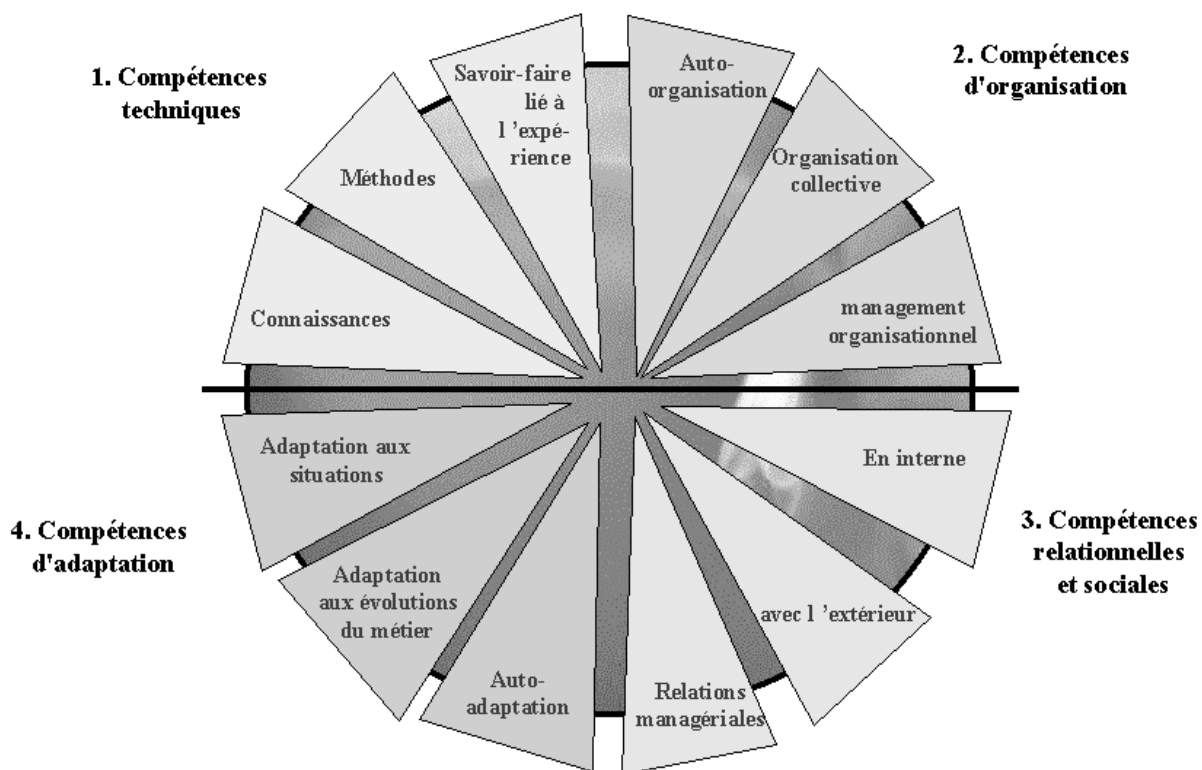
Ainsi, à l'inverse pour ces auteurs, la compétence peut être instruite, travaillée, et donc peut s'acquérir, s'améliorer par apprentissage.

¹⁷ Kartz, psychosociologue : « Skills of affective administrator », typologie du management en lien avec compétences

¹⁸ De Montmollin, philosophe et psychologue : enseigne la psychologie du travail et l'ergonomie

¹⁹ Samurcay et Pastre, professeurs émérite en communication didactique au CNAM

Pour Claude Fluck²⁰, la compétence c'est plutôt ce qu'il convient d'avoir acquis et de continuer à acquérir. Elle distingue quatre types de compétence dont des compétences transversales managériales : elles reprennent à la fois les compétences organisationnelles et les compétences relationnelles liées au fonctionnement d'une équipe. Elle propose schématiquement « la roue des compétences » présentée ci-dessous, qui peut être utilisée en gestion et en management, et qui permet entre autre de concevoir des référentiels de compétences et les méthodes d'évaluation correspondantes.



Nous pouvons en effet constater que ce modèle est basé sur quatre types de compétences qui sont combinées afin de réagir aux différentes situations professionnelles rencontrées seul, mais aussi collectivement :

- Les compétences techniques, se composant des méthodes et outils, règles et procédures, ainsi que les savoir-faire lié à l'expérience, fondent réellement la crédibilité professionnelle. Elles mettent en cause les savoir-faire lié au management et aux domaines connexes utiles à l'exercice de la fonction, verticalement et transversalement.

²⁰ Fluck.C, docteur en science économique et de l'éducation : « Compétences et performances : une alliance réussie » Ed.Demos, 2001

- Les compétences organisationnelles font référence à la manière de s'organiser, d'occuper son temps, l'espace et de gérer le flux d'information. Elles renvoient sur le schéma à trois dimensions également : l'auto-organisation, l'organisation collective et la gestion de projet, l'organisation du travail des collaborateurs par le manager. Il s'agit ici d'optimiser l'organisation et induire, conduire les changements pour y adapter les ressources.
- Les compétences relationnelles et sociales renvoient à trois dimensions qui correspondent à nos propres capacité d'expression orale ou écrite, les compétences relationnelles en interactions, mais aussi les compétences managériales liés aux équipes et ceux liés aux réseaux.
- Les compétences d'adaptation permettent l'ajustement aux situations immédiates et à leurs évolutions dans le temps. Il s'agit de mutualiser les pratiques et améliorer les savoir agir, capitaliser de nouveaux savoirs et savoir-faire et renforcer ainsi l'apprentissage collectif.

Observons également que ce schéma en cercle indique bien une mouvance dans la combinaison des compétences en rapport avec les situations à manager, elles-mêmes en constantes mouvance. Précisions enfin que les pointes de chaque sous-dimension sont visées vers le bénéficiaire de soin, l'équipe de soin à manager, l'organisation. La ligne horizontale sur le schéma indiquant l'équilibre nécessaire en termes d'efficience.

Nous terminerons ce point concernant les notions de compétences, par une réflexion émise par Marc Romainville²¹, qui affirme que deux types de conception de la compétence s'opposent. La première est celle béhavioriste (ou comportementaliste), qui est synonyme de conduite, de comportements structurés en fonction d'un but, action, tâche spécifique, observable et qui repose sur des savoirs et contenus de programme (scolaire par exemple). La deuxième est plutôt cognitiviste et qui est synonyme d'une potentialité intérieure, invisible, une capacité générative susceptible d'engendrer une infinité de conduites adéquates à une infinité de situations nouvelles.

Nous pensons au terme de toutes ces explications que la compétence se démontre dans l'action, dans la capacité que détient l'individu à mobiliser des connaissances acquises et les ressources de l'environnement (document, outils) dans un contexte particulier. En définitive, elle se développe dans la capacité à s'adapter à l'environnement et pourrait ainsi se définir comme étant la capacité de chacun à s'adapter à l'environnement et au changement.

²¹ Romainville.M : professeur universitaire de Namur. Auteur de « L'évaluation de l'enseignement par les étudiants : approche critique et pratique innovante » Ed.De Boeck, 2009

3. Développement des compétences.

Le développement d'une compétence se fait selon un double mouvement et correspond assez bien à l'analyse que fait J. Piaget²² dans « réussir et comprendre » 1974. Il explique que la compétence se construit d'abord dans l'action, de façon non consciente, pour devenir dans un second temps consciente. J. Leplat²³ à ce propos parle de « compétences incorporées », ce qui est intéressant car contrairement aux connaissances, les compétences relèvent du champ de l'action, elles font corps avec l'agir du sujet ; celui-ci doit les éprouver dans son corps propre pour être assuré de les posséder. Cela ne veut pas dire que la conscience n'a pas d'effet, bien au contraire. J. Piaget décrit la conscience comme le passage d'une coordination d'agir à une coordination conceptuelle de l'action. Néanmoins ce mouvement de la conscience se double du mouvement inverse : de la conscience à la non-conscience. Cela veut tout simplement dire qu'une compétence, une fois mise en place, a tendance à s'automatiser. Pendant les périodes d'apprentissage systématique et organisé, la vigilance est importante. Mais une fois l'apprentissage effectué, la compétence n'a plus besoin de l'activité de la conscience, sauf quand survient un imprévu.

Ainsi, contrairement aux connaissances dont nous pouvons penser qu'elles s'accompagnent toujours de conscience quand elles sont évoquées, les compétences peuvent être mobilisées soit de façon consciente, soit le plus souvent de manière non consciente sous forme de « compétences incorporées ». Ce phénomène, en quelque sorte d'automatisation des compétences après apprentissage est d'une grande importance pratique, car il permet de déplacer la vigilance du sujet vers des niveaux supérieurs de l'activité, plus complexes, plus intégrés.

4. Evaluation des compétences

La vie de tout salarié est jalonnée d'évaluations implicites ou explicites tout au long de sa carrière : évaluation lors du recrutement, avant une affectation, une promotion ou une réorientation..... Ces évaluations peuvent être formalisées ou non, élaborées avec l'intéressé ou pas, systématique et périodique ou plutôt aléatoire....Bref, ces contextes d'évaluation renvoient à des objectifs d'évaluation différents et à des représentations implicites de ce que doit être une évaluation. N'oublions pas en effet que l'évaluation des compétences n'amène pas uniquement à parler de la personne évaluée, mais aussi de l'évaluateur et son positionnement dans la chaîne hiérarchique.

²² Piaget J. : Epistémologie génétique et psychologie du développement ; éclairage sur l'intelligence et théorie de l'apprentissage

²³ Leplat J. : Père fondateur de l'ergonomie (étude scientifique de relation entre l'homme et ses moyens, méthodes et milieu de travail). « Regard sur l'activité en structure de travail », Paris, PUF 1997.

Prenons en compte également la position toute particulière du cadre de santé qui va d'une part subir l'évaluation de ses compétences avant sa prise de fonction et ce durant tout son parcours, et d'autre part va devoir évaluer les compétences de l'équipe soignante. Le processus d'évaluation des compétences renvoie à la fois aux compétences requises par l'emploi, mais aussi à celles dont sait faire preuve le salarié. Une évaluation des compétences suppose donc, à la fois une étude préalable de l'organisation du travail, mais aussi un diagnostic porté sur un salarié en situation. Ainsi, les compétences sont spécifiques de situations précises, voire de contextes organisationnels spécifiques. Selon Levy.Leboyer²⁴, il semble que toute organisation ait besoin de disposer de listes de compétences spécifiques, liées à son secteur d'activité, sa structure, ses stratégies, sa culture propre. La compétence est donc en rapport à un objectif, un résultat à atteindre. La compétence est une notion qui s'évalue puisqu'elle est définie, elle est associée à des normes, des échelles, que nous allons tenter d'approcher dans les points suivants.

4.1. Identification des compétences globales

Cette étape n'est pas simple car, comme nous le verrons plus loin, il n'existe pas de référentiel de compétences utilisable pour tout style de poste. Il est en effet nécessaire d'adopter une description de poste, de fonction, mais cela ne doit pas figer la nature des missions.

Il est utile de permettre une certaine évolution dans le temps en fonction de la mouvance économique et technologique actuelle. De plus, chaque poste peut être occupé de manière différente par des individus différents. Il ne faut donc pas limiter la capacité d'adaptation individuelle et laisser une certaine part d'initiatives surtout en matière de compétences.

Notons également l'impact considérable de l'environnement et la situation spécifique à un poste. En effet, les compétences requises pour accéder au poste de cadre de santé dans un hôpital provincial en Belgique, ne sont pas les mêmes que pour le même poste dans un hôpital universitaire.

Il existe des éléments plus spécifiques en fonction de chaque institution, qui sont induites par l'environnement. Aussi, un même poste peut être occupé de manières différentes par des individus différents, d'où la nécessaire prise en considération des capacités d'adaptation et d'initiative de chacun. Enfin, le contexte a également toute son importance puisqu'à une même dénomination de poste, dans une même entreprise, peuvent correspondre des compétences différentes.

La complexité et la diversité des missions qui compose un poste nécessitent de s'interroger sur la manière dont va être envisagé l'inventaire de compétences requises.

²⁴ Levy.Leboyer : « La gestion des compétences », Ed.Eyrolles, 2009 P21.24

4.2. Référentiel de compétences

Les référentiels de compétences sont des outils utilisés par les directions de ressources humaines et occupent une place prépondérante au sein des dispositifs de gestion des compétences. En effet, ces référentiels deviennent incontournables, car ils permettent de repérer et définir pour chaque emploi donné l'ensemble des compétences jugées nécessaires. Le référentiel de compétences vise cinq objectifs prioritaires : mettre en avant les processus et non uniquement les résultats obtenus ; valoriser les pratiques professionnelles et objectiver les évolutions ; favoriser l'équité ; encourager le développement de compétences, simplifier les ajustements organisationnels.

Ce référentiel de compétences se doit d'être au service des acteurs et permet notamment d'ajuster les compétences aux besoins de la stratégie de l'entreprise. Il ne se limite pas à une description du travail réel, mais à une dimension prospective. Il est vrai que sa base est constituée par la description de situations réelles mettant en évidence les ressources requises pertinentes, mais il vise également le travail de demain. Il permet en effet de fixer des points de repères, des balises d'orientations stratégiques cibles, par rapport auxquelles les salariés vont apprendre à agir avec compétences.

Les référentiels de compétences pour le cadre de santé sont essentiellement élaborés à partir des quatre caractéristiques suivantes :

- Les aptitudes et les capacités professionnelles requises : les savoirs théoriques, les savoir-faire et les capacités d'adaptation.
- L'implication dans le travail : régularité de l'effort (assiduité, ponctualité, ténacité...), le degré de conscience professionnelle (rigueur, soin, sens des responsabilités...), la disponibilité, l'adhésion aux valeurs de l'entreprise, la recherche d'amélioration.
- La prise en compte de la dimension collective du travail : capacité à communiquer, esprit d'équipe, sociabilité, tolérance pouvoir d'influence, leadership.
- Les comportements réactionnels face aux situations de conflits et aux changements : adaptabilité, réactivité, flexibilité, initiative, esprit d'analyse...

Nous n'avons donc aucune peine à imaginer toute la complexité d'élaboration d'un référentiel de compétences. Son analyse aussi ne peut être que complexe car les éléments recueillis lors de l'évaluation ne constituent qu'une image partielle de la réalité puisque l'outil lui-même est conçu comme une représentation standardisée, censée s'appliquer quel que soit l'individu. Certaines données, parfois jugées inutiles ou secondaires, n'apparaissent pas au travers de l'outil élaboré, notamment pour préserver le caractère pratique, synthétique et donc attractif du document.

D'autre part cet outil laisse inévitablement place à diverses et multiples interprétations, à cause du vocabulaire qui sera utilisé et compris différemment en fonction du contexte, du statut des individus, de leurs valeurs, mais aussi du fait même de raisons de son utilisation. En effet, le référentiel de compétences sert avant tout à évaluer des compétences formulées en termes de capacités pour un poste précis, mais évalue également des compétences plus génériques traduisant indirectement des caractéristiques de personnalité ou des qualités individuelles.

4.3. Méthodes d'évaluation

L'évaluation des compétences mesure les écarts entre les compétences requises et les compétences détenues. Cela détermine également le levier le plus approprié pour développer au mieux ces dernières. Ainsi, la méthode d'évaluation ne peut pas uniquement se baser sur une analyse des points forts et des points faibles de l'individu, effectué par un seul manager lors d'un entretien orienté en ce sens. La personne qui évalue doit avant tout elle-même être compétente dans chaque composante évaluée. Le point doit pouvoir être fait entre les compétences requises, les compétences acquises, et celles qui doivent encore être acquises. Une distinction s'impose entre l'évaluation des pratiques professionnelles qui décèle les performances, l'évaluation des aptitudes professionnelles qui détecte certains potentiels ou encore l'évaluation des connaissances. Il est en effet inconcevable d'évaluer de la même manière des pratiques, des aptitudes professionnelles et des savoirs. L'évaluation de chacun de ces éléments constitue la compétence, et nécessite l'utilisation d'outils spécifiques ainsi qu'une formation des utilisateurs.

Selon Lecoer.E.²⁵, les différents moyens utilisés sont :

- L'entretien d'évaluation pour les pratiques professionnelles et les savoirs
- L'entretien professionnel est utile pour les trois composantes de la compétence
- Le bilan de compétence (ou de fonctionnement) qui évaluent les savoirs et aptitudes professionnelles
- Les tests psychologiques qui certifient les compétences pour les pratiques et les savoirs.

Il existe donc plusieurs moyens permettant d'évaluer des points précis en fonction des spécificités requises pour un poste. Nous comprenons donc mieux à présent toute la difficulté d'évaluer le plus objectivement possible les compétences d'un cadre de santé. De même, il n'est pas attendu d'un cadre qu'il soit capable d'évaluer le côté psychologique d'un individu. Par contre il est nécessaire de pouvoir porter un regard critique objectif sur les pratiques professionnelles prédéfinies et partagées en équipe.

²⁵ Lecoer.E : « Gestion des compétences, le guide pratique », Ed.De Boeck, Bruxelles, 2008

Nous l'avons bien compris, l'évaluation des compétences n'est pas une tâche simple. En effet, plusieurs facteurs compliquent la démarche :

- Exigences en termes de management, qui évoluent au même rythme que les exigences hospitalières actuelles
- L'outil d'évaluation qui doit être régulièrement révisé pour les mêmes raisons
- L'outil doit être représentatif de la spécificité hospitalière et ne peut en aucun cas être standardisé
- La prise en compte de l'interprétation par l'évaluateur
- Les situations à gérer par le cadre de santé sont difficilement transposables, comparables.....

Reste toutefois des indicateurs tels que le taux d'absentéisme, le nombre de projets menés à bien par l'équipe...qui ne sont pas des éléments d'évaluation proprement dit, mais permettent d'apprécier le niveau de performance et qui témoignent surtout d'une ambiance positive ou non, propice ou non à l'évolution des compétences et intelligences au sein d'une équipe.

5. Analyse de ces notions de compétences et rapport au cadre de santé.

Toutes ces notions de compétences définies différemment, montrent bien à quel point il est difficile de décrire distinctement ce qu'est une compétence. Pas étonnant alors qu'il reste difficile également d'évaluer une compétence à l'heure actuelle. Nous parlons d'ailleurs plutôt de bilan de compétence. En effet, la notion de qualification professionnelle est devenue obsolète à cause de l'emprise du cognitif et de l'informatif sur les systèmes de production et d'autant plus dans les établissements de soins.

Elle a été remplacée par la notion de compétence personnelle ou individuelle qui se présente comme un « cocktail » propre à chaque individu, combinant la qualification au sens strict acquise par la formation technique et professionnelle (école des cadres en ce qui nous concerne), le comportement social, l'aptitude au travail en équipe, la faculté d'initiatives, le goût du risque. il s'agit donc d'une combinaison d'un ensemble de connaissances, de savoir-faire et d'aptitudes qui dans un contexte donné, permettent d'aboutir à un niveau de performance attendu et validé.

Dans une approche plus psychologique, Dejoux.C²⁶ nous parle de la compétence comme un ensemble de savoirs, de capacités, de comportements mais aussi de traits de caractère auquel il ajoute les motivations de l'individu. Cela confirme bien, que la compétence reste propre à chaque individu.

²⁶ Dejoux.C : « gestion des compétences et GPEC » Ed.Dunod, 2008, p10

Dans une approche comportementale, les compétences du cadre de santé sont décrites comme des qualités personnelles telles que l'initiative, la persévérance, la créativité, l'esprit critique, le contrôle de soi,.... . La compétence est influencée par le contexte dans lequel elle s'exprime. En effet, la compétence nous l'avons vu plus haut s'évalue par rapport à une situation de travail particulière, en fonction des moyens qui sont mis à disposition.

A ces exigences, il sera demandé un engagement personnel au cadre de santé comme agent de changement avec tout ce que cela comporte (cf chapitre I). Cela nécessite bien évidemment de pouvoir combiner les différentes notions de compétence définies plus haut, c'est à dire d'allier toutes ces qualités subjectives, innées ou acquises dont celle de communiquer, travailler avec les autres, gérer et résoudre les conflits ; mais aussi une capacité à travailler en groupe de projet, ou encore en équipe pluridisciplinaire.

Cette notion de compétence ne cesse d'évoluer et évoluera probablement encore et trouve de plus en plus sa place dans notre société, nos entreprises. En France par exemple la loi de la Modernisation Sociale N°2002-73 du 17 janvier 2002 propose la V.A.E. : Validation des Acquis de l'expérience. Il s'agit d'un dispositif diplômant avec reconnaissance des compétences. Ainsi donc, nous voyons se dessiner une évolution de la notion de compétence, en relation avec les transformations du travail : nous insistons moins sur l'application rigide des procédures, et plus sur l'intelligence de la tâche et la résolution de problèmes à dimensions multiples.

5. Conclusion.

Nous n'avons aucune difficulté à imaginer le cadre jongler au travers de ces différentes compétences, afin de répondre aux exigences nécessaires à son poste.....Dans chaque référentiel de compétences de cadre de santé, nous retrouvons d'ailleurs les termes suivants : anticiper, prévoir, prioriser, décider, arbitrer, négocier, gérer les conflits, organiser, piloter, manager, déléguer, animer, encadrer, mobiliser, motiver, évaluer, valoriser, analyser.....

Autant de compétences qui s'appuient bien évidemment sur des capacités transverses mobilisées dans différentes situations rencontrées dans l'exercice de ses fonctions.

Suite aux multiples définitions de la compétence, nous pouvons extraire quelques caractéristiques essentielles. La compétence désigne un attribut de la personne, elle est propre à chaque personne et se situe dans un contexte précis d'une situation de travail. Pour se manifester, la compétence nécessite la production d'une action et fait ainsi intervenir les capacités d'adaptation et d'analyse de la situation.

Nous parlons alors de compétence professionnelle qui se caractérise par :

- Le niveau des connaissances acquises par la formation et/ou l'expérience
- La nature et la complexité des tâches à accomplir, des objectifs à atteindre
- Le degré d'autonomie face au choix des modes opératoires et des moyens à mettre en œuvre face aux problèmes rencontrés

En l'absence de cette dimension contextuelle, la compétence reste virtuelle, potentielle ou en devenir. La compétence est donc contingente, car elle se réfère à une situation de travail et sa mise en œuvre dépend des moyens qui sont mis à disposition. La compétence de l'individu se nourrit de l'expérience organisationnelle et sociale qui lui fournit le cadre de son expression.

La compétence résulte de la combinaison de différents savoir-faire acquis à l'école ou par la pratique et de caractéristiques personnelles socialement acquises. C'est donc dans la mobilisation et l'articulation de ressources intellectuelles, psychomotrices et affectives que la compétence peut se déployer. Il ne fait donc aucun doute que la compétence se transforme en performance puisqu'elle est issue du processus complexe d'interaction entre les différents savoirs. Le cadre de santé doit combiner, sélectionner et mobiliser ses différents savoirs de manière pertinente. Il s'agit d'un processus de production d'une performance économique ou sociale régulière et reconnue dans une situation donnée. Ainsi donc, lorsque l'individu est capable de mobiliser ses connaissances à bon escient, il possède la compétence requise.

Quid alors de l'évaluation des compétences ?

Bien des littératures et outils tentent l'évaluation des compétences²⁷, mais nous comprenons bien, suite aux définitions des pages précédentes, qu'il reste bien trop de subjectivité au travers d'une éventuelle évaluation. En effet, posséder ces ressources reste insuffisant en soi pour gérer des problèmes, des événements, des difficultés professionnelles. C'est plutôt la capacité à organiser et à mobiliser ces ressources de manière pertinentes qui rend le cadre de santé compétent. Cette pertinence dans la manière de combiner, signifie que l'activation des ressources mobilisées s'appuie sur la prise en compte des données contextuelles, des circonstances ou des conditions qui restent associées à une activité à réaliser. Ainsi, même si la compétence est propre à l'individu, à chaque cadre de santé, elle est aussi le produit d'une interaction individu-organisation, et ne peut donc qu'être étroitement liée au contexte dans lequel elle se met en œuvre. Ne négligeons pas également l'intérêt primaire qui nécessite cette mobilisation de compétences. En effet cette combinaison de compétences dans une situation professionnelle doit pouvoir montrer en priorité de réelles performances entre les résultats attendus et ceux obtenus avec un regard réflexif.

²⁷ Evaluation des compétences par Hart.J et Lucas.S : « stratégie nouvelle des cadres » Ed.Lamarre 2002 p135

La notion de compétence renvoie sans aucun doute aux notions de savoir-faire, de capacité, d'habilité et de qualification. Dans la logique de compétence, un poste se définit par un certain nombre d'exigences en termes de compétences requises pour le remplir de manière adéquate (monographie de fonction). Ainsi les différentes définitions citées plus haut, nous laissent à supposer que le cadre pourrait parfaitement acquérir, même en pleine fonction, les compétences qui lui feraient défaut. La compétence est donc dynamique, dans le sens où elle a besoin d'un apprentissage permanent pour continuer à exister et se développer.

Lors de l'acquisition des compétences, les aptitudes intellectuelles et les capacités cognitives ont un rôle central. Lorsqu'une tâche devient automatisée, des aptitudes spécifiques sont requises, et cela permet le développement de compétences précises. Lorsqu'une tâche n'est pas routinière, elle demande constamment l'utilisation des aptitudes mentales. Le développement des compétences est donc un processus requérant des capacités initiales mais aussi un travail constant de coordination entre les différentes facultés de l'individu.

Nous allons tenter dans le chapitre suivant, de définir cette notion d'intelligence en abordant plusieurs approches différentes. De cette manière, nous comprendrons d'avantage les subtilités relatives à ce concept complexe, et cela nous permettra également de faire le lien entre compétences et intelligences.

III. Notions d'intelligences

1. Qu'est-ce que l'intelligence ?

Emprunté au latin *intelligentia*, « faculté de percevoir », étymologiquement, l'intelligence consiste à faire un choix, une sélection. L'intelligence désigne communément le potentiel des capacités mentales et cognitives d'un individu, lui permettant de résoudre un problème ou de s'adapter à son environnement. C'est la faculté de comprendre les faits, découvrir les relations entre les choses, s'adapter aux situations nouvelles. L'intelligence pratique est la capacité d'agir de manière adaptée aux situations.

Intelligible, désigne pour le LAROUSSE, ce qui peut être compris, saisi aisément. Pour Platon, se dit de ce qui est perçu par l'intelligence, par opposition à ce qui est perçu par les sens.

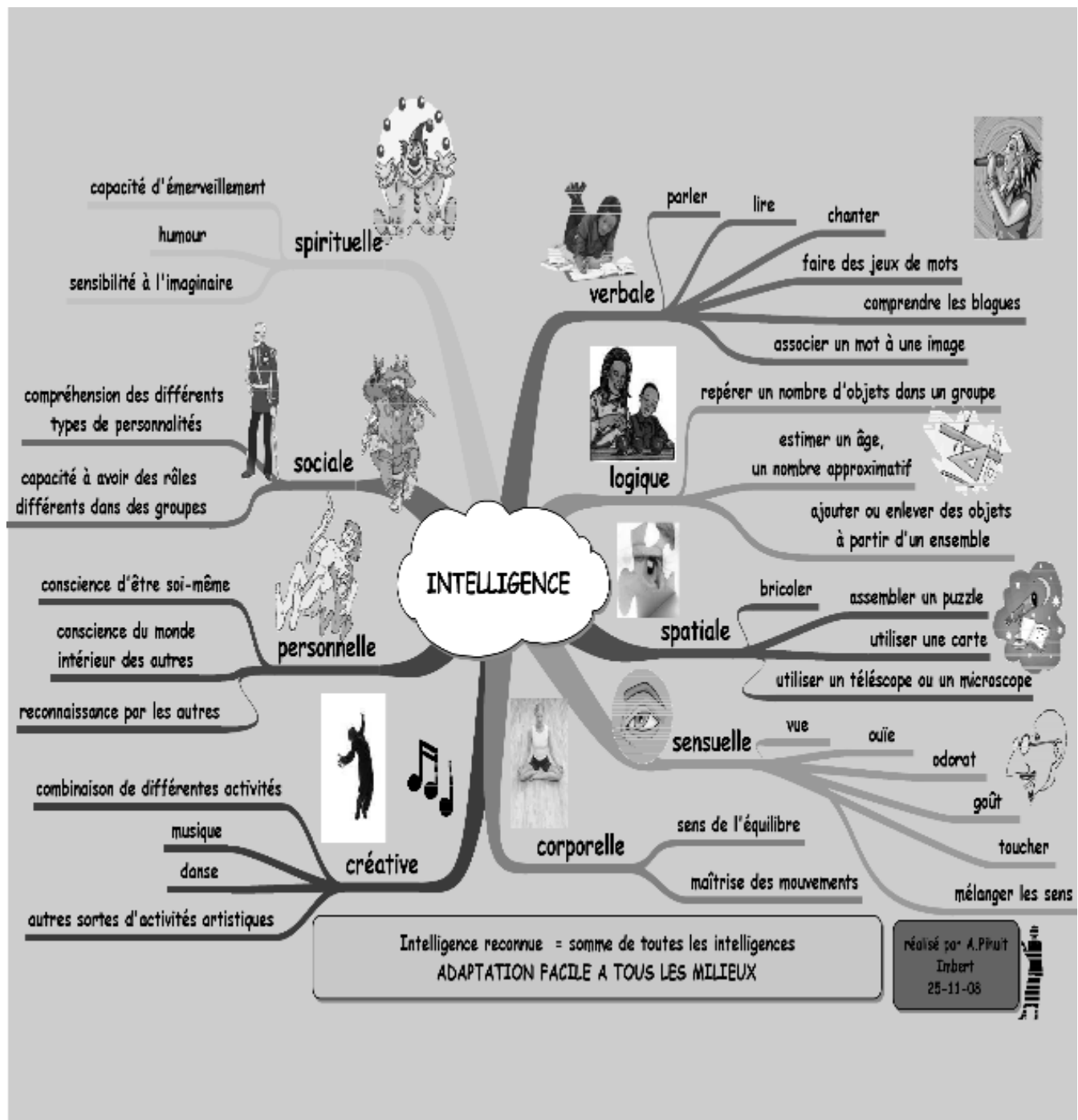
Le raisonnement et l'analyse inséparable de la maîtrise du langage, aboutissent à une connaissance conceptuelle et rationnelle (en opposition à l'intuition).

Les définitions de l'intelligence sont multiples, et il reste encore prétentieux de nos jours d'affirmer d'une personne qu'elle est intelligente sans paraître porter un jugement de valeur.

J.B Carroll synthétise les différents travaux et recherches sur l'intelligence et nous propose de concevoir l'intelligence comme une pyramide à trois niveaux : à la base, on trouve une trentaine de capacités spécifiques, comme les capacités de raisonnement, la mémoire visuelle, la fluidité des idées, l'aisance numérique, le vocabulaire. Au deuxième niveau, ces capacités se regroupent en huit grands facteurs, dont l'intelligence fluide, l'intelligence cristallisée, la mémoire, la vitesse de traitement de l'information etc...au sommet de la pyramide, se trouve un facteur d'intelligence générale appelé aussi facteur « G ». Parmi ces notions, nous pouvons repérer deux composantes de l'intelligence qui nous semblent plus particulièrement s'adapter à notre thème de travail. Ces deux notions sont classiquement opposées, bien qu'elles soient manifestement liées :

- L'intelligence fluide (ou logico-mathématique) regroupe les capacités de raisonnement et de logique. Elle ne dépend pas des apprentissages, ni de la culture du sujet
- L'intelligence cristallisée (ou verbale) est au contraire basée sur des connaissances ou des capacités acquises : compréhension du langage, richesse du vocabulaire, capacités de lecture etc.....

Le schéma présenté ci-après de Pihuit Imbert²⁸ (2008), nous montre les différentes intelligences en interactions afin de faciliter l'adaptation à l'environnement. Il permet d'éviter une définition fastidieuse et complexe. Ce concept d'intelligence multiple a principalement été développé par Gardner²⁹ en 1983.



²⁸ Pihuit Imbert, A : Professeur d'anglais à l'Education National. Apprentissage de la langue par l'image et le jeu

²⁹ Gardner, H : Professeur de psychologie cognitive à Haward. « The théory of multiple intelligence » ED.Masson 1997

Le concept d'intelligence est cependant extrêmement complexe et fait l'objet de nombreux débats. Le terme est défini différemment selon le domaine dans lequel on le traite :

- L'intelligence en philosophie : faisant l'objet d'études et de controverses depuis longtemps, l'intelligence en philosophie est souvent associée à la capacité de raisonnement et de réflexion d'une personne. Historiquement dans sa manifestation, elle s'oppose à l'instinct, qui correspond davantage à un réflexe qu'à une pensée élaborée. Sa notion a évolué et évolue encore avec le temps, au gré des découvertes, des époques et des penseurs.
- L'intelligence psychologique : en 1905, le gouvernement Français a demandé au psychologue Alfred Binet³⁰ d'établir un outil de mesure de l'intelligence humaine. Ainsi est née l'échelle métrique de l'intelligence, à l'origine du célèbre test de quotient intellectuel (QI).
- L'intelligence animale : sert à désigner les capacités cognitives d'un animal. Elle fait l'objet d'études afin de mieux analyser les facultés mentales des animaux, mais également afin de mieux comprendre certains fondements de notre propre intelligence. C'est l'un des champs d'étude de l'éthologie.
- L'intelligence artificielle : depuis l'émergence de la robotique et de l'informatique, les chercheurs essaient d'injecter des notions de l'intelligence humaine dans les machines. Etant conçue et fabriquée par l'homme, on qualifie cette forme d'intelligence sous l'appellation intelligence artificielle.

Robert Sternberg³¹ écrit en 1987 : « *L'intelligence est le trait de la personnalité le plus mal compris* ». La question de l'intelligence est très controversée en psychologie. Pour Myers David G³², elle ne peut être réduite aux seuls fonctionnements cognitifs. Il considère en effet, qu'elle se déploie dans le contexte culturel où est élevé et vit l'individu ou va se déployer toute la personnalité donnant ainsi la couleur, c'est-à-dire la façon dont chacun se sert de son intelligence.

A ce sujet, Albert Binet réduit sa description à la mesure de l'intelligence par son test Q.I ; tandis que pour Jean Piaget, l'intelligence, c'est ce dont vous vous servez quand vous ne savez pas quoi faire. Il ressort de ces deux aphorismes³³ que l'intelligence garde un aspect essentiellement mystérieux : elle est là pour résoudre des énigmes, mais nous ne savons pas forcément comment elle y parvient ; nous pouvons chiffrer une partie du domaine de l'intelligence, mais sans pouvoir y apporter une définition certaine.

³⁰ Binet A. : pédagogue, psychologue reconnu pour sa contribution essentielle à la psychométrie

³¹ Sternberg R. : Psychologue cognitif américain qui s'intéresse à l'intelligence en lien au leadership

³² Myers David G. : Professeur en psychologie

³³ Aphorisme : résumé en quelques mots et facile à mémoriser, l'essentiel d'une théorie

2. Construction de l'intelligence.

Nous le devons à M. Jean Piaget, par des études importantes entreprises notamment du point de vue génétique l'explication de la conception de l'intelligence. Cette dernière étant envisagée comme une réaction d'adaptation exprimant un équilibre entre les deux processus inverses et complémentaires de l'assimilation du milieu par l'organisme, d'une part, de l'accommodation de ce dernier au premier, d'autre part, c'est-à-dire un équilibre des échanges entre le sujet et les objets.

Autrement dit, la construction progressive de l'intelligence, moyen d'adaptation de l'individu à son milieu, se fait par l'intermédiaire de ces deux mécanismes que sont l'assimilation et l'accommodation.

Assimilation = intégration des données de l'expérience dans la structure de l'individu.

Accommodation = modification de la structure de l'individu en fonction des données du milieu.

Adaptation = équilibre entre l'assimilation et l'accommodation.

Assurément, du point de vue fonctionnel, toute forme d'adaptation ne correspond pas à une conduite intelligente : on ne parlera de conduite intelligente que lorsque les distances spatiales ou temporelles entre le sujet et les objets seront grandes et imposeront, de l'un aux autres, des trajectoires plus ou moins complexes et détournées. D'autre part, c'est la réversibilité opératoire qui caractérise le stade le plus élevé de l'intelligence.

L'auteur examine également le problème de l'acquisition des habitudes en rapport avec la conduite intelligente, ce qui lui donne l'occasion de passer en revue les principales théories relatives aux phénomènes d'apprentissage : réflexe conditionnel, essais et erreur, tâtonnement, implication, structuration.

Ainsi, pour chaque individu, la construction du réel et la construction de l'intelligence reposent toutes deux sur les mêmes mécanismes d'adaptation. Cela revient à affirmer que l'intelligence ne débute pas ni par la connaissance du moi, ni par celle des choses et de l'environnement, mais plutôt celle de leur interaction. Par la suite, elle s'oriente vers les pôles permettant ainsi l'adaptation.

3. Cadre de santé et intelligences

Le cadre de santé est toujours en relation, avec un nombre ahurissant de rapports ascendants et descendant, de communications transversales entre les différents services, de contacts avec les patients, d'interactions d'équipes, de collaboration entre collègues.... Les cadres de santé prennent également conscience de ce que sera le monde hospitalier de demain : complexe, connecté, rapide, incontrôlable, imprévisible et paradoxale. Le modèle relationnel avec le patient comme avec toute autre interlocuteur qui l'entoure se transforme. En effet au-delà du besoin de soin, le patient cherche à vivre une expérience et parfois deviennent eux-mêmes le produit des services qu'ils consomment, à l'instar des utilisateurs de Google.....Une question émerge alors : comment adapter le management à ces nouveaux paradigmes et mettre en mouvement les intelligences ? Tous ces contacts et exigences reposent sur le besoin d'être compétent dans plusieurs domaines, nous l'avons vu plus haut, et notamment en relationnel pour réussir. La recherche a pu démontrer que si le QI est le meilleur indicateur de statut pour l'éducation, tandis que certaines études³⁴ tendent à démontrer que l'intelligence émotionnelle et sociale sont de meilleurs déterminant du niveau de réussite et de succès dans la plupart des professions et principalement managériales.

Mais voyons d'un peu plus près qu'elles sont ces différentes intelligences en relation avec le cadre de santé...

3.1. Intelligence Émotionnelle.

L'intelligence émotionnelle correspond à la capacité d'un individu d'accéder, d'exprimer et d'utiliser ses émotions de manière productive. Il s'agit là de la capacité à identifier avec précision les émotions d'autrui, d'être en empathie avec les autres et de voir les choses du point de vue d'une autre personne. Elle implique aussi une conscience de ses émotions et la capacité à gérer ou exploiter ses sentiments en les canalisant vers des objectifs de façon appropriée. Elle concerne également la capacité à se motiver, à contrôler ses pulsions au service de la réalisation de ses objectifs.

D'une certaine manière, lorsqu'une personne a une bonne intelligence émotionnelle, elle peut travailler avec ses expériences internes sans risquer des comportements inconscients à l'évitement, aux explosions émotionnelles...en étant « pris en otage » par ses émotions.

³⁴ Shoda, Mischelet Peake 1990 ; Goleman 2006 « Intelligence émotionnelle et sociale ». Durlak et Weissberg 2007 : « Intelligence collective et systémique »

Pour Goleman Daniel³⁵, l'intelligence émotionnelle constitue la véritable raison de la réussite professionnelle. Là encore, il ne s'agit pas de Q.I, de diplômes ou d'expertise technique, mais plutôt des compétences personnelles, de self-control, de motivation, d'intégrité, de capacité à communiquer, d'évoluer, de stimuler, en apprenant à gérer nos émotions dans le cadre du travail. Ses écrits font véritablement fureur, et ont permis de populariser l'idée selon laquelle l'intelligence émotionnelle comptait plus que le Q.I dans la réussite sociale et professionnelle.

Pourtant, une étude menée en 2011 par Jochen Menges³⁶ montre par exemple que les employés les plus machiavéliques dans leurs relations de travail sont aussi ceux qui disposent d'un haut niveau d'intelligence. Ces personnes sont capables entre autre de suspendre le jugement critique au profit de l'émotion pure. C'est ce que le chercheur nomme « l'effet de sidération ». Il ajoute que pour un certain nombre de métiers qui réclament moins de compétences émotionnelles, la maîtrise de celle-ci deviendrait un handicap plutôt qu'un atout. Dans ces postes, les employés les plus intelligents émotionnellement sont aussi les moins performants, affirme l'auteur. Autant donc rester prudent dans la gestion de ses émotions et que cet apprentissage ne devienne pas un travers dans la profession de cadre ; profession demandant tant de relationnel tout en nécessitant un certain niveau de performance.....

3.2. Intelligence Relationnelle.

L'intelligence relationnelle débute par la compréhension de soi, se poursuit en incluant la compréhension de l'expérience émotionnelle de l'autre personne et culmine avec la capacité à s'identifier et à collaborer avec des groupes, des équipes, des communautés et aussi d'autres systèmes sociaux. L'intelligence relationnelle comprend en particulier l'intelligence verbale (pour communiquer), l'intelligence intra personnelle (capacité à se comprendre) et l'intelligence interpersonnelle (capacité à comprendre l'autre, empathie). L'intelligence relationnelle donne la capacité à un manager de comprendre une situation relationnelle pour pouvoir y apporter une réponse comportementale adaptée. C'est en quelque sorte un facteur d'harmonie, d'équité et de performance. Elle est également décrite comme étant l'art de construire des relations humaines de qualité, constructive et créative, afin de faciliter la performance individuelle et collective.

³⁵ Daniel Golman : Docteur en psychologie, enseignant à Harvard et journaliste. « l'intelligence émotionnelle, développement personnelle » Ed.j'ai lu, 2012 , p382

³⁶ Jochen Menges : Docteur en psychologie. « Leadership et performance : utilisation stratégique de l'intelligence émotionnelle dans l'organisation » Ed.Elsevier, 2010

3.3. Intelligence Sociale.

Il s'agit de la capacité d'une personne à s'adapter aux situations variées, à gérer les principales dimensions du cadre de travail. Cela requiert, entre autre, de savoir lire, décrypter et comprendre le contexte dans lequel elle évolue. Elle est basée sur une bonne connaissance du milieu concerné sous tous ses aspects : réglementaire, humain, matériel, spatial, ressources.....

L'intelligence sociale comporte trois aspects : la sensibilité, le discernement et la communication. Elle est souvent décrite également comme étant la capacité ou habilité sociocognitive que l'individu manifeste dans son comportement et qui lui fournissent à la fois une certaine connaissance de la situation, mais aussi le pouvoir d'agir sur elle. L'intelligence sociale et l'intelligence pratique constituent par conséquent la base sociocognitive du fonctionnement adaptatif.

L'intelligence sociale désigne la faculté de comprendre les attentes sociales et d'interpréter les comportements d'autrui tandis que l'intelligence pratique désigne la faculté de se comporter en individu indépendant dans la vie quotidienne.

L'intelligence émotionnelle et l'intelligence sociale sont souvent combinées dans ce qui est maintenant appelé ISE ou Intelligence Sociale Émotionnelle. Les équipes sont fortement affectées par l'ISE du chef d'équipe. En effet, comme nous l'explique Karl Albrecht³⁷ ainsi que Hughes et Terrelle³⁸, dans les organisations dirigées par des leaders qui ont peu d'ISE, les équipes sont sapées, fatiguées, mal orientées et privées des ressources et de l'autorité dont elles ont besoin pour accomplir les tâches. En d'autres termes, l'ISE du cadre permet de toute évidence à l'équipe soignante de développer la motivation, l'innovation, la créativité.

3.4. Intelligence Collective.

L'intelligence collective peut être définie comme la capacité à unir les intelligences et les connaissances pour et autour d'un même objectif. Elle se matérialise au quotidien par des coopérations intellectuelles que l'on observe en particulier dans les temps de réflexion collective (réunion d'équipe). Contrairement à une croyance populaire, l'intelligence collective n'a rien à voir avec la notion de décision collective.

L'intelligence collective contribue certes au processus d'émergence de la décision, mais n'impacte pas directement la prise de décision.

³⁷ Karl Albrecht : « L'intelligence sociale », Ed. L'homme, 2008

³⁸ Hughes et Terrelle : The emotionally intelligent team », Ed. Josey-bass, 2007

Le management de l'intelligence collective, comme le nomme Olivier Zara³⁹, permet de mettre en réseau, de faire coopérer les intelligences individuelles pour atteindre un objectif commun, réaliser une mission ou un projet. Ce type de management de l'intelligence collectif ne remet pas en cause la répartition du pouvoir, mais son exercice. L'objectif du manager n'est pas de donner un pouvoir égal à tous, mais d'inciter ceux qui ont le pouvoir à mobiliser toutes les intelligences et les connaissances de chacun.

3.5. Intelligence Relationnelle Systémique.

Elle intègre l'intelligence émotionnelle et l'intelligence sociale, qui étend sa portée à un paradigme plus large : la capacité de se voir comme faisant partie d'un système relationnel, c'est à dire un groupe de personnes interdépendantes partageant une identité ou une fonction en commun.

S'identifier et s'aligner à un système est un changement radical comparé à une habitude ou nous nous efforçons de connecter efficacement avec chaque individu individuellement.

C'est la différence entre être en relation avec un ensemble d'individus dans un groupe et considérer ce groupe comme un ensemble intégré unique. C'est dans ce genre d'équipe ou fusionnent les individualités vers un même projet ou une véritable synergie créatrice se produit.

4. Conclusion.

« La vraie intelligence de l'être humain, c'est sa capacité d'adaptation »

Sébastiao Salgado⁴⁰

Economiste Brésilien

Ces différentes descriptions d'intelligences sont proches et se ressemblent tellement, qu'il n'est pas rare de les confondre. Nous pouvons constater toutefois que la clé du mystère de l'intelligence humaine repose davantage sur le cheminement individuel que sur un phénomène héréditaire. Néanmoins, l'idée de prédispositions n'est pas à exclure bien évidemment. L'éducation, les apprentissages, ainsi que les influences environnementales englobant les influences sociales et culturelles subies tout au long de nos parcours de vie, participent à forger l'intelligence individuelle. Ces deux vecteurs, infiniment variables sont en quelque sorte les sculptures de notre intelligence.

³⁹ Zara Olivier : « Le management de l'intelligence collective : vers une nouvelle gouvernance », Ed.M21, 2004

⁴⁰ Sébastiao Salgado : Economiste brésilien. Se passionne et étudie l'évolution des civilisations

Autrement dit, il n'existe pas deux intelligences identiques. Nous pouvons observer également que ces intelligences restent ancrées dans le domaine éducatif, mais surtout empreint de relationnel. Est-ce à dire effectivement que le cadre de santé est au cœur d'un système relationnel ? Il ne fait aucun doute sur ce questionnement car en effet, le cadre est en position intermédiaire plutôt inconfortable, entre sa hiérarchie et l'équipe soignante, entre l'équipe nursing et l'équipe médicale, entre les différents services avec lesquels il collabore et son propre service, entre les services comptables et techniques et les exigences de prises en charges etc....

Il est certain que le cadre de santé va tenter au mieux d'adapter son type de management et l'accorder au type d'intelligence nécessaire. Autant dire, qu'une telle maîtrise requière une connaissance de soi très fine. Nous pensons que tout au long de notre vie, de nos expériences, nous construisons progressivement notre intelligence et nous décidons ou pas de les faire évoluer.

Actuellement, nous n'employons plus le terme trop connoté d'intelligence. Nous parlons, surtout dans le domaine managérial de performances dans des domaines variés, comme les fonctions exécutives, de flexibilité, de contrôle, de vitesse de traitement, de capacité de mémoire de travail, de raisonnement : en fait, nous retrouvons bien là les grands facteurs du modèle de J.B Carroll. Le fameux facteur « G » serait une combinaison entre notre rapidité à traiter l'information et notre capacité à nous concentrer et gérer un problème.

Il nous semble également évident qu'au moment de la prise de fonction du cadre de santé, les différentes intelligences décrites plus haut hésitent à se mettre en place. Un temps d'adaptation est nécessaire afin d'appivoiser son nouvel environnement de travail, ces nouvelles fonctions, ces nouvelles responsabilités, avant de se laisser à développer, à s'essayer autour de ces intelligences. N'oublions pas également cette nouvelle place dans la hiérarchie qui implique de nouvelles relations, de manières ascendantes et descendantes, pour lesquels il est important de prendre le temps à connaître.

Notons enfin que seul un management dit participatif permet au cadre de pouvoir accéder à ces intelligences décrites plus haut. Un peu comme dans les différents types de management que nous décrirons plus loin, qui supposent pour le cadre de santé de savoir passer d'un type à un autre, le management des intelligences doit pouvoir être flexible et adaptable aux différentes situations qu'il va devoir gérer. Ainsi, en fonction des exigences de l'institution, des projets, des équipes en charge, le cadre de santé doit faire preuve de réflexion constante quant à la meilleure manière de s'adapter en utilisant un peu de chacune des intelligences décrites. Très certainement que le cadre ne prends pas réellement conscience de la manière dont il déploie ses différentes intelligences au même titre que de ses compétences.

IV. ANALYSE DES NOTIONS DE COMPÉTENCES ET D'INTELLIGENCES

Ce chapitre quatre nous permettra de faire le point sur ces deux grandes notions de compétences et d'intelligences abordées, avant d'amorcer le chapitre suivant pour faire les liens. Il nous permet également d'exprimer notre positionnement au travers de ces deux notions à ce stade de notre travail. La question de l'intelligence, comme celle des compétences, au sein de nos organisations hospitalières, est à l'origine de nombreux courants de recherches, tant dans le domaine des sciences sociales que dans celui de la psychologie ou des ressources humaines. Manager une équipe soignante dans ce type d'organisation consiste donc à adapter les ressources utilisables à la perception de son environnement, des relations avec celui-ci et des opportunités stratégiques perçues. Aussi, avoir un regard sur nos institutions en tant qu'acteur évoluant au sein d'un environnement économique nous pousse à intégrer le champ de la systémique, dans la capacité à s'adapter aux changements environnementaux, comme nous l'avons vu ultérieurement. Nous pouvons constater également que ces deux notions de compétences et d'intelligences, sont très développées dans beaucoup de disciplines : il suffit d'observer le nombre impressionnant de formations proposées afin d'acquérir ou de s'approprier ces différentes capacités. Le panel de définitions et d'approches décrites dans les chapitres précédents, montre bien à quel point il est compliqué d'expliquer et de dissocier la notion de compétences de celle d'intelligences.

De toute évidence, les tentatives de définition énoncées se rejoignent, se ressemblent même au risque de confusion. Il reste néanmoins une certitude : sans intelligences, il n'est pas possible de développer des compétences. A contrario, le développement des compétences permet en outre le développement des intelligences. En d'autres termes, nous ne pouvons dissocier ces deux notions : elles sont plutôt à percevoir comme indirectement impliquées lors du développement de l'une ou de l'autre.

En effet, au début, l'individu mobilise les fonctions intellectuelles lui permettant de structurer la réalité, de construire des relations et d'imaginer des stratégies. Il met ainsi au travail toutes ses aptitudes intellectuelles car il ne connaît pas encore la tâche à effectuer. Ensuite, l'individu acquiert son niveau optimal d'exécution. Il ne mobilise plus autant ses aptitudes intellectuelles, mais développe plutôt une forme d'automatisation, permettant d'accroître certaines aptitudes ou compétences spécifiques tout en réduisant la nécessité du contrôle cognitif.

D'autre part, nous avons pu le constater dans les points abordés précédemment, la compétence se traduit par la capacité d'un individu à faire face à un problème à résoudre en utilisant ses ressources personnelles, souvent le fruit de son expérience.

Nous retiendrons donc, au terme de ces observations, une définition plus consensuelle amenée par Brochier D⁴¹ : « *La compétence professionnelle est une combinaison de connaissances, savoir-faire, intelligences, expériences et comportements* ». En effet, nous retrouvons dans cette définition plusieurs domaines indissociables en interaction :

- Les connaissances : elles sont indispensables mais insuffisantes à elles seules si elles ne sont pas articulées entre elles pour former des savoirs. Les savoirs englobent aussi les méthodes et les procédures. Les savoirs guident l'action et doivent régulièrement être actualisés pour suivre notamment les évolutions scientifiques et sociétales
- L'expérience : elle est propre à chacun et est forgée par la confrontation de l'individu à des situations complexes, hétérogènes. Pour être réinvestie dans d'autres contextes, elle doit être mobilisée, c'est-à-dire faire l'objet d'une analyse réflexive
- L'intelligence sociale : nous l'avons vu, c'est la capacité à s'adapter aux situations variées, à gérer les principales dimensions du cadre de travail.
- Le comportement du professionnel : il est basé à la fois sur les valeurs de la profession, sur des valeurs personnelles, sur la personnalité propre à chacun.

Cette approche nous semble bien plus appropriée au cadre de santé car il n'est pas question de compétences et d'intelligences en soi, mais plutôt en rapport à une finalité et à un champ d'action. Agir avec compétences et intelligences n'est pas un processus standardisé. Ce processus est remis en question à chaque nouvelle situation. L'élaboration de chaque action met en œuvre des mécanismes cognitifs, des intelligences, des compétences qui permettent de s'adapter en permanence. Au cadre de santé à conditionner les ressources en termes de compétences et intelligences, en fonction de sa perception de l'environnement. Une des conséquences directes d'adaptation à un environnement turbulent, tel que dans nos organisations hospitalières, concerne la multiplicité des compétences et intelligences nécessaires. Les cadres qui évoluent dans ce milieu se doivent donc d'acquérir et de garder des compétences, intelligences multiples dont l'intelligence collective qui permettra, en outre, de prendre ou de maintenir une position leadership. Mais quelle dynamique articule ces différentes notions ? C'est une question à laquelle nous tenterons d'apporter une réponse dans notre chapitre suivant.

⁴¹ Brochier.D : « la gestion des compétences » Ed.Economia. 2002 ; Chef du département travail et emploi au CEREQ (Centre Etude et Recherche sur Qualification)

V. DYNAMIQUE AUTOUR DES NOTIONS D'INTELLIGENCES ET COMPETENCES

C'est en s'inspirant de la théorie constructiviste de J.Piaget⁴², surtout révisée en didactique et psychologie du travail par G.Vergnaud et J.Leplat⁴³, que nous allons vous présenter une analyse des compétences et intelligences, qui se situent aux antipodes de la conception behavioriste et taylorienne. Le cadre piagétien met en avant deux idées : l'intelligence est fondamentalement une adaptation aux situations. Elle se déploie dans le prolongement de l'adaptation biologique, tout en allant bien au-delà. Autrement dit, il y aurait deux formes d'intelligence : la forme discursive et la forme opératoire⁴⁴.

L'intelligence est d'abord une propriété de l'action humaine, avant d'être une propriété de la cognition, même s'il faut de suite ajouter que le recours à la parole donne à cette adaptation opératoire une ampleur considérable.

Deuxième idée : l'action humaine est organisée, du moins quand elle est efficace. Cette organisation de l'action est caractérisée par le fait qu'elle trouve un équilibre dynamique entre stabilité et adaptation aux circonstances : une action efficace repose sur de l'invariance, qui lui donne une ossature. Mais elle est capable de s'adapter aux variations du milieu. Ce jeu dialectique entre invariance et adaptation aboutit au fait que plus le sujet a réussi à trouver de l'invariance à un haut niveau d'abstraction, plus sa capacité d'adaptation aux variations des situations va s'accroître.

Nous pensons qu'en articulant cognition et habilités, corps et conscience, modèle connaissance et pragmatique d'une situation dans la représentation de chacun, les compétences comme les intelligences sont, en fait, tout le contraire d'entités statiques que les acteurs garderaient précieusement en mémoire. Elles se transforment en permanence, sous le coup des événements qui obligent les acteurs à les reconfigurer souvent. C'est beaucoup plus vrai aujourd'hui qu'hier, car c'est une des propriétés du travail hospitalier moderne : un changement du système technique, une augmentation des exigences qualité, une transformation dans l'organisation du travail ... sont autant d'occasion pour les acteurs tels que le cadre de santé, de déconstruire et reconstruire leurs compétences et intelligences.

⁴² Piaget : « L'équilibre des structures cognitives », Ed.Paris.Puf, 1975

⁴³ Vergnaud G. et Leplat J. : « Au fond de l'action, la conceptualisation : Savoirs théoriques et savoirs d'action », PUF, 1997

⁴⁴ Forme discursive : action avec raisonnement, Forme opératoire : action d'une faculté qui produit l'effet

1. Importance de l'expérience.

Nous n'aborderons que très brièvement l'aspect de l'expérience car, bien qu'elle nous semble importante à prendre en compte dans la dynamique autour des compétences et intelligences, cet aspect nous amène inévitablement sur des notions beaucoup trop subjectives et nous embarquerait très rapidement dans le flou. Cette dynamique et articulation autour de l'analyse fonctionnelle (comment un agent a réussi à s'adapter à une situation pour la maîtriser) et l'analyse développementale (comment un acteur professionnel continue à redéployer et développer ses outils cognitifs) reste un point très délicat.

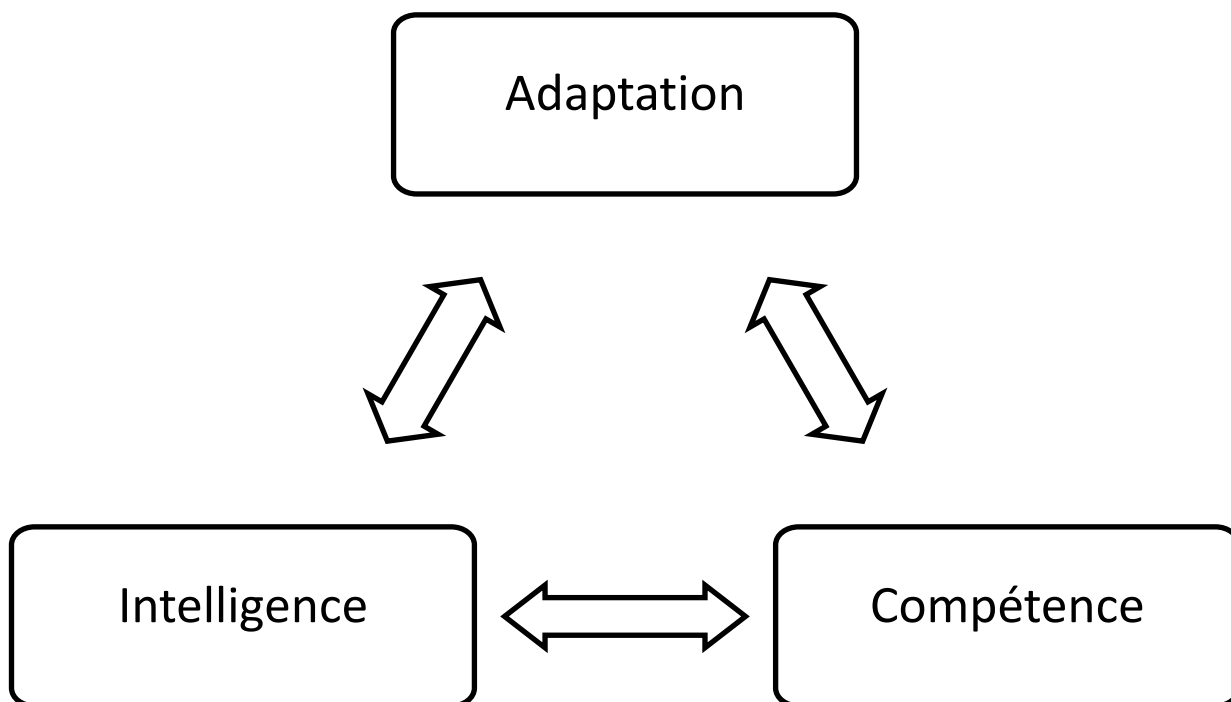
En effet, nous ne pouvons observer directement le développement, car nous touchons là sans doute un des points difficiles portant sur la construction de l'expérience : une expérience qui ferme, une expérience qui ouvre. La première correspond assez bien au savoir exécuter de l'organisation taylorienne, la seconde, plutôt à l'intelligence stratégique bien adaptée à la conduite de situations dynamique. Mais le développement ne peut se faire qu'en s'appuyant sur le fonctionnement. D'où l'intérêt d'étudier les situations de mutations, où, obligés à changer de fonctionnement, les acteurs ont une chance de relancer leur développement.

Nous pensons que l'expérience donne lieu à des connaissances variables d'un individu à un autre : un mélange d'expériences cognitives, d'expériences relationnelles, qui expriment une tension ou adéquation, en lien avec son histoire, lui permettant de représenter le monde et de se représenter au sein de celui-ci (dimension identitaire). Ces expériences de la vie prennent sens pour le sujet, sont importantes pour lui, le guide également au travers de ses activités, de son parcours professionnel.

En effet, compte tenu de son expérience antérieure, le cadre connaît les compétences, intelligences et les prérogatives de chaque acteur de santé, avec qui il a collaboré et travaillé de concert. Son parcours professionnel lui a aussi permis de se constituer au fil du temps un réseau. Cette compétence collaborative est essentielle dans l'exercice de sa fonction de cadre où la mission de manager vise avant tout à articuler les différents acteurs de santé autour de la personne soignée. L'expérience de soignant facilite donc le travail du cadre ainsi que sa prise de poste et son changement de fonction.

En conséquence, l'expérience est sociale par sa nature, son partage, sa reconnaissance, sa valeur et individualisée par son intégrité, sa reconstruction et sa restitution. Elle est porteuse de sens pour la personne qui l'exprime et à un degré de pertinence pour lui.

2. Schéma récapitulation des articulations intelligences et compétences.



Bien qu'il nous semble évident que les compétences et intelligences sont incontestablement reliées à la notion d'adaptation, notion que nous évoquerons d'ailleurs dans le point suivant, aucune littérature ne décrit et ne relie ces trois mots. Ce schéma nous permet de simplifier les explications fastidieuses et aide à comprendre les liens étroits entre intelligence, compétence et adaptation. Nous avons pu le constater durant les différentes notions développées dans les chapitres précédents, les compétences et intelligences en action vont permettre l'adaptation à une situation personnelle et/ou professionnelle, et une nécessité d'adaptation va systématiquement déclencher et mobiliser les compétences et intelligences de l'individu. Ces doubles flèches entre chaque notion indiquent bien une certaine mouvance et réversibilité des acquis en constante progression. Nous pouvons ajouter au centre de ce schéma triangle, quelques concepts qui entrent en ligne de compte dans la dynamique de ces trois termes et permettront d'influencer leurs évolutions. Il s'agit entre autres de l'acquisition scolaire, la formation, l'expérience, le parcours de vie, le parcours professionnel etc.....

3. Notion d'adaptation.

Le concept d'adaptation rend compte du progrès et du fonctionnement cognitif en satisfaisant un des objectifs premiers de l'ensemble des théoriciens : donner une explication biologique de la connaissance. L'idée d'adaptation souligne la parenté des mécanismes de transformation sur les plans biologiques et psychologiques. Cependant, si l'adaptation cognitive prolonge l'adaptation biologique, elle la dépasse par la richesse des échanges et la stabilité de l'équilibre atteint.

L'intelligence n'est pas une faculté mentale parmi d'autres comme nous le pensons souvent, mais bien une modalité d'une fonction plus générale : « l'adaptation ». Au sens le plus large également, la compétence peut être définie comme une capacité d'adaptation : « Une aptitude à interagir avec le milieu »⁴⁵. Notons donc que pour les deux notions d'intelligences et compétences, le même dénominateur d'adaptation les rejoint. Cette capacité d'adaptation est commune à tous les organismes mais elle se développe au sein même des interactions qu'elle rend possibles. C'est donc elle qui permettra à l'homme d'affronter quotidiennement des situations imprévues, problématiques et changeantes.

Cette capacité d'adaptation de l'être humain n'est d'ailleurs pas nouvelle. Le naturaliste anglais Charles Darwin⁴⁶ fut le premier à tenter d'apporter des preuves scientifiques de cette capacité d'adaptation. Son ouvrage « L'origine des espèces », est considéré comme le fondement de la théorie évolutionniste. Dans ce livre, il postule que toutes les espèces vivantes sont issues de la transformation ou évolution d'un ancêtre commun ou d'un petit nombre d'ancêtres communs, qu'il baptise « *sélection naturelle* ». Il suppose que des changements adaptatifs surviennent chez les individus et que cela leur permet d'être aptes à survivre dans leur environnement.

Nous sommes bien d'accord avec cette théorie de l'adaptation, mais ajoutons néanmoins que cette adaptation n'est pas linéaire et doit être progressive. En effet, il ne s'agit pas de simples performances qui s'ajoutent les unes aux autres, mais plutôt une véritable intégration propre à chacun ou chaque opération serait complètement liée à une autre. Il s'agirait ainsi de gravir plusieurs paliers avant d'atteindre le sommet, une véritable construction de l'adaptation.

⁴⁵ White : Psychologue Américain, « Motivation reconsidered : concept of compétence », 1959

⁴⁶ Darwin C. : Naturaliste Anglais fondateur de la théorie de l'évolution, « L'origine des espèces », 1859

La pyramide des besoins de Maslow⁴⁷ reprend tout à fait cette idée qui part du principe qu'un être humain recherchera d'abord à satisfaire chaque besoin d'un niveau donné, avant de penser aux besoins situés au niveau supérieur de la pyramide. Nous pensons que pour l'adaptation, ce même mécanisme s'opère également.....

4. Adaptation et le cadre en santé.

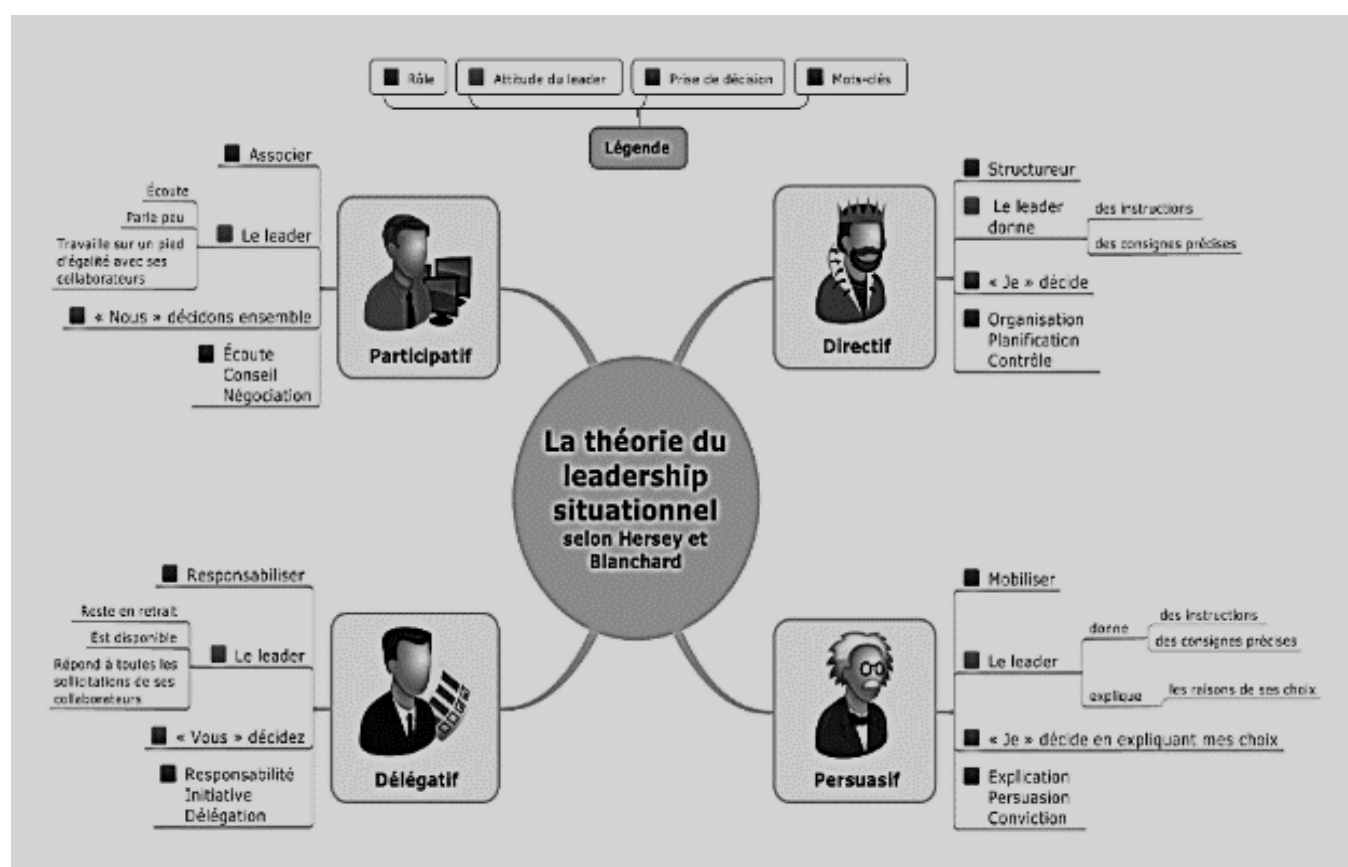
La profession de cadre en santé a énormément évolué ces dernières années, et la fonction d'encadrement a dû s'adapter aux exigences sociétales. Auparavant appelés surveillants, ou plutôt surveillantes puisque l'activité est largement féminine, les cadres de santé exercent une activité qui existe dans les établissements hospitaliers depuis leur origine : l'organisation et la supervision des services de soin. Ce sont leurs compétences techniques et leur ancienneté qui les propulsaient au grade de surveillant. Néanmoins, les missions et le statut de ces surveillants ont beaucoup évolué. En effet, les progrès médicaux et techniques de l'activité de soin ont nécessité une certaine spécialisation croissante des tâches avec une adaptation aux changements politiques et organisationnels. Il ne fait aucun doute que l'évolution du métier tient son origine dans l'apparition des contraintes économiques tels que le contrôle puis la maîtrise des dépenses de santé qui caractérisent l'hôpital de la fin du siècle dernier. Si tous les cadres ont d'abord exercés le métier de soignant, ils effectuent aujourd'hui des tâches relevant avant tout de la gestion et du management : ils participent concrètement aux fonctions administratives et financières de l'hôpital.

Ces mutations de l'environnement continuent à l'heure actuelle, à modifier l'exercice du métier de cadre de santé. Cette situation engendre inévitablement incertitudes, contradictions, paradoxes et nécessitent adaptabilité, réactivité sans oublier innovation face aux situations de travail. Le cadre de santé tentera donc d'acquérir une vision systémique de l'organisation sanitaire dans lequel il intervient et tenter de laisser la place de l'utilisateur au cœur de l'organisation afin de donner du sens aux projets qu'il conduit. Il est nécessaire donc, pour le cadre de santé d'aujourd'hui, de faire preuve d'aptitude managériale et fédérer les multiples acteurs relevant des logiques différentes en mobilisant les qualités de tous ainsi que les synergies, compétences et intelligences autour des projets de changements.

⁴⁷ Maslow A. : Psychologue américain, « A theory of human motivation », 1943

Pour atteindre un tel objectif, il va de soi que partager et communiquer avec les différents intervenants est indispensables. D'ailleurs, diriger, manager une équipe, fait appel à la communication et ses modes d'expression. Pour communiquer avec son équipe, la cadre peut utiliser divers modes d'expression : autoritaire, laxiste ou démocratique. Ils sont en lien avec les styles de management et il est donc important de connaître son interlocuteur, son équipe, afin d'adapter son leadership. Deux auteurs ont réalisés une typologie des différents styles de leadership orientés vers les compétences et la motivation des individus.

Ces auteurs, Hersey et Blanchard⁴⁸, ont développé un graphe mettant en rapport les styles managériaux avec les compétences et motivations de l'équipe.



Le management d'aujourd'hui se doit en effet d'être dynamique et flexible d'autant plus que le contexte environnemental de travail risque encore d'évoluer dans les années à venir. Il n'y a pas de « bon » style, c'est le rôle du leader d'adopter le style managérial le mieux adapté à chaque situation.

⁴⁸ Vantomme. P, l'affirmation de soi, année 2012-2013

Il n'y a pas de théorie du management qui permet de réduire l'incertitude du futur. Une sécurité ressentie peut naître néanmoins de la confiance provisoire dans les capacités d'adaptation des acteurs. Le management est une méthodologie de direction et d'encadrement qui guide le cadre, mais qui ne donne pas de réponse toute faite. Ainsi, le management est à l'encadrement ce que la pédagogie est à l'enseignement, dans tous les sens du terme, même dans le sens où nous appliquons rarement exactement ce qui se trouve dans les manuels. Autrement dit, le libre arbitre reste au cadre de santé. A lui donc d'identifier les compétences et intelligences qui l'entourent et d'adapter les siennes en tenant compte des objectifs à atteindre en équipe ainsi que des besoins de l'institution. Il s'agit en effet d'une des difficultés du métier de cadre de santé : harmoniser sa gestion des soins avec son management. Nous sommes donc convaincus que pour le cadre de santé, l'adaptation est un levier qu'il convient de maîtriser afin de manager les évolutions futures plutôt que de les subir. A cette réflexion s'ajoute la problématique principale du cadre qui concerne la place que l'institution souhaite lui attribuer ainsi que celle que le cadre lui-même sera capable de prendre ou de se faire. Il nous semble en effet important de pouvoir prendre ce recul afin d'adapter au mieux la manipulation de ce levier dans le champ de possibilités. Reste néanmoins la remarque tout à fait pertinente amenée par Gary Hamel⁴⁹ : « *pour être capable de s'adapter, il faut accepter les idées venues d'endroits inattendus* ».

⁴⁹ Gary Hamel : « La nouvelle donne », Ed. Transcontinental Montréal, 2013

VI. FORMATION ET COMPETENCES

A la différence du concept d'intelligence, qui tend à supposer des conditions génétiques, le concept de compétence intéresse les économistes des ressources humaines, du fait qu'il ne renvoie pas à des talents innés, mais à des habilités et capacités développées au travers des différentes expériences de la vie depuis l'enfance et surtout qu'il laisse place possible à leur apprentissage et leur développement par la formation.

Il faut revenir aux fondamentaux : les compétences se construisent et se développent dans et par l'action. L'apprentissage sur le tas reste le moyen le plus habituel et le plus efficace de construire des compétences. Mais nous n'apprenons pas tous sur le tas, surtout quand la situation requiert une forte dose de diagnostic. Les compétences se développent de trois manières : par l'action dans le travail, par l'analyse réflexive après coup, par l'intervention didactique.

Ceci dessine l'amorce d'un mouvement de transformation de la formation professionnelle. Nous pourrions dire à la suite de J.M Barbier⁵⁰, que nous partons de la formation vers la professionnalisation. Or les formations actuelles restent encore avec un accent exagéré sur la transmission des connaissances tout en laissant de côté la problématique de construction des compétences.

Dans son ouvrage « Construire les compétences individuelles et collectives », G Boterf⁵¹ précise que la compétence a longtemps été assimilée à la capacité à tenir un poste ou à une connaissance. Celle-ci ne peut plus être considérée comme telle, car selon lui, ce n'est pas parce qu'un individu possède un diplôme professionnel ou qu'il a suivi une formation qu'il peut agir avec compétence dans des contextes de travail évolutifs. Toujours selon lui, être compétent, c'est plutôt et de plus en plus être capable de gérer des situations complexes et instables.

N'est-ce pas là ce qui nous a amené à notre réflexion de départ ?

Mais avec quel savoir-faire ? Les savoirs ne sont pas tout dans la vie des managers cadres, ils ne sont d'ailleurs légitimes que lorsqu'ils sont pragmatiques et mis en service de l'action professionnelle. L'expertise et la capacité d'agir ne se résument pas à des savoirs académiques appris durant la formation. En effet, chaque élève cadre pourrait décrire les principes et les méthodes de management participatif, mais quid de sa mise en œuvre ?

⁵⁰ Barbier J.B : « Savoir théoriques et savoir d'action », Ed.Puf , 1996

⁵¹ Boterf G. : « Construire les compétences individuelles et collectives », Ed.Organisation, 2004

La meilleure façon d'apprendre est, semble-t-il, l'alternance. Nous parlons ici d'alternance entre situation réelle et situation didactique transposée et simplifiée, alternance entre moment de l'action et moment de réflexion, après coup, alternance entre la nécessaire médiation des formations et la non moins indispensable activité constructive des sujets apprenants. Autrement dit, le développement des compétences est une activité trop complexe pour pouvoir fonctionner sans un cadre institutionnel qui l'organise. Il est également important d'ajouter que dans le cadre du développement des capacités, il est nécessaire d'associer une approche inductive et/ou réflexive à partir de situations vécues, ce qui va permettre un positionnement de la part de l'étudiant cadre de santé. Cette capacité de distanciation (de questionnement, d'implication, de réflexion, de prise de conscience) doit toutefois rester dans le cadre théorique explicatif amené par le formateur (ex : psychodynamique de travail...), mais surtout amener une interactivité. Autrement dit, un échange et un partage des contenus théoriques basés sur un vécu nous semble le meilleur moyen d'intégrer véritablement une notion, un concept ou un outil étudié : processus incontournable au développement des compétences.

Se contenter d'une formation de base avec des compétences à acquérir sur le tas, revient à faire pour la formation ce qui est le risque majeur lorsque l'on passe d'un système qualification à un système compétence : une dérèglementation unilatérale, qui pénalise les plus faibles.

Ainsi donc, pour le cadre nouvellement diplômé, la tâche s'annonce particulièrement rude. L'environnement complexe, les missions mal définies, des attentes importantes de la part de l'institution, une formation à concrétiser sur le terrain, sans oublier une conversion identitaire à finaliser sont autant de difficultés majeures qu'il faudra surmonter. Il s'agit à ce stade de la réflexion de mieux comprendre les concepts clés qui permettent de cerner la prise de fonction du cadre de santé et les premiers mois d'exercice.....

1. La prise de fonction : une étape du processus de conversion identitaire.

Les principales difficultés rencontrées spécifiquement lors de la prise de poste et des premiers mois d'exercice sont relatives au passage du soin à la gestion des soins, tant en terme de mutation identitaire que de compétences nouvelles à acquérir, à la confrontation des savoirs théoriques avec les situations de travail.

La prise de poste constitue en effet, une étape importante du projet professionnel de l'intéressé en ce sens qu'elle est le moment où le cadre bascule en situation de travail dans le monde du management. Même si la conversion identitaire a très certainement débuté dans les premières phases du projet professionnel, il n'en reste pas moins que cette prise de poste représente une concrétisation du projet de cadre.

1.1. Le projet professionnel : un outil de référence pour le changement de

Fonction.

Le projet est défini comme « *la représentation mentale exprimée et consciente d'une situation globale future* »⁵². La conception du projet dépend notamment « *de la capacité de l'auteur à bâtir une image mentale d'une situation future, à agir de façon différée, donc à garder en mémoire cette image tant qu'il n'y a pas eu réalisation et enfin à concevoir un plan d'action qui va permettre la réalisation du projet* ».

Le projet professionnel du cadre de santé est notamment déterminé par :

Sa fonction pédagogique : qui lui permet de prendre part au développement de l'acteur. Le projet délimite ainsi le parcours d'apprentissage nécessaire à sa réalisation et développe la capacité d'un acteur à décider par lui-même, à choisir, à rejeter, sur l'environnement.

Sa fonction managériale : qui fait de lui un « *outil de créativité et d'innovation* »⁵³ facilitant l'appréhension de l'environnement et permettant l'expression du système de valeurs de l'intéressé. Il s'agit donc d'un formidable outil qui permet de donner du sens à l'action des professionnels qui ont décidé de devenir cadre et à leur volonté de manager.

Sa fonction identitaire : qui selon Goguelin et Krau, est « *le moteur pour soi-même et le révélateur, pour les autres, de notre identité* ». Dans le cas qui nous intéresse du passage à une fonction d'encadrement, le projet est le fil conducteur de la démarche, il pose un cadre dans lequel va s'inscrire la mutation identitaire du professionnel.

Cette démarche implique le cadre de santé du début de période de prétendant à la fonction, jusqu'à sa prise de poste. Ce n'est bien évidemment pas une démarche facile et elle demande un engagement et une distanciation entre la pensée et l'action. C'est-à-dire dans notre cas le désir de devenir cadre et l'exercice quotidien de la fonction de cadre.

1.2. La prise de poste : une étape de la construction identitaire du cadre.

La prise de poste représente la première mise en situation professionnelle depuis le départ de la formation de cadre. Qu'elle est débutée avant (faisant fonction) ou après l'obtention du diplôme, elle marque pour la personne le début d'une obligation d'harmonisation du soin et du management, la concrétisation du changement de métier.

⁵² Goguelin P., Krau. E. : « *Projet professionnel, projet de vie* ». Paris. Ed.esf , 1992

⁵³ Boutinet. J.P. : « *Anthropologie du projet* ». Paris. Ed Puf, 1993

Cette étape s'inscrit dans le processus débuté du projet cadre : la construction de l'identité du cadre. Deux voies différentes mais complémentaires permettent d'aborder le concept d'identité. Dubar.C⁵⁴ reprend cette approche en soulignant que l'identité est « *une transaction interne à l'individu et une transaction externe entre l'individu et les institutions avec lesquelles il entre en interaction* ».

La transaction interne correspond à l'identité pour soi, constituée de représentations mentales permettant aux individus de retrouver une cohérence, une continuité entre leurs expériences actuelles et celles du passé. De son côté, l'identité pour autrui est un processus identitaire relationnel qui permet le positionnement d'un individu dans un système de valeurs, de relation, de pouvoir dans un contexte social.

Nous ne nous étalons pas volontairement sur ce concept identitaire du cadre, car cela n'est pas l'objet de notre travail d'une part, et d'autre part, il nous paraît évident que ce sujet pourrait faire à lui seul un travail d'épreuve intégrée. Néanmoins, nous aborderons, un peu plus loin la notion d'identité professionnelle.

2. La prise de fonction : une étape du processus d'apprentissage visant à l'acquisition de compétences.

Le cadre nouvellement en poste, aura très certainement travaillé ses représentations de la fonction pendant ses années de formation, il aura acquis des connaissances qui vont lui permettre d'enrichir ses analyses. Il va ensuite peu à peu tenter de concrétiser ses capacités en situation de travail et continuer ses apprentissages, afin de devenir progressivement de moins en moins dépendant. Il va également développer au fur et à mesure du temps, les compétences requises à l'exercice de la fonction de cadre. Néanmoins, le projet professionnel, comme décrit plus haut, nécessite une guidance et un accompagnement. C'est auprès du directeur des soins, en collaboration avec le chef de service, que revient cette mission, au travers de la politique d'encadrement, de favoriser le soutien des projets en tentant de maintenir élevées les motivations des intéressés. Il est bien évident que la finalité de cet accompagnement reste bien de former des adultes responsables et autonomes, et non pas de se substituer aux auteurs du projet.

⁵⁴ Dubar C. / La socialisation ». Paris Ed.Armand Collin, 2000

Accompagner, « *c'est considérer l'autre comme une personne en devenir, autonome et responsable, auteur et acteur de son projet* »⁵⁵. En d'autres termes, il s'agit donc pour les responsables de l'accompagnement d'amener l'intéressé à intégrer ses propres ressources et à prendre de la distance par rapport aux situations de travail lui permettant d'analyser ses expériences, plus généralement de favoriser sa mutation de la fonction de soignant à celle de cadre.

2.1. L'apprentissage : pour donner du sens à partir de l'expérience

Selon Meirieu⁵⁶, la situation d'apprentissage est une situation dans laquelle un individu s'approprie de l'information à partir du projet qu'il conçoit. Pour l'auteur, l'individu s'appuie sur des capacités et des compétences déjà maîtrisées qui lui permettent d'en acquérir de nouvelles. Nous retrouvons bien ici la notion de projet qui anime le nouveau cadre, l'expérience antérieure qui lui a permis de développer des compétences et intelligences, ainsi que la notion d'appropriation de l'information en fonction de ses valeurs, de ses représentations et de ses analyses des situations de travail. Les théories de l'apprentissage mettent en avant la production de sens par l'interprétation de notre expérience pour définir l'apprentissage. Mezirow nous explique en effet que « *le processus d'apprentissage revient à utiliser une interprétation nouvelle ou révisée du sens de notre expérience, interprétation qui va orienter nos actes à venir* »⁵⁷. Cela revient à dire que les difficultés d'apprentissage seraient pour le cadre liées à des difficultés d'interprétation de la réalité et de sa propre expérience.

Parmi les différentes théories de l'apprentissage, il en est une qui semble le mieux correspondre à l'intégration des nouveaux cadres : l'apprentissage expérientiel.

2.2. L'apprentissage expérientiel

Selon Kolb, la formation expérientielle est « *un processus au cours duquel un savoir est créé grâce à la formation de l'expérience* »⁵⁸. Elle comprend quatre étapes qui sont ici appliquées à notre recherche.

⁵⁵ Alix.I, Bernier.M : « Projet professionnel et formation » Soins cadre, Aout 2001, n°39

⁵⁶ Meirieu : « Apprendre...oui, mais comment ? », Paris, Ed.Esf. 1987

⁵⁷ Mezirow.J. : « Penser son expérience » Lyon. Ed.Chronique Sociale, 2001. P30

⁵⁸ Kolb.D.A. : « Expériential learning » Objectif soins ? décembre 2002, n°111, p.13 à 18

Face à une situation nouvelle « **l'expérience nouvelle** », le cadre débutant prend un temps d'arrêt durant lequel il analyse les éléments de la situation, les compare aux données recueillies lors d'expériences précédentes et aux éléments d'information dont il dispose « **l'observation réflexive** ». Lors de la troisième étape, il découvre les concepts et les principes généraux lui permettant d'intégrer ses propres données : **la conceptualisation abstraite**. Enfin, les résultats des étapes précédentes sont réinvestis dans l'action « **l'expérimentation active** », ce qui permet de vérifier si les solutions trouvées sont efficaces. Ces quatre étapes font parties d'un processus circulaire, constamment répété, qui ne se déroule pas nécessairement dans un ordre établi.

Landry.F⁵⁹ évoque deux conditions pour qu'une formation puisse être qualifiée d'expérientielle : le contact direct et la possibilité d'agir. Ces deux conditions étant parfaitement réunies dans la prise de fonction du cadre de santé, il semble intéressant de noter cette approche dans le cadre de progression du professionnel.

Ces théories laissent ainsi apparaître la nécessité d'intégration (dans le sens comprendre avec analyse et réflexion) de nos expériences afin de développer nos compétences, intelligences, pour permettre d'agir efficacement.

Rappelons-nous toutefois que le cadre de santé n'est pas seul pour agir. C'est tout une équipe qu'il va tenter de fédérer autour d'objectifs communs. Ces objectifs devant coïncider avec ceux de l'institution, nous retrouvons bien là toute la difficulté de cette position intermédiaire du cadre de santé, face aux attentes de sa hiérarchie ainsi que celles de l'équipe soignante. Le chapitre suivant va nous aider à mieux comprendre cette dynamique tumultueuse dans laquelle se trouve impliqué au centre le cadre de santé. Nous tenterons également d'explicitier certains leviers, qui peuvent aider le cadre à générer autour de lui l'énergie, les motivations nécessaires à poursuivre son projet en collaboration et cohérence avec les personnes qui l'entourent.

⁵⁹ Landry F. : « La formation expérientielle : origine, définition et tendances ». Ed.Education permanente, 1989

VII. COMPETENCES ET INTELLIGENCES DU CADRE AUTOUR DE L'EQUIPE

Selon Henri Mintzberg⁶⁰, dans son ouvrage « structure et dynamique des organisations », le cadre de santé « doit servir de symbole pour son unité, son équipe, et en être le leader ». Pour atteindre ce niveau de prestance, il est important qu'il puisse allier toutes ses compétences et intelligences autour de cet objectif. Il est nécessaire pour cela de « développer un réseau de contacts, contrôler l'environnement et les activités de son unité, transmettre certaines de ces informations à sa propre unité, au niveau supérieur de la hiérarchie, et à l'extérieur de la ligne hiérarchique, réaliser l'allocation des ressources à l'intérieur de sa propre unité, négocier avec des parties extérieures, prendre l'initiative de changements stratégiques et traiter des exceptions et des conflits. »

Le cadre en santé est responsable de son unité de soin. Il coordonne la prise en charge globale de la personne soignée et gère les ressources techniques, financières et humaines qui lui sont allouées. Il utilise les tableaux de bords institutionnels pour contribuer à améliorer les performances de l'hôpital.

Roselyne Vasseur, Directrice des soins de l'Assistance Publique de l'hôpital de Paris, dans un article extrait de la revue Soins Cadres de Santé, souligne les nouvelles compétences et intelligences requises pour être cadre de santé. Elle écrit « Nous attendons de ce chef d'orchestre manager, des compétences polymorphes : de la gestion des ressources humaines à la gestion prévisionnelle des emplois et des compétences de son équipe, de la négociation au pilotage, de la conduite de projets à l'évaluation des pratiques professionnelles, de la gestion de l'information et des ressources à la coordination des données et des acteurs, en intra et en extrahospitalier ».

Dans son management d'équipe, le cadre en santé valorise et encourage les initiatives. Il met en œuvre et conduit les projets en associant tous les acteurs impliqués. Il gère les compétences et intelligences de toute l'équipe soignante, réalise les évaluations, fait émerger et accompagne le projet professionnel de chacun.....

⁶⁰ Mintzberg H. : « Structure et dynamique des organisations » Ed.Organisation, 1982

Il semble dès lors bien évident que pour pouvoir être vecteur d'un tel enthousiasme de la part de son équipe, il est nécessaire que celle-ci ait toute confiance en son chef, qu'elle lui reconnaisse les mêmes compétences et intelligences attendues, et surtout qu'elle lui reconnaisse la place de leader.

Toute cette dynamique qui mobilise compétences et intelligences du cadre, stimule et accentue l'efficacité et surtout les performances de son équipe au service de l'hôpital.

Le cadre s'applique à manager, conduire son équipe à partir des valeurs humaines et soignantes pour apporter aux patients une qualité de soins efficace et optimale. Pour ce faire, il s'appuiera sur les compétences et intelligences de chacun, techniques, relationnelles, organisationnelles. Les compétences et intelligences étant des répertoires de comportements que certaines personnes de l'équipe maîtrisent mieux que d'autres, et qui les rendent efficaces dans une situation donnée. Elles comprennent les capacités, les connaissances et les comportements qui restent propres à chaque individu comme un élément de son identité, elles se vérifient dans l'action et la performance.

Attardons nous à présent à analyser de plus près ces différents termes incontournables à la fonction de cadre : performance, reconnaissance, légitimité et autorité.

En effet, habituellement en lien avec le monde industriel, ces différents termes trouvent progressivement toute leur place dans le monde hospitalier.

Le secteur hospitalier, par les réformes successives qu'il traverse, vit une « crise morale » nous affirme Couanau⁶¹. Il ajoute que les acteurs de l'organisation, quelles que soient leurs positions hiérarchiques doivent en permanence s'adapter. L'administration hospitalière, en contexte de basculement vers l'hôpital entreprise, appelle à une réflexion managériale, qui peine à trouver sa place parce qu'historiquement « *le monde de gouvernance des établissements de soin s'appuie sur le contrôle, dont l'inefficacité relative est prouvée sur le personnel* » (Mintzberg, 1982).

Il nous semble important de comprendre quels savoirs-agir le management du cadre de santé priorise pour assurer la qualité des soins, alors qu'il doit, dans ce même élan, rationaliser les moyens et motiver son équipe.

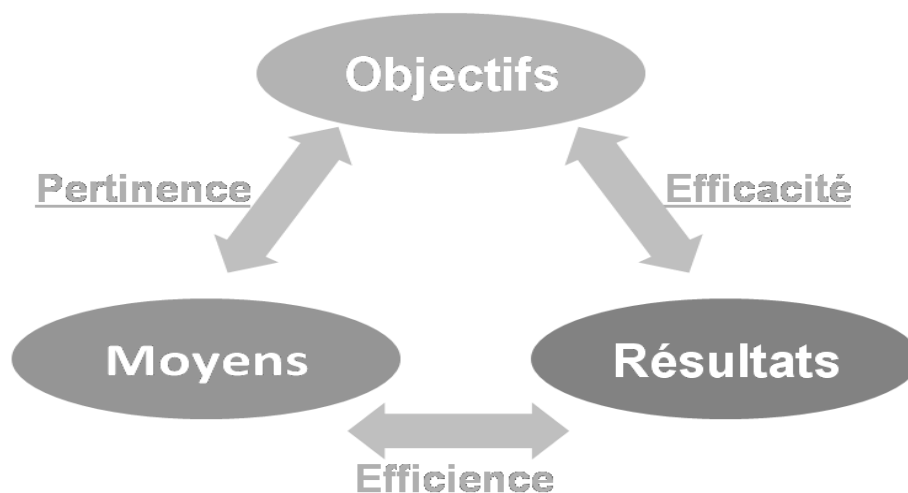
⁶¹ Couanau, 2003 : Rapport sur l'organisation interne de l'hôpital, Assemblée Nationale


1. Compétences et intelligences du cadre en lien avec Performance.

Pour Bourguignon A.⁶², le mot performance « dans son acception française du 19^{ème} siècle, performance désignait la réalisation, l'accomplissement, l'exécution ». Ainsi, la performance dans sa définition française est le résultat d'une action : la réussite mais pas forcément l'exploit. En anglais, la performance « contient à la fois l'action, son résultat et éventuellement son exceptionnel succès ». C'est ce même mot anglais qui est emprunté dans le monde du sport, puisqu'il se rapporte en premier lieu au succès, à la réussite et s'étend à l'exploit. Jean-Paul Laberge⁶³ ajoute : « Or, pour atteindre ce résultat, il est important d'être efficace et efficient : faire les bonnes choses, de la bonne façon, au bon moment, à la bonne vitesse ». Nous retrouvons dans cette définition les notions de savoir-faire, de célérité, de coût, d'opportunité, d'efficacité, d'objectifs, qui se rapprochent de très près des compétences nécessaires au cadre de santé. Il faut pourtant avouer que ce terme de performance nous vient de l'entreprise et plus précisément du monde financier. Il est vrai qu'en règle générale, le résultat positif en matière de rentabilité est pratiquement synonyme de performance. En considérant qu'à l'heure actuelle, aucune structure ne peut perdurer si ses moyens sont insuffisants, il n'est pas étonnant que les structures hospitalières s'approprient également cette notion de performance.

Mesurer la performance revient à mesurer les trois dimensions qui la compose et qui sont reprises dans la plupart des sources : les objectifs, les moyens et les résultats. Nous pouvons définir trois relations entre ces éléments : la pertinence entre les ressources et les objectifs, l'efficacité entre les résultats et les objectifs et l'efficience entre les résultats et les ressources, appelés aussi moyens par certains auteurs.

Nous retrouvons ces paramètres dans le schéma suivant :



L'équation de la performance - Copyrights DEKADES Conseil 

⁶² Bourguignon A. : « Peut-on définir la performance ? », Revue Française de comptabilité, 1995, N°269, juillet-août, P.61-66

⁶³ Laberge J.P. : <https://sites.google.com/site/barometregestionorganisation/>

La performance du cadre de santé se situe donc bien au cœur même de ce triangle entre objectifs, moyens et résultats, en considérant que les objectifs sont communs à l'unité de soin, avec la mobilisation de toutes les compétences et intelligences de l'équipe (moyens), afin d'obtenir une certaine rentabilité (résultats).

2. Compétences et intelligences du cadre en lien avec Reconnaissance.

Certains auteurs mettent en évidence le caractère essentiel de la reconnaissance au travail. Ainsi, pour C. Dejours⁶⁴, la reconnaissance est un vecteur de l'identité. Pour Bourcier et Palobart⁶⁵, elle est source de motivation et est définie comme étant « *La réaction constructive et personnalisée exprimée à court terme par un individu à la suite d'une action ou d'une attitude particulière qui constitue un effort méritant d'être relevé à ses yeux* ».

Ainsi tout cadre doit être reconnu dans sa fonction et dans sa personne tout en sachant que cette reconnaissance ne se fige pas, mais sert à augmenter ses compétences et intelligences.

Pour Morin⁶⁶, elle constitue le sens du travail. Pour Brun⁶⁷, elle est un pivot de la santé mentale au travail, en constituant un facteur de résistance au stress. Enfin, pour Applebaum et Kamal⁶⁸, elle influence positivement la productivité et la performance, en contribuant à la satisfaction au travail des équipes.

Cette conception très humaniste et existentielle porte sur la reconnaissance de la personne, de son être, de son caractère unique et distinct de son existence. La croyance qui alimente une telle perspective repose sur la confiance fondamentale en l'humain ainsi que sur le potentiel, les compétences et intelligences de chaque personne, mais aussi en ce regroupement collectif que représente une équipe.

Les différents auteurs cités plus haut estiment qu'en procurant aux personnes les conditions de travail requises (conditions financières et matérielles, mais surtout conditions communicationnelles, relationnelles, de pouvoir et d'autonomie), ces personnes s'engageront plus aisément de façon positive et solidaire dans leur travail. Elles œuvreront aussi de façon plus créative à la réalisation des objectifs organisationnels d'une équipe.

⁶⁴ Dejours.C : Psychiatre et professeur de psychologie du travail « De la reconnaissance à l'estime de soi »
Ed.Bayard 2007

⁶⁵ Bourcier et Palobart : « la reconnaissance, un outil de motivation pour les salariés », Ed.Organisation, 1997

⁶⁶ Morin : Ministre de la défense Français, s'implique dans la reconnaissance des victimes (loi Morin)

⁶⁷ Brun J.P : professeur en sociologie du département du management de la faculté des sciences et de l'administration Laval au Québec. « Analyse du concept de reconnaissance au travail », article du centre d'expertise en gestion des ressources humaines, 2002.

⁶⁸ Applebaum et Kamal : « La reconnaissance au travail : un concept riche de sens », Ed.Hec.Montreal, 2000, P.88

Il importe donc pour le cadre de s'attacher à prendre le temps de connaître les personnes que constituent l'équipe soignante, témoigner ensuite de leur pleine existence donner enfin du sens à leurs actions, par la reconnaissance. La reconnaissance se rapporte à chaque personne, mais aussi à toute l'équipe, en les considérant comme porteurs d'intelligences, de compétences, de sentiments, d'expertise.

Il s'agit d'une reconnaissance a priori, c'est-à-dire d'une reconnaissance accordée d'emblée à chacun, selon le principe d'égalité entre les personnes, du fait de leur appartenance commune à l'humanité. Elle s'exprime souvent au sein de relations interpersonnelles telle une équipe, mais aussi dans l'ordinaire des jours, des gestes, de la quotidienneté. Elle constituerait en quelque sorte une forme avancée de la considération.

Si le diplôme ne suffit pas à induire la légitimité, alors la reconnaissance doit se construire auprès et autour de l'ensemble des partenaires de soins, de l'équipe afin de favoriser l'épanouissement du cadre dans le quotidien de ses tâches et responsabilités. Cette remarque est d'autant plus vraie et marquante, lorsqu'il s'agit d'un cadre faisant fonction. Cette reconnaissance doit pouvoir être ressentie aussi bien par les membres de sa hiérarchie que par les membres de l'équipe qu'il doit manager.

Ajoutons également que les compétences comme les intelligences n'existent qu'au travers de la reconnaissance collective. Cette caractéristique nous semble importante à préciser car cette combinaison de savoir, de savoir-faire techniques, de savoir-faire relationnels, d'aptitudes et de qualités, deviennent source de motivation lorsqu'elle est reconnue par les autres.

La notion d'identité professionnelle semble ici primordiale dans les enjeux du statut professionnel. Dans son ouvrage « La socialisation », Claude Dubar⁶⁹, sociologue, évoque l'importance de « l'identité de soi » et « l'identité pour autrui ». Ainsi, l'identité n'est jamais définitive puisqu'elle est en construction permanente et inséparable l'une de l'autre. « *L'identité humaine n'est pas donnée une fois pour toute* » et « *elle dépend autant des jugements d'autrui que de ses propres orientations et définitions de soi. L'identité est un produit des socialisations successives* ».

C'est un processus continu, par conséquent lorsqu'un individu doit tenir un nouveau rôle ou un nouveau statut tel que celui de cadre, il se doit de se socialiser et donc d'être socialisé dans ce nouveau contexte social, défini comme une socialisation secondaire.

Selon E. Marc⁷⁰, l'identité doit s'exprimer et donc s'affirmer. Il ajoute, que le principal obstacle à cette assertivité est le sentiment de nos propres faiblesses. S'affirmer, c'est d'abord faire face à soi-même (responsabilité), avoir le sentiment de l'identité personnelle, avoir la possibilité de se déplacer authentiquement vers autrui (liberté) et l'orientation constructive vers le réel (autonomie). Cette définition fait intervenir la notion d'évolution, de perpétuelle construction, avec ses difficultés, ses victoires, ses échecs....

⁶⁹ Dubar C. : « Sociologie des professions » Ed.Armand Colin, Paris, 1998, P.156

⁷⁰ Marc E. : « Identité et développement personnel », revue le journal des psychologues, N°234, Février 2006, P.55-57

3. Déléguer, responsabiliser, reconnaissance.

La délégation vient du latin « Delegatio » qui signifie une procuration, un mandat pour agir à la place de quelqu'un. Le délégant ou le délégateur, est la personne qui donne une délégation, le délégataire quant à lui est la personne qui reçoit la délégation. Mieux comprendre les rouages de la délégation permet de mieux apprécier les enjeux. En effet, la délégation permet de former l'équipe, de la rendre plus autonome, par conséquent elle permet sans aucun doute le développement des compétences et intelligences. En l'occurrence, le cadre dispose de la délégation, moyen pour motiver les agents et outil favorisant l'autonomie et la responsabilisation de chacun. Selon D Noye⁷¹ « *la délégation doit tenir compte du niveau d'autonomie du collaborateur à savoir sa motivation et sa compétence* ».

Responsabiliser, c'est également instaurer, entre le cadre et l'équipe soignante, un climat de confiance propice au travail bien fait, c'est aussi se donner les moyens d'améliorer l'efficacité de l'équipe en tirant le meilleur de chacun de ses membres. Nous pouvons même parler de quintessence de chacun dans le sens où chaque personne en ressentira par la même occasion une satisfaction personnelle.

De plus, une délégation réussie permet de faire progresser les compétences et intelligences de l'équipe en s'appuyant sur la motivation. Cette délégation de pouvoir entraîne aussi d'une façon indirecte une reconnaissance. La reconnaissance, l'autonomie, les responsabilités sont des facteurs favorisant l'estime de soi et l'accomplissement de soi, tels que la pyramide de Maslow en offre une représentation. Ainsi, encadré correctement, la délégation peut conduire le collaborateur à prendre confiance en ses propres capacités. Evaluer les potentialités des partenaires est bien évidemment une étape nécessaire car il ne s'agirait pas de mettre en difficultés les individus. Il semble également nécessaire à ce que le délégataire soit une personne acceptant la remise en cause. En effet, accepter de voir remises en causes ses réalisations, c'est être capable de se positionner soi-même dans une dynamique de progression, d'évolutions professionnelles. En cela, la délégation permet l'émergence d'expériences, le développement de nouvelles facultés, et dans certains cas l'orientation future de certains éléments de l'équipe.

Ainsi donc, la prise de responsabilité se conjugue avec un développement des compétences et intelligences nécessaires pour évoluer. En acceptant des responsabilités, l'équipe assure une certaine autonomie, cette dernière pourra faire place à l'initiative, source de motivation, de valorisation et d'implication de l'équipe dans le travail.

⁷¹ Noye.D : « Déléguer et responsabiliser », Ed Insep consulting, 2003, P.50

En réalité, il est essentiel pour le cadre d'accroître les connaissances et motivation des membres de son équipe afin qu'elle puisse prendre de plus en plus de responsabilités, voire de développer un projet professionnel nouveau.

Cette possibilité de déléguer avec tous les avantages que cet outil peut engendrer, et bien qu'elle soit à la portée de tout cadre, n'est pas nécessairement envisagée. En effet, la plupart du temps lorsqu'un manager hésite à recourir à la délégation, c'est qu'il s'abrite derrière des prétextes dans le genre « c'est une perte de temps à devoir expliquer ce qu'il faut faire », ou « il va finir par me faire de l'ombre ». La crainte de voir son middle management échouer peut également représenter une crainte pour le cadre. Toutefois il est important de prendre conscience que ces éventuels freins peuvent progressivement disparaître si la délégation est à la fois réfléchie, mesurée et organisée. Un manager ne peut pas tout déléguer. Il est possible de confier à un collaborateur une activité opérationnelle, mais en aucun cas une mission stratégique ou de pilotage. Pas question non plus sous prétexte de déléguer, de se décharger de toutes les missions inintéressantes ou non valorisantes.

Il nous semble important en effet de proposer et non pas d'imposer une mission. Il s'agit bien d'un accord entre le cadre et le membre de son équipe, qui s'obtient à force d'explications, de psychologie. D'autre part il convient de préciser que la délégation d'une mission se doit d'être suivie par le cadre. Deux éléments font suite à cette remarque. D'une part, rappelons que la responsabilité finale incombe au cadre et d'autre part, le collaborateur doit pouvoir se sentir soutenu dans l'évolution des objectifs à atteindre. Parfois même il sera nécessaire de réorienter la mission de départ.

Il est au préalable impératif, nous le comprenons bien suite à ces explications, de vérifier que le collaborateur dispose des compétences et intelligences requises afin de mener à bien et d'accomplir la mission confiée. Si cette précaution n'est pas tenue avec rigueur, le risque des bénéfices pour la mission comme pour le collaborateur resteront inévitablement voué à l'échec avec des conséquences que nous ne pourrions sans doute que difficilement mesurer.

Le manager doit s'efforcer de responsabiliser ses collaborateurs et les aider à monter en compétences et intelligences de manière progressive. De même, le collaborateur à qui est confiée la mission et qui prend cette responsabilité doit se sentir sinon entièrement autonome, du moins suffisamment libre pour choisir sans crainte ses moyens et ses ressources. Cette élément nous semble essentiel afin qu'il puisse véritablement s'approprier la mission et s'impliquer de manière complète en déployant toutes ses compétences et intelligences autour de cet objectif.

En résumé, plus le cadre réunira ou fera réunir un ensemble cohérent de condition favorable et cohérentes entre elles, plus il augmentera les chances que l'équipe soignante agisse, réussisse et évolue de façon compétente. Le contexte est en effet aussi important à considérer que l'individu. En d'autres termes, la responsabilité de la construction des compétences et intelligences doit être envisagée en responsabilité partagée entre le cadre et ses collaborateurs, l'équipe pluridisciplinaire.

4. Compétences et intelligences du cadre en lien avec Légitimité.

Selon l'encyclopaedia Universalis, le terme « légitimé » évoque la base du pouvoir, la justification, et de l'obéissance qui lui est due. Tout pouvoir prétend normalement un titre quelconque, dans notre recherche nous parlons bien évidemment du titre de cadre de santé. Ainsi le détenteur du titre impose cette légitimité aux individus, à l'équipe placée sous sa tutelle.

Selon le dictionnaire Nouveau Vocabulaire de la philosophie et des Sciences Humaines, un éclairage dans le champ de la morale et de la politique est abordé sur la légitimité ou être légitime. La légitimité se rapporte à la loi, légitime est alors synonyme de légal. Cette définition doit être complétée. En effet, la légitimité ne peut être associée directement à la légalité. La légitimité va au-delà de la loi, de la conformité. La frontière entre légalité et légitimité est floue, mais pourtant ces deux termes ne se rejoignent pas, cependant la confusion persiste. La légitimité est assurément la conformité de la règle, associée à la justification. La légitimité est par conséquent la capacité d'une personne à faire admettre son autorité sur les membres d'un groupe social, d'une équipe. La légitimité n'est pas fondée uniquement sur le droit, mais aussi en lien avec d'autres critères tel que la tradition, le statut, l'intelligence, la compétence, la connaissance.

Selon Max Weber⁷², économiste et sociologue Allemand, la légitimité est définie comme la capacité pour le détenteur du pouvoir, ici en l'occurrence le cadre de santé, de faire admettre ses décisions. La domination est alors l'obéissance d'un groupe d'individus face à des ordres spécifiques. Le pouvoir se justifie par la domination et la légitimité de celle-ci. « *Mais coutumes ou intérêts ne peuvent, pas plus que des motifs d'alliances affectuels ou strictement rationnels en valeur, établir les fondements sûrs d'une domination. Un facteur plus décisif plus large s'y ajoute normalement : la croyance en la légitimité* ». La revendication de la légitimité impacte la forme de domination.

Selon l'auteur, le concept de légitimité est en lien avec les reconnaissances sociales. Il distingue alors trois types de dominations légitimes, qui correspondent à des types idéaux de domination : la domination traditionnelle (autorité reconnue comme légitime avec transmission des pouvoirs du chef au caractère sacré) ; la domination charismatique (autorité exceptionnelle attribuée en fonction de la confiance) ; la domination légale ou rationnelle (autorité repose sur la croyance en la légalité des règles et du droit en parfaite rationalité, elle est fonction des compétences et des qualifications professionnelles).

⁷² Weber M. : « Economie et société : les catégories de la sociologie », Ed.Plon, 1995, P.401

Ces trois types de domination ont donc une validité de légitimité aux caractères différents. Une combinaison des trois types de domination peut aussi être rencontrée pour un seul individu.

Selon P. Bourdieu⁷³, sociologue Français, « *Les relations de travail sont complexes, et en interdépendance, avec des dominations croisées, entre des individus dont les fonctions sont singulières et complémentaires* ».

La légitimité est alors la capacité à être reconnu comme supérieur aux autres et donc être accepté comme référence par l'ensemble de l'équipe. « *Aucun pouvoir ne peut se contenter d'exister en tant que pouvoir, c'est-à-dire en tant que force nue, dépourvue de toute justification* ». Ainsi le cadre de santé doit pouvoir et va devoir tout mettre en œuvre, en recourant à toutes ses compétences et intelligences, afin de se sentir légitimé dans sa nouvelle fonction.

5. Compétences et intelligences du cadre en lien avec Autorité.

Selon le dictionnaire Littré, l'autorité est le pouvoir de se faire obéir, et le pouvoir est la faculté par laquelle on peut agir. Aussi, nous notons rapidement l'association de ces deux mots dans la définition et donc la complexité d'une définition distincte. Dans l'autorité, la notion d'influence morale est plus présente.

Selon Bernoux.P⁷⁴, les définitions de pouvoir et de l'autorité sont indiquées de la manière suivante. Le pouvoir est défini comme « *la capacité à faire agir un autre acteur* ». Ainsi, le pouvoir n'est pas systématiquement en relation avec la position hiérarchique, certains chefs n'ont aucun pouvoir. Les ressources du pouvoir sont alors attachées à « *la compétence et l'intelligence, la maîtrise des relations à l'environnement, la maîtrise des communications, les connaissances des règles de fonctionnement* ». Par contre, l'autorité est définie selon la confiance attribuée à une autre personne sans forcément regard sur sa position hiérarchique dans l'organisation. L'ordre par l'autorité est ainsi réalisé sans contrainte. En d'autres termes, l'autorité, correspond à la capacité, jamais garantie, d'avance d'obtenir une obéissance librement consentie, ce qui est le contraire du pouvoir qui désigne les manettes qui rendent possible la contrainte. Ainsi nous avons de l'autorité lorsque nous obtenons des actions ou comportements uniquement par la parole, sans avoir à faire intervenir la contrainte ou la menace.

La confusion terminologique est assez fréquente, ce qui n'est d'ailleurs pas étonnant puisque l'un comme l'autre visent à « commander » les actions des membres d'un groupe à des fins collectives. En effet, l'autorité organise le pouvoir qui est une relation de domination, elle-même constructive du sociale.

⁷³ Bourdieu P. : « La noblesse d'état, grandes écoles et esprit du corps », Ed.Minuit, P.401

⁷⁴ Bernoux P. : « La sociologie de l'organisation », Ed.Seuil, 1990, P.382

Ainsi, le pouvoir comme l'autorité ne peut naître et être que dans une relation entre deux individus, entre un individu et un groupe, entre deux groupes.

L'ensemble des acteurs de l'organisation utilise cette zone de liberté induisant des enjeux d'acteurs avec des règles et donc une part de mouvance. Pour Friedberg, E. « *dans la mesure où il suppose l'exploitation d'incertitudes face aux autres, dans la mesure aussi où son exercice est lié à la négociation, le pouvoir, tel que le conçoit l'approche organisationnelle, soulève la question de ses liens avec les compétences des différents acteurs* ». Ainsi, il est nécessaire pour le cadre de santé, de repérer les compétences et intelligences de chaque membre de l'équipe soignante, afin de tenter de les allier à ses propres compétences et intelligences jusqu'à arriver à unir toutes cette quintessence autour d'un même objectif. De par cette analyse véritablement stratégique, l'autorité sera plutôt liée à un rapport de confiance, qui, selon M Crozier et E. Friedberg⁷⁵, « *sera attribué à quelqu'un, quel que soit sa position dans l'organisation, mais dont on suit l'ordre ou le conseil* ».

Pour Roger Mucchielli⁷⁶, psycho-sociologue et psychopédagogue, « *l'autorité est indispensable à tout groupe organisé.....un meilleur fonctionnement est obtenu si l'on fait appel aux motivations des différents membres* ». Par conséquent, l'une des compétences et intelligences managériales est l'exercice du pouvoir. Il est entendu ici comme capacité d'agir, de produire du changement en s'inscrivant dans la négociation de l'ensemble des collaborateurs d'une équipe. C'est un développement relationnel quotidien avec pour attente principale de cette équipe, une cohérence au travers des actes tant dans la stratégie et la transmission d'actions que le pilotage et le contrôle, la délégation, l'accompagnement et le conseil, sans oublier la reconnaissance. « *Le management se situe par essence dans l'univers de la différence et de la complémentarité* ». Ainsi le cadre de santé devient la personne compétente dans la coordination de l'ensemble des acteurs de soin, en réponse aux valeurs de la société, aux contraintes de l'organisation.

De plus, selon Henry Mintzberg, universitaire Canadien en sciences de gestion, le manager est une personne investie de l'autorité formelle de l'organisation, c'est-à-dire qu'il s'inscrit dans une hiérarchie, détient des responsabilités et doit unir des efforts pour atteindre des objectifs attendus.

Selon Renaud Sainsaulieu⁷⁷, sociologue d'entreprise, l'autorité se compose de plusieurs composantes ou caractéristiques, ainsi pour lui, les fondements théoriques de l'autorité dans les rapports de travail en organisation sont actuellement au nombre de trois : la définition rationnelle des tâches, le savoir professionnel et la capacité psychologique dans les rapports humains. Le jeu de pouvoirs serait surtout des dispositions à la négociation dans des objectifs collectifs et individuels. Chacun des collaborateurs s'inscrit dans une lutte et à la recherche d'une satisfaction.

⁷⁵ Crozier M. Friedberg E. : « L'acteur et le système », Ed. Seuil, 1992

⁷⁶ Mucchielli R. : « Psychologie de la relation d'autorité », Ed. Esf, 1976, P.130

⁷⁷ Sainsaulieu R. : « Penser le développement des organisations », Ed. La découverte, 2007

Ainsi donc les compétences et intelligences du cadre seraient inévitablement vecteur d'autorité au regard de l'équipe soignante.

D'autre part, les légitimés de l'autorité sont basées sur plusieurs sources de pouvoirs. Sainsaulieu ajoute même que le système social d'une entreprise traduit toujours une interdépendance quelconque entre les trois sources de pouvoirs : la règle, l'expertise et la communication interne et externe. Alors la légitimité met l'accent ici non seulement sur l'autorité, le pouvoir, mais sur la communication et donc la relation avec autrui. « *Mais il ne suffit pas de maîtriser des sources de pouvoir pour faire reconnaître son identité, son autorité* ». Celles-ci doivent être utilisées de manière efficace afin de devenir de « véritables forces », elles sont alors une « *opération relationnelle d'une transformation des atouts et potentialités d'influence en mode d'action, réellement exercées sur les autres* ».

La profession de cadre de santé est à envisager, bien évidemment avec un changement d'identité professionnelle qui restera le résultat de l'articulation entre ses compétences et intelligences en exercice autour de ses valeurs, ses normes mais aussi dans le respect des attentes collectives. « *L'entreprise en général est ainsi désignée comme un lieu privilégié d'accès à soi-même par les tensions et investissements psychologiques, dont nous faisons l'expérience quasi obligée dans les relations avec les collègues et les chefs* ».

CONCLUSION

Nous arrivons au terme de ce travail, de notre réflexion, et il est maintenant temps de conclure, c'est-à-dire, faire le point sur les différentes notions abordées en apportant un regard réflexif.

La fonction de cadre de santé implique la capacité de pouvoir passer d'une fonction de soignant à une fonction d'encadrement, avec toutes les difficultés d'identité professionnelle qui s'y rapportent nous l'avons vu. Une énorme capacité d'adaptation, un sens des responsabilités, ainsi que des attitudes professionnelles de base sont indispensables : outre les savoirs techniques de la profession, elle exige des connaissances en matière de santé publique pour comprendre notre système de santé, ainsi que des capacités de communication, d'accomplir efficacement les tâches quotidiennes administratives et relationnelles. Il ne fait donc aucun doute que le cadre de santé nouvellement en poste doit pouvoir faire preuve de compétences spécifiques notamment acquises lors de sa formation, mais également acquises au travers de son expérience professionnelle antérieure, son expérience de vie.

Bien plus que de simples savoirs, savoir-faire et savoir-être, les compétences des cadres de santé sont indissociables des motivations individuelles et de la culture hospitalière.

Elles sont la condition même, technique et humaine à la fois, de la qualité et de la sécurité des soins dont elles assurent la pérennité⁷⁸ : une bonne connaissance de l'environnement général, de l'organisation hospitalière et de la hiérarchie ; une connaissance en droit du travail ; une connaissance des procédures et protocoles de soins ; un savoir-faire technique dans plusieurs domaines ; des compétences en organisation et gestion des ressources humaines, gestion matérielle et logistique nécessaire aux besoins du service ; une compétence en management et animation d'équipe, en communication interne ; avoir le sens des responsabilités, savoir déléguer ; avoir une capacité d'écoute, capable de compréhension, d'argumentation et d'empathie, une bonne gestion des conflits ; avoir partager avec d'autres équipes, d'autres spécialités ; faire preuve de diplomatie dans les relations avec le corps médical, les équipes de direction....

La liste peut encore s'étaler, et il apparaît donc difficile d'identifier avec exactitude les compétences ou intelligences nécessaires à la fonction de cadre de santé. D'ailleurs pouvons-nous réellement nous arrêter à une liste ?

⁷⁸ Ministère des affaires sociales et de la santé : référentiels de compétences du cadre de santé. Décembre 2012

Nous avons pu constater durant ce travail qu'il est encore difficile à l'heure actuelle d'élaborer un référentiel de compétences à la hauteur des responsabilités et des exigences de la fonction de cadre de santé. Il est également très complexe d'évaluer les compétences d'un cadre. Il semble d'ailleurs impossible en outre, qu'un individu à lui seul réunisse l'ensemble de compétences et intelligences développées dans ce travail. Il reste néanmoins une certitude : il est possible de les développer au fur et à mesure de l'exercice de la fonction. La pédagogie, l'apprentissage, la formation restent essentiels à l'acquisition de compétences et intelligences et le cadre de santé garde cette responsabilité dans sa propre évolution. En d'autres termes, c'est à lui de prendre conscience de ses lacunes, d'accepter d'y remédier par la formation. Il est nécessaire, pour suivre l'évolution de la société de s'adapter constamment. Le renforcement des contraintes économiques, les progrès technologiques, l'évolution des besoins des patients et le renforcement des attentes sociétales ont entraîné une exigence des performances qui s'est traduite, entre autres, par la nécessité d'introduire le management dans des contrées qui jusqu'alors était inexistant. Le management franchit les frontières externes, puis internes de l'organisation hospitalière pour s'immiscer progressivement au plus profond du fonctionnement de l'hôpital et s'introduire au cœur des différents processus propres à l'activité hospitalière. Cette progression oblige et contraint, par la même occasion, le cadre de santé à s'adapter à cette évolution et à intégrer et utiliser dans son quotidien ces notions managériales cruciales. Nous constatons d'ailleurs encore aujourd'hui que des mutations, fusions s'opèrent et s'organisent dans nos environnements de soins. Nous pouvons donc en déduire que le cadre de santé doit constamment poursuivre sa démarche de questionnement réflexif afin de faire évoluer ses propres compétences et intelligences, mais aussi celles de l'équipe. Compétences comme intelligences ne peuvent supporter aucune nostalgie : si elles ne sont pas nourries, entretenues, elles meurent. Elles demandent donc une attitude réflexive de la part de son détenteur. La position actuelle du cadre en santé est bien de permettre une interrogation des pratiques soignantes afin d'éviter, entre autre, une automatisation de l'activité soignante, mais également une remise en question perpétuelle, vers un réajustement, une adaptation des pratiques soignantes au plus proche des besoins et attentes des patients. Par conséquent, il doit valoriser les compétences « bien qu'il ne soit plus dans le faire, mais dans le faire faire, le cadre doit maintenir et mettre à jour ses compétences »⁷⁹. En effet, le cadre doit en permanence réinterroger ses acquis et réapprendre de nouvelles compétences et intelligences. Cette remise en question du cadre lui permettra une distanciation afin de mettre en doute ses acquis et oser le changement. Nous l'avons bien compris également au fil de ce travail, qu'il est important de prendre en compte les intelligences et compétences du cadre, mais qu'il faut tenter de combiner ces aptitudes à celles de l'équipe et celles de la hiérarchie. Cette approche systémique nous semble inévitable dans cette nécessité d'adaptation.

⁷⁹ Montagnon.M : « Pour une légitimité d'une direction de soins ». Revue Objectif soins N°140, Novembre 2005 P2-5

Nous pensons, et nous avons pu le constater au fil de ces écrits, que pour exercer sa fonction, le cadre en santé doit également faire preuve de multiples qualités : avoir du charisme ou tout au moins avoir une certaine posture, une motivation à servir, un sens de la mission, un sens de l'animation et de la mobilisation, les connaissances législatives et des méthodes d'évaluation. Les soignants chevronnés, tels les cadres en santé sont ainsi armés pour faire face à des situations complexes et en mouvance.

Il ressort également de cette réflexion, que si chacun accepte l'exercice de retracer son parcours, d'analyser les tâches de chacun, de nos postes au cours d'une carrière, chacun d'entre nous y trouverait un gisement de compétences et d'intelligences oubliées, ignorées ou restées en friche et qui constitue pourtant le propre à bien augurer de la faisabilité d'un changement de poste, de fonction. Comme nous avons pu le constater, tout poste tenu par une personne peut être un tremplin vers un autre lendemain en fonction des compétences et intelligences parfois insoupçonnées. La fonction de cadre n'est donc pas une fonction innée, elle s'appuie effectivement sur un savoir, mais aussi et surtout sur un savoir-faire et un savoir-être qui sont largement activés lors de l'exercice d'un poste subordonné. Ainsi, la transférabilité de ces savoir-faire et savoir-être s'appuie sur un véritable capital de ressources en termes de compétences et intelligences que chacun peut décider ou pas de mettre en lumière.

Manifestement, les établissements de santé, où les cadres prennent leurs fonctions, sont bien ce lieu où les compétences et intelligences sont au cœur du système. Elles assurent l'efficacité et rythment le fonctionnement. En termes d'efficience, tout part d'elles et tout y revient. Un prérequis serait donc, nous l'avons bien compris, de pouvoir prendre conscience des lacunes, des difficultés et d'accepter de vouloir y remédier.

Le cadre en santé a un profil type dans ce sens où l'opérationnel et le court terme priment dans ses activités. Il essaie en permanence de répondre de manière rapide et efficace aux interrogations quotidiennes de fonctionnement des services de soins. Ces compétences doivent être exécutives rapidement, et efficacement. C'est non seulement une maîtrise de la gestion quotidienne, mais également une capacité d'animation d'une équipe soignante avec parfois un projet et un positionnement affirmé proche du leadership dans l'anticipation, le soutien, la valorisation. Aucun modèle de management ne pourra pour autant éliminer l'incertitude, même si sa finalité est de la réduire au minimum à partir d'une démarche rationnelle et linéaire construite par étapes successives : diagnostic de la situation, plan d'action, évaluation et gestion des capacités des acteurs concernés. Mais n'est-ce pas là justement toute la finalité recherchée tout au long de nos trois années d'études ?

En définitive, nous pourrions envisager ou plutôt imaginer, de manière tout à fait métaphorique, les études de cadre comme une énorme boîte à outils que chaque étudiant recevrait en fin de cursus. A cette métaphore, une remarque s'impose inévitablement : ce n'est pas tout d'avoir le bon outil ou de choisir le bon outil au bon moment, encore faut-il réussir à utiliser l'outil avec compétences et intelligences autour des différentes situations auxquelles le cadre de santé doit constamment s'adapter. Aussi, chacun d'entre nous gardons le libre arbitre d'utiliser ou pas tel ou tel outil.....

En effet, chacun d'entre nous se retrouvera face à cette réalité, si cela n'est pas déjà le cas. Peut-être même qu'à la lecture de ce travail, certain d'entre nous émettrons des doutes en ce qui concerne nos propres capacités à relever ce défi.

Il nous semble donc important d'ajouter à cette conclusion une phrase de Freud⁸⁰ qui affirme qu'il y a trois métiers impossibles, « gouverner, éduquer, soigner », et faire le lien avec l'ensemble de notre réflexion. Nous estimons en effet, au regard des différents chapitres développés dans ce travail, que le cadre de santé est amené à endosser et à coordonner ces trois métiers en même temps. Si nous observons d'un peu plus près ces trois verbes, nous pouvons déjà remarquer des racines communes : éduquer c'est conduire ; gouverner ou diriger c'est conduire ; éduquer c'est aussi « conduire hors », élever notamment en invitant au changement, ce qui rejoint le terme d'autorité qui est lié à celle de direction, d'encadrement et qui vient du latin *augure*, augmenter (en terme de compétences et intelligences). La nécessité de rigueur dans la fonction de cadre en apportant du soin, de l'attention sera amenée par le verbe soigner. Alors pourquoi métiers impossibles ?

Est-ce à dire que cette mission dont nous nous sentons investi, au terme de nos études, nous semble trop lourde à porter ? Si telle était le cas, autant ne jamais s'y engager. Nous pensons plutôt que dire qu'il s'agit de métiers impossibles veut tout simplement insinuer que les résultats sont rarement ceux que nous avons escomptés. Cette idée n'est absolument pas pessimiste comme elle y paraît, mais au contraire optimiste et libératrice : changer et évoluer ne se fait pas rapidement et le résultat n'est pas forcément à cent pourcent celui espéré. Il faut pouvoir accepter un résultat inférieur tout en gardant en mémoire la place ou nous avons fixé la barre, ou le curseur. Il est ainsi nécessaire et indispensable, pour le cadre de santé comme pour l'équipe, d'évoluer dans ce changement par paliers en progressant dans nos compétences et intelligences conjointement.

⁸⁰ Freud : « L'analyse finie et infinie », Ed.Puf, 1937

Quelles sont les perspectives conceptuelles et opérationnelles à envisager pour ce travail ?

De nombreuses questions restent en suspens et mériteraient quelques éclaircissements voire quelques réponses. La première concerne un aspect pragmatique par rapport à cette étude : Sur le terrain, concrètement, le cadre de santé a-t-il réellement conscience de ces nécessités en matière de compétences et d'intelligences, dans l'adaptation au changement et dans l'efficacité d'encadrement ?

Nous aurions en effet souhaité apporter une approche opérationnelle, qui permettrait de répondre au plus proche de la réalité au questionnement de départ. Après tout, qui mieux que les personnes directement concernées pourraient répondre à cette problématique ? Nous pourrions donc imaginer interroger divers cadres de santé sur les compétences et intelligences qui leur semblent être indispensables à l'adaptation. L'outil qui conviendrait à cette démarche serait l'entretien, dont le dépouillement de données nous apporterait un certain nombre d'informations à étudier, regrouper, mettre en tableaux ou graphique. Autant dire un travail assez fastidieux et complexe, ce qui explique l'absence de cette partie opérationnelle dans notre travail. Nous laissons donc soin à d'autres étudiants de s'y attacher, le sujet nous semblant suffisamment intéressants pour souhaiter poursuivre la recherche. Nous avons conceptualisé plusieurs notions liées à ce travail : le changement, la compétence, l'intelligence, l'adaptation, et y avons d'ailleurs consacré l'entièreté de l'étude tout en y incluant des liens entre chaque notions et des liens avec le cadre de santé. Toutefois, d'autres concepts auraient mérité que nous nous y attardions. La deuxième question concerne ainsi un aspect propre à chacun d'entre nous, et qui pourrait faire l'objet d'un travail complet : Quels sont les motivations, qui nous ont amené aux bancs de l'école de cadre, et qui nous poussent à l'évolution de nos intelligences et compétences ? En effet, bien que non abordé dans ce travail, nous pensons que la motivation personnelle à accéder à un poste de cadre induira inévitablement la manière de mettre en avant nos compétences et intelligences, ainsi que la manière de les faire évoluer. Ce concept de motivation, complémentaire à notre recherche, nous aiderait peut-être à mieux comprendre pourquoi avec le même cursus scolaire, chacun de nous évoluera différemment.

La dernière question fait plutôt référence à un regard en prenant de la hauteur : Ne faudrait-il pas plutôt appréhender les compétences et intelligences comme un facteur clé dans la mise en œuvre effective de la stratégie dans nos institutions en constante mouvance, en constante nécessité d'adaptation ? Cette question permettrait de mettre en lien les termes compétences et intelligences avec la stratégie envisagée dans nos hôpitaux, en terme d'efficience, de performance sans oublier le terme marketing en vogue actuellement dans nos institutions. Ne négligeons pas non plus le lien évident avec l'accréditation, qui reste le label de qualité reflétant l'émancipation de nos compétences et intelligences autour de nos équipes soignantes.

Quelles sont les perspectives personnelles ?

Il nous semble évident que ce travail aura eu un impact conséquent sur l'évolution personnelle, comme d'ailleurs toutes les études poussées sur un sujet à problématique complexe. Partis de certitudes personnelles, nous nous sommes vu évoluer vers de opinions affinées, ou même contraires dans certains cas. A force de lectures et relectures, de réponses aux critiques et remarques venant des différentes ressources, forcé de constater que nous avons réellement appris à mieux nous connaître, mais aussi à croire en soi-même, à se dépasser. Même si nous avons appris durant nos études à confronter nos réflexions et nos expériences avec nos professeurs et nos camarades de classe, il n'a pas été chose simple d'arriver au bout de cette étude. En effet, la réflexion peut aboutir à des prises de conscience inattendues. Dans tous les cas, elle est un véritable enrichissement, non seulement, car conceptualiser et philosopher ouvre l'esprit, mais aussi moral et humain. Il est évident que ce travail de réflexion ne se limite pas à la sémantique comme il pourrait le paraître. Les recherches et découvertes au travers des auteurs, des enquêtes, les exemples vécus avec lesquels nous faisons des liens, de nouvelles façon d'aborder un sujet, nous ont permis sans aucun doute de nous faire remettre notre attitude en question. Nous pouvons nous rendre compte après ce travail que certaines différenciations nous échappaient, telles entre compétences et aptitudes, ou encore entre efficience et efficacité et même entre autorité et pouvoir. Même si cela peut vous sembler anodin, cette constatation de différences ignorées par la plupart d'entre nous, a une grande importance pourtant, et pas uniquement en rapport avec ce travail. Employer un mot juste est une nécessité à l'heure actuelle où il faut se montrer de plus en plus rigoureux, pointu. Lors d'une délégation par exemple, il est essentiel d'être claire face à nos attentes et il est nécessaire d'expliquer le plus justement possible l'objectif à atteindre. Ainsi le délégataire peut réellement s'investir de manière autonome en mettant en avant ses propres compétences et intelligences. Utiliser le mot juste permettra, en outre, de pointer le regard vers l'essentiel afin de ne pas rater la cible. Ce travail tourne véritablement autour de l'importance du relationnel, de la communication, les mots justes restent donc l'élément incontournable, l'ingrédient clé

Nous estimons que ce travail aura aussi une influence sur l'évolution professionnelle : les situations rencontrées dans l'activité quotidienne du cadre de santé auront maintenant une référence plus claire, plus nette avec quelques réponses quant à l'attitude à adopter. Prenons par exemple les situations de changement vécus régulièrement au sein des équipes soignantes. Les multiples recherches et approches effectuées au cours de l'étude permettront de les aborder avec plus de sérénité et de professionnalisme. Il sera aisé de nous positionner en tant que cadre de santé après avoir pris pleinement conscience de nos rôles, nos responsabilités, de nos limites, de notre place d'intermédiaire entre la hiérarchie et les membres de l'équipe.

L'attitude à adopter restant délicate quelles que soient les situations de changements, elles seront dorénavant éclairées d'un jour nouveau, et nous agirons avec plus de réflexion, d'intelligences, de compétences. L'approche en systémique, longuement abordée dans ce travail, nous a permis également de comprendre qu'il est plus que nécessaire de prendre en considération l'ensemble des intelligences et compétences de chaque intervenant. Ainsi le cadre de santé recherchera un regard sur lui-même, mais aussi un regard sur chaque personne qui l'entoure, sans omettre le regard de tous vers le patient.

Ajoutons enfin que la méthodologie et l'organisation d'un tel travail, astreignant à une recherche méticuleuse et rigoureuse ne peut que développer nos propres compétences et intelligences nécessaires à la future fonction du cadre de santé. Ce travail nous a permis l'entraînement à une réflexion plus vive, plus structurée et plus profonde, ce qui sans aucun doute, aidera le cadre à prendre des décisions réflexives, rapides et performantes. L'impact de ce travail est plus qu'un objectif à atteindre, il est déjà bien une réalité et de profonds changements s'opèrent d'ores et déjà. Forcé de constater que de nouvelles façon d'observer, d'analyser à la lumière de ce travail, mènent elles aussi vers d'autres réflexions et d'autres travaux ultérieurement enrichis par l'expérience sur le terrain : l'évolution de la profession de cadre de santé garde de belles perspectives et ne peut que poursuivre son ascension vers de nouvelles compétences et intelligences....

BIBLIOGRAPHIE

LES OUVRAGES

- Collettere.P, Legris.P : « La gestion du changement organisationnelle ». Management système magazine, janvier-février 2003
- Schuler E. : « Comment s'affirmer, l'assertivité au quotidien ». Ed.Organisation, 1992
- Grouard B. : « L'entreprise en mouvement, conduire et réussir le changement ». Ed. Dunod 1998
- Le Boterf.G : « Repenser la compétence, pour dépasser les idées reçues ». Ed.Organisation, 2008
 - « Construire les compétences individuelles et collectives ». Ed .Organisation, 2004
- Zarafian.P : « Le modèle de la compétence, trajectoire historique,enjeux actuels ». Ed.Liaisons, 2004
 - « Le travail et la compétence : entre puissance et contrôle ». Ed.Puf, 2009
- Dubosc JP. Lespez.V. : « Les compétences au cœur de la performance ». Liaisons sociales magazine, avril 2000
- Mintzberg.H « Le management au quotidien : les 10 rôles du cadre » Ed.Organisation, 2011
- Le Goff JP. : « Les illusions du management ». Ed.La découverte, 2000
- Hart.J et Lucas.S : « Management hospitalier : stratégie nouvelles des cadres ». Ed.Lamarre, 2002
- Bartoli.A et Blatrix.C : « Management dans les organisations publiques ». Ed.Dumond, 2015
- Montagero.J et Naville.D.J « Piaget ou l'intelligence en marche » Ed.Mardoga, 2000
- Goleman D. « l'intelligence émotionnelle ». Ed.Robert Lafont, 1999
- Zara O. « Guide pratique de l'intelligence relationnelle ». Culture Next magazine, octobre 2007
- Beyer F. : « Encadrer, un métier impossible ». Ed.Armand Colin, 2010
 - « Au-delà de la qualité : démarche qualité, conditions de travail et politique du bonheur ». Ed.La découverte, 1999

LES OUVRAGES GENERAUX

- Larousse : « Le petit Larousse illustré 2013 », Ed.Larousse, 2013
- Petit Robert : « Noms communs », Ed.Robert, juin 1996
- Sillamy.N : « Dictionnaire de psychologie », Ed.Larousse, 1998
- Larousse : « Dictionnaire des synonymes », Ed.Larousse 2012

LES REFERENCES PROFESSORALES

- Vantomme.P : Compilation des cours « Méthodologie de recherche », institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté Française, Tournai
- Vantomme.p : « sociologie et sociologie de la santé » ; « psychosociologie appliquée aux relations de travail », institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté Française, Tournai
- Speeckens. : « Applications informatiques », institut d'enseignement et de promotion sociale de la communauté Française, Tournai

LES REFERENCES EN LIGNE

- www.journaldunet.com/management. « Motiver son équipe par la communication ». Page consulté en octobre 2014. De Framond.cité par Lelouche S.
- www.formation.coaching-cohesion.com. « La démarche cohésion, coaching d'équipe et intelligence collective ». Pyronnet P. Page consulté en octobre 2014
- www.afiso.be/fonction-d-infirmier-en-chef-13-juillet-2006. Page consulté en octobre 2014
- <http://darwin.psyulacal.ca/2pepin/pepin2.pdf>. Page consulté en novembre 2014
- <http://www.scienceshumaine.com/intelligence-de-quoi-parle-t-on-fr-21032//tml>.Page consulté en novembre 2014
- <http://WWW.AC.RENNES.FR:jahia/JAHIA:lang/FR:pid/3302>. « Pourquoi demander la validation des acquis ». Consulté en novembre 2014

- <http://www.cadredesante.com/spip/profession/management/travail-en-equipe-positionnement>. « Positionnement du cadre de santé encers –l’un-dividu- soignant. Par Motta.J.M. Page consulté en janvier 2014
- www.cadredesante.com. « Le cadre de santé et la délégation ». Page consulté en février 2015
- www.users.skynet.be/girad.piroton. « Construction de l’intelligence dans l’interaction sociale ». Page consulté en mars 2015
- <http://www.scienceshumaines.com/articlepint2.php?Ig=id-article=12036>. « Le changement de l’individu aux société : le rôle des émotions ». Page consulté en octobre 2014
- <http://www.omafra.gov.on.ca/french/rural/facts/92-html>. « Comprendre le changement ». Page consulté en octobre 2014
- <http://pedogopsy.eu/ml-definition-competences.html>. « Définition du concept de compétence ». Page consulté en mars 2015
- <http://www.syndicat-infirmier.com/cadre-de-sante-referentiels-d.html>. « Cadre de santé : référentiels d’activités et compétences ». Page consulté en septembre 2015
- <http://www.urige.ch/fapse/SSE/teaching/competence.concept.html>. « Quelques définitions et citations à propos des compétences ». Page consulté en septembre 2015